

Drago Jerebic, Sara Jerebic

Različni modeli zdravljenja odvisnosti in relacijska družinska terapija

Povzetek: V članku so predstavljene teorije in modeli zdravljenja odvisnosti, ki se najpogosteje navajajo v strokovni literaturi in so največkrat uporabljeni v rehabilitacijskih ustanovah za zdravljenje odvisnosti. To so moralni, fiziološki, psihološki in sociološki model. Poleg teh modelov je predstavljena vloga duhovnosti pri zdravljenju odvisnosti. Vzporedno pa so navedena temeljna dognanja relacijske družinske paradigme, ki lahko nadgradijo dosedanje modele zdravljenja odvisnosti.

Ključne besede: odvisnost, zasvojenost, relacijska družinska terapija, duhovnost

Abstract: **Various Models of Addiction Treatment and Relational Family Therapy**

The paper presents theories and models of addiction treatment that are most frequently mentioned in the literature and applied in rehabilitation institutions. These are the moral, the physiological, the psychological and the sociological models. Additionally, the role of spirituality in addiction treatment is presented. Parallely, the basic findings of the relational family paradigm are stated, which can upgrade the hitherto applied models of addition treatment.

Key words: dependence, addiction, relational family therapy, spirituality

1. Uvod

Obstajajo različne teorije in modeli zdravljenja odvisnosti, pa tudi različni načini klasificiranja teorij in modelov odvisnosti, ki nam pomagajo razumeti odvisnost, njen nastanek in razvoj. V tem članku bi radi poleg najpogostejših modelov zdravljenja odvisnosti v praksi predstavili nekatere smernice relacijske družinske paradigme za zdravljenje odvisnosti. Ta model temelji na predpostavki, da se ponavljajoči se vzorci odnosov v človeškem doživljanju, doživetja iz zgodnje mladosti, telesne senzacije in zlasti temeljni afekti, ki se pri tem ustvarjajo, nenehno obnavljajo na treh temeljnih ravneh doživljanja: na sistemski, na medosebni in na notranjepsihični ravni oziroma še dalje na kognitivno-mentalnem in na somatskem delu, ki ju vsaka od treh ravni obsega (Gostečnik 2011, 5–11). Tako se tudi zasvojenost lahko obravnava na vsaki od teh treh ravni, pa tudi na organski in na kognitivni ravni.

Na sistemski ravni v relacijski družinski paradigmi razumemo problem zasvojenosti kot problem družine, v kateri je ta oseba, in skušamo odkriti, na kakšen način družina podpira oziroma omogoča odvisnikovo nefunkcionalno vedenje.

Na medosebni ravni, ki večinoma zadeva partnerski odnos, želimo odkriti, kje odvisnikovo vedenje podpira sozakonec, katere vsebine mu uspe prek mehanizma projekcijsko introjekcijske identifikacije (Gostečnik 2011, 179–183) prenesti v partnerja, da se zato ta partner ne upa upreti ali odreči podporo odvisnikovemu vztrajanju v zasvojenosti. Na tej ravni tudi želimo odkriti in razumeti, kaj je tisto, kar zavira morebitne funkcionalne spremembe tako pri odvisniku kakor tudi pri drugem partnerju. Tej oviri oziroma blokadi, ki vzdržuje odnos ali sistem v nefunkcionalnosti, tukaj v zasvojenosti, v relacijski družinski paradigmi pravimo afektivni psihičnih konstrukt (65–67). To je kompleksen obrambni mehanizem, ki vključuje tako organsko in afektivno kakor tudi kognitivno in vedenjsko komponento.

Tretjo raven, ki jo opazujemo, še posebno takrat, ko razrešitev problema ne nastopi na sistemski ali medosebni ravni, imenujemo notranjepsihična raven. Zanima nas, kakšen je ta afektivni psihični konstrukt na tej ravni; katera so tista boleča občutja, ki človeka spodbudijo k čezmernemu pitju alkohola, oziroma ali mu alkohol pomaga, da se umakne pred temi občutji. Tem najglobljim in najbolj bolečim občutjem pravimo v relacijski družinski terapiji temeljni afekti (Gostečnik 2011, 63–64). Temeljni afekti so v največji meri oblikovali primarne odnose s pomembnimi drugimi v otroštvu. In bolj ko so bili ti temeljni afekti boleči, bolj so za človeka in za njegove nadaljnje odnose zavezujoči, tako da jih je človek primoran vse življenje zasledovati in ponavljati. Zato bo terapevta relacijske družinske paradigme zanimalo, pred katerimi temeljnimi afekti se odvisnik brani s čezmernim uživanjem alkohola. Zanimalo ga bo tudi, kakšni so bili odvisnikovi primarni odnosi, katerim je danes na podlagi mehanizma kompulzivnega ponavljanja še vedno zvest.

Kakor smo omenili na začetku, obstaja več vrst razdelitev odvisnosti (West in Hardy 2006, 3–7; Petraitis, Flay in Miller 1995, 67–68; Anderson 1998, 233–240), zato bomo v prvem delu povzeli tiste teorije in modele odvisnosti, ki so najpogostejše navzoči v literaturi in ki so največkrat uporabljeni v rehabilitacijskih ustanovah za zdravljenje odvisnosti (Juhnke in Hagedorn 2006, 66–67): moralni model, fiziološki model, psihološki model in sociološki model. Namen predstavitve teh modelov je prikaz možnosti, kje lahko relacijska družinska paradigma modele dopolni s svojimi dognanji.

