

SKUPINSKA TERAPIJA ZDRAVLJENCEV SINDROMA ODVISNOSTI OD ALKOHOLA IN NJIHOVIH SVOJCEV

Ana Kavčič-Kumer

UDK/UDC 613.814:616.8-085.851

GROUP PSYCHOTHERAPY OF CLIENTS
WITH ALCOHOL DEPENDENCE SYN-
DROME AND THEIR RELATIVES

DESKRIPTORJI: alkoholizem; psihoterapija;
skupinska; družinska terapija

DESCRIPTORS: alcoholism; psychotherapy;
group; family therapy

IZVLEČEK – *Zadnji dve desetletji sta zaznamovani z velikim napredkom in spremembami v pojmovanju in obravnavanju alkoholizma v svetu in tudi pri nas. Psihoterapevtska obravnava je postala nepogrešljiv del celostne obravnave klientov s sindromom odvisnosti od alkohola. Avtorica predstavlja svoje dolgoletne izkušnje z zdravljenjem alkoholizma v Psihiatrični bolnišnici v Idriji.*

ABSTRACT – *The last two decades have been marked with great progress and changes in the concept of alcoholism all over the world and in our country. Psychotherapeutic group treatment of clients with alcohol dependence syndrome and their relatives has become an indispensable part of the comprehensive treatment of alcoholism. The author presents her years long experience with such method of treatment at Psychiatric Hospital in Idrija.*

Uvod

»V primerjavi z zakonom je rojstvo malenkosten in smrt nepomemben dogodek« pravi znana ameriška pisateljica in s tem želi poudariti usodno pomembnost razmerja med možem in ženo.

Danes človek zahteva zase več, kot je svojčas, zato tudi od svojega življenjskega sopotnika pričakuje več in je za nerazumevanje bolj občutljiv; osebne žalitve in brezobzirnosti težje prenaša. Zato tudi zakona ne pojmuje kot usodno breme, ki ga mora za vsako ceno prenašati. Edino, kar je dolžnost vseh, ki se ukvarjajo s človekovo osebnostjo in njenimi potrebami, je, da pomagamo tudi zakonsko življenje, se pravi medosebne odnose med zakonci, dvigniti na višjo raven.

Psihološke razlage, znane večinoma iz zgodnjega obdobja psihoanalize, pomenijo osnovo današnje vzgojne prakse; dobljena in izposojena pa so od psihoanalitiško orientirane individualne psihoterapije.

V celoti pa vendarle ta pristop ne zadovoljuje zakonitosti človeškega duševnega življenja, saj si ne moremo zamisliti dialektične teorije osebnosti brez hkratnega premika interesa z intrapsihične strukture osebnosti na njeno interpersonalno dimenzijo.

V zadnjih desetletjih raste veljava teorije, da je simptom posameznika izraz bolne skupine. V tej teoriji pomeni bistveno dopolnitev prejšnjih razlag zlasti spoznanje, da so nevrotični in drugi simptomi enega ali več družinskih članov namenjeni ohranitvi njihovega duševnega ravnovesja, pa tudi duševnega ravnovesja drugih članov in družinskega sistema sploh.

V pričujočem sestavku sem se omejila zgolj na področje psihodinamskih odnosov.

Intenzivno proučevanje dinamike medosebnih odnosov v skupini (na primer v zakonu) je razkrilo, da tudi med odraslimi člani določene skupine opazimo težnjo, da skuša vsak nevrotični posameznik potisniti vse druge člane v vlogo, ki njemu samemu omogoča, da kar najbolje shaja s svojimi problemi. Zato se ne smemo čuditi, da sloni na tem spoznanju večji del današnje psihoanalitsko orientirane terapije. Z drugimi besedami, simptom posameznika je večinoma odraz bolezni celotne družine, funkcija bolnika in njegovega simptoma pa je stabilizacija družinskih odnosov in omogočanje ohranjanja lastnega duševnega zdravja drugim članom družine.

Sociologija modernega zakona in družine obravnava posledice splošnih in naglih družbenih sprememb, ki se med drugim kažejo kot:

- nova motivacijska osnova za sklepanje zakona,
- pojavljajo se novi pogledi na funkcijo zakona,
- oblikuje se proces rušenja moške avtoritete v zakonu,
- proces emancipacije ženske v zakonu,
- proces večkratne zaposlenosti ženske,
- proces zmanjševanja števila članov družine,
- proces individualizacije članov družine,
- obstaja večja možnost zadovoljevanja temeljnih človeških potreb zunaj družinskega kroga,
- večja spolna svoboda,
- lažji osip družinske organizacije zaradi ločitve zakonov in osamosvajanja otrok.

Kaj sta zdrav zakon in družina

Dejstvo, da nam v psihoterapevtski praksi več kot polovica bolnikov že ob prvem pogovoru pove, da prihaja zaradi težav s partnerjem ali zaradi motenih odnosov v družini, je dovolj zgovorno: odgovor, kaj je zdrav zakon in kaj zdrava družina, ni preprost.

Po mnenju nekaterih avtorjev (Willi, 1975) je za zdrav zakon značilno dvoje:

– Odnosi med zakoncema se morajo jasno ločiti od vseh njunih odnosov do drugih ljudi. Diada mora biti navzven jasno zarisana, partnerja morata živeti lastno življenje.

– Znotraj para se morata zakonca jasno ločiti in te meje med seboj spoštovati. Ohraniti morata svojo individualnost in avtonomnost ter omogočati drug drugemu stalno osebno rast.

Teh kriterijev ne smemo razumeti preveč togo, še zlasti meje navzven so danes bolj odprte kot nekoč.

Obsežne študije so pokazale, da so temeljni pogoji srečnega zakona: ljubezen, osebnostna in socialna zrelost in neodvisnost zakoncev. To pa z drugimi besedami pomeni:

- sposobnost zakoncev za medsebojno konstruktivno komuniciranje, da znata prisluhniti drug drugemu . . .
- medsebojno izpolnjevanje praktičnih in čustvenih potreb ter medsebojno dopolnjevanje partnerjev,

- ponos in veselje nad zakoncem, njegovimi uspehi in osebnostno rastjo,
- aktivnost in produktivnost zakoncev v družbi.

