

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

MAGISTRSKO DELO

UČINEK BONDING PSIHOTERAPIJE NA STRES IN MEDOSEBNE ODNOSE

2019

MAGISTRSKO DELO

MATEJA ERCE

MATEJA ERCE

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

Magistrsko delo

Učinek bonding psihoterapije na stres in medosebne odnose

(Effect of Bonding Psychotherapy on Stress and Interpersonal Relationship)

Ime in priimek: Mateja Erce

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: Mateja ERCE

Naslov magistrskega dela: Učinek bonding psihoterapije na stres in medosebne odnose

Kraj: Koper

Leto: 2019

Število listov: 87 Število slik: 9 Število tabel: 24

Število referenc: 303

Mentor: izr. prof. dr. Gregor Žvelc

Somentor: doc. dr. Bojan Rojc

Delovni somentor: dr. Bogdan Polajner

UDK: 615.851 (043.2)

Ključne besede: stres, zasvojenost, terapija, medosebni odnosi

Izvleček: Stres je v današnjem času aktualen družbeni in zdravstveni problem, saj na človeka vpliva škodljivo na širokem spektru težav, motenj in bolezni, vpliva pa tudi na medosebne odnose. Zato smo v magistrski nalogi preučevali, ali bomo z apliciranjem BPT uspešno in statistično pomembno znižali nivo kortizola kot pokazatelja stresa. S pomočjo odvzema slin smo preučevali nivoje kortizola, s pomočjo vprašalnikov (vprašalnik CORE-OM, Lestvica zaznanega stresa PSS-14, Lestvica relacijskih potreb, Lestvica sočutja do sebe, Vprašalnik medosebnih odnosov ter WHO-5) pa smo želeli ugotoviti, ali bo prišlo do sprememb v medosebnih odnosih, navezanosti in sočutju do sebe pri 16 uporabnikih delavnic BPT ter 12 udeležencih kontrolne skupine. Želeli smo ugotoviti tudi, ali pride do razlik v jutranjem nivoju kortizola pri osebah, ki so bile kot otroci zanemarjene, zlorabljene, česar pa zaradi pomanjkanja takih udeležencev nismo mogli preverjati. Rezultati so pokazali, da naših hipotez ne moremo potrditi, saj ni prišlo do pomembnih razlik v preučevanih spremenljivkah med eksperimentalno in kontrolno skupino. Razlog je verjetno majhen vzorec in manjkajoči podatki. Zaradi pomanjkanja podatkov nismo mogli preverjati učinka BPT na nivo kortizola, se je pa pri jutranjem kortizolu pokazal trend izboljšanja. Trendi izboljšanja so se pokazali pri preučevanju spremembe varnega stila navezanosti in sočutja do sebe, znižanja simptomov in znižanja psihičnega blagostanja. Za zanesljive sklepe so tako potrebne nadaljnje študije na večjem vzorcu in daljšim obdobjem apliciranja delavnic BPT.

Key words documentation

Name and SURNAME: Mateja ERCE

Title of the thesis: Effect of Bonding Psychotherapy on Stress and Interpersonal Relationship

Place: Koper

Year: 2019

Number of pages: 87

Number of figures: 9

Number of tables: 24

Number of references: 303

Mentor: Assoc. Prof. Gregor Žvelc, PhD

Co-Mentor: Assist. Bojan Rojc, PhD

Co-Mentor: Bogdan Polajner, PhD

UDK: 615.851 (043.2)

Keywords: stress, addiction, therapy, interpersonal relationships

Abstract: Stress is a current social and health problem because it affects humans adversely on a wide range of problems, disorders and illnesses, as well as affects interpersonal relationships. Therefore, we wondered in the master's thesis whether, by administering BPT, we would successfully and statistically significantly reduce cortisol levels as an indicator of stress. By the means of saliva withdrawal, using questionnaires (CORE-OM questionnaire, PSS-14 - The Perceived Stress Scale, Relational Needs Scale, Self-Compassion Scale, Relationship Questionnaire and WHO-5) we wanted to determine if there are changes in interpersonal relationships, attachment, and compassion for ourselves in 16 BPT workshop users and 12 control group participants. We also wanted to determine whether there is a difference in the morning cortisol levels of persons who have been abused or neglected as children, which we were unable to verify due to the lack of such participants. The results showed that our hypotheses could not be confirmed, as there are no significant differences in the studied variables between the experimental and control group. The reason is probably the small sample size and missing data. Due to the lack of data, we were not able to verify the effect of BPT on cortisol levels, but in morning cortisol levels we found improvement trends. There were also improvement trends when it comes to changes in secure attachment style and self-compassion, decreasing in the expressiveness of symptoms and decreasing in well-being. Reliable conclusions therefore require continued studies on a larger sample and longer application periods of Bonding Psychotherapy workshops.

KAZALO VSEBINE

1	UVOD	1
1.1	PSIHOTERAPIJA	1
1.1.1	Bonding psihoterapija	2
1.2	NAVEZANOST	7
1.2.1	Stili navezanosti	8
1.2.2	Biološka podlaga navezanosti	9
1.3	RELACIJSKE POTREBE IN NAVEZANOST	10
1.4	SOČUTJE DO SEBE	12
1.5	STRES	13
1.5.1	Mehanizem delovanja kortizola	13
1.5.2	Merjenje kortizola v slini	15
1.6	TERAPIJA IN STRES	16
1.7	ZASVOJENOST	17
1.7.1	Zasvojenost in terapija	19
1.7.2	Zasvojenost in odnosi	23
1.7.3	Zasvojenost in stres	24
2	NAMEN IN CILJI NALOGE	30
3	HIPOTEZE	31
4	METODA	32
4.1	VZOREC	32
4.2	PRIPOMOČKI	32
4.2.1	Vzorci sline	32
4.2.2	Psihološki pripomočki	33
4.3	POSTOPEK	37
5	REZULTATI	39
5.1	PODATKI O UDELEŽENCIH	39
5.2	REZULTATI VPRAŠALNIKOV	39
5.2.1	CORE-OM	40
5.2.2	Lestvica sočutja do sebe	44
5.2.3	Lestvica PSS-14	45
5.2.4	Lestvica relacijskih potreb	46
5.2.5	Vprašalnik medosebnih odnosov	47
5.2.6	Kazalec blaginje WHO-5	49
5.2.7	Rezultati kortizola	50
5.2.8	Statistična obdelava rezultatov na vprašalnikih	52
6	RAZPRAVA	58
6.1	POVEZANOST TRAVM V OTROŠTVU Z NIVOJEM KORTIZOLA	58
6.2	RAZLIKE V NIVOJU KORTIZOLA	58

6.3	UČINEK BPT NA STIL NAVEZANOSTI.....	59
6.4	SOČUTJE DO SEBE PRI UDELEŽENCIH	61
6.5	SIMPTOMI IN SUBJEKTIVNO BLAGOSTANJE UDELEŽENCEV	62
6.5.1	Simptomi	62
6.5.2	Subjektivno blagostanje	63
6.6	POMANJKLJIVOSTI IN OMEJITVE RAZISKAVE IN PRIPOROČILA ZA NADALJNJE RAZISKAVE.....	63
7	SKLEPI	66
8	VIRI.....	67

KAZALO TABEL

Tabela 1 Uporabljeni pripomočki glede na obdobje v raziskavi.....	38
Tabela 2 Število udeležencev, ki so izpolnjevali vprašalnike.....	39
Tabela 3 Število udeležencev, ki so rešili psihološke vprašalnike po posameznih enotah.....	39
Tabela 4 Udeleženci in skupni seštevek podleštvic vprašalnika CORE-OM	40
Tabela 5 Razlike v dosežkih pri vprašalniku CORE-OM med različnimi časovnimi obdobji	40
Tabela 6 Udeleženci in podleštvice subjektivnega blagostanja vprašalnika CORE-OM	41
Tabela 7 Razlike v dosežkih na podleštvi subjektivnega blagostanja vprašalnika CORE-OM med različnimi časovnimi obdobji	42
Tabela 8 Udeleženci in podleštvice problemov/simptomov vprašalnika CORE-OM	42
Tabela 9 Razlike v dosežkih na podleštvi simptomov/problemov vprašalnika CORE-OM med različnimi časovnimi obdobji	43
Tabela 10 Udeleženci in skupni seštevek podleštvic Lestvice sočutja do sebe	44
Tabela 11 Razlike v dosežkih na Lestvici sočutja do sebe med različnimi časovnimi obdobji	44
Tabela 12 Udeleženci in skupni seštevek podleštvic na lestvici PSS-14.....	45
Tabela 13 Razlike v dosežkih na Lestvici zaznanega stresa med različnimi časovnimi obdobji	46
Tabela 14 Udeleženci in skupni seštevek podleštvic na Lestvici relacijskih potreb.....	46
Tabela 15 Razlike v dosežkih na Lestvici relacijskih potreb med različnimi časovnimi obdobji	47
Tabela 16 Udeleženci in skupni seštevek podleštvic Vprašalnika medosebnih odnosov	48
Tabela 17 Razlike v dosežkih pri Vprašalniku medosebnih odnosov med različnimi časovnimi obdobji.....	48
Tabela 18 Udeleženci in skupni seštevek podleštvic kazalca blaginje WHO-5	49
Tabela 19 Razlike v dosežkih na kazalcu blaginje WHO-5 med različnimi časovnimi obdobji	49
Tabela 20 Udeleženci po skupinah in številu analiziranih vzorcev	50
Tabela 21 Koeficient asimetričnosti in sploščenosti po vprašalnikih	53
Tabela 22 Razlike med skupinami v posameznih časovnih obdobjih.....	54
Tabela 23 Mediane in vrednosti Mann-Whitneyevega U testa za eksperimentalno in kontrolno skupino	55
Tabela 24 Mediane in vrednosti Mann-Whitneyevega U testa za skupini nezasvojenih in abstinentov	56

KAZALO SLIK

Slika 1.1. Spremembe v stilu navezanosti.....	5
Slika 5.1. Mediana po skupinah na vprašalniku CORE-OM.	40
Slika 5.2. Mediana po skupinah na podlestvici subjektivnega blagostanja na vprašalniku CORE-OM.	41
Slika 5.3. Mediana po skupinah na podlestvici simptomov/problemov vprašalnika CORE- OM.	43
Slika 5.4. Mediana po skupinah na Lestvici sočutja do sebe.	44
Slika 5.5. Mediana po skupinah na lestvici PSS-14.	45
Slika 5.6. Mediana po skupinah na Lestvici relacijskih potreb.....	47
Slika 5.7. Mediana po skupinah pri Vprašalniku medosebnih odnosov	48
Slika 5.8. Jutranje koncentracije kortizola pri udeležencih.....	51
Slika 5.9. Popoldanske koncentracije kortizola.	52

SEZNAM KRATIC

ACTH	kortikotropin = adrenokortikotropni hormon
AD	angl. <i>adjustment disorder</i> , motnje prilagajanja
APA	angl. <i>American Psychological Association</i> , Ameriško psihološko združenje
APP	angl. <i>The Adult Attachment Projective</i> , Projekcije navezanosti pri odraslih
ASAM	angl. <i>American Society of Addiction Medicine</i> , Ameriško združenje za medicino zasvojenosti
BMS	angl. <i>Body-mind-spirit therapy</i>
BPT	bonding psihoterapija
CBG	kortizol vezujoči globulin
CBT	angl. <i>cognitive behavioural treatment</i> , kognitivno-vedenjsko zdravljenje
CRH	kortikotropni sproščajoči hormon
EAP	angl. <i>European Association for Psychotherapy</i> , Evropska zveza za psihoterapijo
ECA	angl. <i>Epidemiologic Catchment Area</i>
EWO	angl. <i>European Wide Organisation</i>
GIM	glasbena terapija
HPA-os	stresna os hipotalamus–hipofiza–nadledvična žleza
M	aritmetična sredina
MBSR	angl. <i>mindfulness-based stress reduction</i> , trening čuječnosti
Me	mediana
NA	noradrenalin
NIP	angl. <i>New Identity Processing</i>
PFC	prefrontalni korteks
SD	standardni odklon
TS	stanovanjska terapevtska skupnost Sopotnica
TSF	angl. <i>Twelve step facilitation</i>
VTA	ventralno tegmentalno območje
WHO	angl. <i>World Health Organization</i> , Svetovna zdravstvena organizacija
ZBPS	Združenje bonding psihoterapevtov Slovenije

ZAHVALA

Najprej bi se rada zahvalila staršem za možnosti in vso podporo tekom študija, bratom in sestri za potrpežljivost, ker me ni bilo veliko doma, prijateljem, ker nisem imela časa in so si vzeli čas, ko sem ga imela. Andreju za vso potrpežljivost, prenašanje moje nervoze, slabe volje, premišljevanja, tišine, bojevanja s samo sabo, za vso neverjetno podporo, mirnost, racionalnost ... Jaka, hvala za vso sostanovalsko potrpežljivost, mirnost, za vso kuharijo, potepanja (zniževanje stresa) ...

Hvala mentorju dr. Gregorju Žvelcu za pomoč predvsem pri psiholoških vprašalnikih, natančnosti in zaupanju, dr. Bojanu Rojcu za vse rešitve v zvezi z jemanjem vzorcev idr., Bogdanu Polajnerju za omogočeno magistrsko nalogo, mirnost, zaupanje, spodbude in tolažbe.

Ogromna hvala Mike za vse sestanke, pomoč, kontakte, čas, dobro voljo, mentorstvo, rešitve ob navidez nemogočem, tolažbe in očetovske napotke. Črt, hvala za vso pomoč v laboratoriju, za zanimivo in uživaško pipetiranje, ki ga prej nisem marala, za vse pogovore, čas in nasvete. Andreja hvala, ki sem ti lahko »kradla« tvoje fante. ;)

Hvala Urši, Ade, Katji za vso pomoč pri raziskavi, brez vas bi šlo res težko. Zlata Neža, tebi pa tudi iskrena hvala za vso pomoč v DPČ, labu in privatnem življenju.

Hvala ekipi Museuma za vse prilagoditve v urniku, res ste zlati.

Hvala Ministrstvu za zdravje Republike Slovenije in International Society of Bonding Psychotherapy za financiranje.

Hvala pa seveda tudi vsem udeležencem raziskave, ki ste jo tako sploh omogočili.

Hvala tudi Joži in Borisu za pomoč.

1 UVOD

Stres je v današnjem svetu vedno večji zdravstveni in tudi širši družbeni problem, saj povzroča tako fiziološko kot psihološko prekomerno napetost in številne nezaželene zaplete, motnje in bolezni. Stres povzroča individualno, družinsko in širšo družbeno škodo, zato potrebujemo okrepitev raziskav in pridobivanje novih spoznanj na področju preprečevanja, terapije in rehabilitacije oseb s prekomernim stresom.

Znano je, da na stres vpliva tudi posameznikovo okolje. Zniževanje stresa v posameznikovem življenju je pomembno predvsem zaradi njegovih trajnih posledic na človekovo zdravje. Dolgotrajni fiziološki učinki, ki se pojavijo kot odziv na stres, lahko vodijo do sprememb v funkciji možganov, ki lahko zavirajo imunsko delovanje ter so hkrati povezane s pojavom depresije in anksioznih motenj (McEwen, 1998, 2008).

Posameznik lahko vpliva na prisotnost simptomov kroničnega stresa, in sicer s kvalitetnim spancem, zdravimi prehranskimi navadami, telesno aktivnostjo, in izogibanjem kajenju, pomembno je tudi vzdrževanje socialne podpore, lahko pa poišče tudi strokovno terapevtsko pomoč (Bernadet, 1995; McEwen, 2008; Rovio idr., 2005).

1.1 PSIHOTERAPIJA

Beseda psihoterapija izhaja iz grške besede *psyche*, kar pomeni duša, in besede *therapeia*, ki pomeni zdravljenje (Verbinc, 1987, v Kreš, 2010). Prochaska in Norcross (2003, v Žvelc, 2011a, str. 1) psihoterapijo opredeljujeta kot »namerno uporabo kliničnih metod in medosebnih značilnosti, ki slonijo na uveljavljenih psiholoških principih, z namenom spremeniti klientovo vedenje, mišljenje, čustva in/ali druge osebne značilnosti v smeri, ki jih klient želi«.

Žvelc (2011a) navaja, da v psihoterapiji klienti razrešujejo različne težave – anksiozne, depresivne motnje, vedenjske težave, osebne, psihosomatske motnje ter tudi motnje hranjenja, spolne motnje, težave v partnerstvu, odnosih ipd. S psihoterapijo lahko pomagamo tudi pri odvisnosti od alkohola, drog in nepredpisanih zdravil (Žvelc, 2011a). Psihoterapija je zasnovana tudi za lajšanje simptomov, spremembe osebnosti, izboljšanje kvalitete življenja, spodbujanje boljšega delovanja v okolju in boljših odnosov, povečanje verjetnosti sprejemanja zdravih življenjskih odločitev in ostalih prednosti, ki jih prinese odnos med klientom in psihoterapevtom (APA Task Force on Evidence-Based Practice, 2006; Burlingame, Fuhriman in Mosier, 2003; Carr, 2009a, 2009b; Kusters, Burlingame, Nachtigall in Strauss, 2006; Shedler, 2010; Wampold, 2007, 2010).

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

Za psihoterapevtsko obravnavo se posamezniki odločajo iz različnih razlogov. Mykletun, Bjerkeset, Pince, Dewey in Stewart (2009) navajajo podatek, da postaja depresija vodilna bolezen zahodnega sveta, po njihovem mnenju do porasta prihaja zaradi hitrega tempa življenja in posledično visoke stopnje stresa. Prav zato prihaja do porasta povpraševanja po psihoterapevtski pomoči (Mykletun idr., 2009).

1.1.1 Bonding psihoterapija

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

Z BPT je začel David Casriel (1972), ki je čustveno odprtost in fizično bližino druge osebe poimenoval »bonding« in je to označil kot osnovno biološko potrebo, enako kot fiziološke potrebe (pitje, hranjenje). Casriel (1972) navaja, da dojenček nujno potrebuje bonding za preživetje, saj je potreba po bondingu pomemben biopsihološki motiv, ki ga lahko primerjamo s potrebo po navezanosti (Bowlby, 1969).

Sprva je David Casriel (1972) uporabljal BPT pri intenzivnem terapevtskem delu z zasvojenimi z drogami. Pri svojem delu je opazil, da imajo zasvojeni pri izražanju čustev izrazito potrebo po čustveni in fizični bližini, sprejetosti in varnosti od drugih udeležencev. Potrebo je opazil predvsem v situacijah, ko so bila pri klientih prisotna zelo intenzivna čustva (Polajner, 2013). Fizični dotik z drugo osebo so klienti najprej doživeli kot ugodje, potem (posledično) kot bolečino zaradi izgube, pogosto izhajajoče iz otroštva. Zaradi tega je Casriel sprva predlagal udeležencem prvotne oblike psihoterapije, da vadijo fizično bližino tako, da so fizično blizu drugi osebi – tako so tvorili psihoterapevtske pare. Fizična bližina drugih je pogosto povzročila intenzivne čustvene reakcije (Geerlings in De Klerk-Roscam Abbing, 1985; Kooyman, Olij in Storm, 2010; Stauss in Ellis, 2007). Zato je začel Casriel razvijati metode, ki so vključevale tudi fizični stik. Začel je z raznimi oblikami neseksualnega in spoštljivega objema med klienti v psihoterapevtski skupini kot dodatnimi elementi v že obstoječi skupinski terapiji (Polajner, 2013). Tako je leta 1963 razvil nov celovit psihoterapevtski pristop, ki ga je sprva poimenoval *new identity processing* (NIP), v devetdesetih letih pa je bila modaliteta preimenovana v bonding psihoterapijo (Polajner, 2011).

Bowlby (1988) je, medtem ko je Casriel na osnovi spoznanj o bondingu (medsebojni povezanosti) razvijal teorijo in prakso BPT, preučeval stile navezanosti (angl. *attachment*). Trdil je, da pomanjkljivo zadovoljevanje potreb po navezanosti vodi v različne psihosocialne motnje (Bowlby, 1988). Spoznanja Casriela in Bowlbyja je uporabil Konrad Stauss, eden takratnih vodilnih zdravnikov in psihoterapevtov, ki je BPT vpeljal na več psihosomatskih klinik v Nemčiji (Stauss in Ellis, 2007).

Kasneje sta Stauss in Ellis (2007) preučevala biološki vidik psihoterapije in duševnega zdravja, pri čemer sta opisala zapis pozitivnih izkušenj pri zadovoljevanju osnovnih biopsihosocialnih potreb v nevronskih mrežah. Psihološke prezentacije teh interakcij z osnovnimi potrebami sta imenovala »funkcionalna čustvena shema«. Ko so osnovne biopsihosocialne potrebe zadovoljene, posameznik doživlja občutek ugodja in telesnega dobrega počutja ter mentalne pomirjenosti. Mentalna pomirjenost je pokazatelj optimalnega delovanja možganov in se imenuje doslednost. Stres se razvije, ko je občutek doslednosti ogrožen in nato neprijeten, iz česar se razvije nelagoden občutek. Prioriteta BPT je obnovitev doslednosti, saj se tako stabilizirajo nevropsihološki procesi v možganih, s tem pa postane mogoče optimalno psihološko delovanje.

Po humanistični psihologiji obstaja sedem osnovnih biopsihosocialnih potreb. Te potrebe so univerzalne in izražene različno v različnih kulturah. Biopsihosocialne potrebe morajo biti nujno zadovoljene za posameznikovo čustveno dobro počutje (Stauss in Ellis, 2007):

- doživljanje povezanosti v odnosih (bonding),
- občutenje varne navezanosti na drugo osebo,
- doživljanje fizičnega dobrega počutja,
- avtonomnost,
- doživljanje samospoštovanja,
- razvitje lastne identitete,
- razvitje smisla življenja.

Pri razvoju teh potreb obstaja hierarhija, podobna kot pri fazah psihosocialnega razvoja po Eriksonu (1971).

Glavni cilj BPT je razviti zdrav oz. varen odnosni življenjski slog in tako preseči strah pred intimnostjo, odnosno bližino in zavrnitvijo od drugih oseb. Med drugim se BPT usmerja k povečevanju sposobnosti klienta za zadovoljevanje odnosnih biopsihosocialnih potreb, čemur kasneje sledi zmožnost vzpostavljanja pozitivnih medosebnih odnosov in uživanja v življenju. Za ohranitev pozitivnih odnosov je potreben varen stil navezanosti. To se lahko doseže z učenjem doživljanja bližine v varni skupini in s spremembo negativnih prepričanj o sebi v pozitivna prepričanja (Casriel, 1972; Kooyman idr., 2010; Polajner, 2011; Stauss in Ellis, 2007).

BPT je kot preventiva ali terapevtska metoda namenjena tistim, ki želijo razviti čustvene kompetence in okrepiti doživljanje varnosti v medosebni povezanosti z drugimi ljudmi. Posamezniku pomaga prepoznati disfunkcije na področju emocij, mišljenja in vedenja ter telesne simptome, kar pomaga k pozitivni spremembi. S prepoznavo ne dosežemo le odpravo simptomatike, temveč tudi varnejši življenjski slog in zvišanje kvalitete vsakdanjika. Končni cilj BPT je tako v realizaciji kakovostnega uživanja življenja. Zato je BPT tako psihoterapevtska metoda kot tudi metoda preventive in osebne rasti (Polajner, 2011).

BPT ima širok spekter delovanja. Najpogosteje je namenjena spremembi bazičnih čustvenih motenj, disfunkcionalnih kognitivnih shem, nezdravih odnosnih slogov in navezanosti z drugimi (Casriel, 1972; International Society for Bonding Psychotherapy, 2014; Polajner, 2011, 2014; Stauss in Ellis, 2007). Indikacije za uporabo BPT so tako disfunkcionalni medosebni odnosi, težave v navezovanju stikov in odnosov z drugimi, nezadostna zmožnost za zadovoljevanje osnovnih biopsiholoških potreb, duševne in somatske težave ipd. (Polajner, 2013).

Že med samo terapijo klient postane čustveno bolj odprta oseba in se fizično lažje približa drugim. Delo v skupini BPT klientu omogoči doživeti in zadovoljiti osnovno potrebo po bližini z drugimi, občutku varnosti, doživeti globoka čustva, ki so bila pred terapijo potlačena (Kooyman idr., 2010).

Če osnovne biološke potrebe niso zadovoljene, lahko pride do čustev, kot so trpljenje (čustvena bolečina, žalost), strah ali jeza. Ko so potrebe zadovoljene, pride do občutkov ljubezni, ugodja in naklonjenosti do osebe, ki je potrebo zadovoljila. Casriel navaja pet osnovnih čustev – strah, jeza, žalost, veselje in ljubezen (de Klerk-Roscam Abbing, 1994). »Bazična čustva«, kot jih imenujejo Kooyman in drugi (2010), so nujna za preživetje in so prisotna od rojstva. Ta so povezana z biokemičnimi spremembami v telesu. Npr. ko mama doji dojenčka, količina hormona navezanosti – oksitocina – raste v krvi obeh.

Občutki, kot sta sovraštvo in odpor, so pridobljena čustva in so odgovor na strah, jezo in bolečino (Kooyman idr., 2010).

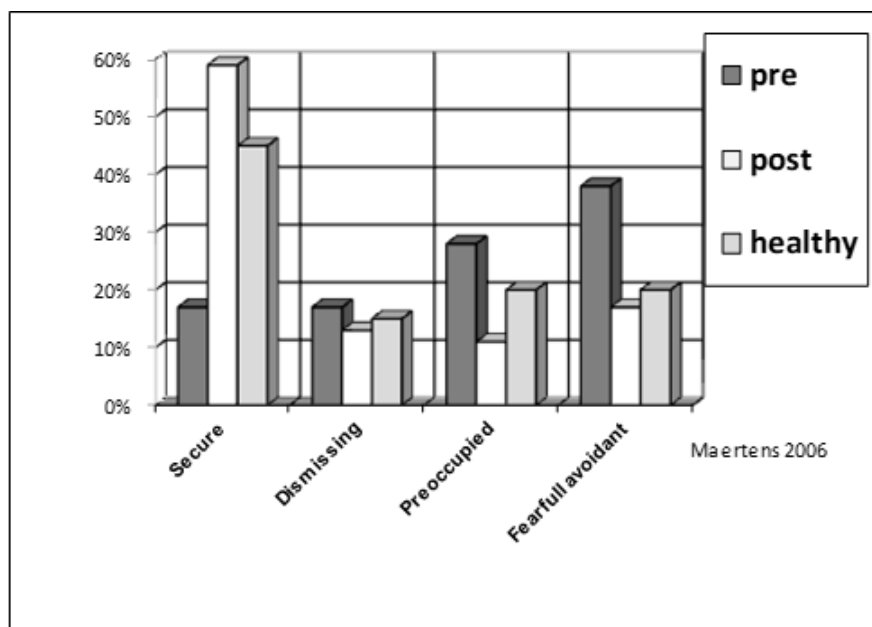
Med odraščanjem se otrok nauči zadovoljevati svoje osnovne potrebe. Za zadovoljevanje potrebe po povezanosti je vedno potrebna druga oseba. Če ta potreba ni ustrezno zadovoljena, lahko pride do motenj v ravnotežju biopsiholoških osnovnih potreb. Odrasel človek je sposoben preživeti kasneje tudi brez zadovoljene potrebe po povezanosti, vendar v praksi take osebe pomanjkanje povezanosti pogosto nadomeščajo z zlorabo zdravil, drog in alkohola (Kooyman, 1990, 1992; Höfler-Zimmer in Kooyman, 1996; Martens, 2000).

BPT se tako lahko uporablja tudi za zdravljenje oseb, ki imajo negotov slog navezanosti. Čustva z negativno konotacijo – jeza, žalost in strah – se lahko pojavijo kot rezultat negotovega življenjskega sloga in lahko vodijo do obrambnih mehanizmov – boja, kontrole ali zamrznitve. Ko kasneje čustva niso več prisotna, se pomanjkanje povezanosti lahko pokaže v obliki fizičnih simptomov, kot so stres, prebavne težave, psihosomatika in povišan krvni pritisk (Kooyman idr., 2010).

Kats (2004) je prva preučevala in izvedla raziskavo s področja koristnosti BPT. To je bila pilotna študija, v kateri je sodelovalo 52 udeležencev, ki so bili razdeljeni v tri heterogene, odprte skupine BPT, pri čemer so vse tri skupine ocenjevali hkrati. Ocenjevanje je bilo ponovljeno po šestih mesecih pri istih udeležencih. Kats (2004) je ugotovila znatno zmanjšanje simptomov na lestvici SCL-90. Zmanjšanje je bilo opazno predvsem na lestvicah

anksioznosti, depresivne somatizacije, nezadostnosti v mislih in dejanjih ter nezaupanja. Test RSQ je pokazal očitno zmanjšanje na lestvici nezaupanja. Do zmanjšanja je prišlo tudi na podlestvicah separacijske anksioznosti in strahu pred zavezo, vendar je bila razlika manj zaznana.

Maertens (2006) je v Belgiji med letoma 2004 in 2005 preučeval spremembe stilov navezanosti pri klientih BPT in ugotovil, da je pri klientih prišlo do pozitivnih sprememb pri zmanjšanju simptomov predvsem na področju depresije, anksioznosti, somatskih obolenj in nezaupanja do drugih, zaradi česar trdi, da je BPT učinkovita modaliteta. Največja razlika se je pokazala na lestvicah nezaupanja, do manjše razlike je prišlo tudi na lestvicah anksioznosti in strahu pred obvezo oz. navezanosti do drugih. Vendar raziskovalci (Maertens, 2006, v Kooyman idr., 2010) trdijo, da bi tudi na teh lestvicah prišlo do večjih razlik, če bi bila raziskava ponovljena večkrat, v daljšem časovnem okviru in bi v raziskavo vključili tudi kontrolno skupino, katere udeleženci ne bi bili vključeni v terapevtsko skupino BPT.



Slika 1.1. Spremembe v stilu navezanosti (Maertens, 2006, v Kooyman idr., 2010).

Fisseni (2008) je v psihosomatski kliniki v Nemčiji med letoma 1998 in 2006 raziskoval podobno kot Maertens, vendar je v raziskavo vključil 6814 udeležencev, kar je 6762 več kot Maertens. Ugotovitve so bile podobne kot pri Maertensu – ugotovil je znatne razlike v stilih navezanosti, ki so se izboljšali za 45 %, 5 % udeležencev se je v odnosih počutilo varnejše od zdrave populacije. Pozitivni učinek na zmanjšanje simptomov je bil po raziskavi 0,85, kar je pomemben učinek za dokazovanje učinka BPT na duševno zdravje. Prav tako se je pri udeležencih zmanjšal strah pred zavrnitvijo, ni pa prišlo do izboljšanja na področju zmanjševanja strahu pred bližino in intimnostjo. Na podlagi rezultatov so raziskovalci sklenili, da ima vsak premik – čeprav majhen – v smeri k varni navezanosti pomemben vpliv

na medosebne odnose ter vpliva na posameznikovo doživljanje samega sebe in svojega okolja (Fisseni, 2008).

Müller (2010) je učinke BPT raziskoval z merjenjem količine oksitocina v krvi, saj je oksitocin parameter za nivoje navezanosti. Oksitocin je bil merjen iz krvi udeležencev BPT pred vajo bondinga. Udeleženci BPT s plašljivo-izogibajočim in dezorganiziranim stilom so imeli nižje koncentracije oksitocina v nasprotju z odklonilnim in varnim stilom navezanosti. Z vajo bondinga se je sproščanje oksitocina povečevalo. To je indikacija, da se zgodijo biokemične spremembe, ko osebi bližina v vaji bondinga postane udobna.

Skupinska psihoterapija, med katere spada tudi BPT, s svojimi metodami pomaga klientom pri uspešnem soočanju in spoprijemanju s stresom. BPT ima na ključne znake prekomernega stresa zdrave učinke (Kraja, 2016):

- Pri glavobolih, živčnostih in pretiranem kritiziranju drugih BPT klientom omogoča npr. izražanje potlačenih čustev, saj lahko psihološko pogojen glavobol nastane zaradi potlačene jeze; čustveno pomiritev in ugodje (pomiritev živčnosti); socialno učenje in učenje bolj prilagojenega komuniciranja (nasproti kritiziranju).
- Pri slabosti in omotici, negativnih mislih in zmanjšanem spolnem nagonu BPT omogoča sproščanje misli in pomiritev organizma z vajami za ugodje in sprostitvev, ki klientu zmanjšajo občutke anksioznosti, tesnobe in utesnjenosti; sprejem pozitivnih prepričanj, ki v človeku utrdijo samozavest in občutek gotovosti; učenje in utrjevanje pozitivnih kognitivnih shem in pozitivnih prepričanj o sebi, s katerimi odpravi blokade spolnih potreb.
- Pri bolečinah v prsih in srcu, vznemirjenosti in razdraženosti ter težavah z govorjenjem BPT omogoča sprostitvev napetosti z glasnimi krikami, saj glasnost okrepi stik s potlačenimi čustvi, zaradi katerih oseba lahko čuti bolečino v prsih ali srcu, s čimer bolečina postopoma izginja. Z glasnim izražanjem se oseba komunikacijsko odpre, telesni stik pa deluje pomirjajoče in poveča občutek varnosti.
- Pri bolečinah v spodnjem delu hrbta, pomanjkanju energije in interesa BPT omogoča sprostitvev telesa preko gibalnih vaj, saj je gibanje pomembno pri ohranjanju vitalnosti, s plesom in vajami dinamične meditacije sprošča mišice v telesu in druge psihofizične zakrčenosti. Gibanje omogoča sprostitvev blokirane energije in boljše počutje. BPT klientu omogoča spoznavanje sebe, kar privede do spoznavanja novih stvari in zanimanj.
- BPT omogoča klientom s povečanim znojenjem, depresivnostjo in motnjami spanja pomiritev telesa z raznimi vajami meditacije, pozitivnejši pogled na stvari in svet z vadbo pozitivnih kognitivnih shem oz. prepričanj, relaksacijo mišic in sprostitvev misli.
- Pri hitrem bitju srca, občutkih ujetosti in prizadetosti ter zmanjšanemu ali povečanemu apetitu BPT omogoča posamezniku sproščanje, s katerim umiri srčni utrip in pritisk, sproščanje negativne energije z glasnim izražanjem, s čimer dosežemo emocionalno sprostitvev, boljše počutje in uravnavanje apetita.

