

**UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE**

Karolina Radovanović

Mentor: doc. dr. Alojzija Židan

**VLOGA AVTORITATIVNEGA VODENJA PRI
SAMOVZGOJI OZ. PREVZGOJI
V SOCIALNO-ANDRAGOŠKEM SISTEMU**

Diplomsko delo

Ljubljana, 2003

KAZALO

1. UVOD	4
2. ALKOHOL IN ALKOHOLIZEM V SLOVENIJI	8
2.1. POSLEDICE VISOKE PORABE ALKOHOLA	8
2.2. ODVISNOST OD ALKOHOLA V DRUŽBENEM KONTEKSTU	9
3. TRADICIONALNE IN SODOBNE METODE ZDRAVLJENJA	15
3.1. ZGODOVINA ZDRAVLJENJA ALKOHOLIKOV	15
3.2. TRADICIONALNO ZDRAVLJENJE	16
3.3. SODOBNI SISTEMI ZDRAVLJENJA	20
3.3.1. Anonimni alkoholiki	20
3.3.2. Hudolinov sistem	22
3.4. ZDRAVLJENJE NEKEMIČNIH ZASVOJENOSTI V SLOVENIJI	24
4. PSIHOTERAPIJA KOT PREVZGOJA	28
4.1. KRATEK ORIS DELA DR. JANEZA RUGLJA	28
4.2. POMEN VZGOJE IN PREVZGOJE	29
4.3. UMESTITEV PREVZGOJE V SISTEM ZDRAVLJENJA	31
4.4. HUMANIZACIJA PSIHIATRIJE	32
5. SOCIALNO-ANDRAGOŠKI SISTEM	34
5.1. VKLJUČEVANJE SVOJCEV V ZDRAVLJENJE	36
5.1.1. Prenašanje družinskih vzorcev	36
5.1.2. Soodvisnost ali odvisnost od odnosov	38
5.1.3. Prisotnost otrok	39
5.2. PREGLED VTS V SOCIALNO-ANDRAGOŠKEM PROGRAMU	39
5.2.4. Terapevtska skupina in sestanki	40
5.2.5. Uvodna, glavna in problemska predstavitev	41
5.2.6. Mentorstvo	41

5.2.7.	Utrinki, dnevniki, pregledni referati utrinkov	41
5.2.8.	Planinski izleti in pohodi v naravo	42
5.2.9.	Jutranja telovadba, 'stretching' in aerobna vadba	42
5.2.10.	Tek, maraton	42
5.2.11.	Meditativni tek za pomoč osebi v stiski	43
5.2.12.	Skupinska in individualna meditacija	43
5.2.13.	Biografija, pisanje pravljic	44
5.2.14.	Biblioterapija ali zdravljenje s knjigami	44
5.3.	VLOGA TERAPEVTSKIH SREDSTEV V ZDRAVLJENJU	45
5.4.	REZULTATI	47
6.	AVTORITATIVNO VODENJE	48
6.1.	KAJ JE AVTORITETA?	48
6.2.	POMEN AVTORITETE V VZGOJI	49
6.3.	ŠIRŠI POMEN AVTORITATIVNEGA VODENJA	51
6.4.	KDAJ JE AVTORITATIVNO VODENJE NAJBOLJ UČINKOVITO	52
6.5.	PSIHOLOŠKI POMEN AVTORITATIVNEGA VODENJA	54
6.6.	VLOGA TERAPEVTA	57
6.7.	PRAKTIČNI VIDIK	60
7.	SKLEPNE MISLI	62
8.	SEZNAM VIROV	66
8.1.	SAMOSTOJNE PUBLIKACIJE IN ČLANKI	66
8.2.	MEDMREŽJE	68

1. UVOD

V slovenski psihiatriji in medijskem prostoru nasploh zavzema dr. Janez Rugelj posebno mesto. Širša slovenska javnost ga pozna predvsem po kontroverznih izjavah ter edinstvenem načinu dela s pacienti, ki ga ponavadi označuje kot 'grobega'. Večina Slovencev takšnega ravnanja tudi ne odobrava. Mene je ta tema pritegnila, ko sem zasledila, da naj bi bil njegov program zdravljenja uspešen. Začela sem premišljevali, koliko je zares učinkovit v primerjavi z drugimi metodami, ki se ukvarjajo s podobno problematiko. Ko sem dobivala vse več informacij, ki so govorile v prid alternativnemu pristopu zdravljenja, se mi je zazdel ta zelo zanimiv pojav. Vprašala sem se, ali učinkovitost njegove metode temelji samo na drugačnem pristopu do pacientov, ali pa so ključni kateri drugi dejavniki, ki jih prakticira in so slovenski javnosti mogoče manj znani.

V diplomskem delu sem videla priložnost, da bi konkretnije raziskala to tematiko in sicer s pomočjo širše družboslovne obravnave. Namreč, poleg vprašanja 'Ali je (in če je, zakaj) vodenje s trdo roko učinkovito?' se mi je začela odpirati cela vrsta drugih zanimivih vprašanj. Nekatera so bila sociološka, na primer odnos družbe do avtoritete in avtoritarnosti (ki se delno kaže že v samem odnosu slovenske javnosti do avtoritativnega vodenja dr. Ruglja), kot tudi odnos družbe do alkohola in zasvojenosti. Psihološka vprašanja so bila predvsem povezana z razumevanjem vzrokov, ki privedejo posameznika do zasvojenosti, ter njegov način razumevanja zdravljenja. Značilnost dr. Rugljevega programa, da ne teži samo k abstinenci, temveč k izboljšanju same kakovosti življenja, se je navezovala na antropološka razmišljanja – kaj sploh pomeni kakovostno življenje v naši kulturi? Pomembna vprašanja so se pojavljala tudi iz pedagogike, recimo pri raziskovanju odnosa med terapevtom in pacientom ter pri razumevanju procesa vzgoje in prevzgoje. Nenazadnje sem se tudi vprašala, kakšna je moč (oziroma nemoč) šolske socializacije?

Skratka, razsežnosti problematike, ki me je pritegnila, so se izkazale za široke in vseh se ne da omeniti na enem mestu. Vendar je bila pomembna že ugotovitev, da tematika združuje več družboslovnih področij, kar sovпада s ključno značilnostjo mojega študija kulturologije: interdisciplinarnostjo. Žal v diplomskem

delu nisem mogla obravnavati vseh razsežnosti te tematike. Osredotočila sem se na tista področja, katerih razumevanje mi je v glavnem pomagalo pri preverjanju resničnosti moje hipoteze.

Hipoteza, ki jo skušam preveriti v pričujočem diplomskem delu, je povezana z zahtevnostjo dr. Rugljeve socialno-andragoške metode zdravljenja odvisnosti. Njen cilj je popolnoma spremenjen življenjski slog v smislu kakovostnega življenja brez odvisnosti. Ključno vlogo pri doseganju te spremembe ima terapevt z avtoritativnim načinom vodenja. Tega ni mogoče doseči s permisivnim odnosom. Tako se temeljna hipoteza, ki bo vodila analizo celotne naloge, glasi:

Zdravljenje odvisnosti v socialno-andragoškem sistemu pomeni predvsem korenito spremembo načina življenja, do katere ni mogoče priti brez avtoritativnega vodenja.

