

DEJAVNIKI, KI VPLIVAJO NA PROCES ZDRAVLJENJA SINDROMA ODVISNOSTI OD ALKOHOLA

Maja Rus-Makovec*

POVZETEK

Dejavniki, ki vplivajo na proces zdravljenja odvisnosti, so človek s sindromom odvisnosti od alkohola s svojimi specifičnimi osebnostnimi lastnostmi (in eventuelnimi dodatnimi duševnimi motnjami), psihoterapevtska skupina (s svojo strukturo in dinamiko) ter terapevti (s svojim znanjem in osebnostjo). V prispevku poleg posameznih dejavnikov opisujemo njihovo prepletenost, posebno v začetnih fazah procesa zdravljenja, ko so bolniki najbolj ranljivi.

UVOD

O človeku govorimo, da je odvisen od alkohola, kadar pri njem prepoznamo znake sindroma odvisnosti od alkohola. Diagnozo odvisnost lahko postavimo takrat, ko so vsaj tri (ali več) karakteristike prisotne v zadnjih 12 mesecih. Karakteristike sindroma so naslednje:

- človek si močno želi alkohol in čuti neubranljivo potrebo, da bi ga užil;
- zaveda se, da je njegova sposobnost, nadzorovati uživanje alkohola, okvarjena. Slabo obvladuje tako začetek uživanja alkohola, kot tudi prenehanje, ne zmore pa obvladovati niti količin zaužitega alkohola;
- alkohol uživa z namenom olajšati si odtegnitvene simptome in se ob tem zaveda, da je to učinkovito;
- navzoči so znaki fiziološke abstinenčne krize;
- navzoč je pojav povečanja tolerance. To pomeni, da mora človek za isti učinek uživati vedno več alkohola;
- zoženje njegovega osebnega repertoarja uživanja alkohola (npr. začne piti vedno na enak način, ob istem času, na istem kraju itd.);
- vedno huje zanemarljivosti in/ali druge užitke na račun uživanja alkohola;

* Oddelek za zdravljenje odvisnosti od alkohola, Center za mentalno zdravje, Poljanski nasip 58, 61000 Ljubljana

– alkohol uživa kljub očitnim dokazom, da mu škoduje(škoda je lahko zdravstvena, kot npr. okvara jeter pri pretiranem pitju alkohola, socialna, kot npr. izguba zaposlitve zaradi posledic uživanja alkohola, ali pa psihična, kot npr. depresivna stanja po obdobjih hudega uživanja alkohola);če začne po obdobju abstinence ponovno uživati alkohol, je očitno, da se hitreje pokažejo znaki sindroma odvisnosti kot pri človeku, ki alkohola ni užival (1).

Obstajajo različne teorije o odvisnosti, vsaka pa mora upoštevati to, da ob relativno podobni izpostavitvi alkoholu nekateri ljudje postanejo odvisni, nekateri pa ne. Vse teorije imajo skupno tudi to, da so ljudje z “močnejšo voljo” bolje opremljeni za spopad z odvisnostjo. Koncept volje je težko ovrednotiti; verjetno pa vsebuje težnjo vztrajanja z namenom, ki je bil zavestno oblikovan(2).

Bolnik vstopi v proces zdravljenja zaradi različnih razlogov: ponavadi mora bolezen dozoreti do te mere, da povzroča dovolj veliko neugodje.

Na izid zdravljenja odvisnosti od alkohola vplivajo na eni strani faktorji , ki se tičejo bolnika, na drugi strani pa faktorji, ki so povezani z zdravljenjem samim. Faktorji , specifični za bolnika , so naslednji (3):

- prisotnost odvisnosti od alkohola v družini,
- bolnikova motivacija za prenehanje pitja,
- starost, spol, narodnost
- psihiatrični status, osebnostna struktura
- kroničnost oz. resnost njegovega pitja.

Faktorji zdravljenja so :

- terapevtova osebnost
- teoretična orientacija in znanje (“treniranost”) terapevta
- skupina kot (v večini primerov) glavna komponenta terapevtskega programa
- intenzivnost programa.

Raziskave kažejo, da verjetno faktorji , povezani z bolnikom, bolj vplivajo na izhod zdravljenja (4,5, 6)), kar pa prav nič ne more zmanjšati pomembnost našega (ne)korektnega dela.

Če hočemo vedeti in videti kaj se dogaja - in kaj od tega je terapevtskega ali ne - v zdravljenju odvisnosti od alkohola, moramo poznati bolnika in njegovo bolezen, skupino in njeno dinamiko in same sebe, torej terapevte. Videnje in vedenje pa ne bo jasno, če vseh treh faktorjev ne vidimo v procesu; zdravljenje odvisnosti ni enkratno dejanje, kot npr. zdravljenje pljučnice, pač pa dolgotrajen proces.

Abstinenca je zgolj temeljni kamen, ki proces zdravljenja omogoča. Izid naj bi bilo bolj skladno življenje s samim seboj in s svojim okoljem, za kar pa mora biti človek primerno opremljen (odrasel, zrel). Torej bi lahko proces zdravljenja označili tudi kot pospešeno dozorevanje.

Ob pregledu literature se težko upremo vtisu, da so k pesimističnemu stališču do zdravljenja odvisnosti do alkohola prispevali tudi prvi raziskovalci tega področja (4). Specifičnost te bolezni je, da jo nizko vrednotijo socialno okolje in bolniki sami. Agresivnost do teh bolnikov je dostikrat ovita v plašč hitrih konfrontacij in zahtev po kritičnosti, mnenjem, da se slabo zdravijo, ker se niso “še nič spremenili”, z lahkoto jih ocenjujemo za nemotivirane. V zadnjih letih tem bolnikom počasi priznavamo” pravico” do korektnega psihoterapevtskega zdravljenja in tudi bolj vidimo dolgotrajnost procesa. Videti je , da je večji del pesimizma pri zdravljenju odvisnosti od alkohola povezan z neznanjem (saj se včasih zgodi, da ne vemo, kaj sploh zdravimo), ki je dobro gojišče za predsodke in stereotype.

Bolnik nas ob začetku svojega zdravljenja pravzaprav sprašuje: kaj mi lahko ponudite boljšega, kot je alkohol? V anekdoti psihiater odgovori bolniku: težko delo, čustvene boje, boleče spomine in za določen čas hudo frustracijo. Bolnik, ki se je po pitju nekaj ur odlično počutil, je vprašal: "In za katero varianto bi se v tem primeru odločili vi?" Mogoče s tega stališča lažje razumemo bolnikovo negotovost in ambivalenco na začetku zdravljenja - oziroma da mora tak bolnik nekaj dobiti, da je pripravljen "plačati ceno".

Na drugi strani pa se moramo zavedati, da se je bolnik, preden je stopil v proces zdravljenja, razvijal na zase patogen način ponavadi že več desetletij. Če se tega zavedamo, vemo, da bolnik potrebuje več kot nekaj mesecev, da "se pozdravi", čeprav psihoterapija pomeni pravzaprav, kot smo že omenili, tudi pospešeno dozevanje, odraščanje.

Podrobneje bomo obdelali dejavnike, ki se prepletajo v procesu zdravljenja; poudarek bo na začetnih fazah procesa, ko so bolniki najbolj ranljivi in hkrati s svojimi nezrelimi obrambami vzbujajo največ negotovanja.