BPT je v Sloveniji še precej neuveljavljena terapevtska modaliteta. Pristop se v Sloveniji uporablja približno 20 let, največ pa se dela z zasvojenimi in njihovimi bližnjimi. V Sloveniji deluje Združenje bonding psihoterapevtov Slovenije (ZBPS) kot pravno združenje bonding psihoterapevtov (<http://zbps.si/>). Trenutno imamo v Sloveniji šest bonding psihoterapevtov, ki so hkrati tudi psihologi. Zadnji dve desetletji izvajajo pomoč zasvojenim v terapevtski skupnosti Projekt Človek, izvajajo tudi psihoterapevtsko pomoč za druge kliente, ki so vključeni v druge BPT skupine (Polajner, 2011).

1.2 NAVEZANOST

Avtorji, ki se ukvarjajo s preučevanjem navezanosti, podajajo različne definicije navezanosti, vsi jo v svojem bistvu opisujejo kot proces vzajemnega komuniciranja in vplivanja med otrokom in njegovimi skrbniki (Cugmas in Praper, 1998; Erzar in Erzar, 2011; Poljanec in Šomen, 2006; Siegel, 2014; Žvelc, 2011b). Teorija navezanosti dovoljuje specifična predvidevanja o kvaliteti zgodnjih izkušenj s skrbnikom in efekt teh izkušenj na bodoče vedenje in odnose (Sroufe, 1996; Sroufe, Carlson, Levy in Egeland, 1999; Stauss in Ellis, 2007).

Z navezanostjo se je prvi začel ukvarjati Bowlby, britanski psihiater, ki je poskušal razumeti stres pri otrocih, ki so bili ločeni od staršev. Opazil je, da so se otroci različno spopadali z ločenostjo od staršev, ko so jo poskušali preprečiti oziroma ponovno vzpostaviti stik. Nekateri so protestirali (aktivno iskanje starša in zavračanje drugih), pri drugih se je pojavil obup (pasivnost, žalost) ali umik (aktivno izogibanje staršu). Hkrati je tudi opazil, da je imela že kratka ločitev od starša daljši učinek, in sicer iskanje fizičnega stika in tolažbe ter strah pred zapuščenostjo. Ker otrok na začetku ni sposoben sam skrbeti zase, so se tekom evolucije razvila različna vedenja, kot sta jok in iskanje, ter značilnosti (npr. velike oči). Funkcija teh vedenj ali značilnosti je pridobiti skrbnikovo pozornost in ohraniti njegovo bližino (Bowlby, 1973; Hazan in Shaver, 1987, 1994).

Bowlby kot prvi razlaga, da v otroštvu posameznik razvije notranji delovni model sebe in drugih, ki determinira tip vedenja, ki ga od njega zahteva skrbnik oziroma figura navezanosti (Bartholomew in Horowitz, 1991; Bowlby, 1969, 1973, 1988; Carlson, Sroufe in Egeland, 2004; Chris Fraley, 2002; Hazan in Shaver, 1994; Kopal Možina, 2008; Main, Kaplan in Cassidy, 1985; Pietromonaco in Feldman Barrett, 2000; Riggs, Jacobvitz in Hazen, 2002). Notranji delovni model je nato oblikovan iz ponavljajočih se interakcij s skrbnikom – koliko je skrbnik odziven v času stiske (Bowlby, 1969, 1988; Bretherton, 1985; Cugmas in Praper, 1998; Kompan Erzar, 2011; Gostečnik, 2001; Main idr., 1985; Stauss in Ellis, 2007; Thompson in Raikes, 2003). Notranji model vsebuje informacije o dogodkih in čustva, ki so povezana z dogodki, njegovo delovanje je avtomatično, nezavedno. Tako vplivajo na pozornost posameznika, spomin in interpretacijo dogodkov, posameznik lahko predvideva, kaj se bo zgodilo in temu prilagodi svoje vedenje. Ponotranjene izkušnje iz otroštva nato

vplivajo na naša pričakovanja glede dostopnosti naših bližnjih oseb, kar vpliva na stil navezanosti v odraslosti, ki je odraz njegove zgodovine navezanosti (Tomec, 2005).

Za reprezentacije navezanosti je značilno, da vplivajo na vedenje s tem, da vplivajo na intenziteto čustvene izkušnje in kasnejše poskuse čustvene regulacije (Kobak in Sceery, 1988; Sroufe, 1996; Stauss in Ellis, 2007).

1.2.1 Stili navezanosti

Mary Ainsworth, Blehar, Waters in Wall (1978) opisujejo različne oblike navezanosti pri otrocih. Stili navezanosti so odraz prvotne navezanosti na primarne osebe (starši, predvsem mama) in njihovega odgovora na potrebo otroka. Avtorji razlikujejo med varnim in dvema nêvarnima stiloma navezanosti – izogibajočim in ambivalentnim stilom navezanosti. Kasneje je raziskovalka Mary Main s sodelavci (1985) dodala še dezorganizirano navezanost.

Različni avtorji so opisali štiri stile navezanosti pri odraslih (Bartholomew in Horowitz, 1991; Hazan in Shaver, 1987), na katere je potrebno gledati kot na dimenzije in ne kot na kategorije, saj odraslih oseb ni mogoče umestiti zgolj v eno kategorijo (Hazan in Shaver, 1987). Zato sta Bartholomew in Horowitz (1991) definirala navezanost v odraslosti v dve temeljni dimenziji:

- model oz. predstava sebe, ki je pozitiven (posameznik sebe dojema kot vrednega ljubezni) ali negativen (nisem vreden ljubezni);
- model oz. predstava drugih, ki je pozitiven (druge dojema kot vredne ljubezni) ali negativen (drugi niso vredni ljubezni).

Kot rezultat kombinacije teh dveh dimenzij sta kasneje opisala štiri stile navezanosti v odraslosti (Bartholomew in Horowitz, 1991; Erzar in Torkar, 2007; Höfler-Zimmer, 1996; Kompan Erzar, 2006; Kooyman, 2010; Stauss in Ellis, 2007; Žvelc in Žvelc, 2006):

- Varen stil – taka oseba se med ljudmi počuti dobro, je zadovoljna s svojim razmerjem med lastno avtonomijo in intimno povezanostjo z drugimi osebami.
- Preokupiran stil – oseba se počuti dobro v intimni povezanosti z drugimi, vendar se boji samostojnosti, ki se ji izmika z begom v delo in druge preokupacije.
- Odklonilno-izogibajoč stil – človek s tem stilom se boji intimnosti, vendar se počuti dobro z lastno avtonomijo. Pasivno se izmika intimnim stikom, predvsem z opuščanjem družabnih stikov.
- Plašljivo izogibajoč stil – oseba se boji intimnosti in avtonomnosti, pred obojim beži aktivno.

Stil navezanosti se v odrasli dobi lahko spremeni glede na izkušnje. Mary Main (1985) na podlagi svojih raziskav trdi, da se lahko spremeni, če se posameznik trudi, da bi razumel in predelal svojo lastno izkušnjo, podobno omenjata tudi Stauss in Ellis (2007), ki hkrati navajata, da je eden izmed glavnih ciljev BPT sprememba nêvarnega stila navezanosti v varnega. Učinkovitost BPT pri spremembi stila so že dokazali Fisseni (2008), Kats (2004) in Maertens (2006), kot je že opisano v podpoglavju Raziskave na področju BPT.

Ko se figura navezanosti nekonsistentno odzivna na otrokove relacijske potrebe, oseba razvije vzorce vedenja, katerega značilnost so prevelika odvisnost od figure navezanosti in »lepljivost« (angl. *clinging*). Taki otroci so pogosto nervozni, konstantno osredotočeni na figuro navezanosti in so preokupirani s strahom pred izgubo skrbi figure navezanosti. Postanejo občutljivi na napake drugih in se drugim prilagajajo z razlogom, da bi ta oseba zadovoljila njihove potrebe. Kasneje v življenju imajo pogosto občutek, da drugi njihovih potreb ne jemljejo resno. Razvije se implicitni strah pred izgubo odnosa, zato pogosto storijo vse, da odnos obdržijo, čeprav ta zanje ni dober (Erskine idr., 2011).

Otroci, katerih figure navezanosti so bile konsistentno čustveno nedostopne in predvidljivo neodzivne na otrokove potrebe, sčasoma predvidevajo, da njihove potrebe ne bodo zadovoljene in da ne bodo dobili čustvene bližine. Zato taki otroci obupajo nad povezanostjo z drugimi ali celo nehajo čutiti lastne potrebe. Kasneje v odnosih pogosto zato primanjkljaje kompenzirajo z izogibanjem intimnosti in podcenjujejo pomembnost odnosa. Lahko se zdi, da so čustveno neodvisni in celo prezirajo svoje potrebe ter potrebe in čustva drugih zaradi implicitnega strahu pred ranljivostjo (Erskine idr., 2011).

Ko figura navezanosti otroka vedno kaznuje, sploh če se to zgodi, ko otrok izraža svoje potrebe, otrok razvije dezorganizirano travmatično reakcijo, tako v možganih kot v telesu. Dezorganiziranost je moteča tudi v kasnejših odnosih. Če je oseba, ki naj bi zadovoljila potrebo otroka, hkrati tudi oseba, ki otroka kaznuje, je otrokova izkušnja telesnih občutkov, vplivov, potreb in odnosov zelo zmedena. Ta zmedenost se lahko nadaljuje v kasnejšem življenju kot zelo dezorganiziran stil ali vzorec navezanosti, saj ima tak posameznik fizično intenziven implicitni strah pred neupoštevanjem svojih potreb (Erskine idr., 2011).

Ko se figura navezanosti na otrokove potrebe odzove z invazivno in nadzorno skrbnostjo, se lahko pri otroku razvijejo vzorci odnosov in navezanosti, pri čemer so prisotni socialna »fasada«, psihološki umik in odsotnost čustvenega izražanja. Otrok z razvitim izoliranim stilom navezanosti ali vzorcem ima impliciten strah pred vdorom (angl. *invasion*), ki se odraža v zmanjšanem afektu in umiku v medosebnih odnosih. Avtentičnost za take osebe pomeni nevarnost (Erskine idr., 2011).

1.2.2 Biološka podlaga navezanosti

Torej pri otroku se razvije podzavesten vzorec vedenja – na podlagi preteklih izkušenj naučen odziv na dražljaj iz okolja, ki nas spomni na izkušnje iz preteklosti, četudi je podobnost minimalna. Odziv otroka na dražljaj vključuje telo, čustva in misli. Otrok se bo vedno počutil nelagodno, ko bo figura navezanosti odšla. Nelagodno se bo počutil zaradi svojih notranjih predstav, saj večji del možganskih nevronov deluje znotraj medsebojnih povezav in konstruirajo sliko realnosti skozi notranje procese, kar pomeni, da se možgani zelo omejeno ukvarjajo z zunanjim okoljem. Notranji svet predstav otroka, ki je zgrajen v možganih, je zelo ohlapno povezan z dogajanjem izven njega. Torej je realnost, na katero se otrok odziva in je

edina, ki jo otrok pozna, konstrukcija možganov vsakega posameznika in poteka v nezavednem. Hkrati, ker osnovne biopsihosocialne potrebe (pogosto) niso bile zadovoljene, se te zgodnje otroške izkušnje shranijo v nevronske mreže. In ko posameznik v sedanjsituaciji odhoda figure doživi zunanji dražljaj, ki je vsaj minimalno podoben tistemu iz preteklosti, se aktivira amigdala, ta aktivira nevronske mreže, ki so okrepljene s prejšnjimi negativnimi izkušnjami. Izkušnja v sedanjosti je nezavedno primerjana s predhodno izkušnjo in otrok podoživi ista čustva, misli in odziv telesa, kot jih je v preteklosti (Stauss in Ellis, 2007).

Podzavestne vzorce spremenimo z novimi izkušnjami, saj se oblikujejo nove nevronske povezave, ki jih s pogostim ponavljanjem (učenjem) v prihodnosti vse lažje aktiviramo. Spreminjanje starih vzorcev v nevronske mreže temelji na nevronske plastičnosti, to je sposobnost centralnega živčnega sistema, da se prilagodi na nov dražljaj. Da se nova izkušnja ohrani in okrepi, je potrebna čustveno pomembna izkušnja, saj se drugače sinaptične povezave težko spreminjajo. Ko je izkušnja shranjena, ni shranjena samo zunanja izkušnja, ampak tudi notranja izkušnja (čustva, misli, potrebe, fizična aktivnost ...). Zato ni dovolj, da posameznik samo ozavešči travmo, stil navezanosti ..., saj mora biti dostopna in obdelana celotna nevronska mreža v kompleksnem procesu predelave, ki obsega več kot le kognitivno prepoznavanje o nezavedni vsebini. Šele ob korektivni čustveni izkušnji se zaradi velike produkcije neurotransmiterjev spremenijo nevronske mreže, kar vodi v sinaptično reorganizacijo limbičnih struktur (Stauss in Ellis, 2007).

Varna navezanost je eno izmed najboljših »zdravil« v boju proti stresu. Številne študije (npr. Bauer, Quas in Boyce, 2002) so pokazale, da je prisotnost in skrb mame deaktivirala stresno os in stresni gen CRH (kortikotropin sproščajoči hormon), ki vpliva na produkcijo kortizola, pri otrocih. Izkušnja varnega odnosa ima velik vpliv na otrokove stresne hormone. Medosebni odnosi pri odraslih so eden izmed pomembnejših zaščitnih faktorjev proti ekstremnim stresnim reakcijam (Stauss in Ellis, 2007).

1.3 RELACIJSKE POTREBE IN NAVEZANOST

Od rojstva naprej smo motivirani z biološkimi potrebami po navezanosti, s tem pa potrebo po odnosih, ki obstaja celo naše življenje (Bowlby, 1988; Erskine, Mousund in Trautmann, 1999). V odnosu in s čustveno navezanostjo obstajamo, rastemo, se spreminjamo in dosežemo stvari v življenju (Trautman in Erskine, 1999). Da smo psihološko zdravi in se razvijemo v popolnosti, potrebujemo odnose z drugimi (Erskine idr., 1999). Erskine idr. (1999, str. 4) pišejo: »Biti človek pomeni biti v odnosu z drugimi.« Kajti brez odnosa ne obstajamo – rojeni smo v odnosu (Erskine, 2011) in naše potrebe ne morajo biti zadovoljene, če nismo v kontaktu z drugimi (Stauss in Ellis, 2007). Razvoj številnih odnosov je temeljni aspekt naše rasti (Gazzaniga, 2008). Znano je dejstvo, da je človeški novorojenček najšibkejša bitje izmed vseh živalskih vrst tako v psihološkem kot v fizičnem smislu, saj če pri otroku potreba po kontaktu z drugimi ni zadovoljena, je ogroženo njegovo življenje. Prav zato je bazični motivacijski faktor našega vedenja iskanje kontakta z drugimi ljudmi (Erskine idr., 1999).

Obstajajo sicer primeri, npr. volčji deklici, hindujski deklici, ko so otroci preživeli brez nujno potrebnega kontakta z drugimi, vendar so imeli velike težave pri delovanju v človeškem okolju (Maturana in Varela, 1998). Danes obstajajo dokazi iz romunskih sirotišnic, kjer so otroci imeli sicer zadovoljene fiziološke potrebe, vendar niso imeli zadosti globokih vezi z odraslimi. Ti otroci so imeli manj aktivno levo orbitofrontalno skorjo, amigdalno, hipokampus in območja senčnega režnja v primerjavi z otroki podobne starosti (Gerhardt, 2014). Te raziskave kažejo na pomembnost medčloveških odnosov, pri katerih je bistvo naše človečnosti prav v načinih povezovanja z drugimi. Za otroka je po Erskinu s sodelavci (1999) slabše, če je brez kakršnih koli odnosov v primerjavi s tem, da je v odnosu zanemarjan, fizično zlorabljen ali čustveno ogrožen. Skozi odnose se namreč otrok nauči vseh bistvenih elementov, ki mu pomagajo pri rasti v človeka v polnem pomenu besede. Na začetku se nauči ločiti druge od sebe, nato sprejemati in ustrezno ravnati z vidiki notranjega kontakta (prepoznati potrebe, obvladovati in izražati čustva) ter povezovati notranje in zunanje kontakte (prositi za pomoč, uživati v medsebojnih transakcijah). Na koncu otrok razvije še socialni čut, ki ga zares naredi človeka. Socialni čut se kaže v občutku pripadnosti, empatiji, sočutju, ki mu pomaga preživeti. Če otrok razvije z drugim zdrav odnos, mu bo ta pomagal zaceliti travmatične izkušnje, saj travma ne povzroči brazgotine, če je ta zaceljena znotraj zdravega odnosa (Erskine idr., 1999).

V prejšnjem poglavju sem opisovala navezanost in kako se razvijejo različni stili glede na prisotnost figure navezanosti. Da ponovim – ko figura navezanosti v času stiske ni dosegljiva, je neodzivna, se razvije eden izmed nevarnih stilov navezanosti. Tako se z nedosegljivostjo figure ne zadovolji otrokova potreba po odnosu. Če pri tem pride še do zlorabe, pride poleg bolečine še intenziviranje potrebe po tem odnosu. Odsotnost odnosa je resnično boleča, zato jo otrok poskuša potlačiti in ne čutiti, se prepričuje, da ni tako zelo slabo, da ne boli toliko, poskuša pozabiti in na tak način zatreti bolečino. Zaradi hude bolečine otrok ta ranjeni del sebe skriva in postane imun na integracijo različnih delov sebe. Ko ta otrok odraste, pride do integracije različnih delov, razen tega dela, ki je skrit in ostaja na isti razvojni stopnji, kot je bil takrat, ko ga je otrok skrila, saj se ni razvijal dalje (Erskine idr., 1999). Odsotnost drugega človeku onemogoči zadovoljevanje potrebe. Vendar nezadovoljena potreba ne izgine, ampak vztraja v telesu ter od nas zahteva energijo in pozornost, zato pride do še več potlačevanja in zanikanja. Otroci z nezadovoljenimi potrebami v odraščanju razvijejo celo zbirko načinov, kako se osvoboditi iz primeža zahtev nezadovoljenih potreb, ter razvijejo nezdravo prepričanje (Erskine idr., 1999; Kooyman idr., 2011). Zaradi kumulativnega nezadovoljevanja potreb pride do kumulativne travme v odnosu, ki je povezana s ponotranjenim občutkom sebe in drugih ter se odraža v disfunkcionalni čustveni shemi. Zato v BPT pomagamo klientom predelati travmatične izkušnje, krepiti čustveno inteligentnost, krepiti zdrava prepričanja (jaz sem jaz, ti si ti), prepoznavati lastne potrebe in jih ustrezno zadovoljiti v odnosu, uživati v medosebnih odnosih in graditi zdrave odnose ter s tem razvijati funkcionalno čustveno shemo (Stauss in Ellis, 2007). Prav zato mislimo, da bomo z BPT izboljšali relacijske potrebe.

Erskine s sodelavci (1999) navaja osem relacijskih potreb:

- potreba po varnosti,
- potreba po spoštovanju, potrditvi in pomembnosti znotraj odnosa,
- potreba po sprejemanju od stabilne, zanesljive osebe, ki zna zaščititi drugega,
- potreba po deljenju osebne izkušnje,
- potreba po samodefinciji,
- potreba po vplivanju na drugega,
- potreba po tem, da drugi prevzame samoiniciativo,
- potreba po izražanju ljubezni.

Nekatere potrebe po Erskinu se ujemajo s kognitivnimi prepričanji, ki jih krepimo v BPT ter lahko vplivajo na izboljšanje relacijskih potreb in sočutja do sebe (Stauss in Ellis, 2007):

- Jaz obstajam.
- Jaz potrebujem.
- Jaz zaupam.
- Jaz imam pravico.
- Jaz sem ljubljen/-a.
- Jaz sem vreden/-dna.
- Nisem popoln/-a, ampak sem v redu tak/-a, kot sem.
- Najprej jaz.
- Jaz sem odgovoren/-rna zase, za svoje življenje.
- Jaz izbiram, odločam zase.
- Jaz pripadam.
- Jaz zmorem.

1.4 SOČUTJE DO SEBE

Sočutje je po navadi razumljeno kot sočutje do drugih, v budistični psihologiji menijo, da je pomembno, da smo sočutni tako do sebe kot do drugih. Sočutje do sebe se vendarle ne razlikuje od generalnejše definicije sočutja. Sočutje predstavlja odprtost, da se te resnično dotakne trpljenje drugih, tako da si oseba želi odvzeti trpljenje drugega. Hkrati sočutje vključuje posameznikovo potrpežljivost, prijaznost in neobsojajoče razumevanje ter prepoznavo, da ljudje nismo perfektni in vsi delamo napake. Podobno kot čutimo pri drugih, sočutje do sebe vključuje odprtost in dotaknjenost z našim trpljenjem, občutki skrbi in prijaznosti do sebe, razumevanjem, neobsojajočim prepričanjem do svojega neuspeha in priznavanje, da je lastna izkušnja del skupne človeške izkušnje. Pri tem ne gre za egoistično ravnanje ali postavljanje svojih potreb pred druge, ampak gre za zavedanje, da so trpljenje, neuspehi in neustreznost del človeške narave in da smo vsi vredni sočutja. Kadar se posameznik samopomiluje, se po navadi počuti distanciran od drugih. Taki ljudje se zatopijo v svoje probleme in pozabijo, da imajo tudi drugi probleme, nekateri celo hujše. Posamezniki postanejo preplavljeni z občutki in samopomilovanje postane pretirano v obsegu osebnega

trpljenja (Neff, 2003). V tem procesu, ki ga Bennett-Goleman (2001) imenuje prevelika identifikacija (angl. *Overidentification*), posameznikov občutek sebe postane tako zatopljen v čustvene reakcije, da postane težko se oddaljiti od situacije in sprejeti bolj objektivno perspektivo. Proces sočutja do sebe zahteva od posameznika metakognitivno dejavnost, s katero prepozna povezane izkušnje sebe in drugih. V tem procesu je potrebno prekiniti cikel samoabsorbcije in prekomerne identifikacije, s tem tudi zmanjšati egocentristrične občutke separacije in povečati občutek medsebojne povezanosti (Neff, 2003). Z izražanjem čustev na delavnici BPT znižamo čustveno reakcijo in prekomerno identifikacijo, tako posameznik doseže večjo povezanost z ostalimi udeleženci in občutek sočutja – najprej do drugih, nato tudi do samega sebe.

1.5 STRES

Avtorji definirajo stres na različne načine in se osredotočajo na različne komponente stresa. Na primer Dernovšek, Gorenc in Jeriček (2006) stres definirajo kot fiziološki, psihološki in vedenjski odgovor posameznika, ki se skuša privaditi in prilagoditi notranjim in zunanjim dražljajem – stresorjem. Stresor je dogodek, oseba ali predmet, ki ga oseba doživi kot stresni element, kar zamaja posameznikovo homeostazo, na kar se organizem odzove s stresom.

Mason (1975) stres definira kot spremembo nevronskega in endokrinega delovanja, ki jo povzroči centralni živčni sistem kot odgovor na zaznano grožnjo. Ko je posameznik soočen s stresorjem, se aktivirata kognitivna in čustvena komponenta, ki sta v limbičnem in kortikalnem delu možganov. Tu se regulira aktivnost hipotalamusa in možganskega debla, ki nadzorujeta delovanje HPA-osi in avtonomnega živčnega sistema. Ob kroničnem psihosocialnem stresu lahko pride do aktivacije HPA-osi in hormonskih neravnovesij (Harlz in Lightman, 1992).

Ljudje različno doživljamo stres in se nanj odzivamo. Dejavnike stresa določajo posameznikova osebnost, izkušnje, količina energije, ki jo ima, okoliščine, v katerih se pojavljajo, ter širše in ožje okolje, v katerem živi. Dernovšek idr. (2006) navajajo, da so pri reševanju stresa pomembna posameznikova naravnost, njegova trdnost in kakovost medosebnih odnosov. Ali bo stres škodljiv in uničevalen (negativen stres) ali ga bomo obvladali in nas bo spodbudil k dejanjem (pozitiven stres), je odvisno od razmerja med našimi zahtevami in zahtevami okolja ter sposobnostjo reševanja. Stres je za normalno življenje nujno potreben. Težava nastane takrat in tam, ko je stresnih situacij preveč, so preveč zgoščene, premočne ali trajajo predolgo (Dernovšek idr., 2006).

1.5.1 Mehanizem delovanja kortizola

Kortizol je steroidni hormon iz skupine glukokortikoidov, ki je sintetiziran v skorji nadledvične žleze. Izloča se na več načinov:

- po nevrogeni poti se izloča preko izločanja CRH (Glaser in Kiecolt-Glaser, 2005; Miller, Chen in Zhou, 2007), kar povzroči izgradnjo in izločanje ACTH (Glaser idr., 2005),

- preko adrenalina (akutni stres),
- preko citokinov, ki nastanejo kot odgovor na vnetne dražljaje (Miller, Chen in Zhou, 2007).

Sistem HPA se regulira preko negativne povratne zanke (Glaser in Kiecolt-Glaser, 2005).

Ob stresnih situacijah se iz nadledvične žleze izločajo glukokortikoidi (Brown, 2002), ki imajo široko paleto delovanja in vplivajo na številne vidike telesnih funkcij, vključno z metabolizmom, vnetji in imunskim sistemom (Chrousos in Gold, 1998), so tudi bistvenega pomena pri preživetju organizma (Brown, 2002). Glukokortikoidi nadzorujejo lastno sintezo in sproščanje s končevanjem negativne povratne zanke na ravni anteriorne hipofize in višjih centrov. Odziv osi se obravnava v dveh domenah: učinki akutnega stresa in učinki kroničnega ali ponavljajočega se stresa. Ob akutnem stresu v telesu pride do povečanega nivoja CRH iz nadledvične žleze, povišanja kroženja ACTH iz anteriornega dela hipofize, povečanega izločanje kortikosterona iz nadledvične žleze (Harluz in Lightman, 1992), zato se poviša nivo kortizola (Chrousos in Gold, 1998). Medtem ko pri kroničnem stresu pride do znižanja cirkadianih sprememb koncentracij kortizola (Chrousos in Gold, 1998).

Bauer s sodelavci (2002) navaja, da imajo steroidni hormoni, med katere spadajo glukokortikoidi, počasnejši začetek delovanja in daljše delovanje. Namreč glukokortikoidi se sintetizirajo na način *de novo* (tj. sinteza kompleksnih molekul iz preprostih molekul, kot so sladkorji in amino kisline), ta deluje preko učinkov na gensko transkripcijo in s tem sintezo beljakovin. Ko je posameznik soočen s stresorjem, hipotalamus sprosti CRH, ki vključno z drugimi faktorji stimulira sproščanje ACTH, ta pa pošlje signale v skorjo nadledvične žleze, da se sprosti kortizol, ki je primarni glukokortikoid pri ljudeh. Ko se sprosti kortizol v 10 do 30 minutah po stresorju, se pokaže njegovo delovanje, ki traja do ene ure na ciljnih tkivih (Bauer idr., 2002).

Pri zdravih posameznikih se nivo kortizola dvigne od 30 do 45 minut po prebujenju in nato počasi pada preko dneva (Clow, Hucklebridge, Stalder, Evans in Thorn, 2010; Curtis, 1972; Kirschbaum in Hellhammer, 2000; Weitzman, Fukushima, Nogeire, Roffwarg, Gallagher in Hellman, 1971). Jutranji vrh kortizola se pojavi v času maksimalne adrenokortikalne aktivnosti (Späth-Schwalbe, Schlöller, Kern, Fehm in Born, 1992). Dvig nivoja kortizola se pojavi tudi v prosti obliki kortizola v slini, ki je značilno povezan s prejšnjimi psihološkimi in fizičnimi stanji, kot so dolgotrajna bolečina, kronični stres in pregorelost (Geiss, Varadi, Steinbach, Bauer in Anton, 1997; Schulz, Kirschbaum, Pruessner in Hellhammer, 1998, Pruessner, Hellhammer in Kirschbaum, 1999).

Jutranji višji nivo kortizola je povezan z različnimi dejavniki: inter- in intraindividualno variabilnostjo (Pruessner, Wolf, Hellhammer, BuskeKirschbaum, Auer idr., 1997; Wust, Wolf, Hellhammer, Federenko, Schommer in Kirschbaum., 2000), spolom, kajenjem, oralno kontracepcijo, ki vpliva na 1–4 % variabilnosti (Pruessner idr., 1997, Wüst idr., 2000), nepričakovano bujenje (Born, Hansen, Marshall, Mölle in Fehm, 1999), zgodnje vstajanje, ki

na nivo kortizola vpliva še nekaj ur po bujenju (Edwards, Ewans, Hucklebridge in Clow, 2001; Kudielka in Kirschbaum, 2003), triizmenskim delom (Federenko, Dechoux, Hellhammer, Wüst in Kirschbaum 2001), izpostavljenosti luči okoli 800 luksov (Scheer in Buijs, 1999).

Zaradi kroničnega stresa se lahko v telesu nabira kortizol, kar povzroča stanje visoke vzbujenosti (Sterling in Eyer, 1981) ali kako drugače vpliva na drugačno delovanje stresnega odziva, ki ima za posledico disregulacijo stresne funkcije. Pomemben indikator regulacije stresne osi je poznavanje cirkadianega ritma, saj lahko prepoznamo pravilno delovanje negativne povratne zanke (Sephton in Spiegel, 2003).

Atipičen vzorec aktivnosti HPA-osi se je pokazala pri otrocih, ki so izgubili v zgodnjem otroštvu starša oz. skrbnika (Meinlschmidt in Heim, 2005), pri otrocih, ki so bili trpinčeni v rodni družini (De Bellis idr., 1999; Shea idr., 2005), in pri otrocih, ki so večkrat doživeli zanemarjanje (Carlson in Earls, 1997). Pri teh otrocih so opazili tipičen vzorec sprememb dnevne aktivnosti kortizola, ki je v veliki meri posledica velike spremembe v nivoju jutranjega kortizola (Gunnar in Vazquez, 2001). Podobni vzorci so bili opaženi pri odraslih, ki so doživljali kronični stres (Heim, Ehlert in Hellhammer, 2000), in zato raziskovalci domnevajo, da so ti hipoaktivni vzorci odraz nizke regulacije HPA-osi po obdobju povečane aktivnosti v začetkih življenja (Fries, Hesse, Hellhammer in Hellhammer, 2005).

Stres v zgodnjem otroštvu in kronični stres znatno vplivata na mezolimbicne dopaminergične poti (Sinha, 2008) in razvoj prefrontalnega korteksa (Gratton in Sullivan, 2005). Meaney (2002) je s sodelavci dokazal vpliv dolgotrajne in ponavljajoče se separacije matere na razvoj centralnih CRH-poti pri podganah. Odrasle podgane so nato pokazale pretiran HPA in vedenjski odziv na stres (Plotsky in Meaney, 1993; Liu, Caldji, Sharma, Plotsky in Meaney, 2000), zmanjšano negativno senzorično povratno zanko na glukokortikoide (Ladd, Huot, Thivikraman in Nemeroff, 2000), zmanjšano ekspresijo glukokortikoidnih receptorjev v hipokampusu in PFC (Dallman, Akana, Bradbury, Strack, Hanson in Scribner, 1994; Meaney, Brake in Gratton, 2002). Razvoj prefrontalnega korteksa v relaciji do stresa je pomemben predvsem zato, ker ima pomembno vlogo pri aktivaciji HPA-osi in avtomatičnih odgovorih na stres ter regulaciji teh odgovorov (Gratton in Sullivan, 2005). Pomembnost prefrontalnega korteksa pri stresu so dokazali tudi z najdbo visokih količin glukokortikoidov v njem (Sullivan in Gratton, 1999; Wellman, 2001).

1.5.2 Merjenje kortizola v slini

Kortizol v slini, kjer se nahaja prosta oblika kortizola, se je s pregledom literature pokazal kot uporaben eksperimentalni kazalnik za namene preučevanja stresnih odzivov. Na stres telo odreagira na različne načine, kot so povišanje srčnega utripa, krvnega tlaka in sproščanje hormonov. Eden izmed hormonov, ki se sproži kot odziv na stres, je kortizol, s čimer telo

omili učinke reakcij na stres in se povrne v homeostazo. Ravno zato je kortizol dober kazalnik za ugotavljanje, ali je posameznik izpostavljen stresu ali ne (McEwen, 2008).

Kortizol smo uporabili tudi zaradi enostavnega odvzema (Inder, Dimeskit in Russell, 2012; Saiyudthong, Suwannarat, Trongwongsa in Srisurapanon, 2010; Sarstedt, 2019; Shimada, Takahashi, Ohkawa, Segawa in Higurashi, 1995; Tecan, 2004), neinvazivnosti (Inder idr., 2012; Saiyudthong idr., 2010), lahke ponovljivosti, možnega merjenja izven laboratorija (Inder idr., 2012; Sarstedt, 2019; Tecan, 2004), nestresnega odvzema (Vining, McGinley, Maksvytis in Y Ho, 1983, v Haussmann idr., 2007), lahke in varne transportacije do laboratorija (Sarstedt, 2019). Prednost vzorčenja s Salivette je tudi ta, da ni potrebno takoj zamrzniti sveže slin, kar je po navadi potrebno pri drugih metodah zbiranja slin (Sarstedt, 2019). Študije so namreč pokazale pozitivno povezavo med kortizolom v slini in serumu (Baecher, Azad in Vogeser, 2013; Reyes Mendoza, Layton Tovar, Andres Osorio in Zeron, 2016; Saiyudthong idr., 2010; Shimada idr., 1995). V slini se odraža prosta oblika kortizola, kar zagotavlja večjo zanesljivost pri merjenju kot pri kortizolu iz seruma, pri katerem merimo neaktivno obliko kortizola (Saiyudthong idr., 2010). Prednost merjenja kortizola iz slin je v tem, da ni odvisna od CBG in je tako lahko uporabljena tudi pri pacientih s povišanimi koncentracijami CBG zaradi povišanega estrogena ali zmanjšanih plazemskih vezavnih globulinov zaradi bolezni (Yeo, Babic, Hannoush in Weiss, 2017).