Naloga bo strukturirana tako, da najprej obravnava področja, ki so potrebna za boljše razumevanje problematike zasvojenosti in zdravljenja, nato pa se analiza usmeri na ožja področja, kot je opis socialno-andragoškega sistema, razumevanje terapevtove vloge v njem ter s tem povezano raziskovanje terapevtove avtoritete, ki v tem primeru temelji na avtoritativnosti. Konkretnije to pomeni, da bom najprej predstavila resnost zlorabe alkohola v Sloveniji ter odnos in vlogo družbe pri odvisnosti od alkohola. S tem bom obenem nakazala aktualnost problematike. Sledi poglavje o razlikah med tradicionalnim pristopom zdravljenja in izbranimi sodobnimi metodami zdravljenja, ki so se izkazale kot precej učinkovite. Poleg tega bo v tem poglavju na kratko opisana zgodovina zdravljenja alkoholizma, razložila pa bom tudi relativno nov pojav – nekemično zasvojenost. Ena od bistvenih lastnosti, ki odlikujejo socialno-andragoški sistem, je obravnavanje zdravljenja kot prevzgojo. Temu bom namenila posebno poglavje, saj je ključnega pomena za kasnejše razumevanje vloge terapevta in njegove avtoritativnosti. Sledi opis ostalih, prav tako pomembnih značilnosti socialno-andragoškega sistema s kratkim orisom terapevtskih sredstev, ki predstavljajo izviren pristop k zdravljenju. V zadnjem delu naloge se bom osredotočila na vlogo avtoritativnega vodenja v takem programu in si skušala odgovoriti tako na nekatera širša vprašanja o relevantnosti avtoritete nasploh, kot tudi na povsem konkretno: ali bi

socialno-andragoški sistem bil tako uspešen, če ne bi vseboval elementa avtoritativnosti.

Metode, ki jih bom uporabila pri preverjanju temeljne hipoteze in s tem tudi pri celotnem raziskovanju, se sicer razlikujejo med poglavji (včasih celo med podpoglavji), vendar so vse teoretične narave. Denimo v prvem poglavju osrednjega dela naloge bom aktualnost problematike rabe alkohola predstavila s pomočjo statističnih podatkov, saj visoke številke že same veliko povedo. V naslednjem poglavju bo na začetku uporabljena zgodovinska metoda, ker najbolj ustreza opisu zgodovine zdravljenja, medtem ko komparativna metoda najbolj ustreza primerjanju tradicionalnih in sodobnih metod zdravljenja v istem poglavju. Poglavje o razliki med psihoterapijo ter prevzgojo temelji na vzročno-posledični analizi, ker je potrebno popolnoma razumeti vzroke zasvojenosti, da bi lahko ocenili, kakšno zdravljenje bo najbolj učinkovito. Naslednje poglavje o socialno-andragoški metodi je v glavnem deskriptivno, ker je namenjeno podrobnejšemu spoznavanju te metode in njenih bistvenih značilnosti. Na koncu vsebuje še kritično oceno pomena terapevtskih sredstev, na katerih metoda temelji. Tako pridemo še do zadnjega poglavja o avtoritativnem vodenju, ki predstavlja tudi bistveni del celotne naloge. Zato je tukaj uporabljenih več metod hkrati. Komparativna metoda osvetljuje razlike med avtoritativnim vodenjem in drugimi načini vodenja. Analitično razmišljanje je vključeno pri raziskovanju, kdaj je avtoritativno vodenje najbolj učinkovito. Deskripcija je bila uporabljena pri opisu načina dela alternativne terapevtske skupnosti in mi bo pomagala razumeti praktično uporabnost avtoritativnega vodenja. Pomen avtoritete na različnih področjih pa bom kritično ocenila s pomočjo razmišljanj in ugotovitev več avtorjev.

Uporabljen metodološki aparat je torej popolnoma teoretski, vendar z različnimi poudarki. Skozi celotno nalogo pa se bom še posebno trudila podati tudi svoje mnenje, lastno kritično oceno vseh ugotovitev, do katerih bom prišla s prebiranjem tekstov drugih avtorjev, ki so se z obravnavanimi temami že dalj časa poglobljeno ukvarjali. Kljub možnosti uporabe drugih metodoloških sredstev, na primer intervjuja, sem se odločila za teorijo, in sicer predvsem zaradi možnosti predstavitve različnih pogledov več avtorjev. Intervju z dr. Rugljem bi bil sicer zelo zanimiv, vendar menim, da je v svojih obširnih knjigah nazorno razložil vsa stališča, ki so me zanimala v okviru pričujoče naloge. Dejstvo je, da je dolžina

diplomskega dela omejena, tako da so uporabljene metode izbrane zato, da bi z njimi pridobljene ugotovitve lahko ustrezno predstavila, primerjala med seboj, jih analizirala ter seveda kritično ocenila.

Temeljnih pojmov ne bom posebej opredeljevala v uvodu, ker jih bom razložila na tistem mestu, kjer se prvič pojavijo. Mislim, da bo branje s tem bolj razumljivo, hkrati pa se bom izognila nepotrebemu ponavljanju. Razložila pa bi, da čeprav se v nalogi pogosto pojavljajo pojmi, povezani z alkoholizmom, se ti nanašajo tudi na veliko sorodnih bolezni, torej različnih odvisnosti (npr. od nikotina, iger na srečo, hrane, odnosov ipd.). Mehanizem zasvojenosti je zelo podoben pri vseh in tudi izhaja iz podobnih vzrokov. Odvisnost od alkohola ni težja ali v kateremkoli drugem smislu pomembnejša bolezen od sorodnih zasvojenosti, temveč je bila samo prej spoznana za bolezen. Rabo in odvisnost od alkohola tudi že dalj časa merijo, metode zdravljenja so uveljavljene in bolj raziskane, zato nam bodo podatki, ki se nanašajo na alkohol(izem), v tej nalogi služili kot osnova, da si lahko lažje predstavljamo težave, povezane z odvisnostmi nasploh. Edina zasvojenost, ki jo je potrebno obravnavati ločeno, je narkomanija. Le-ta je zelo specifična, med drugim tudi zaradi močne telesne zasvojenosti, in zahteva drugačno obravnavo, ki pa ne bo del te naloge¹.

Na tem mestu bi še omenila, da mi izdelava pričujočega diplomskega dela predstavlja osebni izziv, saj se z obravnavano tematiko ukvarjam že daljši čas. Mislim, da le-ta ni samo trenutno aktualna, saj se nanaša na življenja ljudi ter zajema vsa področja njihovega delovanja – odnos do sebe, do drugih ljudi in do celotnega življenjskega prostora. Zato bodo te teme v širšem smislu vedno aktualne.

¹ *Dr. Rugelj sicer trenutno zdravi 4 narkomane.*

2. ALKOHOL IN ALKOHOLIZEM V SLOVENIJI

Slovenija spada med države z najvišjo porabo čistega alkohola na prebivalca². Ker s porabo alkohola narašča število negativnih posledic, sodi Slovenija tudi po večini kazalcev teh posledic v evropski vrh. To dejstvo nakazuje na aktualnost problematike, zato se mi zdi prav, da podrobneje spoznamo posledice razširjenosti alkohola in zasvojenosti z njim.

