Mirjana DELIĆ*

Psihoterapevtska obravnava odvisnosti od kokaina

Ključne besede: kokain, transakcijska analiza, kognitivno-vedenjska terapija.

Povzetek: Kokain je najstarejše znano poživilo, ki ima stimulativen učinek na centralni živčni sistem. Uživanje kokaina lahko povzroči manjšo telesno in zelo hudo psihično odvisnost. Zaenkrat ni dokazanega učinkovitega zdravila za zdravljenje odvisnosti od kokaina, čeprav so se določena zdravila v nekaterih manjših študijah pokazala kot učinkovita. Predstavila bom psihoterapevtsko obravnavo odvisnosti od kokaina, ki jo izvajam v Centru za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog v Ljubljani. Uporabljam kombinacijo kognitivno-vedenjske terapije (KVT) in transakcijske analize (TA), ki sta med seboj kompatibilni psihoterapiji. Cilji terapevtske obravnave so: motivacija pacienta za vzpostavitev in vzdrževanje abstinence; preventiva recidiva (učenje veščin za obvladovanje rizičnih situacij, prepoznavanje navad, ki so povezane z jemanjem kokaina in njihova zamenjava z ustreznejšimi veščinami, obvladovanje čustev, spodbujanje vzpostavljanja odnosov z ljudmi, ki niso odvisni od drog ...).

Psychotherapy of Cocaine Addiction

Key words: cocaine, transactional analysis, cognitive-behavior therapy.

Abstract: Cocaine is one of the oldest stimulant that directly affects the brain, it has high potential for abuse. There are no medications currently available to treat cocaine addiction specifically. Many behavioral treatments have been found to be effective for cocaine addiction, including both residential and outpatient approaches. I will present a psychotherapeutic treatment for cocaine addiction used in Center for Treatment of Drug Addiction- University Psychiatric Hospital Ljubljana, which is combination of cognitive-behavioral therapy (CBT) and transactional analysis (TA). Therapeutical goals are: motivations for abstinence and relapse prevention.

Kokain je najstarejše znano poživilo, ki ima stimulativen učinek na centralni živčni sistem, saj poveča budnost, zmanjša občutek utrujenosti, poveča motorično aktivnost in zmanjša apetit. Kokain nevarno učinkuje na srčno-žilni sistem, ker pospeši bitje srca, skrči žile in zviša krvni pritisk. Med duševnimi motnjami, ki jih povezujemo z uporabo kokaina, so motnje razpoloženja (depresija) ter anksiozne in psihotične motnje. Redna uporaba kokaina povzroča duševno in telesno odvisnost, nasilno vedenje, izgubo telesne teže, razdražljivost, nemir in psihoze. Še posebej je nevarna uporaba kokaina v kombinaciji z alkoholom. Uživanje kokaina lahko povzroči manjšo telesno in zelo hudo psihično odvisnost. Znaki, ki se pojavijo ob prenehanju redne uporabe kokaina, so razdraženost, nemir, motnje v delovanju žlez in krvnem obtoku, motnje prebave, agresivnost in utrujenost (IVZ).

Zaenkrat ni dokazanega učinkovitega zdravila za zdravljenje odvisnosti od kokaina, čeprav so se določena zdravila pokazala kot učinkovita v nekaterih manjših študijah. Kognitivno-vedenjska terapija (KVT) je bila evalvirana v kliničnih študijah (Carroll, 1996: 46–54) in je sprejeta kot podporna terapija pri zdravljenju odvisnosti od kokaina (NIDA).

Predstavila bom psihoterapevtsko obravnavo odvisnosti od kokaina, ki jo izvajam v Centru za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog v Ljubljani. Uporabljam kombinacijo (KVT) in transakcijske analize (TA), ki sta med seboj kompatibilni psihoterapiji. Za ta pristop sem se odločila, ker je KVT sprejeta kot podporna terapija pri zdravljenju odvisnosti od kokaina, žal pa nima teorije osebnosti. Ker je problem odvisnosti zelo kompleksen in so potrebe odvisnih oseb zelo različne, pri zdravljenju odvisnosti pogosto kombiniramo tehnike različnih psihoterapevtskih šol. Zato sem se odločila za kombinacijo KVT s TA, ki zajema teorijo osebnosti in interpersonalne komunikacije. Za omenjeno kombinacijo sem se odločila, ker sem izobražena za delo na

*MIRJANA DELIĆ DR. MED. ✉ CENTER ZA ZDRAVLJENJE ODVISNOSTI OD PREPOVEDANIH DROG PSIHIATRIČNA KLINIKA LJUBLJANA; MIRJANA.DELIC@YAHOO.COM

področju KVT in TA, tudi drugi terapevti so usposobljeni za vsaj enega od obeh pristopov.