Da odraste otrok v avtonomno, polnovredno osebnost, ki je sposobna delovati kot član družbe, mora družina izpolniti zlasti naslednje štiri naloge (Lidz, 1968): vzgojno, dinamično, socializirajočo in kulturno.

– Vzgojna naloga pomeni, da mora družina pravilno skrbeti za otroka v dolgih letih zorenja. Pri tem morata vsakokratna skrb in ravnanje z otrokom ustrezati njegovi fazi razvoja.

– Dinamično nalogo opravlja družina s tem, da skrbi za intenzivne in dlje časa trajajoče čustvene odnose med člani družine, pri čemer pa mora ostati ohranjena razmejitev članov družine na dve generaciji in dva spola. Dinamično vlogo najbolje izpolnjuje, če ima otrok oba starša: očeta in mater.

– Socializirajoča naloga pomeni, da mora družina otroka seznaniti z osnovnimi socialnimi vlogami, družbenimi vrednotami, merili, institucijami. To pa pomeni dati otroku določeno jasnost in uspešnost v njegovih nadaljnjih socialnih odnosih.

– Kulturno nalogo družina izpolnjuje s tem, da otroku posreduje najvažnejše orodje kulture, in sicer besedni in pojmovni zaklad. Jezik in jasnost pojmov omogočata stroku logično razumevanje sveta, pravilno orientacijo v njem in ustrezno odzivanje. Izkušnje kažejo, da starši ali družine duševno motenih in poznejših duševnih bolnikov ponavadi odpovedo pri eni ali več od teh nalog.

O zdravi družini lahko govorimo, če je v njej omogočena osebna rast vseh članov, torej otrok in staršev. Posebno značilno za člane take družine je njihovo aktivno prilagajanje, sposobnost, da vidijo sebe in svet v objektivni luči, razvit občutek za humanost in solidarnost ter stabilna organizacija osebnosti. Ena izmed determinant, ki usodno in neposredno posegajo v družinsko jedro, je odvisnost od alkohola, ki jo kot sekundarni fenomen družina sama tudi pogojuje in pospešuje skozi prizmo razvojnih obdobjih posameznika in skupine kot celote.

Alkoholizem in družina

Znano je dejstvo, da ni nobenega področja človeške patologije, kjer vlada več zablod, neznanja, nejasnosti, zavestnih in podzavestnih odporov, kot je to na področju alkoholizma.

Danes obstajata dva ekstremna pristopa k zdravljenju alkoholizma: prvi je klasičen – individualen – medicinski, ki ni pokazal zadovoljujočih rezultatov v raziskovanju, zdravljenju in preventivi; drugi pa je družinski, interakcijski, sistemski, ekološki pristop, za katerega se je skozi prakso in izkušnje pokazalo, da je treba v obravnavo nujno vključiti okolico, se pravi ključne in pomembne osebe iz bolnikovega okolja.

To pomeni, da je alkohol tako individualna kot interpersonalna droga in alkoholizem tako individualni kot tudi interpersonalni fenomen – kar sproža motnje v interpersonalnih relacijah. Bowen je alkoholizem opredelil kot »človeški fenomen« v polnem pomenu te besede, oziroma kot »človeško disfunkcijo«. Razlogi za to ležijo najverjetneje v dejstvu, da je alkohol lahko dostopen in hitro ter učinkovito spreminja doživljanje realnosti.

Alkohol je osnovna variabla, katere prisotnost ali odsotnost ne odreja le interakcijskega vedenja med alkoholikom in ostalimi člani družine, ampak tudi

med tistimi člani, ki ne pijejo. Pogosto ima v družinah alkoholikov alkohol bolj stabilizacijsko kot rušilno vlogo. Alkohol pogosto služi za prikrivanje spreminjanja podobe in odlaganje drugih pomembnih družinskih problemov, ki so zaradi sindroma odvisnosti od alkohola (SOA) enega od članov družine malodane nevidni. Tako vsi živijo v prepričanju, »če ne bi bilo alkohola, bi bilo vse v redu«.

Teoretična osnova našega pristopa je grajena na sistemu kompleksne organizacije komponent v vzajemni relaciji. Trije osnovni hierarhični sistemi osebnosti zdravljenca SOA z bio- psiho-socialnim podsistemom in družinski sistem s soprogo ter otroki ob alkoholiku, ter socialno-ekološki nadsistem z osebnostjo alkoholika – njegovo družino – delovno organizacijo, socialnimi in zdravstvenimi institucijami, so v konstantni soodvisnosti in medsebojni povezanosti.

Patologija je v okviru tega koncepta definirana kot motnja v strukturi, odnosu in funkcioniranju družine, zato se tudi terapija osrediča na njihovo modifikacijo oziroma spremembo.

– V konceptu celotnega družinskega sistema pomeni sprememba enega dela sistema nujno izziv spremembe v drugem, se pravi v celotnem sistemu.

– Koncept identificiranega, etiketiranega, simptomatskega pacienta je najrevolucionarnejši pristop glede na klasično psihiatrijo. Rečemo lahko, da je alkoholik »delegiran« kot najslabša varianta in v določenem trenutku prevzame motnjo oziroma bolezen celotnega družinskega sistema. To pomeni, da bolezen ne nastaja sama od sebe, kot običajno mislimo. Le-ta je rezultat in potreba spremenjenega družinskega sistema in je zelo pomemben dejavnik ravnotežja takega sistema.

– Koncept komunikacije prikazuje, kako določeni deli sistema ali podistemi medsebojno reagirajo.

Duševne spremembe se odražajo kot motnje v komunikaciji oziroma kot disfunkcionalne komunikacije. V alkoholikovem sistemu so verbalne in neverbalne komunikacije po pravilu spremenjene, izkrivljene in nejasne. Vsebina problema je v njegovi interpersonalni naravi. V alkoholikovem sistemu se razvijejo specifični stili komuniciranja, katerih značilnost je beg od odgovornosti in sodelovanja – gre za večni boj v nadzoru nad relacijami.

