



Združenje zakonskih in družinskih terapevtov Slovenije

VLOGA DRUŽINE V ZASVOJENOSTI IN TERAPEVTSKA PRAKSA

**Zbornik povzetkov
in
člankov**

**III. kongres zakonskih in družinskih terapevtov Slovenije
3. marec 2012, Ljubljana**

Urednica Barbara Simonič



III. kongres zakonskih in družinskih terapevtov Slovenije
VLOGA DRUŽINE V ZASVOJENOSTI IN TERAPEVTSKA PRAKSA
3. marec 2012, Ljubljana

Znanstveni odbor:

dr. Barbara Simonič (predsednica)
dr. Mojca Ciglarič
dr. Robert Cvetek
dr. Zdenka Čebašek Travnik
dr. Christian Gostečnik
dr. Peter Metlikovič
dr. Tanja Repič Slavič
dr. Maja Rus Makovec
dr. Eliezer Schwartz
dr. Karin Sernec
Boštjan Čampa
Jakob Huber
Sara Jerebic

Organizacijski odbor:

Ivan Platiša (predsednik)
dr. Peter Metlikovič
mag. Irmína Rakun Alif
Jerneja Dimec Bratina
Andreja Dodič
Damijan Ganc
Sanja Kavaš
Vesna Lakner
Anja Mesarič
s. Meta Potočnik
Katarina Rebernik
Nataša Rus
Romana Seljak
Mirjam Ušaj



Sodobni vidiki motenj hranjenja (plenarno predavanje)

as. dr. Karin Sernek, dr. med.

Vodja enote za motnje hranjenja na Psihiatrični kliniki Ljubljana

Motnje hranjenja, skupina bolezni, ki je bila do pred kratkim znana le ozkemu krogu strokovnjakov, je v zadnjih desetletjih prerasla v bolezen moderne dobe. Motnje hranjenja predstavljajo pomemben javno zdravstveni problem, obolevajo otroci in odrasli, ženske in moški. Vzroke za nastanek motenj hranjenja lahko razdelimo na tri velike skupine: biološko – genetsko, socio – kulturno in družinsko. Večinoma gre za prepletanje vzrokov iz vseh treh skupin. Med motnje hranjenja uvrščamo: anoreksijo nervozo, bulimijo nervozo, kompulzivno prenažanje in novejšje oblike, kot sta ortoreksija in bigoreksija nervoza. Ključni dejavnik uspešne obravnave oseb z motnjo hranjenja je lastna motivacija za zdravljenje, torej pripravljenost na spremembo. Potrebno je ločevati med reševanjem življenja osebe z motnjo hranjenja in zdravljenjem. Med uspešnejše terapevtske pristope sodi psihoterapija, uporablja se predvsem vedenjsko – kognitivno in/ali razvojno – dinamsko psihoterapijo, po potrebi v kombinaciji s psihofarmakoterapijo. Obravnava je lahko ambulantnega ali bolnišničnega tipa. Ozdravitev ne pomeni le odsotnost simptomov posamezne motnje hranjenja, temveč tudi ustrezno psihosocialno funkcioniranje.

Ključne besede: motnje hranjenja, vzroki, družina, obravnava



Odvisnost kot oblika izkrivljene religioznosti

Drago Jerebic

Družinski inštitut Bližina

Teološka fakulteta, Univerza v Ljubljani

drago.jerebic@teof.uni-lj.si

(Strokovni prispevek)

Odvisnost navadno obravnavamo kot težavo oz. bolezen, kateri botrujejo biološki, sociološki in psihološki dejavniki. Manj pogosto pa se omenja odvisnost kot duhovna težava, pri kateri gre za izkrivljeno obliko razmišljanja, prepričanja oz. verovanja. Avtor se v prispevku osredotoča na skupne točke, stičišča, podobnosti, povezanosti med pojmom odvisnost in izkrivljene religioznosti. Najprej pojasni kaj je odvisnost in kaj t.i. malikovanje, nato pa predstavi podobnosti med tema dvema pojavoma, v smislu, zakaj lahko rečemo, da je odvisnost ena od oblik malikovanja in zakaj lahko rečemo, da je odvisnost tudi duhovni problem posameznika. Pri obeh pojavih gre za zgrešeno zadovoljevanje temeljnih človekovih potreb, to je potrebe po odnosih in za strah in nemoč srečati se s temeljnimi bivanjskimi izkustvi, kot je nemoč, krhkost, omejenost in osamljenost. Pri odvisnosti se to kaže v tem, da se posameznik ne upa soočiti s temeljnimi bolečimi afekti in prikrajšanostjo in se pred tem zaščiti z kompleksnimi obrambnimi mehanizmi oz. afektivnimi psihičnimi konstrukti, kar je v tem primeru zasvojenost. Pri za malikovanju pa je to razvidno v človekovi nezmožnosti prenašanja eksistencialne negotovosti, dvomov in iskanja, kar resnična vera je, in zato izbere lažjo, bolj gotovo pot in si naredi t.i. zlato tele, sam postavlja zakone, vse z namenom, da bi vzpostavil kontrolo in se zato počutil bolje.

Pri obeh pojmih je v ozadju nezdravo reguliran sram, ki ga nekateri avtorji imenujejo strupeni sram, čigar posledica je, da posameznik čuti, kot da je z njim nekaj globoko narobe. Zato se ne sme srečati s svojim notranjem doživljanje in zato posledično išče razrešitev zunaj sebe: v alkoholu ali v pretiranem obredju, pravilih, podobah, magijah. Temu izogibanju notranji praznini pravimo duhovni bankrot, posledici t.i. toksičnega sramu, zaradi katere je odvisnik ali malikovalec globoko v sebi prepričan, da je z njim nekaj zelo narobe, pa izkrivljeno razmišljanje. To izogibanje notranjemu doživljanju, praznini in avtentičnim odnosom je razlog, zakaj lahko rečemo, da je odvisnost tudi duhovni problem. Hkrati pa temu izogibanju sledi odvisnost, predaja (addicere – predati se) objektu prisilne navezanosti, kar v sebi vsebuje že elemente obrednega čaščenja: posvetitev (samo s pomočjo substance se lahko sprosti), sveti nauk (brez te substance ni odrešenja), bog (zasvojitvena substanca), meditacija (obsesivno razmišljanje o substanci), povzdigovanje (priprava substance), spremenjenje (doživljanje ekstatičnosti). V zdravi religioznosti sledi mir (»pojdite v miru«), pri odvisnosti in malikovanju pa krivda, moralni maček, občutek izpraznjenost, nevednosti, ki spet prisili posameznika v nov cikel zasvojitvenega obredja.

Ključne besede: odvisnost, relacijska družinska terapija, duhovnost, zdravljenje odvisnosti



Kako uspešno združiti družinsko terapijo in zdravljenje odvisnosti od drog

Katja Dular

Univerzitetni rehabilitacijski inštitut SOČA

katja.dular@gmail.com

(Znanstveni prispevek)

Zdravljenje odvisnosti in družinska terapija se pri obravnavah vedno pogosteje pojavljata skupaj. Svetovalci in terapevti obeh disciplin so le redko educirani z enakimi profesionalnimi treningi in zato pogosto prihaja do nepotrebnih težav in neuspehov pri zdravljenju odvisnosti. Odvisniki imajo različne potrebe in težave (medicinske in psihiatrične), vplivi družine so raznovrstni, zato je nujno potrebno skupno sodelovanje različnih profilov. V Sloveniji v zdravljenje odvisnosti svojce vključujejo v skupinsko terapijo ter v edukativne skupine, le redko pa se izvaja tudi individualna družinska terapija za osebe odvisne od psihoaktivnih snovi (PAS). Za dobro integracijo zdravljenja odvisnosti in družinske terapije je potrebno upoštevati funkcioniranje družine, individualno funkcioniranje odvisnika ter značilnosti bolezni odvisnosti, ki skupaj igrajo pomembno vlogo v procesu zdravljenja.

Namen prispevka je predstaviti značilnosti zdravljenja odvisnosti od PAS, prednosti vključevanja družinske terapije v zdravljenje odvisnosti, praktične izkušnje pri delu z odvisniki. Predstavili bomo tudi ugotovitve izvedene študije o integraciji relacijske družinske terapije (RDT) v zdravljenje odvisnosti, ki je bila izvedena s štirimi družinami pacientov Centra za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog (v PKL).

Ugotovitve: Proces RDT prispeva k spreminjanju in doživljanju družinskega funkcioniranja, izboljša se upravljanje z emocijami, nadzor nad telesnimi senzacijami, zmanjša se uporaba obrambnih vedenj, učinkovitejše je reševanje stisk in odnosi so kvalitetnejši. Do sprememb pride na kognicionem, čustvenem in telesnem nivoju. Posledično pa odvisniki vzdržujejo stabilnejšo abstinenco, kar potrjuje pomembnost vključevanja individualne družinske terapije v zdravljenje odvisnosti. Omejitve študije so premajhen numerus in kratko časovno obdobje izvajanja RDT.

Ključne besede: odvisnost od drog, družinska terapija, integrirani model, zdravljenje odvisnosti



Kako iz začaranega kroga osebne krize

Dea Hrovatin
Smisel Ankaran
dea.hrovatin@gmail.com

(strokovni prispevek)

Ljudje se včasih znajdemo v krizi, v kateri se nekateri zatečejo po pomoč k hrani, drugi cigaretam, pijači, bežnim avanturam, adrenalinskimi izzivom, delu... Seveda so to le "instant" rešitve. Ko posameznik ozavešča, da se mu v življenju podobne krize večkrat ponavljajo, želi poiskati boljšo rešitev in s tem vnesti v svoje življenje temeljitejšo spremembo.

Klientka Pika pomoč iz težavne situacije poišče pri sistemske psihoterapevtki, s katero razvijeta dober delovni odnos in postopoma raziskujeta Pikino »reko življenja«. Na njeni reki kot najpomembnejši osebi v njenem življenju nastopata mama in oče. Skozi terapevtsko delo klientka postopoma ozavešča družinske vzorce ter prepozna, kako se od staršev nezavedno uči bega od realnosti in zatekanja k odvisnosti. Predstavitve bo potekala v obliki delavnice, kjer bo predstavljen konkreten primer terapevtske obravnave s pomočjo metode »reke življenja« klientke Pike in njene družine. Namen predstavitve primera je omogočiti udeležencem nov pogled na razne vsakodnevne odvisnosti in usmeriti pogled udeležencev vase, na svoje odzive v konkretnih in zanje stresnih situacijah, razumeti lasten odziv ter iskati nove ali pozabljene učinkovitejše načine soočanja z osebnimi krizami.

Ključne besede: reka življenja, družinski vzorci, odvisnosti, sistemska psihoterapija



Odvisnost matere in odvzem otroka—vloga družinske terapije

Renata Jakob Roban

Društvo za kulturo odnosov SPES

rroban@gmail.com

(strokovni prispevek)

Živimo v družbi instrumentalističnih odnosov, ki prevladujejo v vseh večjih sistemih, tako vladnih kot nevladnih, in vplivajo na kakovost življenja ljudi. Po mnenju mnogih humanističnih avtorjev je edini pravi odgovor na dogajanje v družbi solidarnostni personalizem, ki je nujno prisoten tudi v terapevtskem procesu in ima za relacijsko družinsko terapijo izjemen pomen.

V okviru dveh vzporednih terapevtskih procesov bo avtorica predstavila in podrobneje opredelila zgoraj omenjene ključne točke. V obeh primerih je vzrok prihoda na terapijo odvisnost matere (v prvem odvisnost od alkohola, v drugem odvisnost od prepovedanih drog) in posledično pravni ukrep začasnega odvzema otrok. V obeh primerih je partnerja na zakonsko in družinsko terapijo v dogovoru s sodiščem napotil Center za socialno delo (CSD). Obe vladni inštituciji (CSD in sodišče) imata do staršev upravičene zahteve in pričakovanja, sicer z ukrepom nadaljujeta.

Terapevtske izkušnje kažejo, da starši odvzem otroka s strani države doživljajo kot nasilje nad družino, kot kazen, kot grobo poseganje v družinsko intimo in ne kot zaščito otrokovih pravic s strani države. Avtorica želi s predstavitvijo dveh vzporednih primerov zakonske in družinske terapije poudariti vlogo družinskih terapevtov pri postavljanju mostu med instrumentalizmom, ki je del pravnega sistema in del sistema delovanja CSD, ter solidarnostnim personalizmom, ki je pogoj, da lahko človeku vrnemo njegovo dostojanstvo.

Ključne besede: instrumentalizem, družinski terapevt, solidarnostni personalizem, dostojanstvo



Preobrat v poglobljanju heroinske odvisnosti, ko materin »ne« postane ultimativen

Martina Guzelj

Familija - izobraževalni in terapevtski center, Škofja Loka
martinaguzelj@hotmail.com

(strokovni prispevek)

Številni mladostniki, ki obiskujejo program Projektnega učenja za mlajše odrasle, kot eno od ključnih neučinkovitih strategij spoprijemanja s travmatičnimi in večjimi stresnimi dogodki, uporabljajo zatekanje v svet omame s pomočjo drog. V prispevku bo predstavljeno svetovalno in terapevtsko delo z mladostnico, vključeno v omenjeni program, ki jo je adrenalinski naboj eksperimentiranja z drogami pripeljal do heroinske odvisnosti. Orisan bo potek terapevtskega procesa s ključnimi koraki in intervencami ter prelomnimi trenutki in dinamiko izmenjave čustvenih vsebin med družinskimi člani. Poleg tega bodo izpostavljene številne dileme terapevta, ali naj nadaljuje z delom z mladostnikom, ki se ne drži sprejetih dogovorov in po krajših premorih abstinence vedno znova zapada v cikle samodestruktivnega omamljanja. S tem se bomo dotaknili postavljanja in rušenja meja ter vloge terapevta kot prvega odraslega v življenju mladostnika, s katerim lahko le-ta predela težke čustvene vsebine in osvetli dejanske vzroke brezperspektivne situacije poglobljanja odvisnosti. Primer bo prikazan tudi s starševske perspektive, tako materine, pri kateri je mladostnica živela, kakor tudi s perspektive odsotnega očeta, ki se je občasno pridružil procesu. Posebna pozornost bo namenjena razumevanju odločilnega preobrata, ki se je zgodil po radikalni spremembi in spoznanju na strani matere. Le-ta se je iz vloge nemočne žrtve in zapuščene žene prelevila v odločno in kompetentno starševsko figuro, odgovorno za lastno ter posledično hčerkino življenje.

Ključne besede: Projektno učenje za mlajše odrasle, ciklično ponavljanje odvisniškega vedenja, nekompetentni starši



Ko si ne moreš pomagati, da ne bi zbolel: bolezen v funkciji regulacije afekta

Miha Rutar

*Družinski inštitut Zaupanje
miha@rutar.me*

(znanstveni prispevek)

Duševo in telesno zdravje sta tesno prepletena preko živčnega, hormonskega in imunskega sistema, ki skupaj gradijo homeostatski sistem posameznika. Dokazano je, da lahko stres pripelje do upada imunskega odziva in izbruha bolezni, hkrati pa ima tudi bolezen zaradi svojih psihosocialnih ter kemičnih posledic vpliv na psihično stanje posameznika. V pregledu raziskav avtor predstavi več poti za souplivanje med psihičnim in fizičnim, kar je povezano tudi z regulacijo afekta. Posebna pozornost bo namenjena manj raziskani dinamiki, ko se težave v regulaciji afekta odražajo tudi na telesnem nivoju v obliki somatskih bolezni. Izbruh bolezni tako lahko omogoča tudi začasno zmanjšanje napetosti. Regulacija afekta preko fizičnih simptomov lahko pripelje do nadaljnjih zapletov, če preide v dinamiko kompulzivnega ponavljanja, s čimer dobi tudi nekatere elemente zasvojenosti. Opisana dinamika bo ilustrirana s kliničnim primerom iz partnerske terapije.

Ključne besede: psihosomatika, psihonevroimunologija, regulacija čustev, partnerska terapija



Osnovnošolski otroci z motnjo hiperaktivnosti in pozornosti: medosebne značilnosti družin ter motnja hiperaktivnosti in pozornosti pri starših

Teja Bandel

Univerzitetni rehabilitacijski inštitut RS – Soča

teja.bandel@ir-rs.si

(znanstveni prispevek)

Motnja hiperaktivnosti in/ali pozornosti (ADHD) je ena od najpogostejših razvojnih motenj in močno oškoduje funkcioniranje tako otroka samega kot družine. ADHD se zelo pogosto nadaljuje v adolescenco in odraslost ter tako skozi celotno življenje vpliva na funkcioniranje osebe. Čeprav je ADHD precej raziskana motnja, pa se šele v zadnjem času študije vedno bolj usmerjajo na družinsko dinamiko, ki prispeva, vzdržuje, ali pa je posledica simptomov motnje pri otroku. Vedenjske težave otrok, povezane z ADHD staršem, predstavljajo veliko breme in stres ter znižujejo kvaliteto življenja, pa tudi otežujejo interakcijo starš-otrok. Ugotovili so, da je v teh družinah prisoten večji starševski konflikt, manjša povezanost med člani, slabša komunikacija in zmožnost reševanja problemov, zmanjšana organiziranost, odsotnost čustvene odzivnosti in vključenosti staršev, šibko postavljene zahteve in pravila ter nestalne vloge. Ne-varno navezani otroci imajo večjo možnost, da bodo diagnosticirani z ADHD, ali pa imajo simptome ADHD brez potrjene diagnoze. Namen raziskave je vnesti nova spoznanja o dinamiki družin, kjer ima otrok ADHD, saj se prevečkrat zdravljenje osredotoča le na otroka in še to v obliki medikamentozne terapije. Tako lahko bolj učinkovito in celostno obravnavamo družine in razumemo dejavnike tveganja za nastanek in potek motnje ADHD. Za zbiranje podatkov so uporabljeni anketa o demografskih podatkih, vprašalniki o medosebnih odnosih v družini ter vprašalnik o pojavu ADHD simptomatike pri starših, ko so bili otroci. V raziskavo je vključenih 30 družin, ki imajo osnovnošolskega otroka z motnjo pozornosti oz. hiperaktivnosti, prepoznano s strani strokovnih institucij, ter 30 družin, kjer otrok teh težav nima. Prikazane bodo ugotovitve o razlikah v družinski dinamiki med ciljno in kontrolno skupino družin, končni zaključki in omejitve.

Ključne besede: motnje pozornosti in hiperaktivnosti, družinska dinamika, navezanost, medgeneracijski prenos



Združenje zakonskih in družinskih terapevtov Slovenije

Vpliv psiho-socialnega edukacijskega programa na krepitev pozitivnih virov moči pri otrocih in mladostnikih iz odvisnih družin

Nataša Sorko

Društvo Žarek upanja, Ljubljana

natasi.sorko@siol.net

(strokovni prispevek)

Sodoben koncept zdravega duševnega razvoja sledi interaktivnim učinkom posameznikovih osebnih potencialov in vplivov okolja. Raziskave kažejo, da podporen vpliv zunanjega okolja v primarni družini, poveča verjetnost dobrega ravnanja z otrokom. Zasvojenost z alkoholom zaradi svoje razširjenosti predstavlja enega izmed največjih javno-zdravstvenih problemov in je pomemben dejavnik tveganja za socialno izključenost otrok iz odvisnih družin. Zato je smiselno razmišljati o načinih, ki pomagajo k opolnomočenju otroka, da bo lahko presegel to patologijo. Dosedanje raziskave kažejo, da sta pomembna dejavnika psihološke odpornosti pri otrocih, ki živijo v neugodnih življenjskih razmerah (npr. zasvojenost z alkoholom, revščina, nasilje ipd.), predvsem dva: pozitivna otrokova izkušnja z vsaj eno odraslo osebo, ki se vede mentorsko, in pa otrokove nadarjenosti, spretnosti ali veščine (nadarjenost za šport, učenje, petje ali drugo ustvarjanje).

Prispevek bo odgovoril na vprašanje, kako socialno ekonomski status, skupaj z zasvojenostjo z alkoholom v družini, vpliva na socialno iz/vključenost in na razvoj opolnomočenja pri vključenih otrocih v program, ki temelji na socialno-pedagoških konceptih in sorodnih znanstvenih teorijah (razvojnica psihologija, pedagoška psihologija, teorija socialne vključenosti, socialnega in izkustvenega učenja ter skupinska dinamika), ki so usmerjene v obvladovanje in premagovanje življenjskih problemov posameznika. Predstavljene bodo ugotovitve, kako vključenost otrok iz odvisnih družin v strokovno vodenje vpliva na njihovo socialno iz/vključenost in opolnomočenje, kar je pomembno, saj raziskave kažejo, da ima večja psihološka odpornost pri otrocih dolgoročne pozitivne posledice na njihovo psihosocialno funkcioniranje.

Ključne besede: pozitivni viri moči, odvisnost od alkohola, socialna vključenost in integracija, skupinska dinamika, izkustveno učenje



Razumevanje odnosa z materjo in doživljanje lastnega materinstva

Mateja Katona
katona.mateja@gmail.com

(strokovni prispevek)

Številne raziskave o materinstvu se osredotočajo na vidik materinega vpliva na otroka, malo pa je takšnih, ki bi jih zanimalo tudi, kako rojstvo otroka vpliva na mater in njeno doživljanje same sebe. Materinstvo je namreč izrazito vzajemen odnos in proces, ki se prične s prvim stikom in se oblikuje skozi interakcije med materjo in otrokom skozi celo življenje. Na oblikovanje in doživljanje tega odnosa pa vplivajo številni dejavniki, med njimi tudi doživljanje stila materinstva, ki ga je mati izkusila ob svoji materi in se kaže tudi v njenem odraslem odnosu. V uresničevanju svoje-ga materinstva se mati obrača nazaj k svoji materi, ki ji predstavlja referenčno točko. S tem gledanjem nazaj hči poskuša videti, kje je v svojem materinstvu ona sama. Tako se, ko ženska postane mati, poleg trikotnika med njo, njenim partnerjem (otrokovim očetom) in otrokom, vzpostavi še en nov trikotnik, in sicer med otrokom, materjo in materino materjo. Ta odnos, ne glede na kvaliteto odnosa med materjo in njeno materjo, zahteva čas, pozornost in refleksijo. Seveda pa to, kakšna mati bo ženska, ni odvisno le od medgeneracijskega prenosa stila materinstva, pač pa tudi od tega, kaj bo mati sama naredila v zvezi z odnosom do preteklosti. Razumevanje in reorganizacija preteklosti v koherentno avtobiografsko zgodbo je namreč včasih bolj pomembno kot tisto, kar se je dejansko zgodilo. V tem okviru lahko psihoterapevtska obravnava zagotavlja prostor, kjer je to mogoče nasloviti. V prispevku bo predstavljen primer klientke, ki je poiskala pomoč zaradi težkega odnosa z materjo. Ta se je poslabšal, ko je sama postala mati. Poleg tega jo je začelo skrbeti, da bo do svojih otrok razvila podoben odnos, kot ga je imela s svojo materjo. Pri-kazan bo terapevtski proces, ki je klientki pomagal prepoznati vzorce vedenja in čustvovanja, ki jih je razvila v svoji družini. S pomočjo varnega terapevtskega odnosa je lahko začela spreminjati svoje vedenje, hkrati pa tudi čustvovanje v stresnih situacijah, kar je klientki omogočilo, da je začutila veselje ob svojem materinstvu.

Ključne besede: materinstvo, navezanost, relacijska družinska terapija



Premagovanje težav z alkoholom in vloga družine

Sabina Jurič

Jerneja Dimec Bratina

NOVO UPANJE, individualne, zakonske in družinske terapije in izobraževanje

sabina.juric@gmail.com

(strokovni prispevek)

Zloraba alkohola je težava, s katero se poleg posameznikov soočajo tudi znanstveno-raziskovalne institucije, vzgojno-izobraževalne in zdravstvene ustanove, širša javnost ter predvsem družina, kot najpomembnejši agens primarne socializacije. Dejavniki, ki pomembno pripomorejo k naraščanju uživanja alkohola ter k nižanju kronološke starosti, pri kateri se mladi srečajo z alkoholom, so dostopnost alkohola, stališča do uživanja alkohola, kvaliteta preživljanja prostega časa ter predvsem družinska dinamika posameznikov, ki se opijajo. Stiske tistih, ki imajo težave z alkoholom, se lahko kažejo na fizičnem, čustveno-psihičnem in socialnem področju. Z vidika modela relacijske družinske terapije z družinami, v katerih je prisoten alkohol, se bomo osredotočili predvsem na družinsko dinamiko, komunikacijo v »opitih« družinah, na možne vzroke za zlorabo alkohola ter na strategije pomoči tem družinam. V prispevku bodo predstavljeni tudi primeri družin, ki se soočajo s problemom zlorabe alkohola. Prikazali bomo neuspešno soočanje družine s težavami alkoholizma in zasvojenosti ter primere dobre terapevtske prakse pri pomoči tem družinam.

Ključne besede: alkoholizem, mladi, družina, družinska terapija



Študija primera družine, ki se sooča z zasvojenostjo, z vidika teorije objektivnih odnosov, psihologije jaza, socialnih interakcij in sistemske teorije

Tea Djokić

Janez Cerar

tea.djokic@gmail.com

(znanstveni prispevek)

V študiji primera je raziskan primer družine, ki se sooča z zasvojenostjo mlajše hčere. Pri tem je poudarek na vidiku zgodnjih izkušenj in doživljanj (objektivni odnosi, proces separacije in individualizacije) ter značilnostih obdobja adolescence, ko narava posamezniku ponudi možnost, da prepozna v otroštvu zasejano seme nefunkcionalnosti, razreši nefunkcionalno vedenje in izkoristi ponovno možnost, da stvari postavi na svoje mesto.

Podatke smo črpani iz arhiviranih dokumentov in spisov Centra za socialno delo. Opravljenih je bilo več intervjujev. V psihodiagnostične namene je bil uporabljen projekcijski preizkus "nedokončani stavki" in vprašalnik samopodobe Rosenberg Self Esteem Scale. Na osnovi analize vseh zbranih podatkov in uporabljenih psihodiagnostičnih sredstev je bilo ugotovljeno, da so se odnosi v družini v stopopom deklice v puberteto močno poslabšali. Stanje v družini je s prehodom zasvojenke na trdo drogo postalo nevzdržno. Pri zasvojenki so bile prisotne motnje vedenja ter v primerjavi z vrstniki izredno nizka samopodoba. Dobljene rezultate so interpretirani z vidika psihologije jaza, teorije objektivnih odnosov in sistemske teorije. Ugotovljeno je, da je na razvoj zasvojenosti in nizke samopodobe pri deklici vplivala zgodnja prikrajšanost v objektivnih odnosih.

Namen prispevka je z omenjenih vidikov podrobneje prikazati zasvojenost z mamili v družini ter možnost aktivnega vključevanja družinskih terapevtov v delo z zasvojenecem in matično družino z vzpostavljanjem odnosa, ki omogoča spremembo osnovnih relacijskih struktur, z ozaveščanjem potlačeni vsebin in zagotavljanjem manjkajočih zgodnjih doživetij. Najpomembnejši dejavniki terapije so razvoj empatije, zmožnost vzpostavitve ustreznega medosebnega odnosa ter nudenje podpore. Prispevek poudarja pomen dela psihoterapevtov relacijske družinske terapije, ki lahko pomembno prispeva k nadaljnjemu razvoju pomoči in dela z odvisniki in njihovo družino v Sloveniji.



Partnerski pakt in nezmožnost odhoda od doma

Katja Knez

Marija Remškar

Terapevtski center Zaupanje Sevnica in Inštitut Ipsis Ljubljana

katjaknez@yahoo.com; marija_remskar@yahoo.com

(strokovni prispevek)

V prispevku bo predstavljen, kako se strah pred intimo in odhodom od doma manifestira v partnerskem paktu v procesu relacijske družinske terapije. Prispevek temelji na dosedanjih teoretičnih dognanjih in študiji primera para, ki se je ujel na podlagi temeljnega afekta strahu pred intimo, kar se konkretno kaže v njuni trenutni življenjski situaciji. Oba imata očitne težave s separacijo od primarne družine, tako v fizičnem, kot emocionalnem smislu. Zaradi strahu pred intimo to drug drugemu omogočata, pri čemur se partnerica zateka v svoj svet, partner pa v preokupiranost z odnosom. Tako sodelujeta v skupnem paktu. Partnerski pakt je nezavedni dogovor med partnerjema, da bosta ravnala tako, da jima ne bo treba nikdar več občutiti bolečih čutenj, ki sta jih v otroštvu občutila ob pomembnih drugih. Pakt, ki naj bi deloval kot obrambni mehanizem, pa jima preprečuje vstop v intimni odnos in s tem v njima paradoksalno prebuja občutja osamljenosti, odvečnosti in zavrženosti, pred katerimi naj bi ju zavaroval. Partnerski pakt se predvidoma okrepi v primerih, ko so v ozadju močna travmatična doživetja, saj so posamezniki, ki so jih doživeli, nagnjeni k močnejšim obrambnim mehanizmom. Ta pakt je bil močno prisoten tudi v obravnavanem terapevtskem procesu. Zaradi močnega sodelovanja partnerjev, ki sta nezavedno »ščitila« sebe in drug drugega, je bil proces precej blokiran. Šele ko so se na terapiji razgradili ti močni obrambni konstrukti, ki so se kazali z zapletenimi odhodi od doma, je bilo možno srečanje s temeljno ranljivostjo. V prispevku bodo konkretno prikazani partnerski pakt in njegova razrešitev po principih relacijske zakonske in družinske terapije.



