

Jože RAMOVŠ*

Kaj naj bi vsak psihoterapevt vedel o zasvojenostih in omamah?

Ključne besede: psihoterapija, zasvojenosti, omame, diagnoza, svetovanje

Povzetek: Zasvojenosti (zlasti z alkoholom, drogami in igralnštvom) ter omamne motnje naravnih potreb (zlasti motnje hranjenja in odnosov) so tako pogosta telesna, duševna in socialna motnja, da se tudi pri psihoterapiji redno srečujemo z njimi, še veliko več pa s številnimi psihosocialnimi stiskami, ki so posledica zasvojenosti ali omam. Psihoterapevt potrebuje za uspešno delo v teh primerih posebno diagnostično znanje, saj so te motnje zakrite zaradi motenih psihosocialnih obrambnih mehanizmov na individualni, mikrosocialni in makrodružbeni ravni. Tudi vse drugo delo na področju zasvojenosti in omam se v marsičem zelo razlikuje od dela pri drugih motnjah. Psihoterapevt ima velike možnosti za delo na vseh metodičnih področjih zasvojenosti in omam: pri informativnem svetovanju, terapiji in psihosocialni rehabilitaciji, zaščiti pred recidivo, pri raziskovanju in tudi pri preventivi. Za razvoj psihoterapije pri nas je odločilnega pomena, da bo delo psihoterapevtov tudi na področju zasvojenosti in omam strokovno kompetentno, uspešno in mrežno povezano, tako da bo na tem področju vsak lahko delal, kar obvlada, preostalo delo pa predajal tistim, ki so kompetentni zanj. V članku so pregledno prikazana temeljna adiktološka spoznanja o zasvojenostih in omamah na temelju avtorjeve celostne antropološke definicije, da je zasvojenost umetna škodljiva potreba po omamni snovi, omamnem doživljanju ali vedenju, v sklepnem delu članka pa je analiza psihoterapevtovih možnosti in nalog na tem področju.

What Should a Psychotherapist Know about Addictions?

Keywords: psychotherapy, addictions, diagnosis, counselling

Abstract: Addictions (mostly alcohol, drugs and gambling) and natural needs disorders (especially eating and relationship disorders) are such common physical, mental and social disorders that we often meet them in psychotherapy. But even more frequently we have to deal with numerous psychosocial distresses, the consequences of addictions. Since these disorders are hidden due to disturbed psychosocial defence mechanisms on individual, micro-social and macro-social level, a psychotherapist needs a special diagnostic knowledge to be effective in his work. The whole working process in the area of addiction differs in many ways from the work with other disorders. Psychotherapist has a great opportunity to work in all methodological areas of addictions: informative counselling, therapy, psychosocial rehabilitation, prevention of recidivation, research and also prevention. Of a crucial importance for development of a psychotherapy in Slovenia is competent, expert and efficient work in the field of addictions. It should be conducted in a mutual interaction, so that anyone can do what he knows best, and pass the rest of the work to those who are competent for it. This article gives an overview of the basic knowledge on addictions and other disorders, based on the authors' anthropological definition, explaining an addiction as an artificial harmful need for intoxicating substances, intoxicating experiencing or behaviour. In the conclusion, the author analyses psychotherapist's possibilities and his tasks within this field.

1. Psihosocialne stiske zaradi zasvojenosti in omam so med najbolj pogostimi

Evropska kultura sodi v svetovni vrh po razširjenosti omamljanja z alkoholom. Ta pojav je še posebej množičen v predelu Evrope, kamor spada Slovenija. Zadnje četrto stoletje se je med mladimi širilo tudi omamljanje z ilegalnimi drogami, toda v celoti problematike je alkohol absolutno prevladujoči vzrok, po ocenah v več kakor devetdesetih odstotkih primerov.

Težave in stiske ljudi ter škoda zaradi zasvojenosti in omam so v vsakdanjem življenju vidne vsakomur. Zadnja desetletja je o tem tudi dovolj raziskovalnih podatkov. V Sloveniji poteka znanstveno preverjeno spremljanje rabe alkohola že več kot dve desetletji na nacionalnem Inštitutu za varovanje zdravja. To raziskovanje je potekalo preko spremljanja zdravstvenih, gospodarskih, kriminoloških in drugih indikatorjev ali pa s terenskimi raziskavami pitja in

*JOŽERAMOVŠ@DR.SCI-PROF-PSIHOTERAPEVT@INŠTITUTANTONATRSTENJAKA.RESLJEVA^{11.1000}LJUBLJANA;LJUBLJANA;JOZE-RAMOVŠ@GUEST-ARNESI

pivskih navad (Jakopič, Ramovš, 1989; Ramovš in dr., 1992; Hovnik-Keršmanc in Čebašek-Travnik, 1998, 1998a, 1999, 2000, 2000a; Hovnik-Keršmanc in dr. 1999; Čebašek-Travnik, Šešok, 2001; Leskošek in sod. 2000, Čebašek-Travnik in Hovnik-Keršmanc, 2000, Šešok in dr., 2006). V zadnjih letih sta bili opravljene tudi dve večji metodološko neoporečni epidemiološki raziskavi o pivskem vedenju odraslih prebivalcev Slovenije. Prva je potekala v okviru širše raziskave *Slovensko javno mnenje 1999* (Hovnik-Keršmanc in dr., 1999a, Čebašek-Travnik in Hovnik-Keršmanc, 2000). Druga se je vršila leta 2001 v okviru raziskave *Tveganja vedenja, povezana z zdravjem in nekatera zdravstvena stanja pri odraslih prebivalcih Slovenije* (Zaletel-Kragelj in dr., 2004, 2004a).

Po podatkih teh in drugih raziskav sodi Slovenija vztrajno v skupino držav z najvišjo porabo alkohola. Znaša okrog 10 litrov čistega alkohola na prebivalca, kar za četrtno presega evropsko poprečje. Ocene govorijo še o dodatni sorazmerno veliki količini popitega alkohola, ki zaradi domače pridelave v raziskavah ni odkrita. Raziskava o desetih najpogostejših vzrokih smrti je pokazala, da je pri tistih boleznih, pri katerih je po podatkih iz tuje strokovne literature alkohol vzročno udeležen vsaj v 25 % odstotkih smrti, pri prebivalcih Slovenije odstotek smrti višji kakor v ZDA, Veliki Britaniji, Finski, Franciji in Kanadi, kar gre verjetno pripisati večji porabi alkohola na prebivalca pri nas (Hovnik-Keršmanc in Čebašek-Travnik, 1998a).

Raziskave o pitju alkohola in uporabi drugih omamnih snovi med mladimi, kakršna je ponavljajoča se evropska raziskava ESPAD, kažejo posebno kritično stanje med to populacijo, ki je organsko in socialno najbolj občutljiva, po številu pa skoraj pol manjša kakor srednja. Podatki ESPAD kažejo nevarno stopnjevanje rabe alkohola med mladimi v Sloveniji (Stergar, 2004):

- Primerjava podatkov za leta 1995, 1999 in 2003 kaže statistično značilne razlike v pogostosti pitja alkoholnih pijač v vsem življenju (χ^2 je bil značilen pri $p < 0,0001$, $C=0,15$). Odstotek anketirancev, ki so odgovorili, da še nikoli niso pili alkoholnih pijač, se je zmanjšal s 13,1 % leta 1995 na 8,7 % leta 1999 in nato na 8,3 % leta 2003. V letih 1995 – 1999 – 2003 se je izrazito povečal odstotek anketiranih, ki pijejo redno (to je vsaj 40 krat): leta 1995 jih je bilo 14,1 % anketiranih, leta 1999 23,1 %, leta 2003 pa 25,2 %.

