

## Bolezni odvisnosti Dependence diseases

Aleksander Zadel\*

Deskriptorji  
snov, zasvojenost  
osebnostni testi  
psihoterapija

Descriptors  
substance dependence  
personality tests  
psychotherapy

**Izvleček.** Avtor predstavlja nekatere novejšje poglede na bolezni odvisnosti od ilegalnih psihoaktivnih substanc. Kaže, kako so razvrščene po klasifikaciji ameriške Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, obrazloži nekatere najpogostejše uporabljane pojme in komentira psihološke teorije odvisnosti, raziskave osebnostnih značilnosti in psihoterapijo odvisnikov od ilegalnih psihoaktivnih substanc.

**Abstract.** The author presents some recent views on the disorders due to psychoactive substances use, and groups them according to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Classification. He explains the most common concepts relating to these diseases and comments on the psychological theories of substance dependence, personality studies and psychotherapy of addicts.

### Uvod

Vse oblike človekovega vedenja se lahko spremenijo v strast ali prisilno vedenje (spolnost, zbirateljstvo, delo, ljubezen, uživanje psihoaktivnih substanc...). Odvisnost od psihoaktivnih substanc (PAS) predstavlja le eno od specifičnih strasti v obliki patološke odvisnosti od droge. Patološka postane strast takrat, ko vedenje ali aktivnost postane sama sebi namen in svoje naloge ne izpolnjuje več smiselno. Poseganje bolnika po drogi je funkcionalno avtonomno dejanje in zato patološko.

Milčinski pravi, da o odvisnosti od PAS v najširšem smislu govorimo takrat, ko je substanca vključena v človekov metabolizem tako, da nastopi neprijetna in včasih celo nevarna vegetativna reakcija, če psihoaktivno snov človeku odtegnemo (1). Takrat govorimo o abstinenčni krizi, ki je telesne in psihične narave. Danes lahko s pomočjo zdravljenja relativno preprosto zdravimo telesne krize, medtem ko so psihične težave težje obvladljive in terapevtsko težje dostopne. Bolnik odvisen od PAS namreč kljub uspešno izvedeni detoksifikaciji velikokrat ponovno prične z uživanjem PAS, kar je posledica utirjenosti vzorca obnašanja in hudih psihičnih stisk ter nesposobnost njihovega reševanja na konstruktiven način. Prav beg iz situacije je značilen vzorec obnašanja odvisnih od PAS, ko se spopadajo z reševanjem težav, vendar le tistih, ki niso v neposredni zvezi z iskanjem PAS, potrebne za vzdrževanje labilnega ravnovesja udobnega psihičnega počutja.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM III–R) loči dve večji kategoriji motenj v zvezi s snovmi, ki povzročajo motnje v človekovem delovanju (2):

- organske mentalne motnje, ki jih povzročajo PAS (substance-induced organic mental disorders). Te so uvrščene med organske mentalne motnje. Zanje so značilne

\*Aleksander Zadel, dipl. psih., Dispanzer za zdravljenje odvisnosti, Zavod za zdravstveno varstvo Koper, Vojkovo nabrežje 4a, 66000 Koper.

halucinacije in anksioznost, ki so posledica akutnih in kroničnih učinkov PAS na centralni živčni sistem in

- motnje zaradi uporabe PAS. Ta skupina zajema neprilagojeno vedenje v odnosu do zlorabe drog.

### **Organske mentalne motnje, povzročene s psihoaktivnimi snovmi**

Te motnje vključujejo delirij, demenco, amnestične motnje, halucinacije, motnje vedenja, anksioznost in motnje osebnosti. Dodani sta še intoksikacija in abstinenčna kriza. Obstaja dvom, ali so ti simptomi specifični za posamezne PAS. V kliničnem smislu je namreč težko ločiti, ali so določene halucinacije posledica alkoholne abstinenčne krize ali odtegnitve barbituratov. Obstajajo tri, s substancno povzročene mentalne motnje, ki jih lahko pripišemo specifičnim substancam:

- akutna zastrupitev z alkoholom,
- delirij ob abstinenčni krizi, povzročen z alkoholom, sedativi, hipnotiki in anksiolitiki in
- posthalucinogena zaznavna motnja, ki jo povzročajo halucinogeni.