Razvoj avtonomije pri zasvojenih in njihovih družinah v programu Društva Projekt Človek

Tjaša Stepišnik Perdih, Andreja Barbara Jaš

Društvo Projekt Človek

tjasa.sp@gmail.com

(strokovni prispevek)

Zasvojen oseb z vidika sistemske teorije zgolj povzema simptomatologijo celotnega sistema, kar pomeni, da je zasvojenost odraz nezdravega funkcioniranja družine. Avtonomija je na drugi strani pokazatelj zdravega sistema, zato je smiselno, da je eden od ciljev zdravljenja zasvojenih tudi avtonomija družine. Prispevek predstavlja, kako se ta cilj dosega v programu Društva Projekt Človek, še posebej v terapevtski skupnosti. Klasičen program Društva Projekt Človek je sestavljen iz treh faz: če pomeni proa faza, z namenom vzdrževanja abstinence, celo začasno izgubo samostojnosti in avtonomije zasvojenega (z nadzorom nad denarjem, uporabo računalnika, spremstvi pri izhodih ipd.) in je cilj reintegracije v tretji fazi, da posameznik v zunanjem okolju uveljavi svoje osebnostne in odnosne spremembe, je druga faza (terapevtska skupnost) tista, ki nudi varen prostor za razvijanje in vzpostavljanje avtonomije, tako zasvojenega kot njegove družine.

Bivanje v terapevtski skupnosti se začne z dvomesečno separacijo od družine, kjer se jasno pokaže, kako je z zasvojenostjo prežet celoten družinski sistem. V tem času zasvojeni (v terapevtski skupnosti) in njihove družine (na skupini za starše) ločeno intenzivno delajo na sposobnosti jasnega izražanja čustev, odgovornosti, medsebojnem spoštovanju, na odprtosti ter zmožnosti soočanja z izgubami in ločitvami. Na teh vsebinah oz. petih elementih, ki so sestavni deli avtonomije, temelji tudi nadaljnje delo. Kako napredujejo, skupaj kot družina preverjajo na mesečnih družinskih srečanjih ob prisotnosti terapevta, ki spodbuja spoštljivo komunikacijo, pomaga, da člani družine prepoznajo in izrazijo, kaj res čutijo (pogosto je jeza sekundarno čustvo), da prevzamejo odgovornost za svoja čutenja in vedenja, hkrati pa omogoča odprtost, da se sploh lahko slišijo, in nudi varen prostor, kjer lahko naslovijo zamere in boleče izgube. Terapevt na ta način spodbuja in omogoča razvoj avtonomije v celotni družini.

Z večanjem avtonomije (predvsem odgovornosti) zasvojenega se večja tudi pogostost stikov z družino – po separaciji sledijo sprva obiski družine v terapevtski skupnosti, nazadnje pa odhaja zasvojeni za vikend domov, kjer v domačem okolju in brez terapevta preizkuša nove vzorce odnosov. Tako razvija zasvojeni avtonomijo najprej v terapevtski skupnosti, ki za nekaj časa predstavlja njegov drugi dom, člani skupnosti pa nadomestno družino, z namenom da takšne odnose živi tudi v domačem okolju.



Zasvojitveni zlorabljajoči odnosi z vidika relacijske družinske terapije

Tanja Žekš

Petra Volovšek Rot

Terapevtski inštitut Odnos

tanja.zeks@gmail.com

petra.volovsek.rot@gmail.com

(strokovni prispevek)

Travma zlorabljajočih, nasilnih odnosov v otroštvu se neizbrisno vtisne v človekovo psihosomatsko strukturo, kamor se zapišejo tudi obrambni mehanizmi, kot sta disociacija in zamrznitev, ki so žrtvi takrat omogočali preživetje, v odraslih odnosih pa ji preprečujejo stik s sabo, s telesom in z bolečimi čutenji ter ji tako onemogočajo prekinitev zlorabljajočih odnosov. Travma nasilja je zasvojitvena, saj žrtev kompulzivno ponavlja in vedno znova išče zlorabo in spremljajoče razdiralne afekte, da se organsko umiri. Z vidika medgeneracijskega prenosa zasvojitvenih čustvenih vzorcev odnosov je v prispevku predstavljen primer terapevtske obravnave mlade ženske z otrokom, ki živi v nasilnih partnerskih odnosih. Analiziran je pomen relacijske travme za njeno iskanje varnosti, sprejetosti in pripadnosti pri zlorabljajočih in nasilnih moških, s čimer nezavedno zasvojitveno regulira odcepljene afekte sramu, strahu in gnusa, ki jih je doživljala ob globoki zavrnjenosti, nasilju in zanemarjenosti s strani staršev. Okrevanje od te travme je dolgotrajen proces, kjer morajo pozitivne izkušnje sčasoma pretehtati travmatične. Obstaja nevarnost obupa in vztrajanja v zlorabah. Globok in pristen terapevtski odnos žrtvi omogoči novo izkušnjo varnosti in sprejetosti; pomaga ji pri ozaveščanju in predelavi bolečih odcepljenih afektov ter pri iskanju novih poti in sprejemanju odgovornosti za svoje življenje. Tako postane terapevtski odnos model za vse ostale odnose.

Ključne besede: travma, nasilje, kompulzivno ponavljanje, zlorabljajoči odnosi



Predelava stresa neplodnosti ob vključitvi v partnersko terapijo po modelu relacijske družinske terapije

Alja Stovarnik

Društvo LIST - ločitev, informiranje, svetovanje, terapija

Center za individualno, partnersko in družinsko terapijo

alja.stovarnik@gmail.com

(strokovni prispevek)

Spoznanje, da ima par težave z zanositvijo pomeni, da je pred njima vrsta dolgotrajnih in napornih medicinskih postopkov ter tudi veliko psihičnih naporov. Ne glede na izvor neplodnosti in ne glede na način reševanje problema neplodnosti, ostajata par in posameznik/posameznica obremenjena s psihološkim stresom neplodnosti, ki se mu namenja le malo pozornosti. Stres neplodnosti odpira vprašanja, ki so vezana in zadevajo socialni stres, stres povezan s spolnostjo, partnerskim odnosom, posameznikovo potrebo po starševstvu in posameznikovim čutenjem ob življenju brez otrok, posvojitvi, nadomestnem starševstvu itd. Poplava različnih čutenj (strah, jeza, sram, krivda ...) in postavljanje različnih vprašanj, sta spremljevalca neplodnosti. Vse to vpliva na partnerski odnos in ga postavi na preizkušnjo. V prispevku bo predstavljen primer neplodnega para, ob vključitvi v polletno neprekinjeno partnersko terapijo po modelu relacijske družinske terapije, terapevtske intervencije in spremembe v odnosu po terapiji. Predstavljen bo proces predelave stresa neplodnosti na čustveni, kognitivni, telesni, vedenjski in odnosni ravni, kar ob upoštevanju dinamike in dejavnikov, ki povečujejo stres neplodnosti, vitalno prispeva v procesu in uspešnosti terapije. Tako se pri terapevtskih intervencijah upošteva, v kateri fazi soočanja z neplodnostjo pride par na terapijo, čustvena dinamika neplodnosti in področja stresa neplodnosti.



Terapevtska obravnava dolgotrajnih posledic anoreksije

s. Polonca Majcenovič

Družinski center mir

polonca@dc-mir.si

(strokovni prispevek)

V prispevku bodo obravnavane fizične in psihične posledice anoreksije, ki se uvršča med specifične duševne motnje. Predstavljen bo doprinos relacijske družinske terapije pri raziskovanju anoreksije v okviru družine. Po raziskavah naj bi bila družinska terapija učinkovitejša pri obravnavi mlajših oseb skupaj z družinskimi člani. Individualna terapija se je pokazala za učinkovitejšo pri odraslih osebah, ki so prebolele anoreksijo, a še nosijo posledice te motnje. S študijem primera osebe, ki je zaključila bolnišnično zdravljenje pred osmimi leti, bo prikazan razvoj motnje, družinsko okolje in trenutni terapevtski proces, ki poteka približno eno leto. Klientka je v terapevtskem procesu začela prepoznavati in spoznavati družinske korenine anoreksije, zmanjšala pogostost samopoškodovanja in se začela soočati s problemom nizke samopodobe in vloge žrtve v odnosih. Terapevtski proces poteka po modelu relacijske družinske terapije z elementi hagioterapije. Namen prispevka je poudariti pomen celostne terapevtske obravnave posledic anoreksije, ki omogoča kvalitetnejše življenje.

Ključne besede: anoreksija, relacijsko družinska terapija, hagioterapija



Zasvojenost kot način preživetja: prestavitve primerov z zasvojenostjo s spolnostjo in z znanstvenim delom

Nataša Bider Humar

Center za družinsko terapijo Kamnik

nataša.b.humar@gmail.com

(strokovni prispevek)

Poznamo najrazličnejše oblike zasvojenosti. Nekatere od njih so takšne, ki v družbi veljajo za sprejemljive, lahko celo do te mere, da so posamezniki zaradi njih deležni družbenega ugleda in občudovanja (učenjaki, znanstveniki, umetniki, politiki, izumitelji, televizijski voditelji, vrhunski športniki, ipd.), druge oblike zasvojenosti pa so tiste, ki so družbeno mnogo manj sprejemljive in seveda edine, ki so kot take (kot zasvojenosti) tudi označene, npr. odvisnost od hrane, alkohola, nikotina, drog, spolnosti, pornografije, itn. Ljudje na splošno mnogo težje razumemo ali opazimo, da družina vrhunskega športnika, velikega znanstvenika, znanega igralca, zelo uspešnega podjetnika, ipd. le-tega prav toliko pogreša in trpi skupaj z njim, kot družina alkoholika, dekleta z anoreksijo, človeka, ki je odvisen od iger na srečo ipd. Še manj so opažene npr. zasvojenost z duhovnostjo, delom, čistotjo, branjem, zunanji izgledom, adrenalinom, boleznimi, s potrebo po občudovanju s strani drugih, s pomočjo drugim, itd.

Verjetno je vsak od nas vsaj do neke mere od česa odvisen, zato bo ta prispevek skušal na zasvojenost pogledati kot na način preživetja z občutki nesprejetosti, nevednosti, neopaznosti ali zlorabe, ki jih nosimo v sebi vse od otroštva. Vsakršna oblika zasvojenosti nam v resnici pomaga preživeti oziroma živeti s težkimi čutenji, dokler se le-ta v nas nepredelana. Zato vsaka od oblik zasvojenosti zasluži, da se k njemu zdravljenju pristopi počasi, nežno, toda z jasnostjo in odločnostjo ter veliko mero sočutja in zavedanja bolečin, ki so pod njo. Če se zasvojenost poskuša ustaviti na silo in naenkrat, se lahko računa s tveganjem, da se bo le-ta kmalu spet pojavila ali pa jo bo zamenjala druga, saj človek ne bo mogel zdržati s težkimi čutenji, ki jih prekriva in so še nepredelana ter zaradi katerih je do zasvojenosti v proi vrsti sploh prišlo. Klinična praksa kaže, da se zasvojenost zdravi oz. zmanjšuje počasi, in sicer v tempu, po katerem posameznik resnično predeluje najgloblje bolečine oziroma občutke nesprejetosti, besa, prezira, sovraštva, strahu, žalosti, sramu in studa iz otroštva.

V prispevku bosta predstavljena dva terapevtska primera zasvojenosti, in sicer zasvojenost s spolnostjo ter z znanstveno-raziskovalnim delom. Tako v primeru moškega, ki je zasvojen s spolnostjo, kot moškega, ki je znanstvenik svetovnega slovesa na svojem področju, pod površino najdemo globoke rane navezanosti na starše v otroštvu: čustveno zavrženost s strani obeh staršev, nestik s starši, torej močno pogrešanje stika s starši in občutka sprejetosti od staršev v otroštvu. V obeh primerih je le ta v precejšnji meri umanjkal.

Ključne besede: zasvojenosti, preživetje, težka čutenja, zdravljenje, otroštvo



Bulimija in samopoškodovanje kot odgovor na disfunkcionalne odnose v družini

Sara Jerebic
Družinski inštitut Bližina, Celje
sara.jerebic@blizina.si

(strokovni prispevek)

Izkušnje prvih odnosov dobi otrok v družini in v kolikor le-ti zaradi svoje disfunkcionalnosti otroku ne omogočajo zadovoljiti osnovnih relacijskih potreb po varnosti, ljubezni, sprejetosti in spoštovanju, je otrok prisiljen razviti različne obrambne mehanizme in simptome. Tako večkrat travmatizirani otrok ni zmožen razumeti pomena dogodkov in prične kriviti samega sebe. Krivda se tekom odraščanja zaje v osnovno identiteto, ki je močno zvezana s telesom. V luči navedenega prične posameznik, navadno v adolescenci, nepredelane čustvene vsebine procesirati na sebi škodljiv način, ki pogosto vodi v zasvojenost, kar se nadaljuje tudi v odraslost. Prispevek se bo na podlagi klinične prakse osredotočal na predelavo čustvenih vsebin pri dinamiki bulimije in samopoškodovanja v povezavi s travmatičnim otroštvom. V procesu relacijske družinske terapije je bila pomembna naloga terapevtke vzpostaviti varnost in zaupanje, ki sta se počasi gradila iz tedna v teden. Potrebno je bilo stalno naslavljanje telesa in njegovega dostojanstva ter ločevanje med sedanjostjo in preteklostjo. Pomemben element spremembe je mogoče prepoznati v osredotočenju na sam proces terapevtskega odnosa, kjer so se odigravali vzorci preteklih odnosov, za razliko od naslavljanja problematike, vezane na hrano in poškodbe. Klientom je bilo omogočeno doživeti sebe na nov, pozitiven način, kar je omogočila tudi diferenciacija in drugačen pogled na primarne družinske odnose.

Ključne besede: zasvojenost, travma, relacijska družinska terapija



Spol in navezanost v povezavi z žalovanjem - študiji primera

Polona Ozbič

Psihiatrična klinika Ljubljana

Polona.Ozbic@gmail.com

(znanstveni prispevek)

Smrt bližnje osebe je eden izmed najbolj stresnih dogodkov, ki ga doživi posameznik. Žalovanje je reakcija na izgubo in žalovanje za bližnjimi osebami je proces, s katerim se v življenju večkrat soočamo vsi. Praviloma uspe posameznik v letu do dveh s procesom žalovanja ustrezno zaključiti, kar je pogojeno z razrešitvijo naslednjih področij: sprejetje izgube, doživljanje in izražanje vseh čustev, transformacija odnosa z umrlim in prilagoditev posameznika na življenje brez umrlega.

Načini soočanja z izgubo so zelo različni. Delimo jih glede na individualne, situacijske in družbeno-kulturne dejavnike. Spol kot individualni dejavnik je pomembno povezan s procesom žalovanja. Dejstvo je, da razlike med spoloma obstajajo. Osebnostne razlike med spoloma so odraz bioloških razlik, odraz kulturnega učenja o spolnih vlogah v procesu socializacije in odraz interakcije med genetskimi in družbeno-kulturnimi razlikami. Spol pomembno določa vzorec vedenja za žalujočega in strategije soočanja z izgubo. Za moške je značilno, da se zamotijo z aktivnostmi (strategija izogibanja), za ženske pa je bolj značilno premišljevanje, obujanje spominov, zaupanje težav drugim in izražanje svojih čustev (strategija soočanja s konfrontacijo); slednja strategija bi naj bila učinkovitejša.

Pomemben individualni dejavnik, ki sooblikuje žalovanje, pa je tudi stil navezanosti žalujočega. Za proces žalovanja je bistveno, da se je potrebno fizično ločiti od osebe, ki je umrla. Izguba bližnje osebe je običajno neželena separacija, zaradi česar se pojavijo spremembe v reakcijah žalujočega glede na stanje njegove navezanosti na umrlega. Varno navezani posamezniki navadno ob smrti bližnje osebe žalovanje ustrezno zaključijo, medtem ko so pri posameznikih z izkušnjo nevarne navezanosti pogosti zapleti v žalovanju.

V prispevku avtorica predstavi študiji primera udeleženke in udeleženca znanstvene raziskave. Z obema je izvedla vodeni pogovor s tremi projekcijskimi tehnikami: družinskim deblom, žoljenjsko črto in slikovnim testom navezanosti. Udeleženki je pred letom dni zaradi samomora umrl sin in je z njim še zmeraj simbiotsko prepletena, posledično z žalovanjem ne more ustrezno zaključiti, udeležencu pa se je pred letom smrtno ponesrečila žena in se v žalovanju ni soočal s pomembnejšimi težje razrešljivimi zapleti. Avtorica predstavi potek procesa žalovanja na čustveni, kognitivni, telesni, vedenjski in odnosni ravni s poudarkom na obeh individualnih dejavnikih: spolu in navezanosti.

Ključne besede: žalovanje, izguba, spol, navezanost



Relacijska družinska terapija v družini otroka s primarno enurezo

Mojca Ciglarič
Frančiškanski družinski inštitut
mojcac@gmail.com

(strokovni prispevek)

Enureza ali nočno močenje postelje je pogost pojav tako pri dečkih in deklicah, ki so že prešli razvojno fazo pleničk – navadno o enurezi govorimo po dopolnjenem petem letu starosti otroka. Obstajajo številni organski razlogi, ki lahko povzročajo nočno močenje postelje, kljub vsemu pa urologi pri večini otrok s to težavo ne najdejo dokazov za organske težave. Obstajajo tudi indici, da bi lahko šlo za motnjo spanja, največkrat pa med ljudmi prevlada mišljenje, da je težava lahko tudi psihološke narave in da jo vsakdo prej ali slej preraste. Med prej in slej pa lahko otrok doživlja težke občutke neprimernosti, osramočenosti, boji se med vrstnike, v šolo v naravi, najtežje pa je, kadar je tarča posmeha tudi doma. Prispevek najprej na kratko povzema medicinski pogled na močenje postelje, navedena je tudi učinkovitost nekaj najpogostejših ukrepov preprečevanja enureze. Drugi del prispevka opisuje primer relacijske družinske terapije z družino, kjer se je otrok spopadal s to težavo. V znanstveni literaturi so tovrstne študije primerov redke, čeprav razvojna psihologija ne more mimo opisa enureze in čeprav so si avtorji edini, da je vsaj sekundarna enureza (torej močenje postelje potem, ko je otrok že nekaj časa zmozel noč prespati suh) odraz čustvenih težav otroka. V preučevani družini je bila opazna težnja k perfekcionizmu in zelo rigidna struktura, s katero sta starša skušala nadoknaditi pomanjkanje zaupanja vase in strah pred kakršnim koli čutenjem. Močenje postelje je bilo simbol za solze, ki niso smele biti izjokane. Ko se je tekom terapije sprostil nekaj težjih čutenj, sta si starša dovolila tudi bolj funkcionalen način za spopadanje z otrokovo težavo, ki je bila pravzaprav njuna težava.



Kvaliteta življenja in soočanje družine z multiplo sklerozo

Darja Potočnik Kodrun
Univerzitetni rehabilitacijski inštitut RS – Soča

darja.kodrun@gmail.com

(znanstveni prispevek)

Multipla skleroza (MS) je kronična vnetna, domnevno avtoimunska, demielinizacijska bolezen osrednjega živčevja. Vzroka za nastanek bolezni ne poznajo, zato bolezni ne morejo pozdraviti, vedo pa, da na pojavnost vplivajo dejavniki okolja in dednost. Za družino je kronična bolezen izziv, ki zahteva prilagoditev vseh družinskih članov in tudi okolice. Diagnoza postane del sistema kot nov družinski član. Poseže v vse aspekte življenja bolnika in njegovih bližnjih in tako nosi s seboj mnogo aktualnih vprašanj, dilem in vsebin, od katerih so se v prispevku preko pregleda literature in predstavitve rezultatov študije, uspeli dotakniti le nekaterih. V raziskavi je sodelovalo 25 družin, ki so v zadnjih osmih letih v sistem sprejele MS. Preko apliciranja standardiziranih vprašalnikov, so raziskovalce zanimale spremembe v družinskem delovanju, kot npr. vloge, pravila, komunikacijski vzorci (FAM III) in v doživljanju kvalitete življenja (WHOQOL-bref) v času spoprijemanja s kronično somatsko boleznijo. Izpopolnitev farmakološkega in psihosocialnega zdravljenja je preusmerila klinično pozornost od obvladovanja afektivnih simptomov na kvaliteto življenja kot ene izmed mer izida soočanja. V raziskavi so ugotovili, da oboleli zaznavajo prilagoditev družine na spremembe, opredelitev družinskih vlog in njihovo izvajanje, razumevanje sporočil med člani družine ter inhibicijo oz. izražanje čustev na meji klinične pomembnosti. Pomembno višji rezultat so dosegli tudi na podlestvicah povezanost, meje oz. nadzor, medsebojna usklajenost vrednot in norm med člani in z zunanjim svetom. Tudi ocena družinskega delovanja partnerjev in otrok, obolelih za MS, je na meji klinične pomembnosti. O največ stiskah poročajo na lestvicah povezanost in nadzor. Raziskovalci so potrdili, da je doživljanje področij kakovosti življenja obolelih pomembno povezano z družinsko komunikacijo. Skozi proces soočanja se družina poveže, a hkrati postane tudi bolj ranljiva. Soočanje z boleznijo zahteva sposobnost prilagajanja, reševanja problemov, prerazporeditev vlog in uravnoteženo čustveno povezanost med družinskimi člani. Gre za majhen vzorec ter individualen proces soočanja, zato pridobljenih zaključkov ne moremo širše posploševati, vendar rezultati nakazujejo smer nadaljnjega raziskovanja.



Združenje zakonskih in družinskih terapevtov Slovenije

Modeli razumevanja odvisnosti in relacijska družinska terapija

Drago Jerebic

Družinski inštitut Bližina

Teološka fakulteta, Univerza v Ljubljani

drago.jerebic@teof.uni-lj.si

(znanstveni prispevek)

Leta 1965 je Ameriško psihiatrično združenje prepoznalo alkoholizem kot bolezen, leto kasneje pa formalno še Ameriško medicinsko združenje. Slednje je že leta 1956 sklenilo, da je treba alkoholike obravnavati kot vse druge paciente, ki jih sprejmejo v bolnici. Mnogi pa so prepričani, da je bil medicinski koncept alkoholizma sprejet med zdravniki in psihiatri že mnogo prej, že leta 1933. Tako dvajseto stoletje predstavlja zelo pestro obdobje oblikovanja različnih modelov razumevanja odvisnosti, ki so nadalje vplivali na različne oblike zdravljenja odvisnosti.

Avtor v prispevku predstavi najpomembnejše modele razumevanja odvisnosti: moralni, fiziološki, psihološki in sociološki model in jih skuša z analitično-kritično metodo raziskovanja teoretičnih in kliničnih izhodišč integrirati s temeljnimi dognanji relacijske družinske terapije (RDT) na področju odvisnosti, kjer se odvisnost razume kot afektni psihični konstrukt, ki nadomešča neuresničeni odnos oz. kot škodljivo obliko regulacije afekta na treh ravneh: sistemskem, medosebnem in notranjepsihičnem. Podobno kot moralni model tudi RDT zagovarja pomen osebne odgovornosti in človekovega hrepenenja po presežnem, kar se odraža v intersubjektivnosti. Enako kot fiziološki model tudi RDT trdi, da je zasvojenost možno zdraviti in če se ne zdravi, se v večini primerov posameznikovo stanje poslabšuje, prav tako, da je treba upoštevati predispozicije. Medtem ko se fiziološki model osredotoča predvsem na organske, pa se RDT osredotoča tudi na psihične predispozicije, to je na temeljne afekte in psihobiološka stanja, ki jih odvisnik vedno znova zasleduje in jih očitno ne more drugače doseči, kot le preko zasvojenosti. Podobnost s psihološkim modelom je v tem, da tudi RDT razume zasvojenost kot obrambo pred bolečimi občutki oz. kot način t.i. samozdravljenja, s tem, da RDT to razlaga s pomočjo mehanizmov kompulzivnega ponavljanja in projekcijsko introjekcijske identifikacije. Pri zadnjem, sociološkem modelu, ki trdi, da skoraj vsi ljudje, ki se kdaj srečajo in poskusijo potencialno zasvojitveno substanco, to storijo skupaj še z nekom drugim ali s pomočjo nekoga drugega, pa bo RDT zanimalo predvsem kateri mikro in makro sistemi tolerirajo zasvojitveno vedenje posameznika oz. ga preko mehanizma projekcijsko introjekcijske identifikacije v to celo na nek način silijo. Zato bodo intervencije RDT usmerjene v ozaveščanje in spreminjanje vloge pacienta v obeh sistemih.

Razlike in podobnosti vseh petih modelov razumevanja odvisnosti bodo predstavljene tudi s kliničnimi primeri.



Metode dela v terapevtski skupnosti za zasvojenе mamice (starše) in njihove otroke

*Andreja Barbara Jaš
Društvo Projekt človek,
Terapevtska skupnost za zasvojenе mamice (starše) in njihove otroke, Sopotnica
andreja.jas@projektclovek.si*

(strokovni prispevek)

V prispevku bodo predstavljene metode terapevtskega dela v Terapevtski skupnosti (TS) za zasvojenе starše in njihove otroke, ki je visokoprazni, eksperimentalni in razvojni program, namenjen mamicam (staršem), ki imajo težave z zasvojenostjo (z drogami, alkoholom, hazarderstvom,...) in njihovim otrokom. To je prvi program v Sloveniji, ki omogoča, da se otroci vključijo v TS skupaj z materami (starši). Predstavljene bodo specifikе dela z zasvojenimi materami, ki zaradi osebnih, kulturnih, socialnih in ekonomskih dejavnikov (pridružene težave v duševnem zdravju, nasilje, spolna zloraba, slab partnerski odnos, nižji SES, socialna izolacija, stigmatizacija, občutki krivde, sramu, nemoči v odnosu do vloge matere) spadajo v ranljivo skupino ljudi. V program prihajajo večinoma z zelo nizko motivacijo (»prisila« CSD), nimajo podpore družine, so v veliki meri nekritične do stopenje lastne zasvojenosti, navadno samohranilke, z izraženo močno občutljivostjo na pomoč pri vzgoji, ki jim pomeni kritiko in občutek, da so slabe matere. Program predstavlja celostno in kontinuirano terapevtsko delo z materami (starši), njihovimi otroci in ključnimi bližnjimi osebami. Poteka od zajema uporabnikov v stanju, ko niso sposobni kontrolirati svojega zunanjega simptoma (drogiranja,...), preko pomoči v obliki socialne rehabilitacije in terapije, vzgoje ter učenja odgovornega starševstva, do pomoči pri vključevanju v družbo in družbene obveznosti (zaposlitev, šolanje, skrb za otroka,...).

Predstavljene bodo metode terapevtskega dela v ožjem in širšem smislu. V ožjem mislimo na terapevtsko delo, ki zajema sestavo individualnega terapevtskega načrta s cilji rehabilitacije, diagnostiko, individualno, partnersko in družinsko terapijo, terapevtsko delo z otrokom, motiviranje, svetovanje, izobraževanje ter šolo za starše. Terapevtsko delo v širšem pa zajema izvajanje delovnih aktivnosti, organizirano preživljanje prostega časa, zabave in kulturnih dejavnosti, profesionalno vodene športne aktivnosti za otroke in starše, animacijske dejavnosti, učno pomoč, pomoč pri vzgoji otroka, krepitev socialnih stikov ter postopno osamosvajanje od programa in integracijo v družbo. V TS za zasvojenе mamice (starše) in njihove otroke terapevtsko delo poteka na dveh nivojih. Na eni strani adiktološki, na drugi pa starševski, pri čemer je delo usmerjeno na vzpostavljanje stika z otrokom, zaznavanje, prepoznavanje in zadovoljevanje njegovih čustvenih potreb, ter učenje dovolj dobrega starševstva.



Partnerski pakt in nezmožnost odhoda od doma

Katja Knez, Marija Remškar

Terapevtski center Zaupanje Sevnica in Inštitut Ipsis Ljubljana
katjaknez@yahoo.com; marija_remskar@yahoo.com

POVZETEK

V prispevku je predstavljeno, kako se strah pred intimo in odhodom od doma manifestira v partnerskem paktu v procesu relacijske družinske terapije. Prispevek temelji na dosedanjih teoretičnih dognanjih in študiji primera para, ki se je ujel na podlagi temeljnega afekta strahu pred intimo, kar se konkretno kaže v njuni trenutni življenjski situaciji. Oba imata očitne težave s separacijo od primarne družine tako v fizičnem kot v emocionalnem smislu. Zaradi strahu pred intimo to drug drugemu omogočata, pri čemer se partnerica zateka v svoj svet, partner pa v humor in minimalizacijo; tako sodelujeta v skupnem paktu. Partnerski pakt je nezavedni dogovor med partnerjema, da bosta ravnala tako, da jima ne bo treba nikdar več občutiti bolečih čutenj, ki sta jih v otroštvu občutila ob pomembnih drugih. Pakt, ki naj bi deloval kot obrambni mehanizem, pa jima preprečuje vstop v intimni odnos in s tem v njima paradoksalno prebujata občutja osamljenosti, odvečnosti in zavrženosti, pred katerimi naj bi ju zavaroval. Partnerski pakt se predvidoma okrepi v primerih, ko so v ozadju močno travmatična doživetja, saj so posamezniki, ki so jih doživeli, nagnjeni k močnejšim obrambnim mehanizmom. Ta pakt je bil močno prisoten tudi v obravnavanem terapevtskem procesu. Zaradi močnega sodelovanja partnerjev, ki sta nezavedno »ščitila« sebe in drug drugega, je bil proces precej blokiran. Šele ko smo na terapiji razgradili te močne obrambne konstrukte, ki so se kazali z nezmožnostjo intime in z zapletenimi odhodi od doma, smo se lahko srečali s temeljno ranljivostjo. V prispevku bomo konkretno prikazali partnerski pakt in njegovo razrešitev po principih zakonske in družinske terapije.