2.1. POSLEDICE VISOKE PORABE ALKOHOLA

Dr. Marjetka Hovnik Keršmanc, specialistka socialne medicine z Inštituta za varovanje zdravja, opozarja na posledice porabe alkohola v naši družbi. Ugotavlja, da strokovnjaki rabi alkohola pripisujejo okoli devet odstotkov vseh bolezni, tri do deset odstotkov vseh smrti, odgovorna pa je tudi za krajše pričakovano trajanje življenja. Ogrožene niso samo osebe, ki so odvisne od alkohola, temveč tudi priložnostni pivci. Žrtve so celo med abstinenti. Stroški zdravljenja, manjša produktivnost zaradi večje obolevnosti, stroški požarov, poškodba lastnine in izguba dohodka zaradi prezgodnjih smrti so znatno ekonomsko breme za posameznike, družine in družbo, ki po ocenah strokovnjakov dosega od dva do pet odstotkov bruto domačega produkta (Hovnik Keršmanc, 1999: 4).

Po umrljivosti zaradi kroničnih bolezni jeter in ciroze ter zaradi prometnih nezgod z motornimi vozili se je Slovenija leta 1995 med 34 evropskimi državami, za katere so bili podatki znani, uvrstila na sedmo mesto (Hovnik Keršmanc, 1999: 4). Tudi policijsko poročilo o navzočnosti alkohola v prometnih nesrečah poudarja, da je prisotnost alkohola v najhujših prometnih nesrečah v zadnjih letih bistveno narasla. Leta 1999 je bilo alkoholiziranih 28 odstotkov povzročiteljev smrtnih prometnih nesreč, leto kasneje 36 odstotkov, leta 2001 pa celo 41 odstotkov. To predstavlja skoraj polovico vseh krivcev za prometno nesrečo s smrtnim izidom³.

² V Sloveniji letna poraba čistega alkohola na prebivalca niha od 9 do 13 litrov (obdobje 1980-1996) in presega evropsko povprečje, pri katerem se povprečna letna poraba čistega alkohola na prebivalca zmanjšuje od 9 proti 7 litrom. Ta poraba Slovenijo uvršča med vodilne države na tem področju (Hovnik Keršmanc, 1999: 4).

³ Vir: Letno policijsko poročilo o navzočnosti alkohola v prometnih nesrečah.

Seveda niso vsi alkoholizirani povzročitelji prometnih nesreč tudi odvisni od alkohola, priznati pa je treba vsaj to, da visoka poraba alkohola v Sloveniji predstavlja resen problem.

2.2. ODVISNOST OD ALKOHOLA V DRUŽBENEM KONTEKSTU

Jože Ramovš⁴ je opredelil alkoholika kot osebo, odvisno od alkohola, ki čuti v sebi potrebo po pitju, pa naj si to prizna ali ne. Zaradi pogoste in dolgotrajne omame se njegov značaj in vedenje slabšata, njegovo pitje pa povzroča čedalje hujše težave v zakonskih in družinskih odnosih, glede ekonomskega stanja, delovnih odnosov in končno tudi zdravja. Razvoj alkoholizma spremljajo vse močnejši obrambni mehanizmi, s katerimi skuša alkoholik prikriti svoje propadanje pred samim sabo in okolico (Ramovš, 1981: 224).

Odvisnost od alkohola je v Sloveniji tudi zelo pogosta. Dr. Zdenka Čebašek Travnik, dr. med., specialistka psihiatrinja in nacionalna koordinatorica za zmanjševanje škodljive rabe alkohola, je za ilustracijo o obsežnosti alkoholizma povedala (1999: 2-3), da so v neki anketi poskušali ugotoviti, koliko družin v Sloveniji je imelo vsaj enega sorodnika, odvisnega od alkohola. Kot družino so opredelili tri rodove (otroci, starši s sorojenci in potomci, stari straši) in ugotovili, da med anketiranimi družinami (približno 100 družin) niso našli niti ene, ki ne bi imela vsaj ene osebe, odvisne od alkohola. Ustreznih epidemioloških raziskav, ki bi potrdile ali ovrgle rezultate te ankete, žal še ni, vendar ne moremo zanikati obsežnosti problematike.

Za nastanek odvisnosti sta poleg značilnosti alkoholikove osebnosti odgovorna tudi pozitiven odnos do alkohola v družbi (predvsem odnos alkoholikove skupine do pitja alkohola) in dostopnost alkohola oziroma izpostavljenost človeka alkoholu (Lazić in dr., 1990, 238).

⁴ Jože Ramovš je bil dolgoletni sodelavec dr. Ruglja in prof. Hudolina pri izpopolnjevanju socialno-andragoške metode zdravljenja ob delu.

Kar se tiče odvisnosti, si psihiater Jakopič⁵ razlaga nezadržno propadanje zasvojenih z alkoholom z dvema mehanizmoma: z njihovo aktivno obrambo na eni strani in nesposobnostjo okolja, da jih pošlje na zdravljenje na drugi. V družbi je namreč malo pobud za usmeritev alkoholikov v zdravljenje. Prevladujejo samo navidezni ukrepi, ki jih zgolj spremljajo na poti njihovega propadanja, čeprav alkoholiki praviloma prihajajo na zdravljenje zaradi akcije okolja (Jakopič, 1999: 9)

To je zelo pomembna ugotovitev, saj nakazuje, da bi lahko družba oziroma alkoholikovo okolje ukrepalo hitreje in učinkoviteje. Glede na to, da mora potem tudi sama prenašati določene posledice (nekatero smo že omenili, druge še bomo), lahko rečemo, da je družba soodgovorna za alkoholizem.

Pokojni prof. Vladimir Hudolin, dr. sc. (1922–1996), profesor neurologije in psihiatrije iz Zagreba (njegovo delo bomo obširneje spoznali kasneje) je ugotovil, da se v sklopu akcije reševanja problemov, povezanih s pitjem alkoholnih pijač, družba pogosto loteva stvari z napačne plati:

- preventivo usmerja v abstinence
- zmerne pivce pušča v nemar
- zasvojenih se zaradi njihovega motečega vedenja loteva s preventivo (svetuje jim, naj ne pijejo) in z represijo
- ireverzibilno okvarjene alkoholike pa pošilja na zdravljenje.

Prof. Hudolin spodbuja drugačno ukrepanje s strani družbe in predlaga naslednje:

- abstinence za nas niso zanimivi, naj abstinirajo
- preventive naj bodo deležni zmerni pivci, kandidati za alkoholizem
- alkoholike je treba zdraviti
- za ireverzibilno prizadete alkoholike pa je potrebno organizirati socialno skrb (Jakopič, 1999: 9)

Alkoholik v svojem alkoholnem sistemu mišljenja dolga leta ne čuti potrebe po iskanju pomoči. Učinek alkohola mu blokira sisteme, ki ga opozarjajo na

⁵ Mag. Jože Jakopič, dr. med., dela na Centru za zdravljenje odvisnih od alkohola na Psihiatrični kliniki Ljubljana.

zgrešenost njegovega življenjskega sloga, sproti pa oblikuje vedno nove mehanizme, da si slog obdrži. Ker se alkoholik deformira počasi, se okolje nanj sproti privaja. Oporo za prizadevanja, da doseže v okolju napredujoče popuščanje, pa dobiva v splošno sprejetih načelih alkoholne kulture. Alkoholna kultura ni identična z gostilniškim vedenjem, kajti slednje nima podpore v širši družbi. Alkoholna kultura so načela alkoholikov, ki jih družba sprejme kot splošno veljavna (npr. da je nekdo kaznovan, ker je vozil pod vplivom alkohola, ker je pač imel smolo; problem ni v tem, da tako misli kršilec, ampak v tem, da se z njim strinjamo, saj vsakega lahko doleti in je to družbeno sprejeto). (Jakopič, 1999: 9)

