



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU  
HRVATSKI STUDIJI

Marija Tičić

**Važnost stigme traženja pomoći i  
socijalne podrške u predviđanju kvalitete  
terapijskog saveza klijenata u  
psihoterapiji**

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2018.





SVEUČILIŠTE U ZAGREBU  
HRVATSKI STUDIJI  
ODJEL ZA PSIHLOGIJU

MARIJA TIČIĆ

**VAŽNOST STIGME TRAŽENJA POMOĆI I  
SOCIJALNE PODRŠKE U PREDVIĐANJU  
KVALITETE TERAPIJSKOG SAVEZA  
KLIJENATA U PSIHOTERAPIJI**

DIPLOMSKI RAD

Mentor: doc. dr. sc. Adrijana Bjelajac

Zagreb, 2018.

## Sažetak

*Važnost stigme traženja pomoći i socijalne podrške u predviđanju kvalitete terapijskog saveza klijenata u psihoterapiji*

Cilj je istraživanja bio ispitati može li se temeljem percipirane razine društvene stigme traženja pomoći, samostigme traženja pomoći i socijalne podrške predvidjeti percipirana kvaliteta terapijskog saveza klijenata u psihoterapiji. U istraživanju je sudjelovalo 143 sudionika u dobi od 18 do 26 godina. Većina sudionika bila je ženskog spola ( $n = 128$ ) te trenutno živjela i studirala u Zagrebu. Podaci su bili prikupljeni putem *online* ankete koja se sastojala od pet upitnika: *Općeg upitnika*, *Upitnika terapijskog saveza*, *Ljestvice samostigme traženja pomoći – Terapija*, *Ljestvice percepcije stigmatizacije drugih zbog traženja pomoći* i *Višedimenzionalne ljestvice percipirane socijalne podrške*. Potvrdilo se da klijenti s većom razinom samostigme u određenoj mjeri percipiraju i veću razinu društvene stigme, nižu razinu socijalne podrške prijatelja te slabiju kvalitetu terapijskog saveza. Potvrđena je i značajna blaga negativna povezanost društvene stigme i percipirane razine podrške prijatelja, no ne i njezina povezanost s kvalitetom terapijskog saveza. Klijenti s većom razinom socijalne podrške prijatelja donekle su percipirali i bolju kvalitetu terapijskog saveza. U preliminarnoj regresijskoj analizi samostigma se pokazala jedinim značajnim prediktorom kvalitete terapijskog saveza. Predlaže se validacija prevedenih mjernih instrumenata te daljnje istraživanje pojava zbog moguće važnosti primjena nalaza za uspješnost psihoterapije.

**Ključne riječi:** samostigma traženja pomoći, društvena stigma traženja pomoći, terapijski savez, socijalna podrška

## Abstract

*The importance of stigma of help-seeking and social support in predicting the quality of therapeutic alliance among psychotherapy clients*

The aim of the research was to intent to predict the perceived quality of therapeutic alliance based on the perceived level of social stigma of help-seeking, self-stigma of help-seeking and social support in clients in psychotherapy. One hundred and forty-three clients of age 18-26 participated in the study. Most of the clients were female ( $n = 128$ ), currently living and studying in Zagreb. The data was collected through an online survey which consisted of five questionnaires: *General questionnaire*, *Working Alliance Inventory – short revised*, *Self-Stigma of Seeking Help Scale – Therapy*, *Perceptions of Stigmatization by Others for Seeking Help* and *The Multidimensional Scale of Perceived Social Support*. It was confirmed that the clients who perceived a higher degree of self-stigma were to some extent more likely to perceive a higher level of social stigma, lower friend support and lower quality of therapeutic alliance. A mild, significant, negative correlation was also found between social stigma and perceived level of friend support, but not its correlation with the quality of therapeutic alliance. Clients with a higher level of friend support were to some extent more likely to perceive better quality of the therapeutic alliance. The results of preliminary regression analysis found self-stigma to be the only significant predictor of quality of therapeutic alliance. It is recommended to validate the translated instruments and to further investigate the phenomena due to the possible relevant applications of findings to psychotherapy efficacy.

**Keywords:** self-stigma of help-seeking, social stigma of help-seeking, therapy alliance, social support

## Sadržaj

<b>Uvod</b> .....	1
Stigma traženja pomoći.....	2
Socijalna podrška.....	6
<b>Cilj i problemi</b> .....	10
<b>Metoda</b> .....	11
Sudionici.....	11
Instrumenti .....	13
Opći upitnik.....	13
Upitnik terapijskog saveza - kratka revidirana verzija.....	14
Ljestvica samostigme traženja pomoći - Terapija.....	15
Ljestvica percepcije stigmatizacije drugih zbog traženja pomoći.....	17
Višedimenzionalna ljestvica percipirane podrške .....	18
Postupak .....	19
<b>Rezultati</b> .....	20
Pitanja o psihoterapiji.....	20
Pitanja o psihoterapeutu .....	22
Deskriptivni podaci primijenjenih upitnika.....	23
Odnosi ciljanih varijabli .....	24
Regresijska analiza.....	28
<b>Rasprava</b> .....	30
Metodološka ograničenja .....	35
Praktične implikacije.....	36
<b>Zaključak</b> .....	38
<b>Literatura</b> .....	39
<b>Prilozi</b> .....	46

## Uvod

Psihoterapija je usmjerena na pomaganje klijentima u unaprjeđivanju njihove dobrobiti i postizanje pozitivnih promjena kroz zajednički rad psihoterapeuta i klijenta na njegovim poteškoćama. Unatoč brojnim pristupima psihoterapiji (psihoanalitičkim, humanističkim, bihevioralno-kognitivnim i drugim), rezultati su još davnih studija ukazali na podjednako blagotvorne učinke različitih psihoterapijskih pravaca (Luborsky, Singer i Luborsky, 1975; Smith i Glass, 1977; Stiles, Shapiro i Elliot, 1986). Zbog toga su se već tada istraživanja počela orijentirati prema njihovim zajedničkim faktorima te se kao onaj očiti pojavio upravo odnos između psihoterapeuta i klijenta (Horvath, Del Re, Flückiger i Symonds, 2011). Taj se primarni psihoterapijski faktor i pozitivan odnos uobičajeno naziva *terapijski savez* (Macewan, 2008). Još ga Freud (1912) prepoznaje u tzv. „transferu prijateljskih ili toplih osjećaja“ koji mogu biti dostupni svjesnosti, ali i iskrivljeni odlaskom u nesvjesno prema erotskim interpretacijama. Horvath i suradnici (2011) navode da su, za razliku od takvih i drugih definicija terapijskog saveza, one novije usredotočene na svjesne aspekte toga odnosa te na postizanje zajedničke suradnje. Bordinova definicija (1979) nastoji ujediniti različite psihoterapijske pristupe putem koncepta *radnog terapijskog saveza*, govoreći o njegovim trima ključnim elementima: slaganju oko ciljeva psihoterapije, strategija/zadataka koji omogućuju njihovo ostvarenje te naravno – povezanosti između psihoterapeuta i klijenta. Iako se i u ranijim pregledima literature donekle može naići na različitost njegovih definicija (Pinsof i Catherall, 1986), može se zaključiti kako je terapijski savez svakako od neizmjerne važnosti za psihoterapijski proces. Ta je važnost istovremeno i višestruko potvrđena brojnim studijama koje ukazuju na njegovu značajnu povezanost s terapijskim ishodima (Barber i sur., 1999; Castonguay, Constantino i Holtforth, 2006; Constantino, Castonguay i Shut, 2002; Horvath, 2001; Joyce, Piper i Ogrodniczuk, 2007; Kokotovic i Tracey, 1990; Safran i Wallner, 1991). Iako postoje slučajevi u kojima se ishodi nisu uspjeli predvidjeti pomoću terapijskog saveza ili njihova povezanost nije bila značajna (Horvath i Greenberg, 1994; Horvath i Luborsky, 1993; Horvath i Symonds, 1991; Martin, Garske i Davis, 2000), meta-analize upućuju na njihovu umjerenu, ali statistički značajnu pozitivnu povezanost (Horvath i sur., 2011). Pritom se dodatno raspravljalo kako je od posebnog značaja upravo rani terapijski savez, koji također pokazuje značajnu povezanost s mjerama ishoda te za koje se nerijetko pokazuje i prediktivnijim (Eaton, Abeles i Gutfreund, 1988; Horvath i Greenberg, 1989; Horvath i Symonds, 1991).

Stoga postaje jasno da je od velikog interesa istražiti faktore koji doprinose razvijanju pozitivnog terapijskog saveza, a time po mogućnosti indirektno i samoj uspješnosti psihoterapijskog procesa. Horvath (1991, prema Horvath i Luborsky, 1993) spominje tri kategorije klijentovih karakteristika važnih za terapijski savez: njihove interpersonalne kapacitete, intrapersonalnu dinamiku te dijagnostičke karakteristike. U istraživanjima uspješnih psihoterapeuta istraživale su se karakteristike poput dobi, spola, roda, vrste treninga, iskustva, osobnosti, vjerovanja i slično (Six, 2014). Ipak, Lambert (2015) ističe da su upravo klijentovi faktori (na primjer njihovi stresovi, vještine suočavanja, socijalna podrška) ti koji će najvjerojatnije odrediti uspješnost ishoda, a ne oni vezani uz psihoterapiju ili psihoterapeuta. Owen, Thomas i Rodolfa (2013) stoga upozoravaju kako valja obratiti pažnju na ono što djeluje na njihov angažman u psihoterapiji, a time osobito i na neke barijere vezane uz primanje pomoći. Isti autori navode da te barijere mogu predstavljati problem klijentima i za vrijeme psihoterapije te kao jednu od njih spominju stigmatu traženja pomoći. Kako i Livingston i Boyd (2010) naglašavaju važnost stigme spominjući je kao razlog smanjene uključenosti klijenata u psihoterapiju, jedan se od potencijalno zanimljivih, a ujedno i rjeđe istraživanih faktora za terapijski savez može smatrati upravo stigma traženja pomoći.

### *Stigma traženja pomoći*

„Stigma je negativni socijalni proces etiketiranja, diskriminacije i isključivanja“ (Jovanović, Lačković i Pavlović, 2007, str. 79). Prema Corriganu (2004), ona se općenito može podijeliti na javnu (ono što javnost zbog predrasuda vjeruje ili čini stigmatiziranoj skupini) te samostigmatu (ono što članovi određene stigmatizirane skupine čine samima sebi, u slučaju prihvaćanja stavova javnosti kao svojih). Osim o već dobro poznatoj stigmi psihičke bolesti, u kontekstu se psihičkog zdravlja može govoriti i o stigmatizaciji osoba koje traže pomoć kada se zbog odlaženja na psihoterapiju ili savjetovanje na osobe gleda negativno ili ih se negativno etiketira. Neki autori čak pretpostavljaju da bi uloga stigme u odluci traženja pomoći mogla biti još veća, za razliku od stigme povezane sa psihičkom bolesti (Vogel i Wade, 2009). To objašnjavaju ističući kako je etiketa vezana uz stigmatu psihičke bolesti vrlo često dodijeljena izvana, pri čemu je na osobi hoće li je odlučiti prihvatiti ili ne. Suprotno tome, odluka traženja pomoći često je dobrovoljna što može dovesti do pojave samoetiketiranja, jer je mnogim



osobama teško prihvatiti da trebaju pomoć i istovremeno se ne osjećati neuspješnima znajući da društvo gleda na takvu potrebu kao na slabost.

Stigma traženja pomoći također se može podijeliti na javnu stigmu i samostigmu, a u novije se vrijeme stavlja naglasak i na takozvanu društvenu stigmu. Javna stigma se pritom odnosi na nepoželjnu socijalnu percepciju osoba koje zatraže psihološki tretman, a koja se percipira od strane društva općenito (Vogel, Wade i Haake, 2006). Samostigma je pojava samoetiketiranja sebe kao takve socijalno nepoželjne osobe, zbog čega dolazi do sniženog samopoštovanja i percepcije vlastite manje vrijednosti (Vogel i sur., 2006). Na kraju, društvena stigma traženja pomoći donekle je slična javnoj stigmi, no razlika je što se kod društvene stigme radi o strahu od osuđivanja zbog traženja pomoći od strane drugih iz njihove vlastite socijalne mreže (Vogel, Wade i Aschman, 2009).

Mnoge su se studije i u svijetu i u Hrvatskoj bavile problemom stigme, pri čemu se ona vrlo često spominje kao jedan od glavnih razloga zašto ljudi kojima je potrebna pomoć istu i ne potraže (Corrigan, 2004). Istovremeno, čak manje od jedne trećine osoba sa psihičkim poteškoćama potraži bilo kakav oblik profesionalne pomoći (Andrews, Isaakidis i Carter, 2001). Vogel, Wade i Hackler (2007) također utvrđuju da stigma može djelovati i na negativne stavove prema psihoterapiji, što je posebno izraženo kod muškaraca (Wendt i Shafer, 2016). Među drugim faktorima koji su povezani sa samostigmom traženja pomoći pronađena je pozitivna korelacija s prikriivanjem osobnih informacija, zabrinutošću oko njihova dijeljenja i očekivanom rizičnošću istoga te negativna korelacija s uviđanjem prednosti odavanja osobnih informacija (Vogel i sur., 2006). Tucker (2012) ističe da je studentska populacija osobito ugrožena od utjecaja samostigmatizirajućih uvjerenja zbog nekih jedinstvenih prediktora vezanih i uz psihičku bolest i traženje pomoći koji se kod nje pojavljuju. Neki od takvih izdvojenih prediktora rizičnih za razvoj samostigme kod studenata su: njihova mlađa dob ili međunarodnost (Eisenberg, Downs, Golberstein i Zivin, 2009), niže samopoštovanje (Werner, Stein-Shvachman i Heinik, 2009), pripadnost rasnoj ili etničkoj manjini (Alvidrez, Snowden i Patel, 2010) te čak niže takozvano osobno osnaživanje (McCubbin i Cohen, 1996), vjerojatno jer osobe koje pokazuju veću kontrolu nad tretmanom i svojim životom općenito imaju veću otpornost prema razvoju samostigme (Corrigan, Larson, Kuwabara i Sachiko, 2010). Svemu tome u prilog ide i činjenica da se općenito 75% svih psihičkih poremećaja javi do 24. godine (Kessler i sur., 2005). To znači

da su mladi ne samo veoma podložni razvoju nekih od psihičkih bolesti ili poteškoća već da postoji velika vjerojatnost da će se upravo oni ujedno i samoetiketirati, imati problema s otkrivanjem informacija drugima i imati sniženo samopoštovanje.

Javna stigma i samostigma traženja pomoći su povezane, no i dalje su konceptualno različite. Neki istraživači pretpostavljaju da samostigma predstavlja medijator veze između javne stigme i stavova prema traženju pomoći (Vogel i sur., 2007). Kako Link, Cullen, Struening, ShROUT i Dohrenwend (1989) smatraju da djelovanje javne stigme na odluku o traženju pomoći više ovisi o samoj internalizaciji negativnih stajališta od društva, moguće je da izbjegavanje internalizacije i njezinih posljedica može biti ključno za vlastite stavove prema traženju pomoći (Vogel i sur., 2007). Time bi se prevencijom internalizacije stigme potencijalno moglo poništiti negativno djelovanje javne stigme na stavove prema traženju pomoći. Društvena stigma i samostigma traženja pomoći su povezane s negativnim stavovima prema traženju pomoći i smanjenoj vjerojatnosti traženja pomoći (Komiya, Good i Sherrod, 2000; Wade, Post, Cornish, Vogel i Tucker, 2011) te slabijim samopoštovanjem (Rosenfield, 1997; Vogel i sur., 2006).