### **Motnje zaradi uporabe psihoaktivnih substanc**

Za te motnje je značilna oblika neprilagojenega vedenja, povezanega z nabavljanjem in uživanjem PAS, ki so zlorabljene, kot tudi vedenjske in socialne posledice teh vzorcev vedenja. V DSM III–R so te motnje razdeljene na odvisnost od PAS in zlorabo PAS. Slednja kategorija se nanaša na tiste uživalce, ki jih ne moremo uvrstiti med odvisne od PAS. Verjetno večina teh, ki bi jih utegnili opredeliti kot zlorabnike PAS, nikoli ne pride v ambulantno po tovrstno pomoč. Sem uvrščamo tudi uživalce marihuane in halucinogenov, pri katerih so abstinenčne krize manj pogoste. Odvisnost ni enoznačna kategorija in pri posamezniku večkrat niha. Lahko je blaga, srednja ali huda; je del delne ali popolne remisije.

**Remisija** je po DSM III–R lahko:

- delna: med zadnjimi šestimi meseci je bilo nekaj uporabe PAS in nekaj simptomov odvisnosti ali
- popolna: v zadnjih šestih mesecih ni bilo uporabe PAS in nič simptomov odvisnosti.

DSM III–R opisuje še dve dodatni kategoriji odvisnosti:

- nespecifična odvisnost od PAS in
- nespecifična zloraba PAS.

Sem uvrščamo vse tiste oblike odvisnosti, ki jih ne moremo uvrstiti v prej omenjeni kategoriji.

WHO je leta 1964 uvedla pojem odvisnosti in ga zamenjala z zasvojenostjo. Pojem **odvisnost** se nanaša na:

- psihološko odvisnost od substance, ki povzroča vedenje, usmerjeno k substanci,
- nezmožnost, da bi prenehal uporabljati PAS zaradi fizične odvisnosti od PAS in tolerance do njenih učinkov in
- poslabšanje telesnega in mentalnega zdravja kot posledico zlorabe PAS.

V DSM III–R pomeni motnja v jemanju PAS:

- obliko patološke uporabe: nesposobnost prenehati ali zmanjšati uporabo; zastrupitev enkrat na dan; uporaba skoraj vsak dan skozi en mesec; epizode predoziranja ali zastrupitve tako, da je vključeno tudi moteno mentalno funkcioniranje in
- oslabitev telesnih, socialnih ali psihičnih funkcij kot posledica uporabe PAS.

**Toleranca** je definirana kot zmeraj večja potreba po PAS za doseg enakega učinka. Ljudje so različno tolerantni do enakih količin PAS. Ta sposobnost je najbrž prirojena.

Odvisnost od PAS je lahko psihična, telesna ali oboja.

**PAS** je tista snov, ki vnesena v telo, povzroča spremembe v zavesti in stanju duha. Vse PAS so lahko predmet zlorabe, napačne rabe in psihične ali telesne odvisnosti.

## Epidemiologija

Epidemiološke študije so na področju zlorabe PAS izredno težko izvedljive. Številke različnih avtorjev se zato zelo razlikujejo. V Sloveniji naj bi ta številka znašala od 1000 do 5000 intravenoznih uživalcev prepovedanih PAS. Povprečne vrednosti se deloma ujemajo s podobnimi v zahodnem svetu (3).

## Soobolevnost

Pri uživalcih PAS so pogosto prisotni simptomi depresije in anksioznosti. Nekateri raziskovalci menijo, da gre pri odvisnikih za samomedikacijo lastne anksioznosti, depresije in motenj vedenja. Drugi ugotavljajo ravno obratno. Načeloma se strinjajo, da gre za vzajemni vpliv obeh dejavnikov. Skupaj z odvisnostjo od PAS se pojavlja še antisocialna osebnostna motnja (po DSM III–R). Družinska zgodovina antisocialne osebnostne motnje lahko povzroči tveganje za zlorabo PAS, prav tako lahko podobno nagnjenost k bolezni odvisnosti razvijejo posamezniki, ki izhajajo iz družin z alkoholno odvisnostjo. Psihosocialno okolje je kritičnega pomena za razvoj motenj, povezanih z zlorabo PAS.