- Primerjava podatkov za leta 1995, 1999 in 2003 kaže statistično značilne razlike pri tem, kako pogosto so bili pijani v vsem življenju (χ^2 je bil značilen pri $p < 0,0001$, $C=0,17$). Odstotek anketirancev, ki so odgovorili, da še nikoli niso bili pijani, se je zmanjšal s 45,6 % leta 1995 na 33,3 % leta 1999 in na 30,5 % leta 2003. V omenjenih letih se je odstotek tistih, ki se redno opijajo, povečal s 3,5 na 9 %.

Škodljiva raba alkohola med mladimi je v skoraj vseh evropskih državah velika. Po podatkih ESPAD naša mladina v primerjavi z drugimi evropskimi državami ni izstopala v pogostosti rabe alkohola, pač pa je zelo izstopala po tem, da se močno dviga delež mladih, ki čezmerno pijejo. Regijska raziskava ESPAD 2003 za Dolenjsko je pokazala, da je bilo pijanih že 70 % srednješolcev prvega letnika, 21 % dijakov je dejalo, da je imelo že probleme zaradi lastnega pitja, približno polovica jih ima do pitja alkohola pozitivna pričakovanja, na prvem mestu med vzroki za omamljanje so navedli radovednost, na drugem željo biti omamljen (Radešček 2004). V ljubljanski zdravstveni regiji (tu je bilo anketiranih 1077 dijakov) je isto leto (2003) navedlo 68 % učencev, da so bili kdaj pijani, popivanje v zadnjem mesecu pa 45 % učencev (Jerman, 2003).

Poleg mladih so danes posebej ogroženi starajoči se ljudje po upokojitvi. Delež starega prebivalstva raste, današnje javno mnenje ljudi ovira v tem, da bi doživljali smisel staranja in starosti, stari ljudje so množično osamljeni in brez žive pozitivne povezanosti z mlajšima generacijama. Raziskave in opažanja kažejo, da omamljanje in zasvojenosti posebno ogrožajo poleg mladih in žensk prav tretjo generacijo: »Tretjina ljudi po 60. letu, ki čezmerno pije, začne popivati šele po upokojitvi.« (Razboršek, 2000)

Omamljanje in zasvojenost z alkoholom torej zavzema v naših razmerah veliko večino

tovrstne problematike. Poleg nje je zelo občutena tudi problematika zasvojenosti z ilegalnimi drogami, zadnje čase tudi z igrami na srečo. Po problematiki sorodni sklop so omamne motnje naravnih potreb, zlasti motnje hranjenja. Zasvojenosti in omame so številčno najpogostejši povzročitelj osebnih in socialnih težav in stisk. Seveda ne smemo imeti pred očmi samo neposrednih zasvojenecv in omamljenih ljudi, ampak moramo upoštevati tudi posredne bolezni in psihosocialne težave, ki jih ta dva pojava povzročata pri zasvojenih in omamljenih ljudeh, zlasti pa v njihovem socialnem okolju družine, službe in družbe. Znano je namreč, da sodijo zasvojenosti in omamne motnje med socialne bolezni, pri katerih obolijo tudi družinski člani, seveda drugače kot zasvojenec, vsekakor pa v okvirih definicije zdravja. Hudo se poslabša njihovo socialno, duševno in telesno stanje.

Delo z ljudmi, ki imajo psihosocialne težave, povezane z zasvojenostmi in omamami, zahteva, da strokovnjak dobro pozna fenomenologijo teh dveh patologij in metodiko dela na tem področju. Če upoštevamo množičnost problematike, specifičnost pojavov zasvojenosti in omam ter specifičnost metodike dela na tem področju, bi moral vsak psihoterapevt to področje poznati vsaj orientacijsko, da se bo lahko držal temeljnega etičnega pravila »*najprej ne škoditi*«. Tisti, ki pa dela na tem področju, ga mora spoznati podrobneje. V tem članku navajamo orientacijski pregled osnovnih spoznanj o zasvojenostih in omamah, v zadnjem delu pa analizo psihoterapevtovih možnosti in nalog na tem področju.

2. Antropološka opredelitev zasvojenosti in omam

Konceptov za razlago omam in zasvojenosti je veliko. Največ jih sodi v skupino, ki raziskuje njihove biološke dejavnike. Biološka spoznanja o vzrokih, posledicah in o terapevtskih možnostih pri zasvojenostih in omamah so ena od osnov, brez katere ni mogoče niti razumeti niti reševati teh bolezenskih pojavov. Nevrološka spoznanja so v zadnjih letih prinesla izjemno veliko pomembnega novega znanja za to področje; npr. o nevrottransmiterjih, ki skrbijo za doživljanje zadovoljstva in ugodja. Toda samo biološka razlaga zasvojenosti in omam ne more razložiti tega človeškega pojava, še manj pa zasvojenosti in omame preprečevati, zdraviti in reševati njihove mnogotere zle posledice.

Drugo skupino tvorijo sociološke in ekonomske razlage. Družbeni in ekonomski dejavniki so, prav tako kot biološki, nepogrešljivi del vzročne in posledične razlage omam in zasvojenosti, brez katerega ni mogoče dojeti tega pogostega pojava in ne oblikovati metod za njihovo preprečevanje in reševanje težav. Tudi za sociološke in ekonomske razlage zasvojenosti in omam velja isto kot za biološke. Izolirane od drugih spoznanj so enostranska redukcija, ki lahko marsikoga navduši kot teorija, za razumevanje pojava in metodiko dela v praksi pa so preozke in nezadostne.

Tretja skupina razlag so psihološke. Vzroke za omame in zasvojenosti iščejo v posamezniku in njegovih duševnih procesih. Po psihološki poti iščejo tudi preventivne in terapevtske rešitve. Tudi za to skupino veljata obe gornji trditvi. Brez psiholoških razlag ni celostnega spoznanja o zasvojenostih in omamah, samo psihološka spoznanja pa so nezadostna tako za razumevanje pojavov zasvojenosti in omam kot za metodiko dela na tem področju.

Poskus razlagati in dojeti zasvojenosti in omame samo z biokemičnimi procesi je biologizem, samo s sociološkimi in z ekonomskimi zakonitostmi je sociologizem, samo s psihičnimi zakonitostmi in psihološkimi spoznanji je psihologizem. Lahko bi naštevali še manjše skupine spoznanj in teorij o zasvojenostih in omamah, pri katerih bi ponovili isto spoznanje. Ti pojavi so tako celostno življenjski, da je izolirana razlaga vsake znanosti ali izolirano delo vsake stroke na tem področju neuspešen in škodljiv redukcionizem – to je ideologija in ne znanost.