Unatoč tome što postoje indikacije da se stigma smanjuje tijekom psihoterapije (Vogel i sur., 2006), nejasno je kakva je njezina uloga za vrijeme psihoterapije. Važno je stoga vidjeti otežava li stigma rad na sebi za vrijeme psihoterapije. Neki nalazi upućuju na to da psihoterapija nije dovoljna da se pomogne smanjiti javna stigma psihičke bolesti, jer su i kod nekadašnjih pacijenata koji su se ranije susreli sa stigmom otkrivene njezine zadržavajuće negativne posljedice (Link, Struening, Rahav i Phelan, 1997). Owen i suradnici (2013) navode kako se nalazi o zadržanom djelovanju javne stigme na psihološku dobrobit klijenata mogu odnositi i na društvenu stigmu zbog njihove povezanosti. Autori dodatno spominju i dvije studije koje su se bavile stigmom traženja pomoći i njezinog utjecaja za vrijeme klijentove uključenosti u psihoterapiju (Sirey i sur., 2001; Wade i sur., 2011). U istraživanju Sirey i suradnika (2001) javna stigma bila je povezana s ranijim završetkom tretmana kod starijih pacijenata (Sirey i sur., 2001), a u onom Wade i suradnika (2011) niža je samostigma predviđala namjeru da studenti nastave tretman kao i pozitivniju percepciju ishoda seansi i terapijskog saveza. Uz to, Wade i suradnici (2011) temeljem rezultata svojeg istraživanja zaključuju da je moguće da se i samostigma zadržava nakon što psihoterapija već započne te da bi dodatna korist pozitivnog terapijskog saveza mogla biti upravo u smanjivanju samostigme. U istraživanju s klijentima u jednom

sveučilišnom savjetovalištu Owen i suradnici (2013) su dobili da je samostigma negativno povezana s terapijskim savezom, no nisu uspjeli potvrditi povezanost društvene stigme i terapijskog saveza. Potvrdili su i indirektan efekt klijentovih procjena samostigme na ishode seansi, kroz i zbog njegove povezanosti s terapijskim savezom. U studiji u kojoj se, između ostalih varijabli, ispitivao i doprinos samostigme terapijskom savezu, potvrđeno je da niža samostigma predviđa pozitivniji terapijski savez kod pacijenata koji boluju od shizofrenije u fazi tretmana kada je izostajala akutna psihotična epizoda (Kvrgic, Cavelti, Beck, Nicolas i Vauth, 2013).

Istraživanja u Hrvatskoj bila su usmjerena na prepreke traženju stručne pomoći kod studenata što je uključivalo stigmatu i stavove prema traženju psihološke pomoći (Bojanić i sur., 2016; Jakovčić i Živčić-Bećirević, 2009; Košćec, Štambuk, Ligutić i Prevendar, 2013). Rezultati istraživanja Bojanić i suradnika (2016) pokazali su da je veća samostigma (no ne i javna stigma) predviđala negativnije stavove prema traženju pomoći te su oni bili negativniji kod muškog spola. Slično tome, djevojke su pokazale veću spremnost za traženje pomoći, toleranciju na potencijalnu stigmatu i pozitivniji stav prema samootvaranju (Jakovčić i Živčić-Bećirević, 2009). Košćec i suradnice (2013) nalaze da su studenti Sveučilišta u Zagrebu relativno psihološki otvoreni (manje osjetljivi na stigmatu) i skloni traženju psihološke pomoći, posebno ako se radi o studentima pomagačkih profesija i viših godina studija. Rezultati istraživanja u Hrvatskoj u skladu su s nekim stranama koji također ukazuju na veću otvorenost prema traženju pomoći pri višim godinama studija (Al-Krenawi, Graham, Dean i Eltaiba, 2004). Također su u skladu s nalazima da su pozitivniji stavovi prema traženju pomoći prisutni kod studenata društvenih studija i psihologije (Fischer i Cohen, 1972) te da su djevojke otvorenije traženju pomoći, dok se muškarci rjeđe odlučuju za psihoterapijski proces (Addis i Mahalik, 2003; Strokoff, Halford i Owen, 2016).

Postoje indikacije da klijenti, što više vjeruju da će biti diskriminirani ili podcijenjeni od drugih, istovremeno i više strahuju od interakcija s drugima (Link i sur., 1989). Iz toga i prijašnjeg navedenog se može zaključiti da su za objašnjavanje stigme traženja pomoći za vrijeme psihoterapije važni još neki faktori vezani za klijente. Kako se percipirana društvena stigma može djelomično odnositi i na klijentov sustav podrške (Owen i sur., 2013) i kako strategije koje klijenti usvajaju zbog stigme mogu negativno djelovati na njihov sustav podrške

(Link i sur., 1989) čini se opravdano razmotriti i socijalnu podršku klijenata te njezine potencijalne doprinose terapijskom savezu.

### *Socijalna podrška*

Socijalna se podrška može definirati kao veličina socijalne mreže pojedinca ili subjektivne mjere zadovoljenosti potreba za podrškom i informacijama (Hupcey, 1998, Procidano i Heller, 1983, prema Medved i Keresteš, 2011). U kontekstu traženja pomoći, stigme i psihoterapijskog procesa socijalna podrška predstavlja značajan čimbenik jednako kao što je važna i za opću psihološku dobrobit pojedinca. Osloniti se na nekoga u slučajevima nužde pokazalo se važnim za doživljavanje pozitivnih emocija i to diljem svijeta, na što upućuje međunarodno istraživanje reprezentativnih uzoraka u čak 150 država (Calvo, Zheng, Kumar, Olgiati i Berkman, 2012). U nekoliko je studija potvrđena veća sklonost traženju pomoći kod onih osoba sa slabijim socijalnim mrežama, pri čemu su one definirane putem veličine sustava socijalne podrške, njegove gustoće (broja nezavisnih veza osoba kroz broj ljudi u socijalnoj mreži koji ne uključuju ciljanu osobu), čestine interakcija kontakta s njegovim članovima te broja članova u neposrednoj blizini osoba (Birkel i Reppucci, 1983; Goodman, Sewell i Jampol, 1984). Cramer (1999, prema Vogel i Wei, 2005) takve nalaze objašnjava na način da manje socijalne podrške doprinosi iskustvu psihološke uznemirenosti pojedinca te da je razina uznemirenosti ono što tada predviđa traženje pomoći. Stoga se čini moguće da je pojedincima teže nositi se s problemima kada njihova socijalna mreža nije funkcionalna na odgovarajući način pa izostanak potpore djeluje kao dodatan (ili čak glavni) stresor. Rezultati nekih istraživanja upućuju na to da upravo zbog toga postoji negativna veza između socijalne podrške i korištenja usluga psihičkog zdravlja (Maulik, Eaton i Bradshaw, 2009; Snowden, 2007). Ipak, druge studije upućuju na to da su bliske osobe važne u prihvaćanju psihološke pomoći (Corrigan, 2004; Vogel i sur., 2007). Saunders (1996) u svojem istraživanju također pronalazi da je socijalna podrška pojedincima bila itekako važna za vrijeme procesa traženja pomoći pri čemu su mlađi (u dobi od 18-24) imali općenito više socijalne podrške iz različitih izvora, a muškarci češće izjavljivali o podršci partnerice ili supruge. Zaključak je bio da je većina od kojih su se prijavili za psihološku pomoć imala nekoga tko im je pomogao u odluci te da su to uglavnom bili članovi obitelji, suprug/a, partner/ica ili prijatelj/ica (Saunders, 1996). U periodu visoke rizičnosti za razvoj psiholoških

poteškoća, čini se da socijalna podrška ima posebnu važnu ulogu kod studenata, tim više što u tom razvojnem periodu dolazi do različitih promjena u socijalnoj mreži što može utjecati na percepciju socijalne podrške (Kurtović, 2013).

Govoreći o stigmatizaciji traženja pomoći te podsjetivši se na samu srž stigme općenito – socijalno etiketiranje – čini se da bi veća socijalna podrška trebala biti od preventivnog značaja. Tako recimo Chronister, Chou i Liao (2013) pronalaze da oni s većom socijalnom podrškom imaju niže razine internalizirane stigme psihičke bolesti te da se time smanjuje negativan efekt javne stigme na oporavak. S druge strane, oni koji su skrivali probleme od bliskih su, ne bi li izbjegli odbacivanje, iskusili veću razinu samostigme i imali slabiji oporavak. Slično tome se zaključuje i u drugim istraživanjima koja ukazuju na manje vjerojatno usvajanje internalizirane stigme psihičke bolesti u slučaju veće socijalne podrške (Adewuya, Owoeye, Erinfolami i Ola, 2011; Klik, 2015). Pretpostavlja se da bi se ovi nalazi mogli prenijeti i na stigmatizaciju traženja pomoći, a Owen i suradnici (2013) među prvima mjere samostigmatizaciju traženja pomoći kod samih klijenata u savjetovanju. Tucker (2012) napominje da se pojedinci mogu zaštititi od stigmatiziranja skrivanjem svoje psihičke bolesti ili odlazanja na psihoterapiju od javnosti, s obzirom na to da se na njihove karakteristike ne mora nužno gledati kao na one „vidljive“ izvana. To rade tako da se socijalno povuku od osoba koje bi ih potencijalno mogle odbiti (Link i sur., 1989) ili druže samo s onima koji pate od težih psihičkih bolesti (Angell, 2003), što im može dodatno otežati nošenje s poteškoćama.

Ranije spominjani interpersonalni kapaciteti kao prediktori terapijskog saveza uključuju mjere poput kvalitete socijalnih veza klijenata ili trenutnih obiteljskih veza (Kokotovic i Tracey, 1990; Moras i Strupp, 1982). Prema zaključcima tih studija, Horvath i Luborsky (1993) navode da je upravo za klijente s poteškoćama u održavanju socijalnih odnosa manje vjerojatno da će razviti snažnije terapijske saveze. Istraživači Shateri i Lavasani (2018) pronalaze da je veći stupanj zadovoljstva socijalnom podrškom povezan s pozitivnijim ranim terapijskim savezom te da je to u skladu s još nekim istraživanjima (Hersoug i sur., 2002). Također, zadovoljstvo klijenata socijalnom podrškom pozitivno je povezano s terapijskim ishodima (Corrigan i Phelan, 2004; Mallinckrodt, 1996).

Bez obzira na njezinu neupitnu važnost, veza između socijalne podrške i terapijskog saveza nije jednoznačna. Dok neke spomenute studije pokazuju važnost trenutnih odnosa s

obitelji osoba kao značajan prediktor terapijskog saveza (Kokotovic i Tracey, 1990; Moras i Strupp, 1982), druge to ne uspijevaju potvrditi (Gaston, Marmar, Thompson i Gallagher, 1988). Neke meta-analize nalaze i nisku prosječnu korelaciju između ishoda psihoterapije i socijalne podrške (Roehrle i Strouse, 2008). No povrh svega bi se ipak moglo zaključiti da je ispitivanje važnosti socijalne podrške u stvaranju pozitivnog terapijskog saveza i dalje važno. Kako Komiya i suradnici (2000) nalaze da pojedinci koji lakše razgovaraju o svojim doživljajima i emocionalnim iskustvima imaju pozitivnije stavove prema psihoterapiji, trebalo bi se upitati vrijedi li nešto slično i u kontekstu psihoterapije. Možda je moguće da se takvi pojedinci lakše otvaraju i psihoterapeutu te s njim dijele intimnije pojedinosti, što po mogućnosti pridonosi daljnjoj suradnji i pozitivnijem gledanju na psihoterapijski proces.

S obzirom na navedeno se može zaključiti da su unatoč važnosti, stigma traženja pomoći i socijalna podrška klijenata u psihoterapijskom procesu i dalje nedovoljno istražene, da je terapijski savez važna odrednica psihoterapijskog procesa, najviše jer o njemu uvelike ovisi i uspješnost same psihoterapije te da je studentska populacija osobito rizična za razvijanje problema sa psihičkim poteškoćama, stigmom i socijalnom podrškom. Stoga bi se valjalo okrenuti istraživanju uloge stigme u njezinom djelovanju na sami terapijski proces, jer za to već postoje brojne empirijske indikacije (Komiya i sur., 2000; Owen i sur., 2013; Wade i sur., 2011 i drugi). Uvrstivši u jednadžbu i socijalnu podršku, dobila bi se jasnija slika u kojem kontekstu klijenti ulaze u taj proces, odnosno koje bi im još odrednice interpersonalnih i unutarnjih snaga mogle pomoći ili odmoći u stvaranju pozitivnog terapijskog saveza. Poznavanje odrednica terapijskog saveza se stoga čini važnim za razumijevanje njihova napretka i rada na sebi. Važno je provjeriti i u kakvoj su podudarnosti socijalna podrška i društvena stigma te kako je moguće da društvena stigma donekle reflektira zadovoljstvo takvim odnosima. Owen i suradnici (2013) su proveli važnu studiju u kojoj su bila zastupljena sva tri konstrukta – kvaliteta terapijskog saveza, samostigma i društvena stigma traženja pomoći – te napominju kako je za psihoterapijski proces društvena stigma neka vrsta kompleksne paradigme, no da je to svakako nešto što psihoterapeut mora uzeti u obzir. U Hrvatskoj zbog povećanja broja studenata s psihičkim smetnjama postaje važno omogućiti im odgovarajuće sustave pomoći (Živčić-Bećirević i Jakovčić, 2013). Upravo je zbog toga od značaja vidjeti kako im je na psihoterapiji pitajući ih tko im je pomogao u toj odluci ili im trenutno pomaže, imaju li oslonac u svojoj socijalnoj okolini, je li to iskustvo stigmatizirajuće za njih te kako gledaju na kvalitetu odnosa sa svojim psihoterapeutom. U

hrvatskim istraživanjima ne postoji studija koja bi za sada mogla pokušati odgovoriti na ova pitanja te koja se bavila ovim četirima konstruktima.

Sve u svemu, kako to navode i Christensen i Skogstad (2009) – bez razumijevanja koji faktori pridonose kvaliteti terapijskog saveza, čini se da nalazi koji ukazuju na njegovu važnost za psihoterapijske ishode tada sami ne koriste mnogo. U ovom istraživanju željeli smo dobiti uvid u samostigmu i društvenu stigmu traženja pomoći te socijalne podrške i kvalitete terapijskog saveza kod mladih klijenata u psihoterapiji, odnosno studentske populacije. Također smo željeli ispitati odnose među navedenim varijablama, kao i prediktivnu vrijednost socijalne podrške i stigme traženja pomoći za kvalitetu terapijskog saveza.

## Cilj i problemi

Cilj istraživanja bio je ispitati može li se temeljem percipirane društvene stigme, samostigme traženja pomoći i socijalne podrške predvidjeti percipirana kvaliteta terapijskog saveza. Pri tome su postavljeni sljedeći problemi i hipoteze:

1. Ispitati odnos između samostigme, društvene stigme traženja pomoći, socijalne podrške i kvalitete terapijskog saveza.

*H1.a:* Klijenti s većom razinom samostigme traženja pomoći percipirat će veću razinu društvene stigme traženja pomoći, nižu razinu socijalne podrške i slabiju kvalitetu terapijskog saveza.

*H1.b:* Klijenti s većom razinom društvene stigme traženja pomoći percipirat će nižu razinu socijalne podrške i slabiju kvalitetu terapijskog saveza.

*H1.c:* Klijenti s većom razinom socijalne podrške percipirat će i bolju kvalitetu terapijskog saveza.

2. Ispitati može se li se temeljem percipirane razine društvene stigme i samostigme traženja pomoći te socijalne podrške predvidjeti percipirana kvaliteta terapijskog saveza.

*H2:* Nižom se percipiranom razinom samostigme traženja pomoći te većom percipiranom razinom socijalne podrške značajno može predvidjeti percipirani kvalitetniji terapijski savez.



## Metoda

### *Sudionici*

U istraživanju je sudjelovalo ukupno 148 klijenata psihoterapije, od čega 132 žene. Isključeno je pet sudionika jer trenutno ne žive u Hrvatskoj, nakon čega je ostalo 143 sudionika, od čega 128 žena (89.5 %), 11 muškaraca (7.7 %), dok je u kategoriji „ostalo“ po jedna osoba navela da je spolno neodređena, transrodna, aseksualna, odnosno biseksualna (ukupno 2.8 %). Sudionici su bili prosječne dobi  $M = 22.84$  ( $sd = 2.25$ ). Nešto više od dvije trećine njih je izjavilo da trenutno živi u gradu Zagrebu (69.9 %), dok je nešto manje od trećine njih navelo da živi u nekom drugom hrvatskome gradu (ukupno u 22 različita grada). Nešto manje od polovice klijenata je provelo najveći dio svojeg života u Zagrebu (39.9 %), dok je manji broj njih proveo djetinjstvo u nekom drugom hrvatskome gradu (ukupno u 47 različitih gradova), od čega je njih šest najveći dio svojeg života proveo izvan Hrvatske. Većina je navela kako trenutno studiraju (79.7 %), neki su završili fakultet (14.0 %), nikada nisu studirali (5.6 %) te jedna osoba još nije bila upisala fakultet (0.7 %).