## Psihološke teorije odvisnosti

Pojem odvisnost se nanaša na težave, ki jih ima posameznik, da bi živel brez nečesa. Odvisnost postane jasno izražena, ko posameznik nadaljuje z vedenjem, ki je zanj očitno škodljivo in/ali kljub neuspešnim poskusom prenehanja s takim vedenjem.

Obstajajo tri temeljne skupine teorij, ki razlagajo dinamiko bolezni odvisnosti (4):

- teorije o izogibanju abstinenčni krizi. Po teh teorijah prične posameznik z uživanjem PAS zaradi radovednosti, socialnega pritiska, zdravstvene potrebe ali zaradi zadovoljstva nad učinki PAS. Uživanje PAS povzroči učinke tolerance, ki vzbudijo občutke abstinenčne krize, ti pa občutke odpora. Ko posameznik doseže raven adaptacije, nadaljuje z uživanjem PAS, da bi dosegel raven normalnega delovanja. Po tej teoriji je torej bolnik, ki je odvisen od PAS tisti, ki potrebuje PAS zato, da bi se izognil abstinenčnim simptomom;
- teorije o želji po uživanju PAS. Posameznik naj bi po teh teorijah postal odvisen od PAS zaradi pozitivnih učinkov delovanja PAS in vedenja, povezanega z uživanjem PAS.

Ta teorija prilagaja razlage različnim PAS. Pri kokainu je na primer užitek ob doživljanju evforije tako močan, da postane za posameznika pomembnejši kot njegovo zdravje. Alkohol, recimo, tako zniža posameznikovo anksioznost, da je to razlog pretiranega uživanja. Kadilci pravijo, da jih kajenje umirja. Skrivnosten pa je mehanizem prisilnega vedenja, ki vzdržuje igranje iger na srečo. Da gre resnično za dve različni teoriji, potrjujejo raziskave pri živalih. Če pri njih preprečimo delovanje morfinov v določenem delu možgan, bo prenehalo vedenje živali, usmerjeno k zagotavljanju PAS. Če preprečimo njihovo delovanje v drugem delu možganov, pa bo prišlo do abstinenčne krize;

- teorije o motnjah motivacije. Kronično jemanje PAS in prisilno vedenje spremenita motivacijski sistem, ki omogoča tako vedenje. Na psihološkem nivoju obstaja koncept »moč navade«. Moč navade pomeni vzročno posledično povezavo med dražljajem, ki sproži akcijo, in akcijo. Mehanizem, ki poveže dražljaj in akcijo, ni popolnoma jasen. Ta teorija razlaga, zakaj se želja po PAS pojavlja tudi takrat, ko še niso prisotni abstinenčni simptomi, in zakaj je potreben določen čas, da se vzpostavi odvisno vedenje.

Skupno vsem trem teorijam je mišljenje, da imajo posamezniki z večjimi sposobnostmi obvladovanja stresa večje možnosti, da se izognejo odvisnosti.

### Osebnostne značilnosti bolnikov odvisnih od ilegalnih PAS

Osebnostne značilnosti bolnikov odvisnih od PAS je nemogoče opredeliti enoznačno. Obstajajo namreč različne oblike in stopnje odvisnosti od različnih substanc in nenazadnje tudi različne poti vnosa PAS. Izbira uporabljene psihoaktivne snovi in najbrž tudi način vnosa substance v telo je odvisen od osebnostnih značilnosti posameznika.