2. Moralni model

Ta model je zelo aktualen za družinske člane, svojce zasvojenih oseb, v smislu razumevanja in razlage njihovega prvega odziva na dejstvo, da imajo v družini ali bližini zasvojenega člana. Zasvojenega (in njegovo vedenje) v prvem hipu navadno vidijo kot slabega, grešnega, nemoralnega, sebičnega in nesočutnega do

preostalih družinskih članov, ki trpijo ob tem. V prvem hipu so svojci ponavadi šokirani in jim ne uspe videti kompleksnosti tega fenomena; tako se pogosto ustavijo pri posameznikovi sebičnosti, kako je lahko to naredil ali kako je lahko tako nesočuten do drugih članov družine, in pri drugih oblikah obtožb in očitkov. Prepričani so, da je to dejansko nekakšna moralna sprevrženost. Glavno težavo vidijo v tem, da si ti ljudje sploh ne želijo drugačnega življenja (Moyers in Miller 1993, 238). Ker se jim zdi odvisnost predvsem stvar morale, se ta model imenuje moralni model.

Moralni model je nastal v začetku 20. stoletja, v obdobju gibanja za zmernost. Znotraj tega modela odvisnost razumejo kot izbiro, kot rezultat namernega prevelikega vdajanja oziroma popuščanja zasvojitveni substanci in moralnega nazadovanja, ki se lahko pozdravi z močno voljo in z željo po abstinciranju (Erickson 2005, 87–88). To pomeni, da je motnja odvisnosti greh, ki ga stori grešnik, moralno šibak posameznik. Edina rešitev je odločitev, da ta človek preneha uživati zasvojitvene substance ali spremeni vedenje. Poleg te glavne značilnosti moralnega pristopa obstajajo še trije značilni elementi: pomen osebne izbire kot temelj odvisnosti, trmasto vztrajanje v kršenju socialnih in moralnih norm in odvisnost kot posledica neizpolnjenega duhovnega hrepenenja. Zato se mora posameznik, ki želi uspešno abstimirati, ponovno povezati z Bogom (Juhnke in Hagedorn 2006, 69). Danes ni več veliko zagovornikov izključno tega modela, lahko pa v mnogih modelih zdravljenja odvisnosti najdemo posamezne elemente tega modela: poudarjanje pomena osebne izbire in odgovornosti in pomembnost duhovnosti, vzpostavitev odnosa s tako imenovano »višjo silo« med zdravljenjem (Morse 2004, 437).

Ena od temeljnih postavk relacijske družinske paradigme je, da je vsak posameznik, tudi odvisnik, odgovoren za svoje vedenje oziroma da mora prevzeti odgovornost za svoje vedenje in dejanja (Gostečnik 2000, 437-439). To izhodišče ne zanika, da ima travmatična posameznikova preteklost močan vpliv na njegovo obliko reševanje konfliktov, na regulacijo afektov, na vzpostavitev afektivnih psihičnih konstruktov, ki vsebujejo zasvojenost. Vendar bi pretirano poudarjanje človekova preteklosti lahko vodilo v determiniranost v sedanjosti, ko človek ničesar več ne more narediti in je žrtev svoje lastne zgodovine. Tako bo terapevt relacijske družinske terapije vztrajal, da posameznik prevzame odgovornost glede tega, kako se sooča s sedanjimi ali preteklimi bolečimi stiskami, ki so ga privedle v zasvojitveno vedenje. Pri tem bo namesto obsojajočega odnosa in poudarjanja moralne šibkosti ali sebičnosti posameznika oziroma abstinenta skušal razumeti, zakaj je uporabil odvisnik zasvojitveni obrambni mehanizem, katere boleče afekte je z zasvojenostjo reguliral oziroma se jim z njo izmikal. Z razumevanjem svoje lastne preteklosti in odnosov in s tem izbire nefunkcionalnih obrambnih mehanizmov bo posameznik lažje prevzemal odgovornost za svoje vedenje in ohranjal abstinenco oziroma se zavestno odločal za drugačno obliko regulacijo afektov in s tem reševanja konfliktov in stisk. In nasprotno, če od posameznika zahtevamo samo odgovornost, ob tem pa nam ne uspe ugotoviti, kaj je botrovalo k zasvojenosti, potem v obdobjih ponovnih stisk pri abstinentu lahko spet nastopi izkrivljeno razmišljanje,

to je kognitivna komponenta afektivnega psihičnega konstrukta, da je slab, nepriemer in nesposoben, ker ne zmore – v primerjavi z drugimi – funkcionalno reagirati na stiske, to je brez omame. Prav to pa je bilo eno od temeljnih razdiralnih občutij, ki so ga privedla k vzpostavitvi afektivnega psihičnega konstrukta. In ta konflikt je pozneje omogočil zasvojenost.

Druga zelo pomembna postavka relacijske družinske terapije, o kateri govori tudi moralni model, je vloga človekovega hrepenenje po odnosu. Relacijska družinska paradigma trdi, da človek v svojem temelju hrepeni po odnosu (Gostečnik 2005, 13), po tem, da ga prepoznata oče in mati, da ga prepozna pomembni drugi. Šele v tej interakciji mu je omogočen poln vsestranski razvoj. Prav od tega odnosa je najbolj odvisno, kakšen odnos bo vzpostavil do sebe in kako bo sebe doživljal. Zato je zasvojenost razumljena kot iskanje nadomestka za primarni neuresničeni odnos. Tako bo moral biti pomemben del terapevtskega odnosa namenjen temu hrepenenju, temu neuspešnemu iskanju drugega in s tem povezani žalosti oziroma pogrešanju pomembnih drugih oseb, ki jih ni bilo v njegovem življenju na način, kakor bi si on želel. Zdravljenje zasvojenosti mora zato vključevati tudi dokončanje procesa žalovanja, ki ni bilo izpeljano in je bil zato posameznik prisiljen drugače regulirati afekt žalosti oziroma zavrženosti, to je: z zasvojenostjo.