Ključne besede: intima, separacija, upor sistema, terapevtski proces



Strah pred intimo

Na partnersko intimo oziroma pripravljenost na ranljivost v odnosu vpliva stil navezanosti, ki ga je posameznik razvil v zgodnjem otroštvu. »Navezanost je torej notranjepsihični mehanizem, ki v veliki meri oblikuje posameznikovo izgradnjo intimne« (Kompan Erzar 2003, 84). Kot je znano, so nevarno navezani ljudje manj opremljeni za vstop v odrasle intimne odnose, ker so se zaradi čustvene deprivacije v otroštvu naučili, da je nevarno biti ranljiv. Ranljivost oziroma pripravljenost pokazati svoje želje, potrebe, strahove je seveda predpogoj za pravo intimo. Teorije navezanosti predpostavljajo, da se oblika navezanosti s primarnimi skrbniki navadno ponovi tudi v partnerski odrasli navezanosti, saj skušamo nezavedno ponoviti čustveno vzdušje iz primarne družine. »Raziskave ugotavljajo dve značilnosti intimnih odnosov oziroma odnosov zaljubljenosti, in sicer da sta partnerja vedno na isti ravni čustvenega razvoja (nikoli ni eden bolj, drugi pa manj zrel, v stiku s seboj ...) ter da oba izhajata iz istega družinskega vzdušja, le da imata ponavadi komplementarno strukturo obramb« (Kompan Erzar 2003, 86–87). Tako je tudi v obravnavanem primeru. Partnerica v odnosu deluje precej izogibajoče, pri partnerju je zaznati narsicistično ranjenost. Poudarjal je, da je z njim vse v redu, da on nima nobenih težav, da jih ima le partnerica

Partnerja sta na obrambah zgradila pakt, ki ju ščiti pred infantilno izkušnjo ranljivosti, v kateri sta bila prezrta in osramočena, in zato sta sklenila, da nikdar več nočeta biti tako ranljiva in izpostavljena. Tudi dejstvo, da oba še vedno živita pri starših in si po petih letih še nista ustvarila skupnega doma, najverjetneje predstavlja del njunega pakta. To je eden od načinov, da v odnosu vzdržujeta distanco. »Fizičen odhod od doma je v splošnem sicer razumljen kot temeljni korak v smeri separacijsko-individualizacijskega procesa, vendar ni neposredno povezan s patologijo v separacijsko-individualizacijskem procesu« (Kins in Soenens in Beyers 2011, 660). Vendar kljub temu predpostavljamo, da doma še vedno igra ta vloga, ki pomagata vzdrževati sistema njunih primarnih družin, kar pa bomo raziskali v nadaljevanju. Povprašali ju bomo tudi o dojemanju zakona njunih staršev, ker nas bo zanimala korelacija med kvaliteto starševskega zakona in strahom pred zavezo v njunem odnosu. »Prav kvaliteta zakonskega odnosa je glavni kazalec, kako uspešno bodo otroci odšli od doma in si uspeli v svetu urediti življenje« (Kompan Erzar 2003, 166).



Zaradi očitnega strahu pred zavezo in intimo je njun odnos že kar nekaj časa v nekakšnem *statusu quo*. Po eni strani si spremembe želita, ker se zavedata, da tako ne gre več naprej, po drugi strani pa se je bojita in se oklepata že znanih vzorcev, ker jima paradoksalno predstavljajo varnost. Prav zaradi tega strahu je tudi v terapevtskem procesu praviloma prihajalo do skupnega upora oziroma do upora partnerskega sistema. Partnerja sta v strahu pred razgradnjo obrambnih konstruktov čisto nezavedno oteževala terapevtski proces s tem, ko sta se skupaj upirala terapevtu. V nadaljevanju si bomo pogledali nekaj teoretskih dognanj s področja upora v psihoterapiji.

Upor v terapiji

V klinični terminologiji je upor definiran kot »proces izogibanja ali zmanjšanja komunikacije na zahtevo intervjuvanega zaradi njegove možnosti, da bi se intervjuvanec počutil nelagodno ali napeto« (Watson 2006). Gre za aktiven proces, ki lahko postane glavna ovira za pozitivne rezultate svetovanja oziroma terapije. Upor moti zaznavanje terapevtove učinkovitosti, ovira klientovo motivacijo in spodkopava proces spremembe. V nasprotju z Watsonom pa Messer (2002) govori o uporuh kot o »terapevtovem prijatelju« in nepogrešljivem delu terapije. Upor razume kot način, na katerega se oseba srečuje s svetom tako s pozitivnimi kot negativnimi lastnostmi in posledicami. Šele ko sprejmemo upor kot nekaj neizogibnega, celo zaželenega, nas opremi, da lahko resnično sprejmemo kliente in z njimi vzpostavimo terapevtski odnos. Po Messerju obstaja v terapiji pet oblik upora: »upor priznati svoje misli, fantazije in motive; upor razkriti svoja čustva; upor kot način, da pacient pokaže svojo samozadostnost; upor spremeniti obnašanje zunaj terapevtske sobe; upor kot posledica nezadostne empatije s strani terapevta« (Messer 2002, 158).

Vzrokov za upor je več, zato je ključnega pomena, da terapevt zmore prepoznati in pravilno nasloviti stisko, ki se skriva za uporom. To pa mora storiti počasi, korak za korakom, in z veliko mero empatije. Upor načeloma ni zavestna odločitev, le-ta se zgodi nezavedno in ni povezan s konkretnim odnosom do terapevta. Moč in pogostost upora je navadno premosorazmerna s stopnjo pripravljenosti na terapijo. Če se klient v terapevtski proces ni vključil na lastno željo, seveda obstaja večja verjetnost, da bo prišlo do upora. Prav tako, če na terapijo še ni pripravljen in mu je zato izredno težko sodelovati v procesu. Pod uporom



se velikokrat skriva temeljni afekt strahu in terapevt bo poskušal odkriti, za kakšen strah gre. Ključnega pomena je tudi sram, kajti prav »dinamika sramu je glavni razlog odpora v terapiji in ključna točka novega vzpostavljanja sposobnosti, radovednosti, samostojnosti« (Kompan Erzar 2001, 128). Kot je znano, se sram pojavi okrog drugega leta starosti, ko starši začnejo malčku postavljati meje in ga s tem omejevati v njegovi iniciativi. Prav besedica »ne«, ki zaseka v trenutek otrokove radovednosti in navdušenja, je tista, ki pomeni prekinitev stika s pomembnimi drugimi in ob kateri začuti sram. Na tem arhaičnem sramu otrok nato zgradi obrambo, ki tam ostane toliko časa, dokler sram pod njo ostane nenaslovljen. Ker pa je ta obramba pred sramom, na katero se z leti naloži še več obramb, tako zelo močna, je njena postopna razgraditev za terapevta eden največjih izzivov. Ko terapevt pride do sramu, je klient navadno nezmožen očesnega stika. Oviro v terapiji lahko predstavljajo tudi osebne značilnosti ali osebne razlike, pa tudi drugi faktorji, kot so vedenjske zaznave, težave v navezanosti, mentalne bolezni ali naučeni vedenjski vzorci, ki lahko vplivajo ali zvišajo upornost določenega partnerskega sistema (Sperry 2004).

Watson (2006) govori o štirih tipih upora v terapiji (količinski upor, vsebinski upor, upor sloga in logistični upor). Vsi so v službi nezavednega boja proti spremembi v terapevtskem procesu.

Znotraj različnih tipov družinske terapije obstaja več različnih teorij za terapevtsko reševanje upora v terapiji. Vendar pa je bolj kot vse teorije pomembno, da se terapevt čustveno sreča s svojimi klienti in jih skuša razumeti. V relacijski družinski terapiji so ključnega pomena spoštovanje klienta in sočutno naslavljanje upora, ki se najprej usmeri na sistemski, kasneje pa še na interpersonalni in intrapsihični nivo. Kot bomo videli v nadaljevanju, bo ta postopek uporabljen tudi v terapiji obravnavanega para. Zanimalo nas bo, kako se partnerski pakt prepleta z odhodom od doma in kako se to pokaže z uporom v terapevtskem procesu relacijske partnerske terapije. Sklepamo, da bomo kot del partnerskega pakta prepoznali tudi nezmožnost odhoda partnerjev od doma. Partnerski pakt se bo pokazal tudi preko nezavednega upiranja klientov v terapevtskem procesu.

METODA

Za to raziskovanje je bila uporabljena kvalitativna metoda neposrednega opazovanja para z ude-



ležbo. Kvalitativna raziskava je sestavljena iz osnovnega izkustvenega gradiva, zbranega v raziskovalnem procesu, iz besednih opisov ali pripovedi, v raziskavi pa je to gradivo tudi obdelano in analizirano na beseden način, brez uporabe merskih postopkov, ki dajejo števila, in brez operacij nad števili (Mesec 1997–2003). Opazovali smo potek enega ciklusa terapevtskega procesa, ki traja tri mesece. Populacija raziskave predstavlja dve osebi, ki sta v partnerskem odnosu. Pri tej raziskavi je bistveno, da je hkrati potekala udeležba v terapiji, opazovanje para ter sprotna in kasnejša analiza občutij terapevta. Uporabljena je torej metoda analize in metoda študije primera, s pomočjo katere se globinsko in celostno preuči določen primer. Za analizo smo kot merski instrument oziroma pripomoček uporabili tudi »metodo« genograma, transkripta in avtorefleksije ter tako zapisali čutenja, ki so se ob tem porajala. Glede na število preučevanih primerov je to singularna študija primera, saj preučuje le en primer. Raziskava je bila izvedena tudi s pomočjo literature s področja sistemske relacijske terapije.

TERAPIJA

V proces partnerske terapije sta se vključila Nataša in Bojan, ki sta skupaj pet let. Nimata otrok, nista poročena in ne živita skupaj. Oba namreč še vedno živita doma, pri starših. Kot glavni razlog prihoda navajata nezadovoljstvo z odnosom, ki ga nenehno prekinjata in se vanj vračata. To dejanje se konstantno ponavlja in ne vesta, kako ga zaustaviti. Že na prvi terapiji smo neposredno spregovorili tudi o dejanskem razlogu prihoda: o strahu, ki obdaja njun odnos in je skriti temeljni afekt, v katerem sta najbolj povezana. Med procesom smo naslovili ključne težave, s katerimi se srečujeta zaradi omenjenega strahu: težave z odhodom od doma, strah pred intimo in njuno neporočenost. Pri tem smo se srečali z mnogimi obrambnimi mehanizmi, kot so racionalizacija, izogibanje, minimalizacija, uporaba humorja ... in posledično z uporom v terapiji.

REZULTATI

Kot enega na začetku sicer skritih a pomembnih vzrokov za prihod na terapijo sta Nataša in Bojan navedla tudi njun stan in bivanje. O tem se sprva sploh ni dalo govoriti, nato pa sta klienta sama začela izražati željo po razrešitvi njune trenutne situacije, kljub temu da je ob prihodu sploh nista navedla kot problem. Obema je kot zatočišče pred možnimi spori in konflikti pravzaprav ustrežal dom, ki ni bil skupen; oba sta namreč še vedno živela pri starših. Tako sta se lahko iluzorno zavarovala pred prepiri, v realnosti pa sta se s tem »zaščitila« pred lastno ranljivostjo, kar jima je dejansko onemogočalo pristen stik in kar sta med terapijo tudi priznala. Oba sta na svojem



domu prevzela vlogo, ki ju je sistemsko držala znotraj primarne družine. V procesu terapije smo odkrili, da se je Nataša kot majhna deklica doma počutila samo, saj mama ni bila čustveno navzoča, oče pa se je zato še preveč zatekal k njej. Tudi med terapijo je doma še vedno nezavedno skrbela zanj in doživljala krivdo ob misli na odhod, ob materi pa je vedno upala, da jo bo s svojo navzočnostjo in pestrimi čutenji enkrat vendarle prebudila. Pri Bojanu je bilo vzdušje podobno, le da pri njem ni bilo očeta, mati pa je bila po njegovih besedah navzoča preveč, a napačno. Bojan še danes trdi, da je doma vse v redu, a hkrati je na terapiji potrdil opisano čustveno vzdušje. To vzdušje ga sili, da primarno družino rešuje na način, da doma uravnava in umirja različna čustvena stanja, in sicer preko humorja, kar pa prenaša tudi v sedanji odnos. Tako imata oba klienta konkretno nezavedno vlogo v svoji primarni družini, ki jima precej **otežuje njun odhod od doma** in želeno skupno prihodnost. Na vprašanje, kakšna sta bila njuna starša kot partnerja, sta imela podoben odgovor: na videz je bilo vse v redu, v bistvu pa sta bila odtujena, ni bilo pravega stika. Od tod najverjetneje izhaja njun strah pred odnosom.

Iz terapije v terapijo (v kateri smo podirali obrambe in naslavljali strah) sta si partnerja bolj dovolila spregovoriti o lastnih željah in hrepenenjih po zavezanosti in skupnem bivanju. Ugotovila sta, da jima je življenje doma služilo kot lažno varovalo pred njunimi prepiri, mi pa smo v tem videli *partnerski pakt*. Kot rečeno, je **partnerski pakt** nezavedni dogovor med partnerjema, da bosta ravnala tako, da jima ne bo treba nikdar več občutiti bolečih čutenj, ki sta jih občutila že v otroštvu. Pakt, ki je pri Nataši in Bojanu deloval kot obrambni mehanizem, jima je preprečeval vstop v intimni odnos in jima paradoksalno prebujal občutja groze, osamljenosti, odvečnosti in zavrnjenosti, pred katerimi naj bi ju zavaroval. Omenjeni pakt se je na terapiji odražal na različne načine, kot so povezanost partnerjev, upor partnerjev proti terapevtu, neodzivnost na terapiji, zaščita s partnerja, (ne)prevzemanje odgovornosti za odnos, polnjenje terapevtskega prostora, prepiri in pridobivanje terapevta na svojo stran. **Povezanost partnerjev** se je kazala na različne načine: med terapijo sta se čustveno pogosto povezovala na temeljnem afektu strahu, ki pa sta ga večkrat prekrivala nemoč in zmedenost. Ob občutkih nemoči je Bojan sicer postal jezen, Nataša pa žalostna; ko pa smo prišli do virov nemoči, sta lahko spregovorila tudi vsak o svojem strahu. Natašo je strah, da bi Bojan kar odšel in jo zamenjal, Bojana pa, da bi se ona ali čustveno odmaknila ali pa ga povsem zasula s čutenji. Oba pa sta izrazila strah pred tem, da bi se njuna zveza kar končala (*»Tega ne želim, ker bi rada bila s tabo.«*). Povprašali smo ju tudi o njunih skupnih začetkih in ugotovili, da je to vprašanje delovalo združevalno. Sredi terapije sta se zelo povezala, ko sta oba skupaj



pripovedovala zgodbo o začetku svoje zveze, ko je bilo zanju še »vse v redu«. Celotno terapijo sta bila tudi prikupno povezana v humorju. **Upor njunega partnerskega sistema** se je v primeru Nataše in Bojana zgolj občasno prikazal kot **odpor proti terapevtki**. Zelo sta bila pozorna na nje-ne besede, še posebej takrat, ko smo se dotaknili bolečih čutenj glede odhoda od doma in skupnega stanovanja, poroke. Ob teh tematikah sta oba začela racionalizirati svoje bivanje pri starših (*»Res je dobro, da se lahko umakneva, kadar nama tako ustreza. Saj potem itak vedno prideva nazaj.«*). Terapevtski proces je bil prežet z **uporabo ironije in cinizma**, še posebej ob vprašanih, ki bi zahtevala njuno akcijo: *»Če bi to vedel, ne bi bil tukaj.«* Pogosto smo se med terapijo srečali z njuno **neodzivnostjo**, ki je prikazovala, da se med njima nič ne dogaja, da ni bilo nič posebnega nič novega (Bojan: *»Ne vem, nič se ni posebnega dogajalo ta teden.«*), čutiti pa je bilo obup (Nataša: *»Nič ne bi povedala, saj je vse isto, kot je bilo.«*), nemoč in da je vse nesmiselno. Klienta sta izrazila željo, da pravzaprav ne bi o ničemer govorila, da je vse je »OK« in bila nasploh zelo **redkobesedna** (Nataša: *»Ne, ne bi želela nič reči. Lepo vreme je zunaj.«*). Med terapevtskim procesom smo se srečali s situacijo **zaščite drugega partnerja**, ki je sicer značilen predvsem v primerih zlorab. Pri nas se je to ščitenje zgodilo takrat, ko smo na terapiji prišli do težjih tematik, ob vstopu na intrapsihično področje klientke. Ko je Nataša začela govoriti o odtujenem zakonu svojih staršev, je to pripovedovanje prekinil Bojan z minimaliziranjem, s trditvijo, da je povsem jasno, da nihče nima popolne družine: *»Saj itak nihče ni popoln, vsak ima nekaj ... No, razen mogoče jaz.«* Na partnerkino ranljivost se je torej odzval s tipičnimi obrambnimi mehanizmi minimaliziranja in humorja. Na ta način pa je zaščitil Natašo pred tem, da bi začela pripovedovati svojo najglobljo bolečino, ki posredno še danes zelo vpliva nanjo in njun odnos. Navadno se med zakonsko terapijo srečamo s **prevzemanjem odgovornosti** za odnos, ko eden izmed partnerjev postane tako imenovani *grešni kozel* ter preko različnih vedenj in besed prevzema odgovornost za nastalo negativno stanje v odnosu, kot je to počel že doma. Lahko pa se vsa situacija obrne in zaradi strahu nihče od partnerjev ni pripravljn prevzeti odgovornosti, oziroma se zanašata drug na drugega. Največkrat pa je terapija prepletena z občutji pretirane odgovornosti in hkrati z minimaliziranjem le-te. V našem primeru je precej izstopal primer, ko je prvi partner veliko pričakoval od drugega, da bi bil pripravljen ostati v odnosu. Nataša je ugotavljala: *»To je začaran krog, ker ti preverjaš, če ti bom lahko kaj povedala in bi ti to dalo varnost ali kaj. Jaz pa ne morem govorit, če ne vem, ali boš ostal.«* Partnerja se na tak način izogibata čustveni udeležbi v odnosu, saj se tega preveč bojita.

Polnjenje terapevtskega prostora se zgodi na različne načine, lahko preko govorjenja o nepo-



membnih temah, vsekakor pa vedno preko tipičnih obrambnih mehanizmov. Bojan je tako terapevtski prostor pogosto zapolnil s humorjem, Nataša pa s težkimi čutenji. Tako je Bojan ob vprašanju, kako se kaj ima, pogosto odgovoril humorno: »Glede na to, kar mi je ravnokar rekla Nataša, se po mojem mnenju držim kar precej v redu.« Oba mehanizma sta sicer popestrila terapevtski proces, hkrati pa sta jima preprečevala govorjenje o dejanskih težavah, ki so bile preveč ranljive, da bi jih naslovila. Pogosto smo se ob Bojanu in Nataši srečali s **površinskimi prepiri**, ki so zakrivali dejansko občutje, še posebej ob ranljivih temah, kot je bila na primer tema odhoda od doma ali pa tema poroke. Še pred začetkom dejanskega pogovora sta preusmerila tematiko na enega od prejšnjih srečanj, ko je Nataša doživljala Bojana kot klovna in sta se oba začela ponovno prepirati o tem, kljub temu da tokrat ni bilo nobene insinuiacije v to smer. **Preverjanje terapevta** oziroma njegovih občutij lahko tudi uvrstimo med pakt. Lahko bi rekli, da je šlo v primeru Bojana in Nataše za pridobivanje terapevta na svojo stran oziroma da sta si oba zelo želela biti ovrednotena v svojem takratnem občutju; zato sta si želela terapevtovo potrditev, da so njuna čutenja pravilna.

Preverjanje terapevta lahko poteka direktno (Bojan: »A ste vi to slišali, ko je rekla ...?«) ali indirektno (Nataša: »Ja, rada bi, da mi ona pove, kako naprej.«). Terapevtka bi lahko ob Bojanu in Nataši hitro zapadla v skušnjavo dajanja instant nasvetov, če ne bi opazila, da s tem vedno sporočata globljo vsebino. Preko takšnega spraševanja terapevta se (ne)zavedno izogibata naslovitvi globljih, težjih čutenj neovrednotenosti, osamljenosti, nemoči in strahu.

Partnerja sta v procesu relacijske partnerske terapije ugotovila, da jima je življenje doma služilo kot lažno varovalo pred njunimi prepiri. V tem ločenem bivanju smo opazili *partnerski pakt*, ki jima je zaradi strahu pred prepiri in hkrati strahu pred intimo preprečeval globljo povezanost in ranljivost. Ugotovili smo, da se v primeru Bojana in Nataše partnerski pakt prepleta z nezmožnostjo odhoda od doma. To je bilo precej očitno tudi preko vseh naštetih uporov v terapevtskem procesu relacijske partnerske terapije.

RAZPRAVA

Nezmožnost odhoda od doma kot del partnerskega pakta pri obravnavanem primeru korenini v njunih primarnih družinah oziroma vlogah, ki jima jih narekujejo njuna družinska sistema. Kot pravi Gostečnik: »[O]troci kmalu ugotovijo, kje je njihovo mesto v družini in kaj morajo storiti, da se sistem družine ohrani. Njihova podzavest je preko systemskega mehanizma pro-



jekcijsko-introjekcijske identifikacije nazavedno naravnana na vzajemni feedback družinskega sistema, ki prinaša informacijo o potrebnosti prilagajanja, sprejemanja zahtevanih oblik obnašanja, soočenja z najrazličnejšimi vlogami in pravili, ki prinašajo upanje, da družinski sistem ne bo razpadel« (Gostečnik 2004, 105). V terapevtskem procesu je bilo evidentno, da sta oba še vedno precej vpeta v triangularne odnose s staršem nasprotnega spola; Nataša kot očetova čustvena partnerica, Bojan pa kot materin čustveni partner. Čutenja, ki sta jih nekoč doživljala (in jih najverjetneje v določeni meri še vedno doživljata) ob starših, pa se jima zdaj prebujajo tudi drug ob drugem. Nataša se je nekoč ob materi čutila spregledano in zamenjano (mami je takoj za njo rodila še dve sestri in za Natašo ni bilo več časa) in zdaj je ravno strah pred zamenjanostjo najgloblji strah, ki ga čuti ob Bojanu. Po drugi strani pa jo je oče preveč zasipal, zato moške doživlja kot naporene in na trenutke ugotavlja, da je »veliko lažje biti sam, se ti vsaj ni treba z nikomer ukvarjati«. Bojana, ki je odraščal ob fizično in čustveno odsotnem očetu in čustveno zahtevni materi, je v sedanjem odnosu najbolj strah dveh skrajnosti: da bi se Nataša ali čustveno umaknila ali pa ga preveč zasula s čutenji. Pri obeh pa je izrazito prisoten strah pred zamenjanostjo, zavrženostjo. Njun temeljni strah oditi od doma in prepustiti se odraslemu romantičnemu odnosu korelini v njunem nevarnem stilu navezanosti. Izsledki raziskav s področja navezanosti pravijo, da je za varno navezane ljudi značilno, da občutijo ugodje v bližini in odvisnosti od staršev; za izogibajoče navezane je značilen strah pred intimo in pretirana samostojnost; za anksiozno-ambivalentne čustvena labilnost in ljubosumje; za anksiozno preokupiranje pa pretirano ukvarjanje z vprašanji navezanosti in s starši, od katerih si želijo več bližine, kot jim jo ti lahko nudijo (Brennan in Shaver 1998, 837). Od tod lahko sklepamo, da bodo varno navezani posamezniki bolj opremljeni za zdravo diferenciacijo od staršev in odhod od doma kot pa tisti, ki so nevarno navezani. Tudi v terapevtskem procesu je bilo zlasti pri Nataši kontratransferno čutiti mrz, hlad, žalost, zmedo, nemoč. Ob izogibajoče navezanih ljudeh bo »terapevt hitro začutil, da ga bo velikokrat dobesečno zeblo od zamrznjenih čutenj, kot so občutek odvečnosti, nepripadnosti, nelagodja in vsiljivosti. Terapevt bo čutil, da mora prosjačiti za vstop za odnos z njima, kot sta morala onadva prosjačiti za vstop v življenje svoje starše. Obenem mu bosta dala vedeti, da se zanju v resnici ne zanima, da ju ne vpraša tistega, kar bi hotela« (Gostečnik 2007, 155).

Na trenutke je tudi terapevtka začela čisto nezavedno sodelovati v njunem partnerskem paktu s tem, da se je nezavedno izogibala bolečim temam, zato je morala paziti, da je prepoznavala ta kontratransferna občutja in jih sproti regulirala. Lahko se namreč zgodi, da terapevt začne paziti,



da ne bi para še bolj osramotil ali sam naredil nečesa sramotnega (Middleberg 2001).

»Taka situacija ni nenavadna, saj domnevamo, da partnerja izhajata iz družin, kjer je bila čustvena diferenciacija med starši in otroki onemogočena in je bilo breme reguliranja sramu preloženo na otroke. To pomeni, da je bila obramba staršev pred doživljanjem in izražanjem ranljivosti, edina možnost, da si izborita varen prostor pripadnosti in ljubljenosti, zato tako ravnata tudi v sedanjem odnosu, ko ščitita drug drugega (in sebe) pred občutjem ranljivosti« (Rožič idr. 2010, 419). A to ščitenje je zgolj iluzorno, ne pa dejansko, zato je relacijski terapevt pred nalogo, da sočutno naslovi ta konstrukt in s tem naredi prostor za novo intimo in dejansko ranljivost.

Upor v terapiji se je manifestiral na najrazličnejše načine. Lahko bi rekli, da se je kazal kot količinski in vsebinski upor po Watsonu. Če jih na kratko povzamemo: **pri količinskem uporu** klient zelo omeji količino informacij, ki jih bo delil s terapevtom. Tipični za ta upor so tišina, kratki, odrezani odgovori in pogosti premori. Na ta način klient prevzame kontrolo in nadzoruje proces, da ne bi pripeljal do preveč bolečih tematik. Ta tip upora je značilen za kliente, ki se niso sami odločili za terapijo. **Pri vsebinskem uporu** gre za nadzor nad vrsto podatkov, ki jih bo klient delil s terapevtom. Klienti največkrat zaidejo od pomembnih tem k nepomembnim detajlom ali govoricam. Ko se terapevt dotakne »prepovedane« teme, reagirajo z jeznim izbruhom ali jokom. Zelo se zanimajo za vrste terapij in terapevtske tehnike, s čimer odvrta pozornost od konkretne problematike. Ta tip upora zelo blokira komunikacijo in onemogoča pogovor o dejanskih težavah. **Za upor sloga** je značilen poskus manipulacije terapevta v stilu lažnih obljub, pozabljanja, zapeljevanja ali razvajanje terapevta, eksternalizacijo, cenzuriranje misli idr. S temi metodami klient poskuša pridobiti terapevta na svojo stran in ga zmanipulirati, da ne bi šel v smer tematike, o kateri noče govoriti. **Logističen upor** je sestavljen iz vedenjskih vzorcev klienta. Gre za kršenje pravil in s tem negiranje strukture terapevtskih srečanj, kot so zamude, težje vzdrževanje srečanj, odklonitve plačila, prošnje za osebne usluge itd. Takšno vedenje kaže na negativen odnos do terapevta in terapevtskega procesa in je v funkciji zamotiti terapevta in onemogočiti terapevtski proces (Watson 2006).

Lahko si predstavljamo, da ob zgoraj navedenih oblikah upora terapevt občuti nemoč, frustracijo in jezo na kliente, čeprav se racionalno zaveda, da se ne upirajo iz zlobe, ampak iz stiske in nemoči. DeShazer (1985) celo pravi, da ni upornih družin, samo nerazumljene, Minuchin in Fish-



man (1981) pa poudarjata, da se mora terapevt čustveno pridružiti družini kot začasni soudeleženec sistemskih prenosov. Watson ponuja nekaj strategij za soočanje z uporom v terapiji. Predlaga naj terapevt klienta pouči o uporih; naj klientu predoči, da je aktivni režiser v terapiji; naj se vzpodbuja sodelovanja med njim in klientom; naj mu našteje pozitivne in negativne strani nadaljevanja upornega vedenja; naj sočustvuje s klientom in njegovim razlogom za upor; naj uporablja jezik, ki zrcali klientovo uporništvost; naj da klientu možnost, da sam usmerja terapijo; naj nežno vztraja v trenutkih, ko klient ne zmore ali noče več nadaljevati. Winnicott (1996) govori o tem, da mora terapevt toliko sprostiti klienta, da ta spusti kontrolo in se začne poigravati z besedami ali prosto asociirati. »To pa se zgodi samo takrat, ko je terapevt čustveno uglašen s pacientom in ko začneta uporabljati govor metaforike, prav to je namreč tisti del govora, ki daje možnost regulacije afektov z besedami« (Kompan Erzar 2001, 126). Uporaba metaforike je pomemben pomočnik pri razgradnji upora. Prav slednje skupaj z veliko mero sočutja in potrpežljivosti je bilo ključno za razrešitev upora v obravnavani terapiji. Upor v terapiji, ki je prevzemal različne oblike, skupaj z neodhodom od doma, je sestavljal partnerski pakt v tem terapevtskem procesu. Partnerja sta torej vztrajala v ločenih stanovanjih delno zaradi nerazrešene čustvene diferenciacije od primarnih družin, deloma pa zaradi strahu pred intimo in zavezo v odnosu. Vendar sta se Nataša in Bojan proti koncu terapevtskega procesa že toliko sprostila, da je bilo mogoče spregovoriti o poroki in iskanju skupnega stanovanja.