Opredelitev pojavov zasvojenosti in omam torej iščemo v celostnem interdisciplinarnem ali antropološkem pristopu. Antropološki pristop ima pred očmi človeka v vseh njegovih razsežnostih, potrebah in zmožnostih, kakor ga proučujejo vse znanosti o človeku in še širše od vseh znanosti skupaj. Pred očmi ima človeka, kakor ga dojemata celota človeških kultur v zgodovini, ki poleg

vseh znanosti vključuje tudi vse umetnosti, religije in filozofijo vsakdanjega življenja. Kultura je namreč celota pridelka, ki ga je v zgodovini človeštva zbrala človeška zavest o sebi kot človeku in človeštvu, o drugih ljudeh in sožitju z njimi ter o ostali naravi in človekovem sožitju z njo.

Po več kot treh desetletjih raziskovalnega in praktičnega dela tako na področju celostne antropologije kakor na področju zasvojenosti in omam smo ob upoštevanju vseh drugih opredelitev prišli do spodaj navedenih antropoloških opredelitev omamljanja in zasvojenosti.

Omamljanje je umetno zmanjševanje človekove zavesti. Povzroči si jo človek sam ali mu jo povzročijo drugi z delovanjem kake omamne snovi (psihoaktivne substance) na njegov živčni sistem, z enostranskim ali s čezmernim zadovoljevanjem katere od naravnih potreb (npr. hranjenje). V omamljeno stanje lahko privedejo človeka tudi določene socialne okoliščine (npr. množica, reklama, mučenje), njegovo enostransko in absolutizirano oprijemanje določenih idej (fanatizem) in podobno. Človek se omamlja, da bi si olajšal doživljanje bolečine ali česa drugega neprijetnega, da bi si v zavesti umetno vzburil prijetna doživetja, ki mu jih primanjkuje v vsakdanjem življenju, ali pa zaradi umetne potrebe, ki jo je pridobil s ponavljanjem, to je zaradi zasvojenosti. Omamljanje z omamnimi snovmi, s škodljivim vedenjem ali z doživljanjem namreč privede človeka prej ali slej v zasvojenost, zasvojen človek pa se omamlja zaradi tega, ker je omamljanje postala njegova potreba.

Zasvojenost je umetna škodljiva potreba po omamni snovi, omamnem doživljanju ali vedenju (Ramovš, 2000, 2001). To je opredelitev zasvojenosti z vidika celostne antropološke podobe človeka. Je zelo uporabna za psiho-socialno delo pri preprečevanju zasvojenosti, njenem socialnem urejanju in zmanjševanju škode pri neozdravljivi zasvojenosti ter pri njenem raziskovanju.

1. Zasvojenost je *potreba*, ki se razvije postopoma, bolj ali manj naglo s privajanjem na določeno psihoaktivno snov (na primer alkohol, nikotin, mamila), obliko vedenja (na primer igre na srečo) ali doživljanje resničnosti (na primer sovražnost do nekoga). Ko je zasvojenost vzpostavljena, deluje pri človeku kot relativna nuja; podobna je torej naravnim telesnim, duševnim, socialnim in drugim človekovim potrebam. Lahko je celo močnejša od njih, seveda pa je v nasprotju z njihovo brezpogojnostjo (absolutnostjo), vedno pogojna ali relativna. To pomeni, da človek za svoj razvoj nikoli ne potrebuje nikakršne zasvojenosti. Če do nje pride, jo je mogoče z odvajanjem in vzdržnostjo spremeniti v povsem latentno stanje, ne pa je izbrisati, kajti pri ponovnem uživanju omamne snovi, omamnem vedenju ali doživljanju se znova aktivira v akutno potrebo (recidivira). Zasvojenost kot potreba se vzpostavlja po psihični in biološki poti. Obe se med seboj prepletata, saj gre v osnovi za eno samo dogajanje v človeku, ki ga razlagamo enkrat bolj s psihičnega in drugič z biološkega vidika. V prvem primeru se zaradi ugodja in drugih ugodnih izkušenj ojačuje dražljaj po uživanju alkohola in vsega, kar je povezano z njim. Ustvari se pivska navada oziroma bolj pravilno pivska razvada. V človeku se namreč vrši odstranjevanje zdravih navad, da njihovo mesto v življenju in sožitju zavzame pitje in vse, kar je povezano z njim. Druga pot vzpostavljanja potrebe po alkoholu je prilagajanje možganskega sistema na prisotnost alkohola (nevroadaptacija). Ta je zanj škodljiv, saj ga omamlja. Očitni posledici tega prilagajanja sta povečana toleranca do alkohola in povečana želja po njem. Odločilni pa so globlji procesi v delovanju možganov pod vplivom alkohola. Dogajajo se zlasti v strukturah hedonske mezokortikolimbicne poti, imenovane *možganski nagrajevalni sistem* (ventralni tangentum, nucleus accumbens, limbični sistem, orbitofrontalni korteks, amygdala). Nevrokemično gre za odločilne spremembe v delovanju neurotransmiterjev, ki povzročajo človekovo ugodje (dopamin, serotonin, glutamat, endorfin ...). Vzpostavijo in usodno se utirijo *kratkostične poti* za doživljanje nadomestnega, *kemičnega ugodja*, namesto ugodja ob uspehu pri smiselnem delu, doživljanju in stališčih. Nevrobiološke mehanizme pri odvisnosti od alkohola je pri nas jedrnato opisala Rus Makovec Maja (2004a), Vili Ščuka pa ta spoznanja uspešno uporablja, zlasti pri preventivnem delu.

2. Zasvojenost je *umetna* potreba po nečem, kar človeku po naravi ni potrebno, ampak je zanj tujek, na katerega se mora njegov organizem, duševnost in druge razsežnosti nasilno prilagoditi. Pri tem se pokvarijo naravni obrambni mehanizmi tako, da delujejo proti razvojnim potrebam človeka. Posebej občuteno obolijo psihični obrambni mehanizmi dojetanja in racionalne razlage resničnosti (zanikanje in racionaliziranje zasvojenosti in omam), temeljno učenje z enačenjem in s posnemanjem (identifikacija in projekcija), duhovni obrambni mehanizem vesti pri svobodnem odločanju za smiselne možnosti in pri odgovornosti za sprejete odločitve ter temeljna socialna obrambna mehanizma samopomoči in solidarnosti.

3. Zasvojenost je vedno *povezana z omamljanjem človekove zavesti*. Alkohol in druge omamne snovi po svoji biokemični naravi delujejo na živčni sistem tako, da ožijo, plitvijo, mrtvijo in spreminjajo človekovo doživljanje sebe in okolja, zato vsaka omamljenost z alkoholom ali drugo omamno snovjo človeku manjša svobodo doživljanja in ravnanja. Poleg omamnih snovi prihaja človek v omamno stanje tudi na druge načine, zlasti s pretiravanjem ali z odtegotvanjem pri zadovoljevanju katerekoli od človekovih naravnih potreb, toda to ni zasvojenost, ampak so omamne motnje katere od človekovih potreb.

4. Zasvojenost je *škodljiva* potreba, njene kvarne posledice se kažejo na vseh človekovih razsežnostih. Zasvojenost biološko zastruplja organizem, da oboleva, patološko spreminja duševno delovanje in vedenje, krni svobodo in odgovornost, kvari medčloveške odnose in razmerja, zavira človekov razvoj in omamlja njegovo smiselno orientacijo v življenju.