Pri terapevtskem delu z bolniki odvisnimi od ilegalnih PAS prihajamo največkrat v stik z intravenoznimi bolniki, ki so običajno tudi politoksikomani z večletnim stažem. To je specifična skupina uživalcev PAS, huje osebno motenih in disocialnih. Ti pridejo v stik z zdravstveno službo navadno takrat, ko se jim hudo poslabša zdravstveno stanje, ko imajo težave z zakonom ali postanejo skrajno moteči za svojo okolico. Slednje je značilno zlasti za mlajše bolnike, ki so še ekonomsko in dovolj čustveno vezani na dom in družino ter imajo starše, ki so motivirani za njihovo zdravljenje. Opazimo torej, da je le v prvem primeru razlog za obisk izrazito osebne narave in neposredno povezan z lastno odločitvijo. Običajno mine od štiri do šest let, da je zdravje bolnika resno načeto, zato ima večina posameznikov tako dolg staž uživanja psihoaktivnih snovi. Tudi motivacija je pri njih nekoliko stabilnejša. Med bolniki, ki imajo kratek staž in vseeno zaidejo v ustanove, ki se ukvarjajo z zdravljenjem odvisnosti, je večina mladih, ki jih pripeljejo starši. Običajno imamo tudi tukaj opravka s huje motenimi osebnostmi, ki sicer še niso dosegle socialnega dna in tudi njihovo zdravje še ni resno načeto. Zato so adolescenti v tem primeru bistveno težji bolniki kot starejši. Pri njih lahko računamo le na to, da prisilno vedenje ob jemanju PAS še ni tako močno utirjeno in zato mogoče lažje psihoterapevtsko dostopno.

Danes je na razpolago veliko študij, ki se ukvarjajo z osebnostno strukturo odvisnih od PAS. Njihovi rezultati so sicer podobni, vendar pozornemu bralcu ne uide raznolikost osebnostnih značilnosti, ki so jih raziskovalci odkrili pri tej populaciji. Vprašamo se lahko, ali je za tako pestrost kriva različna metodologija ali gre mogoče za kaj drugega? Poglejmo

nekatero od študij, ki so bile narejene v zadnjih letih. Herrero opozarja na razlike med tistimi odvisniki, ki se odločijo za terapijo, in tistimi, ki se ne. Odvisni od PAS, ki so zavrnili terapijo, so mlajši, so člani številnejših družin, z uživanjem konoplje in drugih PAS so začeli bolj zgodaj in jih zlorablajo dlje časa, pogosteje zlorablajo tudi kokain in heroin, redkeje alkohol. Pogosteje imajo tudi somatske težave in razne oblike psihičnih motenj (5). Craig dodaja, da je za odvisne od kokaina bolj značilno antisocialno vedenje, medtem ko imajo odvisni od heroina več težav z anksioznostjo in somatskimi težavami. Zanje so značilne še »acting out« reakcije, upornost, depresivnost, odtujenost in hiperkinetičnost (6, 7). Podobne so ugotovitve Kostena in sodelavcev (8). Weissman je z osebnostnim vprašalnikom Minnesota Multiphasic Personal Inventory (MMPI) ugotovil pri bolnikih, ki si PAS vbrizgavajo intravenozno, poudarjene lastnosti na lestvicah paranoidnosti in shizofrenije, ter izrazito izraženo psihotičnost (9). S podobnim vprašalnikom Eysenck Personal Questionary (EPQ) je Shasi ugotovil, da dosežejo isti bolniki visok rezultat na lestvici psihotičizma, nevroticizma in lestvici laži, nizke vrednosti pa na lestvici ekstrovertiranosti (10). Zanimivo bi bilo ugotoviti, ali je večja introvertiranost posledica uživanja PAS ali je že primarno izražena. Cipolli ugotavlja, da je med bolniki odvisnimi od PAS na splošno veliko mejnih osebnostnih struktur (11). Clerici je naletel na posebno težavo. Opisal je svoj poskus psihopatološkega orisa osebnostnega profila odvisnika od heroina. Pravi, da je poskus spodletel zaradi polimorfne strukturiranosti osebnosti takega odvisnika. Najširše ga lahko opredeli kot nevrotičnega in depresivno ciklotimnega. Med raziskovano populacijo so našli shizofrenike, psihotike, paranoidne osebnosti in osebnosti z antisocialnimi in mejnimi motnjami (12).