KVT je strukturirana, orientirana k določenemu cilju in fokusirana na aktualni problem odvisnika od kokaina. Vedenjska terapija izvira iz eksperimentov na področju klasičnega pogojevanja, s katerimi je pričel nobelovec Pavlov, nadaljevali pa njegovi številni sodelavci. Preučevanje operativno pogojevanja je po zaslugi Skinnerja, Hulla in drugih preraslo v vedenjsko terapijo, ki so ji očitali, da se ukvarja zgolj s simptomi in ne razume njihove dinamike. Albert Ellis je skušal skrajšati terapevtski proces na ta način, da bi neposredno vplival na človekova iracionalna pričakovanja, zaradi katerih si ta, na osnovi napačnih predpostavk o sebi in svetu, vedno znova postavlja neustrezne zahteve in se napačno prilagaja. Razvil je racionalni emotivni terapevtski pristop (RET), ki so ga počasi začeli opuščati, ko je Aaron Beck leta 1979 predstavil model kognitivne terapije depresivnih pacientov, v katerem je kognitivna prepričanja videl kot generator depresije, afekt pa kot njegovo posledico (Praper, 2004). Kognitivni pristop se je začel uporabljati pri različnih fobijah in se je do danes razširil skoraj na vsa področja psihopatologije. Prišlo je tudi do kombinacije vedenjske in kognitivne terapije, tako da danes uporabljamo kognitivno vedenjsko terapijo, ki je postala eden najvplivnejših psihoterapevtskih pristopov. Ena ključnih KVT tehnik, ki jo uporabljamo pri zdravljenju odvisnosti od drog, je funkcionalna analiza vedenja, ki jo Haynes in O'Brien (1990) definirata kot »identifikacijo pomembnih, kontroliranih, vzročnih, funkcionalnih odnosov, uporabno na specifičnih vedenjih pri določenem posamezniku«. Funkcionalna analiza vedenja potrjuje, da je vedenje upravičeno s perspektive osebe. Njeno vedenje je logično in funkcionalna analiza je poskus razumevanja te logike (Grubelnik, 2004: 2–10). Kombinacija KVT in TA je fleksibilen pristop, ki ga lahko izvajamo ambulantno, bolnišnično, kot skupinsko ali individualno terapijo, poleg tega je ta pristop kompatibilen s psihofarmakoterapijo.

Transakcijska analiza je teorija osebnosti in teorija komunikacije, ki jo je ob koncu petdesetih let utemeljil ameriški psihiater Eric Bern. Po TA je ego sestavljen iz treh ego stanj – Starš, Odrasli, Otrok. Kadar se oseba vede, misli in čuti v skladu z dogajanjem okoli sebe tukaj in sedaj ter uporablja vse vire, ki so ji na razpolago kot odrasli osebi, je v ego stanju Odrasli. V idealnem primeru je ego odrasle osebe integriran in temelji na sistemu pravilnih predstav o sebi, drugih ljudeh in svetu. Enačimo ga torej z ego stanjem Odrasli. Oseba se lahko vede, misli in čuti na načine, ki so preslikava odzivov njenih staršev ali drugih zanjo pomembnih oseb v obdobju odraščanja. Takrat je v ego stanju Starša (z veliko začetnico napisani »Otrok, Starš, Odrasli« predstavljajo ego stanja in ne dejanskih oseb). Obstajata dva aspekta Starša: Negujoči Starš, ki izkazuje ljubezen, pohvali in nagrajuje (Pozitivni Negujoči Starš izkazuje iskreno skrb za drugo osebo. Negativni Negujoči Starš pa nudi pomoč z vzvišene pozicije in odpisuje sposobnosti druge osebe). Kritični Starš, ki narekuje in postavlja meje, daje ukaze, prepoveduje in kritizira (Pozitivni Kritični Starš daje navodila drugim z namenom zaščite ali izboljšanja stanja. Negativni Kritični Starš označuje starševska vedenja, ki odpisujejo sposobnosti druge osebe).

