

VKLJUČEVANJE DRUŽINSKIH ČLANOV IN DRUGIH BLIŽNJIH OSEB V PROCES ZDRAVLJENJA ODVISNOSTI OD ALKOHOLA

Zdenka Čebašek-Travnik, Jože Jakopič**, Radica Ivančič**, Maja Rus Makovec**, Ksenija Tabakovič***

UVOD

Odvisnost od alkohola je bolezen, ki jo biopsihosocialni dejavniki določajo tako pri njenem nastanku kot pri njenem zdravljenju. V sodobnih konceptih zdravljenja socialne dejavnike razumemo na dva načina: prvič kot kontekst za raziskovanje psiholoških in bioloških dejavnikov odvisnosti in drugič kot enega od fokusov zdravljenja. Raziskave kažejo, da so za zasvojenega pacienta njegov socialni kontekst oziroma njegovi odnosi pomembnejši vir moči za zdravljenje kot formalno določene terapevtske intervence v zdravljenju alkoholne zasvojenosti. Za najbolj učinkovite se izkažejo tiste oblike zdravljenja, ki vključujejo partnerje ali druge člane družine oziroma ljudi, ki tvorijo za pacienta pomembno socialno mrežo odnosov (1, 2). Aktualni prispevek bo prikazal izkušnje z vključevanjem družinskih članov in drugih bližnjih oseb v proces zdravljenja, ki smo si jih oblikovali na Enoti za zdravljenje odvisnih od alkohola Psihiatrične klinike Ljubljana. Opisane bodo izkušnje iz različnih faz procesa zdravljenja (začetna ambulantna obravnava, intenzivno hospitalno zdravljenje in podaljšana obravnava (after-care), ki so sestavni deli dolgotrajnega procesa zdravljenja. Prispevek začenjamo z informacijo o značilnosti bolezni odvisnosti v družinah. Ker je vsako fazo zdravljenja opisal drug avtor, so načini podajanja informacij različni ; zato pa bo mogoče bolje spoznati kompleksnost idej, intervenc in terapevtskih stilov, ki jih uporabljamo na področju zdravljenja odvisnosti od alkohola.

*Asist.dr.Zdenka Čebašek -Travnik, Psihiatrična klinika, Zaloška c. 29, 1000 Ljubljana.

** prim. Jože Jakopič, dr.med.,

** Radica Ivančič, v.m.s.,

** Asist. dr. Maja Rus - Makovec, dr. med.,

** Ksenija Tabakovič, v.del.ter.,

Psihiatrična klinika, Klinični oddelek za mentalno zdravje, Enota za zdravljenje odvisnosti od alkohola, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana

I. DRUŽINE IN BOLEZNI ODVISNOSTI (Z. Čebašek-Travnik)

1. NEKATERE ZNAČILNOSTI ODVISNIH DRUŽIN

Čeprav konkretnih številka zaenkrat ni na voljo, pa izkušnje terapevtov, ki zdravijo odvisne, kažejo, da značilnosti odvisne družine (3) lahko odkrijemo pri vsaki družini, katere posameznik išče strokovno pomoč. Številke so visoke in po nekaterih ocenah vsaj četrtina otrok odrašča v odvisnih družinah.

Odvisne družine imajo kljub vsej svoji raznolikosti nekaj podobnih lastnosti. Znano je, da so za družino mnogo usodnejši tisti učinki psihoaktivnih snovi (PAS), ki so neodvisni od njihove kemične zgradbe. Družine z odvisnostjo od alkohola torej ni mogoče razlikovati od onih z odvisnostjo od heroina, nasprotno, te družine so si na nek način zelo podobne. Gre za posebna in dokaj specifična dogajanja znotraj družine, ki se praktično vedno odražajo tudi v stikih posameznih družinskih članov z zunanjim svetom. Lastnosti, ki se pojavljajo pri *vseh družinskih članih* in ne le pri tistih, ki so dejansko odvisni od PAS, lahko razvrstimo v nekaj značilnih skupin:

- zamenjava prednostnih nalog v korist ukvarjanja s PAS (uživanje, iskanje, preprečevanje),
- negativne spremembe v sistemu vrednot (manjša resnicoljubnost, odgovornost, poštenost),
- zvečano tveganje za nastanek bolezni in poškodb,
- prezgodnje izgube in smrt in
- nasilje (duševno, telesno, spolno).

Družine se na odvisnost *prilagodijo*, jo sprejmejo kot družinsko lastnost, ki se nadaljuje skozi več generacij, kažejo vdanost v usodo in prevzemajo spremenjene vloge (na primer otroci prevzemajo naloge staršev). Proces zdravljenja je lahko za te družine večji stres kot odvisnost sama, zato pogosto omogočajo vzdrževanje odvisnosti s tem, da se preveč ukvarjajo z odvisno osebo, so do te osebe sovražne ali kako drugače provocirajo recidiv.

Našteli smo nekaj značilnosti, po katerih strokovnjaki prepoznamo odvisno družino, v kateri živi vsaj ena oseba z odvisnostjo od PAS. Vendar je odvisnost – kot bolezen posameznika – tudi izrazito subjektivni odnos med njim in PAS. Zato ne smemo pričakovati, da bo odvisnost (pri posamezniku) izginila sama po sebi, če bomo le znali pravilno vplivati na družino. Tudi kadar želimo usmeriti obravnavo na celotni družinski sistem, je treba najprej spremeniti odnos med PAS in posameznikom, torej doseči, da se posameznik odloči za abstinenco, jo doseže in vzdržuje.