Tablica 1. Raspored klijenata koji trenutno studiraju ili su završili fakultet prema područjima znanostima i fakultetima (N = 133)

Područje znanosti	Fakultet	Frekvencija	Postotak (%)
<b>Društveno-humanističke znanosti</b>	<b>Ukupno</b>	<b>85</b>	<b>63.9</b>
	<b>Filozofski fakultet</b>	<b>38</b>	<b>28.6</b>
	Jezici i književnost	16	42.1
	Psihologija	9	23.7
	Povijest umjetnosti	4	10.5
	Sociologija	3	7.9
	Pedagogija	2	5.3
	Povijest	1	2.6
	Antropologija	1	2.6
	Filozofija	1	2.6
	Informacijske znanosti	1	2.6
	Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet	12	9.0
	Pravni fakultet	12	9.0
	Hrvatski studiji (psihologija)	11	8.3
	Učiteljski fakultet	4	3.0
	Ekonomski fakultet	4	3.0
	Hrvatsko katoličko sveučilište	2	1.5
Fakultet organizacije i informatike	1	0.8	
Fakultet političkih znanosti	1	0.8	
<b>Prirodne i biotehničke znanosti</b>	<b>Ukupno</b>	<b>19</b>	<b>14.3</b>
	Prirodoslovno-matematički fakultet	17	12.8
	Agronomski fakultet	2	1.5
<b>Tehničke znanosti</b>	<b>Ukupno</b>	<b>12</b>	<b>9.0</b>
	Fakultet elektrotehnike i računarstva	4	3.0
	Arhitektonski fakultet	3	2.3
	Građevinarski fakultet	2	1.5
	Fakultet kemijskog inženjstva i tehnologije	1	0.8
	Fakultet strojarstva i brodogradnje	1	0.8
	Rudarsko-geološko-naftni fakultet	1	0.8
<b>Biomedicinske i veterinarske znanosti</b>	<b>Ukupno</b>	<b>8</b>	<b>6.0</b>
	Medicinski fakultet	7	5.3
	Veterinarski fakultet	1	0.8

Područje znanosti	Fakultet	Frekvencija	Postotak (%)
Umjetničko područje	<b>Ukupno</b>	<b>7</b>	<b>5.3</b>
	Muzička Akademija	6	4.5
	Akademija likovnih umjetnosti	1	0.8
Ostalo	<b>Ukupno</b>	<b>2</b>	<b>1.5</b>
	Sveučilište u Zadru	1	0.8
	Sveučilište Sjever	1	0.8
<b>Ukupno</b>		<b>133</b>	<b>100</b>

Iz *Tablice 1* se može zaključiti kako su klijenti najčešće bili s različitih fakulteta ili su završili fakultet u Zagrebu, a najčešće se radilo o fakultetima s područja društveno-humanističkih znanosti. Jedna se osoba nije opredijelila za odgovarajući fakultet te njezin odgovor nije zabilježen u tablici. Također, tek malo više od polovice klijenata je izjavilo kako trenutno nije zaposleno (54.5 %).

### *Instrumenti*

#### Opći upitnik

Opći upitnik se sastojao od pitanja o demografskim karakteristikama, pitanja o psihoterapiji i pitanja o karakteristikama psihoterapeuta (*Prilog 1*). Pitanja o demografskim karakteristikama uključivala su pitanja o dobi, spolu, gradu u kojem osobe trenutno žive ili u kojem su provele veći dio svojeg djetinjstva i slično. Kod pitanja o psihoterapiji od sudionika se tražilo da odaberu broj seansi koje su do sada imali, navedu zna li netko od njihovih bliskih osoba da idu na psihoterapiju (ili im je netko pomogao u toj odluci) i tko te je li ovo njihovo prvo iskustvo sa psihoterapijom. Pitanja o karakteristikama psihoterapeuta odnosila su se na spol psihoterapeuta, klijentovu procjenu njegovih godina i godina iskustva u radu, njegovu certificiranost te psihoterapijsko usmjerenje.

### Upitnik terapijskog saveza – kratka revidirana verzija

Upitnik terapijskog saveza – kratka revidirana verzija (eng. *Working Alliance Inventory – short revised, WAI-SR*; Hatcher i Gillaspay, 2006) je kratka verzija originalnog upitnika s 36 čestica (eng. *Working Alliance Inventory*) razvijenog od strane Horvath i Greenberg (1989), a sa svrhom mjerenja snage terapijskog saveza (Paap i Dijkstra, 2017). Korištena je verzija upitnika za klijente, koja je veoma zastupljena u istraživanjima i kliničkim okruženjima (Hatcher i Gillaspay, 2006). Upitnik sadrži 12 čestica koje mjere tri domene radnog terapijskog saveza u skladu s ranije navedenom Bordinovom definicijom terapijskoga saveza, odnosno slaganje oko: 1) ciljeva psihoterapije 2) strategija/zadataka koji omogućuju njihovo ostvarenje i 3) kvalitete povezanosti između psihoterapeuta i klijenta. Sukladno tome, sastoji se od tri podljestvice: *Z - Zadataka*, *C - Ciljeva* i *P - Povezanosti*. Primjeri čestica iz podljestvice *Zadatak* su „*Kao rezultat ovih seansi, jasnije mi je kako bih se mogao/mogla promijeniti*“ te „*Ono što radim u terapiji mi daje nove načine gledanja na moj problem*“. Autori kratke revidirane verzije poslali su nam originalnu verziju s pet uporišnih točaka te ja kao takva korištena i u našem istraživanju. Za svaku su se česticu odgovori davali na skali od pet stupnjeva (1 – *Rijetko*, 2 – *Ponekad*, 3 – *Prilično često*, 4 – *Vrlo često*, 5 – *Uvijek*). Mnogi istraživači preporučuju korištenje prosječnog rezultata na *WAI-SR* umjesto podljestvica (Falkenström, Granström i Holmqvist, 2013), zbog čega smo ga i mi koristili. *WAI-SR* je valjana, pouzdana i naširoko korištena mjera terapijskog saveza (Hall, Ferreira, Maher, Latimer i Ferreira 2010). U svojem validacijskom istraživanju, Hatcher i Gillaspay (2006) nalaze da je instrument visoke unutarnje konzistencije, pri čemu Cronbachov alfa za podljestvice iznosi .87 (Ciljevi), .85 (Zadaci), .90 (Povezanost) na jednom uzorku, .85 (Ciljevi), .87 (Zadaci), .85 (Povezanost) na drugom uzorku, a za ukupan rezultat .91 i .92 (Hatcher i Gillaspay, 2006). Pronađene su i povezanosti s ostalim mjerama terapijskog saveza (na primjer  $r = .74$  s eng. *Helping Alliance Questionnaire* ili  $r = .80$  s eng. *California Psychotherapy Alliance Scale*), što ide u prilog konstruktnoj valjanosti (Hatcher i Gillaspay, 2006). Kao dodatan doprinos konstruktnoj valjanosti usklađenoj s Bordinovom teorijom je i taj da su pronađene povezanosti između viših rezultata na upitniku te boljih ishoda tretmana (Falkenström i sur., 2013).

Kako nije postojala hrvatska verzija upitnika od autora se zatražila dozvola za njegovo korištenje te je prevedena u svrhu ovog istraživanja. U prijevodu su sudjelovale četiri osobe s

hrvatskog govornog područja te izvrsnog poznavanja engleskog jezika. Prijevod s engleskog jezika osigurale su jedna doktorica psihologije-psihoterapeutkinja te jedna studentica zadnje godine psihologije. Nakon neovisnog pojedinačnog prevođenja te kasnijeg konsenzusa oko prijevoda, upitnik je poslan na povratni prijevod. U njemu su sudjelovale jedna psihologinja-psihoterapeutkinja te jedna socijalna radnica-psihoterapeutkinja, koje su također prevodile neovisno i pojedinačno. Krajnja verzija upitnika formirana je postizanjem konsenzusa oko čestica na temelju svih prijevoda, od strane osoba koje su osigurale početan prijevod s engleskog jezika.

U našem je istraživanju Cronbachov alfa koeficijent za cijelu ljestvicu iznosio .90 što upućuje na odličnu pouzdanost (Hunsley i Mash, 2008). Faktorskom analizom zajedničkih faktora dobivena su dva faktora, ali se zbog raspodjele ciljeva i povezanosti pretežito na jednom faktoru te ranijih preporuka za korištenje ukupnog rezultata koristio samo jedan faktor. Ukupan se prosječan rezultat računao zbrajanjem procjena na svim česticama te dijeljenjem s ukupnim brojem čestica. Veći je rezultat označavao bolje procijenjenu kvalitetu terapijskog saveza.

### Ljestvica samostigme traženja pomoći-Terapija

Ljestvica samostigme traženja pomoći – Terapija (eng. *Self-Stigma of Seeking Help Scale -Therapy, SSOSH-T*) je prilagođena verzija originalne ljestvice samostigme traženja pomoći *SSOSH* od Vogel i suradnika (2006), koju su izradili Owen i suradnici (2013). Za razliku od percepcije samostigme potencijalnih klijenata koju mjeri originalna ljestvica, *SSOSH-T* mjeri samostigmu klijenata koji su trenutno u psihoterapiji. Autori su ljestvicu prilagodili za potrebe svojeg istraživanja s klijentima u savjetovalištu, pri čemu su se promjene u česticama odnosile na broj čestica ili glagolsko vrijeme (na primjer, čestica „*Kada bih potražio/la terapeuta za pomoć, osjećao/la bih se inferiorno*“ je promijenjena u „*Moja odluka da odem na psihoterapiju učinila je da se osjećam inferiorno*“). Upitnik se sastoji od 11 čestica na koje se odgovara na skali od 1 (*Izrazito se ne slažem*) do 5 (*Izrazito se slažem*). Primjeri čestica su, iz prvog dijela – „*Odlaganje na psihoterapiju je znak moje osobne slabosti*“ i „*Moja odluka da odem na psihoterapiju učinila je da se osjećam neadekvatno*“ iz drugog dijela. U originalnom istraživanju je korišten ukupan prosječan rezultat. Cronbachov alfa je kod Owena i suradnika (2013) iznosio .89, a u studijima od Thomasa (2016) .79 i .90, što upućuje na dobru pouzdanost tipa unutarnje konzistencije.

Prijevod originalne ljestvice *SSOSH* na hrvatski je pronađen u radu Bojanić i suradnika (2016) te je u njemu pouzdanost unutarnje konzistencije iznosila  $\alpha = .83$ , međutim nije se radilo o prilagođenoj verziji za klijente u psihoterapiji. O konvergentnoj se valjanosti možda donekle može posredno zaključiti uzevši u obzir pronađene značajne korelacije originalne *SSOSH* mjere sa stavovima prema traženju pomoći (Vogel i sur., 2006).

Upitnik je pribavljen iz originalnog rada autora te preveden na hrvatski jezik za što se zatražila dozvola Owena i suradnika (2013). U prijevodu su sudjelovale četiri osobe s hrvatskog govornog područja te izvrsnog poznavanja engleskog jezika. Prijevod s engleskog jezika osigurale su dvije doktorice psihologije (od kojih je jedna i psihoterapeutkinja, a druga edukantica psihoterapije) te jedna studentica zadnje godine psihologije. Nakon neovisnog pojedinačnog prevođenja, studentica je uskladila svoj i prijevod jedne od doktorica psihologije te je zajedno s drugom uskladila konačnu verziju koja je poslana na povratni prijevod. Povratni prijevod je osigurala jedna diplomirana anglistica. Krajnja verzija upitnika formirana je postizanjem konsenzusa oko čestica na temelju svih prijevoda, od strane osoba koje su uskladile verziju prije slanja na povratni prijevod.

Provjerom faktorske strukture inicijalno su pronađena dva faktora, no kako je Velicerovim MAP testom pronađen samo jedan te su samo dvije čestice bile značajnije povezane s drugim faktorom – odlučili smo se za izlučivanje jednog faktora *a priori* metodom, ne bismo li bolje usporedili rezultate s originalnim upitnikom. Nakon izlučivanja jednog faktora, izostavljena je peta čestica iz drugog dijela upitnika „*Moja odluka da odem na psihoterapiju znači da se mogu nositi sa stvarima*“, jer je korelirala s faktorom manje od .30. Iako su inicijalna faktorska struktura i analiza pouzdanosti ukazivale na potencijalnu problematičnost još nekih čestica – one su ipak zadržane u upitniku kako bi bio što bolje usporediv s originalnom verzijom. Izbacivanjem čestice, Cronbachov alfa verzije s 10 čestica iznosio je .85, što je označavalo dobru pouzdanost.

Ukupan prosječan rezultat se računao putem zbroja svih čestica (pazeći na dvije obrnuto kodirane) te njihovim dijeljenjem s ukupnim brojem čestica. Veći je rezultat na upitniku označavao veću procijenjenu razinu samostigme traženja pomoći.

### Ljestvica percepcije stigmatizacije drugih zbog traženja pomoći

Ljestvica percepcije stigmatizacije drugih zbog traženja pomoći (eng. *Perceptions of Stigmatization by Others for Seeking Help, PSOSH*) (Vogel, Wade i Aschman, 2009) je upitnik koji mjeri percepciju stupnja u kojem osoba misli da bi njezino traženje psihološke pomoć bilo stigmatizirano od ljudi s kojima je u interakciji. Upitnik se sastoji od samo pet čestica na koje se odgovara na skali 1 - 5 (1 – *Uopće ne*, 2 – *Malo*, 3 – *Donekle*, 4 – *Puno*, 5 – *Jako puno*). Primjeri čestica koje se zadaju uz uputu „*Zamislite da imate problem vezan uz obrazovanje ili posao koji niste mogli riješiti sami. Kada biste potražili usluge savjetovanja zbog tog problema, u kojoj mjeri mislite da bi ljudi s kojima ste u interakciji...*“ su: „... *negativno reagirali prema Vama*“ i „... *mislili loše o Vama*“. Za dobivene vrijednosti se računa ukupan prosječni rezultat. U svojim validacijskim studijama na različitim uzorcima studentske populacije Vogel i suradnici (2009) u prvom uzorku dobivaju Cronbachov alfa koji iznosi .91 te ukazuju na odličnu pouzdanost internalne konzistencije. Pouzdanosti instrumenta je istraživana i u nekim drugim studijama koje za unutarnju konzistenciju dobivaju rezultate od  $\alpha = .78$  do  $\alpha = .93$  u SAD-u (Swan, Heesacker i King, 2016). Vogel i suradnici (2009) dobivaju adekvatne rezultate test-retesta pouzdanosti od  $r = .82$  nakon tri tjedna te na posljednjem uzorku ispituju psihometrijske karakteristike upitnika i kod studenata s psihološkim poteškoćama. Pri tom dobivaju  $\alpha = .78$ , što je važno spomenuti jer bi se rezultati mogli razlikovati na kliničkoj populaciji. Autori također pronalaze i jednodimenzionalnu faktorsku strukturu ljestvice, a konvergentna valjanost je provjerena dobivenim umjerenim povezanostima s tri različita instrumenta koja mjere stigmatizam (na primjer s javnom stigmom prema psihičkoj bolesti  $r = .20$ , javnom stigmom prema tražnju pomoći  $r = .31$  te samostigmom  $r = .37$ ).

Za ovaj instrument nije trebala dozvola, no kako nije postojala hrvatska verzija ovog upitnika i njega smo preveli u svrhu ovog istraživanja. Upitnik za prijevod je preuzet iz rada Vogela i suradnika (2006). U prijevodu su sudjelovale četiri osobe s hrvatskog govornog područja te izvrsnog poznavanja engleskog jezika. Prijevod s engleskog jezika osigurale su dvije doktorice psihologinje (od kojih je jedna i psihoterapeutkinja, a druga edukantica psihoterapije) te jedna studentica zadnje godine psihologije. Nakon neovisnog pojedinačnog prevođenja, studentica je uskladila svoj i prijevod jedne od doktorica psihologije te je zajedno s drugom uskladila konačnu verziju koja je poslana na povratni prijevod. Povratni prijevod je osigurala

jedna diplomirana anglistica. Krajnja verzija upitnika formirana je postizanjem konsenzusa oko čestica na temelju svih prijevoda, od strane osoba koje su uskladile verziju prije slanja na povratni prijevod.

