

BONDING PSIHOTERAPIJA – PREDSTAVITEV IN MOŽNOSTI UPORABE V PSIHOSOCIALNI REHABILITACIJI INVALIDOV IN NJIHOVIH DRUŽIN

BONDING PSYCHOTHERAPY – INTRODUCTION AND POSSIBILITIES OF USE IN PSYCHOSOCIAL REHABILITATION OF PERSONS WITH DISABILITIES AND THEIR FAMILIES

dr. Bogdan Polajner, univ. dipl. psih., bonding psihoterapevt – Teaching Fellow
Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, Ljubljana

Izvleček

Bonding psihoterapija (BPT) je ena izmed svetovno priznanih psihoterapevtskih modalitet, razširjena tudi v Evropi. Kljub temu, da jo v Sloveniji izvajamo že več kot deset let, je pri nas še zelo nepoznana in neizkoriščena.

Gre za psihoterapevtsko modaliteto s širokim spektrom učinkovanja: prednostno je namenjena korekciji bazičnih čustvenih motenj, disfunkcionalnih kognitivnih shem, nezdravih odnosnih slogov in (medosebnih) navezanosti. Ob ustreznih prilagoditvah bi jo lahko uporabljali tudi pri psihosocialni rehabilitaciji invalidov in njihovih družin. Sprejem dejstva invalidnosti je namreč čustveno izredno naporen in boleč proces. BPT lahko pomaga pri procesu čustvenega in kognitivnega sprejemanja invalidnosti ter tako doprinese k uspešni kompleksni rehabilitaciji.

Ključne besede:

psihoterapija, bazična čustva, kognitivne sheme, slogi navezanosti

Abstract

Bonding psychotherapy (BPT) is one of the globally recognised psychotherapeutic modalities, spread also in Europe. Although it has been provided in Slovenia for over ten years, it is still relatively unknown and poorly utilised.

Bonding psychotherapy is a therapeutic modality with a broad spectrum of effects: in the first place it is intended for correcting of basic emotional disorders, dysfunctional cognitive schemes, unhealthy relations and attachment styles. When appropriately adjusted, it could also be used in psychosocial rehabilitation of persons with disabilities and their families. Acknowledgement of the fact of disability is an emotionally strenuous and painful process. BPT can help in the process of emotional and cognitive acceptance of disability and therefore contribute to the success of a comprehensive rehabilitation.

Key words:

psychotherapy, basic emotions, cognitive schemas, attachment styles

UVOD

Bonding psihoterapija BPT je ena od priznanih svetovnih psihoterapevtskih modalitet s petdesetletno tradicijo. Formalno spada v skupino globinskih, psihodinamskih in skupinskih psihoterapevtskih pristopov, čeprav bi jo lahko uvrstili tudi med motivacijsko – kognitivne psihoterapevtske pristope. Kot modaliteta je BPT polnopravna članica European Association for Psychotherapy (EAP) (1). V svetu je implementirana v številnih državah v ZDA, EU (Nemčija, Italija, Nizozemska, Belgija, Švedska, Francija, Španija, Slovenija...) in v Južni Ameriki. Najvišje svetovno strokovno in povezovalno telo za BPT je International Society for Bonding Psychotherapy (ISBP). Obstajajo še tri celinske zveze za BPT, evropska se imenuje European Society for Bonding Psychotherapy (ESBP). Pri nas bonding psihoterapevte zastopa Združenje bonding psihoterapevtov Slovenije (ZBPS), ki je tudi pooblaščen izvajalec specializacije iz BPT za področje Slovenije.

Izvor in opredelitev BPT

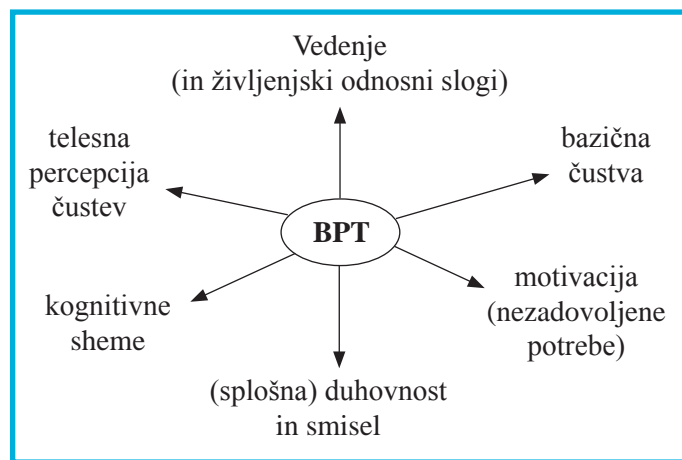
BPT je izvorno oblikoval ameriški psihiater Daniel Casriel, ki je leta 1963 pričel z intenzivnim psihoterapevtskim delom z zasvojenimi z drogami (program Synanon, Kalifornija) (2-5). Pri svojem psihoterapevtskem delu je opazil izrazito potrebo bolnikov po telesni in čustveni bližini ter varnosti in sprejetosti s strani drugih oseb; opazil je, da je ta potreba še posebej izrazita v situacijah, ko bolniki doživljajo intenzivna čustva. To potrebo po telesni bližini s sočasno čustveno toplino in čustveno odprtostjo je Casriel poimenoval »potreba po bondingu« (5).

V iskanju psihoterapevtskega odgovora na (nezadovoljeno) potrebo po »bondingu« je Casriel pričel s postopnim razvijanjem metod uporabe telesnega stika kot metodično točno opredeljenega načina (ne-seksualnega) objema med bolniki v terapevtski skupini. Casriel je »bonding« sprva uporabljal zgolj kot dodatni element v že obstoječi skupinski psihoterapiji, sčasoma pa je razvil nov celovit psihoterapevtski pristop, ki se je sprva imenoval »New Identity Processing« (Procesiranje nove identitete oz. NIP) (4, 5). Od devetdesetih let prejšnjega stoletja je modaliteta preimenovala – novo ime je prejela po svoji specifični metodi (»bonding« se namreč imenuje tudi ena od metod znotraj modalitete BPT) (5).