ČLOVEK S SINDROMOM ODVISNOSTI OD ALKOHOLA

Bolnik, odvisen od alkohola, s svojimi obrambnimi mehanizmi, s svojo zahtevnostjo in stalnim izražanjem neskončnih oralnih fantazij lahko vzbuja v terapevtih jezo in odklanjanje, zato je pomembno poznati in prepoznavati bolnikove obrambe in odpore; če jih ne bi bilo, bolnik tudi ne bi tonil v bolezen odvisnosti. Bolnikove obrambe in odpori torej niso ovira, pač pa predmet zdravljenja.

Katere so vulnerabilne plati človeka, ki olajšajo zlitje z alkoholom? Treece (7) omenja:

- nezmožnost izkusiti stopnjevanje čustev, predvideti neugodje ali uporabiti čustvene signale za aktivacijo obrambnih mehanizmov
- nizko samospoštovanje z narcistično zaščito
- okvarjene ocene, sodbe zaradi nezrelih, rigidnih obramb in prilagojenih mehanizmov za spoprijemanje s problemi.

Ranljivost na teh treh področjih vodi do okvarjene kapacitete skrbeti za samega sebe; ena od njenih značilnosti je okvarjena samo-ocena (8). Zimberg (9) govori o hudem konfliktu človeka, odvisnega od alkohola: med odvisnostnimi potrebami, ki ne morejo biti izpolnjene in kompenzacijskimi potrebami po kontroli, moči in priznanju (reaktivna grandioznost).

Dolgo je znana povezava nizkega samospoštovanja z boleznijo odvisnosti (nizko samospoštovanje je lahko primarno ali pa sekundarno kot realna posledica bolezni odvisnosti) (10). Delovanje alkohola ima učinke, ki se zapeljivo prepletejo z vulnerabilno platjo človekove osebnosti, npr. anksiolitični učinek. Alkohol lahko obravnavamo tudi na eni strani kot obrambno odzivanje na negativne informacije o sebi (informacije, ki poročajo o neuspešnosti in znižujejo nivo samospoštovanja ter samoprežstž), na drugi strani pa kot depresor - zmanjšuje dojemljivost ter občutljivost za ego relevantne informacije.

Nekateri sindrom odvisnosti od alkohola imenujejo kar bolezen zanikanja. Eden od najmočnejših obrambnih mehanizmov, ki se sproži pri bolezni odvisnosti (in je neločljivo povezan z njo - pa ne samo pri identificiranem bolniku, pač pa bolj ali manj intenzivno tudi v njegovi okolici) je namreč zanikanje (boleče) realnosti. Tudi drugi obrambni mehanizmi, ponavadi nezreli, prispevajo k nerealni oceni samega sebe. Na eni strani ti obrambni mehanizmi in njihov končni produkt - po domače

povedano boljše mnenje o sebi kot je realno - otežujejo ali celo onemogočajo odločitev za zdravljenje. Na drugi strani pa hkrati ne smemo pozabiti na smiselnost obrambnih mehanizmov na določeni stopnji, oziroma, zakaj jih je človek sploh razvil.

O tem je govoril že Wallace (11); zanikanje je obravnaval kot prilagoditveni mehanizem v nasprotju z dotedanjim splošnim prepričanjem o zanikanju kot obrambnim mehanizmom, ki ga je potrebno konfrontirati zelo zgodaj, sicer ni nič s terapijo. (Kasneje bomo natančneje osvetlili obravnavo zanikanja v psihoterapevtski skupini). Wallace je ugotovil, da je povečanje samozavedanja pri alkoholikih povezano z večjo anksioznostjo. Obravnavanje tega mehanizma je karseda delikatno. Videnje in zavedanje realnosti z vsemi občutki sramu in krivde bi, kakor se je človek navadil v dolgih letih, kar klicalo po ponovnem pitju. V procesu terapije moramo tudi prepoznati tudi t.i. univerzalnost zanikanja: torej bolnik z diagnozo odvisnosti ne zanika le same bolezni s posledicami, pač pa lahko tudi vzroke, ki so sooblikovali bolezen odvisnosti (jih izrinjajo).

Zimberg je govoril o bistvenem problemu psihoterapije, posebej v začetku, odvisnih ljudi(9). Prodreti je treba namreč skozi okope reaktivne grandioznosti, ki ščiti pred globokimi občutki manjvrednosti in odvisnosti. Poudarjeno je, da alkohol ne funkcionira le kot anksiolitik, pač pa umetno uvede občutke konzistence z grandizno samopodobo. Še kasneje bomo govorili o tem, da pri zdravljenju odvisnosti obstaja navidez paradoksalna situacija. Bolniku omogočimo uvid v njegov način funkcioniranja in bolj realno oceno samega sebe z začetno delno podporo njegovih narcističnih potreb. Iz lastnih izkušenj vemo, da moramo imeti dovolj visoko samospoštovanje, da lahko odkrito spregovorimo o lastnih napakah, oziroma, da jih prej sploh lahko vidimo. Zanimivo in terapevtsko smiselno obravnavajo alkoholikovo reaktivno grandiznost v klubih AA. Na eni strani mora član kluba sprejeti načelo "višje moči" (nemoč nad izbrano drogo, oziroma odvisnost od skupine); na drugi strani pa skupina lahko postane "višja moč"- bolnik pa se lahko identificira s tem kot član skupine in zadosti svojim narcističnim potrebam.

Zelo pogost obrambni mehanizem pri bolezni odvisnosti, ki ščiti pred anksioznostjo, je projekcija. Svoje nezaželenе lastnosti pripisovati drugim in jih kriviti, pomeni seveda stalno ojačanje svoje jeze in posledično pitje. Odvisni ljudje se pogosto gibljejo v uničujočem krogu med dvema enako tveganimi alternativama: kriviti sebe ali kriviti druge(12). Značinnost ljudi s to boleznijo je tudi želja, da bi drugi prevzemali odgovornost. Mehanizem projekcije pa lahko v terapiji uporabimo kot osnovo abstinence: prejšnje nefunkcionalno vedenje pripišemo bolj bolezni kot človeku. Wallace opiše asimilacijsko projekcijo (skepanje, da so drugi kot jaz in jih tudi kot take percipiram) kot posebno značinnost odvisnih ljudi- tako tistih, ki pi-jejo, kot tistih, ki abstininirajo(12). Ta obramba omogoči identifikacijo z boleznijo, posebno s treznimi posamezniki.

Nekateri obrambni mehanizmi so torej značilni za bolezen samo, druge pa je smiselno prepoznavati v smislu diagnosticiranja osebnostne strukture.

ZDRAVLJENJE ODVISNOSTI OD ALKOHOLA KOT PROCES

Proces zdravljenja za lažje razumevanje in sledenje razdelimo v različne faze, ki opisujejo isti proces, le z nekoliko različnega razglednega kota.

Prochaska in Clemente (13) sta govorila o štirih fazah: prekontemplacije, kontemplacije, akcije in vzdrževanja. V prvi fazi je človek odporen na spremembe. Ne

uporablje ne časa ne energije, da bi se ocenjeval, ali da bi ocenjeval svoje probleme. Upira se poiskusom pomoči okolice. Človek z boleznijo odvisnosti ostane v prvi fazi, dokler se ne zgodi razvojna sprememba ali sprememba v okolici, ki povzroči dovolj veliko neugodje. Videti je, da bolnik v drugi fazi dela re-evaluacijo sebe in okolice. Ocena je na kognitivnem in afektivnem nivoju.. V tej fazi so bolniki odprti za ozaveščanje čustvenega materiala. V tretji fazi se bolnik skuša osvoboditi svoje odvisnosti z razvijanjem alternativnih odgovorov na svojo okolico. V tej fazi je zelo pomembna izkušnja tako imenovana povečana samo-storilnost. Bolnik se prepriča, da so njegovi lastni naporji najpomembnejši pri doseganju uspeha v rizičnih situacijah. V četrti stopnji bolnik jasno prepozna miljejske in osebnostne faktorje, ki ogrožajo abstinenco in ima razvite alternativne načine funkcioniranja. Avtorja menita, da mora veliko bolnikov večkrat zaokrožiti skozi te štiri cikle, preden pride do uspešne rehabilitacije.

