

DINAMIKA IN FUNKCIONIRANJE DRUŽINE KOT DEJAVNIKA TVEGANJA ZA RAZVOJ ODVISNOSTI OD PSIHOAKTIVNIH SNOVI

THE DYNAMICS AND FUNCTIONING OF THE FAMILY
AS A RISK FACTOR FOR THE DEVELOPMENT
OF SUBSTANCE USE DISORDER

Katja Dular, *dr. zakonske in družinske terapije*

Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Soča, Linhartova 51, 1000 Ljubljana

katja.dular@gmail.com

POVZETEK

V raziskavi nas je zanimalo, kateri rizični dejavniki funkcioniranja družine prispevajo k razvoju odvisnosti od psihoaktivnih snovi (PAS). Merili smo jih z dvema vprašalnika o družinski dinamiki in funkcioniranju družine. V raziskavo smo vključili odvisne osebe (klinična skupina), ki so bile vključene v zdravljenje na Centru za zdravljenje odvisnih od PAS (N = 101), in osebe brez odvisnosti (kontrolno skupino) (N = 96). Rezultati vprašalnikov kažejo statistično pomembno nižje vrednosti v družinah odvisnih oseb na večini merjenih dimenzij družinske dinamike (kohezivnost, ekspresivnost, neodvisnost, organizacija, intelektualna in rekreacijska usmerjenost, avtonomija in intimnost) kot pa v družinah brez odvisnosti. V družinah oseb z odvisnostjo je ta pogosteje prisotna tudi že pri prejšnjih generacijah. Dobljeni

rezultati kažejo dejavnike tveganja za razvoj odvisnosti in sklepamo lahko o pomembnosti vključevanja poglobljene družinske terapije v programe zdravljenja odvisnosti od PAS.

KLJUČNE BESEDE: *odvisnost od psihoaktivnih snovi, rizični dejavniki, funkcioniranje družin, zdravljenje odvisnosti.*

ABSTRACT

In our study, we sought to determine which risk factors of family functioning contribute to the development of substance use disorder. The factors were measured using two questionnaires on family dynamics and functioning. Our research included individuals suffering from substance abuse (clinical group) who had undergone treatment at the Centre for treatment of drug addiction (N = 101), and individuals with no addiction (control group) (N = 96). The results of the questionnaires show statistically significant lower values in most measured dimensions of family dynamics (cohesion, expressiveness, independence, organization, intellectual and recreational orientation, autonomy, intimacy) among families of drug abuse clients than in families without drug abuse. Families of individuals with substance use disorder frequently report instances of drug abuse in prior generations. The results obtained reveal certain risk factors for the development of substance use disorder. Drawing on that, we can conclude that it is highly important to include in-depth family therapy in substance abuse treatment programs.

KEYWORDS: *substance use disorder, risk factors, functioning of the families, substance abuse treatment.*

UVOD

V zadnjih dveh desetletjih sta se razumevanje in pogled na odvisnost spremenila in danes vemo (Carnes, Delmonico, Griffin in Moriarty, 2010; Kastelic in Kostnapfel-Rihtar 2006; Maisto, Galizio

in Connors, 2008), da je odvisnost bolezen, ki pri posamezniku z odvisnostjo dokazljivo spremeni delovanje možganov in afektivno regulativne mehanizme ter vpliva na njegovo telesno, duševno in socialno blagostanje. Na podlagi mnogo raziskav (Arteaga, Chen in Reynolds, 2010; Tafà in Baiocco, 2009) lahko ugotovimo, da pri razvijanju odvisnosti pomembno vlogo nosijo dejavniki, ki vplivajo na oblikovanje psihičnega aparata v zgodnjem otroštvu. V literaturi je opisanih mnogo eksogenih in intrapsihičnih rizičnih ter zaščitnih faktorjev pri razvoju odvisnosti od psihoaktivnih snovi (Friedman, Terras in Kreisher, 1995; Hawkins, Catalano in Miller, 1992; Wills, Sandy, Yaeger in Shinar, 2009). Med zunanjimi dejavniki raziskovalci največji vpliv pripisujejo starševski zlorabi substanc, ki se povezuje z zlorabo psihoaktivnih snovi pri mladostnikih (Bidokhti, Yazdandoost, Birashk in Schottenfeld, 2006). Po drugi strani ne moremo mimo pomembnosti družinskih odnosov in družinske dinamike, za katere poročajo, da napovedujejo boljši izid zdravljenja in lažjo separacijo: bližina – kohezija in navezanost, organizirana družina, usmerjenost k ciljem, starševski nadzor, sodelovanje v socialnih in rekreacijskih dejavnostih in manj konfliktov v družini (Bidokhti idr., 2006; Bray, Adams, Getz in Baer, 2001; Moos, 1990; Moos in Moos, 2007; Slesnick in Prestopnik, 2004).

Namen te raziskave je bil ugotoviti, v katerih značilnostih funkcioniranja se razlikujejo družine z odvisnim članom od družin brez odvisnosti. Posledično lahko ugotovljenim dejavnikom tveganja znotraj družinskega funkcioniranja namenimo več pozornosti v procesu zdravljenja odvisnosti od PAS in tako pripomoremo k vzpostavitvi stabilnejše abstinence pri osebah, odvisnih od PAS.

DEFINICIJA ODVISNOSTI OD PAS

Sindrom odvisnosti od psihoaktivnih snovi (PAS) je mogoče določiti, ko povežemo fiziološke, vedenjske in kognitivne dejavnike, ki enopomensko opredeljujejo bolezen odvisnosti. Osnovna značilnost tega sindroma je želja po uživanju psihoaktivnih snovi z namenom produciranja užitka (pozitivno ojačevanje)

in zmanjševanja neprijetnih čustev (negativno ojačevanje) (American Psychiatric Association (APA), 1994; Maisto idr., 2008; Westphal, Wesserman, Messon in Sorensen, 2005; Winters, Fahnors in Botzet, 2007).

V letu 2010 so na Inštitutu za varovanje zdravja RS (Drev, Štokelj in Krek, 2011) naredili analizo 18 slovenskih centrov (Centri za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog (CPZOPD) in Center za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog (CZOPD)), kjer se zdravijo osebe, odvisne od PAS. Ugotovili so, da so izmed 3 332 oseb največji delež iskalcev zdravljenja med leti 2005 in 2011 tvorile osebe s težavami zaradi odvisnosti s heroinom (v 88 %), kokainom (27,5 %), sledijo alkohol (18,9 %), kanabis (18,3 %) ter hipnotiki in sedativi s 5,4 %.

K razvoju odvisnosti od PAS in njenemu vztrajanju prispeva veliko različnih osebnostnih, psihodinamičnih, kognitivnih, genetskih, vzgojnih, družbenih, (sub)kulturnih in navsezadnje tudi bioloških dejavnikov (Koob in Le Moal, 2010; Winters idr., 2007), ki jih bomo pogledali v nadaljevanju.

DEJAVNIKI TVEGANJA ZA NASTANEK ODVISNOSTI OD PAS

Dejavniki tveganja za nastanek odvisnosti so posameznikove lastnosti biološke in psihološke narave, ki v interakciji s socialnim okoljem povečujejo verjetnost, da nekdo postane odvisen (Archambault, 1992; Donovan, 2005). V literaturi obstaja veliko razvrstitev dejavnikov tveganja, a nobena ni idealna, saj se vzroki medsebojno prepletajo in vplivajo drug na drugega (Donovan, 2005; Lawson, 1992). Dejavnike tveganja v grobem razdelimo v tri velike skupine (Archambault, 1992):

1. **BIOLOŠKI DEJAVNIKI TVEGANJA:** fizična odvisnost, bolezen ali bolezenska motnja, medicinsko povezani problemi, genetske predispozicije, hormonsko neravnovesje, psihiatrična motnja.

2. PSIHOLOŠKI DEJAVNIKI TVEGANJA: slabe socialne spretnosti, nizka emocionalna raven, nizka samopodoba, negativen odnos do življenja, obrambni mehanizmi, mentalne obsesije, predsodki, slabe spretnost odločanja.
3. SOCIOKULTURNI DEJAVNIKI TVEGANJA: etnične in kulturne razlike, nefunkcionalna družinska dinamika, nizka izobrazba, brezposelnost, nasilni odnosi s sovrstniki in nevarno šolsko okolje.

V zadnjih 20 letih so strokovnjaki prepoznali številne dejavnike, s katerimi opredeljujejo skupine mladih, ki so bolj ogrožene za razvoj odvisnosti (Liddle idr., 2001; Robertson, David in Rao, 2003; Sullivan in Farrell, 2002). Nacionalni Inštitut za zlorabo drog v Združenih državah Amerike (NIDA) je opredelil 50 do 70 dejavnikov tveganja med osebami z odvisnostjo, njihovimi družinami in vrstniki, ki povečujejo verjetnost, da bo posameznik vpleten v rabo PAS (Dayton, 2001; Swadi, 1999), med obdobjem adolescence pa so med najpomembnejšimi družinski odnosi.