Alkoholik se družbi predstavi z motečim vedenjem. V zahtevnem okolju bo alkoholik trčil ob družbene norme dokaj zgodaj, ob vesplošni strpnosti do alkoholičnih motenj pa bo propadal dolga leta in bo predmet družbene akcije morda šele tedaj, ko bo ireverzibilno prizadet. Seveda pa zahtevnost družbenih norm in občutljivost družbe na motnje še ne zadoščata, da bodo alkoholiki res šli na zdravljenje. Če in kdaj se bodo alkoholiki odločili poiskati pomoč in šli na zdravljenje, je odvisno predvsem od treh dejavnikov:

1. od nestrpnosti družbe do motenj, ki jih povzročajo alkoholiki in čezmerni pivci alkoholnih pijač nasploh
2. od splošne poučenosti v družbi (zdravniki, socialni delavci, sodniki, pa tudi starši, žene in možje, prijatelji alkoholikov itd.) o tem, kaj je alkoholizem in kako je treba alkoholika reševati, in
3. od uspešnega zdravljenja alkoholizma (Jakopič, 1999: 10).

Dr. Čebašek Travnik meni, da je odnos do alkohola »odraz prepričanj in stališč kulturnega okolja in se prenaša tudi na posameznika. Predstavlja tako imenovano voljo naroda, ki vzdržuje ali spreminja pravila v zvezi z rabo alkohola. Narodi, ki imajo do alkohola izrazito pozitiven odnos, /t. i./ 'wet cultures', imajo zelo malo omejitev glede rabe, zato pa toliko več negativnih posledic« (Čebašek Travnik, 1999: 3). Naša država po mojem mnenju sploh nima strogih omejitev: alkohol je dostopen povsod, točijo pa ga tudi mladoletnim osebam, kljub zakonu, ki to prepoveduje. Hkrati je celo dovoljeno voziti z manjšo količino alkohola v krvi (kljub vsem nesrečam!).

Strinjam se z izrazom 'alkoholna kultura'. Pri nas namreč poznamo vrsto aktivnosti, ki so samoumevno povezane s pitjem alkohola. Naj omenim na primer absolventske izlete slovenskih študentov, ki so postali sinonim za množično pijančevanje. Na oddaljenih otokih prihaja do tako močnih zlorab alkohola, da vsako leto vsaj ena mlada oseba umre zaradi vinjenosti. Le kateri mehanizmi v naši družbi so tako močni, da kar nekako silijo izobraženo mladino oziroma bodoče intelektualce k takšnemu početju?

Omenjeni 'destruktivni' mehanizmi so pri nas zelo močni, zato bi morali še bolj učinkovito delovati mehanizmi, ki družbo varujejo. S tem mislim socialno, izobraževalno, alkoholno politiko⁶, pa tudi druge. Dr. Zdenka Čebašek Travnik pravi (1997: 1), da če bi hoteli zajezi škodljive posledice rabe alkohola v Sloveniji in se tako vsaj delno pridružiti razvitim evropskim državam, bi morali na državnem nivoju sprejeti in izvajati učinkovito alkoholno politiko. Na srečo se tovrstni programi vse bolj razvijajo, tako v svetu, kot pri nas. Denimo leta 1995 je bila sprejeta Evropska listina o alkoholu⁷, ki naj bi predstavljala osnovo za vladne in nevladne dejavnosti ter za nacionalno zakonodajo v okvirih evropske alkoholne politike (Čebašek Travnik, 1997: 1). Pri tem je treba opozoriti, da cilj alkoholne politike ni prohibicija alkoholnih pijač, temveč zmanjševanje in opuščanje tistih načinov pitja, ki vodijo do škodljivih posledic na individualni, družinski in družbeni ravni (Hovnik Keršmanc, 1999: 4). Uresničevanje načel, ki jih določa Listina, tako poteka na različnih področjih, kot so na primer aktivnosti na lokalnem nivoju, izobraževanju, zakonodaji in zdravljenju težav, povezanih s pitjem alkohola (Čebašek Travnik, 1997: 1). Nekaterim državam, ki so uspele izpolniti vsaj nekaj ciljev alkoholne politike, je uspelo dokazati, da je s preišljeno alkoholno politiko mogoče v razmeroma kratkem, nekajletnem obdobju, zmanjšati škodljive posledice rabe alkohola. Žal Slovenija ni med njimi, saj pri nas alkoholna problematika še narašča, »nekateri zakoni pa so naravnani celo proti načelom Evropske listine o alkoholu in resno ogrožajo našo mladino« (Čebašek Travnik, 1997: 1). Srečujemo se predvsem z naslednjimi problemi: pomanjkanje

⁶ Alkoholna politika si prizadeva za zmanjšanje škodljivih posledic rabe alkohola.

⁷ Pri tem je sodelovala tudi Slovenija (Čebašek Travnik, 1997: 1).

epidemioloških podatkov, pomanjkanje raziskav, velika domača proizvodnja alkohola in dobro organizirana alkoholna industrija, reklamiranje alkoholnih pijač, neustrezna zakonodaja, pomanjkanje politične volje za spremembe na tem področju in premajhno zavedanje o resnosti alkoholne problematike (Čebašek Travnik, 1997: 1).

Kar se tiče socialne politike, menim, da bi se morala učinkoviteje ukvarjati z družinami, ki so neposredno ogrožene zaradi alkoholizma, s poudarkom na zaščiti otrok. Izobraževalna politika, kot tudi ena izmed pomembnih javnih politik, pa bi si morala prizadevati za večjo seznanjenost populacije tako z omenjeno problematiko kot z možnostmi rešitve problemov. Tudi tukaj naj bi bil poseben poudarek na otrocih. Le-ti naj bi bili že v zgodnjem socializacijskem obdobju osnovnega šolanja informirani o škodljivosti alkohola na človekovo osebnost. Denimo, še posebej pri prenovljeni devetletni osnovni šoli, v okviru predmetnega področja Državljska vzgoja in etika. V okviru teh vsebin se že obravnavajo tudi odvisnosti od drog in podobno.

Vendar kljub omenjenim prizadevanjem verjamem, da se družba v globalnem smislu pravzaprav zaveda, da bi lahko naredila veliko več pri preprečevanju in odpravljanju alkoholizma, če bi ji to bilo res v interesu.

Podobno meni tudi Brane Gradišnik⁸: »Družba na kolektivno nezavednem nivoju 've', da bi jo odprava alkohola ogrozila celo bistveno bolj, kakor jo ogroža današnja alkoholna kultura⁹. Zato se bo družba z borci proti odvisnostim, ki hočejo preveč, spopadla z vsemi sredstvi. Dovoljeno se je delati, da nas skrbi, dovoljeno je delati geste, ki ne bodo prešle kritične meje, dovoljeno je imeti simpozije, konference, organizacije, programe – ni pa dovoljeno dejansko in odločilno znižati porabe alkohola po prebivalcu...« (Gradišnik, 1993: 7).