Faktorskom se analizom na našem uzorku dobiva jedan faktor, a Cronbachov alfa je iznosio .89 što ukazuje na dobru pouzdanost. Ukupan se prosječan rezultat računao zbrajanjem odgovora na sve čestice te njihovim dijeljenjem s ukupnim brojem čestica. Viši je rezultat označavao da osoba procjenjuje višu stigmiju od strane vlastite socijalne mreže.

### *Višedimenzionalna ljestvica percipirane socijalne podrške*

Višedimenzionalna ljestvica percipirane socijalne podrške (eng. *The Multidimensional Scale of Perceived Social Support, MSPSS*) (Zimet, Dahlem, Zimet i Farley, 1988) je ljestvica koja mjeri percipiranu podršku iz tri različita izvora – obitelji, prijatelja i značajne osobe. Ljestvica se sastoji se od 12 čestica na koje se odgovara na skali od 1 do 7 (1 – *Uopće se ne slažem*, 7 – *Potpuno se slažem*). Svaka od tri podljestvice ima četiri čestice, a podljestvice su – Podljestvica socijalne podrške obitelji (primjer „*Moja mi se obitelj stvarno trudi pomagati*“), Podljestvica socijalne podrške prijatelja (primjer „*Mogu računati na prijatelje kada stvari krenu loše*“) i Podljestvica socijalne podrške značajne osobe (primjer „*Imam osobu koja mi je pravi izvor utjehe*“). Za izračun se koristi ukupan prosječan rezultat za ukupan rezultat te svaku podljestvicu. Instrument je višestruko validiran te je više studija ukazalo na to da se radi o instrumentu od dobrih do odličnih koeficijenata interne konzistencije i pouzdanosti test-retestova, pri čemu Cronbachov alfa iznosi od .81 do .98 na ne-kliničkim uzorcima, a od .92 do .94 na kliničkim uzorcima (Pedersen i sur., 2009, Zimet i sur., 1988, Zimet i sur., 1990, Clara i sur., 2003, prema Wongpakaran, Wongapakaran i Ruktrakul. 2011). Iste studije također ukazuju na postojanje tri faktora, a nalazi upućuju i na zadovoljavajuće konvergentne i divergentne valjanosti (Wongpakaran i sur., 2011). S druge strane, neke studije upućuju na nestabilnost faktorske strukture u pogledu konstruktne valjanosti (Stanley, Beck i Zebb, 1998). Hrvatska verzija ljestvice dobivena je od autorica Brajša-Žganec, Kaliterna Lipovčan i Hanzec (2018). Cronbachov alfa hrvatskog prijevoda u tom radu iznosio je .92 za Podljestvicu socijalne podrške značajne osobe i .94 za onu obitelji i prijatelja. U našem istraživanju dobiven je  $\alpha = .95$  za



Podljestvicu socijalne podrške prijatelja,  $\alpha = .93$  za Podljestvicu socijalne podrške obitelji,  $\alpha = .95$  za Podljestvicu socijalne podrške značajne osobe te  $\alpha = .93$  za ukupan rezultat. To upućuje na odličnu pouzdanost svih ljestvica i podljestvica.

Ukupan se prosječan rezultat računao zbrajanjem odgovora na sve čestice te podjelom zbroja s ukupnim brojem čestica, a rezultat za svaku podljestvicu se računao zbrajanjem četiriju čestica svake podljestvice te podjelom tog zbroja s četiri. Viši je ukupan rezultat ili rezultat pojedine ljestvice označavao višu percipiranu razinu socijalne podrške.

### *Postupak*

Istraživanje je provedeno *online* pri čemu su se podaci prikupljali tri tjedna, krajem lipnja i početkom srpnja. Sudionike se regrutiralo pomoću objava na *online* stranicama, socijalnim mrežama i grupama (*Facebook, Instagram, Reddit*) te putem *e-maila* poslanim različitim psihoterapeutima i savjetovališnim centrima u Hrvatskoj.

U uputama je naglašeno kako je istraživanje dobrovoljno i anonimno, da se nastavkom ispunjavanja upitnika pristaje na sudjelovanje u istraživanju, da se u svakom trenutku može odustati te se ukratko opisalo što je od zanimanja u istraživanju. U uputi je također bio naveden i uvjet za sudjelovanje, odnosno da se traže osobe od 18 do 26 godina koje su trenutno u procesu psihoterapije ili savjetovanja te koje su do sada imale od tri do pet seansi. Prvoga dana su svi koji bi odgovorili izvan okvira zadanih uvjeta bili proslijeđeni na posljednju stranicu upitnika gdje se nalazila brošura s informacijama o stigmatizaciji traženja pomoći (*Prilog 2*). No s obzirom na to da je na taj način već na samom početku ispitivanja isključeno devet potencijalnih sudionika, od drugoga dana te do kraja istraživanja se dopustilo da u uzorak uđu i sudionici s različitim brojem seansi, bez da se mijenjao poziv i uputa budući da je poziv također odatlan i *e-mailom*. Zbog nepromijenjene upute je i dalje postojala mogućnost osipanja sudionika koji su imali manje od tri ili više od pet seansi. Za sva dodatna pitanja klijenti su bili ohrabreni javiti se na *e-mail* adresu istraživača te su obaviješteni i da će se na kraju upitnika pojaviti poveznica na brošuru s informacijama o stigmatizaciji traženja pomoći. Ispunjavanje upitnika je u prosjeku trajalo 15 minuta.

## Rezultati

### Pitanja o psihoterapiji

Prema broju seansi, 3 sudionika/ce bilo je manje od tri puta na psihoterapiji, 32 sudionika/ce od tri do pet puta, 101 više od pet puta te je 7 osoba odgovorilo da ne znaju odrediti točan broj seansi. Većina se klijenata ( $n = 139$ ) nekome povjerila oko svojeg odlaska na psihoterapiju te im je netko pomogao u toj odluci ili su s nekim prethodno razgovarali o tome ( $n = 103$ ).

Tablica 2. Osobe za koje klijenti navode da znaju da idu na psihoterapiju ili su im pomogli u odluci o odlasku na psihoterapiju  $n$  (%)

<b>Znaju (<math>n = 139</math>):</b>	<b>Frekvencija ( % od onih kod kojih netko zna )</b>	<b>Frekvencija ( % od ukupnog broja sudionika)</b>
<b>Obitelj, partner/ica, prijatelji</b>		
Prijatelj/ica	121 (87.1 %)	121 (84.6 %)
Roditelji	111 (79.9 %)	111 (77.6 %)
Brat ili sestra	76 (54.7 %)	76 (53.1 %)
Partner/ica	76 (54.7 %)	37 (25.9 %)
Šira obitelj (sestrična, bratić, tetak, teta, ujak, ujna, kumovi...)	37 (26.6 %)	37 (25.9 %)
Djed ili baka	27 (19.4 %)	27 (18.9 %)
Bivši partner	1 (0.7 %)	1 (0.7 %)
<b>Poznanici</b>	31 (22.3 %)	31 (21.7 %)
<b>Obrazovni sustav</b>		
Profesorica	26 (18.7 %)	26 (18.2 %)
Škola	1 (0.7 %)	1 (0.7 %)
Kolegice s fakulteta	1 (0.7 %)	1 (0.7 %)
<b>Većina ili svi</b>	4 (2.9 %)	4 (2.8 %)
<b>Posao (kolege s posla)</b>	1 (0.7 %)	1 (0.7 %)
<b>Profesionalna pomoć</b> (doktorica obiteljske medicine)	1 (0.7 %)	1 (0.7 %)
<b>Odgajatelj</b>	1 (0.7 %)	1 (0.7 %)
<b>Pomogli (<math>n = 103</math>):</b>	<b>Frekvencija ( % od onih kojima je netko pomogao )</b>	<b>Frekvencija ( % od ukupnog broja sudionika)</b>
<b>Obitelj, partner/ica, prijatelji</b>		
Prijatelj/ica/e	26 (25.2 %)	26 (18.2 %)
Prijatelj/i	20 (19.4 %)	20 (14.0 %)
Partner	15 (14.6 %)	15 (10.5 %)
Roditelji	14 (13.6 %)	14 (9.8 %)
Majka	12 (11.7 %)	12 (8.4 %)
Obitelj	9 (8.7 %)	9 (6.3 %)

<b>Pomogli (n = 103):</b>	<b>Frekvencija ( % od onih kojima je netko pomogao )</b>	<b>Frekvencija ( % od ukupnog broja sudionika)</b>
Sestra	8 (7.8 % )	8 (5.6 % )
Bivši partner	5 (4.9 % )	5 (3.5 % )
Sestrična	3 (2.9 % )	3 (2.1 % )
Partnerica	3 (2.9 % )	3 (2.1 % )
Teta	2 (1.9 % )	2 (1.4 % )
Obiteljski prijatelji	2 (1.9 % )	2 (1.4 % )
Kumovi	1 (1.0 % )	1 (0.7 % )
Rodaci	1 (1.0 % )	1 (0.7 % )
Cimerica	1 (1.0 % )	1 (0.7 % )
<b>Obrazovni sustav</b>		
Profesorica	7 (6.8 % )	7 (4.9 % )
Kolegica	5 (4.9 % )	5 (3.5 % )
Kolega	2 (1.9 % )	2 (1.4 % )
Asistent s fakulteta	1 (1.0 % )	1 (0.7 % )
<b>Profesionalna pomoć</b>		
Doktor/ica	5 (4.9 % )	5 (3.5 % )
Psiholog	2 (1.9 % )	2 (1.4 % )
Psihijatrica	1 (1.0 % )	1 (0.7 % )
<b>Ostalo:Internet</b>	2 (1.9 % )	2 (1.4 % )

U *Tablici 2* su navedene sve osobe koje znaju za klijentovo odlazanje na psihoterapiju ili od kojih su imali pomoć pri toj odluci. Postoci su računati tako da se broj odgovora iz odabranih kategorija klijentovih bliskih osoba koje znaju da klijenti idu na psihoterapiju podijelio s ukupnim brojem osoba koje su navele da netko zna da idu na psihoterapiju i ukupnim brojem sudionika u drugom stupcu. Jednako tako se postupak ponovio i za odabrane kategorije klijentovih izvora pomoći pri donošenju odluke o psihoterapiji. Iz podataka se može zaključiti kako su navedene osobe pretežito bile iz kruga obitelji i prijatelja ili se radilo o partneru/partnerici. Također je nešto većem dijelu klijenata ovo ujedno i prvo iskustvo sa psihoterapijom (od ukupnog broja 65.7 %).

### *Pitanja o psihoterapeutu*

Psihoterapeuti su većinom bili ženskog spola (*Tablica 3*). Više je od polovice klijenata na pitanje o psihoterapeutovim godinama odgovorilo da njihov psihoterapeut ima između 30 i 40 godina. Psihoterapeuti su bili različitog iskustva, pri čemu velik broj klijenata nije znao procijeniti psihoterapeutovo iskustvo. Postoci zastupljenosti kategorija iskustva psihoterapeuta sukladni su prethodno navedenoj dobi psihoterapeuta. Prema odgovorima klijenata – velika većina njihovih psihoterapeuta bila je certificirana.

*Tablica 3. Raspodjela psihoterapeuta prema spolu, procijenjene dobi, godina iskustva i certificiranosti koje su procijenjene od strane klijenata*

<b>Varijable vezane za psihoterapeuta</b>		<b>Frekvencija</b>	<b>Postotak ( % )</b>
<b><u>Spol</u></b>			
	Ž	124	86.7
	M	19	13.3
<b><u>Dob</u></b>			
(godine)	manje od 30	12	8.4
	između 30 i 40	75	52.4
	između 40 i 50	37	25.9
	više od 50	19	13.3
<b><u>Iskustvo</u></b>			
(u godinama)	manje od 5	10	7.0
	između 5 i 10	34	23.8
	između 10 i 20	27	18.9
	više od 20	21	14.7
	ne znam	51	35.7
<b><u>Certificiranost</u></b>			
	u edukaciji	20	14.0
	certificiran/a	114	79.7
	ne znam	9	6.3

Najveći broj sudionika nije znao kojeg je psihoterapijskog pravca njihov psihoterapeut (*Tablica 4*), no ukoliko ipak jesu – najčešće se radilo o psihoterapeutima humanističkog psihoterapijskog pravca te bihevioralno-kognitivnog.

Tablica 4. *Raspodjela psihoterapeuta prema pripadajućem psihoterapijskom pravcu*

Psihoterapijski pravac	N = 143	
	Frekvencija	Postotak
ne znam	50	35.0
humanistički (npr. geštalt, realitetna, transakcijska, logoterapija)	37	25.9
bihevioralni ili bihevioralno kognitivni	28	19.6
psihoanaliza, psihoanalitički ili psihodinamski	16	11.2
sistemska (npr. obiteljska, partnerska)	3	2.1
integrativni	3	2.1
tjelesno orijentirano integrativni	3	2.1
kibernetika	1	0.7
psihodrama	1	0.7
više njih	1	0.7

*Deskriptivni podaci primijenjenih upitnika*

Tablica 5. *Deskriptivni podaci za kvalitetu terapijskog saveza, razinu samostigme i društvene stigme traženja pomoći te socijalne podrške*

	<i>M</i>	<i>C</i>	<i>sd</i>	<i>TR</i>	<i>Shapiro-Wilk</i>	<i>asimetričnost</i> <i>SE = 0.203</i>	<i>N</i>
Kvaliteta terapijskog saveza	3.85	4.0	0.738	1-5	.948*	-0.873	143
Razina samostigme	1.79	1.6	0.691	1-5	.896*	1.035	143
Razina društvene stigme	1.85	1.6	0.789	1-5	.900*	0.679	143
Razina ukupne socijalne podrške	5.23	5.5	1.384	1-7	.939*	-0.689	143
Razina podrške značajne osobe	5.59	6.3	1.627	1-7	.826*	-1.097	143
Razina podrške obitelji	4.77	5.0	1.810	1-7	.922*	-0.393	143
Razina podrške prijatelja	5.33	5.8	1.586	1-7	.893*	-0.850	143

Iz *Tablice 5* može se zaključiti o osobitostima raspodjela klijentovih odgovora na četirima primijenjenim upitnicima. Prije svega, za provjeru se normalnosti distribucija koristio Shapiro-Wilkov test zbog veće strogosti te istoznačnih rezultata dobivenih Kolmogorov-Smirnovim testom. Tako su sve distribucije odstupale statistički značajno od normalne, na što ukazuju koeficijenti *S-W* i njihova značajnost. Tome u prilog dodatno idu i vrijednosti koeficijenata asimetričnosti, koji dijeljenjem sa svojom pripadnom standardnom pogreškom

ukazuju na značajno odstupanje od simetrične distribucije (osim kod percipirane razine podrške obitelji). Prema pozitivnim predznacima koeficijenta kod percipirane razine samostigme i društvene stigme traženja pomoći zaključuje se o pozitivno asimetričnim distribucijama, odnosno većem grupiranju rezultata oko nižih vrijednosti i manje procijenjene stigme. Suprotno od toga, značajna asimetrija s negativnim predznakom koeficijenta asimetrije kod percipirane kvalitete terapijskog saveza te razine socijalne podrške ukazuje na negativno asimetričnu distribuciju, odnosno veće grupiranje rezultata oko viših vrijednosti (veću zastupljenost viših procjena socijalne podrške kod klijenata i pozitivnijeg terapijskog saveza). Slično se može zaključiti i iz odnosa aritmetičkih sredina i medijana te njihovih vrijednosti u odnosu na mogući raspon, a koeficijenti varijabilnosti (*CV*) za percipiranu kvalitetu terapijskog saveza, razinu samostigme i društvene stigme traženja pomoći te socijalne podrške (ukupne, značajne osobe, obitelji i prijatelja) redom iznose 19.17 %, 38.60 %, 42.65 %, 26.46 %, 29.11 %, 37.95 % i 29.76 %. Tako je najmanja raspršenost prisutna kod rezultata percipirane kvalitete terapijskog saveza, a najveća kod razine društvene stigme.