2. VKLJUČEVANJE DRUŽIN V PROCES ZDRAVLJENJA ODVISNOSTI

Iz spoznanj sistemske teorije izhaja, da je v zdravljenje odvisnosti smiselno vključiti tudi družino, iz katere odvisna oseba izhaja oziroma v njej živi (4). Poznavanje odvisnosti kot bolezni družine nam omogoča spremembo paradigme oziroma zornega kota, iz katerega opazujemo in zdravimo odvisnost. Zdravljenje torej ni več usmerjeno izključno na odvisno osebo, temveč tudi na njeno družinsko okolje. Obravnavanje odvisnosti kot bolezni družine nam omogoča, da začnemo z zdravljenjem takoj, ko poišče strokovno pomoč eden od članov prizadete družine – ne glede na to, ali gre za odvisno osebo, ali za nekoga od njenih bližnjih.

Cilji zdravljenja odvisnih družin so:

- Zmanjševanje in odpravljanje težav, ki so nastale zaradi rabe alkohola ali druge PAS.
- Vzpostavitev in vzdrževanje treznosti (abstinenca od PAS) pri vseh družinskih članih.
- Spremembe v medsebojnih odnosih, spremembe vlog posameznih družinskih članov.
- Ustrezno socialno in materialno stanje družine (pomembno za prihodnost otrok).

Strokovnjaki, ki se ukvarjamo z zdravljenjem odvisnosti od alkohola, poznamo pomen družine pri nastajanju, vzdrževanju in zdravljenju odvisnosti. Tako kot je potrebno poznati diagnostiko odvisnosti pri posameznem bolniku, je treba biti več tudi pri odkrivanju tistih lastnosti družin, ki so specifične za odvisnost. Doktrino dela na tem področju razvijamo in uporabljamo tudi v Enoti za zdravljenje odvisnih od alkohola (EZO) v Ljubljani (v okviru Psihiatrične klinike Ljubljana) in nastaja na podlagi spoznanj in izkušenj pri delu z odvisnimi družinami.

Čeprav se zdi, da je “družinski” pristop k zdravljenju odvisnosti nekaj novega, pa se slovenska doktrina zdravljenja odvisnosti ponaša z aktivnim vključevanjem družine že več kot tri desetletja. Družine tako “vstopajo” in “izstopajo” iz posameznih stopenj zdravljenja skupaj s svojimi družinskimi člani, ki so odvisni od alkohola. Tako svojci ali druge “bližnje osebe” sodelujejo že pri diagnostiki in oceni odvisnosti ter pri odločanju o načinu zdravljenja, v katerem se bodo same aktivno udeleževale. Tak pristop k zdravljenju imenujemo *delo z družino* in ga lahko izpopolnujemo z različnimi metodami družinske psihoterapije. Zgolj dejstvo, da družinski člani sodelujejo v programu zdravljenja, še ne pomeni, da gre za izvajanje družinske terapije.

II. ZAČETNA AMBULANTNA OBRAVNAVA

DELO V ALKOHOLOŠKI AMBULANTI Z NAJBЛИŽJIMI SVOJCI OB PRIPRAVI ODVISNEGA OD ALKOHOLA ZA ZAČETEK ZDRAVLJENJA (J.JAKOPIČ)

V še ne tako davni preteklosti je bila oseba, odvisna od alkohola, sama in je veljala za izobčenca, ki se moteče vede in ga je treba krotiti s silo. Tudi tisti, ki so živeli z njim, so sčasoma obupali in ga prepustili njegovi usodi.

Potem se je ob alkoholno odvisnem pojavil zdravnik, ki se je po eni strani trudil, da bi odvisniku dopovedal, da ga alkohol uničuje, po drugi pa je prepričeval sebe, da gre za bolezen, ne da bi znal to bolezen definirati.

Odvisnikovi najbližji svojci niso vedeli, kaj naj storijo. Ob naraščajočih osebnostnih spremembah odvisnika so trpeli, se jezili, obupavali in se tudi sami osebno usmerili v določeno patologijo. V svoji stiski so tudi obiskovali zdravnika. Vzrok za njihovo trpljenje mu je bil poznan, ni pa jim mogel pomagati. Blaga pomirila in anksolitiki (ko so se pojavili) je bilo vse, kar so svojci lahko dobili.

Ob psihičnih zapletih, običajno ob alkoholnem bledežu, je prišla takšna oseba v psihiatrično bolnišnico. Kot bolnik je dobil močna pomirila in ostala zdravila, ki so lahko celo preprečila smrt. Ko si je opomogel, je po eni strani svojo trenutno bolezen skušal prikazati kot posledico živčnega zloma oziroma hudih življenjskih težav, po drugi strani pa je nemalokrat svojo hospitalizacijo v psihiatrični bolnišnici doživel kot (bolj ali manj pravično ali bolj ali manj krivično) kazen.