LITERATURA

Brennan, Kelly A. in Shaver, Phillip R. 1998. *Attachment Styles and Personality Disorders: Their Connection to Each Other and to Parental Divorce, Parental Death, and Perceptions of Parental Caregiving*. *Journal of Personality* 66(5): 835–78.

Carnes, Patric. J. 2006. *Ne recite temu ljubezen*. Pot iz seksualne zasvojenosti. Zagorje ob Savi: Studio Moderna.



DeShazer, Steve. 1985. *The death of resistance*. Family Process, Vol. 23: 79–93.

Gostečnik, Christian. 2004. *Relacijska družinska terapija*. Ljubljana: Brat Frančišek, Teološka fakulteta in Frančiškanski družinski inštitut.

Gostečnik, Christian. 2007. *Relacijska zakonska terapija*. Ljubljana: Brat Frančišek in Frančiškanski družinski inštitut.

Gostečnik, Christian. 2008. *Relacijska paradigma in travma*. Ljubljana: Brat Frančišek in Frančiškanski družinski inštitut.

Kins, Evie in Soenens, Bart in Beyers, Wim. 2011. *Why do they have to grow up so fast? Parental Separation Anxiety and Emerging Adults' Pathology of Separation-Individuation*. Journal of Clinical Psychology, Vol. 67 (7): 647–664.

Kompan Erzar, Lia Katarina. 2001 Ljubljana: *Nevropsihologija in relacijska psihoterapija*: Psihološka obzorja, 10 (4): 119–134.

Kompan Erzar, Lia Katarina. 2003. *Skrita moč družine*. Ljubljana: Brat Frančišek in Frančiškanski družinski inštitut.

Mesec, Blaž. 1997–2003. *Metodologija raziskovanja v socialnem delu II*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Messer, Stanely. 2002. *A psychodynamic perspective on Resistance in Psychotherapy: Vive la Résistance*. Psychotherapy in Practice, Vol. 58 (2): 157–163.

Minuchin, Salvador in Fishman, Charles. 1981. *Family Therapy Techniques*. Cambridge: Harvard University Press.

Middleberg, Carol V. 2001. *Projective identifaction in common couples dances*. Journal of Marital and Family Therapy 27: 341–352.



Rait, Douglas S. 2000. *The Therapeutic Alliance in Couples and Family Therapy*. Psychotherapy in Practice, Vol. 56 (2): 211–224.

Rožič, Tatjana in Torkar, Matej in Erzar, Tomaž in Kompan Erzar, Lia Katarina. 2010. *Dinamika sramu in ranljivosti v partnerskih odnosih in terapevtski potencial vpogleda v vzajemno afektivno dinamiko*. Bogoslovni vestnik, 70(3): 415–429.

Sperry, Len. 2004. *Effective couples therapy and psych 101: You can't have one without the other*. The American Journal of Family Therapy 32: 325–353.

Watson, C. Joshua. 2006. *Addressing Client Resistance: recognizing and Processing In-Session Occurrences*. Mississippi State: University Meridian Campus. Pridobljeno 16. jan. 2012.
[Http://counselingoutfitters.com/Watson.htm](http://counselingoutfitters.com/Watson.htm).

Winnicott, Donald Woods. 1996. *Playing and Reality*. New York: Routledge.



Terapevtska obravnava dolgotrajnih posledic anoreksije

s. Polonca Majcenovič

Družinski center mir

polonca@dc-mir.si

V prispevku bodo obravnavane fizične in psihične posledice anoreksije, specifične duševne motnje. Predstavljen bo doprinos relacijske družinske terapije pri raziskovanju anoreksije v okviru družine. Po raziskavah naj bi bila družinska terapija učinkovitejša pri obravnavi mlajših oseb skupaj z družinskimi člani. Individualna terapija se je pokazala za učinkovitejšo pri odraslih osebah, ki so prebolele anoreksijo, a še nosijo posledice te motnje. S študijem primera osebe, ki je zaključila bolnišnično zdravljenje pred osmimi leti, bo prikazan razvoj motnje, družinsko okolje in trenutni terapevtski proces, ki poteka približno eno leto. Terapevtski proces poteka po modelu relacijske družinske terapije z elementi hagioterapije. Namen prispevka je poudariti pomen celostne terapevtske obravnave posledic anoreksije, ki omogoča kvalitetnejše življenje.

Ključne besede: anoreksija, relacijsko družinska terapija, hagioterapija

Zdravljenje anoreksije nevroze

Prvi slovenski članek, najden v Virtualni knjižnici Slovenije, lokalna baza podatkov Narodne in univerzitetne knjižnice, sega v leto 1990. Mladostniki, ki se v tistem obdobju soočali z motnjami hranjenja, so sedaj stari med 32 in 38 let. Ali še nosijo posledice anoreksije? So uspeli zaživeti zdravo in kvalitetno življenje na telesni, duševni in duhovni ravni?

Oseba, pri kateri se kasneje razvije motnja hranjenja, začne z dieto, ker verjame, da bo nižja telesna masa pripomogla k boljši samopodobi, samozaupanju in sreči. V resnici motnje hranjenja prinesejo prav nasprotno psihološke učinke, kot so lahko npr. depresija, ki lahko vodi v samomor ali samopoškodovanje; nemoč glede nadzora in reševanja težav; tesnoba; dvomi vase; krivda in sram, občutki poloma; hipervigilanca, ko oseba misli, da drugi pazijo in čakajo, da bi ji naredili kaj hudega; strah pred razkritjem; obsesivne misli in prežaposlenost z njimi; kompulzivna vedenja, ko postanejo večina aktivnosti obredne narave;



občutja odtujenosti in osamljenosti; občutki obupa in brezupa, ko ne ve kako popraviti stvari in lahko zaradi tega obupa in potone v obup, fatalizem ali samomorilno depresijo; spremembe v možganih so razlog nezmožnost postavljanja prioritet, precenjevanja, sprejemanja odločitev, ki so logične in racionalne (Anorexia Nervosa Treatment 2012b).

Sodobno zdravljenje anoreksije nervoze v Sloveniji obsega celostno oskrbo. Podjavorškova (2004, 123) ugotavlja pomanjkanje celostne obravnave in poudarja pomen vključevanja celotne družine v zdravljenje. Nekateri avtorji medtem že s prikazom primera prikazujejo celostno zdravljenje v obliki multidisciplinarnega tima, v katerem sodelujejo strokovnjaki z različnih strokovnih področij: specialist internist, pediater, pedopsihiater, klinični psiholog, klinični dietetik, medicinska sestra, zdravstveni tehnik, socialni delavec in ostalo osebje (Arzenšek, Turčin, Lahe 2005, 270). Od leta 1999 deluje v psihiatrični bolnišnici Ljubljana Enota za motnje hranjenja, kjer je model bolnišničnega zdravljenja multidimenzionalen in upošteva kognitivne sposobnosti in posameznikove čustvene potrebe. Po odpustu se bolniki/bolnice vključujejo še v dnevno oskrbo, nato pa v ambulantno zunajbolnišnično psihoterapevtsko skupino (enkrat na teden) in nadaljnje ambulantno zdravljenje (Serneck 2003). Serneckova navaja, da spremljajo 81 od 113 zdravljenih bolnic od januarja 2001 do vključno aprila 2004 (Žigon, 2006).

Dolgotrajna ozdravitev se kaže, da je dobra v 50% primerov, srednje dobra v 25%, kjer osebe nimajo več težav s hrano, a še psihološko trpijo in slaba v 25% primerov, ko postane motnja hranjenja kronična bolezen, s tesnobno ali depresivno motnjo in slabimi posledicami za pacientovo socialno življenje. Zdravljenje anoreksije nervoze je dolgotrajnejše kot zdravljenje drugih motenj hranjenja (Nicolas 2008). Po raziskavah manj kot 50% oseb z anoreksijo nervozo doseže popolno ozdravitev, pri 33% se stanje izboljša, pri 20% ostane kot kronična bolezen (Serneck 2012, 109). Psihofizioloških posledic anoreksije ni malo. Po ocenah strokovnjakov zdravljenje traja od sedem do deset let (Anorexia Nervosa Treatment 2012a).

Učinkovita terapija

Strokovnjaki se strinjajo, da mora biti obravnava motenj hranjenja čimbolj večplastna, podobno kot so večplastni tudi dejavniki tveganja. Serneckova (2010, 109) navaja kot terapevtski del zdravljenja v ljubljanski Enoti za motnje hranjenja individualno in skupinsko



psihoterapijo z elementi vedenjsko-kognitivne in dinamsko-razvojne psihoterapije kot osnovo zdravljenja oseb z motnjo hranjenja. Prva je usmerjena predvsem v obvladovanje simptomatike posamezne motnje hranjenja, druga pa seže globlje in je usmerjena v prepoznavanje vzrokov, ki so do motnje pripeljali.

Relacijska družinska terapija umesti motnje hranjenja v družinski sistem. Anoreksijo npr. razume ne le kot bolezen posameznika, ampak celega sistema, opisuje Podjavorškova (2004, 119). Za prepoznavanje družinske dinamike in nezdravih vzorcev, ki so povezani z razvojem motnje, je družinski (sistemski) pristop gotovo najustrežnejši. Dejavnikov tveganja, ki pogojujejo nastanek motnje hranjenja je namreč več in jih lahko razdelimo v tri skupine: socio – kulturne (vpliv medijev, povečevanje vitkosti, stigmatizacija debelosti), biološko – genetske (prekomerna telesna masa novorojenčka, specifične osebnostne lastnosti) in družinske dejavnike tveganja (Eivors in Nesbitt 2007, 66-70).

Slednji so (Serbec 2010, 108; Žigon 2006):

- Kronične duševne in telesne bolezni katerega od staršev, zaradi česar otrok ne more vzpostaviti ustreznega občutka varnosti in posledično samozaupanja, saj ves čas živi v negotovosti, kdaj bo očka ali mamica spet na zdravljenju ali "čuden/čudna".
- Nefunkcionalni partnerski odnos (nenehni prepiri, nesoglasja, otrok mora prevzemati vlogo amortizerja, rabsodnika, pogajalca ... med staršema). Funkcionalen partnerski odnos je eden od najmočnejših zaščitnih dejavnikov za otrokov psihosocialni razvoj.
- Nefunkcionalen odnos med starši in otrokom: enako škodljivo je, če smo do otroka pretirano zaščitniški in ga ubranimo "vsega hudega", kot to, da ga prepuščamo samega sebi. Posledica obojega je, da se otrok ne znajde med vrstniki, se čuti nezadostnega in manjvrednega.
- Pogoste diete v družini: kadar kateri od staršev zaradi čezmerne telesne teže ves čas hujša, bo to zagotovo postal sestavni del otrokovega življenja, saj bo to edino, kar pozna.
- Duševna, telesna in spolna zloraba.
- Nezdržljivost med otrokom in starši: to pomeni, da imata starša, ki imata zelo dober partnerski odnos in sta tudi izvrstna starša, otroka, ki ne dosega njihovih sposobnosti. Čep-



rav od njega ne pričakujeta nič več, kot zmore, se otrok ves čas čuti manjvrednega, saj je ena od razvojnih nalog adolescence ta, da otrok vsaj na enem področju doseže oziroma preseže starše. Posledično se razvijeta slaba samopodoba in samospoštovanje.

Najnovejše raziskave o učinkovitosti družinske terapije pri zdravljenju anoreksije v adolescenci kažejo na to, da je družinska terapija uspešnejša od individualne, na adolescenta usmerjene terapije. V družinski terapiji je bilo 50% pacientov po enem letu popolnoma ozdravljenih, v individualni 23%. Po enem letu je bilo v družinski terapiji 10% povratnikov, v individualni 40%. Študija dokazuje, da bi morala biti družinska terapija prva med drugimi, v katero bi vključili medicinsko stabilne adolescente (The University of Chicago Medicine 2010). V našem primeru je bila terapija individualna v okvirju relacijsko družinskega modela. Individualna terapija naj bi bila učinkovitejša v primeru, ko se anoreksija pojavi kasneje kot v rani adolescenci (Eisler idr. 1997). Podatkov o obravnavi, razen o dolžini zdravljenja, dolgoročnih posledic anoreksije nismo zasledili.

Silber idr. (2011, 332) menijo, da je prepričanje nekaterih terapevtov o družinskih vzrokih za motnje hranjenja, staromodno. Ideja o tem, da so motnje hranjenja znak disfunkcionalnih in patoloških družin, ima dolgo zgodovino. Pomen odnosov in družine je poudaril že William Gull, ki je leta 1873 iznašel ime anoreksija nevroza. V 70ih letih se mu je pridružila Hilde Bruch, priznana raziskovalka anoreksije nevroze. Prav tako priznan družinski terapevt Salvador Minuchin je leta 1978 anoreksijo nevrozo opisal kot simptomatičen izraz disfunkcionalnih družinskih odnosov. V zadnjem desetletju so se okrepili dokazi, da je anoreksija nevroza nevrobiološko utemeljena mentalna bolezen (Klump idr. 2009, 98). Strokovnjaki, ki upoštevajo tovrstne izsledke sodobne znanosti, bolje sodelujejo s starši ali celotno družino.

Hagioterapija

»Vsaka čast hagioterapiji. Mi smo se je udeležili in ima dobre rezultate na vseh področjih. V tej terapiji ni nekdo nad vami s svojimi nasveti, kar je tudi najpogostejši razlog pomanjkanja zaupanja vase in odločnosti ter sreče s svojo izbiro življenjske poti. Pomembne so molitve, ki so usmerjene posebej za vsak problem. Smisel pa ni v raznih vajah, ampak v tem, da sami najdemo smisel življenja in kar nas veseli« (Forum.hr 2009).



Hagioterapijo bomo za namene tega članka predstavili na podlagi prispevka ustanovitelja hagioterapije prof. dr. sc. Tomislava Ivančiča (2008). Hagioterapija je terapevtska metoda za ozdravljenje človekove duhovne dimenzije oz. duhovne duše. Temelji na filozofsko-teološkem preučevanju človeka. Izraz 'duhovna duša' so sodobni filozofi in teologi nadedli tistemu delu človekove duše, zaradi katerega je človek specifično človek. Po tem se človek razlikuje od vegetativnega in psihičnega dela, ki ga imajo živali in rastline. 'Hagios' pomeni 'svet', zato lahko terapijo imenujemo tudi sveta terapija. Ker je duhovno dušo ustvaril Stvarnik, jo lahko zdravi le on sam. Hagioterapija raziskuje strukturo duhovne duše, odkriva njena patološka stanja, išče način njihove diagnoze in ustrezno terapijo. Kot medicina in psihiatrija je znanost in terapija.

V okvir terapevtskega dela hagioterapije spadajo travme, ranjenosti, bolezni in nemoč človekove osebnosti, hrepenenj, zavesti, karakterja, svobode, razuma, ustvarjalnosti, religioznosti, zaupanja, trpljenje srca in duše, omejenost človekovih moči, eksistencialni strah, samomorilnost, nesmisel, tesnobe, zlo, človekova zaprtost v svetu, nepoznavanje svojega porekla in družine, težka prepoznavnost Stvarnika in lastnika narave in človeka, vrženost v svet in življenje, nemoč odločanja o sovji usodi, žalitve drugih, lastna zloba in krivice, poteptano osebno dostojanstvo, zasvojenosti in splošna človeška ogroženost.

Hagioterapija diagnosticira duhovne bolezni z ustreznim testom, s katerim preučuje genske, predporodne in poporodne razloge človekovih duhovnih težav. Na ta način prepozna kognitivne, aksiološke in antropološke dejavnike bolezni. Na kognitivni in aksiološki ravni se uporablja terapija spreobrnjenja, eirene terapija in dinamis-terapija. Na antropološki ravni se uporablja agapo-terapija, pistis-terapija in pneumo-terapija.

C. G. Jung je trdil, da gre pri duhovnih in eksistencialnih boleznih za dušo, ki ni našla smisla. Viktor Frankl, utemeljitelj logoterapije, meni, da se samomorilne misli pojavijo kadar ljudje ne vedo čemu živijo. Izguba smisla je razlog mnogih psihičnih in telesnih bolezni. Eden od mnogih sodobnikov, ki raziskujejo povezanost psihosomatskih bolezni in teološke antropologije, je dr. Matthias Beck. Trdi, da somatskih bolezni ni mogoče celostno in pravilno diagnosticirati in zdraviti brez vključevanja duhovne dimenzije v medicinsko dejavnost. V fiziki, biologiji in medicini se je paradigma spremenila iz »gen – celica – organizem« v »gen – duh – možgani – svoboda«. Človek je več od svojih genov. Geni se aktivi-



rajo, če je aktiviran niz drugih dejavnikov: okolje, medosebni odnosi, notranje človekovo življenje z mislimi in občutki, bivanjske temeljne vrednote. Geni delujejo skupaj z notranjim duhovno – religioznim življenjem. V njih se dogaja neposreden odnos med duhom in materijo, kar pomeni, da npr. rak ni odvisen samo od genov, okolice, psiholoških težav in vprašanj o smislu, ampak tudi od človekovega odnosa z Bogom.

V strukturo duhovne duše sodijo vera, upanje in ljubezen. Vera je spoznanje, da nas ima nekdo rad in da lahko od njega pričakujemo samo dobro. Ob njem lahko načrtujemo svoje življenje in delovanje. Upanje je gotovost, da se naš obstoj ne neha, ker je Bog ljubezen. Ljubezen je izkustvo, da je tisti, ki nas ima rad, naša usoda in ga imamo zato radi, ker je on hrepenenje našega bitja in obstoja. V hagioterapiji je Bog človekov prijatelj, ki mu pomaga odkriti notranje središče, identiteto in svoj izvor. Raziskave dokazujejo, da je duhovna dimenzija vplivna in pomembna pri zdravljenju bolezni. Pri zakoncih, ki živijo složno in ne v konfliktu, se šestdesetkrat hitreje zacelijo rane. Trikrat hitrejša je ozdravitev pri tistih, za katere se moli. Duhovna dimenzija je povezana z 70% somatskimi in psihičnimi boleznimi. Človek duhovno ozdravi, kadar dobi nazaj svoje dostojanstvo osebe, se zaščiti in osmisli svoje življenje, z obžalovanjem razbremeni vest, neha negativno in hudobno misliti in govoriti, kadar se odloča za dobro, moralni in etično, kadar veruje v dobro in resnico, kadar je kritičen, kadar ljubi lepoto, spoštuje Boga, posluša vest.

V hagioterapevtskem Centru za duhovno pomoč v Zagrebu letno poišče pomoč več kot 1000 oseb v individualni hagioterapiji. Delavnic, seminarjev in predavanj se udeleži več kot 8000 uporabnikov (CDP 2012).

Kako hagioterapija zdravi anoreksijo?

»Hagioterapija me je rešila. O psihičnih simptomih anoreksije, ki so veliko hujši od fizičnih, se malo govori. Vse to govorim iz izkušnje. Če bi mi takrat, ko nisem jedla kdo samo omenil psihične simptome anoreksije, bi začela jesti. Mislila sem, da je infuzija najhujše, kar se mi lahko zgodi. A to, draga dekleta, je najboljšje od vsega, kar se lahko zgodi. Psihični del bolezni je veliko hujši: prisilne misli, depresija, nesmisel ...« (Forum.hr 2008).

Anoreksijo hagioterapija (Ivančić 2008) obravnava kot okrnjeno duhovno zdravje, ki nastane zaradi pomanjkanja ljubezni. Podobno velja za pomanjkanje zaupanja, občutek krivice,



strahovi, agresivnost, obup, nesmisel nagnjenost k samopoškodovanju itn. Kot antropološka duhovna bolezen nastane iz človekove nemoči, da bi popolnoma razpolagal s seboj, iz izgube temeljnega zaupanja in iz prizadetosti, ki se zgodijo v medosebnih odnosih. Terapija je osnovana na obnovi ali vzpostavitvi zaupanja v Njega, ki je izvir in varuh človekovega obstoja. Osnovna varnost ali temeljno zaupanje je lahko poškodovano ali skoraj izgubljeno, kadar pacient v svojem ranem otroštvu ni bil deležen nežnosti in ljubezni. Pri vseh pacientih se pojavi občutek krivice, strahovi, depresije vse do samomorilnih poskusov. Osnovno varnost vzpostavlja agape-terapija in pistis-terapija. Pacienta, ki so ga prizadeli, terapija povezuje z brezpogojno ljubeznijo, z izvorom njegovega življenja, z njim, ki je ljubezen in ne samo nekdo, ki ljubi in lahko neha ljubiti. Posebna terapija je odpuščanje, ki ni identična s spravo. Agape-terapija zdravi bolečino zaradi povzročene žalitve in pistis-terapija prinaša dušni mir in vzpostavlja dostojanstvo in zaupanje v ljudi in vase. Pneumoterapija končno vzpostavlja vrline in kreposti kot zdrave sposobnosti in moči za življenje in ustvarjalnost.

V obravnavanem primeru smo uporabili relacijsko družinsko terapijo. Po seznanitvi z dejstvom, da je uporabnica verna, je terapevtka uporabila tudi elemente hagioterapije.

Metoda, rezultati in razlaga

V raziskavi je obravnavan primer individualne terapije s 24 letno uporabnico, ki je po štirih letih prebolela anoreksijo nevrozo v starosti 16 let. V terapijo se je vključila zaradi težav v medosebnih odnosih. V času terapevtskega procesa je uporabnica študirala in živela v stanovanjski skupnosti. Za sabo je imela izkušnjo partnerskega odnosa. Terapevtskih srečanj je bilo 36. Terapevtka je zapisovala refleksijo srečanja takoj po srečanju.

Odnos do sebe

Uporabnica je govorila o sebi kot o *problematični, uporni, vsega krivi, nemočni, komplicirani*. Doživljala je sebe kot tisto, ki vse pokvari. Študirala je redno. Svojo slabo samopodobo je pripisovala anoreksiji, ki jo je obvladovala štiri leta. Stiske, ki jih je doživljala v sedanosti, je reševala na podoben način, kot pred leti z anoreksijo, s sovražnim odnosom do svojega telesa, samopoškodovanjem. Potek samopoškodovanja je brez izražanja kakršnihkoli občutkov nazorno opisovala kot da bi se to dogajalo nekemu drugemu: *vzamem klingico, zare-*



žem, kri »špricne« in teče, odleže mi, počistim umivalnik ... Z napredovanjem terapijskega procesa je vse bolj in bolj čutila žalost ob dejstvu, da je bila zaradi anoreksije izpostavljena smrtni nevarnosti. Ob sami anoreksiji je tudi naredila nekaj poskusov samomora. V procesu je spoznavala, da ni bilo vse to, kot je menila, kar se ji je dogajalo, njena krivda. Čutila se je namreč krivo, ker takrat ni zmogla prenehati. Telesne posledice – nemineralizirane kosti, poškodovane ledvice, anemija, občasna izguba menstruacije, telesna šibkost – so jo dnevno spominjale na njeno »nepremišljenost«. V terapiji se je soočala predvsem s psihičnimi posledicami, kot so npr. obsesivne misli, hipervigilanca, nespečnost, samomorilne misli, neobvladljiva notranja stiska, ki so značilne za samo obdobje preživljanja motnje hranjenja (Anorexia Nervosa Treatment 2012b).

V najbolj intenzivnih doživljanjih stiske se ni zmogla umiriti, občutki so jo preplavljali in v takšnih trenutkih ni bilo ob njej nikogar, ki bi ji lahko dal podporo. Sama je izrazila, da veruje v Boga in da ji to veliko pomeni, zato je terapevtka uporabila ta njen odnos kot odnos, v katerem lahko začne najprej vzpostavljati zaupanje in dobivati moč. Zanj je bila ljubezen do sebe, zaradi katere bi lahko vsaj prenehala s samopoškodovanjem, nekaj nemogočega. Imela je podobo Boga, ki mu je vseeno, pa vendar je v isti sapi zatrjevala, da se lahko zateče samo k njemu. Vztrajno utrjevanje prepričanja, da je dobro, da obstaja in da ima njeno življenje smisel, je sčasoma ustavilo sovražnost do telesa. Bolj zahteven del procesa so bile njene misli. Strah, da jo vsi nečesa obtožujejo, jo je spremljal tudi ponoči in ji kradel spanec.

Odnos do drugih

V odnosih z drugimi se ni znašla. Nenehno konfliktno ozračje je soustvarjala s svojim izzi-valnim vedenjem in perfekcionizmom. Povsem običajne stvari, kot je npr. katero čistilno sredstvo bodo v stanovanjski skupnosti uporabljali, je po njenih besedah *zakomplicirala*. Sostanovalci so jo kmalu opredelili kot čudaško. Prijatelje je hitro izgubila, ker je postala posesivna v svoji veliki želji, da bi jo imel kdo zares rad. Kar naprej je čutila, da jo nekdo opazuje, sodi njena dejanja in ji dela krivico. Jezo je izražala na nereguliran način s prikrito agresijo ob kateri so bližnji drevneli. V nekem obdobju je izražala jezo s kričanjem.

V terapijskem procesu se je soočila s svojimi družinskimi vzorci. Iskala je razloge za svojo anoreksijo. Družina zaradi oddaljenosti ni mogla biti vključena, zato je odgovore na svo-



ja vprašanja dobivala v telefonskih pogovorih z njimi in v dopisovanju. Starše je opisovala kot nemočne, da bi ji v času prebolevanja anoreksije pomagali. Ves čas bivanja v družini je čutila, da starša ne želita biti skupaj, kar sta ji v času terapevtskega procesa tudi besedno priznala. Njun razlog za skupno življenje so bili le otroci, medsebojne naklonjenosti in ljubezni pa ni bilo. Zaplet z neljubljenostjo se je začel že v času nosečnosti. Mama je celo nosečnost prejkala, ker mož ni verjel, da je otrok njegov. Te bolečine nista predelala, doma nikoli ni bilo pogovorov o počutju, čustvih, povezanosti ... Do staršev ni čutila jeze, nekako jih je opravičevala, ni pa zmogla razumeti zakaj je niso zmogli ustaviti.

Vse te informacije in opisovanje dolgotrajnega bivanja v bolnišnici zaradi zdravljenja anoreksije so v uporabnici prebujali žalost, a je terapevtka čutila, da ostaja na razumski ravni. Na terapiji ni nikoli jokala. Čustva je odrezala, še so bila nevarna. Ko se je zgodilo, da je terapevtka v procesu introjekcije začutila žalost in solze, ji je bilo hudo, ker se je čutila krivo, da spet povzroča bolečino. Klientka je začutila olajšanje, ko ji je terapevtka razložila, da je z njo vse v redu in da so to njene solze. S takšnih terapevtskih ur je odhajala sproščena. Vmes je tudi izrazila, da terapevtki sploh več ne zaupa. Terapevtka je odigrala vlogo osebe, ki jo ima rada in ob kateri zelo kmalu podoživi vso svojo zavrženost. Na vsak način je želela nekje komu pripadati, vendar so bila globlja občutja takšna, da tega ni vredna. Skupaj sta klientka in terapevtka prisluhnili svetopisemskim besedam, kot so npr.: «GOSPOD hodi pred teboj; on bo s teboj; ne bo te pustil samega in ne bo te zapustil. Nikar se ne boj in se ne pláši!» (5 Mz 31,8) in »Zares, moj oče in moja mati sta me zapustila, GOSPOD pa me sprejema« (Ps 27,10). Zavrženost je čutila tudi v odnosu z Bogom in le počasi ga je začela sprejemati tudi notranje, kot nekoga, ki mu je mar in ga skrbi. Spremembe v svojem načinu razmišljanja in doživljanja je običajno izrazila z besedami: »Saj mogoče pa ni tako hudo.« Zanj je bilo pomembno vedeti, da to ni le poceni tolažba, ampak stvar zelo pomembnega odnosa, v katerem bo lahko osmislila svoje bivanje.

Zaključek

Po treh terapevtskih ciklih se je terapevtski cikel končal zaradi odhoda uporabnice v tujino. Za terapevtski proces so bila značilna izrazita nihanja iz obupavanja v upanje, iz zlomljenosti v radostno življenje. Uporabnico je pomirjala terapevtkina vztrajnost tudi v najtežjih trenutkih, ko je želela vse skupaj opustiti, ker je bila vsemu prizadevanju nav-



kljub še zmeraj »nebodigatreba« za druge. Sam proces je bila za terapevtko izredno zahteven, saj je morala predelovati čutenja uporabnice, ki jih še ni zmogla čutiti.

Občutja in afekti, ki jih je klientka kot otrok doživljala v primarni družini, so se prebujali v odnosih s sostanovalci, starši, partnerjem, terapevtko in bližnjimi prijatelji. Zunanji znaki so se pokazali kot simptomi globoke zavrženosti, sramu in žalosti (Gostečnik 2007, 351).

Klientka je nehala s samopoškodovanjem. S prepoznavanjem svoje notranje dinamike in svoje lastne vrednosti je dobila več moči za odločitve. Vzpostavila je večje zaupanje vase in Boga ter odšla z realnim pogledom na svojo situacijo. V času terapije se je krčevito oklepala pričakovanja, da se bo v terapevtskem procesu vse razrešilo in končalo. Dejansko pa je ostalo veliko čutenj še nepredelanih in veliko bolečine neizjokane.