Iz zgoraj omenjenih študij lahko razberemo, s kako pestro patološko sliko osebnostnih struktur imamo opraviti. To pomeni, da mora biti podobno pester tudi izbor psihoterapevtskih pristopov, s katerimi se lotevamo zdravljenja odvisnosti, če naj bo to uspešno. Seveda moramo imeti tudi dobro izdelan inštrumentarij in metodo, s katero bomo posameznika lahko uspešno diagnosticirali in mu predpisali ustrezen psihoterapevtski in seveda zdravniški pristop.

## **Psihoterapija odvisnih od ilegalnih PAS**

Široka paleta osebnostnih značilnosti, ki so jih našli pri odvisnikih, nam omogoča, da se jasneje zavedamo težav, ki se pojavljajo pri terapiji te populacije.

Ko se lotevamo psihoterapije odvisnosti, moramo natančno vedeti, s kakšno osebnostno strukturo imamo opraviti. Običajno dobimo te podatke z ustreznimi psihološkimi testi. Različni avtorji uporabljajo različne inštrumente, odvisno od pristopa, ki jim je bližje oziroma ga zagovarjajo. Najpogosteje se v tej zvezi omenja klasičen psihološki sklop testov: Wechslerjev test inteligentnosti (WB-II), Rorschachov preiskus (Ro-p) in Likovno tehniko Bender (LTB). Klinično sliko pa običajno dopolnjujejo še z vprašalniki MMPI, EPQ ali Profilom indeksa emocij (PIE). Tu bi bilo treba poudariti še najnovjši prevod Eysenck-Matickevega vprašalnika KIMR (kratek inventar medosebnih reakcij) dr. Andreja Marušiča. Z njim je moč opredeljevati k odvisnosti nagnjeno osebnost. Menimo, da utegne skupaj z izvezkom vprašalnika EPQ pomeniti enega najboljših in najhitrejših

diagnostičnih instrumentov za ugotavljanje in ločevanje k odvisnosti nagnjene osebnostne strukture.

Psihoterapijo običajno kombiniramo z eno od oblik detoksikacije, ki naj bi potekala v bolnišnični oskrbi. Lawson s sodelavci ugotavlja, da nova spoznanja potrjujejo pomembno vlogo psihoterapevtov v terapiji vseh oblik odvisnosti. Telesna detoksikacija je namreč relativno hitra. Dolgotrajnejše je zdravljenje psihične odvisnosti, ki se mora nadaljevati še dolgo po odpustu iz bolnišnice. Potrebno je delo z družino in ožjim socialnim okoljem (13). Po mnenju Bambergerjeve je odvisnost oblika ustalitve, oziroma vračanja v obdobje psihičnega razvoja, ki je značilno za otroke, ki zaznavajo in ljubijo sebe preko materine ljubezni. Slednja je pri bolniku zamenjana z nadomestkom idealnega objektnega odnosa. Ta nadomestek je psihoaktivna substanca ali vedenje (pri odvisnih od PAS igra pomembno vlogo navada v obliki obreda jemanja droge). Delo s temi ljudmi mora temeljiti na realizaciji in simbolizaciji zgodnje otroške odvisnosti, da bi pri bolniku lahko izzvali strukturne osebnostne spremembe (14).

Različni avtorji menijo, da je uspešna terapija kakršne koli odvisnosti malo verjetna, če bolnik nima za seboj dovolj dolgega obdobja jemanja PAS, v katerem naj bi na lastni koži občutil vse negativne posledice takega ravnanja, v psihološkem telesnem in socialnem smislu. Verjetno gre za globlji mehanizem, ki se skriva v nagonu po ohranitvi življenja, le-ta pa se pri določenih posameznikih aktivira zelo pozno. Pri adolescentih se v tem primeru pojavi dodatna težava, saj imajo za seboj že zaradi starosti krajše obdobje zlorabljanja psihoaktivnih snovi. So pa kljub temu ravno tako hudo osebnostno moteni kot dolgotrajni uživalci drog in zaradi tega težje terapevtsko dostopni. Pomembno vlogo igra v njihovem primeru ožje družinsko okolje in razmere v njem. Kljub omenjenemu najdemo med adolescentnimi uživalci drog posameznike s pet- ali šestletnim obdobjem jemanja PAS.