Psihiater pravzaprav tudi ni vedel, kaj bi z odvisnikom počel. Nekajkrat se je z njim pogovoril in njegov bolnik je ponavadi lepo sprejel pričakovano vlogo »kritičnega in uvidevnega alkoholika« ter se je potrudil, da je svojega terapevta prepričal o svoji resni nameri, da bo abstiniral. Kako dolgo bo abstiniral, ni povedal. Pa saj tudi psihiater ni vedel, kako dolgo naj bi to trajalo. Razšla sta se kot dobro dogovorjena, ki sta uspela drug drugega prepričati.

Svojci so bili v takratnem zdravljenju (dobrih 30 let nazaj) v dogajanje vključeni, kakor je pač naneslo. Nekateri so v tistem upanju čakali, da bo alkoholik umrl, nekateri so mu naskrivaj prinašali pijačo, ker je pač prosil zanjo, večina pa je upala, da bo vendarle nehal piti ali pa da bo vsaj »po pameti« pil.

Pravzaprav stroka s svojci ni vedela kaj početi. Včasih so bili moteči, ker so spraševali stvari, za katere ni bilo strokovnega odgovora. Včasih so bili celo deležni očitkov, ker da so oni vzrok za odvisnikov umik v gostilno in alkoholni opoj – pač glede na to, kakšno predstavo je imel zdravnik o vzrokih alkoholizma. Tudi zaradi obremenjenosti z velikim številom pacientov je zdravnik v psihiatrični bolnišnici takrat skrajšal svoje pogovore s svojci odvisnih od alkohola na minimum, na takozvane »informacije«. Ob nedeljah jih je dajal zdravnik, ki odvisnikov ni zdravil. Posebno o prognozi se je bilo s svojci mučno pogovarjati. Na Zahodu so obstajali klubi anonimnih alkoholikov že od leta 1935 naprej. Njihovo delo je že desetletja obsegalo tudi sodelovanje svojcev. Politični sistem pa pred 30 leti v Sloveniji ni dovoljeval, da bi se pri naš izven medicine začelo združevanje tistih odvisnikov, ki so bili pripravljene abstinirati in drug drugemu pomagati. Zato je na Hrvaškem začel ustanavljati psihiater prof. dr. Vladimir Hudolin klube zdravljenih alkoholikov in hkrati vpeljal v psihiatrijo skupinsko zdravljenje odvisnikov v malih skupinah in terapevtski skupnosti ter sodelovanje njihovih najbližjih svojcev. Takšno terapevtsko delo se je leta 1970 začelo tudi v Sloveniji.

Kompleksno socialno psihiatrično zdravljenje odvisnikov, kot smo to takrat imenovali, je dalo svojcem čisto drugačno vlogo. Sprva so pomagali pri zdravljenju, pa se je zelo zgodaj pokazalo, da so pogosto zdravljenja bolj potrebni kot identificirani odvisniki. Svojci so imeli takrat še eno vlogo: ob naših napačnih predstavah o bistvu spremenjene osebnosti odvisnika so nas dobesedno učili, seveda svojo plat, drugo plat alkoholizma pa so nas učili tisti zdravljenjenci, ki so ostali trezni in redno prihajali v klube.

Zagotoviti redno in aktivno sodelovanje ključnih svojcev ni bilo enostavno, kajti mnogi tega niso želeli. Kot vse drugo, kar je v zvezi z odvisnostjo, je bilo tudi to treba obrniti na glavo. Svojcev nismo prepričevali, naj sodelujejo, ampak smo zdravljenjence zavezali, da jih pridobijo za redno prihajanje na terapevtske dejavnosti.

V doktrini smo postavili trditev, da se odvisnik, ki si ne pridobi ključnega svojca, ga pa ima, ne more zdraviti. Potem se je to v krogih, ki niso bili navdušeni nad novim zdravljenjem, sprevrglo v ugotavljanje, da tisti, ki so brez svojcev, sploh ne morejo priti na zdravljenje. To je zanimiv pojav, kako nerazumevanje izkrivi doktrinarno načelo. Slednje je bilo v tem, da odvisniku ne moreš kaj dosti pomagati, če pri njem prevladujejo odpori in ne želi sodelovati, torej ne želi vzpostaviti stikov s ključnimi svojci. Sicer smo pa vedno zdravili in še zdravimo odvisnike, ki so brez svojca.

Odvisniku, ki se je namenil vključiti v zdravljenje, je treba naložiti obveznost, da pridobi ključnega svojca. Pri tistih, ki imajo partnerja, je to predvsem partner. Zdravljencu je treba seveda pomagati pri tej njegovi nalogi. Predvsem mora terapevt, ki vodi priprave za začetek zdravljenja, paziti na to, da svojca ne odžene. Včasih zadostuje že eno napačno vprašanje in si svojec premisli. Uvodni pogovori z obema so namenjeni vpogledu v situacijo in odprejo možnost, da si zdravljenec in svojec neke stvari povesta in sicer tako, da jih sporočita terapevtu. Običajno se namreč drug z drugim ne moreta pogovoriti, le skregati se znata, kar pa se ne sme zgoditi. V terapevtu vidita ponavadi rabsodnika, ki ga skuša vsak od njiju pridobiti na svojo stran in zato jima mora terapevt razjasniti, da on ni rabsodnik in da bosta zadevo rešila med zdravljenjem in nikakor ne hitro in lahko. Zelo je treba paziti, da drug drugega ne žalita, prav tako pa tudi, da terapevt ni žaljiv. Zato morajo biti vprašanja dovolj nevtralna. Žene ne smemo vprašati, ali njen mož pije preveč, kajti v takem vprašanju je več pasti. Morda ga ne bo želela ponižati in bo zanikala, kajti skrivanje tragične usode družine pred zunanjim svetom seže tudi v alkohološko ambulanto. Zato jo vprašamo raje, kako dolgo jo že moti moževo pitje. To se ne sliši hudo, ni obtožujoče, hkrati pa s takim vprašanjem prejudiciramo: seveda pije preveč, o tem ni dvoma, pogovorili pa se bomo sedaj o ženinem doživljanju, ki je seveda subjektivno. Ko žena odgovarja na to vprašanje, je moč opaziti več stvari: kdo je na koga jezen, ali pacient ne prenese kritike, ali je sploh pripravljen na zdravljenje... Vidi se tudi, ali žena skuša pacientu pustiti nekaj ugleda, je obzirna, ali pa ga ob tako »ugodni« priliki takoj skuša povsem izničiti.