Z vidika systemske teorije (Cummings in Davies 2010), ki v zadnjem času pri zdravljenju odvisniškega vedenja pridobiva vrednost, se družino opisuje tudi s procesom vzajemnega razvoja (co-evolution), saj so tako otroci kot starši povezani v različnih razvojnih izzivih. Najpomembnejši cilj je omogočiti novi generaciji, da zraste, razvije občutek za ‚self‘ ter preraste in preoblikuje medgeneracijske vezi (Tafà in Baiocco, 2009), hkrati pa se poveča število dejavnikov (kulturnih, socialnih, individualnih, interpersonalnih), ki so v povezavi z rizično uporabo alkohola, tobaka in PAS (Hawkins idr., 1992). Glede na namen našega članka bomo izpostavili le tiste dejavnike tveganja za razvoj odvisnosti, ki so povezani z vplivom družine (glej **TABELA 1**, vir: Hawkins idr., 1992; United Nations office on drugs and crime, 2003).

Analiza raziskav o rizičnih in zaščitnih dejavnikih v več kot 50 državah je pokazala, da med rizične dejavnike za zlorabo PAS pri adolescentih spadajo konflikti v družini in s prijatelji, ki zlorabljajo PAS. Kot zaščitne dejavnike so prepoznali pozitiven odnos s starši, starši, ki omogočajo razviti strukturo in meje, pozitivno šolsko obdobje in verovanje (WHO, 2001). Delujejo lahko na

TABELA 1: Dejavniki tveganja in zaščite za adolescent, uporabnike drog

DEJAVNIKI TVEGANJA	ZAŠČITNI DEJAVNIKI	
Družina		
Kaotične domače razmere, konflikti v družini	Možnosti izobraževanja, socialni suport staršev (učenje staršev o ustrezni disciplini, reševanju konfliktov)	<i>Hawkins idr., 1992; Lane idr., 2001; NIDA, 1997</i>
Nizka povezanost, pomanjkanje zdrave navezanosti, vzgoje in slabi družinski odnosi	Starševsko spremljanje in nadzor z jasnimi pravili, s starševskim sodelovanjem v življenju otrok	<i>Hawkins, Catalano in Miller, 1992; NIDA, 1997; Spooner, Hall in Lynskey, 2001</i>
Starši in/ali drugi družinski člani zlorablajo PAS ali spodbujajo vedenja, ki vodijo k rabi PAS	Varna in stabilna družina	<i>Hawkins idr., 1992; Marsh, 1996; NIDA, 1997; Spooner, Hall in Lynskey, 2001</i>
Slabo in nekonsistentno starševstvo, neučinkovito starševstvo, negativna komunikacija	Močne vezi/navezanost med otroci in starši, suportivni in skrbni starši, družinska harmonija	<i>Hawkins idr., 1992; Lane idr., 2001; NIDA, 1997; Spooner, Hall in Lynskey, 2001;</i>
Nerealistična in previsoka pričakovanja	Močne družinske norme in moralna prepričanja	<i>Spooner, Hall in Lynskey, 2001</i>

različnih ravneh: individualni ravni (poudarek na življenjskih izkušnjah, ki so pomembnejše kot genetska obremenjenost), na ravni vrstnikov (izbor vrstnikov in narava njihove podpore), na ravni družine (zgodovina zlorabe PAS, učinkovitost družinske dinamike, komunikacija, disciplina, struktura strategij spoprijemanja, raven navezanosti med starši in otrokom, kakovost pravil in pričakovanj staršev, moč razširjene družine), na socialni in okolijski ravni (obstoječe socialne norme in stališča do rabe PAS, (ne)organiziranost življenjskega prostora) ter na ravni šole (odnosi z učitelji, uspešnost šolanja) (prav tam). Na to, ali bo otrok začel uporabljati PAS, vplivajo tudi naslednji splošni družinski dejavniki: šibka in nekonsistentna družinska skrb,

družinski konflikti in šibka povezanost družine (Hawkins idr., 1992).

Praktične izkušnje kažejo, da vplivi omenjenih dejavnikov na zlorabo PAS ne delujejo izolirano in sukcesivno, temveč hkratno in so v medsebojni interakciji (Winters idr., 2007). Pomembni so tako stopnja stresa, učinkovitost afektivnih mehanizmov spoprijemanja s stresom, otrokova stopnja temperamentne emocionalnosti (Molina, Chassin in Curran, 1994), kakovost starševskega spremljanja otroka (Chassin, Curran, Hussong in Colder, 1996) ob sovplivanju genetskih predispozicij (Lynskey, Ferguson in Horwood, 1994).

Skupna napovedna moč za razvoj odvisnosti od PAS je največja ob upoštevanju posameznikove starosti začetka rabe PAS, ob prisotnosti depresije, impulzivnosti, nizke samopodobe, delinkventnih predispozicij, stopnje (ne)gotovosti med vrstniki in zgodovine zlorabe v otroštvu (Becker in Grilo, 2005). Kljub temu pa je posamezne negativne vplive možno znižati, kar lahko dosežemo s poznavanjem in vključevanjem zaščitnih dejavnikov.

RIZIČNI DEJAVNIK STARŠEVSKE RABE ALKOHOLA IN PAS

Rizični dejavnik starševske rabe alkohola in PAS je poznan kot eden izmed najbolj pomembnih pri mladostnikovi zgodnji rabi PAS in spremljajočih vedenjih (Howard, 1992). Za starševski vzorec zlorabe PAS je ugotovljeno, da je neposredno povezan z zlorabo PAS pri mladostnikih. Odstotki odvisnih staršev se v eni izmed študij (prav tam) gibljejo okoli 30 in ob njih je 32 % otrok zlorabljalo alkohol. Ugotovili so tudi (Howard, 1992; Anderson in Henry, 1994), da imajo mladostniki, ki pogosto zlorabljajo PAS, vsaj enega izmed staršev, ki tudi zlorablja PAS.

Kljub veliki vlogi genetskih dejavnikov pri razvoju odvisnosti od PAS družinski model za zlorabo PAS bolj kot genetske dejavnike poudarja predvsem starševska pričakovanja glede rabe drog ter mladostnikovo zaznavanje njihovih pričakovanj in pogostosti zlorabe PAS (Barnes, 1990). Pri vsem tem starševa zloraba PAS

pogosto vpliva posredno, prek sloga vzgajanja in družinskega okolja (Swadi, 1994).

VLOGA NEFUNKCIONALNIH DRUŽINSKIH ODNOSOV PRI RAZVOJU ODVISNOSTI

Poznavanje disfunkcionalnih vedenjskih vzorcev, ki se pojavijo znotraj družine z razvojem odvisnosti, je zelo pomembno, saj lahko v procesu zdravljenja različno interferirajo med seboj. Posledično lahko spremenijo dinamiko in funkcioniranje med družinskimi člani, pojavijo se različna negativna vedenja (samopoškodovalno vedenje, prenašanje, odvisnost pri drugem članu družine) kljub najboljšim namenom celotne družine. Funkcionalnost družine je kontinuirana spremenljivka, pri čemer je glavni kriterij razlikovanja med funkcionalnimi in nefunkcionalnimi družinami uspešnost spoprijemanja s stresom (Catherall, 1998).

Nefunkcionalna družina z odvisnostjo se od funkcionalne družine razlikuje v več pogledih. Olson (2000) govori o treh dimenzijah, ki so bistvene za funkcionalno družino: družinska povezanost, družinska fleksibilnost in dobra komunikacija v družini.

Ker je družina omejen sistem, ki se mora prilagajati zunanjim stresorjem, da ohrani ravnovesje, je za njeno funkcionalno delovanje nujno potrebno, da je kot sistem fleksibilna. Kadar v družino vdre odvisnost, postane ta komplementarni del sistema ter vpliva na oblikovanje mej in razvoj podsistemov (Saatcioglu, Erim in Cakmak, 2006). V takšni disfunkcionalni družini je raven stresa zelo visoka in družina je bolj kot v uresničevanje razvojnih nalog in emocionalne rasti usmerjena v spoprijemanje s posledicami nefunkcionalnosti. To se izraža prek značilnih karakteristik (Catherall, 1998; Connell Henderson, 2000; Muisener, 1993):

- znikanje odvisnosti;
- poudarjanje prisotnosti normalnega stanja v družini za zunanjo okolico;
- poudarek na prelaganju in izpodrivanju občutka krivde na druge člane;

- neposredna raven komunikacije, nenapisano pravilo o prepovedi izražanja močnih negativnih čustev;
- konflikti v družini, kako se spoprijemati z odvisnim članom, kar pogosto privede k razpadu družine;
- vedenjske strategije, ki producirajo nasilje in zlorabo drog;
- visok delež transgeneracijskih odvisnosti v družini;
- prisotni so strukturni deficiti (pomanjkanje kohezije, rigidne vloge);
- manjša učinkovitost pri reševanju razvojnih družinskih problemov;
- pogosti zlomi v družinski dinamiki;
- težave z mejami v odnosih in med generacijami;
- težave z zaupanjem in intimnostjo;
- prevzemanje vlog, ki izražajo patologijo, nastalo zaradi odvisnosti;
- pogoste družinske disfunkcije: fizične, spolne in emocionalne zlorabe v družini, družine s starši s psihiatrično motnjo ali odvisnostjo.