⁸ Brane Gradišnik je v *Književnih listih* leta 1993 objavil članek ob izidu dr. Rugljeve knjige *Dramatična pot*, v katerem je izrazil strinjanje z njegovim programom kljub izjemno močnemu nasprotovanju stroke.

⁹ Po Gradišniku je to »...družb/a/, ki je alkoholno prepojena, ...kultur/a/, ki je alkoholizirana...« (Gradišnik, 1993: 7)

V tem poglavju smo ugotovili, da tako visoka raba alkohola kot visoka ocena prisotnosti alkoholizma v Sloveniji predstavljata resen problem. Hkrati smo nakazali družbene smernice pri reševanju tovrstnih težav. Dotaknili smo se tudi vprašanja, koliko je sploh v interesu družbe, da dejansko začne te težave reševati učinkoviteje, vendar ta tema že presega okvire te naloge. Zato v njej ne bomo podrobneje razpravljali o vlogi družbe pri nastajanju in odpravljanju alkoholizma ter alkoholni kulturi. V nadaljevanju se bomo posvetili tistemu delu družbe, ki se je s to problematiko intenzivneje ukvarjal. Govorili bomo o stroki.

3. TRADICIONALNE IN SODOBNE METODE ZDRAVLJENJA

V tem poglavju si bomo pogledali, kako se je medicina odzvala na problem alkoholizma. Omenili smo, da je tudi od uspešnega zdravljenja alkoholizma odvisno, ali se bodo alkoholiki odločali za zdravljenje. Začeli bomo s kratkim pregledom zgodovine zdravljenja alkoholikov, ki nam bo pomagal razumeti tudi spreminjanje odnosa družbe do te problematike. Nato bomo opisali glavne značilnosti tradicionalnega zdravljenja, ki je danes široko uveljavljeno predvsem v zahodnem svetu in velja tudi za našo državo. Zaradi učinkovitosti pa postajajo vse močnejši in prepoznavnejši tudi sodobni načini zdravljenja. Na koncu poglavja bomo razložili še pojem 'nekemična zasvojenost' ter možnosti za zdravljenje le-te v Sloveniji.

3.1. ZGODOVINA ZDRAVLJENJA ALKOHOLIKOV

Vse do druge polovice 19. stoletja so imeli alkoholika za posebljenje zla, ki moti družino in družbo. Ker ga niso znali zdraviti, so ga skušali 'poboljšati' z različnimi represivnimi ukrepi. Znan je primer iz Winterturja, kjer so alkoholika zaprli in prisilili v intenzivno pitje alkoholnih pijač z namenom, da bi se mu alkohol zagnusil (Hudolin, 1965: 333). Ni šlo torej za pomoč alkoholikom, temveč bolj za pomoč alkoholikovi okolici. Ko je leta 1852 izšla monografija Magnusa Husa »Alcoholismus chronicus«, so temu vprašanju začeli namenjati večjo pozornost. Vendar so zdravili le zaplete alkoholne bolezni, na alkoholika pa so skušali vplivati z nauki in kaznimi (Rugelj, 1981b: 224). Do prelomnice v pojmovanju alkoholizma je postopoma prihajalo po odločitvi Svetovne zdravstvene organizacije leta 1951, da je treba alkoholizem prištevati med bolezni, kar so postopoma sprejeli skoraj povsod po svetu (Gačić, 1985: 21).

Alkoholiku so poskušali pomagati tako, da so ga streznili in mu s pomirjevali pomagali, da je lažje prebrodil abstinenčne težave. Začasen odpor proti uživanju alkoholnih pijač so skušali izzvati z zdravilnimi kurami bljuvanja (Rugelj, 1981b: 224). Leta 1947 so v zdravljenje alkoholizma uvedli jemanje tetidisa oziroma antabusa (kem. disulfirama), ki deluje tako, da povzroča akutno

zastropitev, če se sočasno z njim uživa alkohol¹⁰. Zdravniki so verjeli, da se bo na tak način alkoholiku pitje uprlo, ker bi mu ob zaužitju minimalne količine alkohola postalo zelo slabo, dobil bi povišan pritisk, glavobol, bolečine v predelu srca ipd. (Hudolin, 1965: 216). Ta metoda je tudi relativno nevarna, saj so poročali celo o smrtnih primerih, bistveno pa je, da se »/p/ri teh postopkih ... z bolno alkoholikovo osebnostjo niso ukvarjali, še manj pa z njegovo družino« (Rugelj, 1981b: 225).

Kakovostna sprememba v zdravljenju alkoholikov se je začela kazati po letu 1935, ko so bili v Združenih državah Amerike ustanovljeni prvi klubi anonimnih alkoholikov (Alcoholics Anonymous).

3.2. TRADICIONALNO ZDRAVLJENJE

Po tradicionalnem sistemu zdravljenja še vedno zdravijo nepopoljšljive alkoholike s psihiatričnimi zapleti v nekaterih psihiatričnih bolnišnicah in oddelkih. Dr. Rugelj (njegovo delo bomo podrobneje opisali kasneje) je podal njegove bistvene značilnosti:

- bivanje v zaprtih ali odprtih oddelkih od nekaj dni do več mesecev,
- medikamentno zdravljenje z različnimi pomirili,
- zaposlitvena terapija v različnih delavnicah,
- eden ali dva tedenska sestanka terapevtske skupnosti, na katerih razpravljajo predvsem o redu, higieni itn., ne pa o rehabilitaciji alkoholikov,
- družinskega zdravljenja ni,
- zdravljenec ne vključujejo v klub zdravljenih alkoholikov (Rugelj, 2000: 336).

Zdravljenje v Sloveniji praviloma poteka v treh stopnjah: pripravljalni, ki poteka ambulantno, intenzivni, ki poteka večinoma v bolnišnicah, in nadaljevalni, v okviru klubov zdravljenih alkoholikov in drugih podobnih skupin, npr. anonimnih alkoholikov (Gorše Goli, 1999: 11, Tomšič, 1999: 12).

Vida Tomšič, višja medicinska sestra na Centru za zdravljenje odvisnih od alkohola na Psihiatrični kliniki Ljubljana, opisuje (1999: 12-13) pomoč

¹⁰ Včasih lahko pride do velike občutljivosti na tetidis tudi dva tedna po zaužitju tableti (Hudolin, 1965: 217).

alkoholikom v okviru zdravstvene službe, ki je najbolj dostopna in razširjena pri nas.

Ambulantno zdravljenje poteka v obliki terapevtskih skupin, ki se sestajajo enkrat na teden, običajno popoldne. Sestanki skupin trajajo uro in pol daljše časovno obdobje in sicer od enega leta in pol do treh let. Skupino sestavlja 10-12 članov, vodita jo eden ali dva terapevta. Bolnišnično zdravljenje lahko poteka kot celodnevna oskrba (pacient je hospitaliziran in ne sme zapuščati oddelka, ta faza traja približno 1 mesec) ali vsakodnevna oskrba (pacient je dopoldan vključen v terapevtski program, popoldan odide domov, takšna oblika traja okvirno 2 meseca).