Svojcu, ki bo sodeloval, je treba že ob prvem pogovoru povedati, kako je organizirano terapevtsko delo za svojce in koliko časa mu bo to vzelo.

Samo po sebi je razumljivo, da je treba med pripravami na zdravljenje raziskati morebitne svojčeve odvisnosti. Če kadita oba, ju je treba opozoriti na nujnost opustitve kajenja. Res je bolj malo možnosti, da bosta to storila, ampak o tem je treba spregovoriti že na začetku. Izkušnje so pokazale, da je opuščanje kajenja treba vpletati v vse nivoje zdravljenja odvisnosti. Druga odvisnost, ki postaja vedno bolj pogostna tudi pri svojcih, pa je odvisnost od pomirjeval in uspa-val, ki jih svojci dobivajo pri svojih zdravnikih, pa tudi pri prijateljih in iz drugih, nelegalnih virov.

Prva naloga, ki jo dobita odvisnik in njegov svojec, je, da spravita ves alkohol iz hiše oziroma stanovanja. Na tem je treba vztrajati. Na naslednjem sestanku je treba preveriti, ali sta nalogo izpolnila. Naslednja naloga je, da prebereta priporočeno literaturo in prebrano potem primerjamo z njuno stvarnostjo. Pred sprejemom na oddelek se je dobro s svojcem še enkrat dogovoriti glede njegovega sodelovanja.

III. INTENZIVNO HOSPITALNO ZDRAVLJENJE

1. TERAPEVTSKO DELO S POMEMBNI MI BLIŽNJIMI (SVOJCI) V HOSPITALNEM DELU ZDRAVLJENJA ODVISNOSTI OD ALKOHO LA (R. IVANČIČ)

Alkoholizem ni le bolezen posameznika, ki zlorablja alkohol, marveč je to bolezen družine, v kateri odvisnik živi. Zaradi kroničnega značaja bolezni, se z leti vsak član družine na specifičen način vplete vanjo. V programu zdravljenja skušamo s skupnimi močmi razplesti tisto, kar je bolezen zapletla. Program je zasnovan tako, da omogoča posamezniku vzpostaviti uvid v vzroke in posledice zasvojenosti, kar omogoči intenzivno spreminjanje odnosov v porušeni družinski skupnosti. Poleg bolnikov in terapevtov so v procesu zdravljenja najpomembnejši soudeleženci sodelujoči svojci. Praviloma vstopajo že v samem začetku kot najbolj (edini?) motivirani pobudniki za zdravljenje. Odvisnika pripeljejo v alkohološko ambulanto, sodelujejo v pripravi na bolnišnično zdravljenje, v samem zdravljenju in še pozneje v obdobju rehabilitacije.

V našem prispevku bomo opredelili in osvetlili nekatere značilnosti svojcev, ki so se vključili v zdravljenje odvisnih od alkohola. Opazovani vzorec je pripadal populaciji, ki je bila hospitalizirana na EZOA Psihiatrične klinike Ljubljana v obdobju od januarja 2000 do oktobra 2003. V analizi smo obdelali 272 naključno izbranih zdravljenecov od vseh 988 sprejetih v tem obdobju. 33 (12%) zdravljenecov ni imelo nikogar, ki bi redno ali občasno sodeloval v programu. Tej skupini pripadajo tisti, ki sicer živijo sami in so brez družine in bližnjih sorodnikov. Nekateri sicer imajo sorodnike, vendar jim ti zaradi posledic opijanj ne želijo več stati ob strani in pomagati pri zdravljenju. Sem spadajo tudi tisti, ki sodelovanje svojcev sami, iz različnih razlogov, odločno odklanjajo. Prognoza zdravljenja bolnikov iz te skupine je po naših izkušnjah slabša kot sicer.

239 (88 %) zdravljenecov ima redno ali pa občasno sodelujočega svojca. Najmočnejše zastopana skupina je **skupina partnerjev**. Obsega tako zakonske, kot tudi izvenzakonske partnerje. Istospolnih partnerjev v tej skupini ni bilo. Skupino partnerjev bi glede na spol lahko delili na dve podskupini, ki se po svojih specifičnostih pomembno razlikujeta. V podskupini partnerk pomembno izstopa problem pretirane rabe in zlorabe pomirjeval in analgetikov. V drugi podskupini pa je vodilni problem pretirana raba oz zloraba alkohola. Težave z alkoholom je lažje identificirati kot pa težave s tabletami. Ob ugotovitvah, da je tudi partner odvisen, je smiselna hospitalizacija obeh.