Včasih se oseba vede, razmišlja in občuti na načine, ki jih je uporabljala kot otrok. V teh primerih je v ego stanju Otroka. Obstajajo trije aspekti Otroka: Svobodni (Naravni) Otrok, ki sledi svojim impulzom in željam; Prilagojeni Otrok, ki je prilagojen staršem in okolju; Uporniški Otrok, ki kljubuje in nasprotuje avtoriteti (Pozitivni Svobodni Otrok se udejstvuje v vedenjih iz svojega otroštva, ko ni bil pozoren na starševska pravila in omejitve. Negativni Svobodni Otrok ne upošteva nobenih pravil, je »divji Otrok«. Pozitivni Prilagojeni Otrok sledi tisoč pravilom, kako živeti in biti sprejet v svetu. Negativni Prilagojeni Otrok ponavlja vedenja iz otroštva, ki niso več primerna za situacije tukaj in sedaj, ko je oseba odrasla. Pogojno rečeno sta ego stanja Starš in Otrok patološka ego stanja) (Stewart I., Joines V., 2006: 22–24).

Med komunikacijo komunicira eno ali več ego stanj ene osebe z enim ali več ego stanji druge osebe. Komuniciramo lahko na socialnem (odkritem) in psihološkem (prikritem) nivoju**.** Pri neintegrirani osebi opažamo različne interakcije ego stanj, med katerimi so najbolj pomembne izključitev, kontaminacija in konflikt. Pri izključitvi ego stanja Odrasli prevzame kontrolo nad



SLIKA[1]:FUNKCIONALNI MODEL EGO STANJ

osebo ego stanje Starš ali Otrok. V primeru kontaminacije Odraslega z Otrokom je ego stanje Odrasli v zablodi, ki napačno in brez distance sprejema kot pravilne infantilne predstave in zaključke**.** Ko je Odrasli kontaminiran z ego stanjem Starša, brez distance sprejema napačna stališča avtoritete, čemur pravimo predsodek**.** Konflikt je lahko med logičnim in nelogičnim delom osebnosti (konflikti Odrasli-Otrok, Odrasli-Starš, Otrok-Starš). Pri eni osebi sta lahko aktivni dve ego stanji, zato lahko komunicira na dveh nivojih – socialnem in psihološkem, kar pomeni, da obstajajo socialne in psihološke transakcije. Ni pa nujno, da je v primeru prikrite transakcije, ko komuniciramo na psihološkem nivoju, aktivirano drugo ego stanje, kar pomeni, da iz istega ego stanja lahko komuniciramo na dveh nivojih.

Odvisna oseba po teoriji TA v sebi izključi oz. *dekatekira* ego stanje Starš (izključitev nikoli ni popolna, nanaša se samo na določene vsebine), tako da je prilagojeni Otrok osvobojen vpliva Starša. S tem razvezovanjem iz prej prilagojenega Otroka postane Otrok »naraven«. Naraven Otrok je svoboden otrok, ki je lahko negativen ali pozitiven. Negativni Svobodni Otrok (»divji otrok«) ima večjo predizpozicijo, da razvije odvisnost od drog. Uporniški Otrok je Negativni Prilagojeni Otrok, čigar ravnanje je v nasprotju s sporočili staršev. Po funkcijski analizi ego stanj Uporniški Otrok išče Negujočega Starša. Odvisna oseba je večinoma Uporniški Otrok, ki je izključil Starša. Toda to zanikanje je v bistvu paradoks, saj prav odvisna oseba hrepeni po socialnih priznanjih, beži od socialnih destimulacij, želi se izogniti določenim negativnim občutkom, da bi si zagotovila materino ljubezen in zaščito ter da bi se tako obdržala simbioza z enim ali kar obema realnima staršema v objektivni resničnosti, ne pa s Staršem v sebi.

Transakcija je centralni koncept v TA, definiramo jo kot enoto komunikacije. Transakcija je sestavljena iz transakcijskega stimulusa prve osebe, transakcijskega odgovora druge osebe in povratnega odgovora na odgovor prve osebe. Transakcije so lahko paralelne, križne in kotne.

Ko ljudje izmenjujejo transakcije v paru ali v skupinah, preživljajo čas na različne načine. Ti načini so strukturirani in jih je možno analizirati. Obstaja šest načinov strukturiranja časa glede na izmenjavo transakcij – umik, rituali, delo, sprostitev, bližina in igre. Preprosto povedano je igra sosledje transakcij, ki se konča z nenadnim obratom. To pomeni, da imajo transakcije povsem drugačen pomen in da obstaja skriti motiv. Igre so lahko zavedne, ko se načrtuje konkreten dobiček, in nezavedne, ki so obrazec, ki ga oseba ponavlja, in so rezultat notranjega konflikta. Takrat se igralcu zdi, da se mu igra dogaja in da zanjo ni odgovoren. Igre so različne, nekatere vključujejo eno, druge več oseb. Določene so permanentne, druge se izvajajo enkrat letno ali redkeje. Eden od načinov, s katerim lahko igre analiziramo, je Karpmanov dramski trikotnik, ki je nastal na osnovi analize otroških pravljic in po katerem obstajajo tri tipične vloge: Žrtev, Preganjalec in Rešitelj. Vse te vloge so negativne, ker vanje vstopajo ljudje z napačnimi predstavami o sebi in drugih. Da bi se vloga Žrtve razlikovala od osebe, ki je zares žrtev, jo pišemo z veliko začetnico. Žrtev je nekdo, ki je opažen kot dober, ali tisti, ki ne dela nečesa, kar bi bilo potrebno ali dela nekaj, česar ni treba. Žrtev ima od tega, da se pojavi v dani vlogi, pogosto psihološke koristi. Preganjalec je nekdo, ki muči Žrtev, Rešitelj pa nekdo, ki Žrtev rešuje pred Preganjalcem. V realnem življenju lahko posameznik skozi komunikacijo izmenja vse te vloge.