3. Fiziološki model

Drugi, zelo razširjeni model – predvsem v zdravstvu – je fiziološki model, ki združuje več različnih teoretičnih pristopov. Najbolj znana sta bolezenski oziroma medicinski pristop in teorija genetske nagnjenosti oziroma predispozicij. V začetku so ta model napadali kot model, ki želi posameznika razbremeniti osebne odgovornosti za svojo lastno zasvojenost. Ne samo družinski člani zasvojenega, tudi nekateri zdravniki in klienti so imeli oziroma še vedno imajo težave s sprejetjem dejstva, da odvisnost ni samo stvar izbire in kontrole, ampak še nekaj več, nekaj, kar je nad tem: temu »več« pravi ta model nagnjenost ali predispozicija za neko odvisnost. Fiziološki model razkriva ta element predispozicij, s tem pa ne zavrača pomena drugih modelov (West in Hardy 2006, 76).

3.1 Bolezensko- medicinski model

Med prvimi zagovorniki tega modela so že ustanovitelji Anonimnih alkoholikov (AA), ki so podpirali tezo, da podobno kakor pri drugih možganskih boleznih tudi odvisnosti ne moremo zdraviti zgolj z voljo. Medtem ko so se pri moralnem modelu borili s stigmatizacijo, da je njihova odvisnost greh in da so kot posledica tega odvisniki moralno šibki, grešniki, je ta model pomenil zanje veliko olajšanje in sprostitev, ker je sedaj odvisnost dobila oznako bolezni in oni so – namesto grešniki – postali bolniki (Walters 1992, 139). Začetki modela segajo v leto 1956, ko je Ameriško medicinsko združenje (AMA) sklenilo, da je treba alkoholike obravnavati kakor vse druge paciente, ki jih sprejmejo v bolnici. Mnogi pa so prepričani, da je bil medicinski koncept alkoholizma sprejet med zdravniki in v psihiatriji že

mного prej, že leta 1933 (Mann, Hermann in Heinz 2000, 12). Leta 1965 je Ameriško psihiatrično združenje (APA) sprejelo alkoholizem kot bolezen, leto pozneje pa formalno tudi AMA. Za širšo sprejetost tega koncepta alkoholizma je veliko naredil Elvin M. Jellinek s svojo knjigo *The disease concept of alcoholism*, ki je pomagala destigmatizirati problem alkoholizma (Jellinek 1960). Za njegov koncept odvisnosti sta značilni: neizogibna izguba kontrole in nezmožnost abstimirati (Lyvers 2000, 225–235). S tem je zelo močno vplival na DSM pri definiciji odvisnosti od alkohola. Njegov koncept odvisnosti je postal eden prvih modelov, ki so ga sprejeli pri AA in z njim razlagali odvisnost (Davis in Jansen 1998, 169).

Nekaj glavnih hipotez, ki podpirajo medicinski pristop zdravljenja odvisnosti, je bilo upoštevanih pri Nacionalnem svetu za alkoholizem in zlorabe drog v letu 1992 in so jih podprli še drugi avtorji (Walters 1992, 140). Te hipoteze lahko povzamemo kot pet značilnosti medicinskega modela (5 P: primary, progressive, predictable, potentially fatal, positively treatable). Prva značilnost odvisnosti je, da je to primarna motnja: najprej, kot prva mora biti obravnavana, pred drugimi motnjami oziroma vsaj vzporedno z drugimi. Pri terapevtskem delu bi to pomenilo: preden obravnavamo otrokove težave v šoli, moramo najprej (ali vsaj hkrati) obravnavati očetovo ali mamino težavo z odvisnostjo. Terapevt resda lahko uspešno razreši otrokove težave v šoli, vendar če problema z odvisnostjo ne odpravimo, bo ta težava povzročila novo težavo v družini, če ne celo razpada družine. Druga značilnost 5 P je, da je odvisnost stopnjujoča se, da napreduje. To pomeni, da se ta bolezen počasi, a nenehno razvija in napreduje. Tretja značilnost je, da motnja odvisnosti postopoma postaja vse težja. To dokazujejo nepopravljive poškodbe delov telesa in možganov pri posameznikih, ki so uživali kemične substance. Četrta in najbolj srhljiva značilnost je, da motnja odvisnosti lahko vodi v smrt. Podobno kakor pri drugih kroničnih boleznih tudi pri odvisnosti zelo verjetno človek, če ne dobi terapevtske pomoči, pristane bodisi v kaki psihiatrični ustanovi bodisi v zaporu ali umre. Zadnji, peti 5 P pa pravi, da je motnjo odvisnosti možno zdraviti (Juhnke in Hagedorn 2006, 73).

3.2 Teorija genetske nagnjenosti oziroma predispozicij

Bolezensko-medicinski model je doživel potrditev in podporo tudi z genskimi raziskavami. Večina teh raziskav izvira iz prizadevanj znanstvenikov, ki so želeli najti tako imenovani zasvojitveni gen ali skupino kromosomov, ki sodelujejo pri razvoju kemične odvisnosti (Crabbe 2002, 435). Da je genetika zelo pomembna za razvoj odvisnosti, potrjujejo raziskave posvojenih otrok, dvojčkov, študije občutljivosti, senzitivnosti na alkohol in nevrobiološke raziskave. S tem ko poudarjamo genetiko, nehote poudarjamo pomen družine, prek katere se odvisnost prenaša. To potrjuje dejstvo, da je 50 % alkoholikov imelo očeta, ki je bil alkoholik (Craig 2004, 3–7). Ob tem se postavlja vprašanje, kako dokazati, da je nekaj vpliv genov in ne okolja oziroma družinskega okolja. Obstajata dva načina, s katerima so skušali to razmejiti. Prvi zadeva raziskave odvisnosti pri enojajčnih in pri dvojajčnih dvojčkih. Postavili so hipotezo, da bodo imeli enojajčni dvojčki bolj podobno nagnjenje do alkohola kakor dvojajčni dvojčki, ker imajo enojajčni dvojčki enak

genski material: verjetnost, da se bo odvisnost razvila med enojajčnimi dvojčki, je večja kakor pri dvojajčnih dvojčkih. Študije, ki so jih opravili, so potrdile to hipotezo (Levin 1998, 141). Drugi del dokazovanja vpliva genetike nasproti okolju pa so bile raziskave, v katere so vključevali otroke alkoholikov, ki so jih odvzeli staršem in jih dali v posvojitev drugim staršem. Postavili so hipotezo, da bodo ti otroci v večji meri razvili odvisnost kakor otroci, ki so bili prav tako posvojeni, vendar njihovi biološki starši niso bili alkoholiki. Študije so potrdile hipotezo, da je odvisnost veliko pogostejša pri prvi skupini kakor pri drugi (142–143).