Tabela 1. Zdravljenje odvisnih od alkohola na EZOA. Sodelujoči svojci in druge pomembne osebe. N= 239.

Sodelujoči svojci – razmerje do zdravljenca	Število	Odstotek
Partnerji	140	51
Sorojenci	35	
Otroci	29	
Starši	17	
Drugi	18	

Otroci, ki vstopajo v program bolnišnične obravnave, morajo biti stari vsaj 18 let, kar pa ni pogoj za vključitev v nekatere druge programe. Posebnost te podskupine so deformirani medgeneracijski odnosi, z močnim emocionalnim nabojem, ko otroci postanejo skrbniki svojim staršem.

Pri sodelovanju staršev starostnih omejitev ne postavljamo. Ta skupina je najbolj rigidna in terapevtsko težko dosegljiva, včasih celo moteča, ker zavira napredovanja procesa zdravljenja.

Skupino drugih sodelujočih predstavljajo razni drugi sorodniki, sosedje, prijatelji, sodelavci itd. Skupina je zelo heterogena, čustvena povezanost z zdravljenecem je manj intenzivna, včasih celo zgolj formalna.

Svojci praviloma vstopajo v zdravljenje na samem začetku, včasih pa uspemo pritegniti tudi več članov družine, vendar ostane eden kot nosilec sodelovanja. Hospitalni del programa za svojce se intenzivno prepleta s programom, ki ga izpeljujejo zdravljenca. Poteka kontinuirano, vpet je v urnik in zajema tako **edukativni** kot tudi **psihoterapevtski del**. V povprečno tri mesečnem zdravljenju so svojci prisotni na oddelku do 18 dni. To predstavlja za večino zaposlenih svojcev veliko breme in tudi nevarnost, da zaradi odsotnosti izgubijo zaposlitev. Odsotnost z dela lahko krijejo z bolniškim staležem, pogosto pa se zaradi finančnih stisk raje odločajo za izrabo letnega dopusta, za menjavo turnusa, za kritje z nadurnim delom in podobno.

Prikazali smo le nekaj utrinkov s področja dela s sodelujočimi svojci. V programu zdravljenja so nedvomno zelo dragoceni soustvarjalci, ki lahko prispevajo k boljšemu poteku zdravljenja. Prizadevamo si tudi pri njih doseči drugačen odnos do alkohola, tablet in zdravljenja odvisnosti nasploh. Le s trudom in prizadevanjem vseh vpletenih obstaja možnost, da se ponovno vzpostavijo prej porušeni družinski odnosi. Stiske svojcev običajno niso nič manjše od stisk zdravljenecov, zato je prav, da jih sprejmemo, jim prisluhnemo in pomagamo.

2. PSIHOEDUKACIJA ZA SVOJCE (M.RUS MAKOVEC)

V zgodovini oblikovanja ustreznega sistema zdravljenja odvisnosti od alkohola, ko strokovni javnosti še ni bilo blizu v sedanjem času splošno sprejeto vedenje o veliki heterogenosti ljudi, ki so zasvojeni z alkoholom, njihovih nevrobioloških spremembah in o psihoterapevtskih potencialih, so poskušali vnesti pomembno spremembo v zdravljenje z učenjem informacij o učinkih in škodi, ki jo napravi alkohol. Tradicionalno zasnovani intenzivni programi zdravljenja zasvojenosti so namreč sloneli na podmeni, da zasvojenci pijejo alkohol, ker ne poznajo dovolj dobro posledic pitja, oziroma ker ne poznajo dovolj dobro same bolezni (5). Pogosto so se k prevelikemu odmerku edukacije zatekali tisti programi, ki so imeli premalo ustrezno izobraženega kadra in so na ta način nekako zapolnili vrzeli ali celo nadomestili druge oblike terapije. V aktualnem času smo glede na zgodovino zdravljenja privilegirani, saj znamo zaradi akumulacije znanja in izkušenj komponente zdravljenja veliko bolje razumeti in ustrezno umestiti v njegov kontekst. Z učenjem o bolezni se ne nadomešča psihoterapije, pač pa sodobno razumevanje psihoedukacijo uvršča med t.i. podporne terapevtske modalitete. V sodobnih pristopih k vsem psihosomatskim boleznim oziroma duševnim motnjam pa ugotavljajo, da je pomemben del procesa zdravljenja spoznavanje narave bolezni in kako oblikovati samozaščitno vedenje. Vemo tudi, da ljudje težje ali pa sploh ne procesiramo informacij o bolezni, če uporabljamo izrazite psihološke obrambe kot je zanižanje, minimaliziranje ipd. Praviloma pacienti, ki dobro napredujejo v psihoterapevtskem zdravljenju svoje odvisnosti, kažejo tudi bistveno večji interes za spoznavanje narave svoje bolezni, ker postopoma opuščajo nezrele psihološke obrambe (6). Zato ni vseeno, kdaj in na kakšen način uporabljamo to metodo (zato tudi ni ustrezen izraz »edukacija«, ampak »psihoedukacija«).