Vsakdo je lahko na začetku v eni vlogi, da bi se v komunikaciji zelo hitro nehote znašel v drugi ali tretji. Omenjene vloge odvisniki preigravajo skupaj z najbližjimi, tudi s terapevti. Vloge moramo vedno ločevati od osebnosti in jih ne smemo enačiti z osebami, ker oseba vedno lahko zapusti določeno vlogo. Pri delu z odvsniki je pomebno, da ločimo osebo od njenega odvisniškega vedenja (Milivojević, 2007: 56–57).

Individualna ambulantna obravnava odvisnosti od kokaina je bolj zaželena kot bolnišnično zdravljenje, ker je bolj prilagojena potrebam posameznega pacienta in ker ima pacient možnost vadbe v domačem okolju. Tovrstna obravnava je ustrezna tudi za uživalce kokaina s soobstoječo duševno motnjo, če je slednja v remisiji. Ne izvajamo je s tistimi, ki nimajo urejenih življenskih pogojev, ki niso zdravstveno stabilni in ki so odvisni od več snovi (ne štejemo alkohola in marihuane, seveda ocenimo, ali pacient potrebuje zdravljenje odvisnosti od alkohola).

Cilji terapevtske obravnave so:

- motivacija pacienta za vzpostavitev in vzdrževanje abstinence,
- preventiva recidiva (učenje veščin za obvladovanje rizičnih situacij, prepoznavanje navad, ki so povezane z jemanjem kokaina in njihova zamenjava z ustreznejšimi veščinami, obvladovanje čustev, spodbujanje vzpostavljanja odnosov z ljudmi, ki niso odvisni od drog ...).

Ta način zdravljenja izvajamo z motiviranimi pacienti. V primeru, da imamo nemotiviranega pacienta, ki še ne prepoznava problema odvisnosti in je v fazi prekontemplacije ali kontemplacije, uporabljamo tehnike motivacijskega intervjuja in čakamo, dokler ne dosežemo faze akcije, ko je pacient na spremembo pripravljen. Tehnike motivacijskega intervjuja so zelo uporabne pri delu z uživalci drog in je priporočljivo, da jih strokovnjaki na področju odvisnosti obvladajo. Tudi pri tem nam je lahko v pomoč TA razlaga o notranjem konfliktu, o kateri bomo govorili kasneje, ker v fazah ambivalence krepimo del, ki želi abstinirati. Zavedati se je treba, da se pripravljenost za vzpostavitev in vzdrževanje abstinence pri posamezniku spreminja dnevno in če te spremenljivosti ne prepoznamo, lahko pri svojem delu delamo napake in posledično povzročimo prekinitev obravnave.

Obravnava ponavadi traja 12–16 tednov. Za nekatere paciente kratkotrajna obravnava ne zadostuje za vzpostavitev abstinence, v tem primeru je to samo pripravljalna terapija pred hospitalizacijo.

Na prvem srečanju se pogovorimo s pacientom, vzamemo anamnezo in ocenimo motivacijo za abstinenco. Pomembno je, da poslušamo z empatijo in ne konfrontiramo. Če je ambivalenten, poudarimo diskrepanco med njegovim trenutnim stanjem in zastavljenimi cilji. Terapevt pacienta ne prekinja, ga ne izziva in ne menja teme.