1.6 TERAPIJA IN STRES

Zmanjšanje količine kortizola so McKinney, Antoni, Kumar, Tims in McCabe (1997) dokazali v študiji, v kateri so uporabljali vodeno glasbeno terapijo (GIM) in ugotovili, da je bil nivo kortizola nižji še sedem tednov po zadnji seansi. Ugotovili so močno povezanost med spremembo razpoloženja in nivojem kortizola ob istem času ter kratkoročno zmanjšanje kortizola po poslušanju glasbe pri zdravih posameznikih (Bartlett, Kaufman in Smeltekop, 1993; VanderArk in Ely, 1992).

Metaanaliza 25 študij je pokazala, da so se učinki farmakoterapije značilno povečali, ko so vključili v terapijo še psihoterapijo pri odraslih osebah z depresijo (Cuijpers, Dekker, Hollon in Andersson, 2009). Rezultati so pokazali, da kombinirana terapija lahko povzroči dodatne klinične prispevke za zmanjšanje resnosti depresije v primerjavi s farmakoterapijo. Poleg tega so raziskovalci, zaradi njenih učinkov, priporočili dodatno psihoterapijo pri zmanjševanju psihosocialnih simptomov in povečevanju sposobnosti bolnikov, da se spoprijemajo s stresom (Petersen, 2006). Favova študija (2009) je pokazala, da se je povečala vloga psihoterapevtskih strategij pri zdravljenju depresije, ki lahko okrepi dobro počutje klientov/pacientov in zmanjša njihovo ranljivost pri življenjskih težavah ter doseže hitrejše okrevanje.

Rezultati metaanalize so pokazali, da so zdravila zagotovila močan učinek v akutni fazi zdravljenja depresije, psihoterapija pa je igrala zaščitno vlogo pri preprečevanju ponovitve bolezni (Hsiao idr., 2011).

Izražanje čustev z manjšo represivno obrambo in večjimi primarnimi negativnimi vplivi (strah, žalost, jeza) med podporno-ekspresivno terapevtsko skupino je bila povezana s nižjimi nivoji kortizola v skupini pacientk, ki so bile v metastatični fazi raka (Giese-Davis, DiMiceli, Sephton in Spiegel, 2006). Rezultati kažejo, da je med zdravljenjem raka psihoterapija verjetno normalizirala nivo kortizola in dnevnih vzorcev kortizola. Vplivi MBSR (angl. *mindfulness-based stress reduction*) na zmanjšanje poznega popoldanskega nivoja kortizola v plazmi so bili dokazani pri bolnicah z rakom, ki so končale aktivno zdravljenje (Carlson, Speca, Patel in Goodey, 2003; Carlson, Speca, Faris in Patel, 2007; Witek-Janusek, Albuquerque, Chroniak, Chroniak, Durazo-Arvizu in Mathews, 2008). Ena izmed študij je pokazala, da se je pojavilo stalno zmanjšanje nivoja kortizola po 12 mesecih follow-upa (Carlson idr., 2007).

Znižanje nivojev kortizola se je pokazalo tudi pri udeleženkah s prenatalno depresijo v 22. tednu nosečnosti (študija je končala, ko so bile v 34. tednu nosečnosti). Njegov nivo je padel bolj med tistimi udeleženkami, ki so obiskovale le podporno skupino (20 minut na teden), kot med tistimi, ki so obiskovale interpersonalno psihoterapevtsko skupino (60 minut na teden) (Field, Diego, Delgado in Medina, 2013).

1.7 ZASVOJENOST

Ameriško združenje za medicino zasvojenosti ASAM (2011) opredeljuje zasvojenost kot »kronično motnjo v delovanju možganov, in ne samo kot vedenjsko težavo, ki je posledica pretiranega uživanja alkohola, mamil, predajanja igram na srečo ali spolnosti«. Je bolezen možganskega nagrajevalnega kroga in centrov, ki so povezani s spominom in motivacijo. Da nevrnske povezave teh predelov ne delujejo, se kaže na biološki, duševni, družbeni in duhovni ravni ter se izraža v patološki potrebi po ugodju in sprostitvi ob zauživanju substance ter izbiri določenih vedenj (ASAM, 2011).

V DSM-V; American Psychiatric Association [APA] (1994); Dawes idr., (2000) in Evans, idr., (2005) je odvisnost od substanc opisana kot resno klinično stanje s socialnimi, afektivnimi in kognitivnimi slabitvami, ki so karakterizirane kot velika izguba kontrole nad uporabo drog.

Leta 2002 je kanadska posebna senatna komisija izdala dokument, v katerem sta jasno opredeljena pojma zasvojenosti in odvisnosti. Zasvojenost (angl. *addiction*) je splošni pojem, ki se nanaša na koncepta tolerance in odvisnosti. Organizacija WHO obravnava zasvojenost kot ponavljajočo se uporabo psihoaktivne substance do te mere, da je uporabnik kronično ali periodično intoksiciran, da kaže nujnost zaužitja substance, ima velike težave pri prostovoljnem prenehanju ali zmanjšanju rabe substance ter kaže odločnost pri vztrajanju uživanja substance ne glede na posledice. Odvisnost (angl. *dependence*) je po drugi strani opredeljena kot stanje, v katerem uporabnik nadaljuje svojo rabo substance ne glede na zdravstvene, relacijske, psihološke, socialne ali družinske probleme. Gre za kompleksen fenomen, ki bi lahko imel celo genetske komponente. Psihološka odvisnost se nanaša na

psihološke simptome, povezane s hrepenenjem (Flaker, 2002; Jezernik, 2006, v Podpečan, 2006), nervoznim občutjem, ko je brez droge, vendar še nima telesnih težav (Kušević, 1990, v Podpečan, 2006); fizična na toleranco, prilagoditev organizma kronični rabi (Jezernik, 2006, v Podpečan, 2006), intenzivne fizične težave ob odtegnitvi, pojavom abstinenčne krize (znojenje, drhtenje, pospešeno dihanje, krči v želodcu, slabost, bruhanje, bolečine in krči v mišicah, povišana telesna temperatura in delirij) (Flaker, 2002; Kušević, 1990, v Podpečan, 2006).

Ramovš (2001, v Podpečan, 2006) navaja, da je zasvojenost potreba, ki se razvije postopoma, bolj ali manj naglo s privajanjem na določeno psihoaktivno snov (npr. alkohol, nikotin, droge), obliko vedenja (npr. igre na srečo) ali doživljanje resničnosti (npr. sovražnost do nekoga). Prav tako je umetna potreba po nečem, kar človeku po naravi ni potrebno, ampak je zanj tujek, na katerega se mora človekov organizem, duševnost in druge razsežnosti nasilno prilagoditi. Pri tem se spremenijo naravni obrambni mehanizmi, tako da delujejo proti razvojnim potrebam človeka. Zasvojenost je škodljiva potreba, saj se njene posledice kažejo v vseh človekovih razsežnostih. Zasvojenost biološko zastruplja organizem, da oboleva, patološko spreminja duševno delovanje in vedenje, omejuje svobodo in odgovornost, kvari medčloveška razmerja in odnose, zavira človekov razvoj in omamlja njegovo smiselno orientacijo v življenju (Ramovš, 2001, v Podpečan, 2006).

Rusche in Friedman (2004) govorita o zasvojenosti, ko se telesni odvisnosti pridruži še psihična. »Telesna odvisnost je eden ključnih sestavnih delov zasvojenosti in skoraj vsak uživalec, ki je telesno odvisen od drog, je v veliki nevarnosti, da postane zasvojen. Vendar telesna odvisnost ni isto kot zasvojenost« (Rusche in Friedman, 2004, str. 181). Avtorja ločujeta telesno in psihično odvisnost predvsem zato, ker bi potemtakem bili tudi bolniki, ki si lajšajo bolečino z opiatom, bili zasvojeni (v redkih primerih sicer pride do zasvojenosti). Razlika med bolniki z bolečinami in zasvojenimi z drogami je v tem, da bolnikom zdravilo pomeni le sredstvo (za lajšanje bolečine), da lahko živijo normalno in polno življenje ter jim družina, služba in hobiji pomenijo več od zdravila. Posameznik, ki je zasvojen z drogami, prej omenjene stvari žrtvuje za jemanje psihoaktivnih sredstev in le ta postanejo osrednjega pomena v njegovem življenju. Ko ljudje postanejo psihično odvisni – zasvojeni – postane jemanje drog ena izmed življenjskih potreb, kot so tudi prehranjevanje, pitje in spanje. Pri bolnikih z bolečinami to ne drži, saj se zlahka odpovedo opiatom, ko bolečina mine. Telesna in psihična odvisnost sta biološke narave, saj do njiju vodijo spremembe možganskega delovanja, ki so jih povzročila droge. Ti dve odvisnosti se med seboj razlikujeta, ker ne glede na to, kako in zakaj je droga prišla v telo, sama navzočnost drog še ni dovolj za psihično odvisnost. Za psihično odvisnost je potrebno več – način jemanja drog in vrsta motivacije za uživanje (Rusche in Friedman, 2004).

Na človekovo zasvojenost je potrebno gledati celostno in se ne zgolj opirati na določen vidik zasvojenosti (npr. medicinski). V Sloveniji še vedno pretežno gledamo na zasvojenost samo z

ozko medicinskega vidika (biološko-kemični vidik). Zasvojenost je potrebno razumeti kot interakcijo »več posamičnih, fenomenološko edinstvenih ter individualno pogojenih začaranih krogov« (Polajner, 2006b, str. 47, 48):

- Biološki (somatski) vidik zasvojenosti: kot primarne navadno opisujejo motnje v neurotransmiterskih prenosih dopamina in endorfina, ki povzročajo potrebo po drogi in obratno – tudi droga lahko primarno povzroča motnje v neurotransmiterskih prenosih in tvori biokemični začaran krog naraščanja potrebe po drog.
- Vedenjski vidik zasvojenosti: gre za krivdno vedenje (uživanje prepovedanih drog in druga družbeno nesprejemljiva vedenja, za katera se posameznik čuti krivega) ter za sram, kar povečuje potrebo po omami (za kar je spet potrebna droga). Tako se, podobno kot na biološkem, tudi na področju vedenja tvori začaran krog.
- Psihološki, osebni in doživljajski vidik zasvojenosti: ta zajema čustvene motnje in stiske, osebne značilnosti, ki višajo verjetnost uživanja drog (plahost, preobčutljivost, nizko samospoštovanje ipd.).
- Družinsko-odnosni vidik zasvojenosti: pri tem gre zlasti za dve nasprotji družinske patologije z enakimi posledicami – po eni strani za odsotnost pristnih odnosov oz. za čustveno zanemarjanje in na drugi strani za patološko pretiravanje pri zaščiti (hiperprotektivnost).
- Družbeno-vrstniški vidik zasvojenosti: tu gre za negativen socialni pritisk vrstnikov, zlasti v današnjem času, ko je uživanje drog med mladimi moderno in ko se mladim zdi, da morajo imeti izkušnjo z drogo.
- Družbeno-odnosni vidik zasvojenosti: vključuje dve družbeni nasprotji – po eni strani izločanje krhkih oseb in zasvojenih članov družbe, ki najbolj potrebujejo pomoč (npr. odpori do ustanavljanja komun, zavračanje vsake drugačnosti ipd.), ter na drugi strani izkoriščanja in prefinjene oblike nasilja nad posamezniki (npr. z agresivnimi reklamami, s plitvo potrošniško mentaliteto, z nečloveškimi delavnimi pogoji idr.).
- Duhovno-ontološki vidik zasvojenosti: ta zajema razsežnosti, kot so stalna ontološka napetost med dobrim in slabim v človeku (s tega vidika je človekovo normalno stanje stalna ontološka napetost, in ne notranji mir) ter ontološki pritisk človekove poklicnosti in ustvarjalnosti.
- Vidik duševnih ran oz. težjih travm: pri zasvojenih gre zlasti za pogoste travme zaradi spolnih zlorab, preživljanja otroštva s staršem, zasvojenim z alkoholom, fizično nasilje v družini, vzgojno zanemarjanje ipd.

1.7.1 Zasvojenost in terapija

Nekatere vedenjske terapije so se pokazale kot učinkovite pri zdravljenju abstinentov od kokaina (Carroll, Rounsaville, Nich, Gordon, Wirtz in Gawin, 1994; Higgins, Budney, Bickel in Hugnes, 1993). Zdravljenje komorbidne motnje, za katero so mislili, da ima vlogo pri etiologiji ali trajanju glavne motnje, se je pokazalo kot obetavna strategija pri zdravljenju

motenj odvisnosti. Primeri vključujejo zdravljenje z antidepresivi pri depresivnih odvisnikih od alkohola, kokaina, odvisnikov od opioidov in anksiolitično zdravljenje odvisnikov od alkohola z anksiozno motnjo (Carroll, Nich, Ball, MyCance in Rounsavile, 1998).

Hkratna odvisnost od alkohola je pomemben problem pri večini oseb, zasvojenih s kokainom. Regier in sodelavci (1990, v Carroll idr., 1998) poročajo, da je 85 % udeležencev v študiji Epidemiologic Catchment Area (ECA) doseglo merila za odvisnost tako od kokaina kot za zlorabo ali odvisnost od alkohola. V 12-tedenski študiji so randomizirano klinično preizkušali disulfiram in tri oblike psihoterapije za posameznike z odvisnostjo od kokaina in zlorabo alkohola. Aktivna psihoterapija je bila verjetno učinkovitejša od psihoterapevtskega nadzora zaradi dobro definirane vloge psihosocialnih intervencij. Študija ni pokazala znatnih razlik med psihoterapijama TSF (angl. *Twelve Step Facilitation*) in CBT (angl. *Cognitive Behavioural Treatment*) (Carroll idr., 1998).

Woody (2003) je v študiji, kjer so pacienti prejeli metadon, dokazal, so se slabše odrezali tisti pacienti, ki so imeli večje nivoje psihiatričnih simptomov, kot tisti z nižjimi nivoji. V študiji niso našli povezave med psihiatrično resnostjo simptomov in psihoterapijo. Pokazalo se je zmanjšanje tveganja za okužbo s HIV zaradi zmanjšanja števila spolnih partnerjev in nezaščitenih spolnih odnosov. Ta zmanjšanja so visoko povezana z zmanjšanjem uporabe kokaina. Študija je pokazala tudi, da je kombinacija individualnega in skupinskega svetovanja o drogah pokazala boljše rezultate kot psihoterapija, ta pa se ne razlikuje od skupinske terapije enkrat tedensko (Woody, 2003).

Največja raziskava na področju učinkovitosti psihoterapije (CBT, Met in 12-step facilitation) pri abstinentih od alkohola je bil projekt Match. Študija, ki je trajala eno leto, je pokazala zmanjšanje dnevnega pitja alkohola pri 60–80 % udeležencev. Tako kot v študiji, ki je preučevala učinkovitost psihoterapije pri uporabi kokaina, se tudi tu ni pokazala velika razlika med oblikami psihoterapije, ni bilo interakcije z resnostjo psihiatričnih motenj in prednosti na 12 korakov orientirane terapije (Woody, 2003).

Skupinska terapija BMS je pokazala pozitivne učinke na regulacijo funkcije HPA-osi pri pacientih z generalizirano depresijo (Hsiao, Jow, Ali, Chen idr., 2011; Yang, Hsiao, Wang, Ng, Ho, Chan idr., 2009). Ta študija je pokazala, da je skupinska terapija BMS prispevala k nižjemu dnevnemu vzorcu kortizola v urinu pri bolnikih z AD ob koncu psihoterapije (v 2. mesecu) in v 14. mesecu. Za psihosocialne dejavnike odpornosti, ki vključujejo čustva s pozitivno konotacijo, kognitivno fleksibilnost, eksistencialni pomen, socialno podporo in vedenje za aktivno spopadanje, je znano, da so povezani z izboljšanjem depresije, ki je povezana s stresom, in disregulacijo nevrobioloških sistemov (Haglund, Nestadt, Cooper, Southwick in Charney, 2007; Southwick, Vythilingam in Charney, 2005). Ugotovitve študije v raziskavi bi lahko pokazale, da se psihoterapija BMS osredotoča na povečanje odpornosti bolnikov na obvladovanje neugodnih življenjskih dogodkov, ki bi lahko imeli kratkoročne in

dolgoročne pozitivne učinke na uravnavanje odzivov kortizola pri bolnikih z AD (Hsiao idr., 2014).

Študija (Muhtz, Zyriax, Klahn, Windler in Otte, 2009) je pokazala, da je pri ženskah povišana raven kortizola v popoldanskih in večernih časovnih točkah delno posredovala povezavo med depresivnimi simptomi in metaboličnimi dejavniki tveganja, ki vključujejo večji obseg pasu, višjo količino glukoze v krvi, nižji lipoproteinski holesterol in višje vrednosti diastoličnega krvnega tlaka. Skladno z izboljšanjem odzivov kortizola pri pacientih v psihoterapevtski skupini BMS, so ugotovili, da lahko pri prisotnosti AD omilimo negativne učinke kortizola (Hsiao idr., 2014).

Optimalni plan za večino pacientov, ki so odvisni od kokaina, vključuje kombinacijo individualne in skupinske terapevtske modalitete. Skupinske seanse zagotavljajo pozitivne vzornike, pripravljene mreže za vzajemno oporo in odličen forum za razpravo o številnih ključnih vprašanjih za abstinenco in okrevanje. V skupinski terapiji se kliente spodbuja, da razpravljajo o drogah, razmišljanju o zasvojenosti in o metodah za izogibanje ponovni zasvojenosti. Razprave je potrebno osredotočiti na misli in občutke, ki povzročijo ponoven relaps (ponovitev zasvojenosti), ter alternativne možnosti za spoprijemanje s stresom in negativnih razpoloženj brez uporabe drog (Dackis in Gold, 1985).

Da ponovimo: Daniel Casriel je v svoji skupnosti začel z bonding psihoterapijo – fizično bližino in čustveno odprtostjo – in trdi, da je povezanost oz. po angleško *bonding* osnovna biološka potreba, ki je pomembna pri preživetju otroka (Casriel, 1971, 1972). Kasneje se poleg povezanosti in navezanosti pojavijo še druge osnovne psihosocialne potrebe – potreba po avtonomiji, identiteti, samopodobi, fizičnem dobrem počutju, smislu in spiritualnosti. Ko potrebe niso zadovoljene, čutimo strah, jezo in bolečino, kadar so zadovoljene pa čutimo ugodje in ljubezen (Stauss in Ellis, 2007).

Ko ne dobimo, kar potrebujemo, razvijemo negativna prepričanja o sebi in drugih, kot so: ne obstajam, ne potrebujem, nisem vreden, nimam pravice, ničesar ne morem spremeniti, nisem odgovoren za svoje življenje, nisem enakovreden ipd. (Stauss in Ellis, 2007). Ko otrok čuti, da v družini ni zaželen, ko ne čuti starševske ljubezni, se lahko razvije prepričanje, da ni zadosti, da je slab človek. Na začetku otrok ne ve, zakaj. Nato postane »poreden otrok«, iz tega nastane identiteta »jaz sem slaba oseba«, zato ne dobiva ljubezni od staršev. Ima nizko samopodobo in strah pred zavrnitvijo. Njegovo manipulativno vedenje je izogibanje zavrnitvi. Kasneje tak otrok lahko začne z uporabo drog ali se začne ukvarjati s kriminalom. Droge so njihova obramba pred strahom, jezo ali bolečino pred zavrnitvijo, zato postanejo zasvojeni. Ko so zasvojeni, te zasvojenosti ne priznajo, ne znajo prositi za pomoč prav zaradi strahu pred zavrnitvijo (Kooyman, 2013). Zavrnitev povzroči nezno bolečino in priključuje boleča čustva zaradi zavrnitve v preteklosti (Kooyman, 1986).

Kooyman (2013) pravi, da imajo zasvojeni dva strahova – pred bližino in zavrnitvijo, saj globoko v sebi ne čutijo, da imajo pravico obstoja. Imajo tudi nizko samopodobo in se lahko

počutijo kot ničvredneži med zasvojenimi, čeprav tega ne bodo nikoli priznali. Večina zasvojenih je imelo v otroštvu nêvaren stil navezanosti s figuro navezanosti.

V zgodovini zasvojenih z drogami velikokrat vidimo osebe, ki so v otroštvu doživele čustveno zanemarjanje, fizične ali psihološke travme in spolne zlorabe (Glover, Janikowski in Benschhoff 1996; Kooyman, 2000). Vse to z BPT lahko izboljšamo.

Terapevtska skupnost (v nadaljevanju TS) da posameznikom z zgoraj opisano identiteto možnost, da predelajo svoj strah pred bližino in zavrženostjo skozi korektivne čustvene izkušnje. V TS tudi zvišajo samopodobo, ki omogoča stabilnost v odnosih. Tako za dobro počutje ne potrebujejo več drog ali alkohola.

Kooyman (1992, 1996; Polajner, 1998) opisuje 15 terapevtskih faktorjev, zaradi katerih TS deluje:

- Nadomestna družina, v kateri lahko raste v varnem okolju.
- Konsistentna filozofija, ki je lahko razumljiva, razložena in podprta s strani vseh članov.
- Terapevtska struktura, ki omogoča varno okolje z jasnimi pravili, v katerem se posameznik uči odgovornosti in se zmore spopadati z napakami.
- Ravnotežje med terapijo, avtonomijo in demokracijo – preveč terapije lahko pripelje do izogibanja odgovornostim, preveč demokracije lahko okolje naredi antiterapevtsko, avtonomija posameznika je omejena s članstvom v skupini.
- Socialno učenje skozi socialne interakcije. Posameznik se uči funkcij v različnih vlogah, skozi povratno informacijo dobi uvid v svoje vedenje.
- Učenje med krizami, med katerimi lahko zori in raste.
- Terapevtski vpliv vseh aktivnosti – vse, kar se dogaja v TS, je terapija – delo, različne službe in vloge v TS.
- Odgovornost posameznika za lastno vedenje – posamezniki v TS ne smejo igrati vloge žrtve, ampak se morajo naučiti, da potrebujejo pomoč, da zanjo lahko vprašajo in da tudi sami lahko pomagajo tako kot ostali.
- Višanje samopodobe z dosežki – korak za korakom in vedenjem »kot da« posameznik predeluje strah pred neuspehom.
- Ponotranjenje pozitivnega sistema vrednot – posameznik se nauči odkritosti, konfrontacije, kako kritizirati negativno in samodestruktivno vedenje in prepričanja.
- Konfrontacija vedenja – posameznik se nauči govoriti o svojih notranjih konfliktih, konfrontaciji vedenja s strani drugih, ki ga tudi on ne mara. Nauči se, da konfrontacija ne pomeni biti zavržen, da ne potrebuje biti perfekten, da je ljubljen. Hkrati se tudi nauči, da konfrontacija ni usmerjena na osebo, ampak na vedenje.
- Pozitivni pritisk, ki je lahko faktor, zaradi katerega posameznik abstinira in razvije pozitivno vedenje.
- Učenje razumevanja in izražanja čustev – v terapevtskih skupinah se naučijo priti v kontakt s čustvi in jih izraziti. Naučijo se premagati strah pred izražanjem jeze, strahu in

bolečiner na koncu izrazijo prijetna čustva, kot sta ugodje in ljubezen, ki so lahko težja za izražanje kot neprijetna čustva. Skozi terapijo se lahko predelajo tudi boleči spomini travmatičnih dogodkov iz preteklosti.

- Sprememba negativnega prepričanja v pozitivnega – večina zasvojenih ima negativen pogled nase v relaciji z drugimi, kot so: Nisem ljubljen – Nisem dovolj dober – Nimam pravice obstajati. Zadnje prepričanje je zelo pogosto med zasvojenimi, kar spoznajo v terapevtski skupini. Negativna prepričanja so se razvila v otroštvu, da so jim pomagala preživeti, ko pa so odrasli, jih ta prepričanja ovirajo. Terapevtska skupina, kot je npr. BPT, lahko pomaga pri spremembi negativne samouresničuje se prerokbe življenja (Casriel, 1972).
- Izboljšanje odnosov z rodno družino – v terapevtski skupini lahko delamo na odnosih z družinskimi člani, pri tem nam pomagajo člani skupine in metode, ki simbolično predstavljajo družinske člane. Tudi starši in drugi sorodniki so vključeni v skupinske aktivnosti. Odnosi z družinskim člani se na novo ustvarijo s pomočjo osebja TS po obdobju brez kontakta med zasvojenim in družinskimi člani (Kooyman, 2013).

1.7.2 Zasvojenost in odnosi

Osrednji koncept, ki je povezan z odvisnostjo, vključuje pomanjkanje regulacije čustev in strategij obvladovanja (Schindler, Thomasius, Petersen in Sack, 2009). Ena izmed strategij obvladovanja s čustveno nestabilnostjo in pomanjkanjem kontrole je zloraba različnih substanc (Heard, Lake in McCluskey, 2014; Helmus, Downey, Arfken, Henderson in Schuster, 2001). Newcomb (1995) zlorabo substanc v te namene imenuje samozdravljenje čustvene stiske. Podobno ugotavljata tudi Shaver in Mikulincer (2002), saj pravita, da je zloraba substanc lahko tudi strategija za spopadanje s številnimi pomanjkljivostmi strategij navezanosti, za zmanjšanje čustvene stiske in za regulacijo medosebnih odnosov. Pri odvisnikih se pojavlja veliko plašljivo-izogibajočega stila navezanosti (Shaver in Mikulincer, 2002), ki kaže na nezmožnost zaznavanja nerešene navezanosti, kot jo definirajo Bowlby (1969, 1982) ter George in West (2012).

Zasvojeni imajo pogosto težave v odnosih z družinskimi člani in bližnjimi (Feeney, 2005) in prav zaradi nerazrešenih reprezentacij navezanosti imajo težave v vedenju – ne poznajo adekvatnih filtrov za prihodnje odnose in izkušnje (Caspers, Xucuis, Troutman in Spinks, 2006; Shaver in Mikulincer, 2002; Sroufe, 2005; Sroufe, Egeland, Carlson in Collins, 2005).

Raziskave na področju navezanosti pri odvisnikih so pokazale različne težave pri odprtosti do čustvenih izkušenj (McNally, Palfai, Levine in Moore, 2003), vzpostavljanju ali vzdrževanju odnosov (Kassel, Wardle in Roberts, 2007) ter pri želji po sodelovanju v kreativni in produktivni čustveni regulaciji (Schindler idr., 2005). Pri tretjini pacientov v raziskavi Delvecchio, Di Riso, Lis in Salcuni (2016) se je pokazala vztrajna anksioznost pred medosebnim odnosom in pretiran negativen afekt (preokupirani vzorec) ali so se ukvarjali s čustveno oddaljenostjo in večjim zanašanjem na samega sebe kot na druge (oddaljeni vzorec).

Rezultati na APP (The Adult Attachment Projective, George in West, 2001) so pokazali, da večina pacientov ni bila zmožna uporabiti čustvenih ali funkcionalnih virov, niti defenzivnih procesov, da bi vzdrževali organiziran vzorec ter da bi se spopadli z negativnimi mislimi in občutki, povezanimi z njimi, ter da bi prepoznali možno razpoložljivost in odzivnost figure navezanosti (Delvecchio idr., 2016; George in West, 2012; Juen, Arnold, Miessner, Nolte in Buchheim, 2013; Solomon in George, 2011).

1.7.3 Zasvojenost in stres

Sinha (2001) navaja, da obstaja pomembna povezava med akutnim in kroničnim stresom ter motivacijo za zlorabo zasvajajočih substanc. Veliko teorij o zasvojenosti je dokazalo pomembno vlogo stresa v procesu zasvojenosti. Nekateri psihološki modeli o zasvojenosti navajajo, da je uporaba in zloraba drog strategija za spopadanje s stresom, zmanjševanje napetosti, samozdravljenje in zmanjšanje distresa, povezanega z umikom (Baker, 2004; Khantzian, 1985; Leventhal in Cleary, 1980; Marlatt in Gordon, 1985; Russel in Mehrabian, 1975; Tomkins, 1966; Wills in Shiffman, 1985). Nevrobiološki modeli predlagajo preobčutljivostne in stresne alostazne (tj. doseganje stabilnosti ali ravnovesja skozi fiziološke in vedenjske spremembe) koncepte za to, da bi razložili, kako lahko nevroprikladne preko nagrajevanja, učenja in stresnih poti krepijo hrepenenje, pomanjkanje kontrole in kompulzije, ki so ključne komponente v prehodu iz občasne uporabe substanc do nezmožnosti ustaviti kronično uporabo substanc kljub nezaželenim posledicam, kar je ključna lastnost zasvojenosti (Hyman in Malenka, 2001; Koob in Le Moal, 1997; Robinson in Berridge, 2003).

Populacijske in klinične študije so pokazale pozitivno povezanost med psihosocialnimi nesrečami, negativnim afektom in kroničnim distresom ter tveganjem za zasvojenost. Dokaze lahko kategoriziramo v tri tipe:

- Prva vključuje prospektivne študije, v katerih so dokazovali, da se pri tistih mladostnikih, ki se srečujejo z nedavnimi negativnimi življenjskimi dogodki, povečuje nivo uporabe in zlorabe drog (Barrett in Turner, 2006; Breese idr., 2005; Brown, 1987; Burt idr., 2003; Chassin, Mann in Sher, 1998; Childress, Hole, Ehrman, Robbins, McLellan in O'Brien, 1994; Cooney, Litt, Morse, Bauer in Gaupp, 1997; Cooper, Russell in Frone, 1990; Costa, Jessor in Turbin, 1999; Johnson in Pandina, 1993; Johnson in Pandina, 2000; Litt, Cooney, Kadden in Gaupp, 1990; Newcomb in Bentler, 1988; Newcomb in Harlow, 1986; Perkins, 1999; Sher idr., 1997; Sinha, Catapano in O'Malley, 1999; Turner in Lloyd, 1995; Wills in Cleary, 1996; Wills, Vaccaro in McNamara, 1992). Negativni življenjski dogodki, kot so izguba starša, ločitev ali kreganje staršev, nizka podpora staršev, fizična zloraba ali zanemarjanje, čustveno zanemarjanje in zlorabljanje, izolacijska ali odklonilna pripadnost, samohranilska struktura starševstva, so povezani s povečanim tveganjem za zlorabo substanc (Sinha, 2008).
- Drugi tip dokazov povezuje travmo in zanemarjanje, negativni afekt, kronični distres s tveganjem za zlorabo substanc. Obstaja veliko dokazov za povezanost med seksualnimi in

fizičnimi zlorabami v otroštvu in viktimizacijo ter povečano uporabo in zlorabo drog (Breslau, Davis in Schultz, 2003; Chassin, Presson, Sherman in Kim, 2003; Chen, Bierhals, Prigerson, Kasl, Mazure in Jacobs, 1999; Clark, Lesnick in Hegedus, 1997; Dembo, Dertke, Borders, Washburn in Schmeidler, 1988; Harrison, Fulkerson in Beebe, 1997; Widom, Weiler in Cottler, 1999) ali za tveganje za zasvojenost (Cooper, Russell, Skinner in Windle, 1992; Laurent, Catanzaro in Callan, 1997; Measelle, Stice in Springer, 2006; Sher, Walitzer, Wood in Brent, 1991; Stice, Barrera in Chassin, 1998).

- Tretji tip dokazov so dokazi iz populacijskih študij, ki kažejo na to, da imata življenjsko izpostavljanje stresorjem in kumulativna nesreča vpliv na ranljivost za zasvojenost, pri čemer so upoštevali dejavnike kontrole, kot so družinska zgodovina uporabe substanc (Moss, Vanukov in Martin, 1995; Moss, Vanyukov, Yao in Kirillova, 1999; Schuckit, Risc in Gold, 1988), rasa/etničnost, spol, socioekonomski status, preteklo zlorabljanje drog, razširjenost psihiatričnih motenj in vedenjski problemi. Rezultati študij kažejo na to, da je kumulativno število stresnih dogodkov znaten napovedovalec alkoholne odvisnosti in odvisnosti od drog (upoštevani so bili dejavniki kontrole). Negativni dogodki, ki so znatno povezani z ranljivostjo za zasvojenost, so ločitev ali kreganje staršev, zapustitev, prisila, da živijo stran od staršev, izguba otroka zaradi smrti ali odvetja, nezvestoba pomembnega drugega, izguba doma zaradi naravne nesreče, smrt bližnjega, čustveno zanemarjanje ali zloraba, vpletenost skrbnika, družinskega člana, zakonca ali pomembnega drugega v strelskem dogodku ali nasilje in biti priča nasilni viktimizaciji. Ti zelo stresni in čustveno zaskrbljujoči dogodki so po navadi neobvladljivi in nepredvidljivi (Sinha, 2008).

Znanstveniki so povezali kortikostriatno-limbične dopaminske poti z impulzivnostjo, odločanjem in tveganjem za zasvojenost, prav tako tudi določena specifična področja, kot so VTA (ventralno tegmentalno območje), NA (noradrenalin), PFC (prefrontalni korteks) in amigdala, ki so zelo dovzetna za zgodnji stres in stresne kronične dogodke. Za mladostnike s povečanim tveganjem za zlorabo substanc je znano, da imajo nizko vedenjsko in čustveno kontrolo (Baler in Volkow, 2006; Wills in Stoolmiller, 2002; Wills, AINETTE, Mendoza, Gibbons in Brody, 2007; Wills, Walker, Mendoza in AINETTE, 2006), zmanjšano samokontrolo (Baler in Volkow, 2006; Wills in Stoolmiller, 2002; Wills idr., 2006, 2007), zmanjšane izvršilne funkcije, slabše odločanje ter višje nivoje deviantnega vedenja in impulzivnosti (Baler in Volkow, 2006; Ernst idr., 2006; Fishbein idr., 2006; Giancola, Mezzich in Tarter, 1998; Giancola, Martin, Tarter, Pelham in Moss, 1996; Wills in Stoolmiller, 2002; Wills idr., 2006, 2007). Oswald idr. (2007) so s PET slikanjem opazovali efekte kroničnega stresa in impulzivnosti, ko se je sprostil dopamin zaradi vnosa amfetaminov. Če je pri osebi prišlo do malega ali srednjega stresa, se je več dopamina sprostilo pri manj impulzivnih osebah, če je prišlo do velikega stresa, se je pri obeh skupinah sprostilo malo dopamina. Te ugotovitve kažejo na pomembne efekte stresa in impulzivnosti na mezolimbični dopaminski prenos ter

kažejo na dejstvo, da morata biti oba faktorja skrbno obravnavana za popolno razumevanje vloge stresa in impulzivnosti pri tveganju za zasvojenost (Oswald idr., 2007).