Glede na to, da zasvojenost z alkoholom izrazito vpliva na medsebojne odnose, ki ojačujejo, vzdržujejo ali omilijo znake in simptome bolezni pri identificiranem pacientu, potrebujejo tudi svojci oziroma pomembni bližnji ustrezno obravnavo, med drugim tudi s pomočjo psihoedukacije. Poglavitna razlika med identificiranimi pacienti in njihovimi svojci glede psihoedukacije je v tem, da so svojci praviloma (če niso sami v hujših psiholoških odporih kot identificirani pacienti, kar se tudi dogaja) v procesu zdravljenja bistveno prej motivirani za pridobivanje ustreznih informacij o bolezni.

Psihoedukacija je specifičen način učenja, ki naj bi pomagal človeku z duševno motnjo ali drugim zainteresiranim, poznati njene značilnosti in zmanjšati predsodke o bolezni; daje informacijo o strategijah spopadanja z duševno motnjo.

Ne gre za predavanja kot taka ali za »spraševanje snovi«, ampak za podajanje informacij na tak način, da jih ljudje lahko sprejmejo: posebej se je treba izogibati vzpostavitvi klasične hierarhične situacije učitelj – učenec. Ta je kontraindicirana in je znak strokovne neizkušenosti ali kontratransferni problem. Če psihoedukacijo izvajamo na ustrezen način, prinese olajšanje, ker bolj razumemo bolezen. Nikakor pa ne smemo vnašati dodatne anksioznosti. Psihoedukacija tudi ni zdravljenje odvisnosti, ampak je del celotnega načrta zdravljenja. Bazična psihoterapija (največkrat skupinska) v procesu zdravljenja povečuje pripravljenost pacientov in svojcev, da lahko »slišijo« ustrezne informacije in ustrezne informacije ojačujejo učinke psihoterapije. Z raziskavami so pokazali, da več kot ljudje vedo o bolezni in o njenem vplivu na življenje, več kontrole imajo nad njo, epizode bolezni pa so redkejše in manj intenzivne (7). O pozitivnem učinku psihoedukacije v procesu zdravljenja zasvojenosti ni več dilem (8).

Na enoti za zdravljenje odvisnosti od alkohola ljubljanske psihiatrične klinike smo oblikovali psihoedukativno skupino za svojce kot nadgradnjo ponedeljkovega programu, ki je skupen za paciente in svojce (dve terapevtski skupini z vmesnim odmorom). Nato po kratkem odmoru (po želji svojcev, ki imajo pogosto ob ponedeljkih popoldne še druge obveznosti) sledi psihoedukativna skupina za svojce, ki jo le-ti imenujejo »predavanje«. Celotna seansa traja 60 minut, ob neodzivnosti poslušalcev je lahko krajša. Večino psihoedukacije izvaja ena oseba. Po nekem tihem dogovoru nekoč v preteklosti jo izvaja vodja enote (med drugim zato, ker nima drugih ponedeljkovih skupin); pri nekaterih temah sodelujeta še en kolega in kolegica z enote, ki tudi nista nosilca bazičnega skupinskega zdravljenja. Teme, ki jih slišijo svojci v času povprečnega tromesečnega zdravljenja so: Odnos do alkohola v slovenski kulturi; Kako nastane odvisnost od alkohola; Značilnosti odvisnosti; Odvisnost od tablet; Posledice odvisnosti (telesne posledice, psihiatrični zapleti, psihološke in socialne); Posebne skupine odvisnih od alkohola; Proces zdravljenja; Rehabilitacija; Recidiv; Družina z odvisnim članom; Obravnava nasilja; Kajenje; Alkohol v partnerskem odnosu. Za določeno temo največkrat pripravimo čim bolj razumljivo informacijo v obliki predavanja okoli 20 – 25 minut (približno 20 minut naj bi bili ljudje povprečno zbrani pri poslušanju predavanj). Nato so povabljeni k vprašanju ali pripombam, vprašamo jih tudi, ali so kakšno informacijo posebej težko sprejeli, oziroma ne soglašajo s povedanim. Pozorni smo na latentne odpore / »podtone«, ki jih ne interpretiramo. Kadar želijo konkreten nasvet, opozorimo, da ne gre za terapijo v ožjem smislu, da pa jim lahko povemo, kako ljudje rešujejo te probleme in naštejemo možne izhode. Pogosto povedo svoje izkušnje tudi drugi svojci (strategija reševanja problemov). Težimo torej k pomirjanju in ne k večanju anksioznosti. Gre namreč za posebno situacijo, da so svojci pred »predavanjem« imeli dve