Prilagajanje družinskemu okolju z odvisnostjo terja razvoj novih mehanizmov: oseba z odvisnostjo manipulira z družino (da lahko nadaljuje z odvisniškim vedenjem), družina pa deluje v smeri preprečevanja zlorabe in odvisnosti. Odvisnost je za družino velik stres in zastopa glavno mesto osredotočenosti, a se družina še vedno trudi uresničevati druge naloge (vzgoja otrok, preživetje, zadovoljitev psihičnih, emocionalnih potreb). Odvisnost najbolj prizadene čustveno področje in družinski člani se, da zadovoljijo najnujnejše potrebe, odpovedo manj pomembnim, takšni kompromisi med družinskimi člani pa zelo pogosto vodijo k razvoju disfunkcionalnih vzorcev interakcije (Connell Henderson, 2000). Do kakšne mere se bo disfunkcionalnost v odvisniški družini izrazila, je odvisno od okoliščin, v katerih se pojavlja. Te okoliščine so lahko položaj odvisnika v družini (partner, eden od staršev, otrok), prisotnost odvisnosti, pomembnost vloge osebe z odvisnostjo v celotnem delovanju družine in zunanji viri opore pri čim boljšem prilagajanju na odvisnost. Nekatere družine odvisnost prikrivajo, spet v drugih je jasno opazna navzven.

Jemanje drog enega družinskega člana pri članih družinskega sistema povzroča posttravmatsko stresno motnjo, ki je primerljiva z bivanjem v koncentracijskem taborišču (Bradshaw, 1996), stres pa se pri članih družine izraža v visokih ravneh fizične in psihološke obolevnosti (Copello in Orford, 2002; Velleman in Templeton, 2003). Če člani niso dovolj zgodaj deležni primerne terapije, lahko simptome prenašajo na naslednje generacije.

Vpliv nefunkcionalnosti družine na razvoj odvisnosti se lahko čuti tudi v treh generacijah (Knauer, 2002), gre za tako imenovani transgeneracijski prenos travme ali odvisnosti, ko lahko zgoraj omenjene lastnosti družine zaznamo tudi pri članu družine v naslednji generaciji (Connell Henderson, 2000).

Obrambni mehanizmi osebe z odvisnostjo so velikokrat nezreli in prispevajo k nerealni oceni samega sebe, zato otežujejo ali celo onemogočajo odločitve za zdravljenje. Po drugi strani pa so na določeni stopnji obrambni mehanizmi smiselni in vsak izmed njih ima svojo funkcijo (Rus-Makovec, 1994).

Hovestadt s sodelavci (Hovestadt, Anderson, Piercy, Cochran in Fine, 1985; Yelsma, Hoverstad, Anderson in Nilsson, 2000) so ugotovili, da sta nizki stopnji avtonomije in intimnosti v družini pomembna dejavnika tveganja, ki kažeta na odsotnost zdravega funkcioniranja med člani družine. Avtonomija pri otroku je odvisna od števila in kakovosti kompetenc staršev, zlasti od komunikacije, postavljanja strukture v času in prostoru ter varnosti in prepovedi. Razvije se v zdravi družini, kjer se poudarja jasnost izražanja, osebno odgovornost, spoštovanje drugih ter odkrito soočanje s problemi. Spodbujanje emocionalnega izražanja omogoča otrokom, da se naučijo izražati svoje misli, občutke, kot tudi da sprejmejo podobna ali različna mnenja in občutke drugih (Yelsma idr., 2000). Hkrati pa posameznik v zdravi družini razvije intimnost z odprtostjo, ekspresivnostjo emocij, soočanjem s konflikti, s spodbujanjem senzitivnosti med družinskimi člani, z ustvarjanjem prijetne atmosfere doma in z zaupanjem v dobroto človeške narave (Baumrind, 1991).

Študije o kakovosti odnosov v družini ugotavljajo, da intimnost in avtonomija (morda tudi prek bolj odprte komunikacije) zmanjšujeta verjetnost zlorabe PAS pri adolescentu (Doherty in

Allen, 1994; Lerner in Ohannessian, 1999). Abstinenci – v primerjavi z mladostniki, odvisnimi od PAS – poročajo o večji bližini s starši, o boljšem medsebojnem razumevanju in želji, da postanejo taki kot starši. Starši zdravih mladostnikov so jih bolj spodbujali, bili bolj suportivni, zaupali so vanje in jim pomagali pri soočanju s problemi, postavljali so jim jasne meje, ki so se izražale bolj prek spodbude kot pa kaznovanja (Lerner in Ohannessian, 1999).

Avtorja Hobfoll in Spielberg (1992) govorita o bistvenih dimenzijah v družini, ki pomagajo pri spoprijemanju s stresom in travmo: fleksibilnost in prilagodljivost v nasprotju z rigidnostjo, povezanost v nasprotju z nepovezanostjo, odprta komunikacija v nasprotju s skrivnostmi, jasnost mej v nasprotju z nejasnostjo ter struktura in obvladovanje v nasprotju s kaosom in nemočjo. Pomembna kakovost funkcionalne družine je njena čustvena povezanost, ki prispeva k dinamiki družinskega funkcioniranja. S tega vidika so bistvene tesne emocionalne vezi med posameznimi družinskimi člani, in to je tudi razlog, zakaj so družinski člani pomembni v procesu terapije (Pequegnat idr., 2001).

Za boljše razumevanje faktorjev, povezanih s ponovnim recidivom (ponovno jemanje PAS), je izrazito pomembno, da se čim bolj izpopolni metode zdravljenja in pristope, izboljša izid zdravljenja in zmanjša verjetnost recidiva po končani detoksikaciji. Z vprašalnikom Family environment scale (FES) v raziskavah ugotavljajo povezave med zlorabo PAS in družinskimi dejavniki:

1. DRUŽINSKO OKOLJE je bilo karakterizirano kot primitivno, manj kohezivno in organizirano ter s prisotnostjo več jeze, konflikti (Stanton in Shadish, 1997) in manj ekspresivnosti, samostojnosti, interkulturnega in aktivno-rekreacijskega udejstvovanja, več moralno- religijskega poudarka (Peters, 1990; Wu, Wei in Zhong-Hua, 2004) kot v družinah brez odvisnosti.
2. DRUŽINSKA KOHEZIJA Empirične študije poročajo o najnižji družinski koheziji pri odvisnih osebah, ki so zlorabljale veliko različnih PAS (Moos in Moos, 2007; Piercy, Volk, Trepper, Sprenkle in Lewis, 1991). Ugotavljajo tudi šibko podporo in kohezijo v odvisnih družinah (Andrews, Hops,

ary, Lichtenstein in Tildesley, 1991; Bidokhti idr., 2006; Friedman in Utada, 1992; Naderi; 2000). V slovenski raziskavi (Rus-Makovec idr., 2010) z odvisnimi mladostniki in njihovimi starši na zdravljenju so ugotovili pomembno nižjo oceno družinske klime. Potreba po starševski podpori med zdravljenjem se je pokazala za pomembno pri vztrajanju v programih zdravljenja.

3. DRUŽINSKI KONFLIKTI so statistično pomembno povezani z večjo zlorabo drog med mladimi (Madu in Matla, 2003). Izkazalo se je, da sta visoka raven konfliktov in nizka družinska kohezija prisotni v družinah z odvisnostjo od PAS (Nation in Heflinger, 2006; Rouhalamini, 2002). Longitudinalna študija (Duncan, Duncan, Biglan in Ary, 1998) je potrdila, da bolj konflikten odnos otrok-starši in več druženja s prestopniškimi vrstniki napovedujeta povečanje jemanja PAS v času. V programih zdravljenja so ugotovili, da več družinskih konfliktov in manj kohezije napoveduje povečanje jemanja PAS ter da izrazito vpliva na rehabilitacijo okolja in prisotnost psihiatričnih simptomov po koncu programov zdravljenja (Friedman, Terras in Kreisher, 1995; Godley, Kahn, Dennis, Godley in Funk, 2005; Orford idr., 2001; Wu, Lu, Sterling in Weisner, 2004).
4. SAMOSTOJNOST Pogosto poročajo o družinskem vzorcu, kjer gre za mešanico starševske prevpletenosti (pogosto matere) in kriticizma ali zavrnitve, medtem ko imajo osebe z odvisnostjo težavo, kako vzpostaviti funkcionalno samostojnost. Oseba z odvisnostjo zaradi vpletanja družinskih članov občuti veliko frustracijo, odpor in jezo, ki jo slej ko prej popelje k njej poznanemu mehanizmu razbremenitve (Bidokhti idr., 2006). Mednarodne študije odvisnih oseb in njihovih družin iz različnih držav (Združene države Amerike, Velika Britanija, Italija, Tajska) poročajo, da kar 60–80 % oseb, odvisnih od heroina živi s starši ali so v dnevnem kontaktu z njimi (Bidokhti idr., 2006; Stanton in Shadish, 1997).

Dosedanje raziskave kažejo, da ima urejanje družinskih odnosov in dinamike pomembno vlogo pri napovedovanju boljših izidov

zdravljenja odvisnosti od PAS. Predvidevamo, da družine odvisnih posameznikov funkcionirajo manj zdravo v primerjavi z družinami posameznikov, ki niso odvisni (kontrolna skupina), in da bo pri klinični skupini odvisnost pogosteje prisotna pri katerem od družinskih članov. Posledično bomo prispevali k utemeljitvi smiselnosti vključevanja družinske terapije v programe zdravljenja odvisnosti od PAS in k osredotočanju na rizične dejavnike družinskega sistema tako pri preventivi kot v procesu zdravljenja.