K potrditvi in utrditvi bolezensko-medicinskega modela so prispevale tudi študije genske občutljivosti na alkohol, ki predpostavljajo, da so posamezniki različno občutljivi na alkohol in imajo različno zmožnost presnavljanja alkohola in različne reakcije na alkohol (Mann, Hermann in Heinz 2000, 12).

Positivni vidik, ki so ga ugotovili pri tem pristopu, je, da lahko poveča posameznikovo motivacijo za iskanje zdravljenja in prevzemanja odgovornosti za svoje lastno zdravljenje. To pomeni, da je vključitev v zdravljenje samo prvi korak, nato pa je treba z zdravim načinom življenja to ohranjati. Že samo vedenje, rituali namreč v možganih zasvojenega človeka sprožijo reakcije, ki so značilne šele za fazo vdajanja zasvojitveni substanci ali vedenju. To so ugotovili, ko so uporabili magnetno resonanco in skenirali možgane zasvojenih posameznikov, medtem ko so oni pripovedovali svoje vedenjske rituale. Med njihovim opisovanjem so se začeli izločati nevrotransmiterji, kakor sta na primer dopamin in adrenalin. To pomeni, da so možgani »zadeti, omamljeni«, doživijo »ekstazo«, še preden posameznik zaužije zasvojitveno substanco. Iz tega izhaja, da za trajno abstinenco ni dovolj zgolj ne uživati neke substance, temveč se je nujno tudi izogibati vedenjskim ritualom, ki so do opijanjanja privedli, to je vsaki situaciji, v kateri začnejo možgani povečano proizvajati oziroma izločati prej omenjena nevrotransmiterja (Lambert 2000, 60).

Relacijska družinska paradigma zagovarja večino temeljnih izhodišč fiziološkega modela glede genetske nagnjenosti, ki določa, kako bo posameznik presnavljal alkohol in kakšno stopnjo senzitivnosti oziroma občutljivosti bo imel do alkohola. Prav tako zagovarja mnenje, da je to bolezen, ki se večinoma samo še poslabšuje, če se ne zdravi, in da jo je možno zdraviti. Ob tem pa želi izpostaviti, da genetska nagnjenost k neki bolezni še ne pomeni določenosti za to bolezen in da je tukaj še vedno bistvena vloga osebne odgovornosti in izbire vedenja, ki privede do zasvojenosti.

Poleg organskih predispozicij se relacijska družinska paradigma osredotoča posebej na psihične predispozicije, to je na temeljne afekte in psihobiološka stanja (Gostečnik 2011, 30–32), s katerimi je bil odvisnik pospremljen v življenje, in na vprašanje, kateri zapleti in kakšno vzdušje so bili navzoči v primarnih odnosih, ki jim ostaja vse življenje globoko zavezan in zvest in jih je primoran prek mehanizma projekcijsko-introjekcijske identifikacije in prek kompulzivnega ponavljanja (217) vedno znova zasledovati. Terapevta bo zanimalo, kateri so tisti temeljni afekti in tista primarna psihobiološka stanja, ki jih vedno znova zasleduje in jih očitno ne more drugače doseči drugače kakor le prek zasvojenosti. Zato pravimo, da ta psihobiološka stanja iz

primarnega odnosa pomenijo psihobiološko predispozicijo za nefunkcionalno regulacijo afekta oziroma zasvojenost, ki pa se je odvisnik večinoma ne zaveda.

4. Psihološki model

Psihološka teorija odvisnosti razume odvisnost kot skupek zavednih in nezavednih procesov, s katerimi se posameznik želi izogniti neželenemu trpljenju. Ta pristop povzema vodilne psihološke teoretične koncepte, kakor so vedenjska teorija, teorija o samozdravljenju in teorija o odvisniški osebnosti. Bistvo te teorije najbolje ponazarja vsakdanje konkretno vprašanje: če obstaja tableta, ki pomaga zmanjšati glavobol, zakaj je ne bi vzela; če kozarec vina človeka sprosti po napornem delu, zakaj ga ne bi spila? Ta dva zgleda še ne pomenita, da je nekdo odvisen, nakazujeta pa nagib, da nekdo poseže po nekih substancah, da se izogne bolečini ali drugim neprijetnostim. Za tiste, ki te substance uživajo na škodljiv način, to je odvisniško, pa je nagib, stres, ki jih vodi k temu vedenju, veliko večji kakor samo glavobol ali naporen dan. Za nekoga, ki je doživel, denimo, travmo v otroštvu in živi odrinjeno, izolirano od pomembnih drugih in ni zadovoljen s telesno samopodobo, en kozarec ne bo dovolj. Odvisniško vedenje bo za tega človeka način, kako omrtviti neprijetno občutje. Preveč mrtvičenja ali oddivanja realnih občutij pa človeka ovira pri njegovem razvoju in pri razvijanju odnosov in mu povzroča resnejšo psihološko stisko (West in Hardy 2006, 63,71,78).