Tudi naslednja razdelitev procesa zdravljenja pomaga razumeti (ne-)smiselnost terapevtskih intervencij v posameznih fazah: ocena stanja in detoksikacija, zgodnje okrevanje (treznost) in nadaljnje okrevanje (intimnost in dobro počutje v abstinenci)(8). V prvi fazi bolnik niha od izrazite želje po odvisnosti in posledično močnim navezavam s terapijo ali skupino, do občutkov sovražnosti. Bolnik s takim funkcioniranjem nudi obilo materiala za obravnavo, hkrati pa zaradi nivoja kognitivnega funkcioniranja in /ali psihosocialne nezrelosti ni sposoben predelovati tega materiala. (14). Pomembna vloga terapevta je, da pomaga bolniku te močne občutke odvisnosti ali sovražnosti razpršiti s pomočjo skupine; ti intenzivni občutki lahko bolnika, ker navadno niso izpolnjeni, odvrnejo od zdravljenja.

Bean Bayog (15) govori o alkoholizmu kot o traumatični izkušnji, ki je tako močna, da producira psihopatologijo na podoben način kot nastane pri udeležencih vojne postravmatska stresna motnja. Torej je najprej potrebno preprečevati nadaljevanje traume, to je vzpostaviti in vzdrževati abstinenco. V zadnjih desetih letih psihoterapevti nasploh poudarjajo pomembnost treznosti oziroma abstinence za psihoterapijo, čeprav iz različnih vzrokov. (8,9,11,15, 16). Wallace govori, da se mora človek v prvi fazi spoprijeti z učinki prenehanja pitja, kot so kriza, počasno izboljševanje psihoorganskih posledic, družinska jeza, žalovanje zaradi izgube alkohola in sram (12) - kar je hud zalogaj, če teoretično gledamo, tudi za "zdravega" človeka. Brown poudarja, da ne smemo pozabiti, da alkohol postane za odvisnika primarni objekt, ki zagotavlja stalno podporo brez razočaranja in gratifikacijo, ki je pod kontrolo takega posameznika(8). V prvi fazi je ta primarni objekt zgubljen. V prvi fazi izguba alkohola lahko pomeni tudi izgubo uporabnega sredstva defektnih obrambnih mehanizmov (16). Pravzaprav avtorji menijo, da je abstinenca od psihotropnih snovi nujna za vsako psihoterapijo, ne samo za psihoterapijo odvisnih. Vsaka psihotropna snov namreč vpliva na emocionalni status.

Človek, odvisen od alkohola, pogosto išče zunanje vire za narcistično preživetje, kar pa lahko postopno preide v intrapsihične vire. V začetni fazi je smiselno delno zadovoljiti bolnikove narcistične potrebe. Le tako lahko bolniku pomagamo pri izboljševanju njegovega samospoštovanja in občutka stabilnosti. Khantzian in Schneider(16) poudarjata tudi potrebo po kohezivnosti terapevtskega tima, ne le terapevtske skupine, posebno v prvi fazi. Le tako lahko namreč bolniku omogočimo zmanjševanje manipulativnega vedenja in učenje novih, bolj prilagojenih načinov funkcioniranja.

Drugo fazo ali zgodnje okrevanje ocenjujemo do 6 mesecev, pa tudi do dve leti. V tej fazi se morajo bolniki soočiti z bolečimi izkušnjami preteklosti, preden lahko vzpostavijo stabilno abstinenco. V tej fazi lahko prihaja do prezgodnjih konfrontacij

z obrambami, ki imajo- kot ne smemo nikoli pozabiti- v določeni stopnji procesa smiselno vlogo. Treniran terapevt pomaga usmeriti te obrambe v podporo abstinenci in nadaljnjemu zdravljenju. Postopno umikanje teh obramb pomeni seveda določen čas, pogosto od dveh do petih let abstinence(14).

V tretji fazi govorimo o premiku zunanje kontrole k internalizaciji kontrole. To zna biti posebno težak čas za bolnike, ki hkrati vzdržujejo identiteto odvisnika od alkohola s kontroliranjem odvisnosti, medtem ko raziskujejo podtalnico svoje odvisnosti. Vsi bolniki nimajo dovolj ego-moči in/ali psihološke naklonjenosti do raziskovanja samega sebe; takim bolnikom je smiselno ponuditi vključitev v klube zdravljenцев, ne pa nadaljnje psihoterapevtske obravnave.

Le če imamo ves čas pred očmi, kaj se dogaja z bolniki na določenih stopnjah zdravljenja, oziroma, kako bolniki doživljajo svojo bolezen, lahko ovrednotimo proces zdravljenja in njegove učinke. Npr.: z merjenjem abstinence in izboljšane socialnega funkcioniranja leto in dve leti po zdravljenju na bolnišničnem oddelku ne moremo ovrednotiti terapevtskega učinka, ki se je dogajal na oddelku, ker takrat ocenjujemo bolnika v drugih fazah procesa zdravljenja.

TERAPEVTSKA SKUPINA

Bolezen odvisnosti ni le bolezen posameznika, pač pa se na različne načine in z različno močjo dotakne prav vsakega odnosa, v katerega vstopa ali pa je že dlje časa človek, odvisen od alkohola. Bolniki s to boleznijo imajo pogosto narcisistične, histrionične ali borderline osebnostne motnje; verjetno sta narcisistična in borderline osebnostna motnja najpogostejši (17). Ena od značilnosti je nezmožnost vzpostavitve odnosa (kaj šele zadovoljujočega) z drugimi. Človek z boleznijo odvisnosti je pravzaprav v najtesnejšem odnosu ravno z izbrano drogo. V procesu zdravljenja ga čaka dolga pot iskanja večje skladnosti v odnosih z drugimi in končno s samim seboj. V prejšnjih odstavkih smo omenili tudi močne obrambne mehanizme. Zato ni naključje ali pa zgolj posledica manjših stroškov, da je najpogostejše zdravljenje odvisnosti zdravljenje v skupini; na skupino se tudi razpršijo intenzivni transferni odnosi (transfer bolnika z boleznijo odvisnosti zna biti v individualni terapiji posebej v začetku procesa kar prenaporen); skupina omogoči hitrejšo opuščanje starih in razvijanje zrelejših obramb; in kot smo že rekli, skupina kot taka pravzaprav bolniku pripravi poligon za prepoznavanje svojih čustvenih reakcij in neustreznega vedenjskega odziva, ki so ga prej pripisovali drugim- le tako bolnik lahko poskuša nove, bolj prilagojene načine komunikacije.

Kateri naj bi bili pravzaprav terapevtski faktorji skupine in kateri so faktorji, ki jih bolniki ocenjujejo kot koristne, pomembne v toku zdravljenja? Kohezivna skupinska klima v skupinski terapiji je namreč analogna dobremu odnosu terapevt - klient v individualni terapiji. Nekatere raziskave nakazujejo, da je bolnikova percepcija koristnosti terapevtskih faktorjev povezana z izhodom zdravljenja. Torej bi lahko bila bolnikova ocena faktorjev prognostično pomembna (18). Če predpostavimo, da obstaja vzročno razmerje med bolnikovo percepcijo koristnosti in prognozo (kar ni nikjer dokazano), bi lahko govorili o mehanizmu, podobnemu tistemu pri placebo efektu: če bolnik doživlja zdravljenje kot koristno, mu je zares koristilo.