NAMEN RAZISKAVE

Raziskava je bila opravljena med februarjem in aprilom 2010, ko sta klinična skupina (osebe odvisne od PAS) in kontrolna skupina (osebe brez odvisnosti) rešili vprašalnike o družinskem funkcioniranju, ki so predstavljeni v nadaljevanju. Namen naše raziskave je bil ugotoviti, v katerih značilnostih funkcioniranja se razlikujejo družine z odvisnim članom od družin brez odvisnosti. Predvidevamo, da družine odvisnih posameznikov (klinična skupina) funkcionirajo manj zdravo v primerjavi z družinami posameznikov, ki niso odvisni (kontrolna skupina), in da bo pri klinični skupini odvisnost pogosteje prisotna pri katerem od družinskih članov. Ugotavljali bomo kateri dejavniki tveganja znotraj družinskega funkcioniranja najverjetneje prispevajo k razvoju bolezni odvisnosti od PAS. Cilji raziskave je tudi prispevati k utemeljitvi smiselnosti vključevanja družinske terapije v programe zdravljenja odvisnosti od PAS in osredotočanje na rizične dejavnike družinskega sistema. Posledično lahko ugotovljenim dejavnikom tveganja znotraj družinskega funkcioniranja namenimo več pozornosti v procesu zdravljenja odvisnosti od PAS in tako pripomoremo k vzpostavitvi stabilnejše abstinence pri osebah, odvisnih od PAS.

METODA

UDELEŽENCI

V raziskavi je sodelovalo 197 oseb, starih od 18 do 54 let. Med njimi je bilo 52 oseb ženskega in 145 oseb moškega spola. Osebe so bile razdeljene v dve skupini: klinična skupina (osebe odvisne od PAS na zdravljenju na Psihiatrični Kliniki Ljubljana – Center za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog) in kontrolna skupina (osebe na srednješolskem izobraževanju za odrasle). V klinični skupini je bil 101 udeleženec v starosti od 20 do 49 let ($M = 30,43$ let, $SD = 5,8$), od katerih je bilo 76 moških (75 % vzorca, $M = 30,5$ let, $SD = 5,9$) in 25 žensk (24 % vzorca, $M = 30$ let, $SD = 5,8$). Kontrolno skupino je sestavljalo 96 oseb, ki so bile med raziskavo stare med 18 in 54 let ($M = 31,99$ leta, $SD = 9,05$). Med njimi je bilo 69 moških (72 % vzorca, $M = 31,8$ leta, $SD = 9,1$) in 27 žensk (28 % vzorca, $M = 32,4$ leta, $SD = 9,1$). Skupini sta izenačeni po spolu in starosti.

PRIPOMOČKI

1. *Family Environment Scale*

Avtorja vprašalnika *Family Environment Scale (FES)* sta Rudolf H. Moos in Bernice Moos (1981, 2007). Vsebuje deset podlestvic, ki merijo značilnosti socialnega okolja vseh tipov družin. Lestvica ima 90 postavk, pri katerih se s križci ocenjuje, ali za osebo trditve držijo ali ne držijo.

Deset podlestvic FES ocenjuje tri področja oziroma dimenzije:

- **Družinski odnosi** se merijo s podlestvicami kohezija (stopnja pripadnosti, pomoči in podpore v družini), ekspresivnost (obseg podpore v odprtem vedenju in neposrednem izražanju občutij) in konflikti (količina neposredno izražene jeze, agresije in konfliktov med družinskimi člani).
- **Osebna rast** ali orientiranost na cilje se meri s podlestvicami: neodvisnost (asertivnost, samozadostnost in samostojno sprejemanje odločitev), orientiranost k dosežkom

(vključevanje šolskih, službenih aktivnosti v okvir dosežkov), intelektualno-kulturna usmerjenost (zainteresiranost za politične, intelektualne in kulturne dejavnosti), usmerjenost k aktivnostim in rekreaciji (stopnjo udeležbe v socialnih in rekreacijskih dejavnostih), moralno-religijski vidik (stopnja poudarka na etičnih in religioznih vsebinah in vrednotah).

- **Vzdrževanje ravnotežja v sistemu** se meri s podlestvicama organiziranost (pomembnosti jasne organizacije in strukture v načrtovanju družinskih aktivnosti in odgovornosti) in nadzor (obseg, v katerem družina uporablja postavljena pravila in postopke).

Zanesljivosti posameznih dimenzij vprašalnika FES naše raziskave so naslednje: $\alpha(\text{Kohezija}) = 0,863$; $\alpha(\text{Ekspresivnost}) = 0,762$; $\alpha(\text{Konflikti}) = 0,786$; $\alpha(\text{Neodvisnost}) = 0,481$; $\alpha(\text{Usmerjenost k dosežkom}) = 0,388$; $\alpha(\text{Intelektualno-kulturna usmerjenost}) = 0,730$; $\alpha(\text{Usmerjenost k aktivnostim in rekreaciji}) = 0,713$; $\alpha(\text{Moralno-religijski vidik}) = 0,608$; $\alpha(\text{Organiziranost}) = 0,684$; $\alpha(\text{Nadzor}) = 0,527$. Lahko rečemo, da večina koeficientov poroča o dobri notranji konsistentnosti dimenzij vprašalnika FES, razen dimenzij Neodvisnost, Usmerjenost k dosežkom, Moralno-religijski vidik, Nadzor, katerih rezultati so zaradi nižjih vrednosti koeficienta konsistentnosti manj zanesljivi.

2. *Family-of-Origin Scale*

Lestvica *Family-of-Origin Scale (FOS)* je delo avtorjev Hovestadt, Anderson, Piercy, Cochran in Fine (1985). Ima 40 postavk, ki opisujejo posameznikovo družino. Naloga udeležencev v raziskavi je, da na petstopenjski lestvici odgovarjajo, kako močno se strinjajo oziroma ne strinjajo s posamezno oceno, pri čemer ocena 1 pomeni „nikakor se ne strinjam“, ocena 5 pa „se popolnoma strinjam, da to drži za mojo družino“.

Avtorji poudarjajo, da se elementi avtonomije kažejo v jasnosti izražanja čustev (JIČ), v odgovornosti (O), v medsebojnem spoštovanju (MS), v odprtosti med člani družine (OMČD), v soočanju z izgubami ter ločitvami (SZL). Elementi intimnosti pa se odražajo v spodbujanju izražanja čustev (SIČ), ustvarjanju prijetnega

družinskega vzdušja (UPDV), spoprijemanju s konflikti s čim manj stresa (SKČS), sočutju med člani družine (SMČD), zaupanju in razvijanju zaupanja (ZRZ).

Seštevek pri vsakem posameznem elementu je največ 20 in najmanj 4 točke. Pri avtonomiji kot intimnosti je mogoče doseči najmanj 20 in največ 100 točk (skupni seštevek vsot pri vseh petih elementih za vsak posamezni dejavnik tveganja). Višji ko je rezultat, bolj sta v družini razviti avtonomija in intimnost. Skupno je pri seštevku vseh točk (za avtonomijo in intimnost skupaj) možno dobiti najmanj 40 in največ 200 točk.

Hovestadt in sodelavci poročajo o zanesljivosti Cronbachovega $\alpha = ,75$ in alfa na standardiziranih postavkah ,97. Koeficienti veljavnosti so ustrezni, vprašalnik dobro razlikuje med različnimi kliničnimi skupinami (med zakoni, v katerih so bili moški odvisni od alkohola, in zakoni, v katerih moški to niso bili). Tudi v slovenski raziskavi (Repič, 2006) se je izkazalo, da je preveden vprašalnik dobro razlikoval med skupino spolno zlorabljenih in nikoli spolno zlorabljenih oseb (Cronbachov $\alpha = ,97$).

Izračunane zanesljivosti alfa za posamezne lestvice vprašalnika FOS, ugotovljene na našem vzorcu, so naslednje: $\alpha(\text{JIČ}) = 0,714$; $\alpha(\text{O}) = 0,616$; $\alpha(\text{MS}) = 0,856$; $\alpha(\text{OMČD}) = 0,820$; $\alpha(\text{SIL}) = 0,804$; $\alpha(\text{Avtonomija skupaj}) = 0,924$; $\alpha(\text{SIČ}) = 0,787$; $\alpha(\text{UPDV}) = 0,841$; $\alpha(\text{SKČS}) = 0,845$; $\alpha(\text{SMČD}) = 0,758$; $\alpha(\text{ZRZ}) = 0,605$; $\alpha(\text{Intimnost skupaj}) = 0,936$; $\alpha(\text{Vsota avtonomija in intimnost}) = 0,964$. Lahko rečemo, da večina koeficientov poroča o dobri notranji konsistentnosti dimenzij vprašalnika FOS, razen dimenziji O – odgovornost in ZRZ – zaupanje in razvijanje zaupanja, katerih rezultati so zaradi nižjih vrednosti koeficienta konsistentnosti manj zanesljivi.