terapevtski skupini in jim je pogosto težko nesti domov čustvene vsebine, ki so jih ranile ali vznemirile. V bistvu se torej skozi »predavanje« oblikuje suportivna skupina svojcev, v kateri pogosto sporočijo svoje strahove, zamere in nezaupanja, saj so med »enakimi«. Implicitno sporočilo te na pol odprte in slabše kohezivne skupine (ker so njeni člani svojci iz petih psihoterapevtskih skupin) je motivacija za nadaljnje sodelovanje pri zdravljenju in sprejemanje nujnosti sprememb tudi pri njih samih, zniževanje burnih in sovražnih čustvenih odgovorov na vedenje odvisnika (»expressed emotion«), in vnos realističnega upanja. Odzivnost svojcev na pogovor o temi oziroma asociacije v zvezi s temo so različne glede na sestavo skupine; odziv sega od očitnega dolgočasje (pasivnega odpora), aktivnega odpora (npr. z omalovaževanjem informacije, ali programa), do tišine, ki daje lahko vtis aktivnega poslušanja, do aktivnega sooblikovanja z motiviranim spraševanjem in razčiščevanjem tistega, kar je bilo povedano. Praviloma in redno sta radovednost in razpravljanje majhni pri temah, ki obravnavajo nasilje v družini ali posledice za otroke. Verjetno gre za preveč boleče teme. Če je odpor prevelik, »predavanje« zaključimo prej (torej gre za fleksibilnost časa, nikoli pa ne podaljšujemo). Praviloma je čustveno zelo nabita tema o recidivu, sodelovanje pa intezivno. Pri psihoedukaciji skušamo biti čim bolj interaktivni, z nemoralizirajočim tonom sporočila, ki vzbuja realno upanje v možnost spremembe na bolje. Sproti se prilagajamo kognitivnim in drugim sposobnostim udeleženca. Tehnike dela so lahko zelo različne in inovativne; ena od kolegic – nosilk je na primer v začetku edukacije praviloma uvedla razpravljanje na določeno temo, s katerim je skušala identificirati prepričanje poslušalcev. Po tem uvodnem intenziviranju sodelovanja je nadaljevala s predavanjem, sledile so povratne informacije. Praviloma isti ali naslednji dan pri tiskem sestanku nosilec psihoedukacije poda timu relevantne informacije o odzvih svojcev na »predavanju«.

IV. PODALJŠANA OBRAVNAVA (AFTER-CARE)

(K.Tabakovič)

V tretji fazi zdravljenja, t.i. rehabilitaciji se sodelujoči svojci lahko vključijo v vse oblike nadaljevanja zdravljenja, ki so na voljo tudi odvisnim od alkohola. V naši EZOA se lahko vključijo v :

- individualno terapijo,
- partnersko terapijo,
- družinsko terapijo,
- ekstrahospitalne skupine parov,
- KZA (klubi zdravljenih alkoholikov),
- skupine samopomoči.

Od ciljev zdravljenja odvisnega od alkohola in sodelujočega svojca je odvisno, v kateri od naštetih oblik bodo nadaljevali zdravljenje. V času zdravljenja na oddelku sodelujoči svojci velikokrat ugotovijo, da imajo tudi sami težave, ki niso povezane izključno z življenjem v alkoholnem partnerskem odnosu, pač pa so povezane z njihovim mišljenjem, čustvovanjem in vedenjem in ugotovijo, da potrebujejo strokovno pomoč. Običajno se ti pari želijo vključiti v partnersko ali družinsko terapijo.

Pari, ki se v času zdravljenja v naši EZOA odločijo, da bodo še naprej živeli skupaj in za katere sama abstinenca odvisnega od alkohola ni edini cilj zdravljenja, se lahko vključijo v ekstrahospitalne skupine parov. V nadaljevanju predstavljam temeljne značilnosti pol odprte ekstrahospitalne skupine parov, ki jo vodim po principih transakcijsko-analitične psihoterapije.

Osnovni principi transakcijsko-analitične psihoterapije izhajajo iz patologije osebnosti. Psihopatološki fenomeni so direktno ali indirektno posledica škodljivega vpliva pomembnih ljudi na otroka in s tem posledično otrokovih napačnih zaključkov o pomembnih življenjskih vprašanjih. Ti zgodovinski vplivi so sestavni del osebnosti odraslega človeka in se kažejo v njegovem vsakdanjem funkcioniranju. Cilj terapije je jačanje logičnega dela osebnosti in slabljenje zgodovinskih vsebin, ki motijo ustrezno odraslo funkcioniranje in zaradi katerih ima posameznik v življenju težave. Metoda dela je zasnovana na analizi transakcij. Transakcija je definirana kot enota komunikacije in je sestavljena iz transakcijskega stimulusa prve osebe, transakcijskega odgovora druge osebe in povratnega odgovora na odgovor druge osebe. Tako lahko na osnovi pacientovega načina izražanja in sporočanja postavimo hipotezo o njegovih intrapsihičnih strukturah (diagnostika), hkrati pa so spretni terapevtove transakcije (intervence) osnovni način, s katerim terapevt lahko vpliva na pacienta in mu pomaga k spremembi (terapija).

V ekstrahospitalno skupino parov je vključenih šest parov, skupina ima tako s terapevtko trinajst članov. Seanse potekajo vsakih štirinajst dni po eno uro in petnajst minut. Partnerja sta enakopravna člana skupine, oba sta »pacienta«, svojec ni več predvsem v vlogi spremljajočega, v kateri je bil v času zdravljenja na oddelku. V skupini imata oba možnost delati na svojih problemih in na izboljšanju kvalitete njunega odnosa.

V ekstrahospitalni skupini imajo pacienti možnost:

dela na sebi v smislu osebnostne rasti,

prepoznavanja in izražanja čustev (to pomeni spregovoriti o svojih razmišljanjih, o svojih občutkih, čustvih, o svojem doživljanju določenih situacij...), dela

na medsebojnem sporazumevanju in razumevanju (reševanje konfliktov, dajanje neg. povratne zveze....).