4.1 Vpliv vedenjske teorije

Motnja odvisnosti glede na vedenjski pristop se začne pri klasični zvezi dražljaj–reakcija. Ta model pravi, da obstaja veliko vrst vedenja (Wulfert in Greenway 1996, 1140), ki lahko postanejo zasvojitvene, a da se to zgodi, mora biti takšno vedenje posebej pozitivno ali negativno spodbujeno. Pozitivna spodbuda je odvisnikova želja, da bi se počutil dobro, prijetno, negativna spodbuda pa pomeni umikanje, zanikanje, potlačitev nekega občutja. Drug način za razlago vpliva spodbujanja pri uživanju kemičnih substanc je metoda A-B-C (A antecedent, B behavior, C consequence). Ta metoda predpostavlja tri faze: prva, poprejšnja faza je sprožilec, to je lahko neko občutje, dogodek ali odnos. Sledi vedenje, kakor je uživanje alkohola ali kajenje marihuane. Za tem pridejo posledice, prijetne in pozitivne, kakor je stanje vznesečnosti, ali negativne posledice oziroma zmanjšanje posledic, recimo zmanjšanje stresa.

Ta model pravi, da bo posameznik toliko časa nekaj počel, dokler mu bo to prinašalo zadovoljstvo ali korist. S ponavljanjem uživanja zasvojitvenih substanc ali vedenja bo posameznik doživljal ali več zadovoljstva (to vključuje potrebo po povečani količini ali intenzivnosti) ali pa bo v manjši, zmanjšani meri doživljal negativne dražljaje. Obe poti vodita v odvisnost. Paradokсно je dejstvo, da z redno uporabo upade potreba ali motiv za uživanje substanc zaradi zadovoljstva, poveča pa se potreba po uživanju substanc zaradi zmanjšanja ali umikanja bolečini (West in Hardy 2006, 165;173).

4.2 Teorija samozdravljenja

Hipoteza teorije samozdravljenja pravi, da posameznik uživa zasvojitvene substance, da bi zmanjšal psihološke bolečine ali stisko ali se izognil boleči realnosti. To tezo potrjuje visoka korelacija med uživanjem substanc in žrtvami zlorab v otroštvu, še posebno pri žrtvah spolnih zlorab. S tem naj bi si pomagali blažiti travmo in občutke sramu. Podobno je pri posameznikih s psihičnimi motnjami, kakor so: depresija, tesnoba in shizofrenija. Ti posamezniki pogosteje posežejo po substancah, ki jim pomagajo regulirati, spremeniti razpoloženje, kakor pa posamezniki, ki teh motenj nimajo (Hussong, Galloway in Feagans 2005, 344).

4.3 Teorija o zasvojitveni osebnosti

Ta teorija zagovarja: kakor hitro posameznik vzpostavi zasvojitveni odnos do neke substance ali vedenja, bo vedno v njem nagnjenost ali večja dovzetnost za oblikovanje različnih zasvojitvenih odnosov. Kljub mnogim raziskavam te teze ni nikomur uspelo potrditi. Večina trditev ostaja na ravni klinične prakse in nepisanih pravil, ki izhajajo iz klinične prakse. Zgled takšnega prepričanja je: »Enkrat odvisnik, vedno odvisnik.« (Nakken 1996, 1–2)

Relacijska družinska paradigma zagovarja model zasvojenosti, ki razume zasvojenost kot obrambo pred bolečimi občutki (Gostečnik 2000, 262–263) oziroma kot način tako imenovanega samozdravljenja. Želi pa še dodatno poglobiti to razumevanje samozdravljenja. Človek, kakor ga razumemo v relacijski družinski teoriji, bo vedno znova obnavljal tiste boleče vzorce odnosov, še posebno iz primarnih odnosov iz zgodnjega otroštva, pri katerih je nastal boleč zaplet, vse dokler se stiska ne bo razrešila. Tako bo odvisnik želel razrešiti stiske iz primarnega oziroma travmatičnega odnosa tako, da bo najprej skušal poustvariti zelo podobno vzdušje, v katerem se bo spet počutil zelo podobno kakor v primarnih odnosih, to je: obupan, zavržen, nemočen, z upanjem, da bo ga tokrat nekdo slišal in poskrbel zanj na način, kakor si je zaman želel in upal že takrat v primarnem odnosu ali v travmatičnem zapletu, in se bo tako osvobodil prisilnega ponavljanja tega bolečega zapleta in vzdušja. Drugi vidik samozdravljenja pa relacijska družinska paradigma razume kot obrambo pred bolečimi psihobiološkimi stanji, temeljnimi afekti, pred katerimi se posameznik zavaruje z afektivnimi psihičnimi konstrukti oziroma kompleksnim obrambnim mehanizmom, ki pa bo v odvisnikovo doživljanje silil toliko časa, dokler jih ne bo razrešil bodisi na sistemski, medosebni ali največkrat tudi na notranjepsihični ravni. Zato bo moral odvisnik zamenjati način samozdravljenja, ki ga pomeni z zasvojenostjo obarvani afektivni psihični konstrukt, z resničnim zdravljenjem. To se pravi, da bo moral odkriti, katere organske, afektivne, vedenjske in kognitivne komponente vsebuje njegov obrambni mehanizem, predvsem pa razumeti, pred čim ga je ta zasvojenost varovala, pred katerimi temeljni afekti oziroma bolečimi vzdušji, ki zelo pogosto segajo vse tja do primarnega odnosa iz zgodnjega otroštva ali odnosa, zaznamovanega s travmo.

Podobno kakor vedenjska teorija tudi relacijska družinska paradigma zagovarja klasično odvisniško vedenje ali odvisniško vedenje iz instrumentalnih razlogov,

vendar pa razume vzrok za začetka tega vedenja drugače kakor vedenjska teorija. Medtem ko se vedenjska teorija ukvarja predvsem z zasvojitveno obliko odvisniškega vedenja in ob tem dopušča, da se je posameznik pomotoma ali iz radovednosti zapletel v zasvojitveni cikel, pa želi relacijska družinska paradigma odkriti, kaj je posameznika privedlo do tega vzorca odnosov, oziroma ne verjame v naključno izbiro zasvojitvenega odvisniškega vedenja.