V zadnjih desetih letih so, sicer redke raziskave, skušale identificirati terapevtske faktorje, ki delujejo v skupinski terapiji (in jih sicer dobro poznamo iz kliničnega dela). Zaradi zelo redkih raziskav s področja, ki bi v analizi učinkov terapije na kakršenkoli način vključil tudi skupino, sta Kaul in Bednar l. 1986 (18) govorila o

kolektivnem (terapevtskem) pomanjkanju razumevanja določenih aspektov terapevtskega učinka skupine z raziskovalnega stališča. Corsini in Rosenberg(18) sta začela l.1955 vpeljevati sistematsko taksonomijo , s katero sta identificirala splošno sprejete terapevtske elemente. Klasifikacijo le teh so izdelovali drugi (18,20). Najbolj je k prispevanju razumevanja terapevtskega faktorja skupine prispeval Yalom (18)l. 1975, ki je vpeljal še pet novih faktorjev.Dva faktorja- medosebno učenje vnos in iznos- je Yalom vpeljal pod vplivom novih spoznanj kognitivne psihologije.

Terapevtski faktorji skupine po Yalomu so naslednji(18):

faktor	definicija
altruizem	bolnik se počuti bolje oziroma se nauči nekaj pozitivnega o sebi skozi pomoč, ki jo nudi drugim članom skupine
kohezivnost	bolnik se počuti sprejetega in ne več izoliranega od drugih
univerzalnost	bolnik se zaveda , da imajo ostali člani skupine podobne probleme in občutke, kar zmanjša njegov občutek edinstvenosti
medosebno učenje-vnos	bolnik jasneje vidi naravo svojih problemov s pomočjo članov skupine, ki delijo z njim enako percepcijo
medosebno učenje-iznos	skupina priskrbi bolniku možnost,da komunicira z drugimi v bolj sprejemljivi obliki
vođenje	tiče se dajanja informacij ali nasveta - bodisi od terapevta, bodisi od drugih članov skupine
katarza	bolnik sprostí čustva, ki vodijo k olajšanju, ki se tičejo preteklega ali tukaj in zdaj čustvenega materiala (kar je bilo prej nemogoče ali težko storiti)
identifikacija	ko ima bolnik samega sebe za podobnega drugemu članu skupine ali terapevtu in oblikuje svoje vedenje po njem
pre-igranje družine	se tiče priložnosti za popravljajno ponovitev izkušnje v primarni družini
samo-razumevanje	ta faktor lahko imenujemo uvid bolnika v mehanizme, ki ležijo pod njegovim vedenjem in o njihovih izvorih
vnos upanja	bolnik vidi, da se izboljšuje članom skupine ali njemu samemu in da je skupina lahko koristna.
eksistencialni faktor	ko bolnik sprejme odgovornost za svoje življenje

Za pionirja raziskav s področja klime in psihoterapevtski skupini velja MacKenzie(19). Razvil je vprašalnik o skupinski klimi, ki je kombinacija klijentovega zapisa vtisa iz skupinske seanse in klientove osebne percepcije pomena teh vtisov. Z vplivom skupinske klime oz. kohezivnosti se je ukvarjal Braaten (19).Zelo redke študije so se ukvarjale s tem ali dolžina časa vključenosti v skupino spremeni bolnikovo percepcijo terapevtskih faktorjev(21), ali primerja percepcijo terapevtov o

terapevtskih faktorjih s percepcijo pacientov (18). Zadnja raziskava je proučevala bolnike s sindromom odvisnosti od alkohola.

Edwards je leta 1977 napravil raziskavo o faktorjih, ki jih imajo pacienti, odvisni od alkohola, za najbolj koristne v skupinski terapiji: kot najbolj pomemben faktor so pacienti ocenili izboljšanje v njih samih, to je v razpoloženju in samorazumevanju (22). V novejši raziskavi istega avtorja so pacienti doživljali kot najpomembnejši rezultat terapije samorazumevanje in odločitve, da prevzamejo odgovornost za svoje življenje (eksistencialni faktor) (22). Lovett in Lovett (18) sta raziskavo izpeljala med bolniki, odvisnimi od alkohola, hospitaliziranimi na oddelku. Ti bolniki so, zelo podobno rezultatom Edwardsa, kot najkoristnejše terapevtske faktorje ocenili samorazumevanje, eksistencialni faktor in kohezivnost v skupini. Identifikacija in vodenje sta bila najmanj cenjena. Glede na to, da so se zdravili bolniki v različnih skupinah z različnimi terapijami, bi lahko pričakovali, da bodo terapevtski faktorji med bolniki iz različnih skupin različno rangirani. Vendar ni bilo tako. Rangi se niso spreminjali ne glede na tip programa, v katerega so bili vključeni bolniki, ne glede na dolžino časa, preživetega v skupini na intenzivnem oddelku (korelacija med rangiranjem skupinskih faktorjev v populaciji bolnikov je bila 0,98). V tej študiji so obstajali različni skupinski modeli in različni terapije, vendar so bolniki imeli enako diagnozo. To lahko kaže na to, da na rangiranje terapevtskih faktorjev bolj vplivajo značilnosti populacije bolnikov, kot pa skupinska izkušnja.

Podobno kot bolniki so tudi terapije rangirali v zgoraj omenjeni raziskavi najvišje povezanost in samorazumevanje. Zanimivo pa je, da so terapije ocenili eksistencialni faktor nizko (9. mesto), bolniki pa so ga ocenjevali kot prvega ali drugega. Med terapijami je raziskava pokazala pomembno strinjanje ($p < 0,05$). Rezultat nakazuje misel, da so tudi dobro izurjeni terapije nagnjeni k temu, da vidijo bolnike s to diagnozo mlajše, kot so in s tem bolj "potrebni naše pomoči".

Samorazumevanje so bolniki postavili na prvo mesto v večih raziskavah, ne glede na diagnozo (18, 21, 22, 23, 24). V Kapurjevi študiji so samorazumevanje rangirali na prvo mesto izvenbolnišnični bolniki, hospitalizirani bolniki pa so rangirali ta faktor šele na 8. mesto (24). Rezultati te študije kažejo, da so bolniki z alkoholno odvisnostjo, zdravljeni na oddelku, bolj podobni bolnikom z drugimi diagnozami, zdravljenimi izvenbolnišnično. Alkoholiki, hospitalizirani na oddelku (kar pomeni intenzivno zdravljenje), živijo s svojimi problemi zelo dolgo, preden pridejo na oddelek. Ponavadi se zavestno odločijo, da pridejo v bolnico zaradi nakopičenih pritiskov. Na oddelkih za zdravljenje odvisnosti se poudarja nujnost samoodgovornosti. Sporočilo bolniki doživljajo na različnih nivojih. Pri bolnišničnem zdravljenju drugih duševnih motenj tega sporočila ni v toliki meri, ali pa ga sploh ni. Eden od nujnih korakov, da človek postane odgovoren zase, pa je razumevanje svojega vedenja in zadržanja.