– Koncept družinske homeostaze označuje težnjo sistema, da obdrži obstoječe stanje – status quo – in se upira vsakršni spremembi. To pomeni, da sistem lahko vključi v svojo stabilnost tudi kronično patologijo – na primer alkoholizem svojega člana. Gre za tako imenovane rezistentne – neozdravljive – primere alkoholizma.

– Koncept vloge označuje simetrične – lahko rivalizatorske ali komplementarne vloge – zasnovane na razlikah s številnimi kombinacijami med tema dvema tipoma.

– Procesi prilagajanja predstavljajo značilnost vsakega živega sistema, težijo pa k zadrževanju ali razvoju. Dejavniki vzdrževanja SOA predstavljajo rezultat prilagajanja alkoholika in njegove okolice v neskončnem trajanju odvisnosti.

– Koncept vzročnosti išče vzroke alkoholizma bodisi v osebnosti alkoholika ali tistih, ki ga obkrožajo.

– Krožni koncept izhaja s stališča, da je stvarnost človeških odnosov dvo-smerna, da je obojestranska in v medsebojni soodvisnosti.

– Mnogi menijo, da je vse zgoraj opisane koncepte mogoče združiti v integralni družinski, interakcijski, sistemski, komunikacijski, ekološki pristop, ki mu dajemo absolutno prednost. To pa zato, ker je to najustreznejši model teorije in prakse za

vse sisteme, v katerih alkoholik živi in dela, v razvoju, obravnavi in preventivi alkoholizma.

Sodobni kompleksni multidisciplinarni pristop k obravnavi alkoholizma

Ta pristop je danes najučinkovitejši – gre za interakcijski in sistemski model oziroma za družinsko terapijo. To pomeni, da je neobhodno potrebno delo z družino oziroma prava družinska terapija alkoholizma. Obravnava praviloma pomeni kombinacijo več metod zdravljenja. Vsebuje vse komponente socialno-medicinskega sindroma odvisnosti od alkohola – biološke, psihološke, socialno-družinske, profesionalne in druge naloge oziroma področja obravnave.

Cilji obravnave:

– Predpogoj za uspešno zdravljenje je takojšnja, popolna in dokončna abstinenca.

Osnovni cilji abstinence so:

- izboljšanje fizičnega in psihičnega zdravja,
- pozitivna sprememba alkoholikovega vedenja,
- izboljšanje družinske situacije
- ter profesionalna učinkovitost s socialno prilagodljivostjo.

Najpomembnejši cilj zdravljenja je pozitivna sprememba vedenja in odnosov v družini oziroma v družinskem socialnem sistemu. Zato morajo biti cilji realni in jasno opredeljeni. To pa pomeni, da se od alkoholika in njegove družine zahteva aktivno in maksimalno angažiranje v obravnavi, kjer morajo vsi postati subjekti zdravljenja v smeri sprememb.

V naši bolnišnici med alkoholiki obstojajo velike razlike glede starosti, socialnega statusa, teže bolezni itn., zato je obravnava v prvih seansah za vse bolnike enaka. Po drugi strani pa je hkrati vedno aktualno in jasno izraženo tudi dejstvo, da je vsak alkoholik drugačen, zato je terapija prilagojena izrecno tudi specifičnim vsakega posameznika in njegove družine.

Osnovna načela, ki jih zasledujemo, so:

1. Multidisciplinarni pristop, intenzivno delo po tempu kot po globini glede na pričakovane spremembe posameznika in družine v celoti. Znano je dejstvo, da so tako pacient kot tudi njegova okolica po pravilu sprva nekritični, neuvidevni za celotno problematiko, dokler ne spoznajo narave bolezni, njenih posledic in potrebe po zdravljenju in da se kažejo odpori v zdravljenju, smo nenehno odprti za sprejemanje teh dejstev in tudi soudeleženi v preraščanju tega obdobja terapije.

Metode zdravljenja, ki se na oddelku medsebojno dopolnjujejo, so:

1. Medikamentozna terapija z anksiolitiki, simptomatska terapija v zdravljenju zapletov alkoholizma.
2. Psihoterapija – individualna le izjemno,
 - skupinska psihoterapija pa je sprejeta kot metoda izbora za zdravljenje.

3. Socioterapija – usmerjena v interpersonalne odnose:
 - terapevtska skupnost,
 - edukativne skupine.

Najboljše in najpogostejše so skupine z 10 do 12 člani: to so po definiciji prave psiho-socio-terapevtske skupine z značilnostmi in dejavniki male ter velike skupine. Tukaj so prisotni elementi vseh znanih metod skupinskega dela: direktivne, didaktične, edukativne, analitično orientirane in psihoterapevtske skupine, s pristopom k vedenjski terapiji, interakcijsko komunikacijskimi tehnikami. Naše izkušnje kažejo, da so izredno primerne mešane skupine, ki najučinkoviteje izrabljajo terapevtske potenciale in elemente več različnih pristopov, metod in tehnik.

4. Zaposlitvena delovna terapija.

5. Rekreativna terapija. Obe zadnji metodi predstavljata obvezni del celostne obravnave alkoholikov in njihovih svojcev.

Terapija družinske in socialne mreže

Terapijo mreže je prvi opisal Speek sredi 60-ih let z razširitvijo družinske terapije na okolico. Mreža zajema vse relacije v medčloveških odnosih, ki so imeli ali še imajo v življenju posameznika določen pomemben soodvisen značaj. Namen te metode je pomagati določenemu bolniku identificirati problem SOA ter ob njegovi širši in ožji okolici združiti terapevtske potenciale vseh za bolnika pomembnih oseb iz mreže ter jih skupno peljati k cilju – ozdravitvi.

Družinska terapija pomeni preobrat v psihiatriji s prenosom patologije iz fokusa zdravljenja s posameznika na zakon in družino in kasneje še na socialno okolje, to je družinsko in socialno mrežo. Jasno je, da niti posameznik niti družina nista izolirana sistema.