Te štiri značilnosti antropološko opredeljujejo zasvojenost in jo ločujejo od drugih motenj, zlasti od omamnih motenj človekovih naravnih potreb (npr. motenj hranjenja). Omamne motnje naravnih potreb so po omamnem delovanju na človeka ter po patologiji v človekovem življenjskem in sožitnem slogu zelo podobne zasvojenostim. Po svoji naravi pa so povsem svoja vrsta bolezni ali motenj. Podobnost in razlika med zasvojenostmi in omamnimi motnjami naravnih potreb je kot podobnost in razlika med migreno in malignim tumorjem v glavi. Skupen jima je glavobol, vse drugo pa različno. Zato je treba omamne motnje naravnih potreb konceptualno in metodično jasno razlikovati od zasvojenosti. Zasvojenost je z antropološkega vidika zločesti tujek med potrebami, omamne motnje so nered v zadovoljevanju pristnih človeških potreb. Kot za vsako znanost velja tudi za adiktologijo, da se začne z dobrim razlikovanjem in definiranjem svojih specifičnih pojavov in delovnih metod.

Opredelitev zasvojenosti na temelju človekovih potreb in omame jasno diferencira zasvojenosti od omamnih motenj človekovih potreb. Pri zdravljenju zasvojenosti je za ponovno zdravo in socialno urejeno življenje nujno potrebna abstinenca, pri zdravljenju omamnih motenj naravnih potreb pa abstinenca sploh ni možna. Obema skupna pa je omamljenost kot človekov doživljajski in vedenjski beg pred vsakdanjo resničnostjo v zmanjšano in spremenjeno doživljanje, kar je nasprotje trezne opojnosti kakovostnega človekovega življenja in sožitja, zato imajo preventiva, socialno urejanje in oskrba neozdravljivih ljudi z obeh področij veliko skupnega.

Znanost o zasvojenostih in posredno tudi o omamah s tujko imenujemo adiktologija. Še pojasnilo k besedi zasvojenost. Mnogi uporabljajo za ta pojav besedo odvisnost. Po temeljitem jezikovnem in antropološkem študiju in posvetovanjih s številnimi jezikovnimi in adiktološkimi strokovnjaki sem se odločil za besedo zasvojenost kot strokovni pojem za bolezensko odvisnost od omamnih snovi, vedenja ali doživljanja. Beseda odvisnost namreč govori o temeljni človekovi sistemski povezanosti z biološkim in s socialnim okoljem. Človek je odvisen od zraka, vode, hrane, toplote ..., odvisen je od rojstva do smrti, odvisen pri osnovnih materialnih potrebah in najbolj specifičnih duševnih in bivanjskih potrebah, odvisen je od soljudi v ožji in širši družbi, v temelju je odvisen od fizikalnih, kemičnih, bioloških, socialnih in drugih zakonitosti. Človekova odvisnost od vsega tega je le drug izraz za zadovoljevanje vseh njegovih potreb, za njegovo zadovoljenost in zadovoljnost, za njegovo srečo ali nesrečo, če ne more zadovoljiti svojih pomembnih potreb. Človek je človek, ostaja človek in se razvija kot človek, ker je odvisno bitje,

bitje dialoške povezanosti z naravo in ljudmi, bitje, ki je sistemsko povezano z vsem v sistem.

Tisti, ki uporabljajo besedo odvisnost pri umetni škodljivi povezavi človeka z drogami, mislijo seveda za bolno ali bolezensko odvisnost človeka od nepotrebnih snovi ali na bolezenski nered v zadovoljevanju naravnih potreb. Toda tega ne rečejo, ampak uporabljajo samo besedo odvisnost. Bolna odvisnost je le zelo majhen delček vsega področja, ki ga pokriva beseda odvisnost. Ves ta večinski pomen besede odvisnost pa je zelo pozitiven. Če bi torej slovenska adiktologija vzela besedo odvisnost za strokovni pojem bolezenskih odvisnosti, bi ga morali zaradi jasnosti govorice, zlasti pa zaradi poštenosti do jezika pridevniško pojasniti in dosledno govoriti o »*bolezenski odvisnosti*«. Če bi tega ne storili, vzamemo neki besedi v naši kulturi in vsakdanji komunikaciji njen večinski pozitivni pomen, da bi jo uporabljali za svoje majhno negativno področje jezikovnega označevanja. Tako bi besedo odvisnost v naši kulturi usodno patologizirali in obenem zagrešili njeno kolonializacijo, saj bi bil slovenski jezik osiromašen za samostojen pojem odvisnosti kot pozitivne sistemske povezanosti človeka z okoljem, drugimi ljudmi in objektivnimi zakonitostmi.

Kolonizacija in patologizacija besede odvisnost za strokovni pojem bolezenske odvisnosti od omamnih snovi, vedenja in doživljanja pa nehote povzroči še eno protislovje. Krepi in širi hudo kolektivno patologijo (Frankl) ali zмотo današnjega časa, češ da je ideal človeka absolutna neodvisnost ali individualistična samozadostnost. Ta zmotna miselnost je pomembno udeležena kot vzrok, da ljudje, mladi in stari, zaidejo v iluzijo odklopa (»odštekanosti«) z neko omamo in nato v zasvojenost. Znanost, ki probleme omamljanja in zasvojenosti rešuje, nikakor ne sme s patologizacijo pozitivne besede odvisnost prispevati k ohranjanju ali večanju iluzije današnjega časa, da je človek sistemsko neodvisen od narave, soljudi in zakonitosti, ki veljajo v naravi in družbi.

Beseda odvisnost naj torej ohrani svoj pozitivni pomen sistemske povezanosti človeka s socialnim in z naravnim okoljem. Ta odvisnost mu omogoča človeški razvoj in uresničitev, torej srečo. Za strokovno besedo bolezenske odvisnosti pa je primerna beseda zasvojenost. To je jezikovno pravilna beseda, ker je v precejšnji meri knjižna novotvorba, nima v vsakdanji praksi kakega posebnega področja, ki bi ga s tem, da jo uporabljamo za strokovni pojem na tem področju, oškodovali. Beseda zasvojenost je jezikovno zelo prikladna za strokovni pojem poimenovanja tega obširnega bolezenskega sklopa. Pronicljiv pokojni jezikoslovec Janko Moder mi je pri iskanju in preverjanju tega pojma dejal, da je besedi zasvojenost podobna beseda zasuznjenost, kar je tudi posrečena vsebinska podobnost.

Najbolj pogosta zasvojenost v evropski kulturi je alkoholizem. V več kakor pol stoletnem razvoju alkoholologije je bilo predloženih že več *definicij zasvojenosti z alkoholom ali alkoholizma*. Govorjenje o zasvojenosti z alkoholom ali o odvisnosti od alkohola predpostavlja razločevanje med tistimi socialnimi težavami ter bolezenskimi znaki, ki so povezani s to zasvojenostjo, od tistih socialnih težav in bolezenskih znakov, ki jih povzroča posamezna opitost ali pijanost človeka, ki še ni zasvojen z alkoholom.