Eksistencialni faktor zaznamuje proces, v katerem bolnik spoznava, da se mora sam soočiti z življenjem in prevzeti odgovornost za svoje vedenje. V treh študijah so bolniki rangirali ta faktor zelo visoko (18, 24). Bolniki, odvisni od alkohola in so na intenzivnem zdravljenju (na bolnišničnem oddelku), so posebno preokupirani z eksistencialnimi vprašanji kot npr. smisel življenja, z njihovim vedno grozečim neobstajanjem (18). Zaradi obstoja te izrazite komponente v doživljanju človeka, odvisnega od alkohola, lažje razumemo smisel in pomemben učinek skupin kot so Anonimni alkoholiki, v katerih je zelo močna spiritualna komponenta. Kot pravi Cook (25), ta aspekt lahko spremeni smisel življenja in vodi k spremembam "samopodobe in pogleda na svet". Le-to pa je eno od pomembnih vodil k "pripravljanju terena" za globlje osebne spremembe, ki jih lahko hkrati spremljajo vedenjske spremembe.

V vseh raziskavah, ki so se ukvarjale s kohezivnostjo v skupini, so bolniki in terapevti ocenjevali ta terapevtski faktor zelo visoko (18, 19, 21, 24, 26). Socialno kohezivnost lahko definiramo tudi kot vsoto vseh sil, ki delujejo na člana skupine in ga držijo povezanega. Je zelo pomemben faktor pri vstopanju in vzdrževanju bolnika v terapevtskem kontekstu - tudi ko se bolnik z boleznijo odvisnosti nagiba k temu, da bi odpadel iz terapevtskega procesa (3). Kohezivnost pomembno pripomore k delovanju ostalih terapevtskih faktorjev, posebno samorazkritju. Prav pri razvoju kohezivnosti skupine - in s tem večjem občutku varnosti v skupini - imajo terapevti pomembno vlogo.

Poudarek na pomembnosti kohezivnosti in varnosti v skupini je posebno močan pri zdravljenju bolnikov z diagnozo odvisnosti od alkohola. Ti bolniki pridejo na oddelek vajeni svojega takorekoč paranoidnega zadržanja, ki je razumljivo glede na naravo bolezni, tako močno povezano z zaniikanjem, izogibanjem, zmanjševanjem in na drugi strani nefunkcionalnimi, toda vztrajnimi poizkusi kontrole okolice. Z vključevanjem v varno, terapevtsko skupinsko klimo in z internalizacijo kohezivne skupinske klime si bolnik lahko pomaga zgraditi kohezivnost samega sebe.

Bolnik z boleznijo odvisnosti je lahko v različnih, terapevtsko pomembnih povezavah: afiniteta do članov psihoterapevtske skupine, povezava z družinskimi člani, občutek povezave - posebno v začetku procesa zdravljenja - s terapevtom. Kohezivnost ima tudi zelo pomembno vlogo pri dolgoročni rehabilitaciji bolnikov, odvisnih od alkohola.

Zato je - razen v redkih primerih pri specifičnih duševnih motnjah - najbolj smiselno in najlažje izvedljivo tisto zdravljenje odvisnosti od alkohola, ki vključuje kot svojo bazično komponento pripadnost skupini ljudi, bodisi v psihoterapevtski skupini, bodisi v družini (3,27).

Zanimiva sta terapevtska faktorja, ki so jih bolniki najnižje ocenjevali: ne glede na diagnozo so bolniki rangirali prav pri dnu lestvice faktor "vodenje" (18, 21). Nizek rang "vodenja" pri bolnikih z diagnozo odvisnosti kaže na pomemben zaključek pri zdravljenju teh bolnikov, ki so pogosta tarča edukacijskih seans.

Bolniki z diagnozo odvisnostjo od alkohola pa so zelo nizko rangirali tudi "altruizem" (18), v nasprotju z bolniki z afektivnimi motnjami (24). Na eni strani ta rezultat lahko govori o nagnjenosti teh bolnikov k egocentričnosti, na drugi strani pa o možnem občutku bolnikov, da jim ni nič ostalo, zato tudi nimajo česa ponuditi.

V skupini torej delujejo specifični terapevtski faktorji. Zdravljenje odvisnosti ni enkratno dejanje, pač pa večstopenjski proces (13, 28). Različni faktorji delujejo v skupini na različnih stopnjah procesa; določene intervence, ki so potrebne v neki fazi zdravljenja, so lahko v zgodnejši fazi škodljive. Primerna skupinska klima omogoči učinkovitost terapevtskih faktorjev in intervencij. Skupinska klima in funkcioniranje terapevta sta prepletena v celoto, ki lahko, ali pa ne, učinkuje terapevtsko.

TERAPEVTI, KI ZDRAVIJO BOLNIKE S SINDROMOM ODVISNOSTI OD ALKOHOLA

Terapevti moramo na eni strani dobro poznati bolnika in njegove motnje, na drugi strani pa sebe - le tako more obvladovati svoj kontratransfer in funkcionirati terapevtsko.

Naslov bi bil tudi lahko: "Veliko lažje je videti patologijo naših bolnikov, kot pa lastno" (29).

Kontratransfer vidimo kot vso čustveno reakcijo terapevta oziroma terapevtov do bolnika. Če svoj kontratransfer poznamo in ga predelujemo oziroma ga obvladamo, je pomembno orodje v procesu zdravljenja; če pa ni tako, napravimo veliko škode in jo opravičimo z enim od številnih faktorjev, specifičnih za bolnika (in ki smo jih že našli) z diagnozo odvisnosti. Ali pa se, na drugi strani, počutimo kot terapevti odgovorne za tisti del procesa zdravljenja, na katerega nimamamo vpliva in je odvisen od drugih faktorjev.

Ena od osnovnih dolžnosti terapevta je, da pojasni diagnostično kategorijo bolnikov (poleg diagnoze odvisnosti). Brez nekaj tako usposobljenih terapevtov ne more korektno funkcionirati noben oddelek za zdravljenje odvisnosti. Omenili smo že, da so osebnostne motnje zelo pogoste v populaciji ljudi, odvisnih od alkohola. Ves čas se moramo zavedati, da je moralo biti nekaj narobe z osebnostno organizacijo teh bolnikov, sicer ne bi postali odvisni od alkohola. Osebnost je seveda lahko bolj ali manj "slabo strukturirana". Kot smo že omenili, sta najpogostejši osebnostni strukturi narcistična in borderline. Če prepoznamo ti dve osebnostni organizaciji in vemo, da uporabljata obrambi kot sta cepljenje in projektivna identifikacija, ne doživljamo njuno vedenje kot napad na svojo integriteto. Prav tako nas ne iztirjajo in nismo presenečeni nad provokacijami in manipulacijami, v katerih je bolnik z borderline osebnostno strukturo profesionallec, terapevt pa le amater, kot pravi Masterson(29). Prav tako vemo, da določene dodatne duševne motnje (afektivne motnje, anksiozna stanja, motnje hranjenja, psihoza) dodatno otežijo proces zdravljenja; zavedanje le tega nas bolj pripravi za še večjo dolgotrajnost, oziroma manjšo prizadetost ob slabši prognozi, če je odvisnost kombinirana z dodatno duševno motnjo(30).