POSTOPEK

Dovoljenje za izvajanje raziskave smo pridobili s strani Komisije za medicinsko etiko, ki je proučila vse postopke in odobrila naše izvajanje raziskave. Vprašalnike smo razdelili klinični skupini v popoldanskem času, ko so končali dnevne obveznosti na zdravljenju. Reševali so jih v učilnici v skupini po 10 oseb. Kontrolni

skupini pa smo razdelili pred začetkom izobraževalnih programov (srednja šola za odrasle) po vnaprejšnjem dogovoru s profesorji. Ko smo jim razložili navodila, so med reševanjem kadarkoli lahko vprašali za pojasnila. Seznanjeni so bili, da je njihovo reševanje prostovoljno, anonimno in da so rezultati uporabljeni izključno za namene raziskave.

Za analizo podatkov smo uporabljali program SPSS. Za analizo medskupinskih razlik smo uporabili t-test za neodvisne vzorce z enako varianco in neparametrični test Mann-Whitney U za distribucije z nenormalno distribucijo rezultatov. Pri vprašalniku FOS smo na koncu s t-testi primerjali še povprečje skupnih vsot avtonomije in intimnosti, nato pa smo ti dve vsoti sešteli (seštevek avtonomije in intimnosti) in primerjali med obema skupinama.

REZULTATI

V raziskavi nas je zanimalo, v katerih značilnostih družinskega funkcioniranja in družinske dinamike se klinična in kontrolna skupina razlikujeta (**TABELA 2** in **3**) ter kakšna je povezava glede težav z odvisnostjo med anketiranci in njihovo izvorno družino (**GRAF 1**).

FUNKCIONIRANJE IZVIRNE DRUŽINE OSEB Z ODVISNOSTJO IN BREZ NJE

Kot je prikazano v **TABELI 2**, je primerjava klinične in kontrolne skupine v dimenzijah na testu FES pokazala statistično pomembne medskupinske razlike v družinskem funkcioniranju. Posamezniki iz družin brez prisotne odvisnosti poročajo o svojih izvirnih družinah kot o bolj kohezivnih, ekspresivnih, manj konfliktnih, z večjo stopnjo neodvisnosti, prav tako imajo boljše razvito organiziranost, v večji meri pa imajo izraženo tudi orientacijo k intelektualnim dejavnostim in telesnim aktivnostim.

TABELA 2: Izraženost posameznih dimenzij družinskega okolja (FES) v družinah, v katerih je bila prisotna odvisnost od PAS, in družinah brez odvisnosti

	KS		KLS		U (p)
	Me	Q1-Q3	Me	Q1-Q3	p
kohezivnost	8,0	7-9	5,0	2-8	U= -5,87 (p < 0,001)
ekspresivnost	7,0	6-8	5,0	3-7	U= -5,49 (p < 0,001)
konfliktnost	2,0	1-4	4,0	2-7	U= -6,14 (p < 0,001)
neodvisnost	7,0	6-8	6,0	4-7	U= -4,35 (p < 0,001)
usmerjenost k dosežkom	5,0	4-6	5,0	4-6	U= -0,75 (p = 0,45)
usmerjenost k intelektualnim - kulturnim dejavnostim	5,0	4-7	3,0	2-6	U= -3,42 (p < 0,001)
usmerjenost k aktivnostim in rekreaciji	6,0	4-7	4,0	2-6	U= -3,51 (p < 0,001)
moralno-religiozni vidik	3,0	2-5	3,0	2-5	U= -1,25 (p = 0,21)
organizacija	6,5	5-8	5,0	3-7	U= -3,62 (p < 0,001)
nadzor	4,0	3-5	4,0	3-6	U= -1,83 (p = 0,07)

FES = Family Environment Scale; Me = mediana; Q1-Q3 = interkvartilni razmik; KS = kontrolna skupina; KLS = klinična skupina; U = Mann Whitney U test; p = verjetnost za zavrnitev pravilne hipoteze.

AVTONOMIJA IN INTIMNOST V IZVIRNI DRUŽINI OSEB Z ODVISNOSTJO IN BREZ NJE

Klinična skupina na vseh kategorijah avtonomije in intimnosti (merjene z vprašalnikom FOS) v povprečju dosega nižje vrednosti od kontrolne skupine.

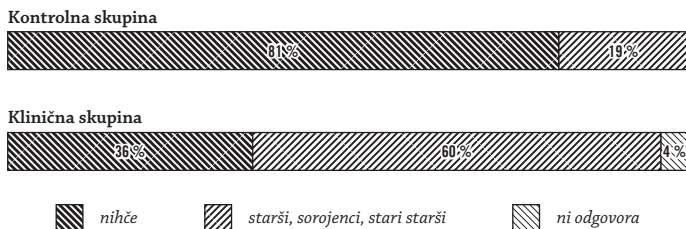
TABELA 3: Izraženost posameznih dimenzij avtonomije in intimnosti v družinah, v katerih je prisotna odvisnost od PAS, in družinah brez odvisnosti, merjenih z vprašalnikom FOS

	KS		KLS		t/Z	df	p
	M	SD	M	SD			
Vsota avtonomija	73,1	11,15	64,0	14,31	-5	188	(p < 0,001)
jasnost izražanja čustev	14,9	2,69	12,9	3,54	-4,699	186	(p < 0,001)
odgovornost	14,7	2,90	12,2	3,89	-5,15	185	(p < 0,001)
odprtost med člani družine	15,2	3,30	13,1	3,73	-4,151	195	(p < 0,001)
soočanje z izgubami in ločitvami	14,4	3,67	13,1	4,11	-2,347	195	(p = 0,02)
medsebojno spoštovanje	14,5	2,10	14,0	2,66	-3,021 ^a	/	(p < 0,001)
Vsota intimnost	77,5	13,75	64,4	16,08	-6,139	195	(p < 0,001)
spodbujanje izražanja čustev	15,9	3,36	13,4	3,85	-5,023	195	(p < 0,001)
sočutje med člani družine	15,1	3,15	12,8	3,70	-4,522	195	(p < 0,001)
zaupanje in razvijanje zaupanja	14,9	2,99	12,9	3,02	-4,347	195	(p < 0,001)
ustvarjanje prijetnega družinskega vzdušja	16,0	3,22	13,0	3,99	-6,178 ^a	/	(p < 0,001)
spoprijemanje s konflikti s čim manj stresa	15,0	3,58	13,0	4,07	-5,115 ^a	/	(p < 0,001)
Vsota avtonomije in intimnosti	150,7	24,30	128,4	29,47	-5,76	195	(p < 0,001)

^a Vrednosti so dobljene z uporabo neparametričnega testa (Z) za primerjanje dveh neodvisnih vzorcev.

FOS = Family-of-origin scale; M = aritmetična sredina; SD = standardna deviacija; KS = kontrolna skupina; KLS = Klinična skupina; df = stopnje svobode; p = verjetnost za zavrnitev pravilne hipoteze.

POVEZAVA GLEDE TEŽAV Z ODVISNOSTJO MED ANKETIRANCI IN NJIHOVIMI IZVORNIMI DRUŽINAMI



GRAF 1: Odvisnost od PAS v družinah iz klinične in kontrolne skupine v deležih.

Analiza odgovorov na vprašanje: Ali ima v družini kdo od vaše družine težave z odvisnostjo? je pokazala, da ima v klinični skupini glede na to, da jih nekaj odstotkov ni podalo odgovora, kar v 60 % v družini še nekoga, ki ima težave z odvisnostjo (starši, stari starši, sorojenci). V kontrolni skupini o prisotnosti odvisnosti med preostalimi družinskimi člani poroča 19 % udeležencev.

RAZPRAVA

Z rezultati smo ugotovili, da družine posameznikov, odvisnih od psihoaktivnih snovi (klinična skupina), funkcionirajo manj zdravo v primerjavi z družinami posameznikov, ki niso odvisni od psihoaktivnih snovi (kontrolna skupina). Odvisniki poročajo o nižji kohezivnosti, ekspresivnosti, neodvisnosti, organiziranosti, kulturni in rekreacijski usmeritvi ter višji stopnji konfliktnosti. Da so družine odvisnikov načeloma bolj konfliktno, nepovezane in je manj prostora za izražanje občutkov, poročajo tudi drugi avtorji (Moos in Moos, 2007; Orford, idr., 2001; Peters, 1990; Slesnick in Prestopnik, 2004), ki poudarjajo, da so družinski sistemi z odvisnostjo izrazito nefunkcionalni v svoji strukturi, dinamiki in odnosih.

Izrazite razlike med klinično in kontrolno skupino (TABELA 2) so se pokazale na prvi podlestvici vprašalnika FES – družinski odnosi, ki so v družini z odvisnostjo manj suportivni, manj ekspresivni in izrazito bolj konfliktni kot v družinah brez odvisnosti. Odvisni posamezniki tako svoje družine zaznavajo kot manj povezane in imajo občutek manjše pripadnosti med člani ter občutek, da ni vzajemne pomoči in podpore, ki ju potrebujejo. To potrjuje mnogo raziskav, ki ugotavljajo najnižjo kohezijo in podporo prav v družinah z odvisnostjo (Andrews idr., 1991; Bidokhti idr., 2006; Friedman in Utada, 1992; Moos in Moos, 2007; Naderi, 2000; Piercy idr., 1991; Rouhalamini, 2002). Tudi Rus-Makovčeva in sodelavci (2010) v raziskavi na slovenski populaciji odvisnih mladostnikov ugotavljajo, da ti na zdravljenju pomembno nižje ocenjujejo družinsko klimo v primerjavi z mladostniki, ki niso odvisni.