Na primeru te klientke lahko vidimo, da so simptomi anoreksije dolgotrajni in potrebujejo strokovno obravnavo. Čeprav sama družina ni mogla biti vključena in je bila njena terapija individualna, je bila družinska dinamika v procesu globoko ovrednotena in prepoznana kot eden od dejavnikov za razvoj anoreksije in vsega, s čimer jo je ta motnja zaznamovala. V procesu so se starši izkazali kot tisti, ki so ji nudili podporo. Anoreksija nevroza ni ozdravljena samo s prenehanjem nepravilnega odnosa do hrane in telesa. Vzpostavljanje zdravega psihosocialnega življenja lahko traja leta.

Reference:

Anorexia Nervosa Treatment 2012a. Possible Complications. 12. februarja. [Http://www.anorexia-nervosa-treatment.net/possible-complications.php](http://www.anorexia-nervosa-treatment.net/possible-complications.php) (pridobljeno 13. februarja 2012).

Anorexia Nervosa Treatment. 2012b. Treatments for Anorexia Nervosa. 12. februarja. [Http://www.anorexia-nervosa-treatment.net/treatments-anorexia-nervosa.php](http://www.anorexia-nervosa-treatment.net/treatments-anorexia-nervosa.php) (pridobljeno 14. februarja 2012).

Arzenšek Pia, Zlatan Turčin in Milica Lahe. 2005. Anoreksija nevroza s prikazom primera. *Obzornik zdravstvene nege* 39: 269-275.



- Center za duhovno pomoč (CDP). 2012. Center za duhovno pomoč. 13. februarja 2012. [Http://www.cdp.hr/index.php?option=com_content&view=article&id=48&Itemid=53](http://www.cdp.hr/index.php?option=com_content&view=article&id=48&Itemid=53) (pridobljeno 14. februarja 2012).
- Eisler, Ivan, Christopher Dare, Gerald Russell, George Szmukler, Daniel le Grange in Elizabeth Dodge. 1997. "Family and individual therapy in anorexia nervosa. A 5-year follow-up." *Archives Of General Psychiatry* 54, št. 11: 1025-1030. MEDLINE, EBSCOhost (pridobljeno 12. februarja 2012).
- Eivors, Alison, in Sophie Nesbitt. 2007. *Lačni razumevanja*. Maribor: Založba Obzorja.
- Forum.hr. 2009. Arhiv. 4. avgusta 2009. [Http://www.forum.hr/archive/index.php/t-16845-p-2.html](http://www.forum.hr/archive/index.php/t-16845-p-2.html) (pridobljeno 14. februarja 2012).
- Forum.hr. 2008. Arhiv. 20 septembra 2008. [Http://www.forum.hr/archive/index.php/t-16845-p-2.html](http://www.forum.hr/archive/index.php/t-16845-p-2.html) (pridobljeno 14. februarja 2012).
- Gostečnik, Christian. 2007. *Relacijska zakonska terapija*. Ljubljana: Brat Frančišek.
- Ivančić, Tomislav. 2008. Hagioterapija. V: »PSIHOTERAPIJA« - šole i psihoterapijski pravci u Hrvatskoj danas: Zbornik simpozija 2007. Medicinska naklada i Psihijatrijska bolnica Vrapče, 125-135. Zagreb: Medicinska naklada i Psihijatrijska bolnica Vrapče.
- Klump, Kelly L, Cynthia M. Bulik, Walter H. Kaye, Janet Treasure in Edward Tyson. 2009. "Academy for Eating Disorders position paper: eating disorders are serious mental illnesses." *International Journal Of Eating Disorders* 42, št. 2: 97-103. <http://web.ebscohost.com.ezproxy.lib.ukm.si/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&hid=111&sid=f1d9628a-5393-45d7-9349-2d0dd8b862ad%40sessionmgr15> (pridobljeno 14. februarja 2012).
- Nicolas, Isabelle. 2008. Long-term evolution and complications of eating disorders. *La Revue du praticien*. 58, št. 2. [Http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18361276](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18361276) (pridobljeno 14. februarja 2006).
- Podjavoršek, Natalija. 2004. Anoreksija ni le bolezen posameznika, ampak je bolezen celoga sistema. *Psihološka obzorja* 19(4): 119-133.



- Sernec, Karin. 2003. Predstavitev enote za zdravljenje motenj hranjenja. *Vita* 9 (40): 7-8.
- Sernec, Karin. 2010. Sodobni vidiki in načini zdravljenja motenj hranjenja. *Farmaceutski vestnik* 61 (2): 106-109.
- Silber, Tomas, J., Laura, Collins Lyster-Mensh in Jennifer Duval. 2011. "Anorexia Nervosa: Patient and Family-Centered Care." *Pediatric Nursing* 37, št. 6: 331-333. [Http://web.ebscohost.com.ezproxy.lib.ukm.si/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=111&sid=f1d9628a-5393-45d7-9349-2d0dd8b862ad%40sessionmgr15](http://web.ebscohost.com.ezproxy.lib.ukm.si/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=111&sid=f1d9628a-5393-45d7-9349-2d0dd8b862ad%40sessionmgr15) (pridobljeno 14. februarja 2012).
- The University of Chicago Medicine. 2010. Family based treatment found most effective for anorexia nervosa patients. 4. oktobra. [Http://www.uchospitals.edu/news/2010/20101004-maudsley.html](http://www.uchospitals.edu/news/2010/20101004-maudsley.html) (pridobljeno 11. februarja 2012).
- Žigon, Neža. Ko nam tehtnica kroji življenje. *Viva*, 13. decembra 2006. [Http://www.viva.si/Psihijatrija/35/Ko-nam-tehtnica-kroji-%C5%BEivljenje](http://www.viva.si/Psihijatrija/35/Ko-nam-tehtnica-kroji-%C5%BEivljenje) (pridobljeno 14. februarja 2012).



Razvoj koncepta opolnomočenja pri otrocih iz odvisnih družin

Nataša Sorko

Društvo Žarek upanja, Ljubljana

natasi.sorko@siol.net

V prispevku bo predstavljena evalvacija dela z otroki, katerih starši imajo težave z alkoholom, zaradi česar so otroci prikrajšani za pomembne socialne in druge izkušnje v primarnem družinskem okolju. Sodoben koncept zdravega duševnega razvoja sledi interaktivnim učinkom posameznikovih osebnih potencialov in vplivov okolja. Raziskave kažejo, da podporen vpliv zunanjega okolja v primarni družini poveča verjetnost dobrega ravnanja z otrokom. Zasvojenost z alkoholom zaradi svoje razširjenosti predstavlja enega izmed največjih javno zdravstvenih problemov in je pomemben dejavnik tveganja za socialno izključenost otrok iz odvisnih družin. Dosedanje raziskave kažejo, da sta pomembna dejavnika psihološke odpornosti pri otrocih, ki živijo v neugodnih življenjskih razmerah (npr. zasvojenost z alkoholom, revščina, nasilje ipd.) predvsem dva: pozitivna otrokova izkušnja z vsaj eno odraslo osebo, ki se vede mentorsko in pa otrokove nadarjenosti, spretnosti ali veščine (nadarjenost za šport, učenje, petje ali drugo ustvarjanje). Prispevek bo odgovoril na vprašanje kako socialno ekonomski status skupaj z zasvojenostjo z alkoholom v družini vplivata na socialno iz/vključenost in na razvoj opolnomočenja pri vključenih otrocih v program, ki temelji na socialno pedagoških konceptih in sorodnih znanstvenih teorijah (razvojna psihologija, pedagoška psihologija, teorija socialne vključenosti, socialnega in izkustvenega učenja ter skupinska dinamika), ki so usmerjene v obvladovanje in premagovanje življenjskih problemov posameznika. Predstavljene bodo ugotovitve kako vključenost otrok iz odvisnih družin v strokovno vodeno vpliva na njihovo socialno iz/vključenost in opolnomočenje, saj raziskave kažejo, da ima večja psihološka odpornost pri otrocih dolgoročne posledice na njihovo psihosocialno funkcioniranje.

Ključne besede: Pozitivni viri moči, odvisnost od alkohola, socialna vključenost in integracija, skupinska dinamika in izkustveno učenje



Presentation present evaluation of work with children whose parents have alcohol problems and children are therefore deprived of important social and other experiences in the primary family environment. The modern concepts of health mental followed by an interactive effect of individual's personal potential and environmental impact. Research suggests that supportive external environment in the primary family increases the likelihood of good conduct with a child. Addiction to alcohol because of its prevalence is one of the biggest public health problems and is an important risk factor for social exclusion of children from families dependent. Previous research suggests that psychological factors are important resistance in children living in adverse living conditions (eg, addiction to alcohol, poverty, violence, etc.). Mainly two: the child's positive experience with at least one adult who behaves as mentor and child's talents, skills, or skills (talent for the sport, learning, singing, or create another). The contribution will be answered on the question of how socio-economic status, together with addictions to alcohol within the family influence on the social / involvement in the development and empowerment of children enrolled in the program based on the social teaching of scientific concepts and related theories (developmental psychology, educational psychology, the theory social inclusion, social and experiential learning and group dynamics), which are focused on managing and overcoming life's problems of the individual. Presented the findings of how the involvement of children in dependent families in professionally guided in their social impact of / involvement and empowerment, research suggests that greater psychological resilience in children long-term effects on their psychosocial functioning.

Keywords: Positive sources of power, alcohol dependence, social inclusion and integration, group dynamics and experiential learning

UVOD

Za Slovenijo velja, da je mokra kultura, kjer je alkohol lahko dostopen, toleranca do škodljivih posledic pa zelo visoka (Edwards, 1994). Iz tega sledi, da je družbeno mnogo bolj sprejemljivo pitje alkohola in alkoholnih pijač kot obratno.

Odvisna družina je tista, v kateri je vsaj en član odvisen od vsaj ene psihoaktivne snovi (Čebašek - Travnik, 1999). Odvisnost v družini vpliva na odnose v njej, na odnos med part-



nerjema, med starši in otroki ter tudi med otroki samimi. Prve posledice je opaziti pri čustvenem sporazumevanju med člani družine: najprej se pojavi čustvena odtujenost med partnerjema, nato prepiri, nesoglasja, nasilje. Otroci v takšnem družinskem okolju niso deležni starševske ljubezni, občutka varnosti, ni zaupanja, nenehno je prisoten strah, kaj se bo zgodilo in zaradi tega so prikrajšani za pomembne pozitivne socialne izkušnje.

Družina je sistem, v katerem vsak posamezen član pridobi svoje prve socialne izkušnje, doživetja, občutja, čustva (občutek varnosti, zaupanja, sprejetosti, ljubezni, strahu, jeze, sovraštva, maščevanja, zavisti, moči ipd) (Tomori, 1994). Hkrati družina kot sistem deluje po načelih organizacije ter celovitosti in si hkrati izoblikuje tudi svojo, sebi lastno, samoregulacijo.

Namen vodenega strokovnega dela z otroki iz odvisnih družin je ustvarjanje varnega socialnega okolja (nadomestne družine) za vse tiste otroke in mladostnike, ki le tega niso deležni v svojem primarnem družinskem okolju zaradi težav s škodljivim in tveganim pitjem alkohola staršev ali celo zaradi zasvojenosti z alkoholom v družini. Varno socialno okolje je torej tisto, ki otrokom omogoča pridobivanje pozitivnih osebnih, socialnih in drugih izkušenj s spodbujanjem njihovih potencialov, talentov, pozitivnih virov moči ipd.

Koncept opolnomočenja

Opolnomočenje (ang. Empowerment) omogoča otrokom razvoj občutka, da so se sposobni sami odločati o svojem življenju in te odločitve uresničevati v praksi. Z opolnomočenjem krepimo tisto pot in odločitve, ki jih je naredi otrok sam zase in mu pomaga spoznavati in razumeti družbene in osebne ovire v njenem življenju. Z opolnomočenjem pomagamo posamezniku, da spozna družbeno ustvarjene, strukturne neenakosti in diskriminacije ter ga spodbujamo, da razvije tiste sposobnosti, s katerimi lahko razširi svoj vpliv in sposobnost za uporabo moči.

Z opolnomočenjem krepimo občutek samozavesti, spodbujamo osebo, da uporablja vzvode pozitivnih moči in delujemo tako, da pride do premika te moči. Moč ni le na strani terapevta / mentorja / strokovnjaka, temveč tudi na strani otroka. Pridobljeno moč uporabi zase, za podporo drugim ali / in za socialno akcijo.

Ključne faze opolnomočenja so:

- pridobivanje občutka, da je oseba sposobna odločati o svojem življenju;



- podpora, da svoje odločitve uresniči v vsakdanjem življenju;
- podpora, da se oseba odloči tako, kot sama misli, da je zanjo najbolje;
- spoznavanje družbenih in osebnih ovir;
- spoznavanje in razumevanje družbeno ustvarjenih strukturnih diskriminacij;
- povečanje vpliva v svojem življenju;
- krepitev občutkov samozavesti, da oseba prične uporabljati moč, ki jo ima.

Stigmatizacija otrok

Otroci, ki prihajajo iz družin, kjer imajo težave zaradi alkohola, pogosto ali pa celo praviloma, srečujejo s predsodki, stigmo in diskriminacijo, povezano z njihovim socialno – ekonomskim statusom in vedenjskimi vzorci družine oz. posameznih članov družine.

Predsodek je stališče, skupek prepričanj (npr. o posamezniku ali skupini), ki so utemeljena na osnovi njegove pripadnosti določeni (stigmatizirani) skupini ter se oblikujejo s pomočjo socialnih reprezentacij, ki prevladujejo v družbi. Iz tega je mogoče sklepati, da predsodki niso stvar posameznikov, temveč skupin in družb. Socialno kategoriziranje teži k izoblikovanju manjšega števila lahko preglednih tipov ljudi in skupin, s čimer se poudarjajo razlike med socialnimi skupinami in zmanjšujejo razlike med člani, ki pripadajo isti skupini (Nastran Ule, 1997; Gorše Goli, 1997).

Predsodki nastajajo zato, ker ljudje ne morejo razviti svoje samopodobe. Identiteta se gradi na tem, da so drugačni kot »oni drugi«. Za tistega, ki na osnovi predsodkov stigmatizira, je to naraven in učinkovit odgovor na morebitno grožnjo ali nevarnost, za stigmatiziranega pa globoko trpljenje (Švab, 2009).

Predsodki imajo izrazito **spoznavno** (kognitivno) dimenzijo. Nastran Uletova (1997) to primerja z logiko karikature: karikature so toliko bolj izrazite, kolikor enostavnejše so, zreducirane na nekaj ključnih potez. Predsodki temeljijo in se ohranjajo prek polarizacij, kontrastov, razlik med kategorijami ljudi, predmetov, situacij.

Stigma označuje tisto posameznikovo lastnost, ki ga loči od večine v skupnosti, tako da ima večina in tudi on sam to lastnost za odklonsko (Goffman, 1963; Goffman, 2008).

Stigmatizacija je poseben odziv okolja na drugačnost, različnost. Ameriški sociolog Erving Goffman (1963:14) jo je opredelil kot »nezaželeno drugačnost« ter je domneval, da je mogoče vse človeške razlike stigmatizirati. V nekaterih okoljih je drugačnost (barva kože, etična



pripadnost, veroizpoved, starost, izobrazba, politično prepričanje ipd.) nezaželena, okolje pa stigmatizirane osebe dojema kot manjvredne, so lahko tarče posmeha, zaničevanja, psihičnega in fizičnega nasilja, dostop do družbenih dobrin (kot npr.: izobrazba, delovno mesto ...) jim je pogosto otežen.

Stigmatizacija se razvije v odnosih s posameznikom, ko mu ne izkažemo tistega spoštovanja in priznanja, ki bi ji pripadala glede na njen družbeni položaj, ob neupoštevanju njenih določenih »kritičnih« lastnosti (Goffman v Nastran Ule, 1997: 184).

Vedenje, ki je posledica predsodkov, je diskriminacija (Watson idr. v Švab, 2009).

Diskriminacija je posebno obnašanje do oseb zaradi njihovih posebnosti, ki so označene kot drugačne, in zaradi njihove pripadnosti »zaznamovanim« skupinam. Osebe, ki so žrtve diskriminacije, nosijo psihološko breme. Pri njih se pogosto razvijejo tudi občutki manjvrednosti, hkrati pa tudi samoponižujoči (ang. self-defeating) vzorci obnašanja. Žrtve diskriminacije se tako začnejo obnašati v skladu s predsodki drugih o njih (Nastran Ule, 1997).

Socialno učenje

Preko socialnega učenja otroci spoznavajo sami sebe, se soočajo z življenjem na drugačen, bolj zrel način in pričnejo spoznavati, da je mogoče reševati težave tudi drugače in da je utapljanje le teh v alkoholnih hlapih in drugi omami nesmiselno in da dolgoročno ne pri naša rešitve.

Namen in cilj vodenega strokovnega dela z otroki je v usmerjanju h krepitvi zdravega življenjskega sloga in pozitivnih vrednot, ko se le ti soočajo s problemi krize odraščanja, iskanjem smisla svojega življenja, čustvovanja, iskanja tolažbe v omami, skratka s težavami, pogojenimi z razvojnimi procesi in zahtevami socialnega okolja.

Izhajajoč iz različnih teorij se razvoj socialnega učenja začne najprej v otrokovi primarni družini. Glede na to, da so otroci, ki so vključeni v vodeno strokovno delo, prikrajšani tudi za pomemben del socialnega učenja v primarnem družinskem okolju, jim odnos med otrokom in pomembno odraslo osebo (mentorjem – socialnim pedagogom) omogoča razvoj občutka varnosti, pridobivanje znanja in različnih veščin. Otrok se uči, ko opazuje vedenja in dejanja odraslih. Hkrati pa medvrstniški odnosi dajo otroku možnost, da se nauči tistih spretnosti, ki jih lahko pridobi le med enakimi, to so sodelovanje, delitev stvari, reševanje konfliktov, zmožnost ustreznega komuniciranja ipd.



Razlikujemo med prosocialnimi ali zaželenimi oblikami vedenja in socialno nezaželenimi oblikami vedenja (Škoflek, 2001). Med prosocialna vedenja štejemo sodelovanje, prijateljstvo (sodelovanje, druženje, enakopravnost), altruizem (nesebična pomoč, prepoznavanje pomoči potrebnega) in empatijo.

Namen socialnega učenja je uspešno vključevanje otroka v socialni prostor in učenje sodelovanja v tem prostoru, hkrati pa socialno učenje spodbuja tudi razvoj socialnih veščin, ki ustvarjajo možnosti za vključevanje v različne socialne skupnosti in sodelovanju v njih ter socialno sporazumevanje. Otroku dobro razvite socialne veščine omogočajo uveljavljanje in uresničevanje želja na takšen način, da drugi pri tem niso oškodovani. S socialnim učenjem želimo doseči, da bi otroci brez težav sprejemali nove socialne vloge, se vključevali v nove skupine ter pri tem uporabljali izkušnje in sposobnosti za sodelovanje.

Cilj socialnega učenja je osvojiti socialne spretnosti, veščine, ki posamezniku omogočajo najti stike z drugimi, se dogovarjati in sodelovati, obenem pa ohranjati svoje bistvo in graditi pozitivno stališče do sebe – oblikovati pozitivno samopodobo.

Ugodno okolje in prijetna socialna klima sta predpogoj za oblikovanje zdrave otrokove samopodobe.

Socialno učenje omogoča otrokom, da se med seboj spoznavajo ter poslušajo drug drugega, razumejo in se vživljajo v drugega, sprejemajo in rešujejo konfliktna situacije ter namesto tekmovanja gradijo odnose sodelovanja. Od vseh metod učenja se s socialnimi igrami omogoči boljše sprejemanje drugih, strpnost, spoštovanje občutkov in vedenja drugih članov skupine.

Gre za zavestnejše izbire učinkovitih in zadovoljivih ravnanj v socialnih situacijah, ob čemer je potrebno posebno pozornost nameniti čustveni dimenziji. Učinkovita in konstruktivna socialna integracija pomeni sposobnost otrok in mladostnikov, da v socialni sredini uspešno zadovoljuje svoje osnovne psihosocialne potrebe in upoštevajo potrebe drugih.

Brez socialnih spretnosti otroci in mladostniki ne morejo učinkovito funkcionirati v medosebnih odnosih, se spopadati z življenjskimi zahtevami in konstruktivno prispevati k razvoju družbe, ko odrastejo.

Izkustveno učenje

Izkustveno učenje pomaga razvijati lastnosti, ki jih bodo uporabniki potrebovali v prihodnosti, in sicer: sposobnost prilagajanja novim okoliščinam, osebnostna avtonomija, občut-



ljivost do sebe in drugih, sposobnost komunikacije in sodelovanja, zmožnost celovitega dojemanja, sinteze, zmožnost znati se v nepredvidljivih, kompleksnih socialnih situacijah. Pri izkustvenem učenju se ne osvaja že znanih stvari iz preteklosti, ampak se uči predvidevanja prihodnosti (Marentič Požarnik, 2008), kar bomo poskušali doseči z učenjem skozi igro, strukturiranimi vajami, skupinsko interakcijo, igro vlog, telesnim gibanjem, pisanjem.

Ustvarjalne, kreativne, kulturne dejavnosti

Aktivnosti vključujejo številne estetske in druge discipline: literaturo, deklamacijo, igro, umetnost linij, barv, umetnost tona, petja, prostora in časa.

Ena pomembnejših značilnosti te vrste aktivnosti je, da stopamo v prostor, čas, skupaj otroci in mentorji. Pri vsem tem so pomembni odnosi. Ustvarjalnost in kreativnost sta bistvena elementa razvoja vsakega posameznika. Krepitev ustvarjalnosti omogoča možnost specifičnega pridobivanja novih izkušenj, preizkušanja lastnih možnosti in uveljavljanja, kar v veliki meri sledi načelom socialno pedagoškega dela, saj se posameznik v procesu ustvarjanja in soustvarjanja razvija (čustveni razvoj, krepitev odgovornosti za prevzemanje vlog, krepitev samostojnosti in ustvarjalnosti pri posameznikih, čut za estetiko, soočanje z novimi doživljanji, razvijanje komunikacijskih sposobnosti), hkrati pa vzpostavlja medosebne odnose z drugimi. Socialni pedagog je v vlogi mentorja in mora poznati otrokove značilnosti (intelektualne, njihove specifične lastnosti, čustveno in socialno prilagodljivost, njegova močna področja, njegove strahove, njegove predhodne uspehe ali neuspehe, ipd). Mentor delo načrtuje tako, da bo vsak posameznik deležen takšnega pristopa kakršnega potrebuje za svoj osebni razvoj, da v procesu ustvarjanja pridobiva pozitivne izkušnje, doživlja pozitivna čustva in občutke. Mentor tudi organizira dejavnosti z namenom, da se vsak posameznik lahko v največji možni meri vključuje v proces dela in se ob tem tudi uveljavi ter lahko pokaže svoje talente in razvija svoje pozitivne lastnosti.

Gibalne in športne aktivnosti

Številni strokovnjaki (npr. Brettschneider, Naul, Currie, Hardman, Kovač) dokazujejo, da je strokovno vodena, dovolj intenzivna, kakovostno strukturirana in redna športna vadba, dejavnost, ki lahko nevtralizira negativne posledice današnjega pretežno sedečega načina življenja in neustreznih navad otrok, kar je v precejšnji meri pogojeno tudi z družbenimi



vrednotami in prepričanji.

Cilj vodenega strokovnega dela z otroki

Cilj dela z otroki je pridobivanje novih socialnih izkušenj, učenje novih veščin, pozitivnih življenjskih izkušenj v varnem socialnem okolju s ciljem krepitve pozitivnih vrednot, pozitivne samopodobe, samospoštovanja, spoštovanja drugih in sprejemanja drugačnosti, krepitve zdravega življenjskega sloga.

Delo z otroki temelji na socialno pedagoških konceptih, ki otroke usmerjajo v obvladovanje in premagovanje življenjskih problemov, hkrati je cilj dela, da bi otroci razvili čim bolj kritičen pogled in razumevanje situacij, s katerimi se vsakodnevno srečujejo. Strokovno vodeno delo otroke usmerja v socialno integracijo v ogrožajočih življenjskih situacijah, v katere jih je izrinila družba, družina ali skupnost ali jih celo izključila iz nje (Zorc Maver, 2007).

Značilnosti vodenega skupinskega dela z otroki

Mentor je tisti, ki vodi, usklajuje, spodbuja učenje in delovanje skupine. V skupini usklajuje in spodbuja osebno rast in razvoj otrok, ki so vključeni v vzgojni proces kot enakopravni, samostojni in dejavni člani skupine.

Mentor je strokovno in moralno odgovoren za potek strokovnega dela v skupini oz. za vzgojo. Njegova pomembna naloga je, da s strokovnim delom in intervencijami doseže dejavno sodelovanje vseh.

Mentor predstavlja pomembnega vzornika ostalim članom v skupini, ki se z njim primerjajo, enačijo. Vzgoja poteka po modelnem učenju, ki ga je utemeljil Bandura in ugotovil, da je učinek učenja z opazovanjem odvisen od več dejavnikov (Marentič Požarnik, 2008). Ti so:

- značilnost modela,
- osebne lastnosti,
- značilnosti situacije.

Učenje po modelu vpliva na posameznika na več načinov (prav tam):

- nauči se novih oblik vedenja,
- okrepijo se že obstoječi načini vedenja in ravnanja,
- odstranijo ali vzpostavijo se zavore določenih oblik vedenja.



Pri takšni obliki dela in učenja lahko izkoristimo možnost, da se otroci s posnemanjem naučijo pozitivnih, prosocialnih oblik vedenja, načinov ravnanja v frustracijskih situacijah in ob reševanju konfliktov ipd.

Posledica tega načina učenja je tudi predvidevanje, kaj posamezniku utegne prinesiti določeno vedenje, prav tako se oblikujejo predstave o tem, kakšno vedenje je v določeni situaciji normalno, kaj je prav, sprejemljivo, moralno in kaj ne. Oseba tako razvije svoje notranje standarde, ki vplivajo tudi na vedenje, ko modela (strokovnjaka) več ni.

Poleg osveščenosti in zrelega veselja za delo v skupini so potrebne tudi osebnostne lastnosti, brez katerih ni mogoče uspešno delovati. Uspešen mentor mora na prvo mesto postaviti čut za odgovornost, nato dobro razumevanje samega sebe in odprto doživljanje ljudi. Hkrati pa mora biti odporen na razočaranja, občutljiv za čustva in obrambne mehanizme članov skupine (Ramovš, 1981). Rogers (1985) pa temu dodaja še dve lastnosti, in sicer iskrenost in razumevanje ter sposobnost sprejemanja osebe takšne, kot je. Hkrati tudi poudarja, da je stopnja uspeha v odnosu odvisna od stopnje razvoja strokovnjaka samega.

Strokovnjak torej vzgaja s svojo osebnostjo, s svojim odnosom do alkohola, s tem, kar govori in dela, s svojim načinom življenja in kako se vede v skupini in zunaj nje.

Odnos ni nekaj samo po sebi umevnega. Vprašanje odnosa je jedro poklicne samoumevnosti, saj mora biti vse, kar bo narejeno, preneseno prav prek tega odnosa (Krajncan in Bajželj, 2008). Mentor mora biti kongruentna oseba, za katero je značilno, da čuti tisto, kar govori, in katerega globoka prepričanja so skladna z njegovimi besedami (Rogers, 1985).

Socialno – pedagoški odnos

Socialnopedagoški odnos je vsak poseben medosebni odnos, ki nastane med socialnim pedagogom in otrokom. Gre za obojestranski proces dajanja in dobivanja, kjer niso samo uporabniki tisti, ki dobijo, temveč tudi socialni pedagog. Dober stik dvigne energijo delo socialnega pedagoga, kar mu omogoči sproščenost pri delu in stopnjuje pripravljenost, da bi se čim bolj izživel in razdal (Krajncan in Bajželj, 2007).

Ne samo uporabnike, tudi strokovnjake je treba opozarjati, da vsakdanja bližina ni namenjena sama sebi. Je nekaj naravnega, intuitivnega, hkrati pa jo je potrebno znati oblikovati na zavednem nivoju. Kvaliteten odnos med strokovnjakom in uporabnikom je pogoj za uspešno pomoč. Ko odnos tako občutita oba, uporabnik lahko strokovnjaku zaupa (prav



tam).

Pomembna značilnost socialnopedagoškega odnosa je empatija ali vživljanje, kar predstavlja občutljivost socialnega pedagoga do uporabnika. Pri empatiji pa potrebujemo tudi delno distanco.

Bližina in distanca sta neizogibni sestavini vsakega socialno pedagoškega odnosa. Z vidika v življenjski svet usmerjene socialne pedagogike lahko naloge ustvarjajo primerno ravnotežje med bližino in distanco na treh prepletenih ravneh (Krajncan in Bajželj, 2007):

- ravnotežje med osebno bližino in distanco,
- ravnotežje med bližino in distanco lastne logike interesov in samovrednotene kognicije ter potreb profesionalnega delovanja,
- ravnotežje med bližino in distanco lastne logike in interesov organizacijskih, infrastrukturnih ter ekonomskih pogojev profesionalnih intervencij.

Pomembno je védenje, da bodo cilji izostali, če pravega odnosa ne bo.

Opazovanje kot ena izmed osnovnih nalog socialnega pedagoga

Delo socialnega pedagoga mora biti usmerjeno v iskanje rešitev, vključno z razpoložljivimi osebnimi in socialnimi viri posameznika (pacienta, uporabnika, strokovnjaka). Njegova osnovna naloga je, da opazi, da posameznik potrebuje podporo, sodelovanje, svetovanje in potrditve, da je takšno vedenje zaželeno in da bi se s potrditvami (pohvalami) lahko le-to postopoma utrdilo.