Charles se ukvarja z otroštvom adolescentnih odvisnikov. Meni, da je pri njih prisotna večdejavniška oblika geneze in da ni nobene linearne vzročne zveze med travmatičnimi dogodki v njihovem otroštvu in kasnejšo odvisnostjo. V psihoterapiji se pokaže njihova nesposobnost predelave preteklih travm. So tudi izrazito nemočni pred še tako majhnimi težavami v sedanosti, ki se ne nanašajo na oskrbovanje s PAS (15).

Fasolo priporoča za zdravljenje odvisnih od PAS skupinsko psihoterapijo v majhnih skupinah z ozdravljenimi bolniki kot vodji (16). Chatlos ob tem opozarja na pomen, ki ga imajo pri zdravljenju adolescentnih bolnikov starši, vzgojitelji, družina in ožje socialno okolje. Vse te strukture je treba vključiti v zdravljenje mladostnika (17). Sterman simbolično predpostavlja, da je v posamezniku vedno prisoten notranji otrok, ki omogoča, da se človek avtomatično giblje proti ugodju in onemogoča dostop do notranjih izvorov moči in lastnih mehanizmov preživetja (18).

Pena s soavtorji opisuje izkušnje v Veterans Affairs Medical Center v ZDA, kjer so razvili izjemno široko mrežo pomoči v psihološkem, medicinskem in socialnem smislu ter strategijo terapije, ki je usmerjena na vse faze rehabilitacijskega procesa. V prvem obdobju bolnik vstopi v terapevtsko skupnost bolnišničnega tipa, ki temelji na vedenjsko orientirani psihoterapiji. Drugo obdobje predvideva skrb za ureditev razmer v okolju, v kate-

rega se bo posameznik vrnil po odpustu. V tretjem obdobju je skrb posvečena spremljanju bolnika po odpustu in doseganju dolgoročnih sprememb in ciljev. Osrednja točka programa je intenzivna skupinska psihoterapija, usmerjena na socializacijo, preprečitev recidiva, okrevanje, svetovalne skupine, družinsko terapijo, individualno vedenjsko in podporno terapijo ter farmakoterapijo (19). Rugel opisuje še ostale prednosti kognitivno-vedenjskih tehnik. Te vzpodbujajo v skupini različne procese: identifikacijo, sprejetost v skupini, okrepitev skupinskih norm, izpovedovanje, skupinsko dinamiko in ostale terapevtske dejavnike (20).

Preverjali so tudi učinkovitost psihoterapevtskega dela ob različnih oblikah detoksikacije. Yavinova je ugotavljala razlike med skupino, ki je prejela metadonsko terapijo, in skupino, ki se je detoksicirala s pomočjo clonidina. Bolniki so bili odvisniki od opiatov. Po trinajstmesečni terapiji niso med skupinama našli statistično pomembnih razlik v reakcijah na psihoterapijo (21).

Dushmanova je s pomočjo psihodrame in adlerjanskega pristopa dosegla pomemben napredek v odnosu odvisnikov do svojega lastnega preživetja. S pomočjo te oblike psihoterapije se je moč hkrati simbolično gibati v času in psihi. To omogoča simbolična potovanja v obdobja, kjer lahko pričakujemo odkritje mehanizmov, ki so omogočili nastanek osebnostne strukture, ki ne vzdrži pritiska PAS (22).

Zanimiv je prispevek Wallaceove, ki natančno razdeli psihoterapevtski pristop in poskus preprečitve recidiva pri bolnikih, ki zlorabljajo krek (crack). V terapiji uporablja psihodinamske in kognitivno-vedenjske principe v prevzgojnih skupinah, kot jih sama imenuje, med bolnišnično detoksikacijo omenjenih bolnikov. Preprečevanje recidiva vključuje učenje preventivnega alternativnega vedenja po bolnišnični detoksikaciji. S kliničnim posredovanjem poskuša bolniku pojasniti njegovo psihično občutljivost pred notranjimi in zunanjimi nevarnostmi in pomen ohranjanja stika s terapevtom tudi po odpustu iz bolnišnice, da bi lahko dobil potrebno podporo pri srečevanju z rizičnimi situacijami. Cilj tega pristopa je, da omogoča izražanje bolnikovih čustvenih, vedenjskih, miselnih in obrambnih funkcij na nivoju, ki ga je bolnik sposoben dojeti. Sama opozarja na pomanjkanje objektivne ocene rezultatov take terapije (23).