Znotraj družin, v katerih je prisotna odvisnost, je več konfliktov v primerjavi z družinami brez odvisnosti in s tem povezanih komunikacijskih težav ter težav z izražanjem jeze in agresije. Mnogo avtorjev poroča o tem, da se bolj konfliktni odnosi v družini povezujejo tako s povečanim jemanjem PAS kot s prisotnostjo odvisnosti v družini (Duncan idr., 1998; Madu in Matla, 2003; Nation in Heflinger, 2006). Ker raziskave ugotavljajo, da večja prisotnost konfliktov in manjša kohezija izrazito vplivata na uspešnost izida rehabilitacije po zdravljenju (Friedman idr., 1995; Godley idr., 2005; Orford, idr. 2001; Wu idr., 2004), lahko domnevamo, da so tu ključne in potrebne spremembe med zdravljenjem za zagotovitev poznejšega stabilnejšega domačega okolja.

V naši raziskavi smo ugotovili mnogo statistično pomembnih razlik v smeri bolj zdravega funkcioniranja družin znotraj kontrolne skupine brez odvisnosti v primerjavi s klinično skupino z odvisnim članom. Nekateri avtorji (Catherall, 1998; Connell Henderson, 2000; Muisener, 1993; Olson, 2000) to razliko opredeljujejo kot razlikovalno med funkcionalnimi in disfunkcionalnimi družinami ter poudarjajo, da so družinski sistemi z odvisnostjo izrazito nefunkcionalni v svoji strukturi, dinamiki in odnosih. V kronično nefunkcionalni družini so družinski člani zaradi selektivne odrezanosti od mnogo občutkov prisiljeni k odigravanju stereotipnih vlog (odgovoren član – podrejena partnerica ali otrok,

ki skrbi za odvisnika, funkcioniranje družine; družinski heroj – otrok, ki je zelo uspešen; grešni kozel – problematični otrok; klovn – neodrasel otrok, zabava za razbremenitev vzdušja).

Naši rezultati so pokazali, da so v družinah s članom, odvisnim od PAS, v primerjavi z družinami brez odvisnosti statistično pomembne razlike tudi na drugi podlestvici – osebna rast. Družinsko okolje v družinah z odvisnostjo svojim članom ne dovoljuje samostojnega sprejemanja odločitev, je manj usmerjeno k intelektualnim in kulturnim dejavnostim in tudi udeležbe v socialnih in rekreacijskih dejavnostih je bilo izrazito manj. Pogosto prisotna je starševska prevpletенost in kriticizem ali zavrnitev, medtem ko imajo osebe z odvisnostjo težavo, kako vzpostaviti funkcionalno samostojnost. Podobno so ugotovili tudi v mednarodnih študijah družin z odvisnostjo, pri čemer poročajo, da kar 60–80 % oseb, odvisnih od heroina, živi s starši ali so v dnevnem stiku z njimi (Bidokhti idr., 2006; Stanton in Shadish, 1997) in da je kar 88 % mater oseb, odvisnih od heroina, v pretirani emocionalni navezavi s svojimi sinovi (Kaufman in Kaufmann, 1979).

Razlike (**TABELA 2**) pa so se prav tako pokazale kot statistično pomembne na tretji podlestvici vprašalnika FES – vzdrževanje sistema, kjer imajo družine oseb z odvisnostjo manj jasno organizacijo in strukturo pri načrtovanju družinskih aktivnosti in odgovornosti v primerjavi z družinami oseb brez odvisnosti.

Mnogo statistično pomembnih razlik se je pokazalo tudi v manj funkcionalnem delovanju družin z odvisnostjo na vprašalniku FOS (**TABELA 3**) v primerjavi z družinami oseb brez odvisnosti. Tako lahko podobno kot mnogo avtorjev (Baumrind, 1991; Doherty in Allen, 1994; Hovestadt idr., 1985; Lerner in Ohannessian, 1999; Yelsma idr., 2000) ugotovimo, da sta avtonomija in intimnost pomembna dejavnika tveganja, ki kažeta na nefunkcionalno delovanje družine, v kateri je bila prisotna odvisnost.

Statistično pomembne razlike na področju avtonomije med klinično in kontrolno skupino kažejo na to, da v družinah s prisotno odvisnostjo njihovi člani ne izražajo dovolj jasno svojih občutij, so manj osebno odgovorni in spoštljivi drug do drugega ter se ne soočajo odkrito s problemi in izgubami. Tudi drugi avtorji (Catherall, 1998; Muisener, 1993) poročajo o specifični dinamiki

družin s prisotno odvisnostjo, v katerih je raven komunikacije bolj negativna in neposredna, kar se posledično izraža pri izražanju nasprotovanj in konfliktih, manj učinkovitem reševanju razvojnih družinskih problemov, pogostih zlomih v družinski dinamiki, prisotnih strukturnih deficitih (pomanjkanje kohezije, rigidne vloge) in s strategijami reševanja problemov, ki povzročajo nasilje ter zlorabo drog.

Če v družini primanjkuje zaupanja (Baumrind, 1991), empatije in sočutja, težko govorimo o spodbudnem okolju za izražanje čustev. Ustvarijo se togi vzorci funkcioniranja in nenehno nepredvidljivo okolje. Ne nazadnje smo ugotovili, da je tudi spoprijemanje s konflikti s čim manj stresa statistično pomembno nižje pri družinah z odvisnostjo kot pri kontrolni skupini. Do podobnih ugotovitev so prišli tudi drugi raziskovalci (Catherall, 1998; Olson, 2000), ki pravijo, da znotraj odvisnega družinskega sistema prevladujejo disfunkcionalne strategije spoprijemanja s stresom, neučinkovito pa je reševanje problemov tudi zaradi pomanjkljivih spretnosti za reševanje problemov.

Dobljeni rezultati o prisotni odvisnosti v družini (**GRAF 1**) se skladajo z raziskavami, v katerih ugotavljajo (Bidokhti idr., 2006; Friedman in Glassman, 2000), da je največji rizični dejavnik za razvoj bolezni odvisnosti starševska zloraba substanc, ki se povezuje z zlorabo PAS pri mladostnikih. V družinah odvisnih posameznikov je tako odvisnost kar trikrat pogosteje prisotna že pri nekem drugem družinskem članu kot v družinah posameznikov v kontrolni skupini. Tako so odvisni udeleženci raziskave živeli v nevarnem okolju, pod veliko večjim stresom in bili deležni nefunkcionalnih odnosov, še preden so razvili odvisnost. Hkrati pa so odvisni posamezniki tudi genetsko veliko bolj obremenjeni za razvoj odvisnosti in posledično genske predispozicije pomembno vplivajo na vedenjsko komponento (Lynskey, Ferguson in Horwood, 1994). Pri interpretaciji rezultatov se moramo zavedati, da so lahko nekateri izmed odvisnih posameznikov odvisnost razvili tudi zaradi odvisnosti članov njihove izvirne družine (Knauer, 2002), ker je bil odvisen samo nekdo iz predhodne generacije (Connell Henderson, 2000). To prav tako ostaja pomembno področje, ki ga je treba nasloviti in predelovati v terapevtskem procesu.

SKLEP

V sklepu lahko na podlagi dobljenih rezultatov naše raziskave podamo ugotovitve o specifičnih lastnostih družin, v katerih je prisotna odvisnost od PAS, ter o možnih rizičnih dejavnikih za razvoj odvisnosti. Rezultati kažejo statistično pomembno slabše družinsko funkcioniranje in dinamiko pri osebah, odvisnih od PAS, v primerjavi z osebami brez odvisnosti od PAS. Odvisne osebe, ki prihajajo iz družin, v katerih je bila prisotna odvisnost pri starših ali sorojencih, z nekonstruktivnimi oblikami komunikacije, iz emocionalno nespodbudnega okolja s pogostimi konflikti, družinskimi disfunkcijami (nižja kohezivnost, ekspresivnost, neodvisnost, organiziranost ter kulturna in rekreacijska usmeritev ter višja stopnja konfliktnosti) in z brezmejnostjo v odnosih kažejo večje težave pri prepoznavanju in regulaciji lastnih občutkov. Predvidevamo lahko, da so poleg že znanih prav to dejavniki tveganja, ki prispevajo k manj funkcionalnim odnosom v družinah z odvisnostjo v primerjavi z družinami, v katerih odvisnosti ni. Omenjene značilnosti so se izkazale za dejavnike tveganja za razvoj odvisnosti od PAS. Z gotovostjo ne moremo trditi, da so ugotovljene lastnosti znotraj družin tiste, ki so pripomogle k razvoju odvisnosti, ali pa je odvisnost prispevala k razvoju teh lastnosti med družinskimi člani.

Proces zdravljenja odvisnosti je poln vzponov in recidivov, obdobji kriz, zato je pri osebah z odvisnostjo pomembno učenje boljšega spoprijemanja z rizičnimi situacijami in predvsem krepitev prepričanja ter vztrajnosti, da je obdobje abstinence možno doseči kljub vedenju, da so si bolezen 'pridelali' za vse življenje. Tako lahko ob zavedanju ugotovljenih razlik med obema skupinama v preventivnih programih in programih zdravljenja odvisnosti namenimo več poudarka predelavi teh področij in s tem prispevamo k stabilnejšemu družinskemu okolju osebe z odvisnostjo, ki končuje zdravljenje. Prisotnih bo manj rizičnih situacij za ponovni recidiv in posledično bo vzpostavljena trdnejša ter dlje trajajoča abstinenca.