Zdravljenje v celodnevni oskrbi obsega:

- streznitev (detoksikacijo),
- vključitev v skupinsko psihoterapevtsko obravnavo,
- izobraževanje iz teorije odvisnosti od alkohola s poudarkom na razumevanju lastne odvisnosti, njenega nastanka, poteka in posledic,
- vključitev v dodatne terapevtske dejavnosti na oddelku (delovna terapija, likovna terapija, muzikoterapija, trening socialnih spretnosti, psihodrama, itd.),
- prevzemanje odgovornosti za zdravljenje in življenje na oddelku, ki temelji na načelih terapevtske skupnosti
- v skupinskih pogovorih (enkrat na teden) sodelujejo tudi svojci pacientov

Naslednja oblika je zdravljenje v dnevni oskrbi, ko pacient običajno dvakrat na teden še prihaja na oddelek (Tomšič, 1999: 13).

Po mojem mnenju imata ambulantna in bolnišnična oblika tradicionalnega zdravljenja kar nekaj pomanjkljivosti. Ena od prvih je, da ne vključujeta skoraj nič telesnih aktivnosti. Menim, da je naša psiha neločljivo povezana z našim telesom, zato bo zdravljenje 'psihe' gotovo manj učinkovito, če pozabimo na telo.

Naslednja napaka je hospitalizacija. Hospitalizirani pacienti živijo v umetnem okolju, kjer se družijo samo z ljudmi s podobnimi težavami in se zato tam počutijo varne¹¹. Dislokacija se mi zdi ustrezna npr. pri otrocih, ki drugače

¹¹ Hospitalizirani bolniki tudi dobijo »žig psihiatričnega bolnika« (Rugelj, 1981a: 65), ki je v naši kulturi precej stigmatiziran.

živijo v zelo neurejenem družinskem okolju. Pri odraslih alkoholikih pa je drugače. V bolnišnici si bodo sicer za silo opomogli, si malo 'odpočili' in okrepili samozavest, vendar pa se bodo po enem mesecu spet vrnili nazaj v enak družinski vzorec, kakršnega so zapustili. Pričakovali bodo spremembo, ki je njihova družina ne bo mogla ponuditi, ker se sama ni nič spremenila. V alkoholikovi odsotnosti je kvečjemu spoznala, koliko trpijo v skupnem življenju z njim in na dan lahko privrejo hude zamere do alkoholika (običajno moža ali očeta). Zato ponavadi pride do še večjih razočaranj, ki v alkoholikovem občutljivem obdobju (sprva se še hudo bori, da bi abstiniral) lahko resno ogrozijo že začeto zdravljenje. Zato je toliko bolj pomembno, da se družina hkrati vključuje v zdravljenje, saj je v življenju z alkoholikom tudi sama razvila vzorce patološkega vedenja. O tem bomo podrobneje pisali kasneje, zaenkrat naj samo omenim, da ne pomaga skoraj nič, če svojci sodelujejo samo enkrat na teden v skupinskih pogovorih.

Nenazadnje očitam tradicionalnemu zdravljenju, da ne uporablja močnejših kanalov za soočanje s problemi. Žal ponuja aktivnosti, ki bolj služijo kot ventili za sproščanje negativne energije (likovna, muzikoterapija) v smislu: 'bolje da namesto po kozarčku posežem po čopiču'. Po drugi strani pa nudi še aktivnosti, ob katerih se lahko sicer malo bolje spoznajo, ne silijo jih pa h konkretnim spremembam, ki sledijo bolečemu soočenju s težavami. To je npr. psihodrama, kjer s pomočjo raznih iger predstavijo svoje težave¹². Igre jim vso zadevo olajšajo, zato je tudi učinek toliko blažji.

Kar se tiče rezultatov tradicionalnega zdravljenja, je dr. Rugelj na raziskovanem vzorcu (N=72) po povprečno 54-mesečnem odmiku od začetka zdravljenja ugotovil, da abstiniira samo 7 (9,7%) pacientov. Od teh so bili samo trije rehabilitirani (vmes so se namreč zdravili še po Hudolinovem sistemu). »Preostali štirje so bili socialno praktično mrtvi. To pomeni, da je prognoza za tiste alkoholike, ki jih okolje spravi v psihiatrično bolnišnico, zelo slaba« (Rugelj, 2000: 336).

¹² Primer psihodrame: pacient s pomočjo različno oblikovanih stolov ponazori vloge v družini in njegovo mesto v njej.

Tukaj pride do izraza tretja, nadaljevalna faza zdravljenja, ki poteka v skupinah za samopomoč. Prof. Anka Gorše Goli¹³ ugotavlja (1999: 11), da samo približno 20 odstotkov zdravljenih zaradi odvisnosti od alkohola vztraja v treznosti po prvem resnem poskusu zdravljenja. Preostalih 80 odstotkov je nagnjenih k ponovitvi bolezni in so ponovitve pravzaprav pravilo in ne izjema v zdravljenju (podčrtala K. R.). »Zato se poudarja pomembnost tretje faze zdravljenja ... in ponuja bolnikom možnost rehabilitacije« (Gorše Goli, 1999: 11). Kot bomo videli malo pozneje, je rehabilitacija v skupinah za samopomoč veliko bolj učinkovita od omenjenih rezultatov (10 odstotkov abstinentov po končanem zdravljenju po izračunih dr. Ruglja in 20 odstotkov po ugotovitvah prof. Gorše Goli). Nikjer pa nisem zasledila, zakaj sta pravzaprav prva in druga faza tako pomembni in kaj točno je njuna funkcija, zakaj se torej ne bi dalo takoj preskočiti na tretjo obliko, ki naj bi bila očitno učinkovitejša?

Treba pa je priznati, da so slabi rezultati tradicionalnega zdravljenja povezani tudi z nekaterimi dejavniki, na katere sami psihiatri ne morejo vplivati. Dr. Rugelj omenja naslednje dejavnike (1981a: 60):

- večina alkoholikov, ki pride v psihiatrične ustanove, odklanja pravo zdravljenje alkoholizma
- svojci največkrat želijo alkoholika oddati v zavod, da se ga vsaj za nekaj časa znebijo
- naša družba se še ni lotila pravih preventivnih ukrepov, ki bi zanesljivo privedli do upadanja potrošnje alkoholnih pijač in s tem tudi števila alkoholikov.

Ali so klubi zdravljenih alkoholikov in podobne skupine, ki predstavljajo tretjo fazo zdravljenja, res učinkovitejše, si bomo pogledali v nadaljevanju, ko bomo opisali tudi, kako so te skupine nastale, po katerih načelih delujejo ter kako poteka rehabilitacija znotraj skupin.

¹³ Anka Gorše Goli, prof. soc. ped. dela na Centru za zdravljenje odvisnih od alkohola na Psihiatrični kliniki v Ljubljani.

3.3. SODOBNI SISTEMI ZDRAVLJENJA

V svetu sta se doslej uveljavila v širokem obsegu in v dolgoletnem trajanju samo dva sistema obravnavanj alkoholikov (Rugelj, 2000: 337), ki ju bomo tudi podrobneje spoznali, in sicer sta to:

- Sistem dela prek klubov Alcoholics Anonymous in
- Hudolinov sistem.

3.3.1. Anonimni alkoholiki

Leta 1934 se je Bill W. iz New Yorka nekaj mesecev trezen bojeval z abstinenco oziroma s hrepenenjem po alkoholu. Razmišljal je, da bi mu bilo mogoče lažje, če bi spoznal nekoga s podobnimi težavami, s katerim bi se lahko pogovarjal. Tako je leta 1935 nastala prva skupina anonimnih alkoholikov (Gorše Goli, 1999: 11). Člani so si skušali medsebojno pomagati in skupaj prebroditi abstinenci in druge težave, povezane s prenehanjem pitja alkoholnih pijač. Tri leta kasneje so v Ameriki delovale že tri skupine z okoli 40 'suhimi'¹⁴ alkoholiki, ki so se zaradi dokaj uspešnih rezultatov hitro razširile. Leta 1996 je bilo registriranih 91.000 skupin Anonimnih alkoholikov v 141 državah sveta¹⁵ (vir: Spletna stran Anonimnih alkoholikov Slovenije, v nadaljevanju SSAAS).