V prvotnih opredelitvah so pri BPT poudarjali predvsem usmerjenost na področje čustvenih motenj: BPT je skupinsko orientirana psihoterapija za osebe z bazičnimi čustvenimi motnjami (5). Po prenovitvi in dopolnitvi koncepta BPT (za to veliko delo v začetku tega stoletja so zaslužni zlasti nemški, nizozemski in belgijski bonding psihoterapevti ter številne klinike za psihosomatsko medicino) pa je opredelitev postala širša in bolj poudarja specifičnost glavnega terapevtskega elementa »bonding«. Stauss (2007) podaja naslednjo definicijo: »BPT je skupinski terapevtski proces

za terapijo motenj, ki so povezane s pomanjkanjem zadovoljive nevrobiološkega vidika temeljnih psihosocialnih potreb« (6).

BPT je specifična tudi po svoji celostnosti, zajema skoraj vse temeljne človekove razsežnosti: telesno, čustveno, kognitivno, motivacijsko, vedenjsko, odnosno (življenjski odnosni slog) ter duhovno, pri kateri zajema predvsem pomoč za krepitev svobodnega odločanja in zmožnost za ljubezen (slednje ne pomeni le čustveno stanje, pač pa tudi trajni življenjski in odnosno-vedenjski slog) (6). Za razliko od modalitet, ki so »zgolj« psihološke, je ena od specifik BPT tudi v izraziti usmerjenosti v človekovo telesno, nevrobiološko razsežnost (6) (slika 1).



Slika 1: Vsebinska usmerjenost BPT.

»Bonding« - temeljna biopsihološka potreba

Casriel ni kreiral le nove psihoterapevtske metode, pač pa je prispeval tudi ključna spoznanja o samem »bondingu«. S psihoterapevtskega vidika je potrdil eksperimentalna odkritja (7), na podlagi katerih so uvrstili potrebo po telesnem stiku (potrebo po »bondingu«) med temeljne biološke potrebe. Že v letih 1958-1959 je namreč Harlow izvajal poskuse z opičjimi mladiči, ki so jim v posebej prirejenih kletkah nudili dostop do dveh umetnih opičjih »mater«: ena je bila narejena iz žice in ni omogočala objema oz. telesne bližine, omogočala pa je sesanje mleka iz stekleničke; druga »mati« pa je bila odeta v kožuh in je tako omogočala objem ter telesno toplino, ni pa nudila nobene hrane oz. mleka. Poskusi so pokazali, da opičji mladiči bistveno pogosteje izbirajo »mamo«, ki jo lahko objemajo, čeprav pri tem ostanejo brez hrane. Poskusi so tudi pokazali, da se v stiski mladiči vedno zatečejo h »kožuhasti mami«, ter da mladiči, ki so imeli samo »kožuhasto mamo«, kažejo manj motenj vedenja, kakor mladiči, ki so imeli samo »žičnato mamo«. Na podlagi teh poskusov so sklepali, da je potreba po telesni bližini ena najbolj temeljnih bioloških potreb vseh novorojenih sesalcev in da prednjači celo pred temeljno biološko potrebo po hrani (7). Pečjak povzema, da je telesni stik, ki ga nudi mati otroku, važnejši od vloge, ki jo ima mati pri hranjenju otroka (7).

Tudi z vidika Casrielovih psihoterapevtskih izkušenj je potreba po telesnem stiku utemeljeno razumljena kot izrazito prvinska biološka potreba (4, 5) Če je potreba po bondingu ustrezno zadovoljena, le-ta odpira človeka k soljudem; zlasti ga usmerja v iskanje trajnih in zadovoljujočih odnosnih navezanosti (npr. v smislu zdrave navezanosti med otroki in starši, med možem in ženo, med prijatelji in sorodniki ipd.). Zadovoljena potreba po bondingu je torej podlaga za človekovo zmožnost za trajna odnosna razmerja (6).

Bonding pa ni zgolj temeljna biološka potreba. Z vidika zgodnjega otroštva, zlasti prvih štirih mesecev življenja, je bonding tudi nekakšna proto-komunikacija med otrokom in njegovo mamo (6). Otrok preko stika s kožo (telesni stik med otrokom in materjo), preko mimike materinega obraza, njenega glasu in čustvene intonacije sprejema prvo in najpomembnejšo bio-psihološko sporočilo v svojem življenju:

da je ljubljen. Taka proto-komunikacija otroka usmerja v »zunanji« svet, ga odpira do drugih ljudi in mu nudi temeljne občutke zadovoljstva, varnosti in ugodja. Bonding je prvinska telesna in duševna komunikacija med otrokom in mamo, ki ključno vpliva na nadaljnji zdravi razvoj otroka. Zato je bonding hkrati temeljna biološka in temeljna psihološka potreba. Z vidika ostalih temeljnih biopsiholoških potreb je bonding prva in najosnovnejša zaporedna potreba, ki je predhodnica drugim temeljnim potrebam.

Nezadovoljenost potrebe po bondingu

Ker je potreba po bondingu predhodnica ostalim elementarnim biopsihološkim potrebam, ima nezadovoljenost potrebe po bondingu usodne posledice na vseh temeljnih človekovih razsežnostih (tabela 1).

Tabela 1: razvojna obdobja, biopsihosocialne potrebe in konflikti (Stauss, 2007) (objavljeno s pisnim dovoljenjem avtorja).

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

Nezadovoljenost potrebe po bondingu vodi v disfunkcionalno vedenje, negativna prepričanja, nezdrave odnosne sloge ter v številne motnje in bolezni. Nezadovoljena potreba po bondingu ovira zdrav osebnostni razvoj in uspešno zadovoljevanje drugih zaporednih temeljnih biopsihosocialnih potreb, zlasti potrebe po zdravi odnosni navezanosti. Z vidika čustvenih težav, ki so posledica nezadovoljene potrebe po bondingu, gre najpogosteje za nesposobnost osebe za: čustveno toplino do sebe in do drugih ljudi, nesposobnost nudenja in/ali sprejemanja ljubezni, izražanje jeze, sprejemanje jeze od drugih oseb (brez neustreznih reakcij bega, napada, maščevanj idr.) ter za številne druge osnovne čustvene motnje (6).