Pri zdravih osebah se jutranji kortizol nahaja med 8 in 10 nmol/l (Kudielka idr., 2004; Kupper idr., 2005), okoli 20 nmol/l pri zdravih mladih Japoncih (Kobayashi in Miyazaki, 2015), 21 nmol/l pri starejših od 65 let v Rotterdamu, 21 nmol/l pri 45 let starih moških v Angliji (Hek, Direk, Newson, Hofman, Hoogendijk, Mulder in Tiemeier, 2013), med 7,6 in 39,4 nmol/l pri odraslih na Danskem (Hansen, 2003), medtem ko je študija raziskovalca Walterja (2008) pokazala povprečno vrednost 2 nmol/l kortizola po prejemu metadona pri odvisnikih od heroina, kar kaže na to, da je kortizol potlačil vpliv metadona. Kreek (2000) navaja, da odvisniki od heroina trpijo za hipersenzibilnostjo do stresa, kar se lahko obrne z uporabo opioidov. To lahko pojasni vedenje pri samozdravljenju pri heroinskih odvisnikih, ki so na metadonskem vzdrževanju. O nekaterih spremembah v HPA-aktivnosti z nizkimi nivoju kortizola pri heroinskih odvisnikih na metadonskem vzdrževanju so poročali že v študiji Aouizerate idr. (2006). Pri odvisnikih od kokaina je HPA-vzbujenje povezano z recidivom (Sinha idr., 2006), zamegljen HPA-odziv pa se je pokazal pri odvisnikih od alkohola (Junghanns idr., 2003).

V študiji Rivier in sodelavci (1996) so dokazali interakcijo med HPA-funkcijo ter uporabo alkohola, nikotina in prepovedanih drog, kajti vse te substance povzročajo akutne odgovore HPA zaradi farmakološke aktivacije. Poleg tega je lahko verjetno HPA disregulirana z dolgotrajno uporabo teh substanc (Adinoff in Risher-Flowers, 1991). Spremenjena aktivnost HPA pri bivših odvisnikih ali osebah z visokim tveganjem za odvisnost zaradi družinske zgodovine lahko izhaja iz osnovnih biopsiholoških značilnosti, ki se pojavljajo pri odsotnosti zlorabe substanc (Adinoff idr., 2005c; King idr., 2002).

Psihoaktivne substance v človeku aktivirajo mezolimbčne dopaminergične poti, ki vključujejo dopaminske nevrone, ki izvirajo iz VTA in segajo preko ventralnega striatuma do PFC. Ta pot je vključena tudi pri procesiranju nagrade, učenju in prilagajanju. Študije, v katerih so slikali človeške možgane, so pokazale pomembno vlogo teh sistemov v nagrajevanju pri uporabi drog, kot so psihostimulansi, alkoholu, opioidih in nikotinu, ki aktivirajo mezolimbčne dopaminergične poti, bolj natančno ventralni in dorzalni striatum. Te aktivnosti so povezane tudi z evforijo in hrepenenjem pri uporabi drog (Sinha, 2008).

Študije so pokazale, da so povišanja nivoja kortizola zaradi stresa povezana z dopaminskim kopičenjem v ventralnem striatumu (Meaney, Brake in Gratton, 2002; Pruessner, Champagne, Meaney in Dagher, 2004; Oswald idr., 2005; Wand idr., 2007). Nekateri dokazi kažejo tudi na povišanje nivojev kortizola zaradi amfetaminov, ki so povezani z dopaminskim vezanjem v ventralnem striatumu (Oswald idr., 2005; Wand idr., 2007), in z evforijo, ki jo povzročijo amfetamini (Wand idr., 2007). Glede na to, da stres in uporaba drog aktivirata mezolimbčne poti, ni presenetljivo dejstvo, da vse to privede do sinaptičnih prilagoditev v VTA-dopaminskih nevronih in morfoloških sprememb v medialnem prefrontalnem korteksu (Cleck

in Blendy, 2008; Liston idr., 2006; Robinson in Kolb, 1999; Saal, Dong, Bonci in Malenka, 2003).

Ventralni striatum je prav tako vključen v nenaklonjeno, averzivno pogojevanje v izkušnjah nenaklonjenosti, bolečine in v vključenosti v nenaklonjene dražljaje. Taki dogodki kažejo na vlogo mezolimbicne dopaminergične poti izven poti nagrajevanja in širše vključuje motivacijo in pozornost na vedenjske odzive med pomembnimi (averzivnimi vs. apetitivnimi) dogodki. Z mezolimbicnimi dopaminergičnimi potmi so povezani tudi amigdala, hipokampus, inzula in povezane kortikolimbicne regije, ki so vključene v nagrajevanje, učenje, prilagoditve in usmerjeno vedenje na cilje. Te regije igrajo pomembno vlogo pri interoceptiji, čustvenem in stresnem procesiranju, kontroli impulzov, odločanju in pri lastnostih zasvojenosti od drog (Sinha, 2008).

Številne študije so pokazale, da sprostitvev kortikosterona, ki ga aktivira HPA-os, igra pomembno vlogo pri samoadministraciji drog. Kortikosteron olajša psihomotorične stimulacijske efekte kokaina in morfina. Antagonisti glukokortikoidnih receptorjev v VTA zmanjšajo lokomotorično aktivnost, odvisno od morfina. Pri miših, ki niso imele gena za glukokortikoid, se je pokazala zmanjšana motivacija za samoadministracijo kokaina. Ti podatki kažejo, da bi lahko izločanje kortikosterona, ki je povezan z delovanjem HPA-osi, vsaj delno vplival na povečanje dopamina po samoadministraciji drog (Sinha, 2008).

Velik čustveni stres je povezan z izgubo kontrole nad impulzi, nesposobnostjo inhibicije nezaželenih vedenj in odlaganjem zadovoljstva. Nevrološki podatki kažejo na to, da stres poslabša modulacijo kateholaminov v prefrontalnih krogih, kar ovira izvršilne funkcije, kot sta delovni spomin in samokontrola (Sinha, 2008).

Redna uporaba drog, kot so alkohol, nikotin, kokain, amfetamini in marihuana, aktivirajo v možganih nagrajevalne poti (mezokortikolimbicni dopaminergični sistem) ter stresne poti (CRH, HPA-os in avtonomni živčni sistem), kar poveča nivo ACTH in kortikosterona v plazmi, spremeni utrip srca in krvni pritisk ter privede do sprememb v prevodnosti kože. Redna in kronična uporaba teh drog je tudi povezana s prilagoditvami teh sistemov, ki so specifični glede na posamezno drogo. Npr. spremembe v srčnem utripu in variabilnosti srčnega utripa se pojavijo pri redni in kronični uporabi alkohola, pri uporabi psihostimulansov se pojavi trajno povečanje v funkciji HPA-osi, toleranca na inaktivacijske učinke droge se pojavi ob uporabi morfina, nikotina in alkohola. Ti direktni efekti zlorabe drog na pomembne komponente stresnega fiziološkega odgovora podpirajo njihovo klasifikacijo med farmakološke stresorje (Sinha, 2008).

Akuten absistenčni stres je povezan s povišanjem CRH-nivoja, plazmatskega ACTH, kortizola, nivoja NA in adrenalina. Zgodnja abstinenca je povezana z visokim bazalnim odgovorom kortizola in ugasnjenim ali potlačenim odgovorom ACTH in kortizola na farmakološke in psihološke izzive pri odvisnikih od alkohola in kroničnih kadilcih, medtem ko pri odvisnikih od opiatov in kokaina pride do povečane odzivnosti HPA-hormonov kot

odgovor na metirapon. Abstinenca od kronične uporabe alkohola je povezana s spremenjenim simpatičnim in parasimpatičnim odgovorom ter spremenjenim noradrenergičnim odzivom na johimbin v zgodnji abstinenci od kokaina (Sinha, 2008). Pri rednih uživalcih marihuane se je pokazalo zaviranje nastajanja spolnih steroidov, rastnih hormonov, prolaktina in ščitnice ter aktivacija HPA-osi – do tega pride zaradi aktivacije CBI-receptorja v hipotalamusu, ki uravnava prednjo funkcijo hipofize (Brown in Dobs, 2002). Vse zgoraj naštetu kaže na pomembne efekte uporabe in zlorabe drog na fiziološki stresni odziv.

Spremembe v HPA-osi so opazili pri zasvojenih z alkoholom, pri katerih se je pokazalo ponavljajoče se povečanje koncentracij kortizola med kronično alkoholno abstinenco (Adinoff, Ruether, Krebaum, Iranmanesh in Williams, 2003; Iranmanesh, Veldhuis, Johnson in Lizarralde, 1989; Keedwell idr., 2001), med umikom alkohola, ko je prišlo do še večjih razlik kot pri intoksikaciji (Adinoff idr., 1991, 2003; Heinz idr., 1995; Heuser, von Bardeleben, Boll in Holsboer, 1988; Hundt, Zimmermann, Pottig, Spring in Holsboer, 2001; Marchiesi, Chiodera, Ampollini, Volpi in Coiro, 1997; Mendelson in Stein, 1966; Merry in Marks, 1972; Valimaki, Pelkonen, Harkonen in Ylikahri, 1984; Von Bardeleben, Heuser in Holsboer, 1989), pri vnosu alkohola pri podganah (Rivier, Bruhn in Vale, 1984) ter pri ljudeh (Mendelson, Ogata in Mello, 1971; Mendelson, Stein in McGuire, 1966), prav tako je do sprememb v HPA-sistemu prišlo pri zaužitju alkohola pri zdravih ljudeh (Inder idr., 1995; Marinelli idr., 1998; Marinelli in Piazza, 2002; Waltman, Blevins, Boyd in Wand, 1993). Razlika v koncentraciji kortizola v plazmi se ni pokazala v raziskavi Walter idr., (2006) na začetku akutne faze umika alkohola (1. dan) med zasvojenimi z alkoholom in zdravo kontrolo, kar nasprotuje rezultatom v študiji Adinoff s sodelavci (1991), v kateri so se pokazale ekstremno visoke koncentracije kortizola pri zasvojenih z alkoholom v primerjavi s kontrolo. Po fazi umika se je pokazalo zmanjšanje nivojev kortizola pri odvisnih od alkohola (Heinz idr., 1995; Keedwell idr., 2001; Kiefer idr., 2002; Walter idr., 2006) ter pri abstinentih od alkohola v primerjavi s kontrolno skupino (Errico, Parsons, King in Lovallo, 1993; Lovallo, Dickensheets, Myers, Thomas in Nixon, 2000).

V različnih študijah so dokazali, da imajo abstinenti od alkohola ugasnjen odziv kortizola na fizične in psihološke stresorje še vsaj štiri tedne po prenehanju s pitjem (Bernardy, King, Parsons in Lovallo, 1996; Errico idr., 1993, Lovallo idr., 2000, 2006).

Različne študije so pri abstinentih od alkohola dokazale hipoaktivnost HPA-osi (Fox, Bergquist, Hong in Sinha, 2007; Lovallo idr., 2000) kot odziv na številne farmakološke izzive, povezane s stresom (Adinoff, Junghanns, Kiefer in Krishnan-Sarin, 2005a).

Akutna alkoholna abstinenca je povezana s hiperkortizolemijo (Cushingova bolezen) (Bannan idr., 1984; Esel idr., 2001; Heinz idr., 1995; Mendelson in Stein, 1966; Risher-Flower idr., 1988).

Predklinične študije so pokazale povišano izločanje kortizola, ki ga povzroči alkohol, hkrati so pokazale tudi posredno vlogo glukokortikoidov na mezolimbični dopamin ter nagrajevalne

lastnosti drog (Marinelli idr., 1998; Marinelli in Piazza, 2002). V študiji so Oswald idr. (2005) pokazali povečan nivo kortizola, ki je povezan s sproščanjem dopamina v striatumu in putamenu (del bazalnih ganglijev), ki je povezan z vnosom amfetamina. Sproščanje kortizola se zgodi tudi ob disforiji, vznosenosti in vzburjenju (Brown, Sirota, Niaura in Engebretson, 1993) ter tudi pri čustvenem vzburjenju in konfliktnih situacijah pri zdravih ženskah (Gerra idr., 1996).

Hrepenenje po alkoholu, ki je posledica stresa, negativni afekt in prisotnost oz. dosegljivost alkohola so povezani s tveganjem k ponovnemu pitju (Breese idr., 2005; Cooney idr., 1997).

Nevroendokrine motnje se pojavijo zaradi centralnih stimulacij, ki povezane s spremembami kateholaminov. Kronična uporaba kokaina pri podganah povzroča adrenokortikalno hipertrofijo in sproščanje kortizola pri administraciji metilamfetamina (Dackis in Gold, 1985) in dekstroamfetamina (Besser, Butler, Landon in Rees, 1969; Dackis in Gold, 1985) pri človeku. Sproščanje kortizola po vnosu metilamfetamina je blokirano zaradi predhodnega zdravljenja s timoksaminom, do katerega pride zaradi NA mehanizma delovanja. To se zgodi zaradi tega, ker je HPA-os del regulacije NA. Kot pri regulaciji prolaktina lahko obstaja učinek serotonina, ker se ta nevrottransmitter sprosti s kortizolom. Nevroendokrini sistemi se lahko odzovejo drugače na izmenično stimulacijo in izčrpavanje nevrottransmitterjev zaradi kokaina (Dackis in Gold, 1985).

Stanje hrepenenja, ki je povezano s stresom, in stanje hrepenenja, povezano z drogo, se je pokazalo pri posameznikih, odvisnih od kokaina (Sinha, Fuse, Aubin in O'Malley, 2000; Sinha idr., 2003).

Običajni dnevni vzorec HPA se ponovno vzpostavi, če se vzdržuje abstinenca. Pri alkoholu pride do normalnega vzorca v dnevnem izločanju kortizola po enem do štirih tednih abstinence (Adinoff idr., 1991; Adinoff idr., 2005b,c; Fonzi idr., 1992; Heinz idr., 1995; Iranmanesh idr., 1989; Loosen, Chambliss, Pavlou in Orth, 1991; Willenberg, Morley, Niewoehner, Hellman in Carlson, 1984). Vendar je potrebno opozoriti, da regulacija HPA ne bo popolnoma normalna po obnovitvi dnevnega vzorca (Adinoff idr., 2005b,c). Različne študije so pokazale konstantno normaliziranje nivojev kortizola po umiku alkohola (Adinoff idr., 1991; Keedwell idr., 2001; Marchiesi idr., 1997; Mendelson in Stein, 1966; Merry in Marks, 1972).

2 NAMEN IN CILJI NALOGE

Zaradi pomanjkanja raziskav in specifičnih znanstvenoraziskovalnih člankov, ki bi preučevali učinek med BPT in učinki stresa ter medosebnimi odnosi, se prav z magistrsko nalogo posvečamo področju, kjer smo v biopsihološki, psihološki in psihoterapevtski znanosti še šibki. Mnoge raziskave so pokazale, da psihoterapija pozitivno vpliva na zniževanje negativnega stresa (Barrett, Kauffman in Smeltekop, 1993; Carlson, Specca, Faris in Patel, 2007; Carlson, Specca, Patel in Goodey, 2003; Giese-Davis, DiMiceli, Sephton in Spiegel, 2006; Guerino, Briel in Araujo, 2015; Hanser, 1985; Hsaio, Jow, Ali, Chen idr., 2011; Hsaio idr., 2012; Jenni in Wolersheim, 1979; McKinney, Antoni, Kumar, Tims in McCabe, 1997; Petersen, 2006; VanderArk in Ely, 1992; Witek-Janusek idr., 2008; Yang idr., 2009). Psihoterapije so se pokazale učinkovite tudi pri zdravljenju odvisnosti (Carroll, Nich, Ball, MyCance in Rounsavile, 1998; Carroll idr., 1994; Casriel, 1972; Higgins, Budney, Bickel in Hugnes, 1993; Polajner, 2014; Woody, 2003), zato lahko upravičeno domnevamo, da bo tudi BPT pozitivno vplivala na rezultate tudi pri abstinentih. Herzog (2011) je prišel do rezultata, da božanje hišnega ljubljence, opazovanje akvarija ali pestovanje kače zniža krvni pritisk in nivo občutenega stresa. V BPT uporabljamo kot eno izmed psihoterapevtskih metod tudi telesni stik (objem) (Kooyman idr., 2011; Polajner, 2013), zaradi česar bi lahko prišli do podobnih rezultatov kot Herzog (2011). Namen raziskave je ugotoviti, ali bomo z apliciranjem BPT uspešno in statistično pomembno znižali nivo kortizola (kot pokazatelja stresa) pri uporabnikih delavnic BPT. S pomočjo vprašalnikov želimo ugotoviti, ali bo prišlo do sprememb v medosebnih odnosih, navezanosti in sočutja do sebe.

Predvidevamo, da se bo BPT izkazala za uspešno, saj so raziskovalci Kats (2004), Maertens (2006) in Fisseni idr. (2008) uspešnost potrdili z lestvicami SCL-90, testom RSQ in stilom navezanosti, Müller (2010) z merjenjem nivoja oksitocina v krvi, Kraja (2016) pa je uspešnost podprla teoretično.

3 HIPOTEZE

Hipoteze smo oblikovali na podlagi pregleda že obstoječih študij. Kot bomo opisali v teoretičnem uvodu, smo najprej ugotovili, da na aktivnost HPA-vzorca vplivajo različne vrste travm v otroštvu (Carlson in Earls, 1997; De Bellis idr., 1999; Gunnar in Vazquez, 2001; Meinschmidt in Heim, 2005; Shea, Walsh, MacMillan in Steiner, 2005), zasvojenost (Adinoff in Risher-Flowers, 1991; Aouizerate idr., 2006; Heinz idr., 1995; Junghans idr., 2003; Kreek, 2000; Kiefer idr., 2002; Oswald idr., 2005; Rivier idr., 1996; Sinha, 2006, 2008; Walter idr., 2006; Wand idr., 2007) in kasneje abstinenca (Adinoff idr., 1991, 2003, 2005a, 2005b, 2005c; Bernardy idr., 1996; Errico idr., 1993; Fonzi idr., 1992; Fox idr., 2007; Heinz idr., 1995; Heuser idr., 1998; Hundt idr., 2001; Iranmanesh idr., 1989; Keedwell idr., 2001; King idr., 2002; Loosen idr., 1991; Lovallo idr., 2000, 2006; Marchiesi idr., 1997; Mendelson in Stein, 1966; Merry in Marks, 1972; Valimaki idr., 1984; Von Bardeleben idr., 1989; Willinberg idr., 1984).

Na področju navezanosti obstajajo že študije, ki so vključevale BPT, v katerih so se pokazali pozitivni učinki na izboljšanje stila navezanosti in znižanje simptomov (Fisseni, 2008; Kats, 2004; Maertens, 2006; Müller, 2010), hkrati so to teoretično podprli tudi drugi avtorji (Casriel, 1972; Kooyman idr., 2010; Polajner, 2011; Stauss in Ellis, 2007). Na podlagi naštetih ugotovitev smo postavili naslednje hipoteze:

Hipoteza 1: Udeleženci, ki so kot otroci doživeli različne vrste travm (psihično, fizično nasilje, spolno nasilje, slab vpliv neadekvatnih staršev – čustveno nezreli starši, starši, zasvojeni s substancami ipd.) v primarni družini, bodo imeli statistično nižji nivo jutranjega kortizola kot ostali udeleženci.

Hipoteza 2: Udeleženci bodo imeli po šestih mesecih normaliziran nivo kortizola v primerjavi s kontrolno skupino v Sopotnici.

Hipoteza 3: Pri udeležencih, ki se bodo udeležili bonding psihoterapije, bo prišlo do pomembnega povišanja izraženosti varne navezanosti v primerjavi s kontrolno skupino v Sopotnici.

Hipoteza 4: Pri udeležencih, ki se bodo udeležili bonding psihoterapije, bo prišlo do pomembnega povečanja sočutja do sebe v primerjavi s kontrolno skupino v Sopotnici.

Hipoteza 5: Pri udeležencih, ki se bodo udeležili bonding psihoterapije, bo prišlo do pomembnega izboljšanja simptomov in povečanja blagostanja v primerjavi s kontrolno skupino v Sopotnici.

4 METODA

4.1 VZOREC

V raziskavo smo zajeli skupaj 28 udeležencev: 8 v prvi eksperimentalni skupini (brez zasvojenosti), 8 v drugi eksperimentalni skupini (abstinenti, ki so obiskovali BPT) in 12 v kontrolni skupini v TS (abstinenti, ki BPT niso obiskovali). V prvi eksperimentalni skupini sta bila 2 moška in 6 žensk; najmlajši je imel v času začetka raziskave 19 let, najstarejša pa 52. V drugi eksperimentalni skupini je bilo 5 žensk in 3 moški; najmlajši je imel 22 let, najstarejša 45 let. V kontrolni skupini smo imeli 5 žensk in 7 moških; najmlajša je imela 17 let, najstarejša sta imela 37 let.

V stanovanjski skupnosti Sopotnica (v nadaljevanju TS) smo med eksperimentalno skupino uvrstili tiste udeležence, ki so se BPT udeležili vsaj trikrat – tak je bil samo en, ostali so se BPT delavnice udeležili štirikrat.

V raziskavo so bili vključeni uporabniki BPT kot prva eksperimentalna skupina, ki so že nekaj časa v procesu BPT. V raziskavi so bili zajeti tudi uporabniki v stanovanjski terapevtski skupnosti Sopotnica (abstinenti od drog), od katerih so nekateri obiskovali BPT in so tako tvorili drugo eksperimentalno skupino. Tisti, ki se BPT v TS niso udeleževali, so sestavljali kontrolno skupino. Vključeni so bili le tisti klienti, ki so svobodno oz. po lastni volji pristali na sodelovanje v raziskavi in so v ta namen podpisali soglasje za sodelovanje v raziskavi.

V prvi eksperimentalni skupini je od 11 udeležencev raziskavo v celoti zaključilo 5 udeležencev, pri drugi eksperimentalni skupini 4 od 8, v kontrolni pa le 3 od 11 udeležencev.

Izključitveni dejavniki:

- povišana telesna temperatura;
- morebitna fizična/psihična stanja klientov, ki bi preprečevala vključitev klientov v BPT (šibek kardiovaskularni sistem, povišan pritisk v lobanji, v očesni votlini ipd., nosečnost, nekatere psihotične motnje in bolezni (shizofrenija, paranoidna motnja, manična faza bipolarnih motenj), uživanje nedovoljenih psihoaktivnih substanc);
- hipotiroidizem, sindrom kronične utrujenosti, prezgodnja menopavza;
- Cushingov sindrom.

4.2 PRIPOMOČKI

4.2.1 Vzorci sline

Sline smo odvzeli dan ali dva pred delavnico BPT, nato smo na vsaki delavnici v obdobju šestih mesecev odvzeli 2 vzorca vsakemu udeležencu, in sicer cca. 2 uri in 10 ur po prebujanju. Zadnji vzorec smo odvzeli 2 dni po zaključenem šestmesečnem intenzivnem terapevtskem obdobju. Skupaj smo tako vsaki osebi odvzeli 16 vzorcev. Vzorce sline smo zbirali z uporabo Salivette[®] Cortisol, code blue collection devices (Sarstedt, Nemčija).

Udeleženci so žvečili vatko 45 sekund, saj smo s tem zagotovili dovoljšno količino zbrane sline za procesiranje. Vzorčki so sestavljeni iz dvokomponentne priprave, in sicer s kapico in žvečljivo, biokompatibilno sintetično vatko. Pred testiranjem smo na vsako Salivette® zapisali šifro udeleženca, datum in uro.

Po odvzetju sline smo vzorčke v najhitrejšem možnem času dali v skrinjo, čeprav to ni bilo nujno potrebno kot pri večini drugih metod (Sarstedt, b. d.).

Vzorce sline smo procesirali s pomočjo encimsko vezanega imunskega testa (ELISA), kompleti so bili oblikovani specifično za ocenjevanje kortizola iz sline (Diametra, Italija). Vsak komplet je vseboval potrebne materiale:

- 96-well mikrotitersko ploščo, prevlečeno s protitelesi antikortizola, ki so absorbirani na ploščo;
- kalibratorji, 7 stekleničk z znanimi koncentracijami kortizola (0, 0,138, 1,38, 2,76, 13,80, 27,60, 55,20, 276,0 nmol/l);
- inkubacijski pufer (fosfatni pufer 50 mmol, Bovine Serum Albumin (BSA) 1 g/l);
- konjugat (horseradish peroxidase, HRP);
- TMB substrat (H_2O_2 -3,3',5,5' – tetrametilbenzidin, 0,26 g/l);
- stop raztopina (žveplova kislina, H_2SO_4 , 0,15 mol/l);
- koncentrirana wash raztopina (10-kratna koncentracija, fosfatni pufer 0,2 M);
- kontroli znotraj kompleta z dvema koncentracijama kortizola.

Pri procesu ELISE smo uporabili:

- centrifugo,
- inkubacijsko pečico, ki smo jo nastavili na 37 °C,
- pipete in konice za pipete,
- robot za pipete,
- prazne mikrotitrne plošče,
- bralnik mikropipet (EPOCH, bere dolžine 450 nm, 620 nm in 630 nm),
- zaščitne pripomočke (rokavice).

4.2.2 Psihološki pripomočki

Vprašalnik evalvacije terapevtske obravnave (CORE-OM) (Evans idr., 2012; slovenska priredba: Frelih, Čermak Hauko, Modic in Žvelc, 2015)

CORE-OM je samoocenjevalni vprašalnik s 34 postavkami, s katerimi meri 4 dimenzije:

- subjektivno blagostanje (4 postavke),
- probleme/simptome (12 postavk),
- vsakodnevno funkcioniranje (12 postavk),
- tvegano vedenje (4 postavke).

Udeleženec odgovarja na postavke o pogostosti pojavljanja določenega počutja v zadnjem tednu na 5-stopenjski lestvici, na kateri 0 pomeni nikoli, 1 samo občasno, 2 včasih, 3 pogosto in 4 večino časa ali ves čas.

Vprašalnik je notranje zanesljiv, o čemer poročajo Evans in sodelavci (2002), saj vrednost Cronbachovega koeficienta alfa znaša med 0,75 in 0,95. Slovenski prevod kaže na notranjo skladnost na vseh področjih razen pri dimenziji tveganega vedenja, kjer spodnja meja zanesljivosti pade pod zadovoljivo mejo (Freljih, Čermak Hauko, Modic in Žvelc, 2015). Avtorji vprašalnika poročajo o retestni zanesljivosti CORE-OM, ki je med 0,87 in 0,91, razen pri postavkah dimenzije tveganega vedenja, kjer vrednosti znašajo 0,64. Evans in sodelavci (2002) so preverjali konvergentno veljavnost vprašalnika s primerjavo rezultatov podobnih vprašalnikov, in sicer z Beck Anxiety Inventory (BAI), Symptom Checklist-90 – Revised (SCRL-90-R) in General Health Questionnaire (GHQ), pri čemer so bili koeficienti korelacije med CORE-OM in vprašalniki med $\rho = 0,65$ in $\rho = 0,88$, pri primerjavi z lestvico Beck Depression Inventory so bili koeficienti nižji od prej navedenih.

Pri slovenskem prevodu so korelacije med rezultati zmerne do visoke, najnižje so med dimenzijo tveganega vedenja in ostalimi dimenzijami, do česar so prišli tudi Evans in sodelavci (2002, v Freljih idr., 2015).

V raziskavi bomo uporabili skupen rezultat ter podlestvi subjektivnega blagostanja in simptomov/problemov.

Lestvica zaznanega stresa (Perceived Stress Scale – PSS-14) (Cohen, Kamarck in Mermelstein, 1983, prevod Korasa, 2016)

Lestvica zaznanega stresa s 14 postavkami sprašuje po občutkih in mislih preteklega meseca. Udeleženec z X označi pogostost občutkov in misli na 5-stopenjski lestvici (0 – nikoli; 4 – zelo pogosto), s čimer poroča o zaznavi svojega življenja kot stresnega, nepredvidljivega, nenadzorljivega in preobremenjujočega. Visok rezultat na lestvici pomeni, da udeleženec zaznava več stresa, s čimer se poveča verjetnost, da stres v posameznikovem življenju presega njegove sposobnosti soočanja z njim.

Po poročanju Cohen idr. (1983) se Cronbachov alfa giblje med 0,74 in 0,91, retestne zanesljivosti v enem mesecu pa med 0,72 in 0,88.

Lestvica relacijskih potreb (Žvelc in Jovanoska, 2016)

Lestvica relacijskih potreb vsebuje 31 postavk, na katere udeleženec odgovarja na 5-stopenjski lestvici, kjer 1 pomeni popolnoma ne drži, 5 popolnoma drži. Z lestvico merimo 6 podlestvic:

- Avtentičnost: nanaša se na potrebo po biti avtentičen v odnosu z drugimi. Oseba z zadovoljeno potrebo je v odnosih z drugimi lahko to, kar je v resnici, kar se kaže v

občutku varnosti, razumevanja in spoštovanja s strani drugih oseb. Taka oseba ima občutek, da drugi sprejemajo njeno individualnost ali drugačnost.

- Podpora in zaščita: nanaša se na potrebo po stabilni, zanesljivi in zaščitniški osebi, ki nam je blizu. Oseba z zadovoljeno potrebo se v stiski obrne po pomoč, zaščito in podporo od drugih. Hkrati vključuje občutek biti z nekom, ki lahko nudi oporo in stabilnost v stiski, je stabilen in močan.
- Imeti vpliv oz. vplivanje: nanaša se na potrebo, da imamo vpliv na druge. Oseba, ki ima zadovoljeno to potrebo, v odnosih z drugimi doživlja sprejemanje mnenj, nasvetov ali idej. Ima občutek, da je pri drugih sprožila spremembo in tako vplivala na druge.
- Deljena izkušnja: nanaša se na posameznikovo potrebo po deljenju svoje osebne izkušnje. Oseba z zadovoljeno potrebo ima okoli sebe ljudi, s katerimi deli podobne interese, zanimanja, doživljanja in izkušnje. Pri tem gre za izkušnjo biti z osebo, ki nam je podobna ali je doživela nekaj podobnega kot mi.
- Iniciativna s strani druge osebe: kaže na potrebo po iniciativi druge osebe. Oseba z zadovoljeno potrebo ima občutek, da jo ljudje lahko presenetijo, razbremenijo in pomagajo, ne da bi jih za to prosili – gre torej za občutek, da drugi naredijo nekaj za nas, ne da bi jim mi kaj rekli.
- Relacijske potrebe: nanašajo se na splošno zadovoljenost relacijskih potreb v odnosih, tu gre za skupni rezultat lestvic. Višji rezultat pomeni višjo stopnjo zadovoljenosti potrebe po zaščiti, deljeni izkušnji, avtentičnosti, vplivanju in iniciativi s strani drugih.

Žvelc in Jovanoska (2017) poročata, da je Cronbachov koeficient alfa 0,94, kar pomeni, da je Lestvica relacijskih potreb zanesljiva. Kot omenjeno zgoraj, ima Lestvica relacijskih potreb 5 podlestvic: avtentičnost ($\alpha = 0,89$), podpora in zaščita ($\alpha = 0,90$), vplivanje ($\alpha = 0,87$), deljena izkušnja ($\alpha = 0,87$) in iniciativa s strani druge osebe ($\alpha = 0,82$). Večjo zadovoljenost potreb kot jih ima posameznik, višji rezultat doseže na lestvici.

V raziskavi smo uporabili le skupni rezultat lestvice relacijskih potreb.

Lestvica sočutja do sebe (Neff, 2003, slovenska priredba Uršič, Kocjančič in Žvelc, 2018)

Lestvica vsebuje 26 postavk, na katere udeleženec odgovarja na 6-stopenjski lestvici, kjer 1 pomeni skoraj nikoli, 5 pa skoraj vedno, s čimer posameznik oceni nestrinjanje ali strinjanje s postavko. Vprašalnik je sestavljen iz 6 podlestvic:

- Prijaznost do sebe se nanaša na sočutno vedenje do sebe, predvsem v težkih časih in ob prisotnosti neprijetnih čustev, občutkih manjvrednosti in dvoma vase. Sočuten posameznik sprejema svojo nepopolnost in razume, da so del življenja tudi težave in izzivi.
- Človeškost se nanaša na zavedanje lastnih nepopolnosti in težav kot del izkušnje večine ljudi v neki točki življenja. Posameznik se zaveda svojih napak in se hkrati zaveda, da se tudi drugi včasih borijo.

- Samoobsojanje se nanaša na kritiziranje samega sebe in obsojanje v časih, ko se posameznik ne počuti dobro in si tako ne poišče pomoči.
- Čuječnost se nanaša na neobsojajoče zavedanje občutkov in misli brez potrebe po spreminjanju in izogibanju teh.
- Izolacija vključuje zaznavanje lastnih problemov kot nekaj, kar se dogaja zgolj njemu, posamezniku, kar povzroči občutke separacije in še večje izolacije od drugih.
- Pretirana identifikacija se nanaša na pretirano identificiranje z občutki in čustvi ali premišljevanje o negativnem notranjem stanju.

Uršič, Kocjančič in Žvelc (2019) so ugotovili, da je slovenski prevod zanesljiv, saj se Cronbachov alfa giblje med 0,66 in 0,91.

V raziskavi bomo uporabili le skupni rezultat Lestvice sočutja do sebe.