### *Odnosi ciljanih varijabli*

Prije korelacijskih analiza među ciljanim varijablama provjerili smo odnos navedenih varijabli s još nekim varijablama iz *Općeg upitnika*. Psihoterapeutove godine, iskustvo ili certificiranost nisu pronađene značajno povezanima s percipiranom kvalitetom terapijskog saveza ( $r_s = .059$ ,  $r_s = -.002$ ,  $r_{pb} = -.037$ ;  $p > .05$ ), a spol klijenata i psihoterapeuta nije se uzimao u obzir zbog znatno veće zastupljenosti ženskog spola kod obje kategorije.

Dobivanje određene pomoći prilikom donošenja odluke o traženju pomoći nije bilo povezano s percipiranom kvalitetom terapijskog saveza ( $r_{pb} = -.025$ ;  $p > .05$ ). Pronađeno je kako klijenti na višim godinama studija do neke mjere pokazuju i tendenciju procjenjivanja svoje samostigme nižom ( $r_{pb} = -.268$ ,  $p < .01$ ). Pritom je varijabla trenutno upisane godine studija bila dihotomizirana na način da se studentima s 1., 2., 3. i 4. godine preddiplomskog studija te 1., 2. i 3. godine integriranog studija pripisala kategorija nižih godina studija, a onima s 1. ili 2. godine diplomskog te 4. i 5. godine integriranog studija kategorija viših godina studija. Nije pronađena značajna povezanost trenutne zaposlenosti klijenata te percipirane društvene i samostigme

traženja pomoći ( $r_{pb} = .122$ ,  $r_{pb} = .004$ ;  $p > .05$ ). Percipirana društvena, samostigma traženja pomoći i kvaliteta terapijskog saveza nisu bile značajno povezane s time je li se radilo o prvom iskustvu klijenata sa psihoterapijom ( $r_{pb} = .067$ ,  $r_{pb} = .041$ ,  $r_{pb} = .124$ ;  $p > .05$ ). Za sve su kombinacije varijabli provedeni i testovi razlika između medijana pomoću Kruskal-Wallis testa, kao dodatna neparametrijska provjera rezultata. Testovima je pronađena značajna razlika u medijanama rezultata isključivo kod razine samostigme traženja pomoći klijenata na višim i nižim godinama studija ( $H = 3798$ ;  $p < .01$ ), čime su rezultati testova sukladni prethodnim.

Tablica 6. *Odnos percipirane kvalitete terapijskog saveza, razine samostigme i društvene stigme traženja pomoći, razine ukupne socijalne podrške te razine podrške značajne osobe, obitelji i prijatelja (N = 143)*

	<b>Kvaliteta terapijskog saveza</b>	<b>Razina samostigme</b>	<b>Razina društvene stigme</b>	<b>Razina ukupne socijalne podrške</b>	<b>Razina podrške značajne osobe</b>	<b>Razina podrške obitelji</b>
<b>Razina samostigme</b>	-.31**					
<b>Razina društvene stigme</b>	-.21*	.32**				
<b>Razina ukupne socijalne podrške</b>	.26**	-.20*	-.31**			
<b>Razina podrške značajne osobe</b>	.18*	-.20*	-.17*	.82**		
<b>Razina podrške obitelji</b>	.18*	-.05	-.25**	.81**	.46**	
<b>Razina podrške prijatelja</b>	.28**	-.25**	-.34**	.84**	.60**	.52**

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$

Iz *Tablice 6* se na prvi pogled može zaključiti kako sve varijable blago koreliraju s percipiranom kvalitetom terapijskog saveza. Tako je dobivena značajna blaga negativna korelacija između percipirane kvalitete terapijskog saveza i obje mjere stigme traženja pomoći (nešto više za samostigmu) što znači da je postojala određena tendencija boljeg procjenjivanja kvalitete terapijskog saveza kod onih klijenata koji su procjenjivali svoju razinu stigme samostigme i društvene stigme traženja pomoći nižom. S druge strane, značajna pozitivna korelacija percipirane kvalitete terapijskog saveza s razinom socijalne podrške (ukupne, one

značajne osobe, obitelji te prijatelja) ukazuje na to kako su oni klijenti koji su pozitivnije procjenjivali kvalitetu terapijskog saveza ujedno nešto pozitivnije procjenjivali i svoju socijalnu podršku. Ta je veza bila izrazito slaba u slučaju percipirane podrške značajne osobe i obitelji te je ona bila značajna samo na razini  $p = .05$  dok su ostale povezanosti bile značajne na razini  $p = .01$ . Zbog sumnje oko značajnosti te veze uopće te nelogičnosti veće korelacije percipirane razine socijalne podrške prijatelja od ukupne s kvalitetom terapijskog saveza – izračunate su parcijalne korelacije. Parcijalne korelacije izračunate su između percipirane razine socijalne podrške značajne osobe te obitelji s kvalitetom terapijskog saveza, uz kontrolu percipirane razine podrške prijatelja. Time se zaključilo kako percipirana razina podrške značajne osobe i obitelji ne korelira statistički značajno s percipiranom kvalitetom terapijskog saveza ( $r_p = .009$ ,  $r_p = .046$ ;  $p > .05$ ). Iz toga proizlazi da je za povezanost percipirane razine ukupne socijalne podrške i kvalitete terapijskog saveza zaslužna isključivo razina socijalne podrške prijatelja. Parcijalna korelacija izračunata je i između percipirane kvalitete terapijskog saveza i percipirane razine društvene stigme traženja pomoći, uz kontrolu samostigme. Nakon njezine kontrole, izgubila se statistička značajnost njihove povezanosti ( $r_p = -.119$ ;  $p > .05$ ).

Pronađena je i značajna negativna povezanost između percipirane razine samostigme i socijalne podrške. Računanjem parcijalnih korelacija između svake kategorije percipirane razine socijalne podrške i percipirane razine samostigme uz kontrolu treće varijable, ponovno je potvrđena samo povezanost samostigme i podrške prijatelja. Uz kontrolu podrške prijatelja, povezanost percipirane samostigme i percipirane razine podrške značajne osobe iznosi  $r_p = -.056$ , a s obitelji  $r_p = -.102$  ( $p > .05$ ). Parcijalnim se korelacijama između početno dobivene značajne negativne povezanosti percipirane razine društvene stigme traženja pomoći i svih varijabli razine socijalne podrške utvrdio isti obrazac kao i za onaj kod samostigme. Uz kontrolu podrške prijatelja, povezanosti između percipirane razine društvene stigme i podrške značajne osobe te podrške obitelji postaju nulte ( $r_p = .045$ ,  $r_p = -.095$ ;  $p > .05$ ). Posljedično, značajna je ostala samo povezanost s percipiranom razinom podrške prijatelja (čak i uz kontrolu samostigme, socijalne podrške značajne osobe i obitelji;  $r_p = -.20$ ;  $p < .05$ ). Percipirana razina samostigme i društvene stigme traženja pomoći su pozitivno i slabo do umjereno povezane (oni koji su percipirali veću društvenu stigmatu donekle su percipirali veću razinu samostigme).



Zbog nalaza o povezanosti percipirane razine podrške prijatelja s onom stigme traženja pomoći i kvalitete terapijskog saveza, dodatno smo još željeli provjeriti je li sama činjenica da netko od klijentovih bliskih osoba zna da idu na psihoterapiju povezana s nekom od glavnih varijabli i kako.

Tablica 7. *Korelacije ciljanih varijabli sa znanjem klijentovih bliskih osoba za klijentovo odlaženje na psihoterapiju*

	Kvaliteta terapijskog saveza	Razina samostigme	Razina društvene stigme	Razina ukupne socijalne podrške	Razina podrške značajne osobe	Razina podrške obitelji	Razina podrške prijatelja
<b>Znaju (N=143):</b>							
<b>Roditelji</b>	.03	-.15	-.10	.21**	.14	.27**	.08
<b>Brat ili sestra</b>	.18*	-.05	-.08	.14	.09	.08	.18*
<b>Partner/ica</b>	.14	-.24**	-.05	.24**	.35**	.12	.13
<b>Prijatelj/ica</b>	.17*	-.31**	-.22**	.16	.13	.00	.30**
<b>Šira obitelj</b>	.08	-.11	-.02	.12	.05	.10	.16

\*p < .05; \*\*p < .01

U Tablici 7 se nalaze rezultati povezanosti nekih od često spominjanih bliskih klijentovih osoba koje znaju za njihov odlazak na psihoterapiju. Vidljivo je da postoji vrlo blaga tendencija percipiranja kvalitetnijeg terapijskog saveza kod onih klijenata čija braća te prijatelji znaju za njihovu psihoterapiju. Pronađena je statistički značajna negativna blaga povezanost znanja klijentovog partnera ili partnerice te prijatelja za njihovo odlaženje na psihoterapiju te percipirane razine samostigme (na način da to znanje do neke mjere znači i nižu procijenjenu razinu samostigme). Govoreći o percipiranoj razini društvene stigme, ona je povezana s isključivo znanjem klijentovih prijatelja za odlaženje na psihoterapiju. Radi se o negativnoj i blagoj povezanosti (na način da njihovo znanje o tome do neke mjere znači i manju percepciju društvene stigme). Može se još primijetiti i kako vrsta osobe koja zna uglavnom odgovara sustavu percipirane podrške koje se ispituje te kako je pronađena blaga pozitivna korelacija između znanja klijentovog partnera ili partnerice za odlaženje na psihoterapiju te procijenjene razine podrške značajne osobe (odnosno, na temelju njihovog znanja se u određenoj mjeri mogla predvidjeti viša procijenjena podrška od strane značajne osobe).

## Regresijska analiza

Zbog slabog odaziva sudionika koji su zadovoljavali uvjet o trenutnom broju seansi (između tri i pet) ta varijabla nije mogla biti posve kontrolirana, ali smo u svrhu provjere *hipoteze 2* proveli multiplu regresijsku analizu. Pri tom je korištena *enter* metoda ulaska varijabli. Ispitali smo mogućnost predviđanja percipirane kvalitete terapijskog saveza pomoću linearne kombinacije percipirane razine društvene stigme, samostigme i socijalne podrške. Kao dodatnu kontrolnu varijablu uvrstili smo broj terapijskih seansi. Iz varijable smo isključili one sudionike koji nisu znali koliko su do sada imali terapijskih seansi te je posljedično sedam sudionika manje sudjelovalo u analizi ( $N = 136$ ). Također, zbog prethodno izračunatih korelacija i parcijalnih korelacija između percipirane razine socijalne podrške i kvalitete terapijskog saveza odlučili smo ispitati važnost samo pojedinačnih vrsta socijalne podrške, a ne ukupne.

Tablica 8. Vrijednosti koeficijenta multiple regresije, koeficijenta determinacije i pogreške procjene

<b><i>R</i></b>	<b><i>R</i><sup>2</sup></b>	<b>prilagođeni <i>R</i><sup>2</sup></b>	<b>Standardna pogreška procjene</b>
0.436	0.190	0.152	0.687

Tablica 9. Vrijednosti provedenog testiranja značajnosti modela regresije

	<b>Suma kvadrata</b>	<b>df</b>	<b>MS</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
SS <sub>M</sub>	14.264	6	2.377	5.044	< .001
SSR	60.798	129	0.471		
SST	75.062	135			

Regresijskom analizom za percipiranu kvalitetu terapijskog saveza zaključuje se da postoji njezina statistički značajna pozitivna srednja povezanost s linearnom kombinacijom prediktora (vidi *Tablicu 8 i 9*). Utemeljena na prilagođenom  $R^2$ , tj. koeficijentu determinacije iz *Tablice 8*, linearna kombinacija prediktora omogućava predviđanje 15.2 % varijance percipirane kvalitete terapijskog saveza.

Tablica 10. Tablični prikaz vrijednosti standardiziranih i nestandardiziranih koeficijenata i pripadnih testova značajnosti

	Nestandardizirani koeficijenti		Standardizirani koeficijent	t	p
	b	sd	$\beta$		
b <sub>0</sub>	3.812	.486		7.845	< .001
Broj seansi	.118	.120	.079	.985	.327
Razina samostigme	-.382	.101	-.337	-3.787	< .001
Razina društvene stigme	-.021	.086	-.022	-.243	.808
Razina podrške značajne osobe	-.044	.050	-.096	-.880	.380
Razina podrške obitelji	.056	.040	.135	1.380	.170
Razina podrške prijatelja	.074	.053	.158	1.404	.163

Testiranjem doprinosa svakog pojedinačnog prediktora (*Tablica 10*) samo se doprinos razine samostigme traženja pomoći pokazao statistički značajnim. Kao što je dobiveno i provođenjem korelacijskih analiza, manja je razina samostigme do neke mjere predviđala i veću percipiranu kvalitetu terapijskog saveza.

## Rasprava

Krajnji je cilj istraživanja bio vidjeti može li se pomoću stigme traženja pomoći te socijalne podrške predvidjeti kvaliteta ranog psihoterapijskog saveza kod mladih klijenata u psihoterapiji, no valjalo je najprije provjeriti neke osobitosti klijenata i njihove psihoterapije općenito. Tako je zapravo pozitivan nalaz da su klijenti podijelili informaciju o odlasku na psihoterapiju s nekim i to najčešće s više osoba. Dodatna je informacija kako su te osobe bile najvećim dijelom iz kruga obitelji, prijatelja ili se radilo o njihovom partneru. Iste osobe su najčešće odabirane i kao izvor pomoći prilikom odluke o odlasku na psihoterapiju. To je u skladu s rezultatima istraživanja Saundersa (1996) koji je upravo za skupinu mladih (18-24 godine) pronašao da su imale najviše pomoći. Kako je naša skupina obuhvaćala mlade od 18-26 godina svakako je ohrabrujuće za pronaći da je i na ovom hrvatskom uzorku prisutna takva vrsta pomoći kod odluke o traženju psihoterapije te da se odlaženje na psihoterapiju većinski ipak nije skrivalo. Usputan nalaz da su klijenti s viših godina studija imali nešto manju razinu procijenjene samostigme u skladu je s nalazima Košćec i suradnica (2013) te može upućivati na to da potencijalna veća informiranost na višim godinama studija pridonosi smanjivanju samostigme. Ohrabrujuće je također i što distribucije rezultata prema glavnim ljestvicama upućuju na veću koncentraciju rezultata oko nižih procijenjenih razina stigme traženja pomoći (što je također u skladu s nalazima Košćec i sur., 2013), a viših za kvalitetu terapijskog saveza i socijalne podrške. Ipak, važno je zapitati se jesu li klijenti takvih procjena zbog toga imali i veću motivaciju sudjelovanja u istraživanja te time imali i veću vjerojatnost ulaska u uzorak. Dodatno, u mnogo je studija pronađena visoka aritmetička sredina rezultata na upitniku terapijskog saveza (Hatcher i Gillaspy, 2006; Ferreira i sur., 2013), što može ukazivati na „efekt stropa“ (Paap i Dijkstra, 2007), odnosno manju vjerojatnost razlikovanja osoba s najvišim vrijednostima prema svojim samoprocjenama. Budući da je ovo novija tema u psihoterapijskom području, a još k tome su korišteni i novi instrumenti, potrebno je uzeti što više ovakvih podataka u obzir prije zaključivanja o deskriptivnim podacima, a naročito o odnosima navedenih varijabli u ovom eksploratornom istraživanju.

Karakterističnost uzorka koja ukazuje na to da je velika većina klijenata ženskog spola, valja također interpretirati s oprezom, imajući na umu dvije činjenice. Prema prvoj, spomenuto je da su žene otvorenije prema traženju pomoći i otvaranju, što je u skladu i s hrvatskim

istraživanjima (Jakovčić i Živčić-Bećirević, 2009). Vrlo je čest nalaz da muškarci imaju negativnije stavove prema traženju pomoći (Wendt i Shafer, 2016), no najvažnije je znati da sama činjenica da manje muških klijenata ide na psihoterapiju nije rezultat toga da im pomoć nije potrebna (Addis i Mahalik, 2003). Također, neki nalazi upućuju na općenito veći odaziv ženskog spola od muškog u *online* istraživanja (Kwak i Radler, 2002). U našem istraživanju nažalost nije bilo moguće usporediti klijente po spolu, a s obzirom na neke od njihovih važnih procjena.