NAMEN BPT IN INDIKACIJE

BPT je namenjena osebam, ki potrebujejo pridobitev občutka odnosne varnosti in zmožnost navezanosti na druge ljudi. BPT pomaga klientu prepoznati in znižati (ali celo odpraviti) psihopatološke simptome ter disfunkcionalne strategije. Pacienti z uporabo BPT uspešno znižajo vpliv negativnih in čustveno bolečih preteklih izkušenj na njihovo sedanje doživljanje, vedenje in odnose, ter tako izboljšajo samopodobo, samozavest, zadovoljstvo in zaupanje v soljudi (8).

Namen BPT ni le znižanje ali odprava psihopatološke simptomatike. Cilji BPT so v realizaciji »odnosnega varnega življenjskega sloga« (*angl.* secure life-style), dobrega počutja med ljudmi, doživljanju »radosti življenja« in v dvigu kakovosti vsakdanjega življenja (ne zgolj v psihološko-čustvenem smislu). S tega vidika BPT ni le psihoterapevtska modaliteta, pač pa tudi metoda za preventivno delo in osebnostno rast (6).

Indikacije [6, 8]:

- disfunkcionalni medosebni odnosi (pretirana zavrtost, plahost, posesivnost in čustveno »zasušnjevanje«, »kontrolorstvo«, hiperprotektivnost, pretirana servilnost, čustveno-incestni odnosi, simbioza,...);
- težave v navezovanju stikov in odnosov z drugimi ljudmi;
- nezadostne zmožnosti za zadovoljevanje lastnih osnovnih bio-psiholoških potreb (potrebe po čustveni in odnosni bližini, navezanosti, zaupanju, varnosti, sprejetosti, lastni vrednosti, ljubezni, lastni identiteti, avtonomiji, smislu življenja ...);
- bazične čustvene motnje (prevelika plahost, čustvena »zamrznjenost«, preveč intenzivna in pogosto neobvladljiva jeza, »zataknjenost« v določnem čustvu – npr. v žalosti ...);
- številne duševne in somatske težave kot posledica bazičnih čustvenih motenj:
- depresija,
- različne anksioznostne motnje,
- somatizacijske motnje,
- motnje osebnosti,

- kombinacije zgoraj naštetih motenj in težav;
- disfunkcionalni slogi navezanosti na druge ljudi:
- zaskrbljen, pretirano aktiven slog (taka oseba žrtvuje sebe oz. lasno samostojnost zaradi ohranitve povezanosti z drugo osebo) (*angl.* preoccupied attachment style),
- prestrašen, izogibajoč slog (taka oseba se aktivno umika pred navezanostjo na druge ljudi) (*angl.* fearfully avoidant style),
- slog »opuščevalec« (taka oseba pasivno zavrača navezanost) (*angl.* dismissing style);
- številne druge čustvene težave, pri katerih ne gre za nezadovoljenost temeljnih biopsiholoških potreb, pač pa za „običajne“ težave in krizne življenjske situacije (npr. izguba službe, bolezni, smrt bližnjega idr.).

Kontraindikacije [6, 8]:

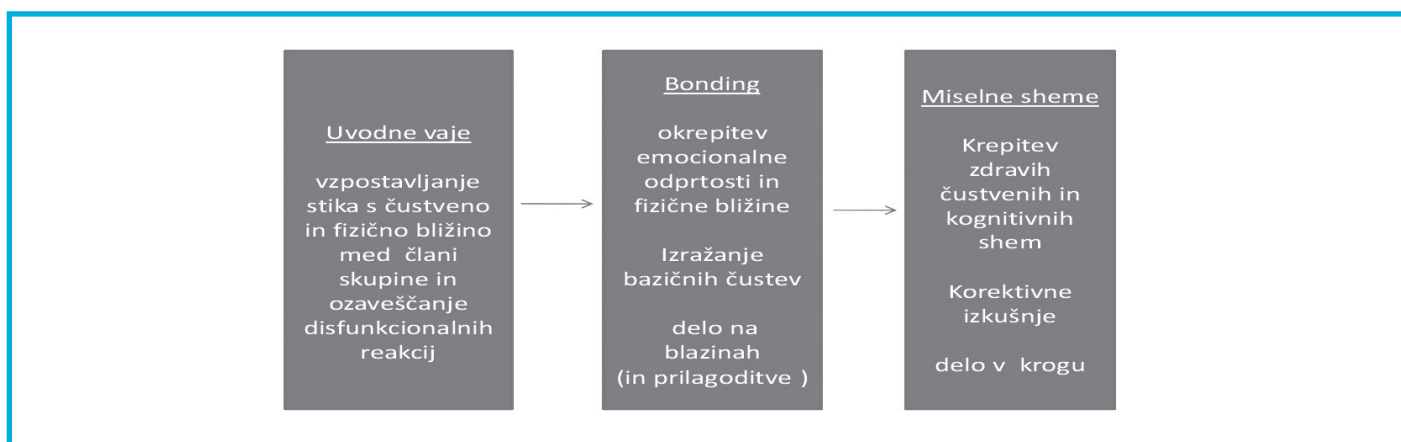
- šibek srčno-žilni sistem (hipertenzija brez sočasnih srčno-žilnih motenj ali povečana frekvenca srčnega utripa brez somatskih vzrokov ni kontraindikacija);
- povišan pritisk v lobanji, v očesni votlini;
- nosečnost (ne zaradi nosečnosti same, pač pa zaradi zaščite še nerojenega otroka, ki v zadnjih mesecih že prepozna glasove in bi ga lahko glasno izražanje čustev med BPT seanso travmatiziralo);
- nekatere psihotične motnje in bolezni: shizofrenija, paranoidna motnja, manična faza bipolarni motnje (neizrazita mejna oz. "border line" stanja niso kontraindikacija);
- aktivno uživanje psihoaktivnih substanc oz. zloraba drugih načinov za intenzivno omamljanje zavesti (za udeležbo na BPT načeloma zadostuje predhodna pribl. 4-mesečna stabilna abstinenca).