V psihoterapiji odvisnikov uporabljajo še realitetno skupinsko terapijo (Honeyman (24)), analitično psihodramo (de Simoni (25)) in terapijo igre in sanj (Croce (26)).

Zakonca Potter-Efrom predlagata izredno natančno izdelano terapijo. Ta traja dvanajst tednov in je sestavljena iz vzgoje in individualne ter skupinske psihoterapije. Program predvideva spremembe na vedenjskem, miselnem, čustvenem in duhovnem področju. Ukvarjata se z naslednjimi psihološkimi vsebinami: strahom, sramom, krivdo, dolgotrajnim razočaranjem, jezo, zavračanjem, rigidnostjo, zmedo in motenim identitetnim razvojem. Po končani terapiji sta pri bolnikih ugotovila bistven napredek na vseh navedenih področjih. V dvanajstih tednih je posameznik deležen enega dvournega uvodnega intervjuja, šestih enournih individualnih terapevtskih seans, osmih enournih vzgojnih lekcij in šestnajstih dvournih skupinskih terapij (27).

## Zaključek

Kratek pregled novejšje literature z obdelanega področja nam pokaže, da je v tujini na razpolago veliko načinov, s katerimi se poskuša terapevtsko pristopiti k problemu zdravljenja odvisnosti. Sprva smo presenečeni nad tolikšnim številom možnosti. Vprašamo se lahko, čemu je tako. Glede na nekatere študije, ki govorijo o polimorfnosti osebnostnih struktur odvisnikov, je to običajno stanje, v katerem se poskuša k različnim osebnostnim strukturam tudi različno pristopiti. Bolj skrb vzbujajoče utegne biti razmišljanje, da je temu tako zaradi tega, ker še ni bil izdelan terapevtski pristop, oziroma nekaj takih, ki bi bili dovolj uspešni, da bi jih sprejeli tudi drugi. Sedaj smo v obdobju, ko je v Sloveniji problem uživancev ilegalnih PAS v porastu. Vse več je bolnikov, ki iščejo pomoč. Celostnega pristopa k zdravljenju odvisnosti od ilegalnih PAS v Sloveniji trenutno ni. Z boleznimi odvisnosti se ukvarjajo v nekaj ambulantah in dispanzerjih. Bolnika je v nekaterih primerih moč napotiti v lokalne psihiatrične službe ali v nekatere psihiatrične klinike. V pripravi so projekti zdravljenja v terapevtskih skupnostih po vzorcu italijanskih Comunita Incontro in »Progetto uomo«. Glede na obseg uživanja ilegalnih PAS je nujen bolj organiziran in temeljit pristop. V nasprotnem primeru bo proces zdravljenja obolelih zastal. Obstoječe institucije ne bodo prenesle navala bolnikov, do katerega utegne priti.