5. Teorije o vplivu okolja na razvoj zasvojenosti

Te teorije izhajajo iz dejstev, da skoraj vsi ljudje, ki se kdaj odločijo in poskusijo potencialno zasvojitveno substanco, to storijo skupaj s še nekom drugim ali s pomočjo koga drugega. Mlad človek, ki prvič pokusi alkohol, večinoma to stori v družbi vrstnikov ali v domači družini. Tako ni nič novega, ko pravimo, da ima okolje vpliv na posameznikovo vedenje, pozitivno in negativno: glede izbire poklica in verske prakse, pa tudi glede tveganega, nasilnega vedenja, uživanja alkohola in drugih zasvojitvenih substanc (West 2001, 3–5). Različni so pristopi – družinski sistemski pristop, teorija socialnega učenja, sociološki modeli –, vsem pa je skupno raziskovanje vpliva okolja na razvoj odvisniškega vedenja.

5.1 Sociološka teorija

Glavna osredotočenost raziskovanja pri sociološki teoriji je odnos med človeškim vedenjem in okoljem. V svojem polju obsega več različnih vidikov, med drugim teorijo vlog in teorijo sociologije kulture. Prva teorija pravi, da so na začetku odvisnosti trije elementi: dostopnost substanc, pomanjkanje omejevanja njihove uporabe ali zlorabe in breme neke določene socialne vloge (Craig 2004, 15–18).

Drugi vidik sociološke teorije je teorija sociologije kulture. Ta se osredotoča na to, kako kultura lahko oblikuje odvisniško nagnjenje. Nazoren zgled, kako se zavre razvoj alkoholizma, je judovska kultura. Tam je uporaba alkohola nizka oziroma zmerna in normalni del socialnega in religioznega življenja (Fisher 2005, 37). Prav tako je v nekaterih delih Evrope kozarec vina pri vsakem obroku nekaj običajnega, k temu navajajo tudi otroke z otroško različico, pri katerih je v kozarcu namesto vina voda (Erickson 2005, 95). Na drugi strani pa se je tam, kjer neka kultura ali verska skupnost zahteva popolno vzdržnost glede uživanja neke določene substance, težje naučiti zmernosti. Zato je tam nevarnost: če nekdo nekoč nekaj pokusi, ga to lahko hitro zapelje v čezmerno uživanje. To potrjuje raziskava, da poleg 30 % otrok alkoholikov, ki postanejo tudi sami alkoholiki, postane alkoholikov še 5 % otrok, katerih starši so zmerno uživali alkohol, in 10 % otrok, katerih starši so bili popolnoma vzdržni glede alkohola (Lawson, Peterson in Lawson 1983, 75). Raziskave nadalje še ugotavljajo, da alkoholiki v opaznem odstotku prihajajo iz družin, ki so moralno rigidne, konfliktno, nepovezane, čustveno (zatrte) zadržane, veliko bolj kakor pa iz družin, v katerih zmerno uživajo alkohol (Lawson in Lawson 1992, 41).

5.2 Teorija socialnega učenja

Ta teorija sloni na dveh principih. Prvi pravi: posameznik oblikuje svoje lastno vedenje tako, da gleda druge in se uči, posebno od tistih, ki jih spoštuje. Sem sodi še prepričanje, da nekdo izbere takšno vedenje, ki najbolje zadovoljuje njegove potrebe. Drugi princip pa pravi, da na vedenje, ki si ga človek izbere, vplivajo odzivi okolja (Gupta in Derevensky 1997, 179).

Ob vprašanju vpliva okolja na razvoj zasvojenosti bo relacijskega in systemskega terapevta zanimalo, zakaj neka kultura omogoča in podpira široko uporabo zasvojitvenih substanc in njihovo čezmerno uživanje. Zanimalo ga bo, koliko je posameznik na systemski ravni spodbujen ali oviran pri zasvojitvenem vedenju. Tam namreč, kjer sistem ali družba tolerira posameznikovo čezmerno pitje alkohola, govorimo o neke vrste patologiji tudi na systemski ravni: posameznik si bo prizadeval, da bi problem zasvojenosti rešil tudi na tako imenovani makrosystemski ravni, in bo podprl prizadevanje družine ali družbe proti zmotnemu predstavljanju zasvojitvenih substanc in proti škodljivemu umeščanju zasvojitvenih substanc v vsakdanji rabi, v običajih in pri reševanju težav. Obenem pa se bo zavedal, da je makrosystemska raven zgolj rezultat manjših mikrosistemov oziroma družin. Zato bo vpliv okolja videl večplastno, tako raven družbe kot celote, medijev, predvsem pa raven družine kot temeljne celice, v kateri se oblikujeta človekova psihična struktura in nagnjenje do zasvojitvenega ali nezasvojitvenega vzorca reševanja bolečih čutenj in stisk oziroma regulacije afektov. Če pride človek iz družine, v kateri si je izoblikoval tako imenovano nagnjenost do zasvojenosti oziroma afektivni psihični konstrukt, ki vključuje zasvojitveno vedenje, pa bo odziv makrosistema (delodajalci, partnerka, sosedje, mediji, policija, zdravstvo) na njegovo pretirano pitje alkohola negativen, bo to lahko točno tisti moment, zaradi katerega bo primoran prekiniti zasvojenost; temu rečemo pozitivni vpliv okolja. Ta vpliv je negativen, če se makrosistem ne upre njegovemu zasvojitvenemu vedenju. Teže trdimo nasprotno: če se človek v skladu s teorijo socialnega učenja v primarnem odnosu ob pomembnem drugem nauči funkcionalno regulirati boleča občutja, tudi v poznejšem obdobju vpliv okolja ne more imeti prevladujočega vpliva nanj. Če to povežemo še s psihološko teorijo, potem lahko rečemo, da psihološko nagnjenost za odvisnost ustvarijo predvsem primarna družina in primarni odnosi v njej, širša družba pa ta način regulacije bolečih občutij le podpre ali zavrne. Tako lahko sklenemo, da ima negativen vpliv družbe veliko večjo moč predvsem na posameznike, ki pridejo iz družin s tako imenovano psihološko nagnjenostjo do zasvojenosti, medtem ko na posameznike, ki te nagnjenosti nimajo, ta vpliv ne bo deloval pogubno.