Cilj Anonimnih alkoholikov (AA) je medsebojna pomoč pri doseganju treznosti in kakovostnega življenja. V skupini si ljudje delijo izkušnje, moč in upanje, da si lahko pomagajo. Alkoholizem dojemajo kot bolezen, ker alkoholik svojega pitja ne more kontrolirati. Po njihovih izkušnjah je alkoholik telesno, umsko in duševno bolan. Če ne neha s pitjem, se njegova bolezen praviloma poslabša. Po njihovem mnenju lahko alkoholizem samo zaustavijo, za to pa je potrebna popolna abstinenca in spremenjen način življenja v najširšem smislu (vir: SSAAS).

Niso vezani z vero, čeprav imajo »močno spiritualno komponento oziroma priznavajo neko višjo silo« (Gorše Goli, 1999: 11). Program sloni na 12 stopnjah ali

¹⁴ Ko je oseba, odvisna od alkohola, v nekem časovnem obdobju trezna, to imenujemo 'suha faza', ko pa uživa alkohol, temu pravimo 'mokra faza' (Rus Makovec, 1999: 7).

12 korakih in člani postopoma napredujejo v razvoju z osvajanjem teh korakov. Prva stopnja je verovanje, da so nemočni, da niso kos alkoholu. Zadnja stopnja je dosežena, ko član AA sprejme miselnost vseh 12 stopenj in jih prenaša na druge odvisnike od alkohola ter jih udejanja v življenju. Z gibanjem AA so se z leti razvijale po istih načelih skupine s podobnimi problemi: AlAnon za partnerje, sorodnike in prijatelje odvisnih od alkohola, AlaTeen za mladoletne otroke ljudi, odvisne od alkohola, Narcotics Anonymous za narkomane, itd. (Gorše Goli: 1999: 11).

Po mnenju prof. Gorše Goli je glavni očitek gibanju AA pri nas njihova verska naravnost. Čeprav nikogar ne posiljujejo z vero¹⁶, je v njihovem delovanju čutiti verskost, zaupanje v višjo silo. »Tu je največja razlika med filozofijo AA in filozofijo zdravljenja, ki veruje v človeka in njegovo sposobnost, da si sam ureja življenje, dejavno posega v odnose z okoljem, si oblikuje samospoštovanje in osebnost« (Gorše Goli, 1999: 11). Vendar osebno menim, da tudi filozofija AA 'veruje v človeka in njegovo sposobnost, da si sam ureja življenje...'. Saj drugače ne bi imelo njihovo delovanje nobenega smisla in tudi ne uspeha. Nihče drug jim ne pomaga, pomagajo si sami. Pri tem hkrati priznavajo, da ni dovolj samo moč njihove volje, da bi nehali piti. Če bi se bilo tako lahko odločiti za abstinenco, potem sploh ne bi potrebovali programov zdravljenja. Vendar odvisniki karakterno niso tako močni, da bi se soočili s težavami in svetom, kakršen je. Zato tudi bežijo v omamo. Kasneje, ko presežejo svojo šibkost, seveda dosežejo sposobnost, da imajo svoje življenje pod kontrolo in si ga sami urejajo itd. Vendar je do te faze šele treba priti. Najprej pa se je treba sprijazniti z dejstvom, da jim je življenje ušlo iz rok in da ga v trenutnem stanju ne zmorejo sami popraviti.

Anonimni alkoholiki Slovenije ocenjujejo zdravljenje v skupnosti AA kot uspešno, saj so na osnovi dosedanjih rezultatov ugotovili naslednje: člani skupnosti, ki so s pomočjo programa AA trezni od enega do pet let, imajo 86% možnosti, člani, ki so trezni več kot pet let, pa 92% možnosti, da bodo abstinirali še naprej, seveda pod pogojem, da v skupnosti ostanejo¹⁷ (vir: SSAAS).

¹⁵ V Sloveniji je leta 1999 delovalo 17 skupin z okrog 220 člani.

¹⁶ Skupnost AA celo poudarja, da ni nikakršno versko zduženje, temveč je vsak anonimni alkoholik svoboden in si sam lahko ustvari svoje mnenje o smislu življenja (vir: SSAAS).

¹⁷ Navedeni podatki veljajo za ZDA in Kanado.

3.3.2. Hudolinov sistem

Hudolinov sistem zdravljenja je danes v svetu priznan kot najprimernejši za zdravljenje množice alkoholikov in na 6. svetovnem kongresu socialne psihiatrije v Opatiji 1976. leta so ta sistem dali drugim deželam za zgled. Poleg tega na njem temelji socialno-andragoška metoda dr. Ruglja, zato ga bomo na tem mestu obširneje predstavili. Pri tem si bomo najbolj pomagali s člankom o ustanovitvi in razvoju Klubov zdravljenih alkoholikov, ki ga je napisala prof. Višnja Hudolin, vdova prof. Vladimirja Hudolina.

Ustanovitev, oblikovanje in samo delo Hudolinovih klubov je povezano z revolucionarnimi spremembami v psihiatriji v 50.-ih letih prejšnjega stoletja. V tem času je nekaj naprednejših držav začelo razvijati politiko 'odprtih vrat' v psihiatriji. To pomeni odklepanje vrat psihiatričnih ustanov, opuščanje raznih prisilnih ukrepov za paciente, uvajanje terapevtskih skupnosti, skupinskega dela ter novih zdravil v psihiatrično zdravljenje. Prof. Hudolin je nove pristope v psihiatriji spoznal kot štipendist Svetovne zdravstvene organizacije v Veliki Britaniji in na Švedskem ter po vrnitvi v Zagreb izvedel kar nekaj reform v skladu s tem, kar je spoznal v Zahodni Evropi. Ko je ugotovil, da veliko število alkoholikov, ki naj bi jih zdravniki 'pozdravili', recidivira¹⁸, je preselil oddelek za zdravljenje alkoholizma ven iz psihiatričnega oddelka ter začel z njimi delati na novi lokaciji¹⁹ ter na nov način – kot terapevtska skupnost. Hkrati je organiziral delo z alkoholiki v manjših skupinah v prisotnosti svojcev in terapevta v nekaterih delih Zagreba, vendar vse zunaj okrilja bolnišnic. Tako so nastali Klubi zdravljenih alkoholikov²⁰ (Hudolin, 2002).

¹⁸ Za recidivo alkoholizma se označuje ponovno pitje alkoholnih pijač pri alkoholiku, ki se je že zdravil zaradi alkoholizma in vsaj nekaj časa tudi abstiniral, kar pa hitro pripelje do ponovne zasvojenosti (Hudolin, 1965: 430).

¹⁹ Tudi Tomšičeva ugotavlja, da se pacienti lažje odločijo za zdravljenje v programih, ki so prostorsko dislocirani od psihiatričnih bolnišnic (Tomšič, 1999: 12).