Vprašalnik medosebnih odnosov (Bartholomew in Horowitz, 1991; prevod in priredba Žvelc in Žvelc, 2000)

Z vprašalnikom preverjamo prevladujoč stil navezanosti in njegovo izraženost. Vprašalnik ima opisane 4 stile navezanosti:

- A – varno navezani stil,
- B – plašljivo-izogibajoči stil,
- C – preokupirani stil,
- D – odklonilno-izogibajoči stil.

Vprašalnik je v obliki samoocenjevalne lestvice, ki je sestavljena iz 4 opisov stilov vedenja v medosebnih odnosih. Posameznik se pri vsaki postavki odloči, v kolikšni meri postavka zanj drži, pri čemer 1 pomeni sploh ni značilno zame, 7 pa zelo značilno zame. Posameznik izmed vseh 4 opisanih stilov izbere tistega, za katerega misli, da zanj najbolj drži.

Ravitz, Maunder, Hanter, Sthankiya in Lancee (2010) navajajo, da je vprašalnik zanesljiv, konvergentno, diskriminativno in napovedno veljaven.

V raziskavi smo preučevali spremembe v varnem stilu navezanosti.

WHO-5 (World Health Organization – Five Well-Being Index, 1998)

Kazalec blaginje WHO-5 se uporablja predvsem za ocenjevanje psihološkega blagostanja. S pregledom raziskav so ugotovili, da ima WHO-5 visoko veljavnost, zato se ga lahko uporablja kot presejalni pripomoček za ugotavljanje stanja depresivnosti. Uporaben je predvsem zato, ker je kratek – sestavljen je namreč iz 5 postavk, na katere udeleženec odgovarja na 6-stopenjski lestvici, kjer 0 pomeni nikoli, 5 pa ves čas. Ker imajo postavke pozitivno noto, je najvišje število točk, ki ga udeleženec lahko doseže, 25. Za vrednotenje se uporabljajo odstotki, zato je potrebno dobljeno število točk pomnožiti s štiri in tako 100 predstavlja najboljšo, 0 pa najslabšo kakovost življenja. Topp, Østergaard, Søndergaard in Bech (2015) poročajo o notranji konsistentnosti testa $\alpha = 0,75$.

Anamnestični podatki – sprejemna (intake) anamneza (standardni obrazec v okviru BPT modalitete)

Vsi klienti, preden vstopijo v BPT, opravijo sprejemni intervju, iz katerega je jasno razvidno, ali so kot otroci doživeli travmo (psihično, fizično ali spolno nasilje, slab vpliv neadekvatnih staršev – čustveno nezreli starši, starši, zasvojeni s substancami) oziroma morebitne drugačne pomembnejše travmatične izkušnje.

ELISA

Za testiranje količine kortizola v slini smo uporabili »sendvič« ELISO, ki je testna tehnika, s katero zaznavamo in kvantificiramo snovi in delce, kot so peptidi, proteini, protitelesa in hormoni.

4.3 POSTOPEK

Pred začetkom izvajanja raziskave smo najprej pridobili mnenje Komisije Republike Slovenije za medicinsko etiko, ki nam je raziskavo odobrila.

Uporabnike BPT, ki so delavnice obiskovali v Koštaboni ali Ljubljani, in vse uporabnike v TS smo povabili v raziskavo, jih seznanili s cilji in namenom raziskave ter jih prosili za udeležbo.

Udeležence smo najprej seznanili z namenom in načrtom raziskave, pripravljene na sodelovanje so podpisali soglasje. Prosili smo jih, da 14 dni pišejo dnevnik spanja. Vsakemu udeležencu je bila dodeljena šifra, s katero smo zagotovili anonimnost (v relaciji do laboratorija, kjer je potekalo analiziranje vzorcev slin, in pri ocenjevanju vprašalnikov).

Za vse udeležence je veljal isti postopek – ne glede na to, ali so BPT delavnice obiskovali (eksperimentalna skupina) ali ne (kontrolna skupina). Prvič smo vzorce slin odvzeli 2 dneva pred pričetkom 6-mesečnega intenzivnega obdobja izvajanja BPT delavnic, zadnjič smo vzorce slin odvzeli 2 dneva po zaključenem intenzivnem obdobju. Pred vsako delavnico BPT smo jim izmerili telesno temperaturo in krvni tlak, vsakemu smo odvzeli vzorec slin 2 uri in 10 ur po jutranjem prebujanju – torej smo v obdobju 6 mesecev pridobili 16 vzorcev slin od vsakega posameznika.

Psihološke vprašalnike so udeleženci rešili petkrat – 2 dneva pred začetkom intenzivnega obdobja, v 1. mesecu, v 3. mesecu, v 6. mesecu (zadnji mesec) izvajanja delavnic BPT in 2 dneva po koncu raziskave. Vprašalnike so vsakič rešili pred začetkom delavnice.

Udeleženke, ženske, ki uporabljajo kontracepcijska sredstva, smo prosili še za navedbo, katera kontracepcijska sredstva jemljejo in glede na sredstvo upoštevali morebitno vplivanje na kortizol. Pred vsakim odvzemom vzorca slin smo poskusne osebe prosili, da pred tem vsaj pol ure ne kadajo, ne pijejo drugega kot vode, ne jedo in si ne umivajo zob. 10 minut pred odvzemom smo jih prosili, da si sperejo usta.

Tabela 1

Uporabljeni pripomočki glede na obdobje v raziskavi

	2 dneva pred	1. BPT	2. BPT	3. BPT	4. BPT	5. BPT	6. BPT	2 dneva po
Vzorci sline	•	•	•	•	•	•	•	•
Psihološki vprašalniki	•	•		•			•	•

Zaradi velike količine manjkajočih podatkov pri psiholoških vprašalnikih smo se odločili za združevanje podatkov. Glede na čas izpolnjevanja vprašalnikov smo jih združili v tri sklope: prvi dve meritvi smo združili skupaj (»pred« terapijo), tretje merjenje je ostalo kot samostojna enota (»med« terapijo), združili smo tudi zadnji dve meritvi (»po« terapiji). Podatke smo združili na podlagi mediane enot. Enote so uporabljene tudi pri kontrolni skupini, saj nam koristijo v smislu časovnega poteka raziskave. Z združevanjem smo tako iz 92,9 % manjkajočih podatkov prišli do 88 % manjkajočih podatkov.

5 REZULTATI

5.1 PODATKI O UDELEŽENCIH

V raziskavo smo zajeli skupaj 28 udeležencev: 8 v prvi eksperimentalni skupini (brez zasvojenosti), 8 v drugi eksperimentalni skupini (abstinenti, ki so obiskovali BPT) in 12 v kontrolni skupini v TS (abstinenti, ki BPT niso obiskovali). V TS smo v eksperimentalno skupino uvrstili tiste udeležence, ki so se BPT udeležili vsaj trikrat – tak je bil samo en, ostali so se BPT delavnice udeležili štirikrat.

5.2 REZULTATI VPRAŠALNIKOV

Podatki o številu udeležencev, ki so reševali vprašalnike, so zbrani v tabeli 2, v kateri so razporejeni glede na skupino in število rešenih vprašalnikov. Kot je razvidno iz spodnje tabele, smo v raziskavi imeli veliko manjkajočih vrednosti in majhen vzorec.

Tabela 2

Število udeležencev, ki so izpolnjevali vprašalnike

Skupina	Enkrat	Dvakrat	Trikrat	Štirikrat ali večkrat
1. eksperimentalna	1	2	1	4
2. eksperimentalna	4	1	3	0
Kontrolna	6	5	1	0
Vsi skupaj	11	8	5	4

Pri analizi rezultatov nismo upoštevali rezultatov udeležencev, ki so imeli med terapijo ali po njej zgolj en rezultat, saj niso imeli začetnega rezultata, ki bi bil nujen za primerjavo. Tako imamo pri večini vprašalnikov naslednje število meritev (prikazano v tabeli 3):

Tabela 3

Število udeležencev, ki so rešili psihološke vprašalnike po posameznih enotah

Skupina	Pred terapijo	Med terapijo	Po terapiji
1. eksperimentalna	8	5	5
2. eksperimentalna	6	3	3
Kontrolna	11	3	3

Med rezultate pri vprašalnikih bomo navedli tako aritmetično sredino kot mediano, kljub temu da je od obeh pri tako majhnem vzorcu in nenormalni porazdeljenosti bolj zanesljiva mediana. Ravno zato se bomo pri interpretaciji bolj naslanjali na mediano kot aritmetično sredino.

5.2.1 CORE-OM

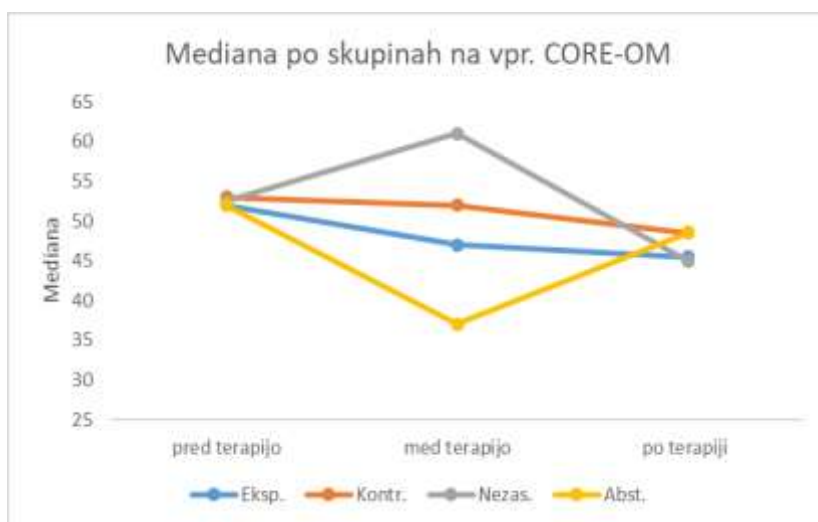
Tabela 4

Udeleženci in skupni seštevek podlestvic vprašalnika CORE-OM

Skupina	Pred terapijo				Med terapijo				Po terapiji					
	M	Me	SD	N	M	Me	SD	N	M	Me	SD	N	Min	Maks
Eksp.	50,8	52	10,8	14	49,7	47	27,2	8	45,4	45,5	10,6	8	23	94
Kontr.	59,4	53	19,4	11	52	52	15	2	39,8	48,5	13,3	3	21	107
Nezas.	52,6	52,5	10,6	8	49,2	61	27	5	41,4	45	9,6	5	23	94
Abst.	55,5	52	17,6	17	51	37	23,3	5	45,9	48,5	12,5	6	21	107

Opomba: eksp. = eksperimentalna skupina, kontr. = kontrolna skupina v TS, nezas. = skupina brez zasvojenosti, abst. = skupini iz TS. Min in maks predstavljata minimum in maksimum doseženih točk v skupini. Minimalen rezultat je 0, maksimalen 136 točk.

V tabeli 4 so prikazane razlike v aritmetični sredini, mediani, standardnem odklonu in številu udeležencev po skupinah v obdobjih pred terapijo, med njo in po njej na vprašalniku CORE-OM. Prikazana sta tudi najnižji in najvišji rezultat pri posamezni skupini.



Slika 5.1. Mediana po skupinah na vprašalniku CORE-OM.

Tabela 5

Razlike v dosežkih pri vprašalniku CORE-OM med različnimi časovnimi obdobji

Skupina	Po terapiji – pred terapijo			Med terapijo – pred terapijo			Po terapiji – med terapijo		
	M	Me	SD	M	Me	SD	M	Me	SD
Eksp.	-5,4	-6,5	-,2	-1,1	-5	16,4	4,3	-1,5	-16,6
Kontr.	-19,6	-4,5	-4,4	-7,4	-1	-4,4	-12,2	-3,5	-1,7
Nezas.	-11,2	-7,5	-16,4	-3,4	8,5	16,4	-7,8	-16	-17,4
Abst.	-9,6	-3,5	5,7	-4,5	-15	5,7	-5,1	11,5	-10,8

Opomba: eksp. = eksperimentalna skupina, kontr. = kontrolna skupina v TS, nezas. = skupina brez zasvojenosti, abst. = skupini iz TS.

Tabela 5 prikazuje razlike v aritmetični sredini, mediani in standardnem odklonu po skupinah na vprašalniku CORE-OM med razlikami med časovnimi obdobji.

Na sliki 5.1 lahko opazimo trend padanja mediane števila točk tako pri eksperimentalni skupini kot pri kontrolni skupini. Pri skupini nezasvojenih pride do naraščanja točk med terapijo, vendar po terapiji število točk pade na še nižje število, kot je bilo na začetku. Pri skupini abstinentov lahko opazimo, da med terapijo mediana števila točk upade, po terapiji pa ponovno naraste.

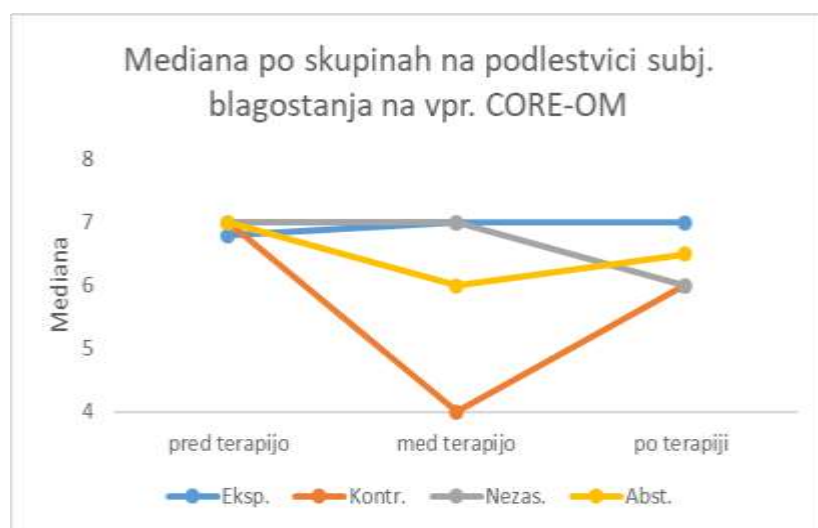
Tabela 6

Udeleženci in podlestvica subjektivnega blagostanja vprašalnika CORE-OM

Skupina	Pred terapijo				Med terapijo				Po terapiji					
	M	Me	SD	N	M	Me	SD	N	M	Me	SD	N	Min	Maks
Eksp.	6,6	6,8	6,3	14	7,2	7	1,6	8	6,5	7	2	8	0	13
Kontr.	7,6	7	2,1	11	4	4	0	2	6	6	2,1	3	3	11
Nezas.	7	7	7,9	8	7	7	1,6	5	6	6	2	5	3	13
Abst.	7	7	3,4	17	6	6	1	5	6,5	6,5	2,1	6	0	11

Opomba: eksp. = eksperimentalna skupina, kontr. = kontrolna skupina v TS, nezas. = skupina brez zasvojenosti, abst. = skupini iz TS. Min in maks predstavljata minimum in maksimum doseženih točk v skupini. Minimalen rezultat je 0, maksimalen 16 točk.

V tabeli 6 so prikazane razlike v aritmetični sredini, mediani, standardnem odklonu in številu udeležencev po skupinah v obdobjih pred terapijo, med njo in po njej na podlestvici subjektivnega blagostanja pri vprašalniku CORE-OM. Prikazana sta tudi najnižji in najvišji rezultat pri posamezni skupini.



Slika 5.2. Mediana po skupinah na podlestvici subjektivnega blagostanja na vprašalniku CORE-OM.

Tabela 7

Razlike v dosežkih na podlestvici subjektivnega blagostanja vprašalnika CORE-OM med različnimi časovnimi obdobji

Skupina	Po terapiji – pred terapijo			Med terapijo – pred terapijo			Po terapiji – med terapijo		
	M	Me	SD	M	Me	SD	M	Me	SD
Eksp.	–,1	,2	–4,2	,6	,2	–4,7	–,7	0	,4
Kontr.	–1,6	–1	–2,1	–3,4	–3	–2,1	2	2	2,1
Nezas.	–1	–1	–6,3	0	0	–6,3	–1	–1	,4
Abst.	–,5	,5	–2,4	–1	–1	–2,4	,5	,5	1,1

Opomba: eksp. = eksperimentalna skupina, kontr. = kontrolna skupina v TS, nezas. = skupina brez zasvojenosti, abst. = skupini iz TS.

Tabela 7 prikazuje razlike v aritmetični sredini, mediani in standardnem odklonu po skupinah na podlestvici subjektivnega blagostanja pri vprašalniku CORE-OM med časovnimi obdobji.

S slike 5.2 lahko razberemo, da pri eksperimentalni skupini mediana rezultatov skozi čas ostaja skoraj enaka, medtem ko je pri kontrolni skupini med terapijo prišlo do upada mediane, po terapiji se mediana točk dvigne. Pri skupini nezasvojenih po terapiji pride do upada ene točke, medtem ko pri skupini abstinentov število točk počasi upada.

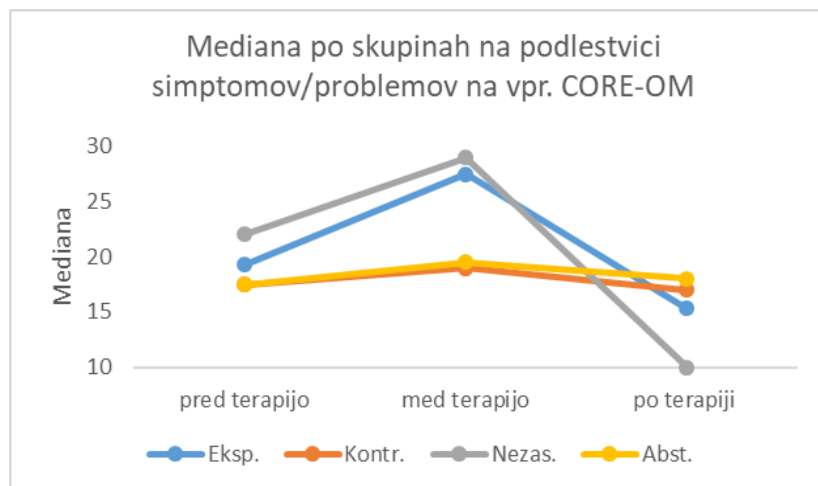
Tabela 8

Udeleženci in podlestvica problemov/simptomov vprašalnika CORE-OM

Skupina	Pred terapijo				Med terapijo				Po terapiji					
	M	Me	SD	N	M	Me	SD	N	M	Me	SD	N	Min	Maks
Eksp.	18,9	19,3	8,4	14	26,8	27,5	0	8	14,6	15,3	7,1	8	1	42
Kontr.	20,4	17,5	10,8	11	19	19	0	2	14	17	6,4	3	3	48
Nezas.	18,9	22	9,7	8	28,2	29	6	5	10,7	10	4,5	5	1	42
Abst.	19,9	17,5	9,5	17	19,5	19,5	0	5	17	18	7,1	6	3	48

Opomba: eksp. = eksperimentalna skupina, kontr. = kontrolna skupina v TS, nezas. = skupina brez zasvojenosti, abst. = skupini iz TS. Min in maks predstavljata minimum in maksimum doseženih točk v skupini. Minimalen rezultat je 0, maksimalen 48 točk.

Tabela 8 prikazuje razlike v aritmetični sredini, mediani, standardnem odklonu in številu udeležencev po skupinah v obdobjih pred terapijo, med njo in po njej na podlestvici problemov/simptomov vprašalnika CORE-OM. Prikazana sta tudi najnižji in najvišji rezultat pri posamezni skupini.



Slika 5.3. Mediana po skupinah na podlestvici simptomov/problemov vprašalnika CORE-OM.

Tabela 9

Razlike v dosežkih na podlestvici simptomov/problemov vprašalnika CORE-OM med različnimi časovnimi obdobji

Skupina	Po terapiji – pred terapijo			Med terapijo – pred terapijo			Po terapiji – med terapijo		
	M	Me	SD	M	Me	SD	M	Me	SD
Eksp.	-4,3	-4	-1,3	7,9	8,2	-8,4	-12,2	-12,2	7,1
Kontr.	-6,4	-5	-4,4	-1,4	1,5	-10,8	-5	-2	6,4
Nezas.	-8,2	-12	-5,2	9,3	7	-3,7	-17,5	-19	-1,5
Abst.	-2,9	,5	-2,4	-,4	2	-9,5	-2,5	-1,5	7,1

Opomba: eksp. = eksperimentalna skupina, kontr. = kontrolna skupina v TS, nezas. = skupina brez zasvojenosti, abst. = skupini iz TS.

Tabela 9 prikazuje razlike v aritmetični sredini, mediani in standardnem odklonu po skupinah na podlestvici simptomov/problemov vprašalnika CORE-OM med časovnimi obdobji.

Na grafikonih mediane opazimo trende zniževanja števila točk na podlestvici simptomov/problemov po terapiji pri eksperimentalni skupini. Vendar hkrati lahko opazimo tudi trend zviševanja točk med terapijo. Pri kontrolni skupini ne opazimo trenda, saj je razlika v mediani pred terapijo in po njej le 0,5 točke. Pri skupini nezasvojenih na sliki 5.3 opazimo, da mediana števila točk iz točke pred terapijo naraste, nato po terapiji pade. Torej tu lahko opazimo trend upada točk, ki ga ni opaziti pri skupini abstinentov.

5.2.2 Lestvica sočutja do sebe

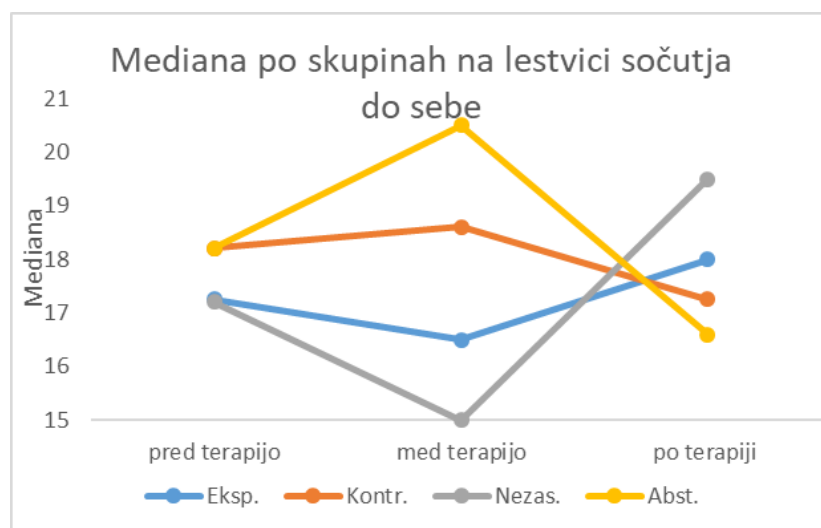
Tabela 10

Udeleženci in skupni seštevek podlestvic Lestvice sočutja do sebe

Skupina	Pred terapijo				Med terapijo				Po terapiji				Skupaj	
	M	Me	SD	N	M	Me	SD	N	M	Me	SD	N	Min	Maks
Eksp.	17	17,25	3,1	14	17,1	16,5	3,2	8	17	18	3	8	8,5	22,25
Kontr.	17,5	18,2	4,6	11	18,6	18,6	1,9	2	19	17,25	3,4	3	6	23,95
Nezas.	16,6	17,2	3	8	15,3	15	2,2	5	18,8	19,5	1,5	5	8,5	22,25
Abst.	17,5	18,2	4,2	17	19,5	20,5	2	5	16,5	16,6	3,9	6	6	23,95

Opomba: eksp. = eksperimentalna skupina, kontr. = kontrolna skupina v TS, nezas. = skupina brez zasvojenosti, abst. = skupini iz TS. Min in maks predstavljata minimum in maksimum doseženih točk v skupini. Minimalen rezultat je 6, maksimalen 26 točk.

V tabeli 10 so prikazane razlike v aritmetični sredini, mediani, standardnem odklonu in številu udeležencev po skupinah v obdobjih pred terapijo, med njo in po njej na Lestvici sočutja do sebe. Prikazana sta tudi najnižji in najvišji rezultat na lestvici pri posamezni skupini.



Slika 5.4. Mediana po skupinah na Lestvici sočutja do sebe.

Tabela 11

Razlike v dosežkih na Lestvici sočutja do sebe med različnimi časovnimi obdobji

Skupina	Po terapiji – pred terapijo			Med terapijo – pred terapijo			Po terapiji – med terapijo		
	M	Me	SD	M	Me	SD	M	Me	SD
Eksp.	0	,75	–,1	,1	–,75	,1	–,1	1,5	–,2
Kontr.	1,5	–,95	–1,2	,9	,4	–2,7	,4	–1,35	1,5
Nezas.	2,2	2,2	–1,5	–1,3	–2,2	–,8	3,5	4,5	–,7
Abst.	–1	–1,6	–,3	2	–2,3	–2,2	–3	–3,9	1,9

Opomba: eksp. = eksperimentalna skupina, kontr. = kontrolna skupina v TS, nezas. = skupina brez zasvojenosti, abst. = skupini iz TS.

Tabela 11 prikazuje razlike v aritmetični sredini, mediani in standardnem odklonu po skupinah na Lestvici sočutja do sebe med časovnimi obdobji.

Na Lestvici sočutja do sebe lahko opazimo trend zelo majhnega napredka v številu točk pri eksperimentalni skupini, medtem ko pri kontrolni skupini pride do upada točk na grafikonu median. Pri skupini nezasvojenih lahko opazimo upad mediane števila točk med terapijo, nato po terapiji naraste. Pri skupini abstinentov lahko opazimo trend padanja točk, čeprav med terapijo mediana točk naraste.

5.2.3 Lestvica PSS-14

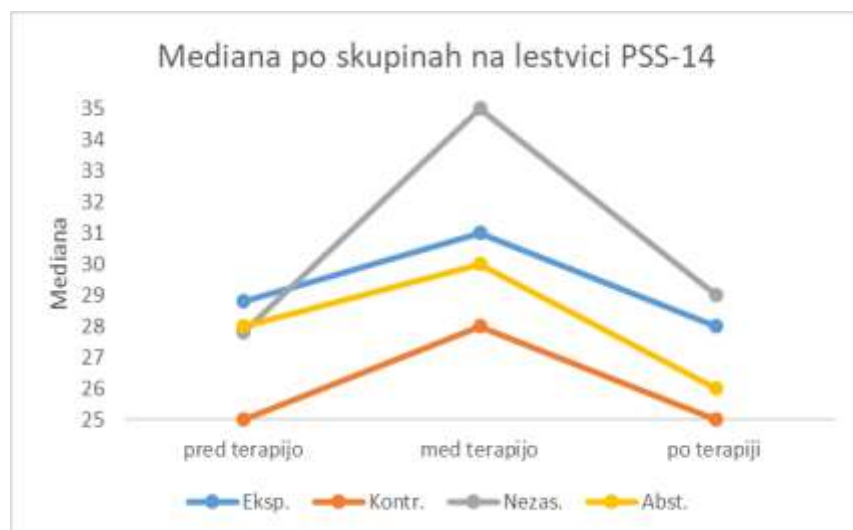
Tabela 12

Udeleženci in skupni seštevek podlestvic na lestvici PSS-14

Sk.	Pred terapijo				Med terapijo				Po terapiji					
	M	Me	SD	N	M	Me	SD	N	M	Me	SD	N	Min	Maks
Eksp.	28,3	28,8	5,5	14	33	31	4,8	8	27,1	28	5,5	8	14	44
Kontr.	26,5	25	10,8	11	28	28	5	2	25,2	25	0,6	3	14	55
Nezas.	27,1	27,8	6,6	8	35	35	5	5	26,4	29	6,5	5	16	44
Abst.	27,7	28	9	17	29	30	2,5	5	26,8	26	2,5	6	14	55

Opomba: eksp. = eksperimentalna skupina, kontr. = kontrolna skupina v TS, nezas. = skupina brez zasvojenosti, abst. = skupini iz TS. Min in max predstavljata minimum in maksimum doseženih točk v skupini. Minimalen rezultat je 0, maksimalen 56 točk.

V tabeli 12 so prikazane razlike v aritmetični sredini, mediani, standardnem odklonu in številu udeležencev po skupinah v obdobjih pred, med in po terapiji na Lestvici zaznanega stresa. Prikazana sta tudi najnižji in najvišji rezultat na vprašalniku pri posamezni skupini.



Slika 5.5. Mediana po skupinah na lestvici PSS-14.

Tabela 13

Razlike v dosežkih na Lestvici zaznanega stresa med različnimi časovnimi obdobji

Sk.	Po terapiji – pred terapijo			Med terapijo – pred terapijo			Po terapiji – med terapijo		
	M	Me	SD	M	Me	SD	M	Me	SD
Eksp.	-1,2	-0,8	0	4,7	2,2	-0,7	-5,9	-3	0,7
Kontr.	-1,3	0	-10,2	1,5	3	-5,8	-2,8	-3	-4,4
Nezas.	-0,07	1,2	-0,1	7,9	7,2	-1,1	-8,6	-6	1,5
Abst.	-0,9	-2	-6,5	1,3	2	-6,5	-2,2	-4	0

Opomba: eksp. = eksperimentalna skupina, kontr. = kontrolna skupina v TS, nezas. = skupina brez zasvojenosti, abst. = skupini iz TS.

Tabela 13 prikazuje razlike v aritmetični sredini, mediani in standardnem odklonu po skupinah na Lestvici zaznanega stresa, in sicer med razlikami med časovnimi obdobji.

Na grafikonu median opazimo, da pri eksperimentalni in kontrolni skupini ne pride do razlik pred in po terapiji, niti ni velikih odstopanj od trenda med terapijo. Pri skupini nezasvojenih pride do večjega preskoka iz mediane točk pred terapijo do med terapijo. Nato število točk pade, vendar je število še vedno višje kot pred terapijo. Pri skupini abstinentov pride najprej do povišanja točk, nato število točk pade na nivo, ki je nižji od začetnega števila točk.

5.2.4 Lestvica relacijskih potreb

Tabela 14

Udeleženci in skupni seštevek podlestvic na Lestvici relacijskih potreb

Sk.	Pred terapijo				Med terapijo				Po terapiji					
	M	Me	SD	N	M	Me	SD	N	M	Me	SD	N	Min	Maks
Eksp.	98,3	96,3	11,7	14	95,7	93	13,2	8	109,6	114,3	11,5	8	78	124
Kontr.	102,1	107	19,5	11	74,5	74,5	1,5	2	118,3	114	6,9	3	51	131
Nezas.	96,2	93,5	9,7	8	91,8	90	12,7	5	108,1	113,5	12,1	5	78	124
Abst.	101,7	106	17,6	17	91	93	16,1	5	115,2	116,5	9,1	6	51	131

Opomba: eksp. = eksperimentalna skupina, kontr. = kontrolna skupina v TS, nezas. = skupina brez zasvojenosti, abst. = skupini iz TS. Min in maks predstavljata minimum in maksimum doseženih točk v skupini. Možen dosežen minimalen rezultat je 31, maksimalen 150 točk.

V tabeli 14 so prikazane razlike v aritmetični sredini, mediani, standardnem odklonu in številu udeležencev po skupinah v obdobjih pred, med in po terapiji na Lestvici relacijskih potreb. Prikazana sta tudi najnižji in najvišji rezultat na vprašalniku pri posamezni skupini.



Slika 5.6. Mediana po skupinah na Lestvici relacijskih potreb.

Tabela 15

Razlike v dosežkih na Lestvici relacijskih potreb med različnimi časovnimi obdobji

Sk.	Po terapiji – pred terapijo			Med terapijo – pred terapijo			Po terapiji – med terapijo		
	M	Me	SD	M	Me	SD	M	Me	SD
Eksp.	11,3	118	–,2	–2,6	–3,3	1,5	13,6	21,3	–1,7
Kontr.	16,2	7	–12,6	–27,6	–12,5	–18	43,8	39,5	5,4
Nezas.	11,9	20	2,4	–4,2	–3,5	3	16,3	23,5	–,6
Abst.	13,5	16,5	–1,5	–10,7	–13	–1,5	24,2	23,5	–7

Opomba: eksp. = eksperimentalna skupina, kontr. = kontrolna skupina v TS, nezas. = skupina brez zasvojenosti, abst. = skupini iz TS.

Zgornja tabela prikazuje razlike v aritmetični sredini, mediani in standardnem odklonu po skupinah na Lestvici relacijskih potreb, in sicer med razlikami med časovnimi obdobji.

Na Lestvici relacijskih potreb opazimo trend naraščanja mediane števila točk pri eksperimentalni skupini, čeprav med terapijo upade. Podoben trend lahko opazimo pri skupini nezasvojenih in abstinentov. Trend naraščanja opazimo tudi pri kontrolni skupini, čeprav v času med terapijo število točk upade.

5.2.5 Vprašalnik medosebnih odnosov

Na Vprašalniku medosebnih odnosov smo opazovali zgolj razlike med meseci pri stilu A, ki predstavlja varen stil navezanosti.