6. Odvisnost in duhovnost

Če odvisnost prizadene različne dela človeka: telo, mišljenje, duha, odnose, potem je treba vse te komponente vključiti v proces zdravljenja, tudi duha. Tako je treba odvisnost obravnavati in razumeti kot večplastni sindrom, ki vključuje in predpostavlja vzajemno vplivanje različnih področij, to so: biološko (mož-

gani in telo), psihološko (mišljenje, čutenje, volja), socialno (družina, prijatelji, drugi) in duhovno področje (pomen in namen) (Ross 2005, 30–31).

Obstaja več razlogov, zakaj je primerno in ustrezno obravnavati področje duhovnosti, ko govorimo o zdravljenju zasvojenosti. Omenimo vsaj tri. Prvi razlog je dejstvo, da je zasvojenost med drugim tudi duhovna motnja, ki je posledica posameznikovega neuspešnega poskusa zapolnjevanja duhovne praznine (May 1988, 4). Namen duhovnosti je, da človek najde pomen in smisel v življenju in da se čuti celega, povezanega. Zasvojenost omogoča zasvojeni osebi nadomestiti točno ta občutek enosti. Vendar je to le začasni nadomestek in posledica tega: ko nadomestka ni več, se posameznik počuti še bolj praznega in odrezanega kakor pred prvo uporabo zasvojitvenih substanc ali vedenja, to pa ga sili v destruktivni cikel poskušanja zapolnitve te praznine. Rezultat sta še večji obup in osamljenost (Sandoz 2001, 12–14).

Drugi razlog koristnosti duhovnosti je vidna učinkovitost v procesih zdravljenja. Duhovnost je najprej učinkovita v preventivnem smislu in deluje kot zaščitni element, ki zmanjšuje željo po tveganem vedenju, povezanem z zlorabo substanc. Programi, ki niso imeli vključenega elementa duhovnosti, so se izkazali kot manj učinkoviti kakor programi, ki so to imeli (Hodge, Cardenas in Montoya 2001, 153).

Glavni razlog za vključitev duhovnosti v proces zdravljenja pa je njena povezanost z drugimi področji življenja. Kakor ne moremo strogo ločiti, kaj je telo in kaj je duša in kaj je duh, tako ne smemo ločiti teh komponent, ko govorimo o zdravljenju. Hkrati pa medicinska in psihološka literatura prisojata vse večjo pomembnost povezanosti med duhovnostjo in psihološkim zdravjem oziroma biološkim boljšim počutjem. Duhovnost je postala glavna opora v večini holističnih programov za zdravljenje odvisnosti. Dokaz sprejetja tega modela je to, da danes večina programov v ZDA vključuje psihosocialno oceno kot sestavni del ob vstopu v program, katerega del je tudi duhovnost. Ta ocena vključuje evalvacijo fizičnih težav in bolečin zaradi odvisnosti, psihične težave, povezane z odvisnostjo, ključne odnose z ljudmi, ki so imeli vpliv na razvoj odvisnosti, in duhovno življenje in prakso (ali odsotnost te komponente), ki bi lahko pomagala pri procesu zdravljenja. Ti podatki so zelo pomembni za načrtovanje individualnega programa zdravljenja in za načrtovanje ohranjanja abstinence (Hodges 2002, 109–115).

Relacijska družinska paradigma v središče svoje teorije postavlja človekovo hrepenenje po sakralnem, po preseženem, to pomeni, da je človekova bistvena, temeljna življenjska potreba, biti povezan z drugim (Gostečnik 2005, 245–251), tako na horizontalni kakor tudi na vertikalni ravni. Prav primarni odnosi s starši v sebi skrivajo sled sakralnega oziroma božjega, ker je to edini odnos, v katerem je človek lahko brezpogojno ljubljen in sprejet. Če človek te brezpogojnosti ne doživi, jo bo iskal v najrazličnejših stvareh, ker biti brezpogojno ljubljen pomeni: biti dober, vreden in dragocen. Če torej človek tega ne izkusi, se bo počutil nevrednega, ne dovolj dobrega, neprimernega in končno zavrženega in se bo skušal pred temi razdiralnimi občutki zavarovati z najrazličnejšimi sredstvi, zelo pogosto tudi z zasvojenostjo. Tako bo odnos z Bogom lahko pomenil tisti varni prostor, kjer bo oku-

sil brezpogojnost, kjer se bo lahko začutil vrednega, primerne in ljubljenega in bo zato mogel spremeniti odnos do sebe, spremeniti način, kako sebe doživlja, in se polagamo soočiti z bolečimi občutki, pred katerimi je tako vztrajno bežal, a jim je prek zasvojenost ostajal vztrajno zvest. V jeziku relacijske družinske terapije bi to pomenilo: šele ko bo vzpostavil globok odnos z Bogom, z nekom, ob katerem se bo čutil ljubljenega, sprejetega in vrednega, bo lahko opustil boleče afektivne psihične konstrukte, ki jih je uporabljal za regulacijo bolečih afektov. Ko tako človek dobi novo izkušnjo o samem sebi, ko vzpostavi nov odnos do sebe, ko se ne počuti več osamljenega, ko se razreši ta temeljna bolečina zavrženosti, takrat se sprosti prisilna navezanost na ponavljanje vedno znova istih zapletov in s tem tudi na zasvojenosti in odpre se prostor za nekaj povsem novega. Temu novemu v relacijski družinski paradigmi pravimo nova regulacija afektov, nov način doživljanja samega sebe in nov način vzpostavljanja odnosov.