Tuji avtorji poročajo, da se npr. v klubih AA ali v terapevtskih skupnostih brez šolanega kadra pogosto taki bolniki, ki jih vidijo le skozi luč odvisnosti, lahko "pacajo" dolga leta, ne da bi se prepoznal vzrok za ne- napredovanje, ali pa se ga pripiše bolnikovi nemotiviranosti. Slabo poučeno osebje lahko zapade v ideologijo, da samo zdravljenje odvisnosti izboljša oz. olajša vse ostale probleme in eventualne dodatne duševne motnje (31). Na drugi strani pa se zaradi nepoznavanja področja odvisnost mnogo sicer kvalitetno izšolanih psihoterapevtov zaplete zaradi lastnega nerazumevanja nujnosti abstinence v psihoterapevtskem procesu (nekaj povsem drugega je seveda obravnava ponovnega pitja v smislu dekompenzacije v terapevtskem procesu, kar pa je "že druga, dolga zgodba"). Ti terapevti lahko menijo, da bi bilo vztrajanje na pomenu abstinence neke vrste nasilje nad bolnikom. Zavedati se moramo, da s takim stališčem izražamo lastne nepredelane materiale do odvisnosti; nujna stopnja v procesu zdravljenja odvisnosti pa je, da bolnik odžaluje in se tako poslovijo od alkohola (pa čeprav je včasih tako poslavljanje večkrat ponoviti).

Korekten terapevt ima torej sposobnost empatije in ne gre v preveliko identifikacijo, ima sposobnost za sočutje, ne da bi zašel v usmiljenje, posluša bolnika in ga ne sodi in zna osvetliti bolnikovo vedenje, ne da bi vnašal lastne vrednote ali mnenja - kar je posebno pomembno pri tako stigmatizirani bolezni kot je odvisnost od alkohola. Svojo agresijo lahko kaj hitro preobrnemo v preveč zaščitniški odnos do teh bolnikov, hranimo in ohranjujemo njihova dependentna pričakovanja in jim v končni meri onemogočimo, da odrastejo - dobri starši pa so tisti, ki so sposobni prenesti, da se otroci osamosvojijo od njih oziroma v tem vidijo cilj starševstva.

Kot pravi Inhof, se ne da dovolj poudariti pomena klinične supervizije(29). Brez objektivne osvetlitve procesa zdravljenja kontaminiramo naše intervence in vplivamo na potek zdravljenja. Objektivna osvetlitev procesa zdravljenja ni le odgov-

ornost do nas samih in našega poklica, pač pa predvsem odgovornost do naših bolnikov.

CENTRALNI PROBLEM V ZAČETNIH FAZAH ZDRAVLJENJA - ZANIKANJE

Centralni problem, s katerim se ubadamo terapevti in bolniki na oddelku za zdravljenje odvisnosti, je zanikanje. Alkoholizem včasih kar imenujejo bolezen zanikanja. Denzin (13) opisuje ljudi odvisne od alkohola kot stalne borce v boju za dokazovanje svoje "normalnosti" in "zmožnosti kontrole. Rogers je menil, da slabe aspekte selfa zanikamo zato, da bi obdržali občutek sprejemanja od drugih in samo-vrednost. Tako se lahko počutimo sprejetega in dobrega. Zavrtnjeni deli selfa pa seveda še naprej delujejo na posameznika, čeprav se jih človek ne zaveda in ustvarjajo nadaljnjo konfliktno stanje. Če uporabljamo Rogersovo razmišljanje, je jasno, da družba v celoti kot tudi posameznik odvisnost od alkohola vrednoti izjemno nizko. Problem s pitjem postane nesprejemljivi del selfa; tega zavrtnjenega dela alkoholik ne more pripustiti do zavestnega nivoja, ne da bi se ob tem počutil nesprejetega ali zavrtnjenega.

Povezavo med Rogersovo teorijo o nujnih lastnostih terapevta (zmožnost ustvarjanja empatije, pozitivnega stališča do bolnika in ustvarjanjem pristnosti v odnosu) in teorijo skupine je napravil Yalom (13). Le-ta meni, da je pravzaprav sprejemanje s strani skupine, oziroma kohezivnost skupine pomembnejša kot sprejemanje s strani terapevta. Pred njim sta tudi Gurman in Dies (13) govorila o tem, da je za osebnostno spreminjanje pomembnejša skupinska klima. Skupinska klima torej ustvari pogoje za spremembo v samo-sprejemanju, posebej odvrgenega dela selfa. Seveda pa ne smemo pozabiti, da prisotnost terapevta oziroma terapevtove intervencije pomembno vplivajo na razvoj terapevtske skupinske klime.

Na preseganje zanikanja v psihoterapevtski skupini za zdravljenje odvisnosti vplivajo naslednji faktorji:

- sprejemanje s strani skupine
- značilnosti terapevtov
- stopnja identifikacije oziroma posnemanja v skupini
- prisotnost skupinskih norm, ki spodbujajo samorazkritje
- sestava skupine (z dovolj motiviranih članov)

Sprejemanje s strani skupine je tudi sicer bistven del večine skupinskih terapij. Človek ki izkusi sprejetost v skupini, bo lahko doživel dvig samospoštovanja. To pa omogoči človeku zmanjšati obrambno vedenje in sprejeti neprijetno realnost, ki zadeva njegovo odvisnost. Page in sod. (32) so primerjali oceno "svojega resničnega jaza" med odvisniki od drog, ki so se zdravili in s tistimi, ki se niso. Prvi so se ocenjevali višje kot ne-člani skupin. Pennock in Poudrier (33) sta raziskovala koncept "jaz" in koncept "alkoholik" med vozniki, ki so vozili vinjeni in so vstopili v terapijo. Koncept "alkoholik" je bil ocenjen po terapiji kot manj slab, manj nepristen in manj nekoristen. V konceptu "jaz" ni bilo sprememb. Te raziskave so pokazale, da so ljudje, ki so se doživljali sprejete v skupini, višje ocenjevali samo-sprejemljivost. Višji skori pri samo-sprejemljivosti so bili povezani z večjim priznanjem pivskega problema. Pacienti morajo najprej bolje sprejemati sebe, da lahko začnejo sprejemati svojo realnost.

Beck (34) je govoril o razširitvi kognitivnih konstruktov (povečana odprtost novim informacijam in odprtost do modifikacije konstruktov, ki jih človek uporabl-

ja v razumevanju svoje okolice) kot o posledici sprejetosti v skupini. Specifične raziskave, ki bi to obdelala na področju odvisnosti, nismo zasledili, vendar ni razloga, da to ne bi veljalo tudi za bolnike z diagnozo odvisnosti. Človek, dobro sprejet v skupini, ki prikaže negativne ocene o sebi, lahko izkusi, da ga skupina vrednoti, doživlja višje kot sam sebe. Sprejetost s strani skupine ustvarja občutke varnosti in je povezana z večjo pripravljenostjo za samorazkritje in je v končnem odgovorna za spremembo self-koncepta (35). Rugel in Barry (36) sta ugotovila povezavo med stopnjo samorazkritja in spremembami v pripravljenosti prepoznavanja problemov, povezanimi s pitjem.

Poudariti moramo izjemno pomembno vlogo terapevtov oz. vodij skupine v razvoju terapevtske skupinske klime. Dies (13) je pokazal, da so skupine, v katerih so bili terapevti z višjo Rogersovo variabla, bolj kohezivne. Literatura, ki je obravnavala skupinsko zdravljenje drugih psihiatričnih motenj, je pokazala mešane rezultate glede Rogersovih variabel in kohezivnostjo v skupini (13). V literaturi, ki se ukvarja s področjem odvisnosti, pa so ti rezultati le pozitivni (13, 36). Videti je, da so te variable (zmožnost ustvarjanja pozitivnega pogleda na klienta, empatija in pristnost) bolj pomembne pri zdravljenju odvisnosti kot pri drugih psihiatričnih motnjah.