Tekom prvih srečanj je fokus na kontroli jemanja kokaina (prepoznavanje visokorizičnih situacij, prepoznavanje želje po kokainu ...). Spodbujamo pacienta, naj povabi partnerja/-ko ali svojce na vsaj dve terapevtski srečanji, ker se na ta način izboljša njegova socialna podpora. Cilji srečanja s svojci so omejeni, ne rešujemo problemov, ki so primernejši za družinsko ali partnersko terapijo. Dogovorimo se, na kakšen način bodo svojci sodelovali pri zdravljenju (prevoz, prostočasne dejavnosti, podpora pri pojavu želje po kokainu ...). Ena od ključnih intervenc KVT je funkcionalna analiza odvisniškega vedenja, s katero odkrivamo način pacientovega razmišljanja, dogodkov in čustev, ki so ga spodbudili k uživanju kokaina. Na začetku terapije je zelo koristna, ker se na ta način določijo rizične situacije za jemanje kokaina. Kasneje, med terapijo, je funkcionalna analiza uživanja kokaina pomembna, ker lahko na ta način odkrijemo probleme, s katerimi se pacient še vedno težko spopada (NIDA).

Priporočljivo je, da srečanje organiziramo po principu 20/20/20, kar pomeni, da srečanje razdelimo na 20-minutne tretjine. V prvi tretjini ocenimo količino in pogostost uživanja drog, željo po kokainu, identificiramo visokorizične situacije in aktualne težave. S pacientom se pogovorimo o nalogi, ki jo je dobil na prejšnjem srečanju (Katere veščine so bile najbolj uporabne? Kaj ni bilo učinkovito? Preverimo, ali je pacient uporabljal kakšno novo strategijo ...). Pri KVT

je velikega pomena, da damo pacientu čez teden terapevtske naloge, s katerimi obnavlja vsebine, ki smo jih obdelovali na srečanju. Če želimo, da bo tehnika terapevtskih nalog uspešna, je pomembno, da pacient razume njihov pomen in namen. Primerno je, da ima v ta namen svoj delovni zvezek. Pri obravnavi odvisnikov je vedno izjemnega pomena, da v začetnih fazah ne uporabljamo konfrontirajočih intervenc. Pacient ne dela nalog zaradi terapevta, zato se vsakič po opravljeni nalogi z njim pogovorimo. Naloge hrani pacient pri sebi in jih ne zbiramo v njegovi mapi. Če pacient ne dela kot smo pričakovali, ne uporabljamo agresivnega ali konfrontativnega pristopa.

V drugi tretjini določimo temo srečanja, ki jo prilagodimo pacientovim aktualnim težavam.

Pacienta lahko vprašamo, ali se mu zdi pomemben problem, na katerem nameravamo delati

- Ali mislite, da je to, kar zdaj delava, pomembno za vas ali imate kakšen drugi predlog?

Pogosto pacienti povejo, da so imeli spodrsljaj, to je, da so se slučajno znašli v situaciji, ko so jim ponujali kokain in so ga vzeli. So tudi situacije, ko začnejo dvomiti v smiselnost zdravljenja. Takšne situacije lahko razložimo z obstojem notranjega konflikta (znotraj ega), ko gleda oseba na en dražljaj iz dveh referentnih okvirjev. Referentni okvir je po TA sistem pravil, kod in vrednot, ki jih subjekt uporablja za razumevanje dražljajev iz zunanjega sveta. Močnejši je del, ki ima močnejšo emocijo. Del, ki je močnejši, prevzame nadzor nad vedenjem. V takšni situaciji krepimo del, ki želi abstinenco. Naslednje intervence so nam lahko v pomoč:

- Rekli ste, da so vaši starši zaskrbljeni zaradi vašega jemanja kokaina, kako se vi počutite glede tega?

- Povejte mi, kako je jemanje kokaina vplivalo na vas?

- Kaj vam ni všeč pri jemanju kokaina?

- Želite nehati z jemanjem kokaina, ampak vas skrbi, ker ste že enkrat poskusili in ga kmalu začeli ponovno jemati.

- Po eni strani se vam zdi zelo pomembno, da prekinete stike s prijateljem, s katerim sta se ponavadi zadevala, po drugi strani vam je težko, ker sta si bila zelo blizu.

Koristno je, če pacient našteje posledice abstinence in nadaljevanja uživanja kokaina:

- Kaj mislite, da se bo zgodilo, če ne boste nehali z jemanjem kokaina?

Osebe z notranjim konfliktom so igralci nezavednih odvisniških iger. Pogosta je igra »Nisem odvisen«, v kateri oseba vse pogosteje jemlje kokain in pri tem verjame, da ni odvisna. Če se igralec te igre odloči za zdravljenje in vzpostavi abstinenco, začne kmalu ponovno igrati igro, tokrat »Nisem več odvisen«. Igralci omenjene igre se iz negativnih izkušenj ničesar ne naučijo in ponavljajo svoj vedenjski vzorec. Izhod iz igre je, če oseba dobi uvid v to, da sta možni samo popolna abstinenca ali odvisnost od drog, tretje možnosti v obliki nadzorovanega jemanja drog ni (Milivojević, 2007: 56–57).