Danes je sprejeto dejstvo, da je alkoholizem problem celotne mreže oseb, ki so pomembno vezane na alkoholika, od ožjega jedra družine do širše družinsko-rodbinske skupnosti, prek prijateljev, sosedov, delovne organizacije, do zdravstvene službe, in družbe v celoti. Torej je SOA sistemski problem. Koliko je posameznik integriran v svojo družinsko in socialno sredino in v stalnih vezeh z ostalimi člani družine in socialnega sistema, toliko je družina kot celota v nerazdružljivih in zapletenih interakcijah z drugimi – zunaj družinskimi sistemi – oziroma družbeno mrežo in z družbo kot celoto oziroma kompleksnim ekološkim nadsistemom.

Dejavniki razvoja in vzdrževanja motnje so definirani kot disfunkcije celotnega sistema, alkoholizem pa, kot simptom, je v tem primeru samo onesnaževalec, ki pripomore k vzdrževanju patologije. Patološko ravnotežje, ki je v tem primeru zelo čvrsto in odporno, se lahko reši le z edino terapevtsko možnostjo, s tako imenovanim neravnovesjem oziroma ustvarjanjem krize patološkega bolezenskega ravnovesja.

Iz tega vidimo pomen in klinično vlogo družinske in socialne vloge za izid zdravljenja. Nujno je, da pride do spremembe vseh članov; to pomeni ustvarjanje nove mreže z novim vedenjem, cilji in odnosi. Ko ljudje v določeni fazi terapije

ustvarijo inicialno fazo spremembe, nikoli več ne zaidejo ponovno v isto reko medčloveških relacij, pravi Speak.

Izrednega pomena za terapijo je takoimenovan »moker« ali »suh« alkoholni sistem. Glavne značilnosti tega sistema so: spremenjene organizacije odnosov in funkcij, kar vključuje disfunkcionalne komunikacije in interakcije, neustreznost ali zmedo v opravljanju družinskih in socialnih vlog v preveč togih ali popustljivih mejah v vseh dimenzijah samoudejstvovanja, ter poseben sistem norm.

Na prvem mestu je nujna opredelitev lastnosti alkoholika in njegove družinske in socialne mreže, ki določajo specifično obravnavo.

– Prvi problem, s katerim se srečamo, je nekritičnost, neuvidevnost alkoholika in njegove okolice, to je nerazumevanje stanja in možnosti resnih zapletov. Tako alkoholik kot družina so prepričani, da je stvar »dobre volje«, ali pa da so vsi problemi izzvani s pitjem. Vzemimo enurezo otroka – žena meni, da ni soodgovorna za motnjo otroka v okolju, kjer oče postaja ali je že odvisen od alkohola.

– Alkoholik ponavadi prihaja na zdravljenje v obdobju, ko so pritiski z družinske, profesionalne in zdravstvene plati tako močni in najpogosteje tudi vsestranski in kombinirani, da je zanj v tem trenutku zdravljenje edini izhod. Člani družine in tudi drugi se vedejo podobno in tudi le verbalno sprejemajo zdravljenje. Torej spontanosti, pripravljenosti za zdravljenje v začetku ni ne pri alkoholikih samih ne v njihovi družinski in socialni mreži.

– Odpori, ki se rojevajo, so izraz patološkega homeostatskega ravnotežja, prisotni pa so od začetka zdravljenja, tako pri alkoholikih kot v družini v vseh fazah zdravljenja, le kažejo se na različne načine. Na splošno rečeno: prepoznavanje, razbijanje in obramba pred odpori so predpogoji za uspešno zdravljenje. Za terapevta je težje prepoznavati in razbijati zabrisane, skrite odpore, ki so lahko zavestne ali podzavestne narave. Prikriti odpori se pojavljajo kasneje v zdravljenju in se kažejo na primer z opisovanjem in ukvarjanjem z obrobniimi problemi ter izolacijo ključnih vsebinskih bistvenih tem oziroma obstoječe problematike – temu pravimo racionalizacija. Po vsebini pacienti idealizirajo svoje stanje.

Najtežje je prepoznati izvenzavestne odpore, ki se praviloma kažejo pozneje v terapiji in imajo obliko splošnih simptomov, z nihanji razpoloženja, napetostjo in telesnimi tegobami – še težje pa jih je razreševati.

V tem kontekstu so znane takoimenovane kompenzirane in dekompenzirane krize alkoholnega sistema, ki so predpogoj za terapevtsko delo in spremembo. V tem kontekstu je smiselno omeniti izrabo aktualnega pritiska bolezni v pozitivno usmerjen proces terapije.

Terapevtske spremembe so lahko dramatične »prelomnice« v življenju v pravam pomenu besede, lahko so postopne, sukcesivne, paralelne v razvoju motivacije za zdravljenje.

Faze zdravljenja v družinski terapiji alkoholizma

Intenzivna družinska terapija alkoholizma poteka v treh fazah:

- orientacijsko-pripravljalna faza,
- faza intenzivne družinske terapije,
- rehabilitacijsko-stabilizacijska faza.

V vseh fazah je program isti za določenega bolnika in za družino, kar je naravno, ker izkušnje kažejo, da imajo oboji sinhronizirano, paralelno evolucijo in razvoj v zdravljenju alkoholizma.

Značilno je, da soproge rade zavzemajo mesto, vlogo so-terapevta, medtem ko jim je vloga so-pacienta dolgo nesprejemljiva. Soprogi je realno gledano težko sprejeti svoje moteno – zgrešeno vedenje, ki je trajalo več let, preden začuti potrebo, da se mora tudi sama spreminjati.

Pripravljalna faza – prva pomoč, detoksikacija – s tem se začne prvi stik z alkoholikom – zdravljenjem. Načeloma obravnavamo pomembne osebe, aktiviramo moči družinske in socialne mreže in z njimi izdelamo načrt za motivacijo. To so člani ožje in širše družinske skupnosti, prijatelji, predstavniki delovne organizacije, predpostavljeni, psiholog, socialni delavec.

Naslednji cilj je začetna motivacija mreže za zdravljenje oziroma za mobiliziranje in usmerjanje zdravih pozitivnih moči vsake osebnosti iz mreže na organizirano skupno akcijo. Delovanje terapevta je multifokalno, konfrontirajoče in se začneja pri zdravljenju. V tem smislu potem definiramo problem »treh kaj- ev«.