POTEK ZNAČILNE PSIHOTERAPEVTSKE SEANSE

Ljudje, zlasti osebe s čustvenimi in odnosnimi težavami (osebe, ki BPT najbolj potrebujejo), ponavadi doživljajo strah in nelagodje pred čustvenim odpiranjem in telesno bližino z drugimi osebami. Zato se opisana značilna psihoterapevtska seansa izvaja šele po predhodni ustrezni individualni pripravi pacientov. S tem se udeleženca postopoma usposobi za sodelovanje, saj bi bila v nasprotnem primeru klasična seansa sprva prezahtevna.

Značilna seansa poteka v treh fazah [Slika 2] [8]:

- faza – uvodne vaje: vzpostavljanje telesne in čustvene bližine med pacienti v skupini in postopno ozaveščanje disfunkcionalnih reakcij na telesno bližino in na čustveno odpiranje;
- faza – bonding: intenziviranje telesne in čustvene medosebne bližine (morebiten vdor seksualnih teženj je izločitveni kriterij glede sodelovanja takih pacientov na BPT skupini!) (emocionalna korektivna izkušnja);
- faza – psihoterapevtsko delo na prepričanjih, v krogu skupine (kognitivna korektivna izkušnja).



Slika 2: Tri glavne faze posamezne BPT seanse.

Prva faza BPT seanse

Psihoterapevt v prvi fazi pomaga skupini pacientov tako, da jim preko številnih in zelo raznolikih vaj postopnega vzpostavljanja telesne bližine in čustvenega odpiranja omogoči prepoznavanje njihovih prevladujočih emocij in telesnih senzacij – kot njihovih individualnih reakcij na telesno in čustveno zблиževanje z drugimi osebami. Osebe s čustvenimi težavami se namreč značilno disfunkcionalno odzivajo na

telesno in čustveno bližino drugih oseb (npr. s čustveno zamrznitvijo, zapiranjem vase, z različnimi neprijetnimi bazičnimi čustvi: jezo, bolečino, strahom ...).

Smisel prve faze je prav v prepoznavanju disfunkcionalnih reakcij na telesno in čustveno bližino drugih oseb – prav te disfunkcionalne reakcije dajejo »material«, ki ga pacient predeluje v drugi in tretji fazi BPT, da bi pridobil emocionalne in kognitivne korektivne izkušnje.

Tabela 2: Telo in izvorne lokacije bazičnih čustev.

Lokacija* bazičnega čustva v telesu	Zdravo telesno stanje psiho-fizični vidik zavedanja čustev	Telesni vidiki težav z bazičnimi čustvi (ob odsotnosti organskih vzrokov)
glava, možgani (vsa čustva)	racionalno prepoznavanje (zavedanje) čustev	psihološko pogojen glavobol nezmožnost priznati si določeno čustvo
vratni predel strah	oseba ob stikih z ljudmi z roko ali oblačili ne zakriva vratnega predela glas osebe je enak	pokrivanje vratnega predela (npr. pokrivanje vratu z roko, požiranje suhe slin, tenak glas, začasno jecljanje, lovljenje sape,... ; pogosto pretirano oblačenje vratnega predela - npr. puli v pretoplem obdobju)
ramenski obroč jeza	ramenski obroč je gibljiv ob hudi jezi je mišičevje ramen ogreto in gibljivo (evolucijska priprava za boj).	boleče zakrčene mišice ramenskega obroča; toga drža v ramenih; "bikovska" drža; kronična bolečina v predelu ramen,...
središče prsnega koša, srce ljubezen	permanentna toplina "v srcu" npr. ob intenzivnem občutju ljubezni se doživljanje "plamenčka" iz srca razširi na telo in duševnost.	občutek praznote, "mrtvosti" v prsnem predelu; pogosto presuh oz. koščen predel tega dela telesa; nezmožnost miselne prestave o tem, kaj pomeni "srce, ki gori"; zanikanje obstoja ljubezni;...
trebuh čustvena bolečina, žalost	zavedanje trebušnega predela telesa ni oteženo npr. ob intenzivni žalosti občutek "kepe" ali udarca v plexus solaris.	prekinjen doživljajski stik s trebuhom (pogosto prenašanje, patološka debelost,...); psihosomatska obolenja v tem delu telesa (diabetes,...);...
boki, predel spolovil, spodnji del hrbtenjače čustveno ugodje, užitek	občutka užitka in ugodja so psihološko dovoljeni boki so gibljivi, oseba ima zadostno količino vitalne (življenjske) energije.	trdi boki oz. "leseno" gibanje težave pri prepogibanju in plesu (take osebe pravzaprav ne sploh plešejo, ker imajo "prepoved" uživanja v življenju); kronična obolenja v tem delu telesa;...

*Opomba: Pri lokaciji oz. telesnem »sedežu« čustva gre za izhodiščno lokacijo čustvene energije v telesu. Ob močnem čustvu pa se energija določenega čustva razširi tudi drugod po telesu (zato npr. v vsakdanjem jeziku rečemo: »od strahu se mu tresejo noge«, »od jeze se ves trese«, »od žalosti ga boli srce«, »ves gori od ljubezni« ipd.).

Pacienti lahko za prepoznavanje svojih čustvenih stanj in telesnih senzacij uporabljajo osnovno znanje o izvornih telesno-energetskih lokacijah bazičnih čustev (tabela 2).