---

## Literatura

1. Bras S, Cvetko B, Kobal M et al. *Psihiatrija*. Ljubljana: Državna založba Slovenije, 1986.
2. Kaplan HI, Sadock BJ. *Synopsis of psychiatry*. Baltimore; Williams & Wilkins, 1991: 278–320.
3. Krek M. AIDS and mobility in Slovenia. Prague: *European Project AIDS and Mobility, 9th and 10th december 1993*.
4. Glass IB. *The international handbook of addiction behavior*, Routledge, London: 1991: 20–5.
5. Herrero ME, Baca E. Specific treatment as a definitory trait of a typology in heroin addicts. *Int J Addict 1990; 25: 65–79*.
6. Craig RJ, Olson RE. MCMI comparisons of cocaine abusers and heroin addicts. *J Clin Psychol 1990; 64: 230–7*.
7. Craig RJ, Psychological functioning of cocaine free-basers derived from objective psychological tests. *J Clin Psychol 1988; 44: 599–606*.
8. Kosten TR, Gawin FH, Rounsaville BJ. Abuse of cocaine with opioids: Psychological aspects of treatment. *Proceedings of the 47th Annual Scientific Meeting of the Committee on Problems of Drug Dependence: Problems of Drug Dependence; NIDA Res Monograph Series 1986: Mono 67: 778–82*.
9. Weissman CP, Anglin MD, Fisher DG. The MMPI profiles of narcotics addicts; II Ethnic and criminal history effects. *Int J Addict 1989; 24: 881–96*.
10. Sahasi G, Chawla HM, Bhushan B, Kacher C. EPQ scores of heroin addicts in India. *Indian J Psychiatry 1990; 32: 25–9*.
11. Cipolli G, Gallioni I. Negative movement responses in Rorschachs of heroin users. *Perceptual and motor skills 1988; 44: 114*.
12. Clerici M, Capitano C, Gavini R, Carta I. Tossicodipendenza ed interventi psicoterapici. Il profilo psicopatologico del tossicodipendente da eroina. *Arcivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria 1987; 48: 546–59*.
13. Lawson AW, Lawson GW. Classic articles in the field of family dynamics of addiction: The early years, 1953–1980. *Family Dynamics Add Quarterly 1991; 1: 59–70*.
14. Bamberger H. Symbolbildung in der stationären Psychotherapie mit Alkohol, Medikamentenabhängigen und Spielsüchtigen. *Zeitschrift für Psychoanalytische Theorie und Praxis 1992; 7: 27–44*.

15. Charles NA, Voukassovitch C, Touzeau D. The childhood of drug addicts. *Ann Med Psychol* 1989; 147: 241–4.
16. Fasolo F. La psicoterapia do gruppo nelle tossicomanie. *Psichiatria Generale e dell' eta Evolutiva* 1989; 27: 569–86.
17. Chatlos JC. Adolescent dual diagnosis: A 12-step transformational model. *J Psychoactive Drugs* 1989; 21: 189–201.
18. Sterman CM. Alcohol and other drug addicted families. Special issue: Chemical dependency: Theoretical approaches and strategies working with individuals and families. *J Chemical Dependency Treatment* 1991; 4: 73–85.
19. Pena JM, Calkins AM, Corrigan SA, Malow RM. The drug dependence treatment program: Veterans Affairs Medical Center (VAMC). *J Subst Abuse Treat* 1991; 8: 71–6.
20. Rugel RP. Addictions treatment in groups: A review of the therapeutic factors. *Small Group Res* 1991; 22: 475–91.
21. Shaham Y, Shafman Dr, Scher JM et al. Methadone maintenance and clonidine detoxification in the treatment of opiate addicts in Israel. *Suggesting evidence for cultural difference in the effectiveness of treatment modalities for opiate addiction* 1991; 28: 45–57.
22. Dushman RD, Bressler MJ. Psychodrama in an adolescent chemical dependency treatment program. Special issue: »On beyond Adler.« *Indiv Psychology J Adlerian Th* 1991; 47: 515–20.
23. Wallace BC. Relapse prevention in psychoeducational groups for compulsive crack cocaine smokers. *J Subst Abuse Treat* 1989; 6: 229–39.
24. Honeyman A. Perceptual changes in addicts as a consequence of reality therapy based group treatment. *J Reality Th* 1990; 9: 53–9.
25. De Simoni S. Un caso di »droga« trattato in un gruppo di psicodramma analitico. *Psicatria e Psicoterapia Analitica* 1987; 6: 83–9.
26. Croce EB. Tossicomania: Lavoro del sogno, lavoro del gioco. *Psicatria e Psicoterapia Analitica* 1987; 6: 238–47.
27. Potter ERT, Potter EPS. Outpatient co-dependency treatment. Special issue: Co-dependency: Issues in the treatment and recovery. *Alcoholism Treatment Quarterly* 1989; 6: 151–67.

Prispelo 10.1.1994