Neznačajna povezanost psihoterapeutovih godina i terapijskog saveza možda se može objasniti relativno manjim varijabilitetom na našem uzorku (psihoterapeuti su pretežito bili ujednačeni prema dobi). Ipak, u velikom broju drugih studija također se nije uspio potvrditi snažniji efekt psihoterapeutovih godina (Six, 2014). Psihoterapeutovo iskustvo nije bilo povezano ni s jednom varijablom (osim dobi psihoterapeuta), međutim to je varijabla koja je u nekoliko studija pozitivno povezana s pozitivnim efektima (Six, 2014). Važno je imati na umu kako se radi o obilježju čiju je izraženost klijentima bilo teže procijeniti te kako iskustvo općenito može više varirati bez obzira na broj godina iskustva psihoterapeuta (pomoću kojeg je bilo operacionalizirano).

Raspravljajući o odnosu između varijabli, osvrnut ćemo se redom na postavljene hipoteze. S obzirom na značajnu povezanost više razine samostigme s višom razinom društvene stigme traženja pomoći, nižom razinom socijalne podrške te niže percipiranom kvalitetom terapijskog saveza – potvrdili smo *hipotezu 1.a*. Koeficijent povezanosti razine samostigme i društvene stigme traženja pomoći poprima gotovo istovjetnu vrijednost kao i istraživanju Owena i suradnika (2013) koja je kod njih iznosila  $r = .35$  ( $p < .01$ ). Korelacije pojedinačnih razina socijalne podrške s razinom samostigme bile su nelogične te smo izračunali parcijalne korelacije. Iz toga se generalno može zaključiti da je za odnos samostigme sa socijalnom podrškom ključna neka vrsta specifične socijalne podrške. Rezultati upućuju na to da je za samostigmu na našem uzorku važnija povezanost s podrškom prijatelja od ostalih vrsta socijalne podrške. Iako niska, ova specifična povezanost možda govori o tome kako je za mlade klijente u psihoterapiji u pogledu sprječavanja negativnog djelovanja stigme nešto važnija podrška drugih bliskih osoba u odnosu na onu od obitelji. Razmišljajući malo o pozadini istraženog djelovanja stigme na klijente te na onu formiranja samostigme, važno je podsjetiti se kako ona uključuje internalizaciju

društvene stigme, pri čemu je društvo izrazito utjecajna sastavnica u životu mladih osoba. Možda prihvaćanje obitelji, iako važno nije dovoljno da osoba ne zauzme negativan stav prema sebi zbog traženja pomoći, kako tek „izlaženjem“ iz svoga doma u društvo, otkriva svoje obilježje i procjenjuje ga prema zakonima društva. Općenito, naš nalaz o važnosti socijalne podrške za samostigmu upućuje na sličnost s rezultatima za dobivenu manju internaliziranu stigmom psihičke bolesti kod osoba s većom socijalnom podrškom (Chronister, Chou i Liao, 2013). Odnos samostigme klijenata te procijenjene kvalitete terapijskog saveza u našem istraživanju u skladu je s drugim istraživanjima koja pronalaze njihovu negativnu povezanost ili u kojima niža samostigma značajno uspijeva predvidjeti pozitivniji terapijski savez (Kvrgić i sur., 2013; Owen i sur., 2013; Wade i sur., 2011). Čini se da ovi rezultati mogu upućivati na veliku važnost daljnjeg bavljenja ovim varijablama u psihoterapijskom kontekstu. Ranije spomenuti razlozi ove povezanosti kao unutarnjih konflikata osoba oko odlaska na psihoterapiju, a istovremenog osjećanja kako su zbog toga neadekvatni i što se posljedično reflektira na angažman u samoj psihoterapiji (Hatcher i Barends, 2006, prema Owen i sur., 2013) čine se mogućim objašnjenjima ove povezanosti. Možda se ove interpretacije mogu proširiti i na samo značenje psihoterapije i njezine uloge za klijenta. Ako psihoterapija za nekoga predstavlja pokazivanje slabosti i određene bespomoćnosti općenito tada će, pronalazeći se u istom kontekstu zbog vlastite odluke o odlasku na psihoterapiju osoba vrlo vjerojatno tako početi gledati i na sebe.

Pronalaženjem značajne negativne povezanosti percipirane razine društvene stigme i socijalne podrške, potvrđuje se prvi dio *hipoteze 1.b.* Zanimljivo je što je kod ove veze parcijalnim korelacijama ponovno naglašena uloga prijatelja kao izvora socijalne podrške. Ovo se čini logično, ako se uzme u obzir potencijalna važnost upravo prijatelja za definiciju društvene stigme. Ovdje ponovno razmatramo jednu od spomenutih mogućnosti Owena i suradnika (2013), u kojoj je društvena stigma isprepletena sa sustavom socijalne podrške te je donekle reflektira kada se pojave određeni problemi kod klijenata. Dodatno, percipiranje više društvene stigme u razvijenijem psihoterapijskom procesu možda u nekoj mjeri dovodi do narušavanja socijalnih odnosa ili slabiji socijalni odnosi uz manju podršku potiču gledanje na sebe kao na osobu stigmatiziranu od društva. Sve to naravno ovisi i o tome na koga su se osobe orijentirale zamišljajući „osobe s kojima su interakciji“ kada su odgovarale na pitanja u upitniku *PSOSH*.

Unatoč dobivenoj značajnoj blagoj i negativnoj povezanosti između percipirane razine društvene stigme i one terapijskog saveza ona postaje nulta kad se parcijalizira utjecaj samostigme. Time se ne uspijeva potvrditi drugi dio *hipoteze 1.b.* Nalaz neznačajne povezanosti navedenih varijabli je zapravo također u skladu s rezultatima istraživanja Owena i suradnika (2013) koji dobivaju nultu korelaciju društvene stigme i kvalitete terapijskog saveza. Stoga bi se moglo naslutiti da je dobivena negativna povezanost velikim dijelom uvjetovana samostigmom. Naši nalazi su možda korak prema potvrdi njihove usklađenosti sa objašnjenjem samostigme kao medijatora sličnih veza odnosno veze između javne stigme i stavova prema traženju moći (Vogel i sur., 2007). S druge strane, kako se upitnik koji smo koristili pretežito odnosi na zamišljanje situacije u kojoj se traži pomoć zbog posla i obrazovanja, moguće je da je to ipak nešto prihvatljivo u studentskoj populaciji. Možda bi rezultati bili drugačiji da se uputa odnosila na razlog trenutnog odlazanja na psihoterapiju. Činjenica da je velika većina klijenata nekome rekla za odlazanje na psihoterapiju možda upućuju na to da varijabilitet rezultata na ovom upitniku i ne reflektira u potpunosti varijabilitet na koji smo mislili. Za pretpostaviti je da barem dio onih koji doista smatraju kako bi odlazanje na psihoterapiju bilo stigmatizirajuće od njihovog društva to ne bi podijelio sa svojim bliskima. Ipak, moguće je i da klijenti unatoč tome što neke od njihovih bliskih osoba znaju da idu na psihoterapiju (npr. prijatelji) svejedno strahuju od stigmatizacije nekih drugih bliskih osoba kojima zato nisu rekli (npr. obitelji). Zbog svega toga je ipak važno ne otpisati društvenu stigmom, naročito zbog njezine višestruke i kompleksne uključenosti u cijelu konceptualizaciju stigme, ali uz prihvaćanje kako i već naši nalazi vjerojatno upućuju na direktniju povezanost samostigme i kvalitete terapijskog saveza od one društvene.

Kroz isprepleteni odnos samostigme, podrške prijatelja te kvalitete terapijskog saveza možda se može objasniti i potvrđivanje *hipoteze 1.c.*, pri čemu su klijenti s pozitivnije percipiranom podrškom prijatelja pozitivnije percipirali i kvalitetu terapijskog saveza. Takav nalaz je djelomično u skladu s istraživanjima koja ukazuju i na važnost obiteljskih veza za predviđanje kvalitete terapijskog saveza (Kokotovic i Tracey, 1990). Stoga je moguće da upravo specifični obrasci nepodržavajućih odnosa s prijateljima kroz stigmom ili samostalno oduzimaju određene zdrave potrebne resurse za ulaženje u novi i važan terapijski odnos s psihoterapeutom.

Time jesu li klijenti rekli za svoje odlazanje na psihoterapiju nekome od svojih bliskih osoba, pokušali smo dodatnim analizama vidjeti može li već sama ta informacija biti od značaja u

psihoterapijskom procesu te hoće li oni također upućivati na važnost davanja te informacije prijateljima. Informacija se, ako je dana bratu ili sestri te prijateljima uspjela statistički značajno pozitivno reflektirati na bolju kvalitetu terapijskog saveza, iako je zanimljivo da nije pronađena povezanost same podrške obitelji i terapijskog saveza. Jedno od mogućih objašnjenja bi moglo biti da sam čin otvaranja oko toga unutar obitelji, bazične strukture za razvoj pojedinca doprinosi mogućnosti razvoja odnosa na nešto boljoj razini povjerenja s terapeutom. Znaju li partner ili prijatelji se pokazalo kao zaštitnički faktor za samostigmu traženja pomoći ili obrnuto te se tako čini da je za neusvajanje stigme važno otvoriti se nekome tko nije iz obitelji (što je sukladno i nalazima za socijalnu podršku). Sve ove interpretacije, međutim ne mogu biti posve točne s obzirom na to da se nije kontroliralo imaju li uopće osobe roditelje/brata/sestru/prijatelje.

Na kraju, rezultati provjere *hipoteze 2* regresijskom analizom ukazuju na to kako bi samostigma traženja pomoći mogla imati i prediktivnu važnost za kvalitetu terapijskog saveza kod naših mladih hrvatskih klijenata (pretežito klijentica) u procesu psihoterapije. Temeljem rezultata korelacijskih analiza, moglo se naslućivati i o značajnosti percipirane razine podrške prijatelja kao značajnog prediktora. Iako je prema svojoj *p* vrijednosti percipirana razina podrške prijatelja doista imala najveću šansu biti statistički značajna u usporedbi s preostalim varijablama regresijska analiza upućuje na to da se ipak radi tek o tendenciji njezinog predviđanja kvalitete terapijskog saveza. Time se *hipoteza 2* može smatrati samo djelomično potvrđena, zbog isključivo jednog dobivenog značajnog prediktora terapijskog saveza u odnosu na njihov predviđeni broj te još nekih dodatnih ograničenja. Naime, prvobitan cilj bio je provjeriti predviđanje kvalitete terapijskog saveza kod klijenata koji su u ranom procesu psihoterapije. Većina klijenata u našem uzorku je, međutim, imala više od pet seansi pri čemu je taj broj mogao uvelike varirati. Za valjaniji zaključak bilo bi potrebno bolje ujednačiti klijente prema broju seansi, jer se uspoređujući ih bez obzira na njihov broj seansi izlažemo riziku da zapravo predviđamo nešto drugo. Tako je moguće da se predviđanje boljeg terapijskog saveza pripiše manjoj samostigmi dok je ona potencijalno rezultat samog protoka vremena i rada na odnosu ili nekih drugih nekontroliranih varijabli koje su se pojavile usred terapijskog procesa. Ipak, rezultati kontrolne varijable broja seansi u regresijskom modelu možda i ne upućuju da je to u potpunosti slučaj, s obzirom na to da razlike u broju seansi zapravo i nisu predviđale bolji ili lošiji terapijski savez. Unatoč potrebi za dodatnom provjerom ovih rezultata, zbog rezultata korelacijskih analiza i onih regresijske analize može se zaključiti da postoji velika vjerojatnost da



upravo samostigma traženja pomoći može biti od interesa za predviđanje boljeg ili lošijeg terapijskog saveza.

### *Metodološka ograničenja*

Provođenje empirijskog istraživanja u području psihoterapije može biti otežano različitim faktorima, posebno ako se pritom koriste instrumenti koji još nisu validirani. Tako je svakako prvo od ograničenja korištenje upitnika *WAI-SR*, *SSOSH-T* i *PSOSH* koji su za potrebe ovog istraživanja bili prevedeni na hrvatski te korišteni na našem uzorku bez prethodne validacije ili preliminarnog istraživanja. To se ponajviše odnosi na upitnik samostigme traženja pomoć pri čemu je i iz analize rezultata izbačena jedna čestica, a bilo je i još nekih indikacija za izbacivanje drugih čestica. Tako da se svakako preporučuje validacija ovih instrumenata, koja bi pridonijela evaluaciji valjanosti ovih rezultata te daljnjem razvoju istraživanja ovih konstrukata u psihoterapiji.

Drugo ograničenje se odnosi na specifičnost uzorka, distribucije rezultata te njegove reprezentativnosti. Kako se većinski radilo o odstupanju od normalnih distribucija sa statistički značajnim asimetrijama važno je razmotriti kako korelacije varijabli suprotno asimetričnih distribucija *a priori* nisu mogle biti visoke (Petz, 1997). Dakle, korelacije između varijabli pozitivno i negativno asimetričnih distribucija mogle su biti podcijenjene. To se odnosi na koeficijente povezanosti rezultata percipirane kvalitete terapijskog saveza i socijalne podrške s percipiranom razinom samostigme i društvenom stigmom traženja pomoći. Zatim, radilo se o anketnom istraživanju s ciljanom, namjernom populacijom. Stoga, uz problem manjeg broja sudionika, postoji problem reprezentativnosti našeg uzorka za populaciju pretežito ženskih mladih osoba u procesu psihoterapije u Hrvatskoj. Valja s oprezom pristupiti ovim interpretacijama te se pretežito orijentirati na zaključke vezane uz sam uzorak, a tek naslućivati o mogućoj pojavi sličnih obrazaca na većem broju klijenata sličnih karakteristika. Moguće je i da su zadovoljniji klijenti imali veću vjerojatnost sudjelovanja u istraživanju. Također, zbog naknadnog primanja rezultata i od klijenata koji su imali različiti broj seansi od tri do pet, ostaje nejasno kasnije osipanje sudionika zbog čitanja nepromijenjene upute. Možda je i pitanje koliki broj je od njih pažljivo čitao upute u preostalim dijelovima upitnika.

Sljedeće ograničenje se odnosi na izostanak kontrole nekih ostalih faktora važnih za terapijski savez kao na primjer psihološke dobrobiti, motivacije ili težine/vrste poteškoća s kojima su došli u psihoterapiju. Također, korištene su samoprocjene te se naravno dovodi u pitanje i posvemašnja iskrenost sudionika, iako je anonimnost upravo jedna od glavnih prednosti ovakvih anketnih istraživanja. Prikupljanje dodatnih podataka i procjena i od strane psihoterapeuta bi dalo dodatnu težinu dobivenim rezultatima.

Na kraju, radilo se o korelacijskom istraživanju s nemogućnošću utvrđivanja uzročno-posljedične veze te su se izraženosti pojava zabilježile u samo jednom vremenskom trenutku. Tako sve gore navedene interpretacije, iako naizgled usmjerene prema „predviđanju“ terapijskog saveza i stoga jednosmjerne, svakako nose svoje alternativno objašnjenje pri čemu druga varijabla objašnjava prvu ili pak postoji neka treća varijabla koja nije uzeta u obzir. Praćenje promjene kvalitete terapijskog saveza ili slično, dalo bi bližu sliku stvarnosti promatranih pojava. Koliko je teško provesti istraživanje u psihoterapiji dodatno potvrđuje i neuspješnost pokušaja da se karakteristike klijenata donekle uravnoteže uvjetom pohađanja od tri do pet seansi, međutim čak ni između tih seansi ne postoje jednaki razmaci te oni variraju od klijenta do klijenta. Ipak, kako se ovo istraživanje počelo baviti nekim manje istraženim, a važnim temama ono unatoč nedostacima donosi neke svoje vrijednosti i implikacije.