Druga faza BPT seanse (bonding)

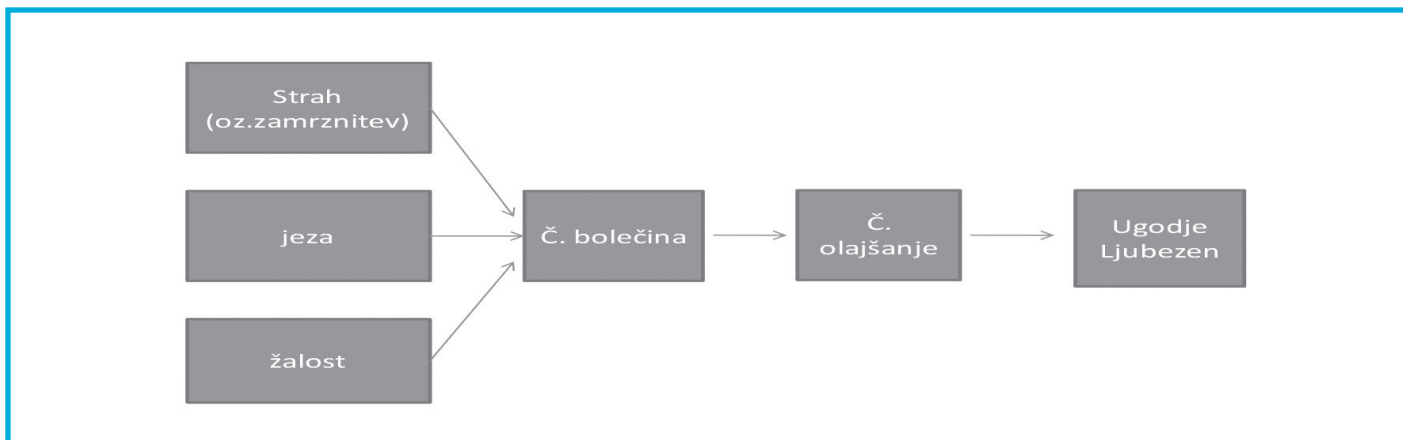
Ko pacienti zadostno prepoznajo svoje disfunkcionalne reakcije na čustveno odpiranje in telesno bližino drugih oseb v psihoterapevtski skupini, lahko nadaljujejo z drugo fazo psihoterapevtskega procesa. Druga faza BPT seanse je specifična za to modaliteto in se imenuje bonding.

Druga faza je namenjena okrepitvi telesne bližine in posledično tudi intenziviranju čustvenih stanj pacienta. V ta namen se bonding v svoji klasični obliki izvaja v terapevtskih parih in v ležečem položaju (za osebe, ki tega telesno ali duševno ne zmorejo, so na voljo prilagoditve). Dejavnost oseba psihoterapevtskega para leže na hrbet na blazini (zato se BPT izvaja v telovadnicah in na blazinah) in nase sprejme drugega udeleženca - svoj terapevtski par. Obe osebi se blago objameta preko ramen ter pri tem skrbita za spoštljiv in neseksualen značaj njune telesne bližine. Oseba, ki je v zgornji ležeči poziciji, je pasivna in nudi le telesno bližino, brez očesnega stika in verbalnih spodbud – tak položaj stimulira psihološko regresijo spodnje osebe, ki dejavno izvaja terapijo. Telesni položaj ležečega objema že sam po sebi omogoča intenzivno doživljanje potlače-

nih čustev - večinoma gre sprva za čustva jeze, strahu ali čustvene bolečine (trpljenja, žalosti, potrtosti). Pacient, ki leži spodaj na hrbtu in je v dejavni vlogi, skuša postopoma svoja čustva izraziti vse bolj glasno (kolikor pač zmore in želi). Če zmore, lahko svoje čustvo izrazi tudi s krikom »aaaaaaa...!« Gre za t.i. »primarni« krik po Janovu (5). Izražanje dolgotrajno potlačenih bazičnih čustev z glasom - ob sočasnem doživljanju varnosti, spoštovanja, telesne bližine in čustvene topline druge osebe – po navadi vodi v občutek čustvenega olajšanja in ugodja. To je ena ključnih sprememb v čustveni dinamiki med seanso.

Nato se terapevtski par v medsebojni vlogi zamenja. Posamezna vaja bondinga skupaj traja približno od 20 do 40 minut (vsaka oseba v terapevtskem paru dejavno dela približno od 10 do 20 minut).

Med bondingom (in med celotno BPT seanso) se opaža značilna dinamika bazičnih čustev (slika 3). Če so posamezna čustva ozaveščena, izražena in sprejeta, navadno čustvena dinamika poteka na značilni način (8). Globoko potlačena čustva, kot so jeza, strah in žalost, se stekajo v telesno in duševno bolečino, izražanje čustvene bolečine pa omogoči doživetje čustvene razbremenitve, relaksacije in ugodja. Krepitev doživljanja čustvenega ugodja vodi v sprostitvev (neseksualne) ljubezni, kar osebi pomaga, da se postopoma razvija v vse bolj ljubečega človeka.



Slika 3: Dinamika čustev v procesu BPT.