Terapevtov kontratransfer vsebuje med drugim terapevtove nekontrolirane reakcije glede bolnika oziroma neprepoznavanje terapevtove lastne vloge v proizvodjanju ali provociranju bolnikovega vedenja. Na področju zdravljenja odvisnosti kontratransfer dostikrat imenujemo so-odvisnost. So-odvisnost pa je najpogostejši vzrok za burn-out pri terapevtech. So-odvisen terapevt je prezačitniški, preveč kontrolira in je preveč vpleten. Vaillant meni, da so težnje po so-odvisnosti splošna značilnost osebj, ki redno dela z ljudmi, odvisnimi od alkohola. (5). Terapevti, ki zdravijo bolezn odvisnosti, se namreč gibljejo na ozki brvi, ki ločuje terapevta z visokimi Rogersovimi variablami od so-odvisnega terapevta. Zato mora npr. osebje oddelka za zdravljenje odvisnosti v Cambridge Hospital v Massachusetts-u (ZDA) kot del delovnih obveznosti obiskovati Alanon srečanja (8). Če prevedemo v naše razmere brez korektne supervizije ni mogoče korektno opravljati terapevtskega dela na področju odvisnosti. Prav pri obravnavi bolezn odvisnosti v zgodnjih fazah nam namreč bolniki nudijo obilo materiala za razvoj kontratransfernih odnosov.

Na Yalomovi pogosto citirani lestvici terapevtskih faktorjev je identifikacijski faktor pri udeležencih skupinske terapije dokaj nizko ocenjen. Enako velja za bolnike z boleznijo odvisnosti (13). Kljub temu je ena od raziskav pokazala, da je ta faktor pomembno povezan s spremembo intenzivnosti zaničanja (36) pri članih skupine za zdravljenje odvisnosti od alkohola. Člani skupine, ki odprto govorijo o svojih problemih, povezanih s pitjem in jih ostali člani skupine hkrati doživljajo, da imajo še druge pozitivne lastnosti, postanejo bolj zanesljivo učinkovit model za posnemanje (13, 36).

Uspešna terapevtska skupina mora razviti norme, ki vzpodbujajo zaželeno vedenje. Yalom govori, da mora terapevtska skupina preseči socialne norme, ki vzpodbujajo vljudnost in in se izogibajo "tukaj in zdaj" komentarjem. Nadomestiti jih mora z normami kot so prevzemanje tveganja, izkazovanje "tukaj in zdaj" čustev in poštenimi, odkritimi feedbacki. Dober terapevt je bistven pri razvijanju teh norm. V skupini za zdravljenje bolezn odvisnosti sta posebno pomembni normi, ki vzpodbujata samorazkritje in izražanje skrbi za druge (13). Seveda v vseh skupinah bolniki lahko postanejo pasivni, odvisni od vodje in delujejo na tak način, da blokirajo razvoj terapevtskih norm. Skupinski terapevt, ki se zaveda skupinske dinamike in je tehnično izkušen, prepozna te tendence po odvisnosti članov skupine; razvija aktivne skupinske norme in spodbuja skrb za druge med člani skupine.

Skupina lahko učinkovito terapevtsko deluje, če je primerno sestavljena. Livesly in MacKenzie (13) menita, da morajo člani skupine prevzeti nase naslednji dve vloge: "vodja za doseg ciljev" in "socialno-emocionalnega vodje". Brez takih članov je skupina odvisna izključno od terapevta. Le-ta v taki skupini poizkuša na eni strani uvajati razpravljanje o bolečem področju odvisnosti, na drugi strani pa igrati vlogo socialno-emocionalnega vodje, ki skrbi za druge. Skupine, v katerih ni nobenega člana v prej omenjenih vlogah, ostanejo odvisne od terapevta, pasivne in končno neterapevtske za njene člane. Člani skupine se sicer lahko razvijejo v zahtevane vloge, vendar se terapevtska klima razvija počasneje.

SKLEPI

Lahko bi povzeli, da je zaradi že prej naštetih razlogov v veliki večini primerov uspešnejše in lažje zdravljenje sindroma odvisnosti od alkohola v skupini in ne individualno, posebej v zgodnejših fazah procesa zdravljenja. Težko pa bi govorili o eni sami zveličavni metodi skupinskega zdravljenja, pač pa bi bilo najbolj smiselno upoštevati individualne značilnosti bolnikov in jim ponuditi vrsto terapije, ki so jo v določenem trenutku življenja najbolj pripravljeni sprejeti. Izbira terapije naj tako ne bi pomenila, da je ena ali druga teoretična orientacija bolj ali manj vredna, pač pa, da imajo različne vrste terapije pač različne domete. Lahko bi rekli, da mora veliko od alkohola odvisnih ljudi preizkusiti različne metode, preden zares stopijo v proces spremembe; brez osebnostnih sprememb pa je pričakovati pogostejše recidiviranje (37).

Sicer pa bi mogoče lahko rekli, da je bolj kot vrsta terapije pomembna terapevtova osebnost; ne glede na teoretično orientacijo naj bi bil terapevt, kot smo že omenili, sposoben vpeljevanja kohezivnosti in zaupanja v skupino, ne soditi bolnikov ampak jih razumeti, biti dober poslušalec in komunikator. Res pa je, da se za različne teoretične orientacije terapevti odločajo tudi na podzavestnem in prizavestnem nivoju in ravno ta slabo pregledni del je tisti, ki dostikrat vodi k nerazumevanju in konfliktom med drugače orientiranimi terapevti. Pri korektnem sodelovanju med terapevti je npr. jasno, da je bolnik, ki je hkrati vključen v različne terapevtske orientacije, zmuden, oziroma da tako bolnik celo lahko kaže odpore do tega, da bi se sam spreminjal (38). Povsem korektno je bolniku ponuditi simptomatsko orientirano psihoterapijo (ali vključevanje v npr. na zahodu razširjene klube AA) če smo terapevti presodili, da je v določenem času to za bolnika najbolj smiselno (zelo nerodno pa je, če terapevti menijo, da je to sploh edini smiselni način zdravljenja): bolnike z odvisnostjo od alkohola, ki so bolj sociopatsko strukturirani, ali pa so na drugi strani prešibko strukturirani, da bi prenesli in predelali hude travme, je smiselno usmerjati v simptomatsko terapijo. Za bolnike iz prve skupine bi to veljalo zaradi večje strukturiranosti, ki jo potrebujejo in majhnih kapacitet za introspekcijo, za bolnike iz druge skupine pa bi lahko rekli naslednje: analitično usmerjena terapija nam lahko pomaga vzljubiti starše, ki smo jih imeli, ne more pa nadomestiti staršev, ki jih nikoli ni bilo (39). Pri preslabo strukturiranih bolnikih bi namreč utegnila preveč globinsko orientirana psihoterapija prevečkrat dekompenzirati v ponovno pitje.

Na drugi strani pa se je potrebno zavedati nevarnosti orientacije skupine v "medicinski model" (le-ta zaradi poudarjanja, da bolnik "ima" bolezen, sicer pomaga zmanjševati sram in stigmo odvisnosti od alkohola) ki je ta, da bolnik razvija pasivno vlogo s prevelikimi pričakovanji, da bodo drugi pomagali z njim deliti ali celo prevzemati odgovornost za njegovo vedenje (38).