Vzpostavljen empatičen odnos s posameznikom omogoča socialnopedagoško delo. Hkrati pa mora socialni pedagog slediti osnovni usmeritvi socialne pedagogike, poskrbeti, da posameznik dobi občutek, da ga nekdo razume, sliši, sprejema, spoštuje takšnega, kot je, brez predsodkov, da sprejema njegove pozitivne in negativne strani.

Sprejemanje drugačnosti

Drugačnost je lastnost, značilnost drugačnega, neobičajnega. Za zaželeno drugačnost smo pripravljene narediti veliko. Drugačnosti, ki je manj zaželeno, pa se bojimo in si pred njo zatiskamo oči.

Tisti, ki se z drugačnostjo srečujejo vsakodnevno, težave poznajo in so zanje občutljivi.

Biti drugačen v družbi pomeni ne ustrezati njenim normam. Drugačnost izraža našo individualnost, nas tudi bogati. Ljudje smo si različni, drugačni. Z drugačnostjo se srečujemo



vsak dan. Kakovost socialnih odnosov, motivov, spretnosti, potreb je soodvisna tudi od našega pogleda na drugačnost in sprejemanju le-te. Pomembne so seveda tudi naše dosežanje izkušnje, naša sposobnost živeti se v drugega, biti strpen, naša pripravljenost za sodelovanje z drugimi ne glede na to, kdo smo in kakšni smo.

Če izhajamo iz predpostavke, da ne verjamemo, da je oseba s stigmo čisto pravi človek, jo na različne načine diskriminiramo, s čimer učinkovito zmanjšujemo njene življenjske možnosti, čeprav se tega pogosto ne zavedamo (Goffman, 1963: 14).

Ena izmed najpomembnejših možnosti, ki jo ima stigmatizirani, je, da se v sodelovanju z normalnimi osebami obnaša, kot da bi bila njegova znana drugačnost nepomembna in se z njo ne bi bilo potrebno ukvarjati (Goffman, 1963: 43).

Sprejemanje drugačnosti je velik korak k razvoju razumevanja, solidarnosti, tolerantnosti, spreminjanja negativnih stališč in predsodkov, hkrati širjenje strpnosti in sprejemanje ter spoštovanje drugačnosti. Povečati je treba skrb za socialno vključevanje in za razvoj vrednot skupnega strpnega bivanja v različnosti.

Evalvacija vodenega strokovnega dela z otroki iz odvisnih družin

Evalvacija predstavlja povratno informacijo o vodenem strokovnem delu z otroki, ko so na sistematičen in vnaprej določen način zbrani podatki, ki jih nato ovrednotimo. Je pomemben dejavnik in tudi argument pri naših odločitvah glede razvoja programa. Rezultati evalvacije omogočajo načrtovanje prihodnjih aktivnosti in nam odpira možnosti za razvoj programa, vsebinsko, po obsegu, strokovno ipd. Evalvacija pa je seveda tudi odgovor na vprašanje ali nam je uspelo uresničiti zastavljene cilje in v kolikšni meri.

Na osnovi zbranih podatkov o uporabnikih in poteku vključenosti v program ugotavljamo, ali smo zastavljene cilje programa dosegli v pretežni meri, zadovoljivo ali nezadovoljivo.

Ugotavljamo, da je večina otrok, ki so vključeni v program dela v šoli dosegala praviloma boljši uspeh kot pred vključenostjo in so bolj motivirani za učenje in osebni razvoj. Opažamo, da več kot polovica vključenih otrok skrbi za krepitev zdrav življenjski slog, tudi v primarni družini, več svojega prostega časa posvečajo športnim in drugim aktivnostim (ustvarjalne, kulturne ipd.). Njihova komunikacija z vrstniki, starši in drugimi je primernejša (so bolj prilagodljivi, manj samosvoji, trmasti, vidijo sebe, opazijo druge, so pripravljene pomagati drugim pri opravljanju šolskih obveznosti in tudi na drugih področjih, kar



seveda vpliva tudi na njihove odnose s pomembnimi drugimi. Otroci so pripravljene sprejeti odgovornost do prevzetih nalog, jih tudi opravijo odgovorno in vestno. Njihov napredek spremljamo in ugotavljamo, da so posamezni otroci sposobni sprejeti odgovornost v celoti, drugi letni, eni pa še ne.

Z aktivnostmi programa smo uspeli uspešno slediti cilju in glede na opazovanje in izvedene polstrukturirane intervjuje ugotavljamo, da se krepi socialna mreža vključenih uporabnikov. Hkrati pa konfliktno situacije rešujejo na primernejši način. Spremenili so odnos do sebe, svojega telesa in drugih oseb.

LITERATURA IN VIRI

Čebašek - Travnik, Z. (1999). Zloraba in odvisnost od psihoaktivnih snovi. V. M. Tomori, S. Ziherl (ur.). Psihijatrija. Ljubljana: Medicinska fakulteta, s. 137–168.

Edwards, G., Anderson, P., Babor, T.F., Casswell, S., Ferrence, R., Giesbrecht, N., Godfrey, C., Holder, H.D., Lemmens, P., Mäkelä, K., Midanik, L.T., Norström, T., Österberg, E., Romelsjö, A., Room, R., Simpura, J. in Skog, O.-J. (1994). Alcohol policy and the public good. New York: Oxford University Press.

Fengler, J. (2007). Nudenje pomoči utruja. Ljubljana: Temza d.o.o.

Goffman, E. (1963). Stigma – Notes on the Management of Spoiled Identity. New Jersey: Prentice – Hall Inc.

Goffman, E. (2008). Stigma – Zapiski o upravljanju poškodovane identitete. Maribor: Aristej.

Gorše Goli, A. (1997). Nekatere socialno psihološke značilnosti, odvisnih od alkohola, vključenih v klub zdravljenih alkoholikov. Diplomsko delo, Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta.



Krajnčan, M., Bajželj, B. (2008). Odnos – osnova za socialnopedagoško delo. V: M. Krajnčan., D. Zorc Maver, B. Bajželj, B. (ur.). Socialna pedagogika med teorijo in prakso. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta, s. 55–70.

Marentič Požarnik, B. (2008). Psihologija učenja in pouka. Ljubljana: DZS

Nastran Ule, M. (1997). Temelji socialne psihologije. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.

Ramovš, J. (1981). Alkoholno omamljen 1. Celje: Mohorjeva družba.

Rogers, C. (1985). Kako postati ličnost. Beograd: Nolit.

Škoflek, I. (2001). Prosocialno in agresivno vedenje učencev v šoli. Socialna pedagogika, 4 (1), s. 1–24.

Švab, V. (2009). Duševna bolezen in stigma. Ljubljana: Šent Slovensko združenje za duševno zdravje.

Švab, V. (2009). Stigmatizacija ljudi z duševnimi motnjami. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, interno gradivo. Neobjavljeno gradivo.

Tomori, M. (1994). Knjiga o družini. Ljubljana: EWO.

Zorc Maver, D. (2007). Uvod – Socialna pedagogika v družbi negotovosti. V: Kobolt, A., Razpotnik, Š., Zorc Maver, D., Socialna pedagogika – Izbrani koncepti stroke. Ljubljana: Pedagoška fakulteta.

Zorc Maver, D. (1997). Koncept življenjsko usmerjene socialne pedagogike v sodobni družbi tveganja. Socialna pedagogika, 1, (1), s. 37–44.



Študija primera družine, ki se sooča z zasvojenostjo, z vidika teorije objektivnih odnosov, psihologije jaza, socialnih interakcij in sistemske teorije

Tea Djokić, Janez Cerar

tea.djokic@gmail.com

Povzetek

V študiji primera smo raziskovali primer družine, ki se sooča z zasvojenostjo mlajše hčere. Pri tem smo se osredotočili na vidik zgodnjih izkušenj in doživljanj (objektni odnosi, proces separacije in individualizacije) ter značilnosti obdobja adolescence, ko narava posamezniku ponudi možnost, da prepozna v otroštvu zasejano seme nefunkcionalnosti, razreši nefunkcionalno vedenje in izkoristi ponovno možnost, da stvari postavi na svoje mesto.

Podatke smo črpali iz arhiviranih dokumentov in spisov Centra za socialno delo. Opravili smo več interjujev. V psihodiagnostične namene smo uporabili projekcijski preizkus "nedokončani stavki" in vprašalnik samopodobe Rosenberg Self Esteem Scale. Na osnovi analize vseh zbranih podatkov in uporabljenih psihodiagnostičnih sredstev smo ugotovili, da so se odnosi v družini z vstopom deklice v puberteto močno poslabšali. Stanje v družini je s prehodom zasvojenke na trdo drogo postalo nevdržno. Pri zasvojenki so bile prisotne motnje vedenja ter v primerjavi z vrstniki izredno nizka samopodoba.

Dobljene rezultate smo interpretirali z vidika psihologije jaza, teorije objektivnih odnosov in sistemske teorije ter ugotovili, da je na razvoj zasvojenosti in nizke samopodobe pri deklici vplivala zgodnja prikrajšanost v objektivnih odnosih.

Namen prispevka je z omenjenih vidikov podrobneje prikazati zasvojenost z mamili v družini ter možnost aktivnega vključevanja družinskih terapevtov v delo z zasvojenecem in matično družino z vzpostavljanjem odnosa, ki omogoča spremembo osnovnih relacijskih struktur, z ozaveščanjem potlačenih vsebin in zagotavljanju manjkajočih zgodnjih doživetij. Najpomembnejši dejavniki terapije so razvoj empatije, zmožnost vzpostavitve ustreznega medosebnega odnosa ter nudenje podpore.



Prispevek poudarja pomen dela psihoterapevtov relacijske družinske terapije ki lahko pomembno prispeva k nadaljnjemu razvoju pomoči in dela z odvisniki in njihovo družino v Sloveniji.

Ključne besede: zasvojenost, objektni odnosi, samopodoba, empatija, relacijska družinska terapija (RDT)

1. UVOD

Uživanje drog je staro od kar je človeštvo. O tem se je včasih na Slovenskem samo bralo. Tudi je bilo včasih uživanje drog v družbi privilegij, uživale so se le v določenih slojih. Droge tudi niso bile lahko dostopne. Sčasoma, z demokratizacijo družbe, z odprtostjo, razcvetom turizma zaradi izredno razvite prometne infrastrukture in cenovno dostopnih prevozov, je žal droga začela postajati prisotna tudi v naši sredini. Odkar pa je dostop do nje samo vprašanje denarja, njeno razpečevanje pa je donosen posel, je, ne glede na nelegalnost njenega posedovanja in razpečavanja, njena razširjenost pri nas dosegla zaskrbljujoče razmere. Razlogi, zaradi katerih se ljudje odločijo, da posežejo po drogi so različni, posledice pa so težke in zahtevajo strokovno obravnavo. Uživalci drog z njimi postanejo namreč zasvojeni. Droge razžirajo njihovo zdravje, uničujejo in razdirajo družinske vezi, porinejo uživalce na družbeni rob.

2. NAMEN IN CILJI:

Namen prispevka je prikazati primer družine, ki se sooča z zasvojenostjo, ter kako RDT pristopa k temu problemu. Prikazati želimo zasvojenost z mamili v družini ter možnost aktivnega vključevanja družinskih terapevtov v delo z zasvojenecem in matično družino z vzpostavljanjem odnosa, ki omogoča spremembo osnovnih relacijskih struktur, z ozaveščanjem potlačenih vsebin in zagotavljanjem manjkajočih zgodnjih doživetij.

Cilj študije primera so osvetliti družinsko situacijo iz vidika:

- teorije objektnih odnosov
- Psihologije jaza



- sistemske teorije

V pričujočem članku s študijo primera sva želela prikazati tudi kako skozi RDT pristop pripeljati človeka nazaj v življenje.

V teoretičnem delu prispevka bova predstavila teorije objektivnih odnosov, psihologijo jaza in sistemsko teorij. Nato bova osvetlila relacijsko družinsko terapijo (RDT), ki integrira vse tri modele in predstavila model RDT. V empiričnem delu bova predstavila konkreten primer družine z zasvojenim otrokom, uživalcem droge. V zadnjem delu bova podala zaključke in ugotovitve.

3. TEORETIČNI DEL

V modelu relacijske družinske terapije (sistemsko relacijski model) (Gostečnik 2002) so zajete interpersonalna psihoanaliza, teorija objektivnih odnosov in psihologija jaza. Te teorije so v modelu RDT integrirane s pojmi sistemske teorije, saj je v njej posameznik vedno razumljen kot del sistema iz katerega izhaja in kateremu pripada.

3.1 Teorija objektivnih odnosov

Najpomembnejša ugotovitev teorije objektivnih odnosov je, da primarni objektivni odnos močno determinira vse kasnejše odnose.

V človeku je vrojena težnja po odnosih, človek išče stik z drugim. Najpomembnejši objekt v zgodnjem otroštvu so starši, ti so zanj "pomembni drugi", kar je uveljavljen naziv za objekte, s katerimi se otrok identificira. Izkušnja z osebo, ki skrbi za otroka, se ponotranji in določi temelj psihične strukture (Scharff in Scharff 1998). Otroku v interakciji z okoljem gradi svoj psihični aparat. Otroku posnema pomembnega drugega, sprejme njegove želje in lastnosti za svoje, se razvija v skladu z njegovimi pričakovanji, ponotranji želje pomembnega drugega in v zameno pričakuje njegovo brezpogojno ljubezen. Otroku torej preko pomembnega drugega ne ponotranji eksplicitnih in pojasnenih zahtev in vrednot, temveč vase sprejema implicitno idealno podobo samega sebe, s katero meni, da bo ugajal pomembnemu drugemu ter si tako zagotovil njegovo stalno naklonjenost (Kroflič 1997).



Teorija objektivnih odnosov se osredotoča na razvoj ega, identifikacijske procese ponotranjenja ter oblikovanje selfa, kar se vse dogaja znotraj konteksta odnosov s pomembnimi drugimi osebami.

3.2 Temeljna načela psihologije jaza

Osnovno nezavedno človeško doživljanje in delovanje teži k ohranitvi kohezije jaza, trdi psihologija jaza. Psihologija jaza raziskuje najglobljo in najbolj temeljno strukturo posameznikovega doživljanja, ki gre celo onstran internih objektivnih odnosov, a jih obenem vzdržuje v zelo dinamični strukturi jaza (Pinsof in Wynne 2000). Ta nivo posameznikove strukture posamezniku omogoči osnovni čut za jaz in temeljno občutje identitete (Gostečnik 2010).

Drugi so torej vedno, vsaj implicitno, vključeni v ta sistem, ki tudi predstavlja afektivni regulativni mehanizem, okrog katerega je organiziran in orkestriran občutek za samega sebe ali za jaz. Obenem pa ta sistem lahko konstituira tudi afektivni psihični konstrukt, ki zavira zdrav razvoj in funkcionalnost. Le-ta se odraža v lažnem jazu, ki je produkt materine odsotnosti, matere, ki otroka ne razume, ga zavrne, ga pušča v nevarnosti, celo zavrže, ali pa je rezultat materine neprimerne skrbi, kadar ta otroka potrebuje za svojo lastno potrditev, ga izkorišča za potrditev svoje ženskosti, če je njen partner odsoten, kar v otroku pušča zelo globoke psihične, včasih pa tudi fizične organske rane (Gostečnik 2010).

3.3 Temeljna načela sistemske teorije

Sistemska teorija poudarja sistemsko celovitost, podsisteme, sistemsko krožnost, pravila in vloge v sistemu, razmejitve v sistemu, informacija in energija v sistemu, pozitivni in negativni feedback, ki se vzpostavlja na podlagi pravil, vlog in principov.

V terapiji se ponovijo značilnosti sistema družine, iz katere pacient izhaja, terapevt preko kontratransferja ta sistem razume, ker vzpostavi s pacientom nov odnos in prav ta odnos med terapevtom in pacientom je tista podlaga, ki vpliva na spremembo v sistemu iz katerega pacient izhaja, vendar pa s tem, ko je odziven na drugačen način, kot so bili pomem-



bni drugi v pacientovem sistemu, dobi pacient uvid v svoje ravnanje, hkrati pa tudi odgovornost, da v domačem okolju ravna drugače. Na podlagi kontratransferja in vzajemnosti se spremeni temeljna psihična struktura posameznika (Rožič 2004).

3.4 Relacijsko družinska terapija (RDT)

Relacijska družinska terapija (RDT) predstavlja povezavo med relacijskimi teorijami, interpersonalno psihoanalizo, teorijo objektnih odnosov in psihologijo jaza ter jih integrira s pojmi sistemske teorije (Gostečnik 2002). Terapija ima velik vpliv na posameznikovo psihično strukturo, saj omogoči zablokiranemu in čustveno neodzivnemu selfu, da postane aktiven in začne čustvovati. V otroštvu prekinjen proces dozorevanja se ponovno spontano spodbudi ob terapevtu, ki je iskren, pristen in čustveno predvidljiv (Kohut 1984).

V terapiji se ustvari strukturna varnost (jasne meje v terapiji – prostor, čas) in čustvena varnost, kjer lahko terapevt zdrži ob pacientovih čustvih, ki so večkrat zelo močna in razdiralna. Terapevt v modelu RDT ima zelo močno čustveno vlogo »je aktiven, empatičen in na enkrat način ponovno doživi sistem odnosov in njihovih konfiguracij z njihovim temeljnim afektom. Šele na osnovi tega razumevanja in doživljanja zmore voditi celoten sistem k novim relacijskim modelom (Gostečnik 2002). Terapeptova empatija in delo s kontratransferjem privede v globino odnosa med njim in pacientom, ki ga tako lahko bolje razume in ugotavlja kje se v odnosu nekaj živega premakne (Kompan Erzar 2001).

Različne relacijske teorije opisujejo različne vidike vpliva zgodnjih odnosov na posameznika. Interpersonalna psihoanaliza trdi, da nas temeljni odnosi, ki se jih naučimo v družini in z njimi povezanimi afekti, kot so strah, jeza, groza, razočaranja, pa tudi umirjenost, zadovoljstvo in čustvena potešenost za vselej zaznamujeta. Bowlby meni, da se v otroštvu oblikujejo notranji modeli, ki vplivajo na posameznikove odnose tudi kasneje v življenju in so vodilo za regulacijo afekta in oblikovanje samopodobe. Za duševni in psihosocialni razvoj vsakega posameznika je zelo pomembna kvaliteta dinamike v družini. Odnosi, ki nastajajo in obstajajo v družini, vplivajo na naše podobe v svetu (Vodopivec-Glonar 1987). V družini dobi otrok temeljne vzorce, pravila za obnašanje, čustvovanje, osnove jezikovne kulture ter



sposobnosti izražanja in mišljenja (Cvetek 2005). Otroci, ki so bili kdajkoli zlorabljeni, ali pa niso dobili dovolj varnosti od staršev ne v fizičnem in ne v psihološkem smislu, bodo za vedno priklenjeni na notranji svet ogrožajočih doživetij z drugimi, ki so jih ponotranjili (Framo 1992). Posledice takih izkušenj se kažejo v večji anksioznosti, zlorabi substanc, neprimerni regulaciji afekta, depresiji. Ponotranjene izkušnje iz zgodnjega otroštva določajo in začrtavajo model prihodnjih odnosov (Cvetek 2004). Izkušnja z osebo, ki skrbi za otroka, se ponotranji in določi temelj psihične strukture (Scharff in Scharff 1998). Odrasel posameznik ponavlja stare vzorce ravnanja, ker si želi (zavestno in nezavedno) ostati čustveno povezan in biti v odnosu s pomembnimi drugimi. V terapiji se išče odgovor na vprašanje, koga išče pacient oz. s kom želi razrešiti odnos. V sebi išče odgovore na stara čutenja in išče temelje za nov odnos.

Libido ne išče ugodja, ampak objekt. Za otroka je osnovna potreba iskanje stika in ne ugodja. (Fairbairn 1952, 1954). Če starši otroku nudijo samo boleča doživetja, otrok ne bo iskal ugodja v stikih z drugimi, ampak drugje, v bolečini pa bo iskal interakcijo s pomembnimi drugimi osebami. Skozi bolečino postane otrok najbolj povezan s starševsko patologijo in jo tudi ponotranji, ker je ravno to tisto jedro, v katerem otrok čuti, da so starši emocionalno najbolj prisotni. S tem, ko postane tak kot depresivni, mazohistični ali sadistični oče ali mati, ohranja močno navezanost na njiju (Gostečnik 2002).

Otrok se nauči povezav z ljudmi prek družinskih modelov, ki so mu na voljo, in ti modeli nezamenljivo ostanejo s človekom skozi vse njegovo življenje. Čustveno vzdušje v družini ustvarjata starša s svojim odnosom drug do drugega, do otroka in sorojencev, ter ostali, ki so pomembno vključeni v življenje družine (Rožič 2003). Ob tem je potrebno poudariti, da je proces, v katerem prihaja do vtisa čustvenega vzdušja, odvisen tudi od otrokovih avtentičnih bioloških in psiholoških značilnosti. V nekaterih družinah je spolnost osnovna komponenta emocionalnega kontakta; v drugih so to izbruhi besa; zopet v drugih depresivno hrepenenje (Gostečnik 2002). Glede na trditve modela RDT lahko povzamemo, da človek vzpostavlja odnose izven doma na način, ki so odsliskava vzdušja, v katerem je odraščal.



Tako posameznik išče partnerski odnos, v katerem lahko poustvari psihične vsebine, ki jih je izoblikoval doma ter ustvari vzdušje, ki bo podobno tistemu, iz katerega prihaja. Svojemu otroku na ta način odtisne pečat sistema, iz katerega je prišel sam. Zavreči te navezave pomeni za posameznika, kot da se popolnoma izolira iz vseh intenzivnih človeških stikov, pomeni zavreči družino, kar pa zanj seveda ni mogoče. Tudi če se posameznik odloči, da bo zapustil svojo izvorno družino in zavestno odide, ga kljub vsemu spremljajo ti modeli, v katerih je bil vzpostavljen primarni stik, le da se jih ne zaveda; vedno znova pa se bodo pri njem pojavili, ponovno jih bo ustvaril ali prebudil v intimnih navezavah z drugimi v odrasli dobi. Iz tega torej ne more pobegniti samo na osnovi odločitve, da zavrne svojo družino; potrebna je globlje psihično prestrukturiranje. Ta proces prestrukturiranja lahko človeka v temeljih pretrese in je zastrašujoč (Gostečnik 2002).

4. ŠTUDIJA PRIMERA

V primeru je predstavljena družina, ki jo sestavljajo oče, mati, ter 2 hčeri. Mati je stara 54 let, oče 61, starejša hči 30, mlajša 22. Starša sta intelektualca, oba izhajata iz uglednih družin. Zase trdita, da se imata rada, povesta pa, da imata malo skupnih hobijev. Ko so bili otroci majhni, je bil oče zaradi ukvarjanja s hobiji veliko odsoten. Odnosi v družini so bili na videz dobri. Bilo je veliko komunikacije, a o težavah se ni veliko govorilo. Bilo je veliko čustvene napetosti in nepredvidljivosti. Mama je imela popoldansko delo, oče je prihajal domov pozno zvečer.

Dekle Katja (ime je seveda spremenjeno), se je rodila v družini kot prvi otrok, dekle Kaja pa kot drugi otrok. Katja je odrasla kot normalno dekle, brez kakšnih vidnih simptomov travmatiziranosti ali PTSM, medtem ko je Kaja postala odvisnica. Uživala je heroin. Družina se je z zasvojenostjo mlajše hčerke soočala zadnjih sedem let. Navzven in tudi po pripovedovanju matere, sta bili obe deležni enake vzgoje in obravnave. Mati navaja, da je imela obe dekleti enako rada in da med njima ni delala razlik.

Ko je bila Kaja manjša, je bila v varstvu, ki ga je odklanjala na vse mogoče načine (z jokanjem, kričanjem, tepežem...). V osnovni šoli je nanjo pazila starejša sestra. V času odraščanja



je imela težave z jezo (velikokrat je reagirala zelo impulzivno), šibka je bila sposobnost razreševanja konfliktov (ali je odreagirala z jezo, kričanjem in agresijo ali pa z umikom). Nizka je bila sposobnost izražanja čustev. V komunikaciji s starši je bilo izraženo veliko kritike, pripisovanja krivde, zbadanja in popravljanja (zlasti s strani očeta). Težko je bilo premagovanje in soočanje z afekti, kot so strah, krivda, jeza, ponižanje, osamljenost. Pred bolečimi čutenji se je zavarovala z neprimernim vedenjem, čustveno otopelostjo, brezvoljnostjo in težkim zaključevanjem že začelih nalog ter težavami pri iskanju prijateljskih in intimnih odnosov, s stalnim iskanjem potrditve in nizko samopodobo. Srečevala se je z občutki krivde, kadar se je postavila zase, težko se je razvedrila v domačem okolju. Obdala se je s številnimi obrambnimi mehanizmi.

Znaki zasvojenosti se pričnejo pojavljati pri mlajši hčerki pri 13 letih. Nato se razvije akutna stopnja zasvojenosti, ki traja skozi vso adolescenco. Najhuje je bilo med 16 in 20 letom. V procesu zdravljenja je bila zasvojenka vključena v veliko skupin za odvajanje, tudi v tujni - ne v komuni.

Družinsko terapijo je družina obiskovala v zadnjih dveh letih. Po terapiji na hčerko niso več gledali kot na zasvojenega družinskega člana, pač pa kot na problem družine. Ob tem se je razvilo sočutje, ki je pomagalo odvisnici, da se spopade z zasvojenostjo. Sedaj ima dekle resnega partnerja s katerim živita že kakšno leto skupaj. Stike z izvorno družino ohranja, občasno pa še občuti napetosti, saj kot pravi, »rada pride in rada tudi gre«. Starejša hči pa še živi v izvorni družini, je zaposlena, poleg službe pa študira na podiplomskem študiju. Nima še resne zveze.

Na prvi pogled se zdi, da prvi otrok ne kaže nobenih simptomov družinske simptomatike, drugi pa je reprezentant družinskega konflikta, ki se odraža skozi dekletovo zasvojenost z mamili, begom iz družinskega sveta v svet mamil. Vzroke za to, zakaj je en otrok zasvojen, drugi pa ni, ne gre iskati izključno v genski predispoziciji, saj bije v oči dejstvo, da simptomatiko družine nosi drugi otrok. Drugi otrok je po teoriji RDT nosilec maminih čutenj. V primeru, ki ga predstavljamo, smo zato iskali mehanizme prenosa družinskih čutenj, dru-



žinskega konflikta, da bi na praktičnem primeru osvetlili teoretski model in praktične mehanizme, skozi katere se odraža.

4.1 Osvetlitev družinske situacije iz vidika teorije objektnih odnosov

Z objekt relacijskega vidika se v konkretni družini to odraža skozi vedenjski model hčera. Primarni objekt starejše hčerke je bil oče. Zavezanost družini v smislu ohranjanja družinske vezi je očetov postulat. Pred nezmožnostjo vzpostavitve globljih intimnih odnosov z ženo mož beži v hobije, ki mu omogočajo, da je veliko zdoma in se lahko ženi izogiba. Ko pride domov, se hčere pristno razveseli, žene pa ne. Mehanizem, preko katerega se v otroka vpisujejo njegova čutenja in ki jih otrok nezavedno privzame, je mehanizem projekcijsko introjekcijske identifikacije. Hči živi, tako kot oče, bolj odmaknjeno, pred intimnimi odnosi v družini in zasebno se umika v študij in delo. Vidimo, da vase sprejema implicitno idealno podobo same sebe, s katero meni, da bo ugajala pomembnemu drugemu ter si tako zagotovila njegovo stalno naklonjenost.

Primarni objekt mlajši hčeri je mati. Mati, ki je večinoma sama, si želi povrniti naklonjenost moža. Zato se tudi veseli novega otroka za katerega upa, da ju bo ponovno zblížal. A pričakovanja se kmalu razblinijo. Mati resnično občuti svojo osamljenost in odvečnost šele ob drugi hčerki. Kadar imamo v družini primer psihološke odsotnosti očeta, ki se navzven kaže kot preobremenjenost z lastno zaposlitvijo, je praviloma najpogostejša reakcija matere pretirana popustljivost ali celo podkupovanje otroka. Otrok na drugi strani vase sprejema implicitno idealno podobo samega sebe, s katero meni, da bo ugajal materi ter si tako zagotovil njeno stalno naklonjenost. Ker idealna podoba, v kateri bi bilo mogoče ugajati vedno in vsakomur, ne obstaja, jo je otrok prisiljen v nedogled iskati in je nikjer ne najde. Ego v razvoju razvije tehnike ali navade akomodacije na konfliktne zadeve. Zreli ego uporablja za razrešitev konfliktov direktna sredstva, šibki in nezreli ego uporablja tehnike, ki jih imenujemo obrambni mehanizmi (Kroflič 1997). Mlajša hči je razvila obrambni mehani-



zem pobega, ki se navadno izraža skozi fizični umik ali umik v sanjarjenje, v našem primeru pobeg v mamila.

Tako otrok živi v družini, kjer se pretežno ukvarja vsak sam s seboj, zato živi v svojem svetu. To je posledica dejstva, da pri vzgoji ni lika avtoritete. V družini je prisoten odsotni oče, to pomeni, da v družini ni avtoritete. Če ni lika avtoritete, pridemo do patološkega narcisa. Otrok ostane v odvisnosti od matere, vedno mu nekdo drug predstavlja smernice delovanja. Otrok ostaja v fazi identifikacije z materinskim nadjazom (Kroflič 1997).