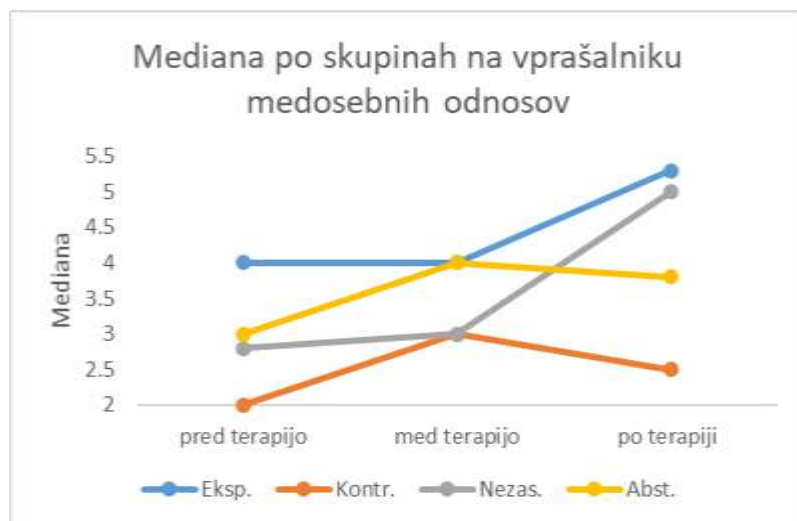
Tabela 16

Udeleženci in skupni seštevek podlestvic Vprašalnika medosebnih odnosov

Sk.	Pred terapijo				Med terapijo				Po terapiji					
	M	Me	SD	N	M	Me	SD	N	M	Me	SD	N	Min	Maks
Eksp.	3,8	4	1,8	14	3,4	4	1,7	7	4,4	5,3	1,8	8	1	6
Kontr.	3	2	2	11	3	3	1	2	2,8	2,5	1,7	3	1	7
Nezas.	3,5	2,8	1,8	8	2,8	3	1,6	5	4,6	5	1,5	5	1	6
Abst.	3,4	3	2	17	4	4	1,4	4	3,5	3,8	2	6	1	7

Opomba: eksp. = eksperimentalna skupina, kontr. = kontrolna skupina v TS, nezas. = skupina brez zasvojenosti, abst. = skupini iz TS. Min in maks predstavljata minimum in maksimum doseženih točk v skupini. Minimalen rezultat je 4, maksimalen 28 točk.

V tabeli 16 so prikazane razlike v aritmetični sredini, mediani, standardnem odklonu in številu udeležencev po skupinah v obdobjih pred terapijo, med njo in po njej pri Vprašalniku medosebnih odnosov. Prikazana sta tudi najnižji in najvišji rezultat pri posamezni skupini.



Slika 5.7. Mediana po skupinah pri Vprašalniku medosebnih odnosov

Tabela 17

Razlike v dosežkih pri Vprašalniku medosebnih odnosov med različnimi časovnimi obdobji

Skupina	Po terapiji – pred terapijo			Med terapijo – pred terapijo			Po terapiji – med terapijo		
	M	Me	SD	M	Me	SD	M	Me	SD
Eksp.	,6	1,3	0	–,4	0	–,1	1	1,3	,1
Kontr.	–,2	,5	–,3	0	1	–1	–,2	–,5	,7
Nezas.	1,1	2,2	–,3	–,7	,2	–,2	1,8	2	–,1
Abst.	,1	,8	0	,6	1	–,6	–,5	–,2	,6

Opomba: eksp. = eksperimentalna skupina, kontr. = kontrolna skupina v TS, nezas. = skupina brez zasvojenosti, abst. = skupini iz TS.

Tabela 17 prikazuje razlike v aritmetični sredini, mediani in standardnem odklonu po skupinah pri Vprašalniku medosebnih odnosov med časovnimi obdobji.

Na sliki 5.7 lahko opazujemo trend eksperimentalne skupine, v kateri je prišlo do povišanja varne navezanosti, medtem ko je pri kontrolni skupini prišlo do minimalnega povišanja. Razliko je moč opaziti tudi v samem začetnem stanju točk.

Hkrati lahko opazimo trend naraščanja stila varne navezanosti tudi pri nezasvojenih, v skupini abstinentov pride najprej do povišanja mediane postavke, nato pade.

5.2.6 Kazalec blaginje WHO-5

Tabela 18

Udeleženci in skupni seštevek podlestvic kazalca blaginje WHO-5

Skupina	Pred terapijo				Med terapijo				Po terapiji				Min	Maks
	M	Me	SD	N	M	Me	SD	N	M	Me	SD	N		
Eksp.	48	48	17,6	14	26,6	24	18,2	5	55,4	56,5	19,6	10	0	92
Kontr.	42,5	44	19,2	11	/	/	/	0	52,7	54	13,1	3	12	68
Nezas.	40,25	45	16,7	8	26	24	18,2	5	54,6	52	19,3	5	0	88
Abst.	48,1	56	18,8	17	/	/	/	0	54,9	57,5	17,8	8	12	92

Opomba: eksp. = eksperimentalna skupina, kontr. = kontrolna skupina v TS, nezas. = skupina brez zasvojenosti, abst. = skupini iz TS. Min in maks predstavljata minimum in maksimum doseženih točk v skupini. Minimalen rezultat je 0, maksimalen 100 točk.

V tabeli 18 so prikazane razlike v aritmetični sredini, mediani, standardnem odklonu in številu udeležencev po skupinah v obdobjih pred terapijo, med njo in po njej pri kazalcu blaginje WHO-5. Prikazana sta tudi najnižji in najvišji rezultat pri posamezni skupini.

Tabela 19

Razlike v dosežkih na kazalcu blaginje WHO-5 med različnimi časovnimi obdobji

Skupina	Po terapiji – pred terapijo			Med terapijo – pred terapijo			Po terapiji – med terapijo		
	M	Me	SD	M	Me	SD	M	Me	SD
Eksp.	7,4	8,5	2	-21,4	-24	,6	28,8	32,5	1,4
Kontr.	10,2	10	-6,1	/	/	/	/	/	/
Nezas.	14,35	7	2,6	-14,25	-21	1,5	28,6	28	1,1
Abst.	6,8	1,5	-1	/	/	/	/	/	/

Opomba: eksp. = eksperimentalna skupina, kontr. = kontrolna skupina v TS, nezas. = skupina brez zasvojenosti, abst. = skupini iz TS.

Tabela 19 prikazuje razlike v aritmetični sredini, mediani in standardnem odklonu po skupinah na kazalcu blaginje WHO-5 med časovnimi obdobji.

Zaradi preveč manjkajočih podatkov je grafični prikaz aritmetične sredine in mediane nesmiseln. Prav tako ni prišlo do statistično značilnih razlik med skupinami in enotami. Iz

tabele 19 lahko le razberemo trend naraščanja števila točk pri eksperimentalni skupini in skupini nezasvojenih. Pri obeh skupinah opazimo izrazit padec števila točk med terapijo. Trend naraščanja opazimo tudi pri kontrolni skupini in skupini abstinentov, čeprav nimamo podatkov za sredinsko merjenje.

5.2.7 Rezultati kortizola

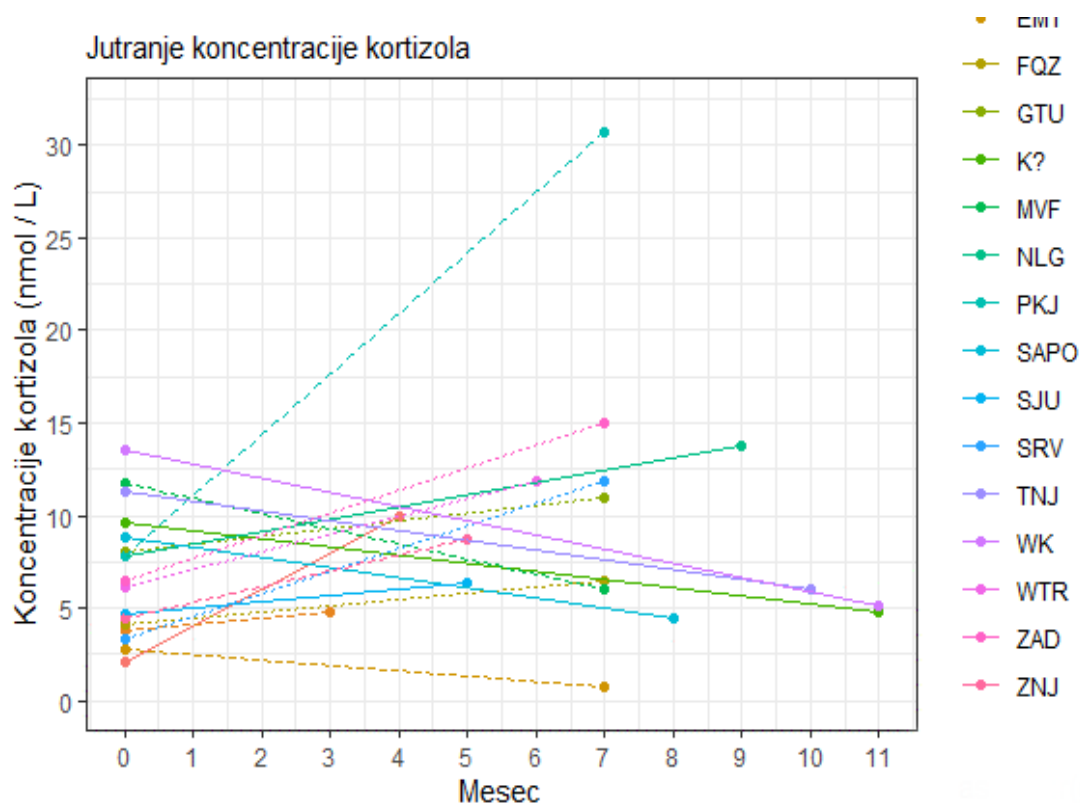
Tabela 20

Udeleženci po skupinah in številu analiziranih vzorcev

Skupina	0–2	3–7	8–11	12+
1. eksperimentalna	0	1	3	4
2. eksperimentalna	0	2	4	2
Kontrolna	2	9	0	0
Vsi skupaj	2	12	7	6

Opomba: maksimalno število vzorcev je 16.

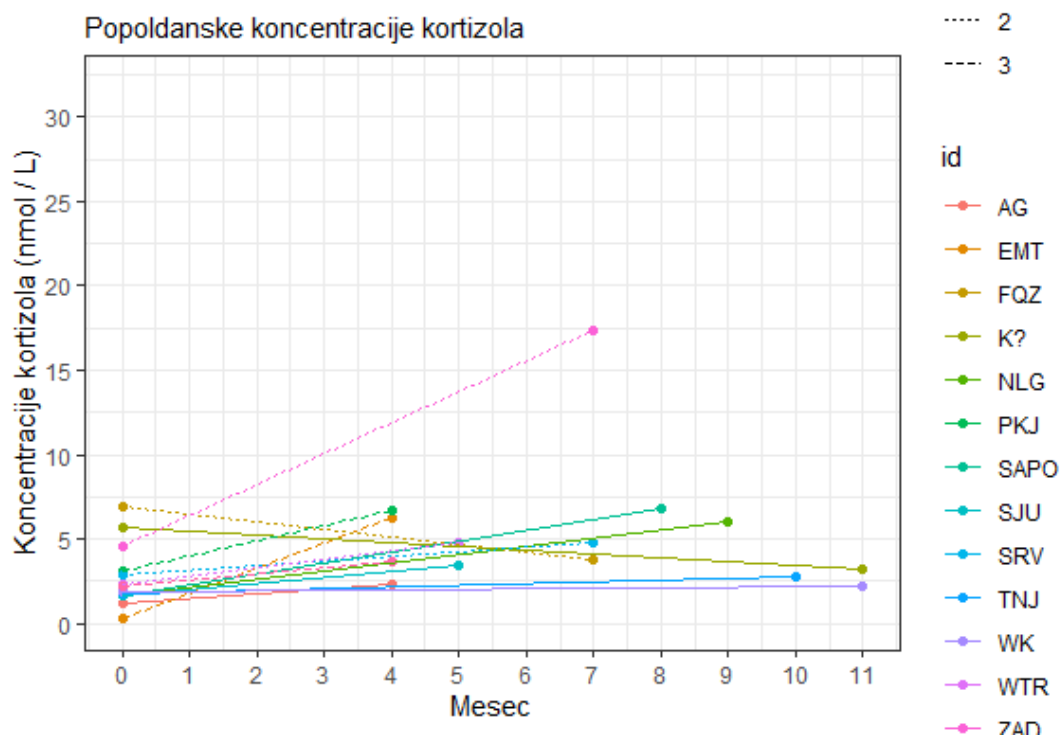
Kot lahko razberemo iz zgornje tabele, imamo veliko število manjkajočih podatkov, zaradi česar je bila analiza podatkov omejena. V vzorcih nekaterih udeležencev ni bilo zadostne količine slin za analizo. Zato smo pri obdelavi podatkov v programu R izbrali le tiste udeležence, ki so imeli dovolj podatkov za slikovni prikaz. Zaradi narave cirkadianega ritma kortizola ne moremo primerjati med seboj različnih posameznikov pri takšni količini podatkov, zato je nesmiselno podajati podatke o opisni statistiki. Iz teh podatkov ne moremo posploševati rezultatov, zato lahko na slikah 5.8 in 5.9 le prepoznamo trende posameznikov. Na grafikonih so prikazani rezultati le tistih udeležencev, ki so imeli zadostno količino konsistentnih podatkov za prikaz.



Legenda: z različnimi barvami so označeni udeleženci.

Slika 5.8. Jutranje koncentracije kortizola pri udeležencih.

Kot lahko razberemo z zgornjega grafikona, se je od 15 udeležencev zgolj 6 udeležencem znižal nivo jutranjega kortizola (5 iz eksperimentalne skupine, 1 iz kontrolne skupine), pri ostalih lahko vidimo trend zvišanja nivoja kortizola. Pri udeležencih, ki se jim je nivo jutranjega kortizola znižal, je prišlo do upada za min. 2 do maks. 8 nmol/l. Prav tako lahko vidimo, da je prišlo do upada nivoja kortizola pri vseh udeležencih eksperimentalne skupine, ki so se BPT udeležili vsaj 8-krat. Pri eni osebi lahko vidimo izdaten dvig nivoja kortizola po sedmih mesecih raziskave (za cca. 25 nmol/l), medtem ko lahko vidimo, da se je drugim nivo jutranjega kortizola dvignil za maksimalno 5 nmol/l.



Legenda: z različnimi barvami so označeni udeleženci.

Slika 5.9. Popoldanske koncentracije kortizola.

Kot lahko razberemo s slike 5.9, se je od 14 udeležencev zgolj 2 (oba iz eksperimentalne skupine) znižal nivo kortizola za cca. 3 nmol/l, medtem ko je ostalim udeležencem nivo kortizola narasel (od min. 0,5 do maks. 12 nmol/l), pri tem pa udeleženos v mesecih ne igra vloge.

5.2.8 Statistična obdelava rezultatov na vprašalnikih

S pomočjo Kolmogorov-Smirnovega testa normalne porazdeljenosti ter Shapiro-Wilkovega testa smo preverili, ali se vprašalniki in lestvice porazdeljujejo normalno. Testa sta pokazala, da so naši podatki asimetrično porazdeljeni. Hkrati smo porazdeljenost preverili še s histogrami, ki so potrdili asimetrijo vzorca. Nato smo izračunali še koeficient asimetričnosti (angl. *skewness*) in koeficient sploščenosti (angl. *Kurtosis*). Podatke o koeficientu asimetričnosti in sploščenosti moramo opazovati previdno, saj pri ravno takšnem vzorcu lahko pride do navidezne simetričnosti podatkov (West, Finch in Curran, 1995). Podatki o asimetriji in sploščenosti so zbrani v spodnji tabeli.

Tabela 21

Koeficient asimetričnosti in sploščenosti po vprašalnikih

	Koeficient asimetričnosti	Koeficient sploščenosti
CORE-OM pred terapijo	1,43	3,94
CORE-OM med terapijo	,024	-1,25
CORE-OM po terapiji	,032	,72
CORE-OM SB pred terapijo	,034	-,4
CORE-OM SB med terapijo	-1,27	1,53
CORE-OM SB po terapiji	-,011	-1,31
CORE-OM SIM pred terapijo	,07	1,92
CORE-OM SIM med terapijo	,07	1,92
CORE-OM SIM po terapiji	,019	-1,94
CORE-OM SIM pred terapijo	,025	,87
Sočutje do sebe pred terapijo	-,087	1,52
Sočutje do sebe med terapijo	,006	-1,49
Sočutje do sebe po terapiji	-,008	,05
PSS-14 pred terapijo	1,22	3,72
PSS-14 med terapijo	,082	2,39
PSS-14 po terapiji	-,062	,09
Relac. potrebe pred terapijo	-1,03	1,83
Relac. potrebe med terapijo	,074	-,029
Relac. potrebe po terapiji	-,062	-,069
Varen stil nav. pred terapijo	,034	-1,29
Varen stil nav. med terapijo	-,01	-,096

Opomba: SB = subjektivno blagostanje, SIM =simptomi/problemi.

Zaradi izračunane asimetrije smo za nadaljnjo statistično analizo uporabili neparametrične teste, in sicer Mann-Whitneyev U test in njegovo velikost učinka r^2 pri statistično značilnih razlikah. Kljub nekaterih ekstremnim vrednostim, prikazanih v tabeli 22, nam Mann-Whitneyev U test še vedno dovoljuje njegovo uporabo.

Tabela 22

Razlike med skupinami v posameznih časovnih obdobjih

Vprašalnik	Primerjava skupin	Mann-Whitneyev U test (p)	Z
Lestvica relacijskih potreb med terapijo	Kontrolna – eksperimentalna	,036*	-2,095
Lestvica relacijskih potreb – 3. merjenje	Kontrolna – eksperimentalna	,036*	-2,095
Sočutje do sebe med terapijo	Nezasvojeni – abstinenti	,028*	-2,193
Sočutje do sebe – 3. merjenje	Nezasvojeni – abstinenti	,028*	-2,193
Simptomi/problemi	Nezasvojeni – abstinenti	,024*	-2,252

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$.

Za preverjanje razlik med »pred«, »med« in »po« smo uporabili Mann-Whitneyev U test rangov za neodvisne vzorce, kot je prikazano v tabeli 22. Rezultati so pokazali statistično značilne razlike med eksperimentalno in kontrolno skupino na Lestvici relacijskih potreb med terapijo, kar pomeni, da so imeli udeleženci eksperimentalne skupine med terapijo pomembno boljše zadovoljevanje relacijskih potreb v primerjavi s kontrolno skupino. Velikost učinka znaša 0,338, kar pomeni, da lahko 33,8 % variance rangov spremembe rezultatov na Lestvici relacijskih potreb pojasnimo s skupino (eksperimentalna, kontrolna), kar je po Cohenovih (1988) smernicah srednje velik vpliv. Razlike so se pokazale med skupino nezasvojenih in skupino abstinentov, in sicer pri Lestvici sočutja do sebe med terapijo, kar pomeni, da so imeli abstinenti značilnejše večje sočutje do sebe med terapijo v primerjavi s skupino nezasvojenih ($r^2 = 0,502$, kar je velik vpliv). Zaradi majhnega vzorca smo pogledali še razlike med skupinami med posameznimi merjenji. Statistično značilne razlike so se pokazale med eksperimentalno in kontrolno skupino na Lestvici relacijskih potreb pri 3. merjenju ($r^2 = 0,338$ – srednje velik vpliv), kar si lahko razlagamo s tem, da je eksperimentalna skupina pomembno napredovala po 3. mesecih terapije pri relacijskih potrebah. Med skupino nezasvojenih in skupino abstinentov so se razlike pokazale pri Lestvici sočutja do sebe, in sicer pri 3. merjenju ($r^2 = 0,502$), saj so podatki enaki kot pri »med« terapijo. Statistično značilni podatki so pokazali razlike med skupino nezasvojenih in skupino abstinentov po terapiji pri podlestvici simptomov/problemov vprašalnika CORE-OM, kar pomeni, da so se rezultati po terapiji izboljšali pri udeležencih, ki nikoli niso bili zasvojeni v primerjavi z udeleženci, ki so bili zasvojeni.

Nato smo s statistično analizo nadaljevali na podatkih o razlikah med enotami. Podatki so prikazani v tabeli 23 in 24.

Tabela 23

Mediane in vrednosti Mann-Whitneyevega U testa za eksperimentalno in kontrolno skupino

Razlika med merjenji	Me – eksperimentalna	Me – kontrolna	Mann-Whitneyev U test (p)	Z
CORE-OM 3 – 1	3	5,5	1,00	,000
CORE-OM 5 – 1	-4,5	-12,5	,414	-,816
CORE-OM 5 – 3	23	48,5	,062	-1,868
CORE-OM, SB 3 – 1	2	-1	,014*	-2,466
CORE-OM, SB 5 – 1	1	0	,204	-1,269
CORE-OM, SB 5 – 3	-1	6	,645	-,460
CORE-OM, SIM 3 – 1	4	13	,424	-,800
CORE-OM, SIM 5 – 1	-2,25	6	,540	-,612
CORE-OM, SIM 5 – 3	-6	3	,305	-1,025
Sočutje 3 – 1	-1,8	,5	,602	-,522
Sočutje 5 – 1	,39	,4	,683	-,408
Sočutje 5 – 3	3,1	/	/	/
PSS-14 3 – 1	4,25	6,5	,794	-,261
PSS-14 5 – 1	-29,75	-30	,606	-,516
PSS-14 5 – 3	-1	/	/	/
Relac. potrebe 3 – 1	-,25	-23	,036*	-2,095
Relac. potrebe 5 – 1	,5	11	,220	-1,228
Relac. potrebe 5 – 3	6	/	/	/
Varen stil nav. 3 – 1	-,5	0,5	,614	-,505
Varen stil nav. 5 – 1	,5	1,5	,108	-1,606
Varen stil nav. 5 – 3	,5	/	/	/
WHO-5 3 – 1	-4	/	/	/
WHO-5 5 – 1	7	8	,630	-,612
WHO-5 5 – 3	20	/	/	/

Opomba: / = preveč manjkajočih podatkov, da bi lahko vrednost izračunali. SB = subjektivno blagostanje, SIM = simptomi/problemi. 3 – 1 = razlika med terapijo in pred terapijo, 5 – 1 = razlika po terapiji in pred terapijo, 5 – 3 = razlika po terapiji in med terapijo.

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$.

Kot lahko razberemo iz zgornje tabele, je Mann-Whitneyev U test pokazal statistično značilno razliko rezultatov »med terapijo« v primerjavi s »pred terapijo« na Lestvici relacijskih potreb med kontrolno in eksperimentalno skupino, kar pomeni, da je eksperimentalna skupina v 3 mesecih dosegla pomembno izboljšanje pri zadovoljevanju relacijskih potreb v primerjavi s kontrolno skupino. Za dobljen rezultat smo nato izračunali še velikost učinka, ki znaša $r^2 = 0.338$, kar pomeni, da je lahko 33,8 % variance rangov sprememb v rezultatih na Lestvici relacijskih potreb med in pred terapijo pojasnenih z obiskovanjem BPT, kar je po Cohenovih (1988) smernicah srednja velikost učinka. Statistično značilna razlika se je pokazala na

podlestvici subjektivnega blagostanja med in pred terapijo med kontrolno in eksperimentalno skupino, kar nakazuje na to, da se je v treh mesecih intenzivnega psihoterapevtskega obdobja udeležencem, ki so se udeleževali BPT delavnic pomembno znižalo subjektivno blagostanje v primerjavi s kontrolno skupino. Velikost učinka za omenjeno statistično razliko znaša $r^2 = 0,183$, kar velja za majhno velikost učinka, saj lahko le 18,3 % variance rangov sprememb rezultatov podlestvice subjektivnega blagostanja pojasnimo z obiskovanjem BPT. Pri ostalih testih se statistično značilna razlika ni pokazala.

Tabela 24

Mediane in vrednosti Mann-Whitneyevega U testa za skupini nezasvojenih in abstinentov

Razlika med merjenji	Me – nezasvojeni	Me – abstinenti	Mann-Whitneyev U test (p)	Z
CORE-OM 3 – 1	4	2	,917	–,104
CORE-OM 5 – 1	–6,5	,5	,465	–,730
CORE-OM 5 – 3	19	37	,088	–1,705
CORE-OM, SB 3 – 1	2	,5	,009*	–2,626
CORE-OM, SB 5 – 1	,25	0	1	0
CORE-OM, SB 5 – 3	–1	6,5	,333	–,968
CORE-OM, SIM 3 – 1	7	7	,343	–,948
CORE-OM, SIM 5 – 1	–9,5	2,25	,273	–1,095
CORE-OM, SIM 5 – 3	–10	10,5	,022*	–2,293
Sočutje 3 – 1	–2,25	,7	,251	–1,149
Sočutje 5 – 1	2,08	–0,53	,144	–,461
Sočutje 5 – 3	3,5	–7,48	,053	–1,936
PSS-14 3 – 1	5	/	,117	–1,567
PSS-14 5 – 1	–26	–30,5	,042*	–2,032
PSS-14 5 – 3	–3,5	/	,340	–,953
Relac. potrebe 3 – 1	,5	–5	,463	–,733
Relac. potrebe 5 – 1	,5	9,5	,855	–,183
Relac. potrebe 5 – 3	14	3	,083	–1,732
Varen stil nav. 3 – 1	–1	,5	,118	–1,563
Varen stil nav. 5 – 1	/	1,5	,069	–1,820
Varen stil nav. 5 – 3	1	–3	,180	–1,342
WHO-5 3 – 1	–4	/	/	/
WHO-5 5 – 1	18	3	,429	,361
WHO-5 5 – 3	20	/	/	/

Opomba: / = preveč manjkajočih podatkov, da bi lahko vrednost izračunali. SB = subjektivno blagostanje, SIM = simptomi/problemi. 3 – 1 = razlika med terapijo in pred terapijo, 5 – 1 = razlika po terapiji in pred terapijo, 5 – 3 = razlika po terapiji in med terapijo.

* $p < 0.05$. ** $p < 0.01$.

Mann-Whitneyev U test je pokazal statistično značilno razliko med skupino nezasvojenih in skupino abstinentov pri vprašalniku PSS-14, in sicer po koncu terapije v primerjavi z začetkom terapije, kar pomeni, da so udeleženci, ki niso nikoli bili zasvojeni, v primerjavi z začetkom, po koncu psihoterapevtskega obdobja zaznavali pomembno več stresa kot abstinenti. Nato smo izračunali še velikost učinka, ki znaša $r^2 = 0,285$, kar pomeni, da lahko pojasnimo 28,5 % variance rangov sprememb v rezultatih vprašalnika PSS-14. Velikost učinka nam tu prikazuje majhen eksperimentalni vpliv. Statistično značilna razlika se je pojavila na podlestvici simptomov/problemov vprašalnika CORE-OM med skupino nezasvojenih in skupino abstinentov. Razlika se je pokazala med »po« in »med« terapijo, kar pomeni, da se je v zadnjem obdobju raziskave skupini nezasvojenih znižal občutek nemirnosti v primerjavi z abstinenti, velikost učinka je $r^2 = 0,016$, pri čemer gre za majhen vpliv. Na isti podlestvici se je pokazala statistično velika razlika po terapiji, kar pomeni, da so v zadnjem mesecu raziskave imeli znižan občutek nemirnosti uporabniki, ki nikoli niso bili zasvojeni v primerjavi z abstinenti; velikost učinka kaže na majhen vpliv. Na podlestvici subjektivnega blagostanja vprašalnika CORE-OM se je med skupino nezasvojenih in skupino abstinentov pokazala statistično značilna razlika med terapijo v primerjavi z začetkom terapije. Rezultat nam nakazuje izboljšanje subjektivnega blagostanja pri abstinentih od začetka raziskave do njene sredine v primerjavi s skupino nezasvojenih.

6 RAZPRAVA

Z raziskavo smo odgovorili na večino zastavljenih hipotez (glej poglavje 3).

6.1 POVEZANOST TRAVM V OTROŠTVU Z NIVOJEM KORTIZOLA

Odgovora na hipotezo 1, da bodo udeleženci, ki so kot otroci doživeli različne vrste travm (psihično, fizično nasilje, spolno nasilje, slab vpliv neadekvatnih staršev – čustveno nezreli, zasvojeni starši ipd.) v primarni družini, imeli statistično nižji nivo jutranjega kortizola kot ostali udeleženci, nismo pridobili, saj so imeli vsi udeleženci raziskave travmo iz otroštva iz primarne družine. Za pridobitev teh informacij bi potrebovali udeležence v BPT brez travm v otroštvu in kontrolno skupino, ki BPT ne bi obiskovala, hkrati pa bi bila tudi brez travm iz primarne družine v otroštvu.

6.2 RAZLIKE V NIVOJU KORTIZOLA

Odgovor na hipotezo 2, da bodo imeli udeleženci po šestih mesecih normaliziran nivo kortizola v primerjavi s kontrolno skupino, smo iskali v nivoju kortizola udeležencev. Zaradi prevelike količine manjkajočih podatkov nismo mogli primerjati skupin med seboj, zato o učinku BPT na nivo kortizola ne moremo nič trditi. Smiseln izvleček iz nabora podatkov smo predstavili na slikah 5.8 in 5.9. Z njih lahko razberemo, da se je pri jutranjem nivoju kortizola tretjini udeležencev, ki smo jih predstavili na grafikonu, znižal nivo. Pet od šestih udeležencev je bilo iz eksperimentalne skupine, hkrati iz skupine nezasvojenih. Opazimo lahko, da se je vsem udeležencem eksperimentalne skupine, ki so BPT delavnice udeležili vsaj osemkrat, znižal nivo kortizola. Rezultat nakazuje, da je možno, da ima BPT učinek na nivo kortizola po več kot šestih mesecih, za kar bi potrebovali dodatne študije. Pomembno je na tem mestu omeniti tudi, da je od skupine nezasvojenih pet udeležencev v celoti zaključilo raziskavo, od teh se je štirim znižal nivo kortizola. To nakazuje na možnost pozitivnega učinka BPT na zniževanje nivoja kortizola. Za dokazovanje učinka bi bile potrebne dodatne študije.

Na podlagi rezultatov popoldanskega nivoja kortizola zaradi pomanjkanja podatkov ne moremo ničesar zaključiti.

Hipoteze 2 ne moremo potrditi zaradi pomanjkanja količine podatkov in majhnega vzorca. Potrebne so nadaljnje študije.

Za nadaljnje študije priporočam čim večjo kontrolo dejavnikov, ki lahko vplivajo na nivo kortizola poleg stresa: spol (Kirschbaum, 1999; Pruessner idr., 1997; Wüst idr., 2000), uživanje oralne kontracepcije (Kirschbaum, 1999; Pruessner idr., 1997; Wüst idr., 2000), kajenje (Pruessner idr., 1997; Rivier idr., 1996; Wüst idr., 2000), nepričakovano bujenje (Born idr., 1999), zgodnje vstajanje (Edwards idr., 2001, Kudielka in Kirschbaum, 2003), različna emocionalna stanja: disforija, vznesenost, vzburjenje (Brown idr., 1993), čustveno vzburjenje, konfliktne situacije pri zdravih ženskah (Gerra idr., 1996), vznemirjenje in

negativni afekt (Van Eck idr., 1996), pozitivni afekti (Brown idr., 1993; Hubert idr., 1990, 1991, 1993), dolgotrajna bolečina in pregorelost (Geiss idr., 1997; Schulz idr., 1998. Pruessner idr., 1999), posttravmatska stresna motnja (Jaremko, Sterling in Van Bockstaele, 2015), izguba starša ali skrbnika v zgodnjem otroštvu (Meinlschmidt in Heim, 2005), trpinčenost v rodni družini v otroštvu (De Bellis idr., 1999; Shea idr., 2005), večkratno zanemarjanje v otroštvu (Carlson in Earls, 1997), vrsta predhodne zasvojenosti (glej poglavje 1.9.3), dolgotrajna in ponavljajoče se separacija od mame – pri podganah (Liu idr., 2000; Plotsky in Meaney, 1993), triizmensko delo (Federenko idr., 2001), izpostavljenost luči okoli 800 lux (Scheer in Buijs, 1999), vrednote (Polajner, 1998), inter- in intraindividualna variabilnost (Pruessner idr., 1997; Wüst idr., 2000), grajeno okolje (Burnard, 2018), prejemanje metadona pri odvisnikih od heroina (Aouizerate idr., 2006; Walter, 2008), kokaina (Sinha idr., 2006), alkoholna odvisnost (Adinoff idr., 1991; Heinz idr., 1995; Junghanns idr., 2003; Keedwell idr., 2001; Kiefer idr., 2002; Rivier idr., 1996; Walter idr., 2006), abstinenca (Adinoff idr., 2005c; King idr., 2002), alkoholna abstinenca (Adinoff idr., 2003; Bannan idr., 1984; Bernardy idr., 1996; Errico idr., 1993; Esel idr., 2001; Fox idr., 2007; Heinz idr., 1995; Iranmanesh idr., 1989; Keedwell idr., 2001; Lovallo idr., 2000, 2006; Mendelson in Stein, 1966; Risher-Flowers idr., 1988), umik alkohola (Adinoff idr., 1991, 2003; Heinz idr., 1995; Heuser idr., 1988; Hundt idr., 2001; Marchiesi idr., 1997; Mendelson in Stein, 1966; Merryin Marks, 1972; Valimaki idr., 1984; Von Bardeleben idr., 1989), vnos alkohola (Inder idr., 1995; Marinelli idr., 1998; Marinelli in Piazza, 2002; Mendelson idr., 1966, 1971; Waltman idr., 1993), vnos amfetaminov (Oswald idr., 2005), metilamfetamina (Dackis in Gold, 1985), dekstroamfetamina (Besser idr., 1969; Dackis in Gold, 1985), visoko tveganje za odvisnost zaradi družinske zgodovine (Adinoff idr., 2005c; King idr., 2002).

6.3 UČINEK BPT NA STIL NAVEZANOSTI

Odgovor na hipotezo 3, ki domneva, da bo pri udeležencih, ki se bodo udeležili bonding psihoterapije, prišlo do pomembnega povišanja izraženosti varne navezanosti v primerjavi s kontrolno skupino v TS Sopotnica, smo pridobili s podatki iz rešenega Vprašalnika medosebnih odnosov. Interpretirali bomo tudi rezultate Vprašalnika relacijskih potreb, saj smo od rojstva naprej motivirani z biološkimi potrebami po navezanosti, s tem pa potrebo po odnosih, ki obstaja vse življenje (Bowlby, 1988; Erskine, Mousund in Trautmann, 1999).

Na osnovi pridobljenih rezultatov z Vprašalnikom medosebnih odnosov ne moremo trditi, da udeleženci z obiskovanjem delavnic BPT krepijo lastnosti varnega stila navezanosti, saj ni prišlo do statistično značilnih razlik.