Problem lahko nastane, če terapevt ne prepozna igre in razvije negativni kontratransfer, kar se manifestira z jezo na pacienta. Obstaja tudi nevarnost, da se terapevt sam vplete v igro in vstopi v eno od vlog Rešitelj, Žrtev, Preganjalec oz. da zamenja vlogo, če se je že vključil v igro. Zaradi tega mnogi terapevti ne marajo dela z odvisniki od prepovedanih drog. Milivojević meni, da osebe, ki igrajo nezavedne igre, nimajo skritega motiva. Nezavedne igre so posledica notranjega konflikta, ko oseba poskuša dokazati, da ima »en del« nje prav in da se »drugi del« moti. »Drugi del se polni z emocijo« in se na ta način krepi do trenutka, ko v zunanjem svetu ni več nobenoga »razloga«, s katerim bi dokazal, da ima prav. Rezultat tega je obrat in konec igre. Med in po obratu potrjuje prepričanje, ki je nasprotno začetnemu, in s tem še poglablja notranji konflikt.

Nezavedna igra je sporočilo egu, da obstaja nerazrešen notranji konflikt in je treba ukrepati. Vsaka igra je neučinkovit poskus razrešitve notranjega konflikta (Milivojević, 2007: 56–57). Delamo na tem, da se oseba začne zavedati notranjega konflikta, nato delamo na razrešitvi konflikta (prepoznamo vedenjski vzorec in potem igro, definiramo notranji konflikt, nadzor igranja

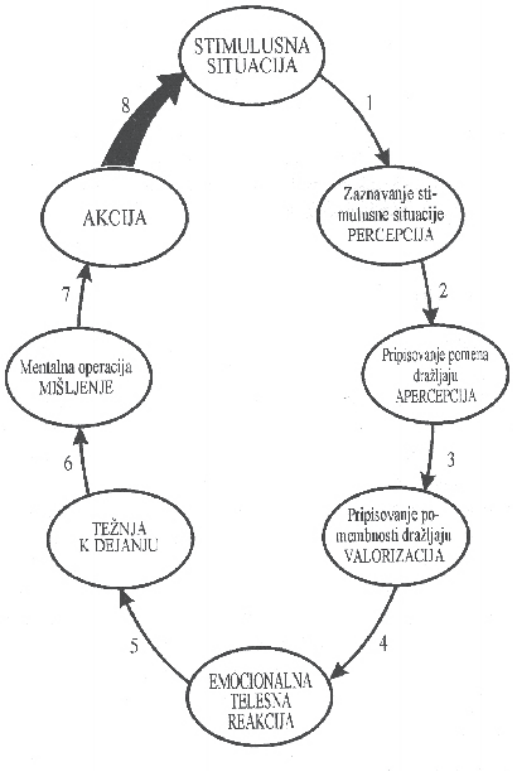
igre, rešitev notranjega konflikta). Zelo uporabna je tehnika »dveh stolov«, ko oseba vzpostavlja dialog med dvema deloma osebnosti. Pomembno je, da oseba razume, da se ne bori s kokainom, ampak s seboj.

Vzpostavitev stabilne abstinence ne pomeni ozdravitve, temveč da je dalj časa močnejši tisti del, ki kokaina ne želi. Ne smemo pozabiti, da del, ki želi kokain, še vedno obstaja v osebnosti in se lahko občasno pojavi v obliki močne želje po drogi [angl. craving]. Šele takrat, ko je prišlo do *dekatekse* (razgradnje) dela osebnosti, ki želi kokain, lahko rečemo, da je oseba ozdravljena. Zanimivo je, da tudi odvisniki sami zmotno menijo, da bodo povsem funkcionalni, če bodo prenehali z jemanjem drog, alkohola, tablet itd., ker se ne želijo podati na pot izboljšanja kakovosti življenja z vidika sprememb osebnosti, zato pa po kratki abstinenci spet začnejo redno jemati droge. Pomembno je, da se pacient nauči, da ne prihaja v situacije, v katerih mu direktno ali indirektno ponujajo kokain oz. kako naj odkloni ponujeni kokain. V ozadju je pogosto igranje igre »Navlečenje«, zato je potrebno, da pacient razume, da imajo njegovi »prijatelji«, ki mu kokain ponujajo, zavedne ali nezavedne motive, da ga ponovno na kokain »navlečejo«. Zaradi obstoječega notranjega konflikta si del njega kokain še želi in se tako pojavi dodatna nevarnost igre »Nisem več odvisen«. Zato je prekinitev kontakta z uživalci drog eden od prvih ukrepov pri zdravljenju odvisnosti. Pri tem je problem »socialna« odvisnost od drog, zaradi katere oseba nima »zdrave« socialne mreže. V pomoč so nam lahko naslednje intervence:

- Zdi se mi, da vas skrbi, ali vam bo uspelo prekiniti stike s prijateljem. Kaj se lahko zgodi, če jih ne boste prekinili?
- Očitno imate problem s tem, da odklonite ponujeni kokain. Ali imate izkušnjo, da vam je to že uspelo?
- Na kakšen način se lahko izognete situacijam, ko vam ponujajo kokain? Skupaj lahko narediva načrt za naslednji teden, poskušali se boste izogniti situacijam, v katerih prihajate v stik s kokainom.
- Zdi se mi zelo pomembno govoriti o tem, kaj boste naredili, če se znajdete v visokorizični situaciji, kot se je zgodilo prejšnji teden. Dobro ste odreagirali, ko ste zapustili situacijo. Ali obstajajo še kakšni načini?

Trening veščin je zelo individualna komponenta, ki pomaga pacientom, da se naučijo novih veščin in odvržejo stare vedenjske vzorce, ki so povezani z jemanjem kokaina. Ker so že v adolescenci začeli jemati droge, se nekateri pacienti nikoli niso naučili tehnik reševanja problemov. Določeni pacienti so se reševanja problemov naučili, vendar se ga že dolgo niso posluževali, ker so vse težave reševali z jemanjem drog. Sposobnost reševanja problemov je lahko zmanjšana zaradi soobstoječe duševne motnje. Tehnike reševanja problemov uporabljamo po tehnikah KVT, ki jih na tem mestu ne bom podrobneje predstavljala. Pri tehnikah reševanja problemov in na splošno pri zdravljenju odvisnosti nam pomaga edukacija pacientov o čustvih. Mnogi so namreč mnenja, da čustev ni mogoče nadzorovati drugače kot s pomočjo droge. Emocionalne reakcije niso odgovori na vsak zunanji dražljaj, temveč samo na dražljaje, ki jih subjekt ocenjuje kot pomembne. Vsako čustvo je del zapletenega mehanizma, ki smo ga poimenovali krožna emocionalna reakcija ali skrajšano KER z zaznavanjem. Gre za rekonstrukcijo dogodkov, ki privedejo do čustva in mu naravno sledijo. V tej verigi dogodkov je mogoče izločiti nekaj ključnih segmentov: STIMULUSNA REAKCIJA – ZAZNAVANJE STIMULUSNE REAKCIJE – PRIPISOVANJE SMISLA (POMENA) DRAŽLJAJU – PRIPISOVANJE POMEMBNOSTI TEMU SMISLU – TELESNA OBDELAVA POMEBNE INFORMACIJE – PRIPRAVLJENOST ZA AKCIJO – RAZMIŠLJANJE IN IZBIRA VEDENJA – VEDENJE OZIROMA AKCIJA, USMERJENA NA – STIMULUSNO SITUACIJO.

Gre za zapleten kognitivno-fiziološko-vedenjski sklop. Emocija je vmesni segment v tej verigi dogodkov, ki se začne z zaznavanjem stimulusne situacije, konča pa z akcijo, ki je usmerjena v stimulusno situacijo. Ta model je »krožni«, ker se dogodki začenjajo in končujejo na istem mestu



SLIKA 2: MODEL KROŽNE EMOCIONALNE REAKCIJE

– v zunanjem svetu. Stimulusna situacija je vedno nekakšna sprememba v zunanjem svetu, na katero se ena oseba odzove z enim čustvom, druga z nekim drugim, tretja pa lahko ostane popolnoma indiferentna. Da človek lahko reagira na spremembo v zunanjem svetu, jo more najprej registrirati, bodisi z zavestnim zaznavanjem (percepcija) bodisi nezavedno (subcepcija). Percept je mentalna predstava, ki nastane kot produkt percepcije in subcepcije. Mentalna predstava stimulusne situacije sama po sebi še ne pomeni ničesar, ker je potrebno, da jo subjekt dojame oziroma da opredeli njen pomen. Postopku določanja pomena stimulusa pravimo percepcija, če pa to še ovrednotimo, je to valorizacija, ker šele ko je stimulus ocenjen kot pomemben ali bistven, nastane čustvo. Če referenčni okvir oceni, da je smisel določenega dražljaja zelo pomemben, se aktivirajo specifični biološki programi, ki jih doživljamo kot čustva v ožjem pomenu (emocionalni telesni odziv). Telesne spremembe, ki nastanejo v okviru določenega čustva, niso naključne, vendar vodijo k skupnemu cilju, kar je specifična akcija. Čustvo je reakcija na pomembno spremembo (stimulusna situacija) v zunanjem svetu in motivira osebo za adaptivno vedenje. Če je čustvo prijetno, se oseba vede na način, ki bo okrepil spremembo, skladno s subjektovimi željami. Če pa je čustvo neprijetno, je vedenje usmerjeno v spremebo stimulusne situacije. Zelo pomembno je, da se pacient nauči prepoznavati svoja čustva in jih potem ustrezno nadzoruje. Žalost, jeza, sreča, strah so čustva, ki so pogosto povezana s spodrsljaji in recidivi, če jih pacient ne prepozna in jih ne zna obvladati (Milivojević, 2008: 42).