1. Kaj je problem – definicija patološkega vedenja v okviru dolgotrajnih sprememb, organizacija nove skupne terapevtske realnosti.

2. Kaj je cilj terapije – vsebina in bistvo cilja je sprememba alkoholikovega sistema v celoti, kar vključuje nove konstruktivne in zadovoljujoče interakcije, novo življenjsko filozofijo in sistem vrednot oziroma vsebinsko polno življenje brez alkohola.

3. Kaj je razreševanje – rešitev problema. Gre za smiselno sprejemanje nujnosti terapije načrtovanja in opredelitve metod, tehnik in faz dela ter definicija mesta in vloge vsakega sodelujočega v obravnavi. Osnovna postavka je, da so vsi problemi rešljivi s skupnimi močmi.

Intenzivna faza se nadaljuje vsakodnevno. Skupinske seanse se odvijajo dnevno in trajajo približno tri ure, ponekod so dnevno do enkrat ali dvakrat tedensko vključeni tudi zakonski partnerji.

Ključne faze zdravljenja so:

1. Informativno predstavljanje od enega do dveh dni v skupini. Zdravljenec podaja osnovne osebne in družinske podatke, problem SOA, večletne in aktualne zaplete, neposredne razloge in povode za prihod na zdravljenje.

Soproga ob svoji anamnezi večidel govori o svojih razmišljanjih o vedenju, ki ga je oblikovala skozi dolga obdobja pitja sopotnika oziroma meje svoje tolerance.

2. Obdobje prilagajanja traja nekaj dni – to je spoznavanje med člani skupine in tudi trezno prilagajanje med samima partnerjema. Posamezniki si morajo pripraviti načrt dnevni in tedenskih aktivnosti, ob čemer se razvija sposobnost za dogovarjanje. Razgovori ali trening komunikacije ob obveznem realiziranju in analiziranju dnevnega plana so osnova vseh terapevtskih načrtov. Partnerji morajo vsakodnevno postopno osvajati teorijo alkoholizma in se enkrat tedensko udeležujejo edukativnega dela – predavanja z diskusijo.

3. Hišne aktivnosti so sestavni del obravnave, njihov cilj pa je praktična organizacija vsakodnevnega življenja.

4. Tako imenovano »medeno obdobje« se ponavadi pojavlja, ko se zdravljenec strezni in družinska situacija površno popravi, tako da vse obhaja občutek lažne gotovosti in zadovoljstva, »ker ni bilo nikoli boljše«.

5. Izpit polagata oba partnerja v roku dveh do štirih tednov po prihodu v skupino. To je prvi konkretni kazalec znanja iz alkoholizma in hkrati tudi kazalec angažiranja para v družinski terapiji. Hkrati pa neuspešno opravljen izpit zahteva izzivanje krize obeh zakoncev glede vprašanja obstanka zdravljenca v grupi, pa tudi skupine same, saj je vsak neuspešno opravljen izpit tudi kriza skupine. Zahtevnost izpita vedno prilagajamo možnostim zdravljenca, hkrati pa vedno iščemo maksimalno osebno angažiranje in pomoč članov skupine.

6. Analiza zdravljenja je kritično uvidevanje, »uvid« osebnega angažiranja v procesu glede doseganja rezultatov v določenem časovnem obdobju. Redna analiza se dejansko opravlja v okviru vsakodnevnih aktivnosti, ko posamezni zakonski pari povzemajo oziroma opisujejo ključne trenutke ali probleme preteklega dneva. V kriznih situacijah dobijo dodatne terapevtske naloge, ki omogočajo konkretno pomoč pri razgaljanju problema. Naloge morajo biti visoko zastavljene, vendar realne in jasno opredeljene, tako da lahko njihovo uresničevanje nadzorujemo in izrabimo v terapiji.

7. Velika predstavitev se opravlja tri do štiri tedne po zdravljenju v skupini in ob opisu razvojnih obdobjih predstavlja soočenje z razvojem odvisnosti od alkohola. Predstavi se proces patološkega prilagajanja družinskega in socialnega sistema ter razvoj zapletov – vključeni so zdravljenec, soproga in pomembne osebe iz družinske in socialne mreže. Vsebina predstavljanja obsega: splošne podatke, podatke o primarni družini, biografske podatke s ključnimi razvojnimi fazami ter socialne situacije, šolanje, služenje vojaškega roka, zaposlitve, zakonski stan. Potem se šele vključuje razvojne faze odvisnosti od prvega srečanja z alkoholom do predtoksikomanske in toksikomanske faze, tipe pitja, manipulacije, morebitnih abinentnih stanj in predhodnih zdravljenj. Pripoved o dogodkih naj sledi zaporedju le-teh. Zaobsežena morajo biti družina – zakon, otroci in čim širše zabeležen celotni sistem alkoholizma.

Predstavljanje zakonskega partnerja je v osnovi podobno. Ob splošnih podatkih kratek življenjepis, podatki o izvorni družini (morebitni alkoholizem in drugo), trajanje in obdobje življenja z alkoholikom in, kar je pomembnejše, uvid v dejavnike vzdrževanja dolgoletnega pitja. Najpomembnejša sta analiza in nadzor nad navideznimi rešitvami problemov v preteklih obdobjih oziroma z osnovno homeostazo takih navideznih rešitev.

Cilji glavne predstavitve so: uvid v alkoholno odvisnost vzporedno z razvojem alkoholikovega vedenja in z zapleti v okviru družinske in socialne mreže. Alkoholik in njegova okolica imata skupno in vzporedno pot vedenjskih vzrocev, manevre in taktike, ki vzdržujejo status quo: to je zmanjševanje potreb, emocionalno odtujevanje, nezdrava rivaliteta, prerazporeditev družinskih vlog – to je omogočanje pitja oziroma pospeševanje odvisnosti.