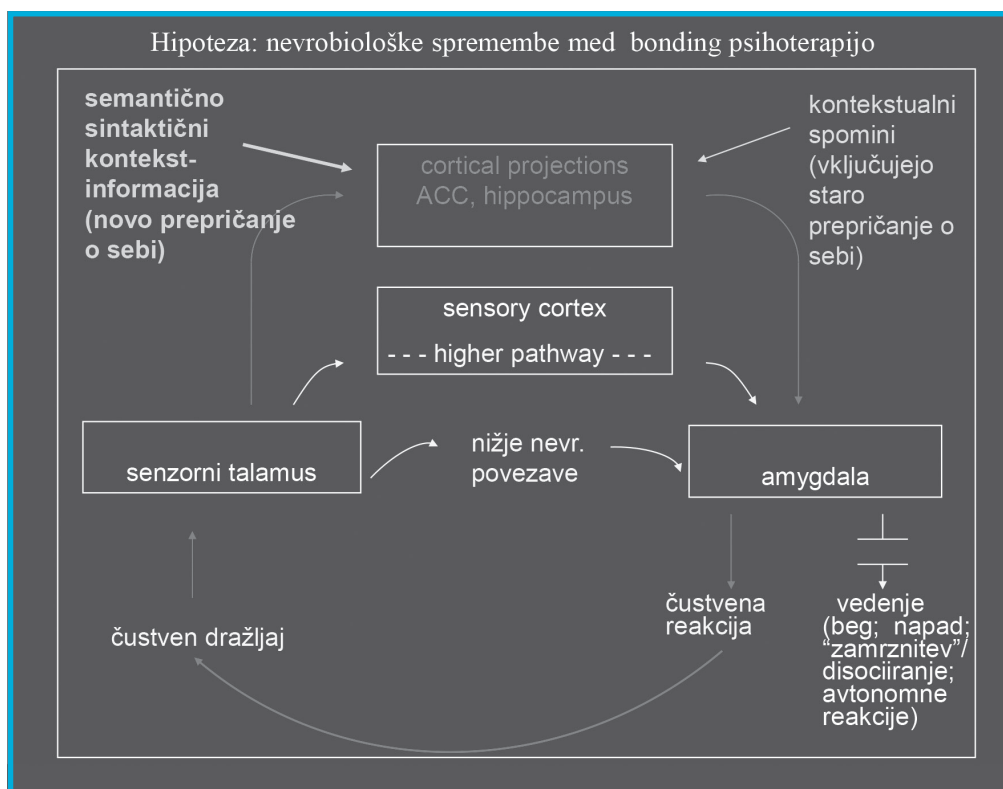
Bistvo druge faze BPT je v izražanju potlačenih čustev, zlasti takih, ki so v zvezi z nepredelanimi negativnimi izkušnjami (travmami) iz preteklosti. Ta faza BPT je najbolj globoko regresijska. Uspešna sprostitvev potlačenih bazičnih čustev vodi v sprostitvev in čustveno pomiritev ter v doživljanje telesne bližine druge osebe kot prijetne izkušnje (korektivna čustvena izkušnja).

Mnogi pacienti potrebujejo prilagoditve metode bondinga (npr. invalidi in druge telesno ovirane osebe; osebe s travmami, ki so povezane s telesnim položajem - npr. spolno zlorabljene osebe idr.). Prilagoditve omogočajo več telesne

distance, manj intenzivno psihoterapevtsko delo, manj regresije in večjo kontrolo pacientov nad lastnim psihološkim dogajanjem.

Zakaj v BPT stopnjujemo čustveno odprtost in telesno bližino (bonding)?

Druga faza BPT ni omejena le na psihološko razsežnost, pač pa jo tudi fiziološko utemeljujejo (9). Zgolj običajno čustveno (in nevronske) vznburjenje namreč aktivira zgolj možgansko deblo oz. amigdalo (možganski center za avtomatične



Slika 4: Hipoteza o nevrobioloških spremembah med BPT (Stadtmuller, 2009) (prevedeno in objavljeno s pisnim dovoljenjem avtorja).

reakcije na dražljaje), medtem ko stopnjevanje čustvenega vzburjenja (kar je temeljni princip bonding psihoterapije) aktivira tudi srednje možgane in možgansko skorjo ter s tem višje spoznavne procese. To je nujno, saj je šele v področju korteksa možno zavedanje, svobodno odločanje in – med drugim - socialno učenje pacienta.

Premalo intenzivno oz. zgolj običajno čustveno vzburjenje (pogosto v zgolj »verbalnih« psihoterapijah) privede pacienta zgolj do že utirjenih čustvenih odzivov. Npr. travmatizirana oseba se na stresni dražljaj (npr. asociacija na travmatični dogodek) odzove zgolj avtomatično – ponavlja destruktivno in neuspešno vedenje. Krepitev čustvene vzburjenosti pa osebi omogoči nevrološko in psihološko povezavo med malimi, srednjimi in velikimi možgani. Šele svobodni (neavtomatični) odgovor na stresni dražljaj - pogoj za to pa je vzpostavljena aktivnost korteksa - pacientu omogoča izbiro drugačnih možnih vedenj (drugih reakcij) na stresni dražljaj (prim. slika 4.). Le s predhodnim aktiviranjem in povezovanjem malih, srednjih in velikih možganov se pacient lahko izvleče iz nesvobodnega avtomatizma ter se lahko uči konstruktivnih reakcij na tiste situacije, kjer je prej reagiral avtomatično (in po navadi destruktivno). Vzpostavitev biološke povezave malih, srednjih in velikih možganov ob stresnem oz. »problematičnem« dražljaju je nujni pogoj za doživljajsko, kognitivno in trajno vedenjsko spremembo. Nujna je vzpostavitev ustrezne biološke podlage za trajne psihoterapevtske učinke, ki omogočajo hkratno emotivno in kognitivno korektivno izkušnjo!

Brez krepitev čustvene in telesne bližine se ne vzdražijo ustrezne biološke povezave v centrih malih, srednjih in velikih možganov. Brez tega psihoterapija pacientu omogoči zgolj uvid in naučeno »zdravo« vedenje brez sočasne zdrave spremembe doživljanja (brez čustvene korektivne izkušnje). Zgolj kognitivna sprememba - brez sočasne doživljajske – pa ne spremeni doživljanja osebe. Oseba se sicer vede zdravo, a ob tem še naprej trpi - zato naučena vedenjska sprememba ne more ostati trajna.

Podobno nezadostna je zgolj emotivna psihoterapija, ki sicer lahko ustvari korektivno emocionalno izkušnjo, vendar taka čustvena sprememba ne bo trajna, če se ne spremeni tudi miselnost pacienta. Če pacient emotivne spremembe ne poveže z zdravo spremembo svojih prepričanj (kognitivna korektivna izkušnja), bo prav tako ostal brez trajnih zdravih vedenjskih sprememb (6, 8).