V začetnem obdobju alkoholologije je skupina strokovnjakov Svetovne zdravstvene organizacije (WHO, 1951) predložila opredelitev, da je kronični alkoholik oseba, ki čezmerno uporablja alkoholne pijače in se je pri njej razvila telesna in duševna odvisnost od alkohola ter se kažejo duševne motnje in motnje vedenja, usmerjene na poškodbe telesnega in duševnega zdravja, sožitja z drugimi ljudmi ter motnje v socialnem funkcioniranju.

V naslednjih desetletjih se je opredeljevanje motenj zaradi rabe alkohola izpopolnjevalo v različne smeri glede na izsledke raziskovanja. Nekatere opredelitve so bolj poudarjale biološko in zdravstveno razsežnost, druge psihično in socialno, tretje družinsko, družbeno, kriminološko-pravno, ekonomsko, sistemsko itd. Znani alkohololog Hudolin (1991) se je v poznejšem obdobju nagibal k socialni opredelitvi in posrečeno poudarjal, da je alkoholizem patološki življenjski slog, ki je povezan s pitjem alkoholnih pijač. Rugelj (1983: 63) pa je alkoholizem kratko operativno

definiral kot pitje alkoholnih pijač, ki povzroča težave v ekoloških skupinah pivca.

S socialnega vidika alkoholizem dobro opredelimo, če rečemo, da je *zgrešen sožitni slog, ki je povezan z alkoholno zasvojenostjo*. Človek je v celoti socialno bitje, ki je sleherni trenutek telesno, duševno in razvojno vezan na sožitje z drugimi ljudmi. Z drugimi je vezan po zavestnih, še bolj pa po nezavednih spletih. Svoje alkoholne zasvojenosti se človek deloma zaveda, večinoma pa gre za nezavedno dogajanje, zlasti zaradi specifično obolenih individualnih, odnosnih, družbenih in drugih obrambnih mehanizmov v vseh človekovih razsežnosti. Človekov osebni življenjski slog, ki je pri vsakem človeku enkraten in edinstven, je sestavina njegovega sožitnega sloga, s katerim sooblikuje življenje drugih ljudi. Njegov sožitni slog pa je odvisen od življenjskega sloga drugih ljudi in prevladujočih vzorcev družbe, v kateri živi. V naši družbi je petina odraslih ljudi podvrženih škodljivemu pitju alkoholnih pijač, z vsakim od njih pa je v temeljnem sožitju še nekaj družinskih članov, ožjih znancev in sodelavcev. To pomeni, da je sožitni slog, ki izhaja iz škodljivega čezmernega pitja alkoholnih pijač, v živo navzoč pri polovici prebivalcev države. Ta sožitni slog je socialno in antropološko zgrešen, saj škoduje posamezniku na vseh razsežnostih, v družbi pa ustvarja samodejno mokro kulturo, v kateri je čezmerno pitje bolj pričakovano in zeleno vedenje kakor abstinenca od alkoholnih pijač.

Podobno kakor alkoholizem bi lahko opredelili tudi druge zasvojenosti in omamne motnje naravnih človeških potreb kot zgrešen življenjski in sožitni slog, ki je povezan z uživanjem določene omamne snovi, omamnim vedenjem ali doživljanjem oziroma z omamno obliko zadovoljevanja določene naravne človeške potrebe.

3. Značilnosti zasvojenosti in omam, ki so pomembne za psihoterapevtovo delo

Strokovno delo na področju zasvojenosti in omam obsega (Ramovš, 2001: 15):

1. Preprečevanje ali preventivo, da do zasvojenosti in omamnih motenj ne pride. Zlasti pomembna je specialna ali sekundarna preventiva ogroženih skupin.
2. Informativno in svetovalno delo pri težavah, ki jih zasvojenosti in omame povzročajo ljudem in organizacijam.
3. Terapija zasvojenecv in njihovega socialnega mikrookolja. V terapijo sodi zdravljenje v ožjem pomenu besede, socialno urejanje in zaščita pred recidivo.
4. Socialna, zdravstvena in druga oskrba neozdravljivih zasvojenecv.
5. Adiktološki znanstveni in strokovni razvoj, ki obsega raziskovanje, publiciranje, izobraževanje strokovnjakov, organizacijo strokovnega dela ter poklicno higieno pri delu na področju zasvojenosti in omam.

Psihoterapevt lahko dela na vseh petih navedenih področjih. Na nekaterih od teh področij je psihoterapevtski poklic enako primeren drugim ustreznim poklicem, ki tovrstno delo opravljajo samostojno, na drugih je manj primeren. Večinoma pa je najprimernejše ekipno delo več strokovnjakov, med katerimi je psihoterapevt eden od pomembnih sodelavcev v ekipi z drugimi poklici. To velja zlasti za preventivo in oskrbo neozdravljivih zasvojenecv, pa tudi za vodenje terapije in sodelovanje v njej. V novejši slovenski literaturi je vlogo psihoterapije v procesu zdravljenja odvisnosti od alkohola obdelala Maja Rus Makovec (2004). Terapija je že po svojem imenu posebej primerno področje za psihoterapevtski poklic, vendar pa zanjo psihoterapevt še nikakor ni usposobljen s svojo psihoterapevtsko izobrazbo brez dodatnega usposabljanja za delo na področju zasvojenosti in omam.

Za uspešno psihoterapevtovo delo na področju zasvojenosti in omam je treba obvladati posebna znanja o teh dveh pojavih. Psihosocialne motnje pri zasvojenostih in omamah so namreč na videz lahko povsem enake človeškim motnjam, ki nastanejo iz drugih vzrokov, v resnici pa so zakonitosti njihovega nastajanja, poteka in reševanja zelo drugačne. Neredko je njihova logika povsem obratna od logike pri istih motnjah, ki so nastale iz drugih vzrokov. Navedli bomo tri značilnosti zasvojenosti in omam, ki jih je treba dobro poznati, da bi na tem področju smiselno

in uspešno strokovno delali.