Pri opredeljevanju sklepov raziskave moramo upoštevati tudi njene omejitve. Vprašanja o funkcioniranju in delovanju

izvirne družine so se nanašala na regresivno poročanje na podlagi spomina udeleženca iz otroštva, kar lahko pomeni možno nevarnost popačenosti podatkov. Prav tako bi bilo za bolj točne informacije o dejanskem družinskem funkcioniranju dobro povprašati preostale družinske člane udeležencev, kar bi bilo smiselno vključiti v naslednjo raziskavo. Ker so bili nekateri udeleženci med reševanjem vprašalnikov na oddelku za detoksikacijo, so se zaradi zmanjševanja substitucijske terapije morda težje zbrali ter so zato slabše odgovarjali na vprašanja.

V Sloveniji se v zdravljenje odvisnosti vključujejo svojci, pretežno v skupinsko terapijo ter v edukativne skupine, le redko pa se izvaja individualna družinska terapija za osebe, odvisne od PAS. Dobljeni rezultati naše raziskave lahko bistveno prispevajo k bolj učinkoviti in celostni obravnavi odvisnih oseb od PAS. Vrednost raziskave lahko vidimo predvsem v tem, da omogoča boljši vpogled v rizične dejavnike družinskega okolja in spodbudi terapevte, ki se ukvarjajo z zdravljenjem odvisnosti, k poglobljeni obravnavi ugotovljenih pomembnih področij, ki posledično prispevajo k boljšim izidom zdravljenja. V nadaljevanju raziskovanja bi bilo smiselno izvesti poglobljeno raziskovanje o doseženih spremembah v družinski dinamiki po končanem terapevtskem procesu družinske terapije, kjer bi naslavljali tudi ugotovljene rizične dejavnike naše raziskave. Z nadaljnjim raziskovanjem bi utemeljili smiselnost vključevanja poglobljene družinske terapije v programe zdravljenja odvisnosti.

LITERATURA

- Anderson, A. R. in Henry, C. S. (1994). Family System Characteristics and Parental Behaviors as Predictors of Adolescent Substance Use. *Adolescence*, 29 (114), str. 405–420.
- Andrews, J. A., Hops, H., Ary, D. V., Lichtenstein, E. in Tildesley, E. (1991). The construction, validation and use of Guttman scale of adolescent substance use: An investigation of family relationships. *Journal of Drug Issues*, 21 (3), str. 557–572.

- American Psychiatric Association (APA). (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders – 4th ed.* Washington, D. C.: American Psychiatric Association.
- Archambault, D. L. (1992). Adolescence: A Psychological Cultural, and Psychological No Man's Land. V G. W. Lawson in A. W. Lawson (ur.), *Adolescent substance abuse. Etiology, Treatment, and Prevention* (str. 11–28). Gaithersburg-Maryland: Aspen Publishers.
- Arteaga, I., Chen, C. in Reynolds, A. J. (2010). Childhood predictors of adult substance abuse. *Children and Youth Services Review*, 32 (8), str. 1108–1120.
- Barnes, G. M. (1990). Impact of the family on adolescent drinking patterns. V L. R. Collins, K. E. Leonard in J. S. Searles (ur.), *Alcohol and the family: Research and clinical perspectives* (str. 137–162). New York: Guilford Press.
- Baumrind, D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *Journal of Early Adolescent*, 11 (1), str. 56–95.
- Becker, D. F. in Grilo, C. M. (2005). Prediction of drug and alcohol abuse in hospitalized adolescents: Comparisons by gender and substance type. *Behaviour Research and Therapy*, 44 (10), str. 1431–1440.
- Bidokhti, N. M., Yazdandoost, R. Y., Birashk, B. in Schottenfeld, R. S. (2006). Family environment of detoxified opiate addicts in Iran and its relationship with symptoms of anxiety and depression. *Contemporary Family Therapy*, 28 (1), str. 153–164.
- Bradshaw, J. (1996). *Bradshaw on the family: A New Way of Creating Solid Self-Esteem.* Florida: Health Communications Inc.
- Bray, J. H., Adams, G. J., Getz, G. J. in Baer, P. E. (2001). Developmental, family, and ethnic influences on adolescent alcohol usage: A growth curve approach. *Journal of Family Psychology*, 15 (2), str. 301–314.
- Carnes, P., Delmonico, D. L., Griffin, E. in Moriarty, J. M. (2010). *In the shadows of the net. Breaking Free of Compulsive online sexual behavior.* Minnesota: Hazelden.

- Catherall, D. R. (1998). Treating traumatized families. V C. R. Figley (ur.), *Burnout in families: The systemic cost of caring* (str. 187–215). New York: CRC Press.
- Chassin, L., Curran, P. J., Hussong, A. M. in Colder, C. R. (1996). The relation of parent alcoholism to adolescent substance use: a longitudinal follow-up study. *Journal of Abnormal Psychology*, 105 (1), str. 70–80.
- Connell Henderson, E. (2000). *Understanding Addiction*. Mississippi: University Press.
- Copello, A. in Orford J. (2002). Addiction and the family: it is time for services to take notice of the evidence? *Addiction*, 97 (11), str. 1361–1363.
- Cummings, M. E. in Davies, P. T. (2010). *Marital conflict and children: an emotional security perspective*. London: The Guilford Press.
- Dayton, T. (2001). The Use of Psychodrama in the Treatment of Trauma and Addiction. V P. F. Kellermann in K. Hudgins (ur.), *Psychodrama with Trauma Survivors: Acting Out Your Pain* (str. 114–136). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Doherty, W. J. in Allen, W. (1994). Family functioning and parental smoking as predictors of adolescent cigarette use: A six-year prospective study. *Journal of Family Psychology*, 8 (3), str. 347–353.
- Donovan, D. M. (2005). Assessment of Addictive Behaviors for Relapse Prevention. V D. M. Donovan in A. G. Marlatt, (ur.), *Assesment of Addictive Behaviors* (str. 1–48). New York: The Guilford press.
- Drev, A., Štokelj, R. in Krek, M.. 2011. Nacionalno poročilo 2011 o stanju na področju prepovedanih drog v Republiki Sloveniji. Slovenija – Novosti, trendi in poglobljene informacije o izbranih temah. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS.
- Duncan, S. C., Duncan, T. E., Biglan, A. in Ary, D. V. (1998). Contributions of the social context to the development of adolescent substance use: A multivariate latent growth modeling approach. *Drug and Alcohol Dependence*, 50 (1), str. 57–71.

- Friedman, A. S. in Utada, A.T. (1992). The family environment of adolescent drug abusers. *Family Dynamics of Addiction Quarterly*, 2 (2), str. 32–45.
- Friedman, A. S., Terras, A. in Kreisher, C. (1995). Family and client characteristics as predictors of outpatient treatment outcome for adolescent drug abusers. *Journal of Substance Abuse*, 7 (3), str. 345–356.
- Friedman, A.S. in Glassman, K. (2000). Family risk factors versus peer risk factors for drug abuse- A longitudinal study of an African American urban community sample. *Journal of substance Abuse Treatment* 18 (3), str. 267–275.
- Godley, M. D., Kahn, J. H., Dennis, M. L., Godley, S. H. in Funk, R. R. (2005). The stability and impact of environmental factors on substance use and problems after adolescent outpatient treatment for cannabis abuse or dependence. *Psychology of Addictive Behaviors*, 19 (1), str. 62–70.
- Goodman, A. (2008). Neurobiology of addiction: an integrative review. *Biochemical Pharmacology*, 75 (1), str. 266–322.
- Goodman, A. (2009). The Neurobiological Development of Addiction-An Overview. *Psychiatric Times*, 26 (9), str. 1–14.
- Hawkins, D. J., Catalano, R. F. in Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood. Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112 (1), str. 64–105.
- Hobfoll, S. E. in Spielberger, C. D. (1992). Family stress: Integrating theory and measurement. *Journal of family Psychology*, 6 (2), str. 99–112.
- Hovestadt, A. J., Anderson, W. T., Piercy, F. P., Cochran, S. W. in Fine, M. (1985). A family-of-origin scale. *Journal of Marital and Family Therapy*, 11 (3), str. 287–297.
- Howard, M. C. (1992). Adolescent Substance Abuse: A Social Learning Theory Perspective. V G. W. Lawson (ur.) *Adolescent substance abuse* (str. 29–38). Gaithersburg- Maryland: Aspen Publishers.
- Kastelic, A. in Kostnapfel-Rihtar, T. (2006). Ob desetletnici organiziranega zdravljenja odvisnosti od prepovedanih drog v Republiki Sloveniji. V J. Golob, M. Burger in M. Faletič (ur)