V primeru, ko glavno predstavitev ocenimo za neuspešno, je nadaljevanje terapije v skupini vprašljivo. Podzvati je potrebno posebne zahteve: timska analiza neuspeha, mini udarna seansa ob dodatnem sestanku celotne mreže z natančno opredeljenimi terapevtskimi nalogami, pomoč parov iz skupine.

III. faza: povzetek poteka zdravljenja in načrt rehabilitacije se podaja na koncu

intenzivne faze skupinske terapije. Pri povzetku so obvezno prisotni člani družine in socialne mreže. Zdravljenec v najkrajših potezah oriše osnovne točke svojega alkoholizma s trajanjem toksikomanske faze in razvojem zapletov. Poudarjen je položaj tik pred zdravljenjem, ki najpogosteje označuje krizo alkoholikovega sistema. Skupno opredelijo proces zdravljenja z vsemi krizami, odpori, uvidom in morebitnim prelomnim trenutkom.

Načrt rehabilitacije je skupen in mora biti jasen in konkreten, nanaša pa se na obdobje rehabilitacijske faze oziroma za naslednje leto dni. Obsega pa načrt spremembe v družinskem kontekstu – razpored in obseg vlog, družinska pravila, komunikacije, profesionalno rehabilitacijo, morebitno razreševanje zdravstvenih problemov in resocializacijske procese v najširšem smislu.

S celotno mrežo se natančno dogovorimo o sodelovanju v daljšem obdobju podaljševanja zdravljenja, z delovno organizacijo in profesionalno rehabilitacijo pa najmanj za obdobje enega leta.

Nekateri parametri iz tuje literature, ki se skladajo z našim delom

Ob branju sestavka »Skupinske analitične obravnave alkoholikov« avtorja Fernanda Arroyave iz knjige »Spheres of Group Analysis« sem povzela nekaj elementov, ki smo jih tudi pri našem delu v bolnišnici, sprva le sporadično, a kasneje vendarle skozi leta vse pogosteje vpeljevali v terapijo in sedaj postajajo že sestavni del procesa obravnave. Avtor podaja nekatera osnovna načela, ki so pri nas načelno že več kot dve desetletji tudi postopoma pridobivala vse globlje razsežnosti v procesu terapije, na primer:

- Poudarjena je razlika med skupinsko analizo in skupinsko psihoterapijo. Pri nas sem se osebno ukvarjala predvsem in najpogosteje s skupinsko psihoterapijo ob izobrazbi, ki sem jo pridobila pred 12 leti in jo skozi zadnje desetletje ob rednih mesečnih sestankih psihoterapevtske sekcije tudi dosledno dopolnjevala, in psiho-dinamsko psihoanalitsko orientiranem teoretičnem konceptu.

- Okolje je bilo zmeraj enako, zagotovljena so bila na ta način merila, »da je ves material prihajal iz notranjega sveta pacientov«, čeprav sem delovala v slabih, vendar vedno zadovoljivih prostorskih razmerah.

- Terapevtski dogovor je bil za vse paciente enak, vsi so sprejemali informacije na enak način.

- Podzavestna komunikacija je v skupini alkoholikov posebno močna, zato je vsaka obravnavana tema zvenela kot zelo močan glas celotne skupine.

- Kot poudarja omenjeni avtor, smo jasno zaznavali težave alkoholikov pri verbalnem izražanju čustev; doživljajsko prebujanje smo nenehno spodbujali, neprestano smo bili pozorni na neverbalno komunikacijo, tako skupine kot tudi posameznika v njej.

- Avtor poudarja, naj se problemi interpretacije rojevajo oziroma razrešujejo med samimi člani skupine, vodja naj le usmerja proces, pojasnjuje, omogoča skupini razumevanje njihovega vedenja in ga interpretira v preprostem vsakdanjem jeziku.

- Uporabo globokih interpretacij, še zlasti edipalnega področja in homoseksualnosti, smo se dosledno izogibali. Nekatero elemente interpretacij uvajamo po daljšem, eno do dveletnem obdobju dobro stabiliziranega rehabilitacijskega procesa ob kontrolnih pregledih.

– Avtor uvaja individualno pozornost ob izkušnjah dela v skupini. Frekvenca trajanja skupine je usmerjena v intenzivno delo – dnevno vseh 24 ur.

– Izbira pacientov za skupinsko analizo je po mnenju avtorja odprta za veliko večino alkoholikov, saj po njegovem načelu skupinska analitična metoda daje velike terapevtske možnosti, čeprav psihoanalitiki in psihoterapevti večine šol menijo, da problematika alkoholikov zanje ni primerna tema. Naša razmišljanja oziroma delo so identična avtorjevemu.

– Število pacientov v skupini se spreminja glede na število bolnikov na oddelku – sedem ali osem članov različnih spolov je idealno število – temu se moramo na oddelku pač prilagajati glede na objektivne okoliščine.

– Avtor navaja, da je dolžan nuditi usluge pacientom vseh starostnih obdobj. Raznolikost pacientov glede starosti, ki omogoča pare za identifikacijske zagotovitve pomeni redno okoliščino za delo v skupini. Moja analiza v prvem delu naloge podaja zapisana dejstva sorazmerja med različno starostno strukturo, ki ustreza tudi podatkom iz literature.

– Med druge parametre avtor postavlja socialni in kulturni status in zagovarja čimvečjo raznolikost, kar omogoča boljši uspeh zdravljenja. Pri nas je mogoče opazovati večji del zdravljenecv v terapiji iz nižjih socialnih plasti prebivalstva, kar redno in vedno moti potek obravnave.

Pogosto poudarjamo, da je za psihoterapijo ali analizo potreben visok inteligenčni količnik. Tudi mi pogosto trčimo ob to prepričanje, kot avtor utemeljuje, »da se vrsta obrambe, ki jo uporabljajo posamezniki, res spreminja glede na inteligenco – ampak normalen inteligenčni količnik ali inteligenčni količnik malo pod normalo ni za nikogar ovira, da ne bi uspešno izkoristil psihoterapije. Združevanje posameznikov z različnimi stopnjami intelektualnih sposobnosti pa seveda olajša in pospešuje interakcije za dobro učenje in komuniciranje.«

»Bolniki s specifičnimi problemi, kot so homoseksualnost, osebnotna in telesna motenost, skrajna introvertiranost, naj imajo v skupini osebe s podobnimi problemi, kar jim lajša identifikacijo in opazovanje svojega napredka«. Tega pri nas ne moremo izvesti.