1. Vsaka omama in zasvojenost je *celostna človekova motnja*. Zasvojenost z omamnimi snovmi ali omamne motnje hranjenja se na primer začno v telesni razsežnosti. Toda motnje in težave zaradi tega se kažejo navadno prej in huje v človekovi duševni razsežnosti, v njegovem medčloveškem sožitju in osebnostnem razvoju kakor v obliki telesnih bolezni; seveda pa prej ali slej pride tudi do teh. Zasvojenosti in kronične omamne motnje človeških potreb lahko primerjamo z rakom. Ugnezdijo se v eni od razsežnosti ali eni od človekovih potreb, nato pa delajo metastaze v vse človekove razsežnosti in potrebe. Zasvojenost ali omama se večja na račun dojemanja in zadovoljevanja pristnih človeških potreb v vseh človekovih razsežnostih. Sama zasvojenost ali omama se pri tem običajno ne kaže jasno. Vidijo se pretežno posledične akutne in kronične motnje v različnih organih, na duševnih, duhovnih, socialnih, razvojnih in drugih sposobnostih zasvojenega človeka. Bistvo je celostna človeška bolezen, ki zajema vsega človeka in celotno sožitje z drugimi ljudmi, zlasti najbližjimi v družini in službi. To je treba razumeti, da se pri terapiji lahko smiselno odločamo, ali je v konkretnem primeru mogoče zdraviti zasvojenost in omamo kot temeljno motnjo, ki ima prednost, ali pa tega v resnici ni mogoče in bo šlo le za zmanjševanje škode in lajšanje stiske s tem, da začasno zdravimo ali lajšamo posamezne simptome temeljne bolezni. Če psihoterapevt ne pozna zasvojenosti in omam kot celostne motnje, se vrti v začaranem krogu neuspešne terapije ali svetovanja. To je enako nesmiselno početje kakor uporaba psihofarmakov pri tistih duševnih stiskah, ki sta zanje primerna psihoterapija in socialno urejanje. Proti nesmiselni uporabi zdravil so nastopili zelo odločno nekateri psihoterapevti, npr. William Glasser (2003). Tudi v našem primeru je nujno, da sami psihoterapevti zaščitimo razvoj psihoterapije s tem, da zaradi nepoznavanja zasvojenosti in omam ne zlorabljam psihoterapevtskih metod za trenutno lajšanje simptomov, ko sta zasvojenost ali omama ozdravljivi. Za simptomi moramo prepoznati osnovno motnjo zasvojenosti, jo poskušati zdraviti in socialno urejati primerno ali pa človeka s to motnjo napotiti tja, kjer to znajo.

2. Vsaka zasvojenost in prav tako vsaka kronična omamna motnja naravnih potreb je *socialna bolezen*. Zasvojenec je posamezna oseba, motnje hranjenja ima posamezna oseba, toda vsaka človeška oseba je konstitutivno povezana v sožitje z drugimi ljudmi v mikro- in makrosocialnem okolju. Vsaka bolezen in vsaka motnja ima zato tudi socialno razsežnost, toda le nekatere motnje in bolezni so take, da ob posamezniku obolijo tudi drugi ljudje. Telesne nalezljive bolezni se direktno prenašajo na druge v okolju, da enako obolijo za isto boleznijo. Zasvojenosti in omame se širijo v okolju po psihosocialnih mehanizmih posnemanja. Tako postajajo sinovi alkoholikov veliko pogosteje alkoholiki kot drugi, mladi, ki se gibljejo v narkomanski družbi, pa veliko pogosteje tudi sami narkomani. To je pri boleznih zasvojenosti in omam prvi vidik »socialnosti«. Pred očmi pa imamo še bolj drugi vidik socialnega širjenja psihosocialne motnje pri zasvojenostih in omamnih motnjah. Ob zasvojenem ali kronično omamljenem človeku dobivajo specifične psihosocialne motnje tudi drugi, ki živijo ali delajo z njim. Njihove motnje niso zasvojenost, ampak zasvojenosti komplementarne psihosocialne poškodbe. Ena od skupnih značilnosti psihosocialnih motenj pri zasvojenecu in pri drugih v njegovem mikrosocialnem okolju so oboleli psihosocialni obrambni mehanizmi. V mikrosocialnem okolju družine, prijateljev in sodelavcev doživljajo zasvojenčevo motnjo drugi prej in huje, kakor jo doživlja on sam. Oni tudi bolj trpijo kot zasvojenec. Kljub iskreni želji in prizadevanju pa praviloma ne uspejo zaustaviti razvoja zasvojenosti ali omamne motnje pri svojcu, ampak se ta zaradi komplementarnosti motenih vlog utrjuje in razrašča. Podobno kot zasvojenecu se jim namreč kvarijo duševne zmožnosti trezne presoje in socialne samopomoči za smiselno ukrepanje. Vsekakor pa svojci zasvojenih ljudi pogosteje iščejo pomoč za zasvojence kakor sami zasvojenci, toda praviloma jo iščejo za zasvojenca, ne zase. Na energiji te njihove stiske je treba graditi, pri tem pa vedeti, da je najbolje, če svojci rešujejo predvsem svoje motnje, zasvojenec pa svoje. Če začno svojci reševati svoje

motnje, neredko samodejno sledi zasvojeni svojec z zdravljenjem svoje zasvojenosti.

3. Pri vsakem zasvojenem in kronično omamljenem človeku *obolijo obrambni mehanizmi, da delujejo v nasprotju s svojim namenom*. Zlasti so vidne bolezenske motnje osnovnih duševnih in socialnih obrambnih mehanizmov. Človekovo zavedanje sebe in okolja oblikujeta zlasti selekcionirano zaznavanje in racionalno dojetje resničnosti, za človekov razvoj je odločilna sposobnost njegovega enačenja z drugimi, iz česar sledi spontano posnemanje. Za kakovost njegovega osebnega človekovanja in socialnega občestvovanja je odločilna vest, ki usmerja njegovo svobodno odločanje in odgovorno uresničevanje svojih odločitev. Te in podobne sposobnosti so osnovni duševni in duhovni obrambni mehanizmi, ki skrbijo za človekov smiselni razvoj. Pri omamljanju in zasvojenosti začno te sposobnosti delovati bolno. Zaznavne, razumske in druge sposobnosti zasvojenega ali omamljenega človeka branijo njegovo zasvojenost ali omamo. Zasvojen človek to svojo motnjo nezavedno zanika ali zmanjšuje sam sebi in okolju, jo razumsko opravičuje s pametnimi razlogi, se druži in enači s sebi podobnimi ljudmi, pri čemer s posnemanjem in z utrjevanjem kronificira svoj in njihov patološki življenjski in sožitni slog. Na socialnem področju medčloveškega sožitja in materialne preskrbe je osnovna sposobnost samopomoč. To je energija, ki se v človeku pojavi ob določeni potrebi ali v stiski, ko te potrebe ne more zadovoljiti. Psihosocialno zdrav človek uporabi energijo samopomoči tako, da potrebo zadovolji ali težavo reši. Druga osnovna socialna imunska sposobnost je solidarnost, s katero človek sočutno doživlja potrebe in stiske drugih ljudi in jim po svojih močeh pomaga. Solidarna pomoč drugemu prinaša tudi človeku, ki pomaga, njegovo lastno razvojno korist. Solidarnost je širša družbena samopomoč, ki tvori skupaj z osebno in družinsko samopomočjo neločljivo antropološko preživetveno sposobnost. Pri zasvojenostih in kroničnih omamah usodno obolita tudi samopomoč in solidarnost. Zasvojen ali omamljen človek ne dojema ne svojih ne tujih potreb in stisk tako, da bi jih reševal uspešno v pravi smeri. Pri strokovnem delu na področju zasvojenosti je – ob abstinenci – prva naloga pomoč pri delnem uvidu v realno stanje in možnosti reševanja, s čimer se začne usmerjati energija samopomoči in solidarnosti na pravi mlin reševanja. Vsak poskus pomoči zasvojenim in omamljenim ljudem ter njihovem socialnemu okolju, ki ne upošteva temeljnih motenj pri obrambnih mehanizmi, meri v zgrešeno smer in ne more doprinesti k rešitvi.