- Zbornik referatov s posveta: Problematika drog v Sloveniji I. in II. del* (str. 58–67). Ljubljana: Državni svet Republike Slovenije.
- Kaufman, E. in Kaufmann, P. (1979). Family therapy of substance abusers. V E. Kaufman in P. Kaufmann (ur.), *Family therapy of Drug and Alcohol Abuse* (str. 95–103). New York: Gardner Press.
- Knauer, S. (2002). *Recovering from sexual abuse, addictions, and compulsive behaviors: 'Numb' survivors*. New York: Haworth Press.
- Koob, G. F. in Moal, M. (2010). Neurobiological mechanisms for opponent motivational processes in addiction. V T. W. Robbins, B. J. Everitt in D. J. Nutt (ur.) *Neurobiology of addiction, new vistas* (str. 7–23). New York: Oxford University Press.
- Lane, J., Gerstein, D., Huang, L. in Wright, D. (2001). Risk and Protective Factors for Adolescent Drug Use: Findings from the 1997 National Household Survey on Drug Abuse. Substance Abuse and Mental Health Services. Pridobljeno 20. 12. 2010, s <http://www.samhsa.gov/oas/nhsda/NAC97/report.htm#3.2>.
- Lawson, W. G. (1992). A biopsychosocial Model of Adolescent Substance Abuse. V G. W. Lawson in A. W. Lawson (ur.) *Adolescent substance abuse. Etiology, Treatment, and Prevention* (str. 3–10). Gaithersburg-Maryland: Aspen Publishers.
- Lerner, R. M. in Ohannessian, C. M. (1999). *Risks and problem behaviours in adolescence*. New York: Garland Publication.
- Liddle, H. A., Dakof, G. A., Parker, K., Diamond, G. S., Barrett, K. in Tejada, M. (2001). Multidimensional Family Therapy For Adolescent Drug Abuse: Results Of A Randomized Clinical Trial. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27 (4), str. 651–688.
- Lynskey, M. T., Ferguson, D. M. in Horwood, J. L. (1994). The effect of parental alcohol problems on rates of adolescent psychiatric disorders. *Addiction*, 89(10), str. 1277–1286.
- Madu, S. N. in Matla, P. M. (2003). Correlations for perceived family environmental factors with substance use among

- adolescents in South Africa. *Psychological Reports*, 92 (2), str. 403–415.
- Maisto, S. A., Galizio, M. in Connors, G. J. (2008). *Drug Use and Abuse*. Belmont: Thomson Higher Education.
- Molina, B. S., Chassin, L. in Curran, P. J. (1994). A comparison of mechanism underlying substance use for early adolescent children of alcoholics and controls. *Journal of Studies on Alcohol*, 55(3), str. 269–275.
- Moos, R. H. (1990). Conceptual and empirical approaches to developing family-based assessment procedures: Resolving the case of the Family Environment Scale. *Family Process*, 29(2), str. 199–208.
- Moos, R. H. in Moos, B. S. (1981). *Family Environment Scale manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Moos, R. H. in Moos, B. S. (2007). *Family environment scale manual*. Paolo AltoCA: Mind Garden.
- Muisener, P. P. (1993). *Understanding and treating adolescent substance abuse*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Naderi, A. (2000). *Exploring cultural, social, economical and familial factors of substance abuse in addiction camps in Bistoon*. Unpublished masters thesis (abstract), Arak: Azad Islamic University.
- Nation, M., in Heflinger, C. A. (2006). Risk factors for serious alcohol and drug use: The role of psychosocial variables in predicting the frequency of substance use among adolescents. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 32 (3), str. 415–433.
- National Institute of Drug Abuse (NIDA). 1997. *Principles of drug addiction treatment*. Rockville: MD.
- Olson, D. H. (2000). Circumplex model of marital and family systems. *Journal of Family therapy*, 22 (2), str. 144–167.
- Orford, J., Natera, G., Velleman, R., Copello, A., Bowie, N., Bradbury, C. idr. (2001). Ways of coping and the health of relatives facing drug and alcohol problems in Mexico and England. *Addiction*, 96 (5), str. 761–774.

- Peters, K. R. (1990). *Parental factors related to alcohol/drug abuse among adolescents*. Doctoral dissertation (abstract), Los Angeles: University of California.
- Pequegnat, W., Bauman, L. J., Bray, J. H., DiClemente, R., DiIorio, C., Hoppe, S. K. idr. (2001). Measurement of the role of families in prevention and adaptation to HIV/AIDS. *AIDS and Behavior*, 5 (1), str. 1–19.
- Piercy, F. P., Volk, R. J., Trepper, T., Sprenkle, D. H. in Lewis, R. A. (1991). The relationship of family factors to patterns of adolescent substance abuse. *Family Dynamics Addiction Quarterly*, 1 (1), str. 41–45.
- Repič, T. (2006). Avtonomija in intimnost v družini kot dejavnika tveganja za spolno zlorabo. *Psihološka obzorja*, 15 (1), str. 111–125.
- Robertson, E. R., David, S. L. in Rao, S. A. (2003). *Preventing drug abuse among children and adolescent – A research based guide for parents, educators*. Community leaders, 2nd edition, National Institute on Drug Abuse.
- Rouhhalamini, N. (2002). *Formative research on familial characteristics of drug users in Iran*. Unpublished masters thesis (abstract), New Haven, CT: Yale University.
- Rus-Makovec, M. (1994). Dejavniki, ki vplivajo na proces zdravljenja sindroma odvisnosti od alkohola. *Psihološka obzorja*, 3 (1), str. 65–80.
- Rus-Makovec, M., Sernec, K., Rus, V. S., Čebašek-Travnik, Z., Tomori, M. in Ziherl, S. (2010). Adolescent Substance dependency in relation to parental substance abuse. *Zdravstveno varstvo*, 49 (1), str. 1–10.
- Saatcioglu, O., Erim, R. in Cakmak, D. (2006). Role of family in alcohol and substance abuse- Review article. *Psychiatry and clinical Neurosciences*, 60 (2), str. 125–132.
- Slesnick, N. in Prestopnik, J. L. (2004). Perceptions of the family environment and youth behaviors: Alcohol-abusing runaway adolescents and their primary caretakers. *Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 12 (3), str. 243–253.

- Spooner, C., Hall, W. in Lynskey, M. (2001). Structural determinant of youth drug use ANCD research paper 2. *Current Opinion in Psychiatry*. Pridobljeno 27. 12. 2010, s http://journals.lww.com/co-psychiatry/Abstract/2002/05000/Public_policy_and_the_prevention_of_substance_use.2.aspx.
- Stanton, D. M. in Shadish, W. R. (1997). Outcome, attrition and family-couples treatment for drug abuse: A meta analysis and review of the controlled, comparative studies. *Psychological Bulletin*, 122 (2), str. 170–191.
- Sullivan, T.N., Farrell, A.D. (2002). Risk factors. V C. Essau (ur.), *Substance abuse and dependence in adolescence: epidemiology, risk factors* (str. 87–118). New York: Brunner-Routledge.
- Swadi, H. (1994). Parenting capacity and substance misuse: an assessment scheme. ACPA Review. *Newsletter*, 16 (5), str. 237–244.
- Swadi, H. (1999). Individual risk factors for adolescent substance use. *Drug and Alcohol dependence*, 55 (3), str. 209–224.
- Tafà, M. in Baiocco, R. (2009). Addictive Behavior and Family Functioning During Adolescence. *The American Journal of Family Therapy*, 37 (5), str. 388–395.
- United Nations office on drugs and crime – United Nations publication. (2003). *Adolescent substance use: Risk and Protection*. Pridobljeno 12. 5. 2011 s svetovnega spleta: <http://www.unescap.org/esid/hds/pubs/2287/pub2287.pdf>.
- Velleman, R. in Templeton, L. (2003). Alcohol, drugs and the family: results from a long-running research programme within the UK. *European Addiction Research*, 9, 103–112.
- Westphal, J., Wasserman, D. A., Messon, C. L. in Sorensen, J. L. (2005). Assessment of Opioid Use. V D. M. Donovan in G. A. Marlatt (ur.) *Assesment of Addictive Behaviors* (str. 215–247). New York: The Guilford press.
- WHO. (2001). Broadening the Horizon. Blancing Protection and Risk for adolescents. (2. 1. 2003). Pridobljeno 5. 5. 2011 s svetovnega spleta: http://www.who.int/childadolescenthealth/New_Publications/ADH/WHO_FCH_CAH_01_20.pdf.

- Wills, T. A., Sandy, J. M., Yaeger, A. in Shinar, O. (2009). Family Risk Factors and Adolescent Substance Use: Moderation Effects for Temperament Dimensions. V A. G. Marlatt in K. Witkiewitz (ur.) *Addictive behaviors: New readings on etiology, prevention, and treatment* (str. 287–320). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Winters, K. C., Fahnhorst, T. in Botzet, A. (2007). Adolescent Substance Use and Abuse. V E. J. Mash in R. A. Barkley (ur.) *Assessment of Childhood Disorders* (str. 184–209). New York: The Guilford Press.
- Wu, L., Wei, H. in Zhong-Hua, S. (2004). Study on the dysfunctional cognition status of the female heroin addict inmates in Reform Institute through Labor and Education. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 12 (4), str. 408–409.
- Wu, N. S., Lu, Y., Sterling, S. in Weisner, C. (2004). Family environment factors and substance abuse severity in an HMO adolescent treatment population. *Clinical Pediatrics*, 43 (4), str. 323–333.
- Yelsma, P., Hovestadt, A. J., Andreson, W. T. in Nilsson, J. E. (2000). Family-Of-Origin Expressiveness: Measurement, Meaning, and Relationship to Alexithymia. *Journal of Marital and Family Therapy*, 26 (3), str. 353–363.