Hčerka vsled delovanja projekcijske introjekcijske identifikacije privzame materina čutenja, ki se odražajo v občutjih odvečnosti, prezrtosti in nevednosti.

V družini je Kaja potrebovala veliko pozornosti, velikokrat se je zatekala v bolezen, če pa ni bilo kaj po njenem, je zelo impulzivno odreagirala, le s težavo je spoštovala zasebnost drugih.

4.2 Osvetlitev družinske situacije iz vidika psihologije jaza

Z vstopom v puberteto je deklica postajala vse bolj nestrpna do članov družine. Zapirala se je v svoj svet. V šoli je povsem popustila, učitelji so se pritoževali, da močno moti pouk. V prvem letniku srednje šole se je odnos med mamo in Kajo močno zaostрил, na plan pa je izbruhnil tudi problem z mamili. Pojavilo se je izostajanje od pouka, potepanje in ponočevanje. Starša sta doživljala vse močnejšo vzgojno nemoč, zato sta se sredi tretjega letnika srednje šole odločila, da poiščeta strokovno pomoč.

Za merjenjem samopodobe in samospoštovanja je bila uporabljena tehnika dopolnjevanja stavkov, tj. projekcijski preizkus 'nedokončani stavki'. Preizkušali smo, kako je Kaja dokončala stavke, ki se nanašajo na njeno mamo.

Stavek: »Zdi se mi, da moja mati« je dokončala: »nikoli ne pokaže, da me ima rada«.

Ko smo leta kasneje ponovili projekcijski preizkus, je pri stavku : »Moja mati ..«, dopisala



»Želim si, da bi živela svoje življenje«, pri očetu pa je dopisal »Želela bi, da moj oče opazi, da obstajam«.

V terapiji je izrekla, da nima do očeta in matere nobenega spoštovanja ter zelo malo želje po bližini z njima. Da do očeta, predvsem pa do matere ne občuti nobene hvaležnosti, sočutja, zadovoljstva, pa tudi zaupanja ne. Zelo močno je jezna na oba, razočarana in užaljena. Počuti se odtujeno.

Tudi Kaja ima težave v odnosih z drugimi ljudmi. Strokovni delavci, učitelji in drugi, ki so z njo prihajali v kontakt, so jo opisovali kot trmasto in uporniško, zaradi česar predvidevamo, da gre tudi pri njej za primanjkljaj v zgodnjih simbiotičnih odnosih, ko bi si deklica morala pridobiti temeljno zaupanje in varno navezanost.

Jaz se razvije samo toliko in v tisti smeri, kolikor mu drugi to omogoča, ne da bi ga zavrnil (Gostečnik 2010). Ko se je Kaja rodila, sta bila starša že razočarana drug nad drugim, verjela sta, da partner s katerim sta, ne more razrešiti njunih neizpolnjenih potreb. Bila sta že zelo odtujena drug od drugega in ta odtujitev se je preko projekcijske identifikacije prenašala na otroka. Vemo, da se je Kaja rodila nezrelim, za odgovornost nepripravljenim staršem. Zato predvidevamo, da je zaradi nestimulativne okolice razvila neprimerne oblike vedenja, s katerimi je uspešno pritegnila pozornost.

Pri preizkusu 'nedokončani stavki' je deklica stavek: »Ko sem bila otrok« dokončala takole: »sem bila zelo naporna«.

Stavek: »Iz otroških let mi je najbolj ostalo v spominu« pa je dokončala: »moj značaj«.

Ko smo jo prosili za podrobnejšo razlago, je povedala, da se iz zgodnjega otroštva najbolj spominja, da je drugim nagajala.

Sedaj pa je stavek: »Ko sem bila otrok« dokončala, »sem trpela«. Napisala je tudi, da bi storila vse, da bi pozabila na čas slabega otroštva.

Kaja je bila v zgodnjem otroštvu opažena predvsem takrat, ko je storila kaj narobe. Okolica



se je na njeno vedenje negativno odzivala in ji pogosto sporočala, da je kot taka nesprejemljiva in da jih moti. Iz intervjuja s starši, vzgojitelji in nekaterimi posamezniki, ki so deklico poznali v predšolskem obdobju, je razvidno, da se jo spominjajo kot naporno, izstopajočo v neprimernem vedenju.

Podoba o tem, da je ona sama nekaj motečega, negativnega, si je torej v skladu z zrcalno sliko, ki so ji jo držali njeni bližnji, ustvarila že zelo zgodaj.

Študija primera pokaže, da je mehanizem projekcijsko introjekcijske identifikacije bistven pri vzpostavitvi psihosocialnih stanj. Mati, ki je večinoma sama, saj moč pred odnosi uhaja v zavetje hobijev, starejša hči, ki nosi očetova čutenja, se zateka v varno okolje študija, živi svojo osamljenost in odvečnost ob drugi hčerki. Hčerka vsled delovanja projekcijsko introjekcijske identifikacije privzame materina čutenja, ki se odražajo v občutjih odvečnosti, prezrtosti in nevrednosti. Odraščajoča hči ne more vzpostaviti zdravega odnosa do svoje prebujajoče se ženskosti, v materi ne dobi pozitivnega vzgleda podobe zdrave ženskosti ter zato, ker ne more vzpostaviti pristne identitete, pozitivne samopodobe, spontane odzivnosti na dane razmere, saj nosi breme kompulzivnega, prisilnega vedenjskega vzorca, beži v mamila. Smo to, kar mislimo da smo. Ne zadostuje to, da si po spolu ženska, če pa se ne počutiš vreden biti ženska. Svet ni tak kakršen sam po sebi je, ampak je tak, kakor mislimo da je. To, kako mislimo in čutimo, pa ni vedno plod naše svobodne volje, ampak je večinoma plod zavezanosti in solidarnosti tistim, ki so nam blizu. Je plod tega, komu smo zavezani in predani, s kom delimo čutenja. V nekem trenutku se odrečemo življenja in začnemo živeti solidarno suženjstvo. To nismo več mi, skozi nas se živi neko drugo, sotrpino življenje. In pri tem smo vsi dobronamerni.

Pri pridobivanju pozitivne samopodobe je torej velika ovira sama situacija, okoliščine, družina v kateri pacient živi.

Ker mati sama izgublja pozitivno samopodobo, je tudi ne more projicirati v hčer. Otrok je v razcepu. Življenje v njem si želi na plan, kipi, okoliščine pa so proti temu. Prostora za življenje ni. Iz te nevzdržne konfliktna situacije je edini izhod beg. Vsaka druga rešitev gro-



zi razpadu sistema. Živeti življenje, izgubiš mater – grožnja razpada sistema, živeti odtujeno življenje odvečnosti - grožnja razpada sistema. Beg iz te neobvladljive situacije navidezno ohranja status quo.

Zaradi situacije v kateri je bila, se je čutila manjvredno v primerjavi z vrstniki.

4.3 Osvetlitev družinske situacije iz vidika sistemske teorije

Drugi otrok se bo trudil, da bodo vse čustvene potrebe posameznih članov zadovoljene. Še posebej pa se bo čutil odgovornega za čustveno stanje matere. Nosil bo njena nerazrešena in nesprejemljiva čustva. Tudi če bo na zunaj povsem drugačen do matere, bo globoko v sebi čutil izredno čustveno navezanost na mater. Poznal bo njen notranji svet in ga izražal navzven s svojim vedenjem in čutenjem. Tako se bo na primer v konfliktnih situacijah obnašal tako kot njegova mati: krivil bo sebe ali pa v situacijah zunaj sebe iskal vzroke svoje nesreče; zatekal se bo k podobnim modelom razreševanja konfliktov kot njegova mati (Gostečnik 1999).

Drugi otrok ali upornik odigrava pomembno vlogo za vso družino, saj jo s tem, da prevzame vlogo krivca ali grešnega kozla, vzdržuje v ravnotežju: staršem se ni treba soočiti s svojimi lastnimi nerazrešenimi agresivnimi, katastrofalnimi ter razdiralnimi čustvi jeze, ker sta vse preveč zaposlena s problematičnim otrokom. Ta otrok bo obenem na svojski način odziven na čustvene potrebe celotne družine.

Drugorojeni otroci so izredno občutljivi za tisto, kar v družini ni izgovorjeno, in se trudijo, da bi tega ta simbolična govorica tudi izpovedana. Če tega ne morejo ubesediti, potem bodo s svojim uporništvom in neprimernim vedenjem aktivirali tisto, kar je najbolj boleče in obenem potlačeno ali zanikano v družini, predvsem v materi. Če na primer mati ne more izraziti svoje jeze, potem bodo ti otroci s svojim vedenjem v drugih nenehno vzbujali jezne odzive. Poleg tega bodo tudi prevzemali občutja drugih in imeli zato težave pri razli-



kovanju med svojimi lastnimi občutki in občutki drugih (Gostečnik 1999).

Pred prihodom na terapijo družinski člani gledajo odvisnika kot na grešnega kozla, kot na njegov problem, tekom terapij pa ne govorijo več o problemu družinskega člana, temveč o družinskem problemu. Zavedajo se, da mamila sama niso bistveni problem, ampak umik iz težav, s katerimi se srečujejo, a se z njimi ne znajo soočiti, jih reševati, se pa pred njimi umikajo v svet omame. Pomembno je razviti sočutje, ki pomaga odvisniku, da se spremeni. Tekom terapij se starši učijo, kako ponuditi roko, da zmorejo sami kaj spremeniti, da čutijo, da si tam za njih, da razviješ topel odnos, jih spodbujaš in podpiraš. Starši na skupinskih srečanjih dobijo občutek, da niso sami in razvijajo občutek za to, kako se lotiti določene težave.

5. TERAPIJA

Opravljen je bilo veliko intervjujev z deklico in mamo; za merjenje samopodobe je bila uporabljena RSES; v psihodiagnostične namene smo uporabili projekcijski preizkus 'nedokončani stavki', ki je zlasti osvetlil dekličin odnos do staršev. V terapijo je deklica vključena zadnji dve leti. Vsak teden se udeleži enournega skupinskega srečanja z vrstniki, prav tako odvisniki. Po potrebi ima še vedno individualno srečanje s terapevtko, s katero razrešujeta aktualne probleme, s katerimi se deklica sooča v vsakdanjem življenju. Terapevtskih srečanj se je redno udeleževala mama, občasno sestra, izjemoma oče.

V središče terapevtskega dela se postavlja ozaveščanje potreb in potlačenih vsebin, ter zagotavljanje manjkajočih zgodnjih doživetij, v jedro pa se postavlja odnos, ki omogoča spremembo osnovnih relacijskih struktur. S stališča relacijskega družinskega modela prav odnos med terapevtom in pacientom omogoča posamezniku, da odkrije in ponovno vzpostavi ter v polnosti doživi dele sebe, ki so bili poprej zavrženi in skriti v njegovi primarni družini. Vendar le z razumevanjem procesov in možnih vzrokov za slabo vključevanje v sistem, lahko terapevt omogoči pacientu, da sreča, poimenuje in ovrednoti arhaične vidike svojega doživljanja, ki so bili poprej neznani, vendar so, ne da bi posameznik zares vedel,



vodili in regulirali njegove interakcije in transakcije v interpersonalnih odnosih. Posameznik na podlagi novega odnosa lahko začne povsem drugače doživljati svoje bližnje in na osnovi tega tudi postane drugačen, s tem pa se spremeni celoten sistem interpersonalnih interakcij in transakcij (Gostečnik 2004).

V terapevtskem procesu je mama začutila potrebe mlajše hčerke, ki so povsem drugačne od tistih, ki jih je sama želela zanjo. Prav s pomočjo empatije je razvila do hčere nov odnos, bolj iskren in odprt, manj je bilo obsodb, kritiziranja. Empatija je omogočila, da je razumela, da je hčerka še vedno tukaj, da je drugačna od nje in da jo je kot tako treba resno jemati ter jo spoštovati. Empatija omogoča razumevanje drugih, kar je temelj za dober odnos, saj omogoča, da se postavimo v psihološki okvir doživljanja druge osebe in s tem postane to, kar druga oseba čuti in misli, ter način, kako deluje, nekako razumljiv in predvidljiv. Med seboj se tako razumemo, ne da bi vstopili v telo drugega in ne da bi imeli enako izkušnjo kot on. Empatija nam omogoča brati in razlagati dogodke, na podlagi česar se lahko odzivamo na doživljanje drugih zlasti takrat, ko so ti v stiski (Simonič 2010).

Mama je postala do deklice zelo empatična, oče in starejša hčerka sta sprva nanjo še gledala kot na družinski problem, vendar pa so spremembe v materinem in zasvojenkinem obnašanju povzročile, da sta tudi sama začela sprejemati deklico, njena čustvovanja, vedenja, s tem pa so odnosi postali bolj iskreni in odprti

V terapiji deklica išče svojo identiteto, se sooča z afekti v družini, s svojimi čutenji: občutki negotovosti, tesnobe, občutki, da ni dovolj dobra, da je za vse težave v družini kriva ona, občutki nekompetentnosti. Prav tako se je na terapijah seznanjala s svojimi strahovi, z jezo ob spoznanju, da je bila čustvena žrtev v družini, da ni bila zmožna prevzemati naloge in odgovornosti v svojem sistemu. V terapijah se je deklica-pacientka učila sprejemati odgovornosti za svoja ravnanja, zavestno postavljati razmejitve (se zavestno odloči, da ne bo čustveni partner), sprejemati in obvladovati svoja čustva (tudi negativna) s pogo-



vorom (prej je bila zelo impulzivna), z izražanjem svojih čustev (prej ni ločila jeze, žalosti, strahu...).

Terapevtsko sprejemanje pacienta v terapevtskem odnosu z medsebojno odprtostjo in pripravljenostjo tvegati (tvegati v smislu, da ne veš kako boš sprejet) pomeni, da postaneta terapevt in pacient enakovredna, kar je za pacienta izhodišče, da se začne v svojem svetu obnašati drugače. Izkušnja, da lahko terapevtu zaupa svoja občutja in ob tem ni bil zavržen, daje pacientu možnost, da bo tudi v domačem sistemu začel sprejemati odgovornost za lastna čutenja in ravnanja. Terapevtski odnos omogoči posamezniku, da se spremeni in ni več ujet v domači sistem. S pacientovim spreminjanjem se bo spremenil cel sistem. Sprememba enega člana sistema se pozna na celotnem sistemu. Pa tudi, če bi po izkušnji pacient s terapevtom naletel na morebitni negativni odziv ostalih v sistemu, zanj ne bodo več izgovor ali ovira, da se sam ne bi odločil za ravnanje, ki mu ustreza.

Spremembe po terapiji (opravljen intervju)

- večja čustvena varnost, manj čustvene napetosti
- večja samokontrola, manj kontrole drugih
- boljše komunikacija- manj kritike, pripisovanje krivde
- družinski člani lažje spregovorijo o svojih težavah
- izboljšalo se je premagovanje in soočanje z afekti, kot so strah, samoobtoževanje, krivda, jeza, negotovost, osamljenost, zavrženost, sram...
- izboljšala se je sposobnost izražanja čustev, medsebojno funkcioniranje in izboljšanje samopodobe
- manj je bilo obsojanja sebe in drugih
- manj obrambnih mehanizmov
- večja odgovornost pri začetih nalogah
- večja čustvena odzivnost



- lažje sklepanje prijateljstev in intimnih odnosov – ima več prijateljev in partnerja (pravi, da je prvič zaljubljena in se želi vsestransko osamosvojiti)
- manj občutkov krivde, kadar se postavi zase
- želja po pridobitvi izobrazbe – se je vpisala na šolo in redno opravlja izpite.

Človek ponavlja stare vzorce ravnanja, ker si želi ostati čustveno povezan in biti v odnosu s pomembnimi drugimi. Zato se v terapiji išče odgovor na vprašanje, koga išče pacient oz. s kom želi razrešiti odnos.

Posameznikova zaznava samega sebe je odvisna od izkušenj s svojim okoljem, ki si jih pripisuje sam in so povezani z odnosi v primarni družini (slaba samopodoba, se počutiš ujet, občutki nemoči) in med drugim vplivajo na socialno dimenzijo in vključuje odnose z vrstniki in pomembnimi drugimi, ter pri reševanju stresnih situacij in vzpostavljanjem medosebnih odnosov (odprtost za ranljivost in vzdrževanjem jasnih čustvenih meja) (Simonič 2010).

Pacient tudi v odnosu do terapevta ponavlja stare modele obnašanja na osnovi nezavednega upanja, da bodo njegove želje in potrebe vsaj tukaj razumljene in zrcaljene na temelju empatičnega odgovora. Kar je novo, je nevarno, ker se nahaja izven zaznav in doživetij, v katerih se posameznik prepozna kot kohezivno in celostno bitje, saj odstopa od ustaljenega vzorca, ki ga vedno znova ustvarja afektivni psihični konstrukt. Če bo terapevtov odziv na te stare vzorce drugačen, torej če bo prinesel nov uvid in globlje razumevanje smisla teh odnosov, zmožek prek afekta razgraditi najgloblje ravni afektivnega psihičnega konstrukta, bosta zakonca lahko v svoj odnos in prek tega tudi v svojo notranjepsihično strukturo ter posledično v svojo družino prinesla nekaj novega, nov način povezanosti, ki ne bo več utemeljen na bolečih in težkih afektih (Gostečnik 2010).

Značilnosti sistema družine, iz katere prihaja pacientka, se ponovijo v odnosu terapevt – pacient in preko kontratransferja terapevt ta sistem razume ter vzpostavi s pacientom nov



odnos, ki je tista podlaga, ki vpliva na spremembe v sistemu. Terapevt tekom terapije odkriva afekt, ki ga je v interakciji s pacientom doživel kot nekaj močnega. Terapevt skuša definirati, kdo je od pomembnih drugih za pacienta postal terapevt, ter kdo od pomembnih drugih iz terapevtskega sveta je postal pacient za terapevta. Model odnosa, ki se vzpostavi v terapiji, je vzpostavljen na domač način, tako za pacienta, kot tudi za terapevta. Prav na podlagi kontratransferja in vzajemnosti se spremeni temeljna psihična struktura. Cassidy(2000, 2001) ugotavlja, da izkušnja novih odnosov odpre možnosti za spremembo delovnih modelov sebe in drugih. Na spremembo lahko vpliva tudi terapevtski odnos.

6. ZAKLJUČEK

S prispevkom želimo prikazati, kako se s terapevtskim odnosom po RDT spremenijo čustveni vzorci pacienta, kar vpliva na spremembo sistema, iz katerega pacientka izhaja. Ob pacientkinih reakcijah smo ugotavljali značilnosti sistema, iz katerega je pacientka izhajala in pokazali možnosti za spremembo tega sistema.

Cilj terapije je bil pomagati odvisniku vzpostaviti stike z družino in okoljem, vzpostaviti odnos, ki omogoča spremembo osnovnih relacijskih struktur.

Pomembno je bilo, da je bil terapevt v terapevtskem odnosu »dovolj dobra mati« (Winnicott 1988). To pomeni, da zmore pravilno ovrednotiti pacientova čutenja in da preko predelave čutenj zna pacienta umiriti, kar lahko stori, ker pacienta razume. Na ta način si terapevt v terapevtskem procesu pridobi pacientovo zaupanje, ki mu ga mati ni mogla dati. Preko ponovno vzpostavljenega izgubljenega zaupanja se v pacientu obudi gotovost, emocionalno pa varnost. Zaupanje je namreč temelj, na katerem se gradi ljubezen, ljubezen pa, kot je pravilno zapisala Katarina Kompan Erzar (2006), »umije spomin«.

Literatura in viri:



- Cassidy, Jude. 2001. Truth, lies, and intimacy: An attachment perspective. *Attachment & Human Development* 3, št. 2:121–155.
- Cassidy, Jude. 2000. Adult romantic attachments. A development perspective on individual differences. *Review of general Psychology* 4:111–131
- Cvetek, Robert. 2004. Predelava disfunkcionalno shranjenih stresnih izkušenj ter metoda desenzitizacije in ponovne predelave z očesnim gibanjem. doktorska disertacija. Oddelek za psihologijo, Univerza v Ljubljani, Ljubljana.
- Cvetek, Robert. 2005. Travmatična izkušnja in temelji osebe. V: *Oseba in dobro: Zbornih povzetkov s konference Oseba in Dobro, Celje, 3. - 6. november 2005, 7–8. Celje: Slovensko filozofsko društvo.*
- Fairbairn, William R. D. 1952. *Psychoanalytic studies of the personality*. London: Routledge.
- Fairbairn, William R. D. 1954. *An object-relations theory of the personality*. New York: Basic Books.
- Framo, James L. 1992. *Family of origin therapy: An intergenerational approach*. New York: Brunner/Mazel.
- Gostečnik, Christian. 1999. Sodobni psihoanalitični pogled na religijo. *Bogoslovni vestnik* 59, št. 4:477–499.
- Gostečnik, Christian. 2002. *Sodobna psihoanaliza*. Ljubljana: Brat Frančišek in Frančiškanski družinski inštitut.
- Gostečnik, Christian. 2004. *Relacijska družinska terapija*. Ljubljana: Brat Frančišek in Frančiškanski družinski inštitut.
- Gostečnik, Christian. 2010. *Sistemske teorije in praksa*. Ljubljana: Brat Frančišek in Frančiškanski družinski inštitut.
- Kohut, Heinz. 1984. *How does analysis cure?* Chicago: University of Chicago Press.
- Kompan Erzar, Katarina. 2001. *Odkritje odnosa*. Ljubljana: Brat Frančišek in Frančiškanski družinski inštitut.



- Kompan Erzar, Katarina. 2006. Ljubezen umije spomin. Ljubljana: Brat Frančišek in Frančiškanski družinski inštitut; Celje: Celjska Mohorjeva družba.
- Kroflič, Robi. 1997. Avtoriteta v vzgoji, Zbirka Alfa. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.
- Pinsof, William M., in Lyman Wynne. 2000. Toward progress research: Closing the gap between family therapy practice and research. *Journal of Marital and Family Therapy* 26:1–8.
- Rožič, Tatjana. 2003. Sistemsko relacijska terapija in primer iz klinične prakse. *Psihološka obzorja* 12, št. 2:137–148.
- Rožič, Tatjana. 2004. Vpliv izvajanja sistemsko relacijske terapije na terapevta ter nastajanje novega sistema pacienta. *Psihološka Obzorja* 14, št. 3:85–97.
- Scharff, Jill S., in David E. Scharff. 1998. Object relations individual therapy. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Simonič, Barbara. 2010. Empatija: moč sočutja v medosebnih odnosih. Ljubljana: Brat Frančišek in Frančiškanski družinski inštitut.
- Vodopivec-Glonar, Maja. 1987. Vpliv družine na nastanek vedenjskih težav. V: Vedenjske motnje mladostnikov v sodobnem času, Str. 64-77. Ljubljana: Zveza prijateljev mladine Slovenije.
- Winnicott, Donald W. 1988. Human nature. New York: Routledge.



Kvaliteta življenja in soočanje družine z multiplo sklerozo

Darja Potočnik Kodrun

Univerzitetni rehabilitacijski inštitut RS – Soča

darja.kodrun@gmail.com

Multipla skleroza (MS) je kronična vnetna, domnevno avtoimunska, demielinizacijska bolezen osrednjega živčevja. Vzroka za nastanek bolezni ne poznajo, zato bolniki ne morejo pozdraviti, vedo pa, da na pojavnost vplivajo dejavniki okolja in dednost. Za družino je kronična bolezen izziv, ki zahteva prilagoditev vseh družinskih članov in tudi okolice. Diagnoza postane del sistema kot nov družinski član. Poseže v vse aspekte življenja bolnika in njegovih bližnjih in tako nosi s seboj mnogo aktualnih vprašanj, dilem in vsebin, od katerih se prispevek preko pregleda literature in predstavitve rezultatov študije, uspeva dotakniti le nekaterih. Izpopolnitev farmakološkega in psihosocialnega zdravljenja je preusmerila klinično pozornost od obvladovanja afektivnih simptomov na kvaliteto življenja kot ene izmed mer izida soočanja. V raziskavi je sodelovalo 25 družin, ki so v zadnjih osmih letih v družinski sistem sprejele MS. Preko apliciranja standardiziranih vprašalnikov, so raziskovalci zanimali spremembe v družinskem delovanju kot npr. vloge, pravila, komunikacijski vzorci (FAM III; Skinner, Steinhauer in Santa Barbara 1995) in v doživljanju kvalitete življenja (WHOQOL-bref; WHO 1998) v času spoprijemanja s kronično somatsko boleznijo. V raziskavi so ugotovili, da oboleli zaznavajo prilagoditev družine na spremembe, opredelitev družinskih vlog in njihovo izvajanje, razumevanje sporočil med člani družine ter inhibicijo oz. izražanje čustev na meji klinične pomembnosti. Pomembno višji rezultat so dosegli tudi na podlestvicah povezanost, meje oz. nadzor, medsebojna usklajenost vrednot in norm med člani in z zunanjim svetom. Tudi ocena družinskega delovanja partnerjev in otrok obolelih za MS je na meji klinične pomembnosti. O največ stiskah poročajo na lestvicah povezanost in nadzor. Raziskovalci so potrdili, da je doživljanje področij kakovosti življenja obolelih pomembno povezano z družinsko komunikacijo. Skozi proces soočanja se družina poveže, a hkrati postane tudi bolj ranljiva. Soočanje z boleznijo zahteva sposobnost prilagajanja, reševanja problemov, prerazporeditev vlog in uravnoteženo čustveno povezanost med družinskimi člani. Gre za majhen vzorec ter soočanje je individualen proces, zato pridobljenih zaključkov ne moremo širše pos-



ploševati, vendar rezultati nakazujejo smer nadaljnjega raziskovanja.

Ključne besede: multipla skleroza, soočanje z boleznijo, družinsko okolje, kvaliteta življenja

Uvod

Multipla skleroza (MS) je kronična vnetna, domnevno avtoimunska, demielinizacijska bolezen osrednjega živčevja z nepredvidljivim potekom. Prizadane mlade ljudi (20 do 40 let), ženske skoraj trikrat pogosteje kot moške. Vzroka za nastanek bolezni ne pozna, zato bolezni ne morejo pozdraviti, vedo pa, da na pojavnost vplivajo dejavniki okolja in dednost. Dolga leta je potrebno jemati le delno učinkovita zdravila v obliki injekcij (Rot 2011,10). Za nevroidimunska bolezen velja, da se razlikuje od bolnika do bolnika, in sicer tako po simptomih kakor tudi po poteku - obdobja zagonov in izboljšav (Tanjšek 2004, 40). Nevrološki znaki in simptomi so tako raznoliki, da lahko zdravniki zgrešijo diagnozo, ko se pojavijo prvi simptomi. Med zgodnje spremembe spadajo tudi blage čustvene, motivacijske ali kognitivne spremembe, na vse pa vpliva znižanje splošne energetske ravni (šibkost, utrudljivost). Življenska doba ni skrajšana (Berkow 2000, 319-320). V vsej primarni in sekundarni simptomatiki se kažejo velike individualne razlike, veliko je odvisno od predtravmatske osebnosti, trdna in zrela osebnost uspešneje kompenzira izgube in ohranja intelektualne zmožnosti in aktivnosti. Vendar v vsakem primeru MS pomeni zmanjšano kakovost življenja (Kovačič 1996, 134). MS je najpogostejša nevroidimunska bolezen na področju zemljepisne širine z zmernim podnebjem, v katero spada tudi Slovenija. Na Združenju multiple skleroze Slovenija beležijo več kakor 2000 obolelih.