Na temelju današnjih spoznanj, ki so jih o zasvojenih in omamah zbrale različne znanosti ter na temelju zgodovinskih izkušenj človeštva o teh motnjah – pa tudi več kot tridesetletnih lastnih izkušnjah pri znanstvenem in praktičnem strokovnem delu na tem področju, sem prepričan, da mora vsak psihoterapevt obvladati temeljna spoznanja o tem, da so zasvojenosti in omame celostna človekova motnja, da so to socialne bolezni z vsemi značilnostmi socialnosti pri »okuženju« z njimi, njihovem razvoju, njihovi terapiji in preventivi, še zlasti pa spoznanja o zapletenem in navidez protislovnem delovanju bolnih obrambnih mehanizmov pri zasvojenem ali omamljenem človeku. Na teh osnovah smo kot aplikativni izziv nanizali nekaj sklepnih zaključkov o psihoterapevtskih kompetencah.

4. Osnovne psihoterapevtske kompetence za delo na področju zasvojenosti in omam

Ob koncu tega kratkega pregleda nekaterih specifičnih značilnosti psihosocialnih motenj pri zasvojenostih in kroničnih omamnih motnjah naravnih potreb skušajmo izluščiti sklepe za psihoterapevtovo delo na tem področju.

1. Vsak psihoterapevt mora poznati posebno fenomenologijo in metodiko zasvojenosti in omam, saj se zelo razlikujeta od pojava drugih telesnih in psihosocialnih motenj ter od metod, ki so uspešne pri njih. Adiktološko znanje mu omogoči, da prepozna, če je zasvojenost ali omama vzročna ozadje raznih telesnih, duševnih in socialnih bolezenskih simptomov. Pridobiti si mora torej kompetenco za diferencialno diagnostiko zasvojenosti in omam ter vsaj okvirno poznati metode za njihovo reševanje.

2. Pri informativno svetovalnem delu je osnovna psihoterapevtova dolžnost pomagati človeku, čigar težave in stiske so posredno ali neposredno povezane z zasvojenostjo ali omamo, da pride do minimalnega uvida v svoje stanje in stvarne možnosti za visokopražno urejanje zasvojenosti ali omamne motnje, če je to mogoče, če pa trenutno ni, za nizkopražno zmanjševanje škode in paliativno lajšanje.

3. Ko psihoterapevt dela s človekom, čigar motnja je povezana z zasvojenostjo ali omamo, mora na temelju njegove stiske aktivirati ustrezno motivacijo samopomoči za reševanje osnovne motnje zasvojenosti ali omame. Ponavadi je najugodnejše oprijemališče za to trenutni povod, zaradi katerega je prišel iskat strokovno pomoč.

4. Pri delu s človekom ali z družino, katerih motnje so povezane z zasvojenostjo ali omamno motnjo, mora psihoterapevt loviti delovno ravnotežje med tem, da sproti blaži najbolj akutne simptome, ki blokirajo smer reševanje, in med ohranjanjem naravne napetosti zaradi stiske, ki je v začetnem obdobju ponavadi edina energija, ki poganja urejanje.

5. Če psihoterapevt ni usposobljen ali ne izvaja skupinske terapije zasvojenecv in njihovih svojcev, mora pri svetovalnem delu človeka ali družino pravočasno usmeriti v drug primeren terapevtski sistem. Osnovna terapija zasvojenosti in omam je namreč po svojem bistvu vedno skupinska socialna terapija, najrazličnejše individualne ali družinske psiho- in druge terapije pa so lahko izvrstno dopolnilo. Osnovno socialno urejanje zasvojenosti in omamnih motenj je socializacijski proces, ki se po svoji naravi dogaja v skupini za samopomoč, kjer so odločilno »terapevtsko sredstvo«¹ ljudje z istovrstno motnjo, ki so že napredovali v njenem reševanju. Vedeti je treba, da se je uspešno psihosocialno urejanje zasvojenecv in ljudi s kroničnimi omamnimi motnjami začelo pred sedemdesetimi leti v obliki laične samopomoči anonimnih alkoholikov – AA (Duval, 2007; Ramovš, 2007), njihovih svojcev Al-anon in številnih drugih tovrstnih skupin; isto velja nekaj desetletij pozneje za začetek uspešnega socialnega urejanja zasvojenecv z ilegalnimi drogami v komunah in terapevtskih skupnostih. Prizadeti sami so na laični način prvi prebili zid neozdravljivosti na tem področju in utrli medicini in drugim strokam možnost za strokovno obravnavo. Tudi danes laični sistemi na principu čiste samopomoči socialno urejajo največ zasvojenecv in njihovih svojcev in so pri tem med najbolj uspešnimi. Medicina, socialno delo in psihoterapija in druge vede so začele s terapijo zasvojenosti in omam kot njihovi učenci. V nekaterih vidikih, na primer glede celostnega življenjskega pristopa ali glede njihove skupinske samoorganiziranosti za ohranitev treznosti v razmerah mokre kulture, bomo strokovnjaki vedno zaostajali za njihovo organizirano samopomočjo. V drugih vidikih, na primer pri uporabi strokovnih spoznanj in metod ali pri diferencialni diagnostiki motnje, pa imamo strokovnjaki prednosti pred laičnimi sistemi samopomoči. V vsakem primeru pa je edina smiselna perspektiva dobro sodelovanje z njimi ter nujna uporaba skupinske terapevtske metode za socialno učenje. Na mizo vsakega psihoterapevta torej sodi tudi seznam kontaktnih naslovov in telefonov vseh laičnih sistemov in programov na temelju čiste samopomoči in solidarnosti, ki so v bližnjem okolju na voljo za pomoč pri zasvojenostih in omamah.

Naš pregledni prispevek o tem, kaj bi moral psihoterapevt vedeti o zasvojenostih in omamah v luči dejstva, da so te motnje najbolj množični izziv za psihoterapevtsko delo pri nas, bomo zaključili s poudarkom, o katerem v članku nismo govorili. Govorili smo o adiktološkem znanju, ki je ena stran na tehtnici uspešnih psihoterapevtov. Ta druga stran in s tem naš sklepni poudarek pa psihoterapevtova osebnost. Ključ za dobro uporabo adiktološkega in vsega drugega psihoterapevtskega znanja je dobro poznavanje in skrbno oblikovanje psihoterapevtove lastne osebnosti. Ne le permanentno strokovno izobraževanje v psihoterapiji in adiktologiji, ampak tudi vseživljenjsko spoznavanje sebe, oblikovanje svoje osebnosti in sožitnih sposobnosti za komuniciranje je ključ z dvojnimi dosežki: do uspešnega poklicnega psihoterapevtskega dela za ljudi in z ljudmi in do lastnega človeškega napredka pri tem poklicnem delu.