Avtor pravi, da obstaja samo ena kategorija bolnikov, ki jih je po njegovem mnenju treba izključiti iz skupinske analitične terapije, pa še to samo začasno – to se ekstremno anksiozni ljudje, ki so nagnjeni k avto ali celo heteroagresivnemu reagiranju.

Selekcijo pa uvaja avtor pri zdravljenjih, ki so brez uvida in motivacije pod močno zunanjo prisilo sprejeti v terapijo in nočejo prehenati s pitjem. Te bolnike je izredno težko obravnavati in tudi zelo razdiralno vplivajo na skupino kot celoto. »Bolečina in nekaj trpljenja sta dobro znana v procesu spreminjanja in terapevt ne sme preveč ščititi svojih varovancev« – to je že davno vpeljana praksa tudi pri nas. Avtor meni, da se smemo lotiti z veliko previdnostjo in kratkoročno le treh ciljev:

1. Prepričanje, da je dosmrtna treznost potreben rekvizit za rast konstruktivne osebnosti.

2. Popolno in konstruktivno notranje sprejetje, da je vsak posameznik odgovoren za svoja dejanja in da zunanje provokacije ne smejo jemati kot izgovor za individualno vedenje.

3. Ugotovitev, da osebnotne spremembe zahtevajo dolge in mučne procese, za katere je posameznik odgovoren, čeprav je potrebna pomoč v njihovem procesu.

Vloga vodje je aktivna, ima pa tudi posebno odgovornost, da ustvari ozračje, v katerem se učinkovita komunikacija v skupini razvija tekoče. V zgodnjih fazah je naloga vodje pojasnjevati, spraševati in odpirati skupinske procese in namenjati posebno pozornost glavnim obrambam pacientov: negaciji, racionalizaciji in projekciji. Vsi alkoholiki imajo probleme pri ločevanju in rivaliteti, zato je treba namenjati pozornost koncu skupine, ki je najpomembnejša izkušnja, ki jo posameznik odločilno vključi v svoje doživljanje.

Opisanih pa je še mnogo parametrov, ki so vključeni že v osnovnem teoretičnem opisu v pričujočem prispevku in zdi se mi, da jih nima smisla ponovno opisovati.

Sklepna razmišljanja ob osebnih izkušnjah in rezultatih sedemletnega dela z zdravljenici sindroma odvisnosti od alkohola

V želji, da bi omogočili in predočili uporabnost teoretičnega dela pričujočega prispevka, sem podala oziroma obdelala tudi nekaj statističnih podatkov iz sedemletne prakse. Preden preidem na konkretno obdelavo statističnih podatkov, naj pojasnim, da področja alkoholizma ni mogoče nikoli do kraja izčrpati, ter da imajo vsa področja psihiatrije in psihoterapije le splošno veljavne ugotovitve, ki se kljub veliki meri strokovnih potrditev in utemeljitev lahko v končni fazi le relativno vrednotijo.

Zato je razumljivo, da je kakršnakoli terapija, tako v fazi hospitalizacije kot tudi v obdobju rehabilitacije zelo zapletena, nikoli do kraja razjasnjeno iskanje tiste človekove identitete, ki lahko edina jamči za ozdravitev.

Obdelanih je 426 zdravljenecv v obdobju od januarja leta 1984 pa do decembra leta 1990.

V naši skupini sem vseh sedem let delovala kot edini stalni terapevt, zato sem se odločila za predstavitev opravljenega dela skozi konkretno naslednjo vsebinsko zasnovo:

1. Stanovska opredelitev zdravljenecv za časa terapevtske obravnave.
2. Dolžina zakonskega staža pred vključitvijo v skupinsko terapijo.
3. Sodelovanje v procesu skupinskega obravnavanja.

Od skupno 426 obravnavanih zdravljenecv je bila poročena več kot polovica klientov. Vsi ostali pa tudi živijo ali so živeli v neki primarni ali sekundarni obliki družinskega ali zakonskega razmerja.

Skozi leta mojega delovanja sta se vse pogosteje potrjevali dve temeljni predpostavki, na katerih sloni družinska terapija; kar sem tudi vzela kot ključni koncept zasnove te naloge:

- Da je družina zaključen sistem, v katerem se spremembe pri enem članu odražajo tudi na vseh drugih, meje navzven niso tako strogo zastavljene;
- da je lahko simptomatika ali psihopatologija enega člana družine le del širših psihodinamskih dogajanj v tem sistemu,
- ter da lahko prek sprememb v celotni dinamiki in funkcionalnosti družinskega sistema pridemo do sprememb pri posameznem družinskem članu, in nazadnje:

– nujno je razpravljanje o neizčrpni temi soodvisnosti.

1. Stanovska opredelitev zdravljenec v času terapevtskega tretmana:

- vzakonski zvezi je bilo 220 zdravljenec, kar znaša 51,6%,
- samskih je bilo 142 zdravljenec, kar znaša 33,3%,
- ločenih je bilo 48 zdravljenec, kar znaša 11,3%,
- v izvenzakonski skupnosti živi 18 zdravljenec, kar znaša 4,3% in
- ovdovelih je bilo 6 zdravljenec, kar znaša 1,5%.

2. Sodelovanje svojcev:

- partner je sodeloval pri 232 zdravljenec, kar znaša 54,4%,
- roditelji so sodelovali pri 57 zdravljenec, kar znaša 13,4%,
- sorojenci so sodelovali pri 86 zdravljenec, kar znaša 20,2%,
- otroci so sodelovali pri 19 zdravljenec, kar znaša 4,5%,
- delovna organizacija in prijatelji so sodelovali pri 33 zdravljenec, kar znaša 7,7% in
- nihče ni sodeloval pri 20 zdravljenec, kar znaša 4,7%.