To je kratek medicinski opis multiple skleroze, za tem opisom pa se skrivajo različne stiske, ki jih doživljajo oboleli in njihove družine. Za družino je kronična bolezen travma z malim »t« (Shapiro in Maxfield, 2003) oz. izziv, ki zahteva prilagoditev vseh družinskih članov in tudi okolice. Diagnoza postane del sistema kot nov družinski član. Vsak družinski član razvije individualen odziv na »prišleka«. Partner, otroci in družina bolezen svojca sprejmejo zelo različno. Izkušnje so različne - od tega, da poskušajo obolelemu odvzeti opravilno sposobnost in ga strpati v institucijo, pa vse do tega, da ga še naprej sprejemajo kot enakovrednega partnerja. Kot primer: bolniki s kolostrom doživljajo



družino in ožje družinske člane kot oporo (Mesec in Kaube 2001, 159- 180), medtem ko se bolnikov z MS družina pogosto sramuje in jih izloči (Tanjšek 2004, 39-40). Kompleksnost družinske dinamike pri MS je interakcija med nepredvidljivostjo in variabilnostjo simptomov ter različnih osebnostnih značilnosti družinskih članov, razvojnih nalog posameznika in družine ter stila soočanja (Kalb 1998, 1-8). Tako kot posameznik, tudi družina razvije svojo identiteto v odnosu do okolice, ki vsebuje občutek lastne kompetentnosti, strukture, trdnosti in pripadnosti. Ko nekdo izmed članov zboli, se spremeni ritem vsakdana in družinska identiteta se mora soočiti s spremembo/z motnjo. Npr. družina, ki ceni šport in gibanje, mora sprejeti fizične omejitve multiple skleroze, ponovno postaviti cilje in prioritete ter upočasniti tempo aktivnosti. Kot smo že omenili, pa pri MS ne gre le za telesne spremembe, pač pa tudi psihične. Tako emocionalne in kognitivne spremembe lahko ovirajo učinkovito soočanje z boleznijo in varno komunikacijo ter spoštovanje individualnih potreb med družinskimi člani (Kalb 1998, 9-27). Družina gre skozi proces žalovanja, vsak član ga doživlja na lasten način - bodisi preko občutkov žalosti in izgube in drugič skozi občutke jeze, nemira ali anksioznosti. Pogosto se družina niti ne zave, da žaluje, tako da proces pogostokrat mine brez medsebojne opore in pogovora (Kalb 1998, 1-8). Proces žalovanja je naraven odziv in se ne odvije le ob postavitvi diagnoze pač pa ob vsakem poslabšanju simptomov. MS spremeni tudi spolnost, partnerstvo in starševstvo. Skozi proces bolezni ostali družinski člani vse bolj prevzemajo naloge in odgovornosti obolelega, tudi do točke ko pride do popolne zamenjave vlog v družini. Spreminjanje vlog je zelo stresno za družino, tudi za tiste, ki se sicer dobro soočajo in funkcionalno delujejo. Doživljanje stresa in močnih čustev ob MS je naraven odziv. Vsi člani doživljajo čustva in če le ta niso spregovorjena, bodisi zaradi strahu, da ne bodo razumljeni, ali da bodo prizadeli druge člane, se stiska in frustracija ob njej lahko stopnjuje do zanemarjanja, različnih zlorab ali ločitev (Kalb 2000, 567). Družinski člani se morajo naučiti, kako napraviti prostor za bolezen, a hkrati paziti, da le ta ne okupira njihovih in družinskih fizičnih, emocionalnih in finančnih virov več kot je potrebno (Reiss, Steinglass in Howe 1993, 175-177). Ob postavitvi diagnoze je 60% oseb zaposlenih, po 10 do 15 letih jih ostaja samo še 20-30 odstotkov. Tako MS poleg sprememb v vsakdanjem življenju, v delitvi dela, v vrednotah in komunikacijskih vzorcih, vpliva tudi na družinski proračun. Finančni viri družine pa so pomembno



povezani s kvaliteto življenja (Enteen 1998, 115-130).

Svetovna zdravstvena organizacija obravnava kvaliteto življenja celostno in večplastno, ne zgolj kot odsotnost bolezni, temveč kot subjektivno zaznavo telesnega, duševnega in socialnega blagostanja, ki je vpeta v posameznikovo kulturno in družbeno okolje in se povezuje z njegovimi cilji, pričakovanji, standardi in skrbmi (WHO 1998, 11). Kovačič (1997, 13- 14) je v svoji raziskavi opozoril, da se zadovoljstvo z življenjem obolelih z MS takoj po postavitvi diagnoze zniža (42 točk), kasneje pa se ocena povzpne na srednje zadovoljstvo (53 točk). Pred nastopom bolezenskih težav so posamezniki ocenili zmerno zadovoljstvo (68 točk). Smeri sprememb so statistično pomembne in razumljive: v času prvih težav in seznanitve z diagnozo pride do šoka spoznanja o resnosti bolezni, do občutja nemoči in do strahu pred grozečimi, neznanimi izgubami in nezadovoljstvo prevladuje. Po tem prvem obdobju hude obremenitve pri večini pride do prilagajanja na bolezen, čeprav na nižji ravni zadovoljstva kot je bilo pred nastankom bolezni.

Osnovni namen raziskovalne naloge sicer ni posploševanje ugotovitev na večje skupine družin s kronično boleznijo, temveč ugotavljanje stanja in razlik v tej skupini. Zanima nas, doživljanje kvalitete življenja obolelih in kakšni so komunikacijski vzorci, vloge in povezanost med družinskimi člani v prvih letih po postavitvi diagnoze MS.

Metoda

Vzorec

V raziskavi je sodelovalo 25 družin, ki so v zadnjih osmih letih (Mdn= 6let) v sistem sprejele MS in 8 družin, ki se soočajo z MS že dalj časa (Mdn=25,5let). Vprašalnike je rešilo 33 obolelih, od tega 7 moških in 26 žensk, ki so bili stari med 24 in 69 let (Mdn= 52 let). Sodelovalo je 24 njihovih partnerjev, stari med 25 in 74 leti (Mdn= 48,5let), 12 sinov, šest hčera, dve mami, oče, brat in sestra. Večina jih je poročenih (76%) oz. živi v izvenzakonski skupnosti (12%) in ima otroke (91%). 39% obolelih je zaposlenih in 54,5% invalidsko upokojenih.

Pripomočki

Vprašalnik o družinskem delovanju *FAM III* (Family assessment Measure– 3. Verzija), avtorji Harvey A. Skinner, Paul D. Steinhauer, Jack Santa- Barbara (Skinner, Steinhauer in Santa Barbara 1995, 22), je samoocenjevalni vprašalnik, ki poda ocene močnih in šibkih področij delovanja družine. Vprašalnik ima 3 oblike: splošno (ocenuje družino kot



sistem, 50 postavk), diadno (ocenjuje diadni odnos, 42 postavk) in samoocenjevalno (ocenjuje delovanje posameznika v družini, 42 postavk). V raziskavi smo uporabili splošno obliko za starše, partnerje, sorojence in obolele. Sestavlja ga 7 lestvic (Učinkovitost: prilagoditev na spremembe in fleksibilnost, igranje družinskih vlog; Opredelitev družinske vloge in njihovo izvajanje; Komunikacija: način podajanja sporočil (in/direktno), razumevanje sporočil med člani družine; Izražanje čustev: inhibicija čustev ali izražanje; Povezanost: avtonomija in stopnja ter kakovost povezanosti; Nadzor: medsebojni vpliv članov; Vrednote in pravila: medsebojna usklajenost vrednot in norm/pravil med člani in z zunanjim svetom) ter v splošni obliki vprašalnika tudi lestvici Socialno zaželenih odgovorov in Obrambni odgovori.

Vprašalnik kvalitete življenja *WHOQOL-BREF* (The World Health Organization Quality of Life, WHO 1998, 8) meri doživljanje kvalitete življenja na področjih telesnega zdravja, socialnih odnosov, povezanosti z okoljem in na psihičnem področju (WHO 1998, 11). Na področju telesnega zdravja se postavke nanašajo na fizično bolečino, zmožnost opravljanja dnevnih aktivnosti, kvaliteto spanca, zmožnost za delo in energetska opremljenost. Na psihičnem področju postavke merijo sprejemanje lastnega izgleda, zadovoljstvo s seboj, pogostost doživljanja negativnih čustev, veselje do življenja, osebna prepričanja in sposobnost koncentracije. Področje socialnih odnosov se nanaša na zadovoljstvo z medosebnimi odnosi, socialno podporo in zadovoljstvo s spolnim življenjem. Povezanost z okoljem preverja finančne vire, svobodo in fizično varnost, dostop do zdravstvene oskrbe, možnosti za pridobivanje novih informacij in spretnosti, možnosti za prostčasne aktivnosti, dostop do transporta in klimo. Vprašalnik sestavlja 26 postavk, od katerih sta dve namenjeni splošni oceni kvalitete življenja in splošnemu zadovoljstvu z zdravjem. Udeleženci ocenjujejo svojo kvaliteto življenja v zadnjih štirih tednih na petstopenjski lestvici. Več točk na vprašalniku pomeni višjo zaznano kvaliteto življenja. Zaradi medsebojne primerljivosti področij kvalitete življenja in primerljivosti z dolgo verzijo *WHOQOL* vprašalnika smo surove točke pretvorili v transformirani skor v razponu od 0 do 100 (WHO 1998, 110).

Postopek

460 družin, ki se soočajo z diagnozo MS zadnjih osem let, iz ljubljanske, kamniško zasavske, celjske, gorenjske, notranjske, dolenske, grosupeljske in savinjsko saleške



podružnice smo povabili k sodelovanju v raziskavi skupaj s povabilom na srečanje članov Združenja MS Slovenija. Tudi na srečanju smo jih povabili, da rešijo vprašalnike, ki so jih bodisi oddali po srečanju ali poslali po pošti avtorjem raziskave. Nato smo v decembru 2011 v glasilu Združenja MS Slovenije, ki ga dobijo vsi člani Združenja in strokovnjaki, ki delujejo na področju zdravljenja MS, objavili v rubriki obvestila povabilo k sodelovanju v raziskavi. Osip je bil precejšen, odzvale pa so se tudi družine, ki se soočajo z boleznijo že dalj časa. Statistične kvantitativne analize so bile opravljene, pri čemer smo upoštevali priporočila za majhne vzorce. Kot mero statistične pomembnosti smo uporabili $p < 0.05$. Analize so bile opravljene v programu SPSS 17.

Rezultati

Tabela 1.

	M	SD	K- S test	Standardizirana T vrednost (Skinner, Steinhauser in Santa Barbara 1995)
<i>FAM III (področja družinskega delovanja)</i>				
Družinska učinkovitost	7,30	1,10	,100	60
Družinske vloge	7,61	2,02	,450	58
Komunikacija	7,21	1,05	,092	62
Izražanje čustev	7,12	1,52	,308	58
Povezanost	7,85	1,30	,100	66
Nadzor	8,15	1,12	,011	66
Vrednote in pravila	8,55	1,09	,119	61,6
Socialna zaželjenost	9,97	1,72	,128	50
Obrambna naravnost	11,82	1,76	,597	56
Družinsko delovanje				62,29
<i>WHOQOL-BREF (področja kvalitete življenja)</i>				
Fizično blagostanje	58,85	19,26	,314	
Psihično blagostanje	67,05	18,47	,088	
Socialno blagostanje	61,11	19,28	,083	
Povezanost z okoljem	62,78	14,18	,172	
Kvaliteta življenja splošno	63,64	17,77	,010*	
Zadovoljstvo z zdravjem splošno	56,82	22,77	,042	

Opomba: Standardizirane vrednosti T na FAM III vprašalniku se sprejeto med 12 in 124. Klinična meja je $T = 60$ in več, $T \leq 40$ močno področje družine. K-S test označuje Kolmogorov Smirnov test. * Distribucije se distribuirajo normalno, razen doživljanje kvalitete življenja.



Oboleli z MS so ocenili, da zaznavajo prilagoditev družine na spremembe in njeno fleksibilnost, opredelitev družinskih vlog in njihovo izvajanje, razumevanje sporočil med člani družine ter inhibicijo oz. izražanje čustev na meji klinične pomembnosti. Pomembno višji rezultat so dosegli tudi na podlestvicah povezanost, nadzor ter medsebojna usklajenost vrednot in norm med člani in z zunanjim svetom.

Osebe, ki imajo MS diagnozo do osem let, so ocenile ($t(31)=2,65, p=.09$) družinsko povezanost kot šibko področje družine v primerjavi z obolelimi, ki imajo diagnozo že dalj časa. Ko smo primerjali skupino obolelih z MS do pet let in s skupino obolelih več kot pet let, ni bilo statistično pomembnih razlik v družinskem delovanju. Trend se je nakazoval le pri lestvicah družinske vloge in nadzor kot šibko področje pri prvi skupini obolelih.

Ni statistično pomembnih razlik v oceni področij kvalitete življenja med obolelimi zaposlenimi in med upokojenimi. Trend razlik se najbližje približa pomembnosti na področju socialnih odnosov ($t(29)=2,29, p=0,16$) v smeri višjega zadovoljstva zaposlenih.

Osebe z MS so slabše ocenile svojo kvaliteto življenja ($t(30)=-2,27, p=.03$) in so bile manj zadovoljne s svojim zdravjem ($t(30)=-3,28, p=0,00$) v primerjavi s svojci. Glede na svojece so tudi slabše ocenile posamezne vidike kvalitete življenja, in sicer na psihičnem področju ($t(30)=-2,99, p=.01$) in področju telesnega zdravja ($t(30)=-2,49, p=.02$). Če primerjamo posamezna področja kvalitete življenja med sabo, sta bili obe skupini najbolj zadovoljni na področju povezanosti z okoljem v primerjavi socialnim področjem, medtem ko so svojci za razliko od oseb z MS bolje ocenili svojo kvaliteto življenja na psihičnem področju glede na področje telesnega zdravja ($t(8)=-2,44, p=.04$).



Tabela 2.

Korelacije med področji kvalitete življenja in sociodemografskimi in kliničnimi spremenljivkami pri osebah z MS.

SPREMENLJIVKE	PODROČJA KVALITETE ŽIVLJENJA					
	Kvalite- ta življe- nja splošno	Zadovolj- stvo z zdravjem splošno	Telesno zdravje	Psihično področje	Področje socialnih odnosov	Poveza- nost z okoljem
<i>sociodemografske</i>						
Spol (a)	-0,02	0,17	-0,121	- 0,17	-0,23	-0,36*
Starost	-0,37*	-0,21	-0,44**	- 0,30	-0,52**	-0,37*
izobrazba	0,24	0,13	0,37*	0,33	0,54**	0,39*
stan	0,25	0,40*	0,20	0,26	0,22	0,06
zaposlitveni status	0,05	-0,14	-0,10	0,06	- 0,19	-0,18
število otrok	0,19	0,22	-0,06	0,13	0,24	-0,02
<i>klinične</i>						
trajanje simptomov (leta)	-0,11	0,14	-0,29	-0,15	-0,22	-0,42*
diagnoza MS (leta)	0,06	0,06	-0,02	-0,38	0,06	-0,31
zadnje poslabšanje (leta)	0,28	0,17	0,12	0,03	0,12	0,15
dodatne skrbi	-0,27	-0,27	-0,28	-0,26	-0,21	-0,19
komorbidnost	-0,15	-0,03	-0,22	-0,27	-0,26	-0,46**

Opombe: * $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

a – pri spolu so uporabili Pearsonov koeficient korelacije

b - pri ostalih spremenljivkah so uporabili (*Kendallov tau*)



Med sociodemografskimi dejavniki je izobrazba edina pozitivno korelirala s področji kvalitete življenja, medtem ko je višja starost negativno korelirala s kvaliteto življenja, s telesnim zdravjem, socialnimi odnosi in povezanostjo z okoljem v skupini oseb z MS (Tabela 2). Med kliničnimi spremenljivkami sta bili pomembnih negativnih korelacij med povezanostjo z okoljem in trajanjem simptomov ter prisotnostjo komorbidnosti (npr. slepota, depresija, hipertenzija, diabetes, težave s ščitnico). Povezanost med splošno oceno zdravja in kvaliteto življenja je nizka, a statistično pomembna ($r = ,35$) na nivoju 5 % tveganja.

Tabela 3.

Korelacije (ρ) med področji kvalitete življenja in področji družinskega delovanja pri osebah z MS ($N=33$).

DRUŽINSKO DELOVANJE	PODROČJA KVALITETE ŽIVLJENJA					
	Kvaliteta življenja splošno	Zadovoljstvo z zdravjem splošno	Telesno zdravje	Psihično področje	Področje socialnih odnosov	Povezanost z okoljem
<i>Družinska učinkovitost</i>	-0,23	-0,26	0,00	-0,14	-0,16	-,14
<i>Družinske vloge</i>	-0,12	-0,01	0,10	-0,17	-0,05	-0,19
<i>Komunikacija</i>	-0,16	-0,28	-0,33	-0,35**	-0,42**	-0,18*
<i>Izražanje čustev</i>	-0,13	0,27	0,27	-0,06	0,07	-0,08
<i>Povezanost</i>	0,18	-0,10	0,26	0,24	0,27	0,23
<i>Nadzor</i>	-0,07	-0,07	0,07	-0,23	-0,06	0,02
<i>Vrednote in pravila</i>	-0,19	-0,03	-0,25	-0,23	-0,27	-0,07
<i>Socialna zaželenost</i>	-0,48**	-0,09	-,294	-46**	-0,72**	-043*
<i>Obrambna naravnost</i>	-0,06	0,23	0,20	-0,03	-0,22	0,10

Opombe: * $p < 0.05$

** $p < 0.01$



Ko je komunikacija med družinskimi člani močno družinsko področje, oboleli bolj zadovoljujoče zaznavajo področje psihičnega blagostanja, področje socialnih odnosov in povezanosti z okoljem. Ostala področja družinskega delovanja se pomembno ne

2. Diskusija

V raziskavi smo proučevali razlike in vzorce povezanosti med področji kvalitete življenja in družinskim delovanjem in sociodemografskimi ter kliničnimi dejavniki pri osebah z MS in njihovih svojcih.

Ko nekdo izmed članov zboli, se spremeni ritem vsakdana in družinska identiteta se mora soočiti s spremembo/z motnjo. Oboleli z MS so ocenili (*Tabela 1*), da zaznavajo prilagoditev družine na njihovo bolezen in družinsko fleksibilnost kot trenutno družinsko šibko področje. To lahko pomeni, da imajo težave pri izvajanju dnevnih aktivnosti, da vsaka manjša stresna situacija že lahko predstavlja grožnjo in potrebo po intervenciji. Lahko prihaja tudi do zastoja razvojnih nalog družine.

Prav tako doživljajo pomembne težave pri opredelitvi družinskih vlog in njihovo izvajanje ter težave v sporazumevanju med člani družine. Pri MS prihaja tako do emocionalnih kot tudi kognitivnih sprememb, ki lahko ovirajo učinkovito, varno komunikacijo. Skozi poves bolezni ostali družinski člani vse bolj prevzemajo naloge in odgovornosti obolelega, tudi do točke, ko pride do popolne zamenjave vlog v družini. Spreminjanje vlog je zelo stresno za družino, tudi za tiste, ki se sicer dobro soočajo in funkcionalno delujejo. Prevzemanje novih specifičnih vlog lahko ni v sozvočju z živlenskimi ciklom družine, kar lahko povzroči pri družinskih članih precej stiske. Kot trenutno šibko področje so oboleli videli tudi inhibicijo oz. izražanje čustev, kar pomeni, da lahko prihaja glede na situacijo do neustrezne čustvene reakcije oz. komunikacije. Doživljanje stresa in močnih čustev ob MS je naraven odziv.

Pomembno višji rezultat so oboleli z MS dosegli tudi na podlestvicah povezanost in nadzor. To pomeni, da doživljajo porušenje meja med člani kot šibko področje družine. Lahko gre za popolno odsotnost povezanosti in družinske pripadnosti ali pa za popolno simbiotičen odnos. Družinski člani porušenje lahko doživljajo skozi pomanjkanje avto-



nomije in/ali nevarne navezanosti.

Medsebojno usklajenost vrednot in norm med člani in z zunanjim svetom oboleli z MS doživljajo kot šibkejša področja njihovih družin. Neusklajenost lahko povzroči kaos in napetosti, tako znotraj družine kot tudi z okolico.

Skladno z raziskavami o okrnjenosti kvalitete življenja na splošno in na posameznih področjih (Kalb, 2000) so naši rezultati pokazali, da so osebe z MS glede na svoje slabše ocenile svojo kvaliteto življenja na področju telesnega zdravja in splošnega zadovoljstva z zdravjem in na psihičnem področju.

Okrnjena kvaliteta življenja pri obolelih z MS se je povezovala z nekaterimi sociodemografskimi dejavniki, o katerih poročajo tudi druge raziskave, in sicer z višjo starostjo in nižjo izobrazbo, doživljanje kvalitete na področju povezanosti z okoljem pa tudi s spolom (Papućemail in Stelmasiak, 2011).

V naši in v drugih raziskavah (Kavačič, 1997; Janardhan in Bakshi, 2002; Opara, Jaracz in Broła, 2010) sta se kot pomembna potrdila naslednja klinična dejavnika okrnjene kvalitete življenja: trajanje simptomov in komorbidnost. Bolj ko prihaja do poslabšanja bolezni, dalj časa ko trajajo simptomi in se stopnjujejo, bolj se zaznana kvaliteta življenja znižuje. Oboleli prehaja v drugo fazo soočanja z boleznijo oz. žalovanja, prihaja do občutja nemoči in do strahu pred grozečimi, neznanimi izgubami in nezadovoljstvo prevladuje.

Zaznana kvaliteta življenja odraža posameznikovo vrednotenje življenjskih okoliščin in predstavlja pomemben vidik pri pojasnjevanju dejavnikov izida soočanja z boleznijo (Brieger, Roetting in Roettig, 2007). Mere kvalitete življenja so lahko v veliko pomoč pri oceni simptomatskega in funkcionalnega okrevanja (Opara, Jaracz in Broła, 2010) in nudijo širok spekter uporabe, med drugim omogočajo tudi spremljanje učinkov farmakoloških in psihosocialnih intervenc.



4. Zaključki

Posplošljivost rezultatov omejujejo metodološke pomanjkljivosti raziskave, ki je sicer še v preliminarni fazi, in se nanašajo na majhna in neuravnotežena numerusa primerjanih skupin, vzorčenje na podlagi motiviranosti za reševanje vprašalnikov, pomanjkanje ocen trenutne afektivne simptomatike, ki je močan prediktor kvalitete življenja in pomanjkanje kontrole nad vplivom prejete farmakoterapije, ki vpliva na doživljanje kvalitete življenja.

Kljub zelo omejeni posplošljivosti dobljeni rezultati kažejo, da je zaznana splošna kvaliteta življenja in njena bolj specifična ocena na dveh merjenih področjih slabša pri osebah z MS glede na njihove svojce. Družinska komunikacija kot močno področje lahko prispeva k doživljanju višje kvalitete življenja. Vprašanja so vključevala teme zadovoljstva oziroma težavnosti življenja in družinskega delovanja. Vse to so zapletene teme, ki se jih v kratkem vprašalniku lahko lotimo le z določeno mero poenostavljanja, tako da preizkušanci odgovarjajo z ocenami na različnih lestvicah. Omejitev raziskave je tudi, da je za sodelovanje težje motivirati vzorec družin z MS, ki bi bile v določeni/isti fazi soočanja z boleznijo. Gre za majhen vzorec, zato rezultate interpretiramo z zadržkom, vendar nakazujejo smer nadaljnjega raziskovanja. Z intenzivnim zdravljenjem bolezni se povečujejo tudi psihosocialni izzivi, tako da je spremljanje učinkov pomembno za celostno obravnavo družin z obolelim z MS. Salutogenetsko načelo poudarja silnice, ki pripomorejo k zdravju, v nasprotju s poudarjanjem silnic, ki pripeljejo do bolezni.

3. Literatura

Berkow, Robert. 2000. *Veliki zdravstveni priročnik za domačo rabo*. Ljubljana: Založba Mladinska knjiga.

Brieger Peter, Roetting Stephan, Roettig Doerthe, Marneros Andreas in Priebe Stephan. 2007. Dimensions underlying outcome criteria in bipolar I disorder. *Journal of Affective*



Disorders, št. 99: 1-7.

Enteen Rod.1998. The financial impact of MS. V Kalb Rosalind, ur. *Multiple sclerosis: A guide for families*. New York: Demos Medical Publishing.

Janardhan, Vallabh in Bakshi, Rohit. 2002. Quality of life in patients with multiple sclerosis: the impact of fatigue and depression. *Journal of the Neurological sciences* 205, št. 1:51-58.

Kalb, Rosalind. 1998. When MS joins the family. V Kalb Rosalind, ur. *Multiple sclerosis: A guide for families*. New York: Demos Medical Publishing.

Kalb, C. Rosalind. 2000. Multiple Sclerosis and the Family. V Jack S. Burks in Kenneth P. Johnson, ur. *Multiple sclerosis: diagnosis, medical management and rehabilitation*. New York: Demos Medical Publishing.

Kovačič, Dare. 1996. Psihološki vidiki obravnave bolnikov z multiplo sklerozo. V Miro Denišlič in Duška Meh, ur. *Sestanek o multipli sklerozi*. Ljubljana: Birografika Bori.

Kovačič, Dare. 1997. Psihološka stran multiple skleroze: kratek pregled psihičnih dejavnikov in povzetek empirične raziskave. *Glasilo združenja multiple skleroze Slovenija*, št. 34: 12 - 14.

Mesec, Blaž in Kaube Sanja. 2001. Doživljanje bolnikov s kolostomo. Z vidika teorije corbinove in strausa o urejanju kronične bolezni: Poskusna teorija na osnovi kvalitativne analize. *Socialno delo*, 40, 2-4: 159- 180.

Opara Jozef, Jaracz Krystyna in Broła Waldemar. 2010. Quality of life in multiple sclerosis. *Journal of Medicine and Life* 3, št. 4 :352–358.



Papućemail, Ewa in Zbigniew, Stelmasiak. 2011. Factors predicting quality of life in a group of Polish subjects with multiple sclerosis: Accounting for functional state, socio-demographic and clinical factors. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, in press.

Reiss, David, Steinglass, Peter in Howe, George. 1993. The family's reorganization around the illness. V Cole Robert in Reiss David, ur. *How do families cope with chronic illness?* Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Rot, Uroš. 2011. Kronična cerebrospinalna venska insuficienca ne povzroča multiple skleroze. *Glasilo združenja multiple skleroze Slovenija*, št. 63: 10-12.

Skinner, Harvey A., Steinhauer, Paul D. in Santa Barbara, Jack. 1995. *FAM III – Family assesment measurement version III Tehnical Manual*. New York, Toronto: MHS.

Shapiro, Francine in Maxfield, Mihael. 2003. EMDR and Information Processing in Psychotherapy Treatment: Personal Development and Global Implications. V: M.F. Solomon in D.J. Siegel, *Healing trauma: attachment, mind, body, and brain* (str. 196-220). New York: W.W. Norton & Company.

Tanjšek, Mateja. 2004. Doživljanje bolnikov z multiplo sklerozo. *Socialno delo* 43, št. 1: 33-41.

WHO.1998. *WHOQOL User Manual*. Ženeva: Svetovna zdravstvena organizacija (WHO).



KAZALO

Sodobni vidik motenj hranjenja (plenarno predavanje)	3
<i>Karin Serbec</i>	
Odvisnost kot oblika izkrivljene religioznosti	4
<i>Drago Jerebic</i>	
Kako uspešno združiti družinsko terapijo in zdravljenje odvisnosti od drog	5
<i>Katja Dular</i>	
Kako iz začaranega kroga osebne krize	6
<i>Dea Hrvatinić</i>	
Odvisnost matere in odvzem otroka – vloga družinske terapije	7
<i>Renata Jakob Roban</i>	
Preobrat v poglobljanju heroinske odvisnosti, ko materin »ne« postane ultimativen	8
<i>Martina Guzelj</i>	
Ko si ne moreš pomagati, da ne bi zbolel: bolezen v funkciji regulacije afekta	9
<i>Miha Rutar</i>	
Osnovnošolski otroci z motnjo hiperaktivnosti in pozornosti: medosebne značilnosti družin ter motnja hiperaktivnosti in pozornosti pri starših.....	10
<i>Teja Banel</i>	
Vpliv psiho-socialnega edukacijskega programa na krepitev pozitivnih virov moči pri otrocih in mladostnikih iz odvisnih družin	11
<i>Nataša Sorko</i>	
Razumevanje odnosa z materjo in doživljanje lastnega materinstva.....	12
<i>Mateja Katona</i>	
Premagovanje težav z alkoholom in vloga družine	13
<i>Sabina Jurič, Jerneja Dimec Bratina</i>	
Študija primera družine, ki se sooča z zasvojenostjo, z vidika teorije objektnih odnosov, psihologije jaza, socialnih interakcij in sistemske teorije	14
<i>Tea Djokić, Janez Cerar</i>	
Partnerski pakt in nezmožnost odhoda od doma	15
<i>Katja Knez, Marija Remškar</i>	



KAZALO

Razvoj avtonomije pri zasvojenih in njihovih družinah v programu Društva Projekt Človek	16
<i>Tjaša Stepišnik Perdih, Andreja Barbara Jaš</i>	
Zasvojitveni zlorablajoči odnosi z vidika relacijske družinske terapije	17
<i>Tanja Žekš, Petra Volovšek Rot</i>	
Predelava stresa neplodnosti ob vključitvi v partnersko terapijo po modelu relacijske družinske terapije	18
<i>Alja Stvarnik</i>	
Terapevtska obravnava dolgotrajnih posledic anoreksije	19
<i>s. Polonca Majcenovič</i>	
Zasvojenost kot način preživetja: predstavitev primerov zasvojenosti s spolnostjo in z znanstvenim delom	20
<i>Nataša Bider Humar</i>	
Bulimija in samopoškodovanje kot odgovor na disfunkcionalne odnose v družini	21
<i>Sara Jerebic</i>	
Spol in navezanost v povezavi z žalovanjem – študiji primera	22
<i>Polona Ozbič</i>	
Relacijska družinska terapija v družini otroka s primarno enurezo	23
<i>Mojca Ciglarič</i>	
Kvaliteta življenja in soočanje družine z multiplo sklerozo	24
<i>Darja Potočnik Kodrun</i>	
Modeli razumevanja odvisnosti in relacijska družinska terapija	25
<i>Drago Jerebic</i>	
Metode dela v terapevtski skupnosti za zasvojene mamice (starše) in njihove otroke ...	26
<i>Andreja Barbara Jaš</i>	
ČLANKI	
Partnerski pakt in nezmožnost odhoda od doma	27
<i>Katja Knez, Marija Remškar</i>	



KAZALO

Terapevtska obravnava dolgotrajnih posledic anoreksije	40
<i>s. Polonca Majcenovič</i>	
Razvoj koncepta opolnomočenja pri otrocih iz odvisnih družin	52
<i>Nataša Sorko</i>	
Študija primera družine, ki se sooča z zasvojenostjo, z vidika teorije objektnih odnosov, psihologije jaza, socialnih interakcij in sistemske teorije	65
<i>Tea Djokić, Janez Cerar</i>	
Kvaliteta življenja in soočanje družine z multiplo sklerozo	85
<i>Darja Potočnik Kodrun</i>	
KAZALO	99