Tretja faza BPT seanse

Tretja faza je namenjena psihoterapevtskemu delu na osebnih prepričanjih, zajema izrazito kognitivni vidik psihoterapevtskega procesa. Gre za pomoč pri predelavi negativnih kognitivnih shem v pozitivne (10 - 12).

Nekatere temeljne zdrave kognitivne sheme oz. prepričanja so (6, 8):

- Jaz obstajam (v ontološko-psihološkem smislu).
- Jaz zaupam.
- Jaz potrebujem.

- Jaz imam pravico/e.
- Jaz sem ljubljen/a.
- Sem vreden/a (sem enakovreden/a).
- Nisem popoln/a, ampak sem v redu tak/a, kot sem.
- Jaz izbiram (jaz odločam zase, lahko si premislim ...).

Negativna prepričanja so (ponavadi nezavedne) oblike stabilnih miselnih naravnosti oz. miselnih shem (*angl.* attitudes), ki osebi preprečujejo vzpostavitev zadovoljajočih in srečnih odnosov z drugimi ljudmi (8). Negativne kognitivne sheme vodijo v različne oblike motenj, destruktivnega vedenja in v škodljive življenjske odnosne sloge (slika 5).

Način predelave kognitivnih shem poteka v psihoterapevtskem krogu udeležencev skupine. Pri tej metodi posameznik, ki želi delati na spremembi svojih prepričanj, zavzame stoječ položaj v sredini kroga in z očesnim stikom »potuje« od posameznika do posameznika ter pri tem verbalno izraža pozitivno prepričanje.

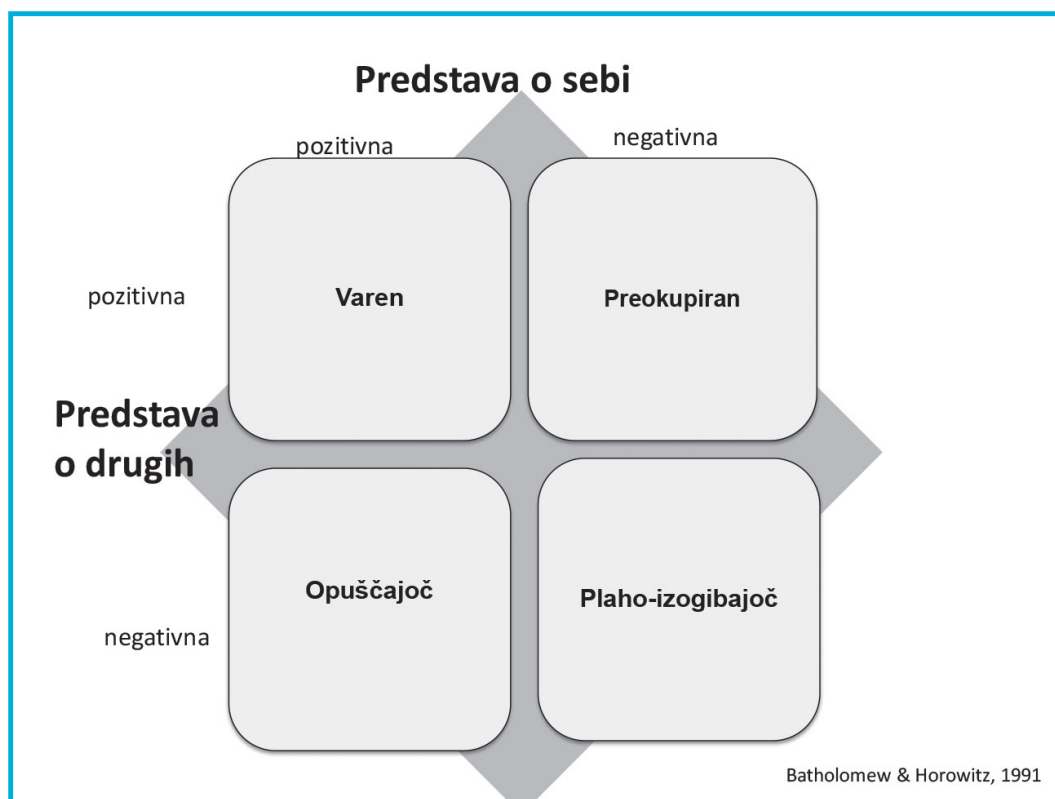
Posameznik za vajo izbere prav tisto pozitivno prepričanje, v katerega globoko v sebi ne verjame, ga ne doživlja »za svojega«, se ga morda celo boji izgovoriti, ali pa se ob izgovarjanju pozitivne miselne sheme počuti krivega (včasih se pacienti čutijo krive že ob sami misli na določeno pozitivno prepričanje). Uspešno sočasno izražanje trenutnega čustva in pozitivnega prepričanja navadno vodi do olajšanja, pomiritve in občutka ugodja, saj lahko oseba - postopoma - doživi svojo pozitivno prepričanje kot svojo novo psihološko resničnost (8).

CILJI BPT

Ob znižanju ali odpravi psihopatoloških simptomov je končni cilj BPT predvsem v spremembi odnosnega življenjskega sloga: odnosno zdrav človek se počuti med ljudmi prijetno, varno in avtonomno (slika 5) (8).

Höfler- Zimmer (10), Kooyman (8) in Stauss (6) navajajo štiri prototipe možnih različnih odnosnih slogov (navezanosti) med ljudmi (slika 5).

1. Varen slog: taka oseba se med ljudmi dobro počuti, zadovoljna je s svojim razmerjem med lastno avtonomijo in intimno povezanostjo z drugimi osebami.
2. Preokupiran slog: tak človek se dobro počuti v intimni povezanosti z drugimi, vendar se boji samostojnosti. Lastni avtonomiji (samostojnosti) se izmika z begom v delo in v druge preokupacije.
3. Opuščajoč slog: taka oseba se boji intimnosti, vendar se dobro počuti z lastno avtonomijo. Pred intimnim stikom z drugimi se izmika na pasiven način, zlasti z opuščanjem družabnih stikov.
4. Plaho-izogibajoč slog: tak človek se boji intimnosti in avtonomnosti; pred obojim aktivno beži.