Maja Rus Makovec v že omenjenem članku o psihoterapiji in procesu zdravljenja odvisnosti

od alkohola govori o strokovnjakih različnih profesionalnih profilov, ki lahko prispevajo svoj delež pri psihoterapiji in socioterapiji. Pri tem poudari, da so pogoj za to določena znanja, ki omogočajo psihoterapevtsko in socioterapevtsko delo s pacienti, in nadaljuje: »Predvsem morajo poznati osnovne značilnosti te bolezni, najpogostejše zaplete, možnosti zdravljenja, ki so na razpolago, določeno metodo dela ter njene domete in imeti uvid v svoje osebno funkcioniranje in dober nadzor nad njim.« (Rus Makovec, 2004: 61-62) □

Literatura

- Čebašek-Travnik, Z. in Hovnik-Keršmanc, M. (2000). Pivske navade pri Slovencih. V Štabuc B. (ur.) *Prehrana in rak. VIII. Seminar »In memoriam dr. Dušana Reje«* (str. 33–42). Ljubljana: Zveza slovenskih društev za boj proti raku.
- Duval, L. A. (2007). *Otrok, ki se je igral z luno*. Koper: Ognjišče.
- Glasser, W. (2003). *Opozorilo: Psihijatrija je lahko nevarna za vaše duševno zdravje*. Radovljica: Mca.
- Hovnik-Keršmanc, M. in Čebašek-Travnik, Z. (1998). *Poraba alkohola in kazalci škodljivega pitja alkohola v Sloveniji v letu 1997*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja.
- Hovnik-Keršmanc, M. in Čebašek-Travnik, Z. (1998a). Najpogostejši vzroki smrti in poraba alkohola v Sloveniji. *Zdravstveno varstvo letnik 37, št. 1–2*, str. 19–25.
- Hovnik-Keršmanc, M. in Čebašek-Travnik, Z. (1999). *Poraba alkohola in kazalci škodljivega pitja alkohola v Sloveniji v letu 1998*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja.
- Hovnik-Keršmanc, M., Čebašek-Travnik, Z., Grobovšek-Opara, S., Vegnuti M., Trdič, J. in Belec, M. (1999a). *Razširjenost rabe alkohola med prebivalci Republike Slovenije, starimi 18 let in več: poročilo 1*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
- Hovnik-Keršmanc, M. in Čebašek-Travnik, Z. (2000). *Poraba alkohola in kazalci škodljivega pitja alkohola v Sloveniji v letu 2000*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja.
- Hovnik-Keršmanc, M. in Čebašek-Travnik, Z. (2000a). Raba alkohola v Sloveniji. V Bilban M. (ur.) *Ocenjevanje delazmožnosti pri odvisnosti od alkohola, drog ter pri epilepsiji*. (str. 27–39) Rogaška Slatina (i.e.). Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo in Združenje za medicino dela, prometa in športa.
- Hovnik-Keršmanc, M., Čebašek-Travnik, Z., Grobovšek-Opara, S., Vegnuti M., Trdič, J. in Belec, M. (1999). *Razširjenost rabe alkohola med prebivalci Republike Slovenije, starimi 18 let in več: poročilo 1*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
- Hudolin, V. (1991). *Alkohološki priručnik*. Zagreb: Medicinska naklada.
- Jerman, T. (2003). Razširjenost tobaka, alkohola in drugih drog med ljubljanskimi srednješolci v letu 2003. <http://www.zzv-lj.si/c-sm/RAZISKAVE/ESPAD-Anja.doc>. (3.5.2007)
- Leskošek, F., Hovnik-Keršmanc, M., Stergar, E. in Pucelj, V. (2000). *Epidemiološka slika na področju rabe alkohola v Ljubljani*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja.
- Radešček, D. (2004). *ESPAD Dolenjska 2003: evropska raziskava o razširjenosti alkohola in preostalih drog med srednješolsko mladino*. Regijsko poročilo. http://www.zzv-nm.si/media/Espad_Dolenjska_2003.pdf. (3.5.2007)
- Ramovš, J. (2000). Definicija zasvojenosti z vidika celostnega gledanja na človeka in njegovo delazmožnost. V Bilban, M. (ur.) *Ocenjevanje delazmožnosti pri odvisnosti od alkohola, drog ter pri epilepsiji*. (str. 17-25). Rogaška Slatina (i.e.) Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo in Združenje za medicino dela, prometa in športa.
- Ramovš, J. (2001). *Slovar socialno alkohološkega izrazja. 3. dopolnjena izdaja*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka.
- Ramovš, J. (2007). Alkoholizem in reševanje te hude človeške težave v luči velike svetovne izkušnje anonimnih alkoholikov. Ob tretji izdaji Duvalove avtobiografije v slovenščini. V Duval Lucien-Aimé. *Otrok, ki se je igral z luno*. Koper: Ognjišče, str. 130–183.
- Ramovš, J. in Jakopič, J. (1989). *Indikatorji za redno epidemiološko spremljanje alkoholizma v Sloveniji*.

- Poročilo o raziskovalnem projektu.* Ljubljana: Univerzitetni zavod za zdravstveno in socialno varstvo.
- Ramovš, J., Jakopič, J. in Polajner, B. (1992). Indikatorji za redno epidemiološko spremljanje alkoholizma v Sloveniji. *Zdravstveno varstvo, letnik 31, št. 10–12*, 247–54.
- Razboršek, V. (2000). Alkohol in starejši ljudje. *Kakovostna starost, letnik 3 (1–4)*, 54–58.
- Rugelj, J. (1983). *Uspešna pot.* Ljubljana: Rdeči križ Slovenije.
- Rus Makovec, M. (2004). Psihoterapija v procesu zdravljenja odvisnosti od alkohola. V Boben – Bardutzky, D. (ur.). *Osnove zdravljenja odvisnosti od alkohola.* (str. 61-70). Ljubljana: Psihiatrična klinika.
- Rus Makovec, M. (2004a). Nevrobiološki mehanizmi odvisnosti od alkohola. V Čebašek Travnik, Z. in Rus Makovec M. (ur.). *Osnove zdravljenja odvisnosti od alkohola. Medicina odvisnosti, osnovni učbenik (24–27).* Ljubljana: Psihiatrična klinika.
- Stergar, E. (2004). *Uporaba drog med všolanimi 15- do 16-letniki v obdobju 1995–1999–2003. Predstavitev rezultatov ESPAD.* http://www.ivz.si/javne_datoteke/datoteke/414-trendi9503.doc. (3.5.2007)
- Šešok, J. in Čebašek-Travnik, Z. (2001). *Poraba alkohola in kazalci škodljivega pitja alkohola v Sloveniji v letu 2000.* Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja.
- Šešok, J., Sedlak, S. in Simončič, D. (2006). *Poraba alkohola v Sloveniji v letu 2004.* Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS. http://www.ivz.si/javne_datoteke/datoteke/911-alko_04cCIP.pdf. (3.5.2007)
- Zaletel-Kragelj, L., Čebašek-Travnik, Z., in Hovnik-Keršmanc, M. (2004). Čezmerno pitje alkoholnih pijač. V Zaletel-Kragelj in dr. (ur.). *Tvegana vedenja, povezana z zdravjem in nekatera zdravstvena stanja pri odraslih prebivalcih Slovenije.* (str. 341–384). Ljubljana: CINDI Slovenija.
- Zaletel-Kragelj, L., Hovnik-Keršmanc, M., Čebašek-Travnik, Z. in Bilban, M. (2004a). Alkoholno opijanje. V Zaletel-Kragelj in dr. (ur.), *Tvegana vedenja, povezana z zdravjem in nekatera zdravstvena stanja pri odraslih prebivalcih Slovenije.* (str. 385–426). Ljubljana: CINDI Slovenija.
- WHO – World Health Organization (1951). *Expert Committee on Mental Health, Report of the first session of the Alcoholism Subcommittee.* Technical Report Series, 42. Genova.