Sindrom odvisnosti od alkohola je celota, kjer se prepletajo osebnost, socialni faktorji, psihodinamski vzroki in genetski ter celularni vplivi na tako kompleksen način kot se ne pri nobeni drugi duševni motnji. Bolniki lahko npr. pijejo, ker so anksiozni in depresivni, lahko pa so anksiozni in depresivni, ker se tako težko poslavljajo od alkohola (39). Terapevti imajo pri zdravljenju pomembno, a omejeno vlogo. Iz zgornjih odstavkov se da razbrati, da tudi pri najbolj skrbno izbrani in vodeni terapiji vedno obstajajo vzroki, da bolniki znova začnejo piti in da niso več motivirani, ali da ne zmorejo nadaljnjega zdravljenja. Morda je najpomembnejši zaključek ta, da nam sprejemanje bolnikov takih kot so, z njihovimi nepredvidljivimi odhodi iz procesa zdravljenja, olajša ponovno sprejetje tistih, ki se vrnejo (ali vračajo).

LITERATURA

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (third edition-revised) DSM-III-R. APA: Washington, DC, 1987;165-87.
2. West R. Psychological theories of addiction. In: The international handbook of addiction behavior. London and New York: Tavistock/Routledge 1991:20-24.
3. Galanter M. Network Therapy for Addiction: A Model for Office Practice. Am J Psychiatry 1993;150(1):28-36
4. Nathan PE. Integration of Biological and Psychosocial Research on Alcoholism. Alcohol Clin Exp Res 1990; 14(3):368-374.
5. Vaillant GE. The natural history of alcoholism. Cambridge MA: Harvard University Press, 1983.
6. Nathan PE, Skinstad AH. Outcomes of treatment for alcohol problems: current methods, problems, and results. J Consult Clin Psychol 1987; 55:332-340.
7. Treece C, Khantzian EJ. Psychodynamic factors in the development of drug dependence. Psychiatric Clinics of North America 1986;9:399-412.
8. Kaufman E. Critical Aspects of the Psychodynamics of Substance Abuse and the Evaluation of Their Application to a Psychotherapeutic Approach. International Journal of the Addictions, 1990-1991;25:97-116.
9. Zimberg S. Principles of alcoholism psychotherapy. Cit: Kaufman E. Critical Aspects of the Psychodynamics of Substance Abuse and the Evaluation of Their Application to a Psychotherapeutic Approach. International Journal of the Addictions, 1990-1991;25:97-116.
10. Zihlerl S. Samospoštovanje alkoholikov in njegova vloga v razvoju sindroma odvisnosti od alkohola. Doktorska disertacija: Ljubljana 1987.
11. Wallace J(a). Critical issues in alcoholism therapy. In : Zimberg S, Wallace J, Blume S eds. Practical approaches to alcoholism psychotherapy. 2nd ed. New York:Plenum Press, 1985.
12. Wallace J(b). Working with the preferred defense structure of the recovering alcoholic. In : Zimberg S, Wallace J, Blume S eds. Practical approaches to alcoholism psychotherapy. 2nd ed. New York:Plenum Press, 1985.
13. Rugel R. Addictions Treatment in Groups. A Review of Therapeutic Factors. Small Group Research 1991;22:475-491.
14. Kaufman E, Reoux J. Guidelines for the successful psychotherapy of substance abusers. American Journal of Drug and Alcohol Abuse 1988; 14:199-209.
15. Bean Bayog M. Psychopathology produced by alcoholism. Cit: Kaufman E. Critical Aspects of the Psychodynamics of Substance Abuse and the Evaluation of

Their Application to a Psychotherapeutic Approach. *International Journal of the Addictions*, 1990-1991;25:97-116.

16. Khantzian EJ, Schneider RJ. Treatment implications of psychodynamic understanding of opoid addicts. Cit.Kaufman E. Critical Aspects of the Psychodynamics of Substance Abuse and the Evaluatio of Their Application to a Psychotherapeutic Approach. *International Journal of the Addictions*, 1990-1991;25:97-116.

17. Craig RJ. A psychometric study of the prevalence of DSM-III personality disorders among treated opiate addicts. *International Journal of the Addictions* 1988; 23:115-124.

18. Lovett L, Lovett J. Group Therapeutic Factors on an Alcohol In-patient Unit. *British Journal of Psychiatry* 1991; 159:365-370.

19. Braaten LJ. The Different Patterns of Group Climate Critical Incidents in High and Low Cohesion Sessions of Group Psychotherapy. *Int J Group Psychother* 1990;40(4):477-493.

20. Hill WF. Further consideration of therapeutic mechanisms in group therapy . *Small Group Behaviour* 1975; 6: 421-429.

21. Butler T, Fuhriman A. Patient perspective on the curative process: a comparison of day treatment and out-patient psychotherapy groups. *Small Group Behaviour* 1980; 111: 371-388.

22. Edwards G et al. Outcome of alcoholism: the structure of patient attributions as to what causes change. *British Journal of Addiction* 1987;82:533-545.

23. Leszcz M, Yalom ID, Norden M. The value of inpatient group psychotherapy: patients perceptions. *International Journal of Group Psychotherapy* 1985;35:411-433.

24. Kapur R, Miller K, Mitchell G. Therapeutic factors within in-patient and out - patient psychotherapy groups. *British Journal of Psychiatry* 1988;152:229-233.

25. Cook CCH. The Minnesota model in the management of drug and alcohol dependency: miracle method or myth - Part III. Evidence and conclusion. *British Journal of Addiction* 1988;83:735-748.

26. Marcovitz RJ, Smith JE. Patients perceptions of curative factors in short-term group psychotherapy. *International Journal of Group Therapy* 1983;33:21-39.

27. Sandhal C, Ronnberg S. Brief Psychotherapy in Relapse Prevention For Alcohol Dependent Patients. *Int J Group Psychother* 1990;40(4):453-475.

28. Miller WR, Taylor CA, West JC. Focused versus broadspectrum behavior therapy for problem drinkers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1980;48:590-601.

29. Imhof JE. Countertransference Issues in Alcoholism and Drug Addiction. *Psychiatric Annals* 1991;21:292-306.

30. Booth BM et al. Patient Factors Predicting Early Alcohol-Related Readmissions for Alcoholics: Role of Alcoholism Severity and Psychiatric Co-Morbidity. *Journal of Studies on Alcohol* 1991;52:37-43.

31. Zweben JE. Recovery-Oriented Psychotherapy: Patient Resistance and Therapist Dilemmas. *Journal of Substance Abuse Treatment* 1989;6:123-132.

32. Page R, Richmond b, DeSerna L. Marathon group counseling with illicit drug abusers. *Small Group Behavior* 1987;18:483-497.

33. Pennock M, Poudrier LM. Overcoming denial: Changing the self concepts of drunken drivers. *Journal of Studies on Alcohol* 1978;39:918-921.

34. Beck J. Testing a personal construct theory model of the experiential learning process. *Small Group Behavior* 1988;19:240-258.

35. Oei T, Jackson P. Some effective therapeutic factors in group cognitive-behavioral therapy with problem drinkers. *Journal of Studies on Alcohol* 1984;45:119-123.
36. Rugel RP, Barry P. Overcoming denial through the group: A test of acceptance theory. *Small Group Research* 1990;21:45-58.
37. Arroyave F. *The Group Analytic Treatment of Drinking Problems*. Spheres of Group Analysis. Naas, Co. Kildare, Ireland: The Leinster Leader Ltd., 1985:109-117.
38. Falkowski W. Group psychotherapy for alcoholics and drug addicts. In: *The international handbook of addiction behavior*. London and New York: Tavistock/Routledge 1991:244-247.
39. Vaillant G. An alternative to psychotherapy. In: *The international handbook of addiction behavior*. London and New York: Tavistock/Routledge 1991:236-239.