Slika 5: Slogi medčloveških navezanosti (*the attachment styles*) (Kooyman, 2010, Stauss, 2007 – po Batholomew in Horowitz, 1991).

MOŽNOSTI UPORABE BPT V PSIHOSOCIALNI REHABILITACIJI INVALIDOV IN NJIHOVIH DRUŽIN

Integracija BPT v obstoječe programe psihosocialne rehabilitacije invalidov in njihovih družin v Sloveniji bi bila gotovo smiselna. Pri tem je pri gibalno oviranih invalidih potrebno prilagoditi drugo fazo psihoterapevtskega procesa, zlasti metodo bondinga (klasični »ležeči« bonding ni možen npr. pri osebah na vozičku in pri drugih osebah z zelo zmanjšanimi zmožnostmi gibanja).

BPT lahko nudi poglobljeno pomoč pri psihološkem sprejemanju in pomirjanju z dejstvom invalidnosti in z izgubami, ki jih zmanjšane zmožnosti prinesejo osebi sami in njeni družini. Osebe z zmanjšanimi zmožnostmi iz lastnih izkušenj navajajo, da je prav psihološka rehabilitacija pogosto najtežji in najdaljši vidik kompleksne rehabilitacije (13). Pomisleki, ki BPT označujejo kot preveč intenzivno metodo za potrebe rehabilitacije, ne držijo - smiselno je ravno obratno: osebam z zmanjšanimi zmožnostmi bi bilo potrebno intenzivnost globinske psihoterapevtske pomoči kvečjemu okrepiti.

BPT je lahko pomembna tudi pri psihološki rehabilitaciji družinskih članov invalidov, saj invalidnost prizadene celotno družino. Invalidnost ni le individualen, pač pa tudi izrazito družinski problem. Tudi družinski člani potrebujejo intenzivno, strokovno in dolgotrajno pomoč pri ustreznem procesiranju negativnih čustev (strah, jeza, žalost ...), ki se sprožijo ob nastanku invalidnosti. Brez ustreznega procesiranja bazičnih čustev in brez doživljanja življenja (tudi) kot radostnega, lahko invalide in njihove družine čakajo le nezdrave kompenzacije in patološke prilagoditve na izgubo (črnogledost, depresija, zagrenjenost, samoizolacija, kritikastrstvo, čustven in odnosni »teror«, samomorilnost...). Psihoterapevtsko rehabilitacijo zato ne smemo skrbno zgojiti na psihodiagnostiko ter na kratkoročne in občasne »pisarniške« individualne razgovore z invalidi. S tega vidika je pred slovenskimi izvajalci rehabilitacije invalidov še veliko izzivov, preden bo postala »kompleksna« rehabilitacija res celostna.

ZAKLJUČKI

BPT nudi široke možnosti v psihoterapevtski rehabilitaciji oseb z bazičnimi čustvenimi motnjami in odnosnimi težavami. V prilagojeni obliki jo lahko koristno implementiramo na številnih področjih klinične psihologije in psihoterapije. Omejena pa ni le na ožje psihoterapevtsko oz. zdravstveno področje, pač pa jo je mogoče aplicirati še na številnih drugih področjih: v že omenjeni rehabilitaciji (npr. na področju kompleksne rehabilitacije invalidov in njihovih družin), splošni preventivi (npr. pri pomoči za zniževanje

stresa v poklicnem življenju), usmerjeni preventivi (npr. v t.i. programih zgodnje preventive za družine z izrazitimi odnosnimi in vzgojnimi težavami), v izobraževanju (npr. na področju sistematične osebnostne rasti za bodoče poklicno delo z ljudmi) in drugod.

Literatura:

1. International Society for Bonding Psychotherapy. Dostopno na www.bondingpsychotherapy.org
2. Casriel D. So fair a house: the story of Synanon. New York: Prentice Hall; 1963.
3. Casriel D. The Daytop story and the Casriel method. New York: Blank, Gottsegen & Gottsegen; 1971: 179–93.
4. Casriel D. A scream away from happiness. New York: Grosset & Dunlap; 1972.
5. Kooyman M. The therapeutic community for addicts: intimacy, family involvement and treatment outcome. [Doctoral dissertation]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam; 1992.
6. Stauss K, Ellis FW. Bonding psychotherapy: theoretical foundations and methods. International Society for Bonding Psychotherapy; 2007.
7. Pečjak V. Psihologija spoznavanja. Ljubljana: DZS; 1977: 72–3.
8. Kooyman M, Olij R, Storm R. Bonding psychotherapy, an effective group therapy for attachment problems. International Society for Bonding Psychotherapy 2010. Dostopno na www.bondingpsychotherapy.org
9. Stadtmüller G. How does emotional loading effect neurobiological functions – a model to understand the brain side of Bonding Psychotherapy. 17th International Bonding Psychotherapy Conference, Bad Grönenbach, May 15–17th 2009: 58.
10. Höfler-Zimmer D, Kooyman M. Attachment transition, addiction and therapeutic bonding - an integrative approach. J Subst Abuse Treat 1996; 13: 511–9.
11. Ruiter C, Ijzendoorn MH. Agoraphobia and anxious ambivalent attachment – an integrative review. J Anxiety Disord 1992; 6: 365–81.
12. Bartolomey K, Horowitz LM. Attachment styles among young adults – a test of a four-categorie model. J Pers Soc Psychol 1991; 61: 224–6.
13. Plohl I. Ne domišljaj si: dve leti življenja nekega paraplegika. Ljubljana: Zveza paraplegikov Slovenije; 2012.
14. Zalokar Divjak Z. Jaz in ti: medosebni odnosi v sodobnem času. Krško: Gora; 2001: 14–96.