Veliko pozornosti posvetimo prepoznavanju in izražanju neprijetnih čustev, predvsem jeze, saj je jeza čustvo, o katerem ima večina sodelujočih napačne predstave in posledično zaradi tega v medsebojnih odnosih veliko težav.

Delo v skupini ima veliko prednosti pred individualno partnersko terapijo, saj so ostali člani skupine test realnosti. Člani se počutijo med sebi enakimi bolj razumljeni, lažje sprejmejo konfrontacijo s strani ljudi, ki se jim dogajajo podobne stvari, hkrati pa imajo člani skupine moč, da z svojimi zgledi in s pozitivnimi vzpodbudami omogočijo in okrepijo spremembe pri posameznem članu in v partnerskem odnosu.

Izrednega pomena je, da se v tretjo stopnjo zdravljenja vključi tudi partner, saj sta za oblikovanje medsebojnega partnerskega odnosa odgovorna oba in le ob sočasnem delu na sebi in na odnosu je možno zgraditi nov, kvalitetnejši in zadovoljujoč partnerski odnos. To pa prav gotovo poveča možnosti za abstinenco in za kvalitetnejše življenje, ne samo odvisnega in partnerja pač, pa cele družine.

ZAKLJUČEK

Vloga svojcev v procesu zdravljenja odvisnosti ni ves čas istosmiselna: prehajajo lahko od vloge »pomočnika« do tistega, ki »sam potrebuje pomoč«. Po najbolj ugodno potekajočem scenariju tako identificirani pacient kot njegov svojec doživljata zdravljenje odvisnosti kot skupen projekt. Sicer veljajo v odnosu do svojcev enaka načela v zdravljenju kot za identificirane paciente: potrebujejo določen čas in motivacijsko spodbudo za premagovanje svojih psiholoških odporov, prebolevanje zamer in iskanje bolj konstruktivnih vzorcev vedenja. Pri delu s pomembnimi bližnjimi je zelo pomembno, da strokovnjaki zmoremo prepoznavati in nadzorovati svoje osebne izkušnje in preference (kontratransfer do svojcev). Nestrokovno je, če vnaprej določimo, da so svojci »krivi« za odvisnost pacienta, ali da so svojci vedno samo žrtve. Gre za zelo kompleksna medčloveška razmerja: nekoga, ki je v vlogi žrtve nekega nasilja ali zlorabe, smo res dolžni zaščititi, sicer pa je zbanaliziranje terapevtov na raven rabsodnikov in sodnikov strokovna napaka. Večinoma so svojci pripravljene sprejeti dejstvo, da sicer niso odgovorni za nastanek bolezni, da pa so jo nehote pomagali vzdrževati in da je zato tako pomembno, da tudi oni spremenijo svoje doživljanje in svoje strategije reševanja problemov. Morda je ravno zaradi dejanske ali namišljene pomembne odgovornosti za nastanek odvisnosti včasih

staršem tako težko ustrezno sodelovati pri zdravljenju njihovih odraslih otrok, kot govore o tem naše izkušnje?

Iz naših izkušenj tudi vemo, da se včasih pomemben svojec ne želi vključiti v sodelovanje pri zdravljenju, pa vendar se identificiranemu pacientu uspe izraziti ugodno zazdraviti. Res pa so, po dolgoletnih izkušnjah, to izjeme, ki potrjujejo pravilo (namreč o pomembnosti vključevanja socialne mreže v zdravljenje).

Avtorji smo se odločili, da v tem kontekstu ne bomo opisovali družinske terapije (v ožjem pomenu besede kot specifične metode zdravljenja) na področju odvisnosti, ker bi presegli okvire našega sporočila. Morda bomo to storili v prihodnje.

LITERATURA

1. Longabaugh R. Involvement of support networks in treatment. *Recent Dev Alcohol* 2003; 16: 133 – 47.
2. Galanter M & Brook D. Network therapy for addiction: bringing family and peer support into office practice. *Int J Group Psychother* 2001; 51: 101 – 22.
3. Liepman MR. The family in addiction, In: Miller MS ed. *Principles of addiction medicine*. Chevy Chase: American Society of Addiction Medicine Inc, 1994; Ch 1: 1-5.
4. Čebašek-Travnik Z. Družina in boleznii odvisnosti. In: Čebašek-Travnik Z, Rus Makovec M eds. *Zbornik prispevkov s seminarja Delo z družino* (Ljubljana: marec 1996). Ljubljana; Slovensko društvo za družinsko terapijo, 1996: 31-8.
5. Vaillant GE. Natural history of addiction and pathways to recovery. V: Graham AW, Schultz TK, Wilford BB (ur.). *Principles of Addiction Medicine* (2nd ed.). Chevy Chase: ASAM, 1998: 295 – 341.
6. Washton AM. Structured outpatient group therapy. In: Lowinson JH, Ruiz P, Millman RB, Langrod JG (ur.). *Substance Abuse. A comprehensive textbook* (3rd ed.). Baltimore; Williams & Wilkins, 1997: 440 – 447.
7. www.mental-health-matters.com/articles
8. Kominars KD. A study of visualization and addictive treatment. *J subst Abuse Treat* 1997; 14 (3): 213 – 23.