Dogaja se, da se pacientu učenje veščin za obvladovanje želje po kokainu ne zdi pomembno, ker nekateri sploh ne čutijo (ali ne prepoznavajo) želje po njem. Pacienta je potrebno naučiti, da se želja lahko pojavi šele čez nekaj mesecev, ko bo zdravljenje že zaključeno.

- Vem, da do sedaj niste imeli želje po kokainu, morda je tudi ne boste imeli v bližji prihod-

nosti. Lahko se pojavi čez nekaj tednov ali mesecev in takrat vam bodo te veščine prišle prav. Kaj vi menite?

V zadnji tretjini srečanja preverjamo, kaj je pacient razumel. Prosimo ga, naj povzame, o čem smo se pogovarjali in opazujemo njegove reakcije. Skupaj s pacientom pregledamo plane za naslednji teden in zabeležimo eventuelne rizične situacije. Pacientu damo na koncu nalogo, ki jo bo naredil do naslednjega tedna. Vsakič preverimo, ali je pacient razumel, kaj in zakaj mora narediti.

Moja izkušnja z opisanim načinom obravnave odvisnosti od kokaina je do sedaj zelo pozitivna, ker je ta način zelo fleksibilen – pacientu in njegovim težavam se lahko prilagodimo. Opažam, da je ambulantna obravnava za nekatere paciente pomanjkljiva, še posebej na začetku obravnave, ko je potrebno vzpostaviti abstinenco. Paciente naročamo tedensko ali celo dvakrat tedensko, kar je zelo zahtevno glede na obstoječi zdravstveni sistem in pomanjkanje kadra. Težave, s katerimi se soočamo pri zdravljenju odvisnosti od prepovedanih drog, kot so spodrsljaji in recidivi, so pri odvisnosti od kokaina morda še bolj moteče, ker nimamo učinkovitega farmakološkega zdravljenja na voljo oz. smo omejeni na psihoterapevtsko zdravljenje. Zavedam pa se, da je potrebno ta način zdravljenja evalvirati in ga na podlagi rezultatov dodelati oz. izboljšati.

Za konec bi spomnila, da je odvisnost od drog kronična bolezen, pri kateri so recidivi bolj pravilo kot izjema. Zdravljenje odvisnosti od drog nikakor ni »Sizifovo delo«, ker se ena tretjina pacientov uspešno pozdravi, druga tetjina so tisti s pogostimi recidivi in tretja tretjina tisti, ki ne morejo vzpostaviti abstinence. V primeru odvisnosti od opioidov imamo učinkovita substitucijska zdravila, za kokain jih žal zaenkrat še ni. Zato upam, da bo ta prispevek v pomoč vsem strokovnjakom, ki imajo stike z osebami, odvisnimi od kokaina. Prav tako lahko to tehniko dela uporabimo pri odvisnosti od drugih drog. ❑

Literatura:

Carroll K.M. (1996). Relapse prevention as a psychosocial treatment approach: A review of controlled clinical trials. *Exp Clin Psychopharmacol*ogy , 4: 46–54.

Grubelnik, J. (2004). Zbornik 1. *Prispevki iz vedenjsko kognitivne terapije*. Ljubljana: Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo Slovenije.

Milivojević, Z. (2007). *Igre koje igraju narkomani*. Novi Sad: Psihopolis Institut.

Milivojević, Z. (2008). *Emocije*. Novi Sad: Psihopolis Institut.

Praper P. (2004). Zbornik 1. *Prispevki iz vedenjsko kognitivne terapije*. Ljubljana: Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo Slovenije.

Stewart I., Joines V. (2006). *TA Today: A New Introduction to Transactional Analysis*. Lifespace Publishing, Nottingham and Chapel Hill.

Spletni viri:

http://www.ivz.si/index.php?akcija=novica&n=1546

http://www.drugabuse.gov/ResearchReports/Cocaine/cocaine4.html#treatments