### *Praktične implikacije*

Prije svega, slično kao što to napominju Owen i suradnici (2013), čini se da samostigma traženja pomoći nije ograničena na period prije traženja pomoći već se može nastaviti i u procesu psihoterapije te negativno djelovati na klijentovu uključenost u isti. Stoga bi valjalo podsjetiti psihoterapeute da obrate pažnju na mogućnost zadržavanja takvih klijentovih stajališta i sličnih prepreka te da već na samom početku psihoterapije pokušaju ispraviti neka ugrožavajuća uvjerenja. To je naročito bitno jer je naša pretpostavka kako postoji indirektna veza faktora koji su povezani s terapijskim savezom i uspješnosti psihoterapije. Tako da sve na što možemo djelovati u kontekstu terapijskog saveza po mogućnosti doprinosi boljim ishodima psihoterapije (koje je teže mjeriti). U tome je krajnja vrijednost ovog i sličnih istraživanja, pokušati pronaći i

razumjeti dodatne kontekstualne faktore klijenata na koje se može djelovati, a koji su isprepleteni s negativnim ili pozitivnim ishodima psihoterapije.

Zatim, istraživanjem se daje dodatan poticaj da se, pored samostigme traženja pomoći u psihoterapiji, pokuša bolje istražiti specifičan nalaz o važnosti podrške prijatelja koja bi također mogla biti od značaja za kvalitetu terapijskog saveza u ovoj mladoj, pretežito studentskoj populaciji. Kada bi se to dodatno utvrdilo, ne bi bilo loše savjetovati psihoterapeutima da ohrabre svoje klijente i potiču ih na stvaranje pozitivnih socijalnih odnosa koji bi mogli djelovati zaštitnički i pomoći u njihovom kvalitetnijem zajedničkom radu i uspjesima. S druge strane, ako pak upravo dolaze na psihoterapiju zbog narušenih odnosa savjetovati psihoterapeutima da zbog toga nježno pristupe odnosu i najprije polako rade na povjerenju. Poticanjem prijateljskih odnosa kod studentske populacije mogla bi se tako potencijalno ostvariti dvostruka korist: smanjivanje vjerojatnosti usvajanja samostigme traženja pomoći te pospješivanje kvalitete terapijskog saveza.

Kako su se istraživanjem postavila i početna pitanja o tome može li već samo povjeravanje nekome u vezi odlaženja na psihoterapiju imati pozitivan učinak na kvalitetu terapijskog saveza, a bez da im ta osoba nužno pruža i zadovoljavajuću podršku ne bi bilo loše posvetiti pažnju i detaljnijem ispitivanju različitih neformalnih sustava pomoći klijenata te smisla povjeravanja bliskih osobama. Je li moguće da samo ukazivanje povjerenja nekoj nama bliskoj osobi indirektno može pomoći i u drugim odnosima, bez da nužno osjećamo kako možemo računati na tu osobu – ili je to pak jednostavan odraz postojanja takvih osoba u našim životima i njihove socijalne podrške? Mi smo u istraživanju dobili samo značajne povezanosti kao usputan nalaz, ali teško je odgovoriti na pitanje o značenjima istog.

Još jedna od implikacija ovog istraživanja je svakako ohrabrenje za korištenje prevedenih upitnika i njihova validacija u sljedećim istraživanjima. S obzirom na to da su se već i na našem malom uzorku hrvatskih klijenata pojavile povezanosti važnih varijabli i kvalitete terapijskog saveza, svakako bi bilo od koristi primijeniti prevedene upitnike u sličnim studijama te time ocijeniti instrumente, a i proširiti znanja.

Na kraju, dobivene su nove korisne informacije o ostalim klijentovim ili psihoterapeutovim podacima na ovoj vrlo specifičnoj skupini klijenata od 18 do 26 godina. Pozitivno je i da su svi klijenti po završetku istraživanja dobili pristup brošuri o stigmati traženja

pomoći te mogli saznati nešto o njoj, a u slučaju stigmatizirajućih vjerovanja i promijeniti mišljenje o sebi u ono pozitivnije.

## **Zaključak**

Dobiveni rezultati odnose se na hrvatski uzorak pretežito ženskih osoba od 18-26 godina koje su trenutno u procesu psihoterapije. Istraživanjem je potvrđena hipoteza da klijenti s većom razinom samostigme u određenoj mjeri percipiraju i veću razinu društvene stigme, nižu razinu socijalne podrške prijatelja te slabiju kvalitetu terapijskog saveza. Djelomično je potvrđena hipoteza da klijenti s većom razinom društvene stigme traženja pomoći donekle percipiraju i nižu razinu socijalne podrške prijatelja te slabiju kvalitetu terapijskog saveza. Razlog tome je da povezanost percipirane razine društvene stigme i kvalitete terapijskog saveza postaje nulta u slučaju izračuna parcijalnih korelacija kojim se kontrolira utjecaj samostigme. Potvrdilo se i da mlađi klijenti s većom razinom socijalne podrške prijatelja donekle percipiraju i bolju kvalitetu terapijskog saveza.

Rezultati regresijske analize upućuju na potencijalan značajan doprinos razine samostigme traženja pomoći u objašnjenju kvalitete terapijskog saveza, no ne i socijalne podrške prijatelja, kao ni preostalih varijabli. Time je djelomično potvrđena hipoteza koja je predviđala važnost svih navedenih varijabli za predikciju kvalitete terapijskog saveza. Manja razina samostigme predviđala je bolju percipiranu kvalitetu terapijskog saveza kod mlađih klijenata čije je iskustvo sa psihoterapijom različitog trajanja.

## Literatura

- Addis, M.E. i Mahalik, J.R. (2003). Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *American Psychologist*, 58(1), 5-14.
- Adewuya, A. O., Owoeye, A. O., Erinfolami, A. O. i Ola, B. A. (2011). Correlates of self stigma among outpatients with mental illness in Lagos, Nigeria. *International Journal of Social Psychiatry*, 57(4), 418-27.
- Al-Krenawi, A., Graham, J. R., Dean, Y. Z. i Eltaiba, N. (2004). Cross-national study of attitudes towards seeking professional help: Jordan, United Arab Emirates (UAE) and Arabs in Israel. *Int J Soc Psychiatry*, 50, 102-104.
- Alvidrez, J., Snowden, L. i Patel, S. (2010). The relationship between stigma and other treatment concerns and subsequent treatment engagement among black mental health clients. *Issues in Mental Health Nursing*, 13 (4), 257-264.
- Andrews, G., Issakidis, C. i Carter, G. (2001). Shortfall in mental health service utilization. *British Journal of Psychiatry*, 179, 417–425.
- Angell, B. (2003). Contexts of social relationship development among assertive community treatment clients. *Mental Health Services Research*, 5, 13-25.
- Barber, J. P., Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Thase, M. E., Weiss, R., Frank, A., Onken, L. i Gallop, R. (1999). Therapeutic alliance as a predictor of outcome in treatment of cocaine dependence. *Psychotherapy Research*, 9, 54-73.
- Birkel, R. C. i Reppucci, N. D. (1983). Social networks, information seeking, and the utilization of services. *American Journal of Community Psychology*, 11, 185–205.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research i Practice*, 16, 252–260.
- Brajša-Žganec, A., Kaliterna Lipovčan, L. i Hanzec, I. (2018). The relationship between social support and subjective well-being across the lifespan. *Društvena Istraživanja*, 27(1), 47–65.
- Calvo, R., Zheng, Y., Kumar, S., Olgiati, A. i Berkman, L. (2012). Well-Being and Social Capital on Planet Earth: Cross-National Evidence Evidence from 142 Countries. *Social Capital and Subjective Well-Being*, 7(8), 1–10.
- Castonguay, L. G. , Constantino, M. J. i Holtforth, M. G. (2006). The working alliance: Where are we and where should we go? *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 43, 271-179.
- Christensen, M. i Skogstad, R. (2009). What predicts quality of the therapeutic alliance in a cognitive behavioral treatment for children with anxiety disorders? Therapeutic alliance measured from the patient, therapist and observer perspective. Manuscripto inedito. *Det Psykologiske Fakultet*.
- Chronister, J., Chou, C.-C. i Liao, H.-Y. (2013). The role of stigma coping and social support in

- mediating the effect of societal stigma of internalized stigma, mental health recovery, and quality of life among people with serious mental illness. *Journal of Community Psychology*, 41(5), 582–600.
- Constantino, M. J., Castonguay, L. G. i Schut, A. J. (2002). The working alliance: A flagship for the “scientist-practitioner” model in psychotherapy. U G. Tryon (Ur.), *Counseling based on process research: Applying what we know* (str. 81-131). Boston: Allyn & Bacon.
- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59(7), 614–625.
- Corrigan, P. W., Larson, J. E., Kuwabara, S. A. i Sachiko, A. (2010). Social psychology of the stigma of mental illness: Public and self-stigma models. U J. E. Maddux & J. P. Tangney (Ur.), *Social psychological foundations of clinical psychology* (str. 51–68). New York, NY: Guilford Press.
- Corrigan, P. W. i Phelan, S. M. (2004). Social support and recovery in people with serious mental illness. *Community Mental Health Journal*, 40, 513–523.
- Eaton, T. T., Abeles N. i Gutfreund, M. J. (1988). Therapeutic alliance and outcome: impact of treatment length and pretreatment symptomatology. *Psychotherapy*, 25(4), 536–42.
- Eisenberg, D., Downs, M., Golberstein, E. i Zivin, K. (2009). Stigma and Help-Seeking for Mental Health Among College Students. *Medical Care Research and Review*, 66 (5), 522-541.
- Falkenström, F., Granström, F. i Holmqvist, R. (2013). Therapeutic alliance predicts symptomatic improvement session by session. *Journal of Counseling Psychology*, 60 (3), 317-328.
- Fischer, E. H. i Cohen, S. L. (1972). Demographic correlates of attitude towards seeking professional psychological help. *J Consult Clin Psychol*, 39, 70-74.
- Freud, S. (1912/1958). The dynamics of transference [Zur Dynamik der Übertragung]. (J. Starchey, Trans.). U J. Starchey (Ur.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (vol. 12, str. 99–108). London: Hogarth Press.
- Gaston, L., Mannar, C. R., Thompson, L. W. i Gallagher, D. (1988). Relation of patient pretreatment characteristics to the therapeutic alliance in diverse psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 483-489.
- Green, S. B. (1991). Multivariate Behavioral Research How Many Subjects Does It Take To Do A Regression Analysis? *Multivariate Behavioral Research*, 26(3), 499–510.
- Goodman, S. H., Sewell, D. R. i Jampol, R. C. (1984). On going to the counselor: Contributions of life stress and social supports to the decision to seek psychological counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 31(3), 306–313.
- Hall, A. M., Ferreira, P. H., Maher, C. G., Latimer, J. i Ferreira, M. L. (2010). The Influence of the Therapist-Patient Relationship on Treatment Outcome in Physical Rehabilitation: A

- Systematic Review. *Physical Therapy*, 90 (8), 1099-1110.
- Hatcher, R. L. i Gillaspay, J. A. (2006). Development and validation of a revised short version of the Working Alliance Inventory. *Psychotherapy Research*, 16(1), 12–25.
- Hersoug, A. G., Monsen J. T., Havik, O. E. i sur. (2002). Quality of early working alliance in psychotherapy: diagnoses, relationship and intrapsychic variables as predictors. *Psychother Psychosom*, 71(1), 18-27.
- Horvath, A. O. (2001). The alliance. *Psychotherapy*, 38, 365-372.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C. i Symonds, D. (2011). Alliance in Individual Psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9–16.
- Horvath, A. O. i Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36(2), 223–233.
- Horvath, A. O. i Greenberg, L. S. (1994). *The working alliance: Theory, research, and practice*. New York: Wiley.
- Horvath, A. O. i Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 61(4), 561–573.
- Horvath, A.O. i Symonds, B.D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-149.
- Hunsley, J. i Mash, E. J. (2008). Developing criteria for evidence-based assessment: An introduction to assessments that work. U J. Hunsley i E. J. Mash (Ur.), *Oxford series in clinical psychology. A guide to assessments that work* (str. 3-14). New York, NY, US: Oxford University Press.
- Jakovčić, I. i Živčić-Bećirević, I. (2009). Stavovi studenata prema traženju psihološke pomoći. *Socijalna Psihijatrija*, 37(1), 3–10.
- Jovanović, D. B., Lačković, M. i Pavlović, Z. (2007). Abeceda stigme. *Engrami*, 29(1–2), 79–86.
- Joyce A. S., Piper W. E. i Ogrodniczuk J. S. (2007). Therapeutic alliance and cohesion variables as predictors of outcome in short-term group psychotherapy. *Int J Group Psychother*, 57(3), 269–296.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O. i sur. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593–602.
- Klik, K. (2015). Risk and Protective Factors of Internalized Mental Illness Stigma. *Electronic Theses and Dissertations. Paper 2573*.
- Kokotovic, A. M. i Tracey, T. J. (1990). Working alliance in the early phase of counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 37(1), 16-21.
- Komiya, N., Good, G. E. i Sherrod, N. (2000). Emotional openness as a predictor of attitudes

- toward seeking psychological assistance. *Journal of Counseling Psychology*, 47, 138–143.
- Košćec, A., Štambuk, M., Sućeska Ligutić, R. i Prevedar, T. (2013). *Što studenti Sveučilišta u Zagrebu misle i/ili znaju o psihoterapiji?* 2. međunarodna konferencija Saveza psihoterapijskih udruga Hrvatske, 19.-20.10.2013., Zagreb.
- Kurtović, A. (2013). Odnos perfekcionizma i socijalne podrške s anksioznošću i depresivnošću kod studenata, 43(4), 189–200.
- Kvrgic, S., Cavelti, M., Beck, E., Nicolas, R. i Vauth, R. (2013). Therapeutic alliance in schizophrenia : The role of recovery orientation , self-stigma , and insight, 209, 15–20.
- Kwak, N. i Radler, B. (2002). A comparison between mail and web surveys: response pattern, respondent profile and Data quality. *Journal of Official Statistics*, 18(2), 257-273.
- Lambert, M. J. (2015). Effectiveness of Psychological Treatment. *Resonanzen – E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung*, 3(2), 87-100.
- Link, B., Cullen, F., Struening, E., Shrout, P. i Dohrenwend, B. (1989). A modified labeling theory approach to mental disorders: An empirical assessment. *American Sociological Review*, 54, 400–423.
- Link, B. G., Struening, E., Rahav, M. i Phelan, J. (1997). On stigma and its consequences: Evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *Journal of Health and Social Behavior*, 38, 177-190.
- Livingston, J. D. i Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: a systematic review of meta-analysis. *Social Science and Medicine*, 71, 2150-2161.
- Luborsky, L., Singer, B. i Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies; “Is it true that everybody has won and all must have prizes”? *Archives of General Psychiatry*, 32, 995–1008.
- Macewan, G. H. (2008). The Efforts of Therapists in the First Session To Establish a Therapeutic Alliance. *Masters Theses 1911 - February 2014*, 269.
- Mallinckrodt, B. (1996). Change in working alliance, social support, and psychological symptoms in brief therapy. *Journal of Counseling Psychology*, 43, 448–455.
- Martin, D. J., Garske, J. P. i Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438-450.
- Maulik, P. K., Eaton, W. W. i Bradshaw, C. P. (2009). The role of social network and support in mental health service use: Findings from the baltimore ECA study. *Psychiatric Services*, 60, 1222–1229.
- McCubbin, M. i Cohen, D. (1996). Extremely unbalanced: Interest divergence and power disparities between clients and psychiatry. *International Journal of Law and Psychiatry*, 19,



1-25.