V rezultatih lahko opazimo trende mediane, ki nakazujejo pozitiven napredek v spremembi varnega stila navezanosti v eksperimentalni skupini in skupini nezasvojenih. Trenda nakazujeta na pozitiven učinek BPT na povišanje izraženosti varne navezanosti, vendar so za potrditev potrebne nadaljnje raziskave. Do statistično značilnih razlik verjetno ni prišlo zaradi majhnega vzorca in majhne količine podatkov, ki so nam bili na voljo pri analizi. Druga

možna razlaga, zakaj do razlik ni prišlo, je v dolžini obiskovanja delavnic BPT – torej z daljšim obiskovanjem bi lahko pri udeležencih prišlo do premagovanja strahu pred bližino, čustvene odprtosti, učenja prositi za pomoč in večjega občutka varnosti, kar bi vplivalo na izraženost varne navezanosti.

Trend za razliko med nezasvojeno skupino in skupino abstinentov bi lahko pojasnili s psihodinamiko zasvojenцев, saj imajo ti pretiran bazični strah pred zavrnitvijo, zaradi katerega se niso zmožni navezati, ne znajo vzpostaviti intimnih odnosov, hkrati pa ne morejo socialno rasti. Z odvisnostjo tako bežijo pred strahom in možno bolečo zavrnitvijo, saj se doživljajo svobodne brez dolgotrajnega ljubezenskega odnosa (Kooyman, 1993). Pri iskanju razlogov za rezultate je pomembno omeniti tudi štiri kroge zasvojenosti, o katerih govori Kooyman (1992). Eden izmed krogov predstavlja tudi osebnostno psihopatologijo zasvojenosti, ki je zelo pomembna pri sami zasvojenosti. Gre predvsem za tri škodljive osebnostne značilnosti: občutek psihološkega neobstoja; bazično nezaupanje v ljudi nasploh, predvsem zaradi izkušenj s starši, zato so večinoma zaprti vase in težko pridobivajo zdrave odnose; bazično nezaupanje, pri čemer je največja težava v manipuliranju druge osebe, ko potrebuje pomoč, namesto da bi za pomoč prosila, svoje stiske pa rešujejo z omamljanjem. Naslednja možna razlaga za razliko med skupino nezasvojenih in abstinentov lahko najdemo v težavah pri odvisnikih, ti namreč substance uporabljajo zaradi pomanjkanja regulacije čustev, strategij obvladovanja (Schidler idr., 2009), čustvene nestabilnosti, pomanjkanja kontrole (Heard idr., 2014; Helmus idr., 2001; Shaver in Mikulincer, 2002), čustvene stiske (Newcomb, 1995), pomanjkanja strategij navezanosti in regulacije interpersonalnih odnosov (Shaver in Mikulincer, 2002). Številni avtorji poročajo o težavah odvisnikov pri uporabi čustvenih ali funkcionalnih virov za vzdrževanje organiziranega vzorca ter spopadanju z negativnimi mislimi in občutki, ki so povezani z njimi, ter pri prepoznavanju razpoložljivosti in odzivnosti figure navezanosti (Delvecchio idr., 2016; George in West, 2012; Juen idr., 2013; Solomon in George, 2011). Tako lahko trdimo, da imajo zasvojeni oz. abstinenti v manjšem odstotku varen stil navezanosti – torej so pri njih v večini razviti nêvarni stili navezanosti, predvsem zaradi bazičnega strahu pred bližino. Tega strahu je v »zdravi« populaciji manj, zato je večji odstotek varnega stila prisotnega pri tej populaciji. S tem bi lahko trdili, da se bo pri zdravi populaciji hitreje spremenil stil navezanosti kot pri populaciji abstinentov. Za potrditev predvidevanj za trende bi bile potrebne dodatne študije.

Za potrditev že obstoječih študij učinka BPT na stil navezanosti (Fisseni, 2008; Kats, 2004; Maertens, 2006; Müller, 2010) bi potrebovali predvsem večji vzorec.

Na tem mestu bomo interpretirali še rezultate na Lestvici relacijskih potreb. Rezultati so pokazali največji napredek pri relacijskih potrebah v eksperimentalni skupini, kar lahko povežemo z obiskovanjem BPT, saj je prišlo do statistično značilne razlike, in sicer med terapijo ter tudi med in pred terapijo. Tako lahko na tem mestu trdimo, da so na zadovoljevanje relacijskih potreb v prvih treh mesecih vplivale delavnice BPT. Ker se

statistična razlika ni pokazala tudi po terapiji, ne moremo trditi, da so imele delavnice BPT učinek na zadovoljevanje potreb tudi po šestih mesecih. Trend mediane sicer nakazuje večje zadovoljevanje potreb po terapiji, vendar hkrati do tega povišanja pride tudi pri kontrolni skupini. Torej tu ne moremo trditi, da je obiskovanje delavnic BPT vplivalo na večje zadovoljevanje relacijskih potreb. Med skupino nezasvojenih in skupino abstinentov ni prišlo do statistično značilnih razlik, lahko pa po trendih opazimo večji napredek pri skupini nezasvojenih, kar bi lahko povezali s tem, da zasvojene osebe bežijo iz odnosov v psihoaktivne substance, saj se tam počutijo bolj svobodne. Zaradi slabih izkušenj z zaupanjem stežka pridobijo zdrave odnose in socialne spretnosti, zato zanemarjajo potrebo po relacijskih potrebah. Hkrati bi na tem mestu rada poudarila še enega izmed štirih krogov zasvojenosti, in sicer odnosni vidik zasvojenosti, saj se mi zdi ena izmed pomembnih razlag za trendih pri rezultatih raziskave. Pri omenjenem vidiku gre predvsem za čustveno pretirano povezanost med zasvojenim in enim od staršev (največkrat gre za mamo). Težava te pretirane povezanosti je v tem, da se duševni svet enega od staršev in otroka, ki kasneje začne z zlorabo psihoaktivnih substanc ne ločuje, tako ostajata čustveno pretirano povezana (neseparirana). Taka oseba z vidika duševnega sveta ni samostojna, išče pretirano oporo in zamenjavo za tega starša. Tako je psihoaktivna substanca lahko nadomestek za toplino starša, njegovo podporo in ljubezen (Kooyman, 1992).

Če pogledamo oba vprašalnika hkrati, lahko opazimo večje trende višanja točk v eksperimentalni in skupini nezasvojenih tako pri Vprašalniku medosebnih odnosov kot na Lestvici relacijskih potreb. Da smo psihološki zdravi in da sploh obstajamo, potrebujemo odnose (Erskine idr., 1999), prav tako te potrebujemo za zadovoljitev svojih potreb (Stauss in Ellis, 2007). Navezanost je v odnosu zelo pomembna, saj pri otrocih vpliva na razvoj možganov (Gerhardt, 2014), vpliva pa tudi na kasnejše odnose (Erskine idr., 1999; Kooyman idr., 2011; Stauss in Ellis, 2007). Naši rezultati torej nakazujejo pozitiven učinek udeležbe BPT na spremembo varne navezanosti in višanje relacijskih potreb, vendar bi za potrditev rezultatov potrebovali nadaljnje študije.

Hipoteze 3 glede na podatke ne moremo potrditi, glede na rezultate, ki kažejo trend v smeri izboljšave bi bile smiselne nadaljnje študije.

6.4 SOČUTJE DO SEBE PRI UDELEŽENCIH

Odgovor na hipotezo, da bo pri udeležencih, ki se bodo udeležili bonding psihoterapije, prišlo do pomembnega povečanja sočutja do sebe v primerjavi s kontrolno skupino v Sopotnici, smo poiskali med rešenimi Vprašalniki sočutja do sebe.

Med eksperimentalno in kontrolno skupino ni prišlo do statistično značilnih razlik, zato hipoteze ne moremo sprejeti. Če pogledamo sliko 5.4, lahko opazimo trend zelo majhnega napredka v številu točk pri eksperimentalni skupini, medtem ko pri kontrolni skupini pride do

upada točk. Tako je mogoče, da bi v daljšem časovnem obdobju in z večjim vzorcem prišlo do stabilizacije ali izboljšanja sočutja do sebe pri udeležencih, ki bi obiskovali BPT.

Do statistično značilnih razlik je prišlo med skupino nezasvojenih in abstinentov, in sicer med terapijo, v skupini abstinentov se je namreč pokazalo izboljšanje v sočutju do sebe. Razlog za razliko med skupinama bi lahko iskali v strahu, jezi in bolečini pred bližino in zavrnitvijo abstinentov, ki so se jo v času zasvojenosti branili z drogo (Kooyman, 2013), v začetnih fazah abstinence pa ta čustva potiskajo v nezavedno. Razlika se ni pokazala v času po terapiji, opazimo trend upada mediane točk pri skupini abstinentov, medtem ko je pri skupini nezasvojenih narasla. Trend bi lahko pojasnjevali s tem, da so abstinenti začeli predelovati zgoraj opisane občutke, vendar bi za potrditev rezultatov potrebovali nadaljnje raziskave.

Hipoteze 4 na podlagi rezultatov ne moremo potrditi, bi pa za potrditev trendov potrebovali nadaljnje študije.

6.5 SIMPTOMI IN SUBJEKTIVNO BLAGOSTANJE UDELEŽENCEV

Pri iskanju odgovora na zadnjo hipotezo, da bo pri udeležencih, ki se bodo udeležili bonding psihoterapije, prišlo do pomembnega izboljšanja glede simptomov in povečanja blagostanja v primerjavi s kontrolno skupino v TS Sopotnica, smo pregledali podlestvici simptomov/problemov in subjektivnega blagostanja na vprašalnikih CORE-OM in WHO-5.

6.5.1 Simptomi

Podatke o simptomatiki smo poiskali na podlestvici simptomov/problemov vprašalnika CORE-OM. Statistične razlike se niso pokazale med eksperimentalno in kontrolno skupino, zato ne moremo trditi, da ima BPT pozitiven učinek na izboljšanje simptomatike. Trendi median števila točk nam nakazujejo možno izboljšanje simptomov pri kontrolni skupini. Razloge za opisan trend lahko iščemo v tem, da so v času med terapijo udeleženci, ki so obiskovali BPT, reševali svoje travme, zato so jih prevevali občutki nemirnosti, napetosti, pojavljali so se lahko nezaželeni občutki in misli. Drugi razlog bi lahko bila fizična bližina drugih, ki pri udeležencih velikokrat povzroči intenzivne čustvene reakcije (Geerlings in De Klerk-Roscam Abbing, 1985; Kooyman idr., 2010; Stauss in Ellis, 2007). Vprašalnike so reševali pred BPT, kar lahko vpliva na rezultat, saj so v tem času že lahko čutili napetost zaradi pripravljanja na terapevtsko delo.

Statistično značilne razlike so se na omenjeni podlestvici pokazale v času po terapiji med skupino nezasvojenih in abstinentov. Razlika se je pokazala v času po terapiji in med terapijo. Torej je skupina nezasvojenih v zadnjih mesecih raziskave dosegla statistično značilno izboljšanje glede simptomov. Možen razlog lahko iščemo v dolžini obiskovanja psihoterapije, resnega dela, večje motivacije za spremembo v vsakdanjem življenju, želji po osebni rasti. Do naštetih razlogov kasneje verjetno pride tudi pri abstinentih, na začetku je poudarek na vzdrževanju abstinence, zato je energija predvsem usmerjena v ta cilj.

6.5.2 Subjektivno blagostanje

Pri raziskovanju spremembe v subjektivnem blagostanju smo upoštevali podlestvico subjektivnega blagostanja vprašalnika CORE-OM in kazalec blaginje WHO-5. Pri podlestvici subjektivnega blagostanja je do statistično značilne razlike prišlo med eksperimentalno in kontrolno skupino, in sicer v razliki med terapijo in pred njo, kar pomeni, da je kontrolna skupina v prvi polovici raziskave izboljšala svoje subjektivno blagostanje v primerjavi z eksperimentalno skupino. Razlika se ni pokazala v drugem delu raziskave, lahko opazimo trend konsistentnega rezultata eksperimentalne skupine, medtem ko pri kontrolni skupini opazimo največje izboljšanje po treh mesecih raziskave. Razloge lahko iščemo v tem, da BPT ni imela učinka na subjektivno blagostanje ali v konsistentnosti subjektivnega blagostanja pri eksperimentalni skupini. Velikost učinka za izračunano statistično značilnost je majhna, zato bi za potrditev rezultatov potrebovali nadaljnje študije.

Statistično značilna razlika na podlestvici se je pokazala med skupino nezasvojenih in abstinentov, in sicer v času med terapijo in pred njo. Torej se je v prvih treh mesecih raziskave subjektivno blagostanje izboljšalo v skupini abstinentov, kar bi lahko razlagali z boljšim splošnim stanjem v TS, saj je bilo reševanje vprašalnikov ravno v času, ko je bilo stanje v TS stabilno.

V času po terapiji nam trend prikazuje sliko, da se skupini nezasvojenih izboljša subjektivno blagostanje, za kar bi potrebovali nadaljnje študije.

Pri kazalcu blaginje WHO-5 se ni pokazala nobena statistična razlika, je pa moč opaziti trende zviševanja mediane rezultatov pri vseh skupinah, zato ne moramo na tem mestu trditi ničesar o učinku BPT na subjektivno blagostanje, merjeno z WHO-5.

Hipoteze 5 glede na rezultate tako ne moremo potrditi.

6.6 POMANJKLJIVOSTI IN OMEJITVE RAZISKAVE IN PRIPOROČILA ZA NADALJNJE RAZISKAVE

Naša raziskava ima kar nekaj pomanjkljivosti in omejitev, hkrati pa odpira široko polje možnih izboljšav v nadaljnjih raziskavah. Ker je omejitev in možnosti za izboljšavo mnogo, smo jih kategorizirali v tri enote, in sicer glede udeležencev, metodike in interpretacije.

Omejitve in pomanjkljivosti glede udeležencev ter priporočila za nadaljnje raziskave:

- Potrebovali bi številčnejši vzorec klientov (čeprav so bili zajeti skoraj vsi klienti, ki BPT dokaj redno obiskujejo).
- Omejitev je tudi obiskovanje različnih skupin BPT v različnih časovnih obdobjih, kar pomeni, da so klienti imeli različne terapevte in asistente, kar lahko vpliva na stopnjo psihološkega stresa in nivoja kortizola.

- V nadaljnje študije bi vključili zgolj nekadilce, saj kajenje vpliva na nivo kortizola, kar v naši raziskavi ni bilo mogoče, saj je bilo preveč uporabnikov kadilcev, da bi bil lahko to izključitveni dejavnik.
- Vključitev zgolj udeleženk pred menopavzo, v istem delu menstrualnega ciklusa oz. bolj konstantno beleženje menstrualnega ciklusa in uporabljene kontracepcije zaradi vpliva teh dejavnikov na nivo kortizola (Kirschbaum, 1999).
- Vstajanje udeležencev ob isti uri oz. vsaj konstanten bioritem, saj je kortizol cirkadiani hormon, na katerega vpliva tudi bioritem.

Omejitve in pomanjkljivosti glede metodike ter predlagane izboljšave:

- Manj manjkajočih podatkov (predvsem v TS) – redno obiskovanje BPT, izpolnjevanje vprašalnikov, odvzem slina, kar bi lahko rešili z večjim motiviranjem, za kar bi potrebovali večjo ekipo.
- Večja kontrolna skupina (tako tista v TS, ki obiskuje ostale modalitete psihoterapije, kot tudi populacija brez zasvojenosti).
- Multinacionalne skupine, ki bi omogočile preučevanje vpliva kulturnega okolja na učinkovitost BPT.
- Enakomernejša zastopanost klientov po spolu (Kirschbaum, 1999) in starosti.
- Konstantno grajeno okolje – isti prostor skozi ves čas raziskave (Burnard, 2018).
- Konstanten termin psihoterapije – za vsaj pol leta vnaprej določeni datumi, brez odpadanj terminov.
- Konstantna skupina – idealno bi bilo, da bi imeli udeleženci raziskave zaprto skupino – tako ne bi prihajalo do novih socialnih interakcij in dodatnega stresa.
- Večji nadzor pri odvzemu vzorcev – spremljanje posameznikov, da res žvečijo vato 45 sekund, da se napiše natančen čas, predvsem da se jih opomni ob pravem času, da se vzame slina (velikokrat je prišlo do zamud pri odvzemu slina).
- Preveč vprašalnikov hkrati – udeležencem je zato že upadla volja po reševanju, zato je prišlo do netočnega in površnega reševanja vprašalnikov; lahko bi vprašalnike razporedili po mesecih, kot so to naredili v raziskavi Van Rijn, Wild in Moran (2011).
- Vprašalnike bi delili pred terapijo in po terapiji – tako bi pridobili podatke o kratkoročnih učinkih BPT na različnih vprašalnikih.
- Priporočamo reševanje vprašalnika WHO-5 pred vsako delavnico, saj s tem pridobimo večji vpogled v razpoloženje posameznika, ki vpliva na reševanje vprašalnikov, in na nivo kortizola.
- Priporočamo večkratni intervju z udeleženci, da pridobimo več informacij o življenju izven terapije in s tem o dejavnikih, ki lahko vplivajo na nivo kortizola (npr. stresni dogodki med delavnicami BPT).
- Kortizol bi lahko odvzeli 12 ur po prebujanju, saj bi s tem rešili težavo odvzemanja slina pred koncem psihoterapije. Težavo smo reševali tako, da smo z udeleženci, ki so sodelovali v raziskavi, poskušali s terapevtskih delom končati čim prej. Vendar bi pri tem

morali s terapevtskih delom končati vsaj eno uro pred odvzemom sline, saj je Burnard (2018) v svoji raziskavi opazil, da se je sprememba v nivoju kortizola pokazala šele med 45. in 60. minuto po stresorju. Terapevtsko delo lahko štejemo kot stresor, saj gre pogosto za delo, ki ga spremljajo neprijetna čustva, izkušnje in spomini.

- Pred odvzemom sline bi poleg priporočil, ki so bila podana udeležencem, dodali še navodilo, da so vsaj pol ure brez fizične aktivnosti, kar ni bilo mogoče, saj je fizična aktivnost sestavni del BPT. Zaželeno bi bilo tudi, da pred odvzemom sline ne bi pili kofeinskih ali teinskih izdelkov, kar je zaradi varnostnih razlogov težko, saj se nekateri pripeljejo tudi iz 200 kilometrov oddaljenih krajev.
- Večkratno odvzemanje sline (tudi v dnevih brez BPT) za preverjanje nivoja glukokortikoidov (Sinha, 2008).
- Longitudinalna študija, ki bi nudila natančnejše informacije o učinku BPT na psihološko zaznavo stresa in nivo kortizola.
- Preverjanje pri abstinentih v TS, od česa so bili odvisni, saj to lahko vpliva na nivo kortizola (glej poglavje 1.9.3).
- Preverjanje vrednot, saj vplivajo na vedenje, prepričanja; neskladja lahko pripeljejo do konfliktov v posamezniku, kar poviša tudi psihološko zaznavo stresa. Polajner (1998) je namreč dokazal razlikovanje v nekaterih vrednotah zasvojenih od slovenske javnomnenjske populacije (npr. podcenjujejo religiozne, demokratične, patriotske vrednote in tradicionalni etos; aktivni zasvojeni bolj poudarjajo čutne in statusne vrednote kot abstinenti v Projektu Človek).
- Namesto izračunanih absolutnih razlik bi bilo metodično pravilneje računati relativne razlike – za združevanje podatkov pred terapijo, med njo in po njej (Prevodnik, 2015).

Omejitve in pomanjkljivosti glede interpretacije ter predlagane izboljšave:

- Pomanjkanje enakih raziskav na področju BPT v tujini.
- Pomanjkanje raziskav, v katerih bi primerjali med seboj podobne vprašalnike in predvsem nivo kortizola, kakor je to raziskovano v tej nalogi. Gre za objektivno pomanjkanje kakovostnih raziskav na področju psihoterapij nasploh. Težavo smo poskušali rešiti tako, da smo rezultate primerjali z rezultati podobnih študij – različne psihoterapije, psihosocialne intervencije ipd.

7 SKLEPI

V magistrskem delu nas je zanimalo, ali se pri udeležencih, ki so doživeli travmo kot otroci v primarni družini, nivo kortizola razlikuje od tistih, ki takih travm niso doživeli, poleg tega nas je zanimalo ali ima bonding psihoterapija učinek na nivo kortizola kot biološki pokazatelj stresa, na izboljšanje medosebnih odnosov, navezanosti in sočutja do sebe.

Raziskava na podlagi pridobljenih rezultatov ne more dati jasnih sklepov glede vprašanj učinka BPT na nivo kortizola, povišanja izraženosti varne navezanosti, povečanja sočutja do sebe, izboljšanja simptomov in povečanja blagostanja. Rezultatov za preučevanje učinka travm v otroštvu na nivo kortizola nismo pridobili, saj v raziskavi nismo imeli udeležencev, ki teh travm ne bi imeli. Kljub temu, da pri udeležencih, ki so obiskovali BPT delavnice, ni prišlo do pomembnih sprememb, se kaže trend v smeri zniževanja jutranjega kortizola, povišanja izraženosti varnega stila navezanosti, povečanja sočutja do sebe, znižanja simptomov in nižjega subjektivnega blagostanja.

Pomanjkljivosti naše raziskave sta predvsem majhen vzorec in količina razpoložljivih podatkov, zato bi bilo potrebno v prihodnje izvesti dodatne raziskave na večjem vzorcu in v daljšem obdobju obiskovanja delavnic BPT.

8 VIRI

Adinoff, B., Junghanns, K., Kiefer, F. in Krishnan-Sarin, S. (2005a). Suppression of the HPA axis stress-response: implications for relapse. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 29(7), 1351–1355.

Adinoff, B., Krebaum, S. R., Chandler, P. A., Ye, W., Brown, M. B. in Williams, M. J. (2005b). Dissection of hypothalamic-pituitary-adrenal axis pathology in 1-month-abstinent alcohol-dependent men, part 1: adrenocortical and pituitary glucocorticoid responsiveness. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 29(4), 517–527.

Adinoff, B., Krebaum, S. R., Chandler, P. A., Ye, W., Brown, M. B. in Williams, M. J. (2005c). Dissection of hypothalamic-pituitary-adrenal axis pathology in 1-month-abstinent alcohol-dependent men, part 2: response to ovine corticotropin-releasing factor and naloxone. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 29(4), 528–537.

Adinoff, B., Risher-Flowers, D., De Jong, J., Ravitz, B., Bone, G.H.A., Nutt, D.J., Roehrich, L., Martin, P.R. in Linnoila, M. (1991). Disturbances of hypothalamic-pituitary-adrenal axis functioning during ethanol withdrawal in six men. *Am J Psychiatry*, 148, 1023–1025.

Adinoff, B., Ruether, K., Krebaum, S., Iranmanesh, A. in Williams, M. J. (2003). Increased salivary cortisol concentrations during chronic alcohol intoxication in a naturalistic clinical sample of men. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 27(9), 1420–1427.

Ainsworth M.D. S, Blehar, M.C., Waters, E in Waal, S. (1978). Patterns of Attachment. *A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington DC: Author.

American Society of Addiction Medicine (2011). Pridobljeno na <https://www.asam.org/DefinitionofAddiction-LongVersion>.

Aouizerate, B., Ho, A., Schluger, J. H., Perret, G., Borg, L., Le Moal, M., ... in Kreek, M. J. (2006). CLINICAL AND IMAGING STUDY: Glucocorticoid negative feedback in methadone-maintained former heroin addicts with ongoing cocaine dependence: dose-response to dexamethasone suppression. *Addiction biology*, 11(1), 84–96.

APA Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271–285, pridobljeno s spleta decembra 2017; DOI: 10.1037/0003-066X.61.4.271.

Baldwin, S.A., Wampold, B.E. in Imel, Z.E. (2007). Untangling the alliance-outcome correlation: Exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 842–852.

- Baler, R. D. in Volkow, N. D. (2006). Drug addiction: the neurobiology of disrupted self-control. *Trends in molecular medicine*, 12(12), 559–566.
- Bannan, L. T., Potter, J. F., Beevers, D. G., Saunders, J. B., Walters, J. R. F. in Ingram, M. C. (1984). Effect of alcohol withdrawal on blood pressure, plasma renin activity, aldosterone, cortisol and dopamine β -hydroxylase. *Clinical Science*, 66(6), 659–663.
- Bartlett, D., Kaufman, D. in Smeltekop, R. (1993). The effects of music listening and perceived sensory experiences on the immune system as measured by interleukin-1 and cortisol. *Journal of Music Therapy*, 30(4), 194–209.
- Bauer, A. M., Quas, J. A. in Boyce, W. T. (2002). Associations between physiological reactivity and children's behavior: Advantages of a multisystem approach. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 23(2), 102–113.
- Bernadet, P. (1995). Benefits of physical activity in the prevention of cardiovascular diseases. *Journal of cardiovascular pharmacology*, 25, S3–8.
- Bernardy, N. C., King, A. C., Parsons, O. A. in Lovallo, W. R. (1996). Altered cortisol response in sober alcoholics: an examination of contributing factors. *Alcohol*, 13(5), 493–498.
- Besser, G. M., Butler, P. W. P., Landon, J. in Rees, L. (1969). Influence of amphetamines on plasma corticosteroid and growth hormone levels in man. *Br Med J*, 4(5682), 528-530.
- Born, J., Hansen, K., Marshall, L., Mölle, M. in Fehm, H. L. (1999). Timing the end of nocturnal sleep. *Nature*, 397(6714), 29.
- Bowlby, J. (1969). Attachment and loss: volume I: attachment. In *Attachment and Loss: Volume I: Attachment* (pp. 1–401). London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis.
- Bowlby, J. (1969/1982). Attachment and loss: Vol. 1. Attachment. New York, NY: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). Attachment and loss. II: separation, anxiety and anger, London. *Tavistock*. Trad. fr.: *La séparation, angoisse et colère*, Paris, PUF.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books.
- Breese, G. R., Chu, K., Dayas, C. V., Funk, D., Knapp, D. J., Koob, G. F., ... in Sinha, R. (2005). Stress enhancement of craving during sobriety: a risk for relapse. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 29(2), 185–195.
- Breslau, N., Davis, G. C. in Schultz, L. R. (2003). Posttraumatic stress disorder and the incidence of nicotine, alcohol, and other drug disorders in persons who have experienced trauma. *Archives of general psychiatry*, 60(3), 289–294.

Bretherton, I. (1985). Attachment theory: Retrospect and prospect. *Monographs of the society for research in child development*, 3–35.

Brown, T. T. in Dobs, A. S. (2002). Endocrine effects of marijuana. *The Journal of Clinical Pharmacology*, 42(S1), 90S–96S.

Brown, W. A., Sirota, A. D., Niaura, R. in Engebretson, T. O. (1993). Endocrine correlates of sadness and elation. *Psychosomatic Medicine*.

Burlingame, G.M., Fuhriman, A. in Mosier, J. (2003). The differential effectiveness of group psychotherapy: A meta-analytic perspective. *Group dynamics: Theory, research & practice*, 2, 101–117, pridobljeno iz spleta novembra 2017; DOI: 10.1037/1089-2699.7.1.3.

Burnard, M. D. (2018). *Wood and human stress in the built indoor environment: doctoral dissertation* (Doctoral dissertation, University of Primorska, Faculty of Management).

Carlson, M. in Earls, F. (1997). Psychological and neuroendocrinological sequelae of early social deprivation in institutionalized children in Romania. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 807(1), 419–428.

Carlson, L. E., Specia, M., Patel, K. D. in Goodey, E. (2003). Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress, and immune parameters in breast and prostate cancer outpatients. *Psychosomatic medicine*, 65(4), 571–581.

Carlson, L. E., Specia, M., Faris, P. in Patel, K. D. (2007). One year pre–post intervention follow-up of psychological, immune, endocrine and blood pressure outcomes of mindfulness-based stress reduction (MBSR) in breast and prostate cancer outpatients. *Brain, behavior, and immunity*, 21(8), 1038–1049.

Carlson, E. A., Alan Sroufe, L. in Egeland, B. (2004). The construction of experience: A longitudinal study of representation and behavior. *Child development*, 75(1), 66–83.

Carr, A. (2009a). The effectiveness of family therapy and systemic interventions for adult-focused problems, *Journal of Family Therapy*, 31, 46–74, pridobljeno na DOI:10.1111/j.1467-6427.2008.00452.x.

Carr, A. (2009b). The effectiveness of family therapy and systemic interventions for child-focused problems. *Journal of Family Therapy*, 31, 3–45, pridobljeno na DOI: 10.1111/j.1467-6427.2008.00451.x.

Carroll, K. M., Nich, C., Ball, S. A., McCance, E. in Rounsaville, B. J. (1998). Treatment of cocaine and alcohol dependence with psychotherapy and disulfiram. *Addiction*, 93(5), 713–727.

Carroll, K. M., Rounsaville, B. J., Nich, C., Gordon, L. T., Wirtz, P. W. in Gawin, F. (1994). One-year follow-up of psychotherapy and pharmacotherapy for cocaine dependence: Delayed emergence of psychotherapy effects. *Archives of general psychiatry*, 51(12), 989–997.

Caspers, K. M., Yucuis, R., Troutman, B. in Spinks, R. (2006). Attachment as an organizer of behavior: Implications for substance abuse problems and willingness to seek treatment. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 1(1), 32.

Casriel, D. (1963). *So fair a house: The Story of Synanon*. Englewood Cliffs. NJ.:Prentice Hall.

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

Casriel, D. (1981). *New Identity Process*. V: Corsini, R.J. (1994). *Handbuch der Psychotherapie*. Weinheim: Beltz/Psychologie Verlags-Union.

Chen, J. H., Bierhals, A. J., Prigerson, H. G., Kasl, S. V., Mazure, C. M. in Jacobs, S. (1999). Gender differences in the effects of bereavement-related psychological distress in health outcomes. *Psychological Medicine*, 29(2), 367–380.

Childress, A. R., Hole, A. V., Ehrman, R. N., Robbins, S. J., McLellan, A. T. in O'Brien, C. P. (1993). Cue reactivity and cue reactivity interventions in drug dependence. *NIDA research monograph*, 137, 73–73.

Chris Fraley, R. (2002). Attachment stability from infancy to adulthood: Meta-analysis and dynamic modeling of developmental mechanisms. *Personality and social psychology review*, 6(2), 123–151.

Chrousos, G. P. in Gold, P. W. (1998). A healthy body in a healthy mind—and vice versa—the damaging power of “uncontrollable” stress. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 83(6), 1842–1845.

Cleck, J. N. in Blendy, J. A. (2008). Making a bad thing worse: adverse effects of stress on drug addiction. *The Journal of clinical investigation*, 118(2), 454–461.

Clow, A., Hucklebridge, F., Stalder, T., Evans, P. in Thorn, L. (2010). The cortisol awakening response: more than a measure of HPA axis function. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35(1), 97–103.

Cooney, N. L., Litt, M. D., Morse, P. A., Bauer, L. O. in Gaupp, L. (1997). Alcohol cue reactivity, negative-mood reactivity, and relapse in treated alcoholic men. *Journal of abnormal psychology*, 106(2), 243.

Cugmas, Z. in Praper, P. (1998). *Bodi z menoj, mami: razvoj otrokove navezanosti*. Produktivnost, Center za psihodiagnostična sredstva.

Cuijpers, P., Dekker, J. J. M., Hollon, S. D. in Andersson, G. (2009). Adding psychotherapy to pharmacotherapy in the treatment of depressive disorders in adults: a meta-analysis.

Dackis, C. A. in Gold, M. S. (1985). New concepts in cocaine addiction: the dopamine depletion hypothesis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 9(3), 469–477.

Dallman, M. F., Akana, S. F., Bradbury, M. J., Strack, A. M., Hanson, E. S. in Scribner, K. A. (1994). Regulation of the hypothalamo-pituitary-adrenal axis during stress: feedback, facilitation and feeding. In *Seminars in Neuroscience* (Vol. 6, No. 4, pp. 205–213). Academic Press.

Dawes, M. A., Antelman, S. M., Vanyukov, M. M., Giancola, P., Tarter, R. E., Susman, E. J., ... in Clark, D. B. (2000). Developmental sources of variation in liability to adolescent substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 61(1), 3–14.

De Bellis, M. D., Baum, A. S., Birmaher, B., Keshavan, M. S., Eccard, C. H., Boring, A. M., ... in Ryan, N. D. (1999). Developmental traumatology part I: Biological stress systems. *Biological psychiatry*, 45(10), 1259–1270.

Delvecchio, E., Di Riso, D., Lis, A. in Salcuni, S. (2016). Adult attachment, social adjustment, and well-being in drug-addicted inpatients. *Psychological reports*, 118(2), 587–607.

Edwards, S., Evans, P., Hucklebridge, F. in Clow, A. (2001). Association between time of awakening and diurnal cortisol secretory activity. *Psychoneuroendocrinology*, 26(6), 613–622.

Ernst, M., Luckenbaugh, D. A., Moolchan, E. T., Leff, M. K., Allen, R., Eshel, N., ... in Kimes, A. (2006). Behavioral predictors of substance-use initiation in adolescents with and without attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 117(6), 2030–2039.

Errico, A. L., Parsons, O. A., King, A. C. in Lovallo, W. R. (1993). Attenuated cortisol response to biobehavioral stressors in sober alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 54(4), 393–398.

Erskine, R. G. (2011). Attachment, relational-needs, and psychotherapeutic presence. *International Journal of Integrative Psychotherapy*, 2(1).

Erskine, R. G., Moursund, J. P. in Trautmann, R. I. (1999). *Beyond empathy: a therapy of contact-in-relationship*. Brunner/Mazel.

Erzar, T. in Erzar, K. K. (2011). *Teorija navezanosti*. Celjska Mohorjeva družba.

Erzar, T. in Torkar, M. (2007). Razlikovanje med sramom in krivdo ter povezava s stresom, tesnobo in depresivnostjo. *Psihološka obzorja*, 16(3), 89–104.

Esel, E., Sofuoglu, S., Aslan, S. S., Kula, M., Yabanoglu, I. in Turan, M. T. (2001). Plasma levels of beta-endorphin, adrenocorticotrophic hormone and cortisol during early and late alcohol withdrawal. *Alcohol and alcoholism*, 36(6), 572–576.

Evans, D., Foa, E., Gur, R., Hendin, H., O'Brien, C., Seligman, M. in Walsh, B. (2005). *Treating and preventing adolescent mental health disorders: What we know and what we don't know*. New York, NY: Oxford University Press.