Pojasniti je treba, da podatki pojasnjujejo naprekinjeno, redno, načrtovano in predvideno soudeležbo v neprekinjeni dobi hospitalne in tudi nadaljnje ekstrahospitalne terapije. Občasno pa skušamo pridobiti k sodelovanju vse tiste člane družinske, delovne in širše socialne skupnosti, ki so v preteklosti pomembno soodločali o razvoju SOA in bodo v bodoče odločilno vplivali na proces terapije in rehabilitacije.

3. Dolžina zakonskega staža:

Obdelala sem le podatke iz let 1988, 1989 in 1990, kar znaša skupaj 109 zdravljenec oziroma zakonskih parov.

- 1–5 let je bilo poročenih 92 zdravljenec, kar znaša 8,26%,
- 6–10 let je bilo poročenih 18 zdravljenec, kar znaša 16,43%,
- 11–15 let je bilo poročenih 31 zdravljenec, kar znaša 28,4%,
- prek 16 let je bilo poročenih 51 zdravljenec, kar znaša 46,8%.

Najvišje število zakoncev blizu polovice (46,78%) spada v skupino, ki je absolvirala prek 16 let zakonskega staža. Velika večina teh pa tudi drugih zakoncev je opisovala dolgotrajno kronificirano simptomatiko. Ta je trajala od najmanj pet let, v redkih primerih pa do 20 in več let.

Dolgotrajna kronificirana simptomatika je mišljena že ob primarni dispoziciji posameznih planov družine v smeri nevrotičnih dispozicij, ki so se ob večdesetletnem SOA določenega družinskega člana le dodatno poglobljali.

Osebnostna spremenjenost in SOA tako zdravljenca samega kot sodelujočih svojcev je simptomatiko že tako vgradila v način življenja, da se je pod tem vplivom spremenil celotni sistem vsakodnevnega smisla in načina bivanja. Očitno ostaja dejstvo, da je po dolgoletnem zakonskem stažu v obdobju SOA težina bolezni vse huje in težje fiksiran proces z malo možnostmi dobre prognoze oziroma zazdravitve in uspešnost rehabilitacijskega procesa.

Sklep

Zadnji dve desetletji sta zaznamovani z velikim napredkom v pojmovanju in obravnavanju alkoholizma v svetu in tudi pri nas. Ustaljene predstave o dosednji psihiatriji dobivajo nove vsebinske dopolnitve ob uvajanju širše palete psihoterapevtskih usmeritev pri delu z zdravljenici SOA tudi v Psihiatrični bolnišnici v Idriji.

Mnoge izkušnje že dokazujejo, da je psihoterapevtska obravnava zdravljenec v svetu vse bolj cenjena in da postaja nepogrešljivi sestavni del celostne psihiatrične obravnave.

Statistični kazalci uvajanja novih psihoterapevtskih pristopov tudi na področju alkoholizma ter pravočasna in smotrna usmeritev v sodobne tokove psihoterapije omogočajo današnji in jutrišnji idrijski psihiatrični bolnišnici, da si ob ustaljeni in preskušeni psihiatriji zagotovi obetavne čase tudi v četrtem desetletju svojega obstoja. S tem delom pa si lahko ob dotoku finančnih sredstev zagotavljamo tudi svoj obstoj in razvoj.

Jasno je dejstvo, da se v sedanjem času srečujemo z abecedo skupinske analitične terapije, ki jo je zahodni civilizirani svet utemeljil in osvojil že pred leti, desetletji. Sodobnim razmeram in potrebam prilagojeni novi terapevtski pristopi pa lahko poiščejo marsikateri koristni navdih v dosedanjih psihiatričnih pristopih, ki so tudi v preteklosti že odlikovali idrijsko psihiatrijo.

Naša civilizacija vedno bolj potiska v ozadje čustva in njihovo doživljanje. Svet tone v razkol med razumom in čustvi, med kolikostjo in kakovostjo, ko se storilnost razvija na račun kakovosti.

Na pragu tretjega tisočletja človeku manjka spoznavne funkcije čustvovanja, ker nam čustvo odpre vrednostno stran sveta, kamor sodijo tudi etične vrednote. Intonacija življenja v tretjem tisočletju gre v smeri kakovosti in etičnosti bivanja, kjer pa je potrebna velika stopnja ustvarjalnosti.

Ker pa je človek bitje prihodnosti, je s tem tudi bitje upanja. Upanje pa se redno druži s pogumom, ob pomanjkljivi informaciji pa prehaja upanje v mlahavost in še niže v tesnobo, strah in grozo. Torej ima upanje vedno dva spremljevalca: pogum in strah, ki sta stalno v nasprotnem ali protivnem medsebojnem razmerju. Z upanjem se dviga tudi pogum, s pogumom pa tveganje. Tveganje z upanjem pa je specifična človeška višina, na kateri se končno znajdetta ob uspehu ali neuspehu oba – terapevt in zdravljenec ali njegova terapevtska skupina.

Literatura

1. Požarnik H. Zakonski in družinski konflikti ter njihovo zdravljenje. Ljubljana: Univerzum, 1979.
2. Gačić B. Alkoholizam. Beograd: Nolit, 1985.
3. Zihel S. Kako se upremo alkoholu. Ljubljana, Mladinska knjiga: 1989.
4. Rogers C. Kako postati ličnost. Beograd: Nolit, 1961.
5. Trstenjak A. Skozi prizmo besede. Ljubljana: Slovenska matica, 1989.
6. Delević Ž. Grupna psihoterapija alkoholizma. Beograd: NIRO, 1986.
7. Lear TE (ed). Spheres of group analysis. s. 1.: Group Analytic Society,
8. Psihoterapija 14. Ljubljana: Katedra za psihiatrijo medicinske fakultete, 1986.
9. Gačić B. Porodična terapija alkoholizma. Beograd: Rad, 1978.
10. Kulenović M. Nevroze. Zagreb: Jumena, 1979.
11. Berne E. Koju igru igraš. Beograd: Nolit, 1964.
12. Kulenović M. Otkrivanje nesvesnog. Zagreb: Školska knjiga, 1988.
13. Hornay K. Neurotična ličnost našeg doba. Titograd; Grafički zavod, 1964.