- Medved, A. i Keresteš, G. (2011). Usamljenost u ranoj adolescenciji: spolne i dobne razlike te povezanost sa socijalnim odnosima. *Društvena Istraživanja*, 20(2), 457–478.
- Moras, K. i Strupp, H. H. (1982). Pretherapy interpersonal relations, patients' alliance and the outcome in brief therapy. *Archives of General Psychiatry*, 39 (4), 405-409.
- Owen, J., Thomas, L. i Rodolfa, E. (2013). Stigma for Seeking Therapy: Self-Stigma, Social Stigma, and Therapeutic Processes. *The Counseling Psychologist*, 41(6), 857–880.
- Paap, D. i Dijkstra, P. U. (2017). Working Alliance Inventory-Short Form Revised. *Journal of Psychotherapy*, 63(2), 118.
- Petz, B. (1997). *Osnove statističke metoda za nematematičare*. Jastrebarsko:Naklada Slap.
- Pinsof, W. M. i Catherall, D. R. (1986). the Integrative Psychotherapy Alliance: Family, Couple and Individual Therapy Scales. *Journal of Marital and Family Therapy*, 12(2), 137–151.
- Roehrle, B. i Strouse, J. (2008). Influence of social support on success of therapeutic interventions: A meta-analytic review. *Psychotherapy: Theory, Research i Practice*, 45(4), 464–476.
- Rosenfield, S. (1997). Labeling mental illness: The effects of perceived stigma vs. received services. *American Sociological Review*, 63, 230–245.
- Safran, J. D. i Wallner, L. K. (1991) The relative predictive validity of two therapeutic alliance measures in cognitive therapy. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 188-195.
- Saunders, S. M. (1996). Applicants' experience of social support in the process of seeking psychotherapy. *Psychotherapy*, 33(4), 617–627.
- Shateri, Z. E. . i Lavasani, F. F. (2018). Therapeutic alliance and early change in depression: Benefits of enhancing working alliance at the initial sessions of short-term supportive-expressive psychodynamic psychotherapy. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 20(1), 17–25.
- Sirey, J. A., Bruce, M. L., Alexopoulos, G. S., Perlick, D. A., Raue, P., Friedman, S. J. i Meyers, B. S. (2001). Perceived stigma as a predictor of treatment discontinuation in young and older outpatients with depression. *American Journal of Psychiatry*, 158, 479–481.
- Six, T. (2014). *Characteristics of highly effective therapists* (master's thesis). Faculty of Psychology and Educational Sciences, KU Leuven, Belgium.
- Smith, M. L. i Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32, 752–760.
- Snowden, L. R. (2007). Explaining mental health treatment disparities: Ethnic and cultural differences in family involvement. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 31, 389–402.

- Stanly, M., Beck, J. i Zebb,, B. (1998). Psychometric properties of the MSPSS in older adults. *Aging Ment Health*, 2, 186-193.
- Stiles, W. B., Shapiro, D. i Elliot, R. (1986). Are all psychotherapies equivalent? *American Psychologist*, 41, 165–180.
- Strokoff, J., Halford, T. C. i Owen, J. (2016). Men and psychotherapy. In Y. J. Wong i S. R. Wester (ur.), *APA handbooks in psychology series. APA handbook of men and masculinities* (str. 753-774). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Swan, L. K., Heesacker, M. i King, K. M. (2016). Are some descriptions of psychotherapy perceived as more (or less) stigmatizing than others? A preliminary investigation. *Stigma and Health*, 1, 263-268.
- Thomas, L. K. J. (2016). *Psychotherapy dropout : the influence of ethnic identity and stigma on early termination* . Louisville: Faculty of the College of Education and Human Development at the University of Louisville.
- Tucker, J. R. (2012). More than “mentally-ill”: Differentiating help-seeking from mental-illness stigma in a college population. *Graduate Theses and Dissertations*. 12489.
- Vogel, D. i Wade, N. G. (2009). Stigma and help-seeking. *The Psychologist* 22(1), 20-23.
- Vogel, D. L., Wade, N. G. i Ascheman, P. L. (2009). Measuring Perceptions of Stigmatization by Others for Seeking Psychological Help : Reliability and Validity of a New Stigma Scale With College Students. *Journal of Counseling Psychology*, 56(2), 301–308.
- Vogel, D. L., Wade, N. G. i Haake, S. (2006). Measuring the self-stigma associated with seeking psychological help. *Journal of Counseling Psychology*, 53(3), 325–337.
- Vogel, D. L., Wade, N. G. i Hackler, A. H. (2007). Perceived public stigma and the willingness to seek counseling: The mediating roles of self-stigma and attitudes toward counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 54(1), 40–50.
- Vogel, D. L. i Wei, M. (2005). Adult Attachment and Help-Seeking Intent : The Mediating Roles of Psychological Distress and Perceived Social Support, 52(3), 347–357.
- Wade, N. G., Post, B. C., Cornish, M. A., Vogel, D. L. i Tucker, J. R. (2011). Predictors of the Change in Self-Stigma Following a Single Session of Group Counseling, *Journal of Counseling Psychology*, 58(2), 170–183.
- Wendt, D. i Shafer, K. (2016). Gender and Attitudes about Mental Health Help Seeking: Results from National Data. *Health i Social Work*, 41(1), 20–28.
- Werner, P. Stein-Shvachman, I. i Heinik, J. (2009). Perceptions of self-stigma and tis correlates among older adults with depression: A preliminary study. *International Psychogeriatrics*, 1, 1180-1189.
- Wongpakaran, T., Wongpakaran, N. i Ruktrakul, R. (2011). Reliability and Validity of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support ( MSPSS ): Thai Version. *Clinical*

*Practice i Epidemiology in Mental Health*, 7, 161–166.

Zimet, G., Dahlem, N. W., Zimet, S. G. i Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30–41.

Živčić-Bećirević, I. i Jakovčić, I. (2013). *Naših prvih petnaest*. Rijeka: Sveučilište u Rijeci.

## **Prilozi**

### **Prilog 1. Opći upitnik**

#### **Uvodna pitanja**

##### **1. Dob:**

- a) 18
- b) 19
- c) 20
- d) 21
- e) 22
- f) 23
- g) 24
- h) 25
- i) 26
- j) Ostalo: \_\_\_\_\_

##### **2. Spol:**

- a) M
- b) Ž
- c) Ostalo: \_\_\_\_\_

##### **3. Grad u kojem sada živite: \_\_\_\_\_**

##### **4. Grad u kojem ste proveli najveći dio svojeg djetinjstva: \_\_\_\_\_**

#### **Status studiranja**

##### **5. Odaberite odgovor koji se odnosi na Vaš status studiranja ili trenutnu upisanu godinu studija:**

- a) 1. godina preddiplomskog studija
- b) 2. godina preddiplomskog studija
- c) 3. godina preddiplomskog studija
- d) 1. godina diplomskog studija
- e) 2. godina diplomskog studija

- f) 1. godina integriranog studija
- g) 2. godina integriranog studija
- h) 3. godina integriranog studija
- i) 4. godina integriranog studija
- j) 5. godina integriranog studija
- k) Nisam nikada studirao/la
- l) Završio/la sam fakultet
- m) Ostalo: \_\_\_\_\_

### **Fakultet**

#### **6. Na kojem fakultetu studirate ili ste završili?**

- Prirodoslovno-matematički fakultet
- Arhitektonski fakultet
- Fakultet elektrotehnike i računarstva
- Fakultet kemijskog inženjerstva i tehnologije
- Fakultet prometnih znanosti
- Fakultet strojarstva i brodogradnje
- Geodetski fakultet
- Geotehnički fakultet
- Građevinski fakultet
- Grafički fakultet
- Rudarsko - geološko - naftni fakultet
- Tekstilno - tehnološki fakultet
- Farmaceutsko - biokemijski fakultet
- Medicinski fakultet
- Stomatološki fakultet
- Veterinarski fakultet
- Agronomski fakultet
- Prehrambeno - biotehnološki fakultet
- Šumarski fakultet
- Edukacijsko - rehabilitacijski fakultet

- Ekonomski fakultet
- Fakultet političkih znanosti
- Kineziološki fakultet
- Pravni fakultet
- Učiteljski fakultet
- Filozofski fakultet
  - Antropologija
  - Arheologija
  - Etnologija
  - Filozofija
  - Informacijske znanosti
  - Jezici i književnost
  - Pedagogija
  - Povijest
  - Povijest umjetnosti
  - Psihologija
  - Sociologija
- Hrvatski studiji
  - Psihologija
  - Sociologija
  - Komunikologija
  - Filozofija
  - Povijest
  - Kroatologija
  - Latinski jezik
  - Religijske znanosti (FFDI)
- Katolički bogoslovni fakultet
- Akademija dramske umjetnosti
- Akademija likovnih umjetnosti
- Muzička akademija

**Ostalo:** \_\_\_\_\_

## **Završene godine studija**

### **7. Odaberite koju ste godinu završili:**

- a) 5. godinu integriranog studija
- b) 4. godinu integriranog studija
- c) 3. godinu integriranog studija
- d) 2. godinu integriranog studija
- e) 1. godinu integriranog studija
- f) 2. godinu diplomskog
- g) 1. godinu diplomskog
- h) 3. godinu preddiplomskog
- i) 2. godinu preddiplomskog
- j) 1. godinu preddiplomskog

**Ostalo:** \_\_\_\_\_

### **8. Radite li plaćeni posao?**

- a) DA
- b) NE

### **9. Idete li trenutno na psihoterapiju ili savjetovanje?**

- a) DA
- b) NE

### **10. Koliko ste do sada imali psihoterapijskih ili savjetodavnih seansi:**

- a) manje od 3 puta
- b) između 3 i 5 puta
- c) više od 5 puta
- d) ne znam

### **11. Zna li netko od vaših prijatelja/obitelji/partner/poznanik da ste u procesu psihoterapije?**

- a) DA
- b) NE

**12. Navedite tko (moguće više odgovora):**

- a) Roditelj/i
- b) Brat/sestra
- c) Djed/baka
- d) Partner/partnerica
- e) Prijatelj/ica
- f) Profesor/ica
- g) Poznanik/poznanica
- h) Netko iz šire obitelji (sestrična, bratić, teta, tetak, ujak, ujna...)

**13. Zna li još netko, a da nije naveden/a gore?**

- a) DA
- b) NE

**Tko još?**

**14. Navedite tko sve još zna:**

\_\_\_\_\_

**15. Jeste li razgovarali s nekim o traženju pomoći prije nego ste se odlučili za psihoterapiji ili Vam je netko pomogao u toj odluci?**

- a) DA
- b) NE

**16. Navedite tko je sve pomogao:**

\_\_\_\_\_

**Završno o psihoterapiji**

**17. Je li ovo Vaše prvo iskustvo s psihoterapijom?**

- a) DA
- b) NE

**18. Koliko godina ima Vaš psihoterapeut/kinja?**

- a) manje od 30
- b) između 30 i 40



- c) između 40 i 50
- d) više od 50

**19. Kojeg je spola Vaš psihoterapeut/kinja?**

- a) M
- b) Ž

**20. Koliko godina iskustva ima u svome radu?**

- a) manje od 5
- b) između 5 i 10
- c) između 10 i 20
- d) više od 20
- e) ne znam

**21. Je li Vaš psihoterapeut/kinja certificiran/a ili je još u edukaciji za psihoterapiju?**

- a) u edukaciji
- b) certificiran/a
- c) ne znam

**22. Znate li kojeg je psihoterapijskog pravca?**

- a) psihoanaliza, psihoanalitičkog ili psihodinamskog
- b) bihevioralnog ili bihevioralno-kognitivnog
- c) humanističkog (npr. geštalt, realitetna, transakcijska, logoterapija)
- d) sistemskog (npr. obiteljska, partnerska)
- e) ne znam
- f) Ostalo: \_\_\_\_\_

## Prilog 2. Brošura s informacijama o stigmatizaciji traženja pomoći

„Stigma je negativan socijalni proces etiketiranja, diskriminacije i isključivanja“  
(Jovanović i sur., 2007, str. 79)



# Stigma traženja pomoći

STIGMATIZACIJA OSOBA ZBOG ČINJENICE DA ODLAZE NA PSIHOTERAPIJU ILI SAVJETOVANJE

<h3>JAVNA STIGMA</h3> <p>=nepoželjna socijalna percepcija osoba koje zatraže psihološki tretman od strane društva općenito</p>	<h3>DRUŠTVENA STIGMA</h3> <p>=slična javnoj stigmi, s time da se stigmatizirane osobe nose s osuđivanjem od strane onih iz vlastitog socijalnog kruga</p>
	
<h3>SAMOSTIGMA</h3> <p>=pojava samoetiketiranja sebe kao takve socijalno nepoželjne osobe, zbog čega se osoba osjeća manje vrijednom te je ugroženo njezino samopoštovanje</p>	



## OPASNOSTI


Nazivati korisnike psiholoških tretmana slabima, ovisnima, čudnima i ostalim sličnim imenima je netočno i može povrijediti i narušiti dobrobit takvih osoba. One zbog toga često **skrivaju da idu na psihoterapiju ili uopće ne odluče potražiti pomoć**. Zna li da tek manje od 40% osoba sa psihološkim teškoćama traži neki oblik pomoći? Stigma pogađa osobe i za vrijeme primanja psihološkog tretmana što može dovesti do odustajanja od psihoterapije (iako im je pomoć potrebna!!!) i zauzimanja negativnih stavova prema psihoterapiji općenito.

## BORBA PROTIV STIGME

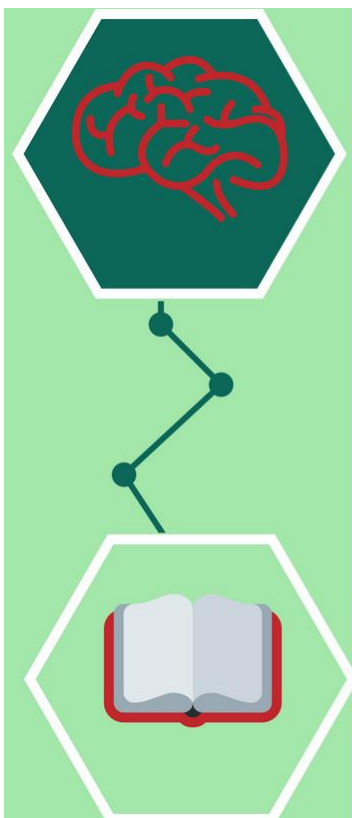
Protiv stigme se može boriti na tri načina: **edukacijom, protestom i kontaktom**. Ukratko, važno je razotkriti mitove i o psihološkim poremećajima i psihoterapiji općenito, djelovati protiv stigme i diskriminacije, susretati se s osobama koje idu na psihoterapiju te žive životom koji nije sukladan onom očekivanom zbog stigme. Na kraju, **ako imate određenih psiholoških poteškoća ili mentalnu bolest – važno je da potražite pomoć ako već niste, da se borite protiv stigme i ne dopustite da dovede do srama ili sumnje u sebe! Podijelite informacije koje imate o stigmatizaciji kako biste pomogli u zaustavljanju njezinog širenja! :**

## ZAŠTO TRAŽITI POMOĆ?

Istraživanja potvrđuju da su **psihološki tretmani uspješni i to za veći broj različitih poteškoća!** Dakle, psihoterapija u pravilu djeluje te može pomoći Vašem rastu, razvoju, nošenju s poteškoćama, rješavanju problema i ostalom. **Odluka o odlasku na psihoterapiju nije znak Vaše osobne slabosti već je korak prema radu na sebi!**



Izradila: Marija Tičić  
Mentorirala: doc. dr. sc. Adrijana Bjelajac



## Literatura:

Corrigan, P. (2004). How Stigma Interferes With Mental Health Care. *American Psychologist*, 59 (7), 614-625.

Corrigan, P. W. i Watson, A.C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Journal of Psychiatry*, 1, 16-19.

Jovanović, D.B., Lačković, M. i Pavlović, Z. (2007). Abeceda stigme. *Engrami*, 29 (1-2), 79-86.

Owen, J., Thomas, L. i Rodolfa, E. (2013). Stigma for Seeking Therapy: Self-Stigma, Social Stigma, and Therapeutic Processes. *The Counseling Psychologist*, 41 (6), 857-880.

Tucker, J. R. (2012). More than "mentally-ill": Differentiating help-seeking from mental-illness stigma in a college population. *Graduate Theses and Dissertations*. 12489.

Vogel, D. L., Wade, N.G. i Haake, S. (2006). Measuring the Self-Stigma Associated With Seeking Psychological Help. *Journal of Counseling Psychology*, 53 (3), 325-337.

Vogel, D. L., Wade, N.G. i Hackler, A. H. (2007). Perceived public stigma and the willingness to seek counseling: The mediating roles of self-stigma and attitudes toward counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 40-50.