Fava, G. A. (2009). The decline of pharmaceutical psychiatry and the increasing role of psychological medicine. *Psychotherapy and psychosomatics*, 78(4), 220–227.

Federenko, I., Dechoux, R., Hellhammer, D. H., Wust, S. in Kirschbaum, C. (2001). Impact of time of day on free cortisol levels after awakening. In *Psychosomatic Medicine* (Vol. 63, No. 1, pp. 160–160). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Feeney, J. A. (2005). Hurt feelings in couple relationships: Exploring the role of attachment and perceptions of personal injury. *Personal Relationships*, 12(2), 253–271.

Field, T., Diego, M., Delgado, J. in Medina, L. (2013). Peer support and interpersonal psychotherapy groups experienced decreased prenatal depression, anxiety and cortisol. *Early human development*, 89(9), 621–624.

Fishbein, D. H., Herman-Stahl, M., Eldreth, D., Paschall, M. J., Hyde, C., Hubal, R., ... in Ialongo, N. (2006). Mediators of the stress–substance–use relationship in urban male adolescents. *Prevention Science*, 7(2), 113–126.

Fisseni, G., Stauss, K., von Wahlert, J. in Mestel, R., (2008). Geïntegreerde bondingpsychotherapie. *Voordracht Studiedag van de Vereniging voor Bondingpsychotherapie, Antwerpen, maart 2008*.

Fonzi, S., Murialdo, G., Bo, P., Filippi, U., Costelli, P., Parodi, C., ... in Savoldi, F. (1992). The neuroendocrine aspects of chronic alcoholism: the effect of alcohol intake and its withdrawal. *Annali italiani di medicina interna: organo ufficiale della Societa italiana di medicina interna*, 7(2), 87–94.

Frank, J.D. in Frank, J.B. (1993). *Persiasion and healing: A comparative study of psychotherapy (3rd ed.)*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Fries, E., Hesse, J., Hellhammer, J. in Hellhammer, D. H. (2005). A new view on hypocortisolism. *Psychoneuroendocrinology*, 30(10), 1010–1016.

Geerlings, P. in De Klerk Roscam Abbing, J. (1985). Cathartische activerende, psychodynamische groepstherapie. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 11, 1–19.

Geiss, A., Varadi, E., Steinbach, K., Bauer, H. W. in Anton, F. (1997). Psychoneuroimmunological correlates of persisting sciatic pain in patients who underwent discectomy. *Neuroscience Letters*, 237(2–3), 65–68.

George, C. in West, M. L. (2012). *The Adult Attachment Projective picture system: Attachment theory and assessment in adults*. New York, NY: Guilford Press.

Gerhardt, S. (2014). *Why love matters: How affection shapes a baby's brain*. Routledge.

Gerra, G., Fertomani, G., Zaimovic, A., Caccavari, R., Reali, N., Maestri, D., ... in Brambilla, F. (1996). Neuroendocrine responses to emotional arousal in normal women. *Neuropsychobiology*, 33(4), 173–181.

Giancola, P. R., Martin, C. S., Tarter, R. E., Pelham, W. E. in Moss, H. B. (1996). Executive cognitive functioning and aggressive behavior in preadolescent boys at high risk for substance abuse/dependence. *Journal of studies on alcohol*, 57(4), 352–359.

Giancola, P. R., Mezzich, A. C. in Tarter, R. E. (1998). Disruptive, delinquent and aggressive behavior in female adolescents with a psychoactive substance use disorder: relation to executive cognitive functioning. *Journal of Studies on Alcohol*, 59(5), 560–567.

Giese-Davis, J., DiMiceli, S., Sephton, S. in Spiegel, D. (2006). Emotional expression and diurnal cortisol slope in women with metastatic breast cancer in supportive-expressive group therapy: A preliminary study. *Biological psychology*, 73(2), 190–198.

Glover, N. M., Janikowski, T. P. in Benschoff, J. J. (1996). Substance abuse and past incest contact a national perspective. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 13(3), 185–193.

Gostečnik, C. (2001). *Poskusiva znova*. Brat Frančišek.

Gratton, A. in Sullivan, R.M. (2005). Role of prefrontal cortex in stress responsivity. V *Handbook of Stress and the Brain*, Vol. 1. T. Steckler, N.H. Kalin & J.M.H.M. Reul, ur.: 838. Elsevier. Dusseldorf.

Gunnar, M. R. in Vazquez, D. M. (2001). Low cortisol and a flattening of expected daytime rhythm: Potential indices of risk in human development. *Development and psychopathology*, 13(3), 515–538.

Haglund, M. E., Nestadt, P. S., Cooper, N. S., Southwick, S. M. in Borysenko Charney, D. S. (2007). Psychobiological mechanisms of resilience: Relevance to prevention and treatment of stress-related psychopathology. *Development and psychopathology*, 19(3), 889–920.

Hansen, Å. M., Garde, A. H., Christensen, J. M., Eller, N. H. in Netterstrøm, B. (2003). Evaluation of a radioimmunoassay and establishment of a reference interval for salivary cortisol in healthy subjects in Denmark. *Scandinavian journal of clinical and laboratory investigation*, 63(4), 303–310.

Hazan, C. in Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of personality and social psychology*, 52(3), 511.

Hazan, C. in Shaver, P. R. (1994). Attachment as an organizational framework for research on close relationships. *Psychological inquiry*, 5(1), 1–22.

Heard, D., Lake, B. in McCluskey, U. (2014). *La terapia basata sull'attaccamento con adolescenti e adulti* [Attachment therapy with adolescents and adults: Theory and practice post-Bowlby]. Bologna, Italy: Il Mulino.

Heim, C., Ehlert, U. in Hellhammer, D. H. (2000). The potential role of hypocortisolism in the pathophysiology of stress-related bodily disorders. *Psychoneuroendocrinology*, 25(1), 1–35.

Heinz, A., Rommelspacher, H., Gräf, K. J., Kürten, I., Otto, M. in Baumgartner, A. (1995). Hypothalamic-pituitary-gonadal axis, prolactin, and cortisol in alcoholics during withdrawal and after three weeks of abstinence: comparison with healthy control subjects. *Psychiatry research*, 56(1), 81–95.

Hek, K., Direk, N., Newson, R. S., Hofman, A., Hoogendijk, W. J., Mulder, C. L. in Tiemeier, H. (2013). Anxiety disorders and salivary cortisol levels in older adults: a population-based study. *Psychoneuroendocrinology*, 38(2), 300–305.

Helmus, T. C., Downey, K. K., Arfken, C. L., Henderson, M. J. in Schuster, C. R. (2001). Novelty seeking as a predictor of treatment retention for heroin dependent cocaine users. *Drug and Alcohol Dependence*, 61(3), 287–295.

Herzog, H. (2011). The impact of pets on human health and psychological well-being: fact, fiction, or hypothesis?. *Current Directions in Psychological Science*, 20(4), 236–239.

Heuser, I., Von Bardeleben, U., Boll, E. in Holsboer, F. (1988). Response of ACTH and cortisol to human corticotropin-releasing hormone after short-term abstention from alcohol abuse. *Biological psychiatry*, 24(3), 316–321.

Higgins, S. T., Budney, A. J., Bickel, W. K., Hughes, J. R., Foerg, F. in Badger, G. (1993). Achieving cocaine abstinence with a behavioral approach. *The American journal of psychiatry*.

Höfler-Zimmer, D. in Kooymen, M. (1996). Attachment transition, addiction and therapeutic bonding – an integrative approach. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 13(6), 511–519.

Hsiao, F. H., Jow, G. M., Lai, Y. M., Chen, Y. T., Wang, K. C., Ng, S. M., ... in Yang, T. T. (2011). The long-term effects of psychotherapy added to pharmacotherapy on morning to evening diurnal cortisol patterns in outpatients with major depression. *Psychotherapy and psychosomatics*, 80(3), 166–172.

Hsiao, F. H., Jow, G. M., Kuo, W. H., Chang, K. J., Liu, Y. F., Ho, R. T., ... in Chen, Y. T. (2012). The effects of psychotherapy on psychological well-being and diurnal cortisol patterns in breast cancer survivors. *Psychotherapy and psychosomatics*, 81(3), 173–182.

Hsiao, F. H., Lai, Y. M., Chen, Y. T., Yang, T. T., Liao, S. C., Ho, R. T., ... in Jow, G. M. (2014). Efficacy of psychotherapy on diurnal cortisol patterns and suicidal ideation in adjustment disorder with depressed mood. *General hospital psychiatry*, 36(2), 214–219.

Hubert, W. in de Jong-Meyer, R. (1990). Psychophysiological response patterns to positive and negative film stimuli. *Biological psychology*, 31(1), 73–93.

Hubert, W. in de Jong-Meyer, R. (1991). Autonomic, neuroendocrine, and subjective responses to emotion-inducing film stimuli. *International Journal of Psychophysiology*, 11(2), 131–140.

Hubert, W., Möller, M. in de Jong-Meyer, R. (1993). Film-induced amusement changes in saliva cortisol levels. *Psychoneuroendocrinology*, 18(4), 265–272.

Hundt, W., Zimmermann, U., Pöttig, M., Spring, K. in Holsboer, F. (2001). The combined dexamethasone-suppression/CRH-stimulation test in alcoholics during and after acute withdrawal. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 25(5), 687–691.

Inder, W. J., Joyce, P. R., Ellis, M. J., Evans, M. J., Livesey, J. H. in Donald, R. A. (1995). The effects of alcoholism on the hypothalamic-pituitary-adrenal axis: interaction with endogenous opioid peptides. *Clinical endocrinology*, 43(3), 283–290.

International Society for Bonding Psychotherapy (2014). About Bonding Psychotherapy. Pridobljeno na <http://www.bondingpsychotherapy.org>.

Iranmanesh, A., Veldhuis, J. D., Johnson, M. L., in Lizarralde, G. (1989). 24-Hour Pulsatile and Circadian Patterns of Cortisol Secretion in Alcoholic Men. *Journal of Andrology*, 10(1), 54–63.

Jenni, M. A. in Wollersheim, J. P. (1979). Cognitive therapy, stress management training, and the Type A behavior pattern. *Cognitive Therapy and Research*, 3(1), 61–73.

Jaremko, K. M., Sterling, R. C. in Van Bockstaele, E. J. (2015). Psychological and physiological stress negatively impacts early engagement and retention of opioid-dependent individuals on methadone maintenance. *Journal of substance abuse treatment*, 48(1), 117–127.

Juen, F., Arnold, L., Meissner, D., Nolte, T. in Buchheim, A. (2013). Attachment disorganization in different clinical groups: What underpins unresolved attachment?. *Psihologija*, 46(2), 127–141.

Kassel, J. D., Wardle, M. in Roberts, J. E. (2007). Adult attachment security and college student substance use. *Addictive Behaviors*, 32(6), 1164–1176.

Keedwell, P. A., Poon, L., Papadopoulos, A. S., Marshall, E. J. in Checkley, S. A. (2001). Salivary cortisol measurements during a medically assisted alcohol withdrawal. *Addiction Biology*, 6(3), 247–257.

Kiefer, F., Andersohn, F., Jahn, H., Wolf, K., Raedler, T. J. in Wiedemann, K. (2002). Involvement of plasma atrial natriuretic peptide in protracted alcohol withdrawal. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105(1), 65–70.

King, A. C., Schluger, J., Gunduz, M., Borg, L., Perret, G., Ho, A. in Kreek, M. J. (2002). Hypothalamic-pituitary-adrenocortical (HPA) axis response and biotransformation of oral naltrexone: preliminary examination of relationship to family history of alcoholism. *Neuropsychopharmacology*, 26(6), 778–788.

Kirschbaum, C. in Hellhammer, D.H. (2000). Salivary free cortisol. V: Fink, G. (ur.), *Encyclopedia of stress. Academic Press, San Diego*, str. 379–383.

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

Kobak, R. R. in Sceery, A. (1988). Attachment in late adolescence: Working models, affect regulation, and representations of self and others. *Child development*, 135–146.

Kobal, L. (2008). Navezanost in proces separacije-individualizacije pri mladih odraslih v vlogi prostovoljcev na področju psihosocialne pomoči. *Psihološka obzorja*, 1(17), 57–72.

Kobayashi, H. in Miyazaki, Y. (2015). Distribution characteristics of salivary cortisol measurements in a healthy young male population. *Journal of physiological anthropology*, 34(1), 30.

Kompan Erzar, K. (2006). Ljubezen umije spomin. *Ljubljana: Brat Frančišek in Frančiškanski družinski inštitut*.

Koob, G. F. in Le Moal, M. (2001). Drug addiction, dysregulation of reward, and allostasis. *Neuropsychopharmacology*, 24(2), 97.

Kooyman, M. (1986). The psychodynamics of therapeutic communities for treatment of heroin addicts. *Therapeutic communities for addictions: Readings in theory, research and practice*, 29–41.

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

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

Kooyman, M. (1993). *The Therapeutic Community for Addicts*. Amsterdam: Swets and Zeitlinger.

Kooyman, M. (1996). *La comunidad terapeutica para drogodependientes. Intimidad, implicacion de los padres y exito del tratamiemto*. Ediciones Mensajero., S.A. Sancho de Azpeitia,2, 48014 Bilbao.

Kooyman, M., Olij, R. in Storm, R. (2010). *Bonding psychotherapy – an effective group therapy for attachment problems*. Pridobljeno dne 22. 11. 2017, na <http://www.bondingpsychotherapy.com/>.

Kooyman, M. (2013). *Why therapeutic communities work*. Dostopno maja 2019 na <http://www.eurad.net/filestore/PDF/WhytherapeuticcommunitiesworkM.Kooyman14thEFTCConferencePrague20132.pdf>.

Korasa, J. (2016). *Vpliv globokega sproščanja na počutje v nosečnosti in izid poroda: magistrsko delo* (Doctoral dissertation, J. Korasa).

Kosters, M., Burlingame, G.M., Nachtigall, C. in Strauss, B. (2006). A meta-analytic review of the effectiveness of inpatient group psychotherapy. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 10, 146–163, pridobljeno na DOI: 10.1037/1089-2699.10.2.146.

Kreek, M. J. (2000). Methadone-related opioid agonist pharmacotherapy for heroin addiction: history, recent molecular and neurochemical research and future in mainstream medicine. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 909(1), 186–216.

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

Kudielka, B. M. in Kirschbaum, C. (2003). Awakening cortisol responses are influenced by health status and awakening time but not by menstrual cycle phase. *Psychoneuroendocrinology*, 28(1), 35–47.

Ladd, C. O., Huot, R. L., Thivikraman, K. V. in Nemeroff, C. B. (1998). Long-term behavioral and neuroendocrine adaptations to adverse early experience. *Progress in Brain Research*, 122(3), 2000.

Liston, C., Miller, M. M., Goldwater, D. S., Radley, J. J., Rocher, A. B., Hof, P. R., ... in McEwen, B. S. (2006). Stress-induced alterations in prefrontal cortical dendritic morphology predict selective impairments in perceptual attentional set-shifting. *Journal of Neuroscience*, 26(30), 7870–7874.

Litt, M. D., Cooney, N. L., Kadden, R. M. in Gaupp, L. (1990). Reactivity to alcohol cues and induced moods in alcoholics. *Addictive Behaviors*, 15(2), 137–146.

Liu, D., Caldji, C., Sharma, S., Plotsky, P. M. in Meaney, M. J. (2000). The effects of early life events on in vivo release of norepinephrine in the paraventricular nucleus of the hypothalamus and hypothalamic-pituitary-adrenal responses during stress. *J. Neuroendocrinol*, 12, 5–12.

Loosen, P. T., Chambliss, B., Pavlou, S. S. in Orth, D. N. (1991). Adrenal function in abstinent alcoholic men. *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry*.

Lovallo, W. R., Dickensheets, S. L., Myers, D. A., Thomas, T. L. in Nixon, S. J. (2000). Blunted stress cortisol response in abstinent alcoholic and polysubstance-abusing men. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 24(5), 651–658.

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

Main, M., Kaplan, N. in Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the society for research in child development*, 66–104.

Marchesi, C., Chiodera, P., Ampollini, P. in Volpi, R. (1997). Beta-endorphin, adrenocorticotrophic hormone and cortisol secretion in abstinent alcoholics. *Psychiatry research*, 72(3), 187–194.

Marinelli, M., Barrot, M., Simon, H., Oberlander, C., Dekeyne, A., Moal, M. L. in Piazza, P. V. (1998). Pharmacological stimuli decreasing nucleus accumbens dopamine can act as positive reinforcers but have a low addictive potential. *European Journal of Neuroscience*, 10(10), 3269–3275.

Marinelli, M. in Piazza, P. V. (2002). Interaction between glucocorticoid hormones, stress and psychostimulant drugs. *European Journal of Neuroscience*, 16(3), 387–394.

Maturana, H. R. in Varela, F. J. (1998). *Drevo spoznanja*. Ljubljana: Studia Humanitatis.

McKinney, C. H., Antoni, M. H., Kumar, M., Tims, F. C. in McCabe, P. M. (1997). Effects of guided imagery and music (GIM) therapy on mood and cortisol in healthy adults. *Health psychology*, 16(4), 390.

McEwen, B. S. (1998). Protective and damaging effects of stress mediators. *New England journal of medicine*, 338(3), 171–179.

McEwen, B. S. (2008). Central effects of stress hormones in health and disease: Understanding the protective and damaging effects of stress and stress mediators. *European journal of pharmacology*, 583(2–3), 174–185.

McNally, A. M., Palfai, T. P., Levine, R. V. in Moore, B. M. (2003). Attachment dimensions and drinking-related problems among young adults: The mediational role of coping motives. *Addictive Behavior*, 28(6), 1115–1127.

Meaney, M. J., Brake, W. in Gratton, A. (2002). Environmental regulation of the development of mesolimbic dopamine systems: a neurobiological mechanism for vulnerability to drug abuse?. *Psychoneuroendocrinology*, 27(1–2), 127–138.

Mendelson, J. H., Stein, S. in McGuire, M. T. (1966). Comparative psychophysiological studies of alcoholic and nonalcoholic subjects undergoing experimentally induced ethanol intoxication. *Psychosomatic medicine*, 28(1), 1–12.

Mendelson, J. H. in Stein, S. (1966). Serum cortisol levels in alcoholic and nonalcoholic subjects during experimentally induced ethanol intoxication. *Psychosomatic Medicine*, 28(4), 616–626.

Mendelson, J. H., Ogata, M. in Mello, N. K. (1971). Adrenal function and alcoholism: I. Serum cortisol. *Psychosomatic medicine*, 33(2), 145–158.

Merry, J. in Marks, V. (1972). The effect of alcohol, barbiturate, and diazepam on hypothalamic/pituitary/adrenal function in chronic alcoholics. *The Lancet*, 300(7785), 990–992.

Miller, G. E., Chen, E. in Zhou, E. S. (2007). If it goes up, must it come down? Chronic stress and the hypothalamic-pituitary-adrenocortical axis in humans. *Psychological bulletin*, 133(1), 25.

Moss, H. B., Vanyukov, M. M. in Martin, C. S. (1995). Salivary cortisol responses and the risk for substance abuse in prepubertal boys. *Biological psychiatry*, 38(8), 547–555.

Moss, H. B., Vanyukov, M., Yao, J. K. in Kirillova, G. P. (1999). Salivary cortisol responses in prepubertal boys: the effects of parental substance abuse and association with drug use behavior during adolescence. *Biological Psychiatry*, 45(10), 1293–1299.

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

Newcomb, M. D. (1995). Identifying high-risk youth: Prevalence and patterns of adolescent drug abuse. *NIDA Research Monograph*, 156, 7–38.

Oswald, L. M., Wong, D. F., McCaul, M., Zhou, Y., Kuwabara, H., Choi, L., ... in Wand, G. S. (2005). Relationships among ventral striatal dopamine release, cortisol secretion, and subjective responses to amphetamine. *Neuropsychopharmacology*, 30(4), 821.

Oswald, L. M., Wong, D. F., Zhou, Y., Kumar, A., Brasic, J., Alexander, M., ... in Wand, G. S. (2007). Impulsivity and chronic stress are associated with amphetamine-induced striatal dopamine release. *Neuroimage*, 36(1), 153–166.

Petersen, T. J. (2006). Enhancing the efficacy of antidepressants with psychotherapy. *Journal of Psychopharmacology*, 20(3_suppl), 19–28.

Pincus, D., Guastello, S. in Koopmans, M. (2009). *Chaos and complexity in psychology. The theory of nonlinear dynamical systems*. New York: Cambridge University Press.

Plotsky, P. M. in Meaney, M. J. (1993). Early, postnatal experience alters hypothalamic corticotropin-releasing factor (CRF) mRNA, median eminence CRF content and stress-induced release in adult rats. *Molecular brain research*, 18(3), 195–200.

Polajner, B. (1998). *Vrednote zasvojenih z drogami v okviru psihološke obravnave "Projekt Človek"*. Doktorska disertacija, Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta.

Polajner, B. (2013). *Bonding psihoterapija*. Rogla 31.5.2013: Redna letna srečanja psihoterapevtov Slovenije .

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

Polajner, B. (15.11.2011). Bonding psihoterapija, modaliteta za terapijo, preventivo in osebnostno rast. *Aerodrom Slovenj Gradec: Mednarodna konferenca ob mesecu preprečevanja zasvojenosti*.

Polajner, B. (2011). *Bonding psihoterapija (BPT) modaliteta za terapijo, preventivo in osebnostno rast*. Zbornik predavanj: ZZV Ravne na Koroškem.

Poljanec, A. in Šömen, B. (2006). *Razlike v oceni stila navezanosti, samopodobe in osebnostne čvrstosti pri poročenih in ločenih ženskah*.

Prevodnik, K. (2015). *Metodološki vidiki interpretacije absolutne in relativne razlike in S-časovne distance*: doktorska disertacija. Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede. Pridobljeno od http://dk.fdv.uni-lj.si/doktorska_dela/pdfs/dr_prevodnik-katja.pdf.

Pruessner, J. C., Champagne, F., Meaney, M. J. in Dagher, A. (2004). Dopamine release in response to a psychological stress in humans and its relationship to early life maternal care: a positron emission tomography study using [¹¹C] raclopride. *Journal of Neuroscience*, 24(11), 2825–2831.

Pruessner, J. C., Hellhammer, D. H. in Kirschbaum, C. (1999). Burnout, perceived stress, and cortisol responses to awakening. *Psychosomatic medicine*, 61(2), 197–204.

Pruessner, J. C., Wolf, O. T., Hellhammer, D. H., Buske-Kirschbaum, A., Von Auer, K., Jobst, S., ... in Kirschbaum, C. (1997). Free cortisol levels after awakening: a reliable biological marker for the assessment of adrenocortical activity. *Life sciences*, 61(26), 2539–2549.

Riggs, S. A., Jacobovitz, D. in Hazen, N. (2002). Adult attachment and history of psychotherapy in a normative sample. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 39(4), 344.

Risher-Flowers, D., Adinoff, B., Ravitz, B., Bone, G. H., Martin, P. R., Nutt, D. in Linnoila, M. (1988). Circadian rhythms of cortisol during alcohol withdrawal. *Advances in alcohol & substance abuse*, 7(3–4), 37–41.

Rivier, C., Bruhn, T. in Vale, W. (1984). Effect of ethanol on the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in the rat: role of corticotropin-releasing factor (CRF). *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 229(1), 127–131.

Rivier, C. (1996). Alcohol stimulates ACTH secretion in the rat: mechanisms of action and interactions with other stimuli. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 20(2), 240–254.

Robinson, T. E. in Kolb, B. (1999). Alterations in the morphology of dendrites and dendritic spines in the nucleus accumbens and prefrontal cortex following repeated treatment with amphetamine or cocaine. *European journal of neuroscience*, 11(5), 1598–1604.

Rovio, S., Kåreholt, I., Helkala, E. L., Viitanen, M., Winblad, B., Tuomilehto, J., ... in Kivipelto, M. (2005). Leisure-time physical activity at midlife and the risk of dementia and Alzheimer's disease. *The Lancet Neurology*, 4(11), 705–711.

Saal, D., Dong, Y., Bonci, A. in Malenka, R. C. (2003). Drugs of abuse and stress trigger a common synaptic adaptation in dopamine neurons. *Neuron*, 37(4), 577–582.

Sarstedt (2019). Pridobljeno na <https://www.sarstedt.com/en/home/>.

Schindler, A., Thomasius, R., Petersen, K. in Sack, P. M. (2009). Heroin as an attachment substitute? Differences in attachment representations between opioid, ecstasy and cannabis abusers. *Attachment & Human Development*, 11(3), 307–330.

Schuckit, M. A., Risch, S. C. in Gold, E. O. (1988). Alcohol consumption, ACTH level, and family history of alcoholism. *The American journal of psychiatry*, 145(11), 1391.

Schulz, P., Kirschbaum, C., Prübner, J. in Hellhammer, D. (1998). Increased free cortisol secretion after awakening in chronically stressed individuals due to work overload. *Stress medicine*, 14(2), 91–97.

Shaver, P. R. in Mikulincer, M. (2002). Attachment-related psychodynamics. *Attachment & Human Development*, 4(2), 133–161.

Shea, A., Walsh, C., MacMillan, H. in Steiner, M. (2005). Child maltreatment and HPA axis dysregulation: relationship to major depressive disorder and post traumatic stress disorder in females. *Psychoneuroendocrinology*, 30(2), 162–178.

Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 65, 98–109, pridobljeno novembra 2017; DOI: 10.1037/a0018378.

Scheer, F. A. J. L. in Buijs, R. M. (1999). Light affects morning salivary cortisol in humans. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 84, 3395–3398.

Siegel, J. (2014). *Vihar v glavi: moč najstniških možganov*. Domžale: Družinski in terapevtski center Pogled.

Sinha, R., Catapano, D. in O'Malley, S. (1999). Stress-induced craving and stress response in cocaine dependent individuals. *Psychopharmacology*, 142(4), 343–351.

Sinha, R., Fuse, T., Aubin, L. R. in O'Malley, S. S. (2000). Psychological stress, drug-related cues and cocaine craving. *Psychopharmacology*, 152(2), 140–148.

Sinha, R., Talih, M., Malison, R., Cooney, N., Anderson, G. M. in Kreek, M. J. (2003). Hypothalamic-pituitary-adrenal axis and sympatho-adreno-medullary responses during stress-induced and drug cue-induced cocaine craving states. *Psychopharmacology*, 170(1), 62–72.

Solomon, J. in George, C. (2011). *Disorganization of attachment and caregiving*. New York, NY: Guilford Press.

Southwick, S. M., Vythilingam, M. in Charney, D. S. (2005). The psychobiology of depression and resilience to stress: implications for prevention and treatment. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 1, 255–291.

Späth-Schwalbe, E., Schöller, T., Kern, W., Fehm, H. L. in Born, J. (1992). Nocturnal adrenocorticotropin and cortisol secretion depends on sleep duration and decreases in association with spontaneous awakening in the morning. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 75(6), 1431–1435.

Sroufe, A. (2005). Attachment and development: A prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attachment & Human Development*, 7(4), 349–367.

Sroufe, L. A., Carlson, E. A., Levy, A. K. in Egeland, B. (1999). Implications of attachment theory for developmental psychopathology. *Development and psychopathology*, 11(1), 1–13.

Sroufe, L. A. (2005). Attachment and development: A prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attachment & human development*, 7(4), 349–367.

Sroufe, A., Egeland, B., Carlson, E. in Collins, W. (2005). *The development of the person the Minnesota study of risk and adaptation from birth to adulthood*. New York, NY:

Guilford Press.

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

Sterling, P. in Eyer, J. (1981). Biological basis of stress-related mortality. *Social Science & Medicine. Part E: Medical Psychology*, 15(1), 3–42.

Sullivan, R. M. in Gratton, A. (1999). Lateralized effects of medial prefrontal cortex lesions on neuroendocrine and autonomic stress responses in rats. *Journal of Neuroscience*, 19(7), 2834–2840.

Thompson, R. A. in Raikes, H. A. (2003). Toward the next quarter-century: Conceptual and methodological challenges for attachment theory. *Development and psychopathology*, 15(3), 691–718.

Uršič, N., Kocjančič, D. in Žvelc, G. (2019). Psychometric properties of the Slovenian long and short version of the Self-Compassion Scale. *Psihologija*, 52(2), 107–125.

Van Eck, M., Berkhof, H., Nicolson, N. in Sulon, J. (1996). The effects of perceived stress, traits, mood states, and stressful daily events on salivary cortisol. *Psychosomatic medicine*, 58(5), 447–458.

van Rijn, B., Wild, C. in Moran, P. (2011). Evaluating the outcomes of transactional analysis and integrative counselling psychology within UK primary care settings. *International Journal of Transactional Analysis Research & Practice*, 2(2).

VanderArk, S. D. in Ely, D. (1992). Biochemical and galvanic skin responses to music stimuli by college students in biology and music. *Perceptual and motor skills*, 74(3_suppl), 1079–1090.

Von Bardeleben, U., Heuser, I. in Holsboer, F. (1989). Human CRH stimulation response during acute withdrawal and after medium-term abstention from alcohol abuse. *Psychoneuroendocrinology*, 14(6), 441–449.

Yang, T. T., Hsiao, F. H., Wang, K. C., Ng, S. M., Ho, R. T., Chan, C. L., ... in Chen, Y. T. (2009). The effect of psychotherapy added to pharmacotherapy on cortisol responses in outpatients with major depressive disorder. *The Journal of nervous and mental disease*, 197(6), 401–406.

Yeo, K. T. J., Babic, N., Hannoush, Z. C. in Weiss, R. E. (2017). Endocrine Testing Protocols: Hypothalamic Pituitary Adrenal Axis. In *Endotext [Internet]*. MDText. com, Inc.

Walter, M., Gerhard, U., Gerlach, M., Weijers, H. G., Boening, J. in Wiesbeck, G. A. (2006). CLINICAL STUDY: Cortisol concentrations, stress-coping styles after withdrawal and long-term abstinence in alcohol dependence. *Addiction biology*, 11(2), 157–162.

Waltman, C., Blevins Jr, L. S., Boyd, G. in Wand, G. S. (1993). The effects of mild ethanol intoxication on the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in nonalcoholic men. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 77(2), 518–522.

Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Model, methods and findings*. Mahwah: Erlbaum.

Wampold, B.E. (2007). Psychotherapy: The humanistic (and effective) treatment. *American Psychologist*, 62, 857–873, pridobljeno avgusta 2016; DOI: 10.1037/0003-066X.62.8.857.

Wampold, B.E. (2010). *The basic of psychotherapy: An introduction to theory and practice*. Washington D.C.: American Psychological Association.

Wand, G. S. in Dobs, A. S. (1991). Alterations in the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in actively drinking alcoholics. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 72(6), 1290–1295.

Wand, G. S., Oswald, L. M., McCaul, M. E., Wong, D. F., Johnson, E., Zhou, Y., ... in Kumar, A. (2007). Association of amphetamine-induced striatal dopamine release and cortisol responses to psychological stress. *Neuropsychopharmacology*, 32(11), 2310.

Weitzman, E. D., Fukushima, D., Nogeire, C., Roffwarg, H., Gallagher, T. F. in Hellman, L. (1971). Twenty-four hour pattern of the episodic secretion of cortisol in normal subjects. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 33(1), 14–22.

Wellman, C. L. (2001). Dendritic reorganization in pyramidal neurons in medial prefrontal cortex after chronic corticosterone administration. *Journal of neurobiology*, 49(3), 245–253.

West, S. G., Finch, J. F. in Curran, P. J. (1995). Structural equation models with nonnormal variables: Problems and remedies.

Willenbring, M. L., Morley, J. E., Niewoehner, C. B., Heilman, R. O., Carlson, C. H. in Shafer, R. B. (1984). Adrenocortical hyperactivity in newly admitted alcoholics: prevalence, course and associated variables. *Psychoneuroendocrinology*, 9(4), 415–422.

Wills, T. A., Ainette, M. G., Mendoza, D., Gibbons, F. X. in Brody, G. H. (2007). Self-control, symptomatology, and substance use precursors: Test of a theoretical model in a community sample of 9-year-old children. *Psychology of Addictive Behaviors*, 21(2), 205.

Wills, T. A. in Stoolmiller, M. (2002). The role of self-control in early escalation of substance use: a time-varying analysis. *Journal of consulting and clinical psychology*, 70(4), 986.

Wills, T. A., Walker, C., Mendoza, D. in Ainette, M. G. (2006). Behavioral and emotional self-control: Relations to substance use in samples of middle and high school students. *Psychology of Addictive Behaviors*, 20(3), 265.

Witek-Janusek, L., Albuquerque, K., Chroniak, K. R., Chroniak, C., Durazo-Arvizu, R. in Mathews, H. L. (2008). Effect of mindfulness based stress reduction on immune function, quality of life and coping in women newly diagnosed with early stage breast cancer. *Brain, behavior, and immunity*, 22(6), 969–981.

Woody, G. E. (2003). Research findings on psychotherapy of addictive disorders. *American Journal on Addictions*, 12(2), S19–S26.

Wust, S., Wolf, J., Hellhammer, D. H., Federenko, I., Schommer, N. in Kirschbaum, C. (2000). The cortisol awakening response-normal values and confounds. *Noise and health*, 2(7), 79.

Žvelc, G. in Žvelc, M. (2006). Stili navezanosti. *Psihološka obzorja*, 15(3), str. 51–64.

Žvelc, M. (2011a). Kaj je psihoterapija?. V Žvelc, M., Možina, M. in Bohak, J. (ur.), *Psihoterapija* (str. 1–9). Ljubljana: Založba IPSA.

Žvelc, G. (2011b). Razvojne teorije v psihoterapiji. *Inegrativni model medosebnih odnosov*.



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.famnit.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 podpisana Mateja Erce, z vpisno številko 89162012 vpisana v študijski program Uporabna psihologija, 2. stopnja, sem avtorica magistrskega dela z naslovom:

Učinek bonding psihoterapije na stres in medosebne odnose.

S svojim podpisom zagotavljam, da je predloženo 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.

Mateja Erce