Reference

- Anderson, Tammy L.** 1998. A cultural-identity theory of drug abuse. V: J. T. Ulmer, ur. *Sociology of crime, law and deviance*. Zv. 1, 233–262. Stamford, CT: JAI Press, Inc.
- Crabbe, John C.** 2002. Genetic contributions to addiction. *Annual Review of Psychology* 53, št. 1:435–462.
- Craig, R. J.** 2004. *Counseling the alcohol and drug dependent client: A practical approach*. Boston, MA: Pearson.
- Davis, Diane Rae, in Golie G. Jansen.** 1998. Making Meaning of Alcoholics Anonymous for Social Workers: Myths, Metaphors, and Realities. *Social Work* 43, št. 2:169.
- Erickson, Steven H.** 2005. Etiological theories of substance abuse. V: P. Stevens in R. L. Smith, ur. *Substance abuse counseling: Theory and practice*, 87–122. 3. izd. Upper Saddle River: Prentice-Hall.
- Fisher, Gerald L.** 2005. *Substance Abuse: information for school counselors, social workers, therapists and counselors*. T. C. Harrison. Boston, MA: Pearson.
- Gostečnik, Christian.** 2000. *Psihoanaliza in religija. Zbirka Krik po odnosu*. Ljubljana: Brat Frančišek / Frančiškanski družinski center.
- — —. 2005. *Psihoanaliza in religiozno izkustvo [religiozno izkustvo, sakralni prostor, relacijska družinska teorija, sakralni odnos, hrepenenje po drugem, iskanje drugega in Boga]*. Monografije FDI. Ljubljana: Brat Frančišek / Frančiškanski družinski inštitut.
- — —. 2011. *Inovativna relacijska družinska terapija: inovativni psiho-biološki model*. Monografije FDI. Ljubljana: Brat Frančišek / Teološka fakulteta / Frančiškanski družinski inštitut.
- Gupta, Rina, in Jeffrey Derevensky.** 1997. Familial and Social Influences on Juvenile Gambling Behavior. *Journal of Gambling Studies* 13, št. 3:179–192.
- Hodge, David R., Paul Cardenas in Harry Montoya.** 2001. Substance use: Spirituality and religious participation as protective factors among rural youth. *Social Work Research* 25, št. 3:153–162.
- Hodges, Shannon.** 2002. Mental Health, Depression, and Dimensions of Spirituality and Religion. *Journal of Adult Development* 9, št. 2:109–115.
- Hussong, Andrea M., Christopher A. Galloway in Laura A. Feagans.** 2005. Coping Motives as a Moderator of Daily Mood-Drinking Covariation. *Journal of Studies on Alcohol* 66, št. 3:344–353.
- Jellinek, Elvin M.** (1972). *The Disease concept of alcoholism*. New Heaven: College and University Press.
- Juhnke, Gerald A., in W. Bryce Hagedorn.** 2006. *Counseling addicted families: an integrated assessment and treatment model*. New York, London: Routledge.
- Lambert, Carl.** 2000. Deep cravings: New research on the brain and behavior clarifies the mysteries of addiction. *Harvard Magazine*, 102 (March-April): 60–68. Ponatis v: Gerald A. Juhnke and W. Bryce Hagedorn. *Counseling addicted families: an integrated assessment and treatment model*, 81. New York / London: Routledge, 2006.

- Lawson, Gary, in Ann W. Lawson.** 1992. *Adolescent substance abuse: etiology, treatment, prevention*. Gaithersburg: Aspen Publishers.
- Lawson, Gary, James S. Peterson in Ann W. Lawson.** 1983. *Alcoholism and the family: a guide to treatment and prevention*. Rockville: Aspen Systems Corp.
- Levin, Jerome D.** 1998. *Couple and family therapy of addiction*. Northvale, N.J. / London: Jason Aronson.
- Lyvers, Michael.** 2000. »Loss of Control« in Alcoholism and Drug Addiction: A Neuroscientific Interpretation. *Experimental and Clinical Psychopharmacology* 8, št. 2:225–249.
- Mann, Karl, Derik Hermann in Andreas Heinz.** 2000. One hundred years of alcoholism: the twentieth century. *Alcohol and Alcoholism: International Journal of the Medical Council on Alcoholism* 35, št. 1:10–15.
- May, Gerald G.** 1988. *Addiction and grace*. San Francisco: Harper San Francisco.
- Morse, Stephen J.** 2004. Medicine and Morals, Craving and Compulsion. *Substance Use & Misuse* 39, št. 3:437–460.
- Moyers, Theresa B., in William R. Miller.** 1993. Therapists' Conceptualizations of Alcoholism: Measurement and Implications for Treatment Decisions. *Psychology of Addictive Behaviors* 7, št. 4:238–245.
- Nakken, Craig.** 1996. *The addictive personality: understanding the addictive process and compulsive behavior*. 2. izd. Center City, Minn.: Hazelden.
- Petraitis, John, Brian R. Flay in Todd Q. Miller.** 1995. Reviewing Theories of Adolescent Substance Use: Organizing Pieces in the Puzzle. *Psychological Bulletin* 117, št. 1:67–86.
- Ross, Stephen.** 2005. Alcohol use disorders: Special topics. *Primary Psychiatry*: 30–31.
- Sandoz, Jeff.** 2001. The spiritual secret to alcoholism recovery. *Annals of the American Psychotherapy Association* 4, št. 5:12–14.
- Walters, Glenn D.** 1992. Drug-Seeking Behavior: Disease or Lifestyle? *Professional Psychology: Research and Practice* 23, št. 2:139–145.
- West, Robert.** 2001. Theories of addiction. *Addiction* 96, št. 1:3–13.
- West, Robert, in Ainsley Hardy.** 2006. *Theory of addiction*. Oxford: Blackwell.
- Wulfert, Edelgard, in David E. Greenway.** 1996. A logical functional analysis of reinforcement-based disorders: Alcoholism and pedophilia. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 64, št. 6:1140.