²⁰ Sicer so se podobne oblike klubov zdravljenih alkoholikov pojavile že na začetku prejšnjega stoletja v Rusiji ter po 2. sv. vojni v ZDA (Todorić Kajfeš, 2000), vendar so klubi, močno dopolnjeni, dejansko zaživelj šele s prof. Hudolinom.

Center za zdravljenje in preučevanje alkoholizma so uradno odprli 1. aprila 1964 v Vinogradski ulici v Zagrebu. Prof. Hudolin je okoli sebe zbral nekaj sodelavcev entuziastov ter začel zdraviti alkoholike v terapevtski skupnosti bolnišnice. Organiziral je sistem kompleksne socialno psihiatrične obravnave alkoholikov (Rugelj, 2000: 335).

Za paciente, ki so končali prvo fazo zdravljenja, so ustanovili Klube zdravljenih alkoholikov. Sistem rehabilitacije alkoholikov v klubih se je najprej razširil po Hrvaški, nato v Bosno in Hercegovino, Vojvodino, Slovenijo²¹, pozneje pa so ustanovili klube tudi v drugih republikah bivše Jugoslavije. V letu 1985 je bilo v Jugoslaviji skoraj 1000 klubov in skupin zdravljenih alkoholikov (Hudolin, 2002).

Od leta 1979 se je delovanje klubov razširilo tudi v Italijo. Danes je tam okrog 2.500 takšnih klubov. Program se stalno razvija in dopolnjuje, vendar se še vedno drži svojega prvotnega koncepta. Osnovno načelo Hudolinovih klubov je pomagati problematičnim družinam s sistematičnim družinskim pristopom (večdružinsko skupnostjo od 2 do 12 družin), abstinenco ter spremembo v vedenju in življenjskemu slogu (Hudolin, 2002). Alkoholiki se šele v Klubu zavedo, da imajo vsi podobne težave in krize: poslabšane odnose s partnerji, odtujenost od otrok, zdravstvene in seksualne težave, nesoglasja na delovnem mestu... (Todorčić Kajfeš, 2000). Sprva so menili, da zadostuje samo leto dni abstinence in s tem zdravljenja v klubih, kasneje pa so ugotovili, da je abstinenca pravzaprav doživljenjski projekt (Hudolin, 2002).

Ena najpomembnejših ugotovitev prof. Hudolina, ki jo je predstavil na že omenjenem kongresu v Opatiji leta 1985, se nanaša na razumevanje alkoholizma kot bolezni. Po njegovem mnenju to ni bolezen, temveč motnja v vedenju in življenjskemu slogu. Takoj po tej izjavi je naletel na hud odpor – najprej s strani samih alkoholikov, ker so si želeli, da bi bili nekako zaščiteni in brez osebne odgovornosti za svoje vedenje in življenjski slog. Nato je Hudolinovo držo kritizirala še stroka in nekateri je še danes ne sprejemajo. Vendar to ne spremeni delovanja Klubov, ki so počasi sprejeli prepričanje, da je alkoholizem motnja v vedenju in življenjskemu slogu (Hudolin, 2002).

²¹ V Ljubljani je bil ustanovljen leta 1969 (Gorše Goli, 1999: 11).

Menim, da ni toliko pomembno ali je zasvojenost bolezen ali ne, kot je bistvena odgovornost, ki jo vsak posamezni odvisnik mora sprejeti. Res je, da niso sami krivi za neustrezno otroštvo, kakršno so preživeli, vendar kot odrasle osebe morajo sprejeti odgovornost za svoje življenje in še bolj za življenja drugih, na katera vplivajo. Zgrešenih vzorcev ne smejo naprej prenašati na svoje nedolžne otroke. Če je zasvojenost bolezen, potem je ozdravljiva bolezen²². Odgovornost vsakega odraslega odvisnika je, da si najprej prizna, da ima problem, poišče ustrezno pomoč, se nato s težavami sooči ter naredi vse, kar je v njegovi moči, da svojo bolezen preseže in ozdravi.

Nils Kohl, svetovalec Mednarodne organizacije IOGT²³ na Danskem pravi, da od septembra 1997 intenzivno proučujejo Hudolinovo metodo tudi na Danskem in v drugih evropskih državah, predvsem zaradi novega pristopa k zdravljenju težav, povezanih z alkoholom, pa tudi zaradi preprostosti same metode ter seveda učinkovitosti²⁴. Hkrati ugotavljajo, da je metoda univerzalna, ker se lahko uporablja povsod po svetu. Dosegla je celo Novo Zelandijo in Južno Afriko. Upošteva pa tudi dejstvo, da odvisnost prizadene vse družinske člane, zato se morajo spremeniti vsi člani in ta sprememba se mora zgoditi znotraj družine (Kohl, 2001).

3.4. ZDRAVLJENJE NEKEMIČNIH ZASVOJENOSTI V SLOVENIJI

Odvisnost od alkohola je v medicini priznana kot bolezen. Že v uvodu pa smo omenili, da obstajajo tudi druge vrste zasvojenosti. Te (zaenkrat?) še nimajo statusa bolezni, vendar vseeno ne moremo zanikati, da obstajajo. Namreč ljudje imajo težave psihičnega izvora (naj jih imenujemo bolezen ali ne), ki delujejo po

²² To je dokazalo že na stotisoče ljudi po vsem svetu, tisti, ki se uspešno zdravijo v klinikah, skupinah in klubih za zdravljenje odvisnosti (Rozman, 1998: 36).

²³ IOGT (International Organisation of Good Templars) je največja mednarodna nevladna in prostovoljna organizacija, ki se zavzema za zmanjševanje previsoke rabe alkohola, večjo treznost ter življenjski slog brez alkohola (Spletna stran IOGT).

²⁴ Žal imam samo malo starejše podatke, iz leta 1983, ki so pa toliko bolj spodbudni: od 234 zdravljenecv jih po 58-mesečnem odmiku od začetka zdravljenja abstiniira 149 (63,2%). O

enakem mehanizmu kot klasična zasvojenost z alkoholom. Dr. Sanja Rozman, specialistka medicine dela, prometa in športa, ustanoviteljica terapevtske skupine *'Rdeči oblak'* ter avtorica treh knjižnih uspešnic o odvisnosti, meni, da je odvisnost pravzaprav ena sama. »Je notranja naravnost, način avtodestruktivnega življenja. Vse drugo so samo sredstva« (Megla, 1999: 11). Zato bomo v tem delu opisali, kaj je nekemična zasvojenost in kakšno zdravljenje lahko pričakujejo tovrstni odvisniki v Sloveniji.

Nekemične zasvojenosti so tiste, katerih omamo ne povzročajo snovi, ki jih vnašamo neposredno v telo (npr. alkohol, nikotin, droge) temveč vsaka snov in vsak postopek, ki lahko pomagata zmanjšati bolečine v sedanosti. Namreč, ljudje imamo v svojem živčevju vgrajen sistem za omamljanje, ki v določenih okoliščinah sproži izločanje endorfinov²⁵, morfiju podobnih snovi. Te snovi povzročajo otopitev telesne in duševne bolečine ter omamo. Običajno se izločajo ob bolečih dražljajih, lahko pa se ga naučimo sprožiti tudi drugače, s posebnimi rituali ali ponavljanjem naslednjih postopkov: pretirano hranjenje, zlorabljanje diet, obsedeno telovadenje, razna spolna vedenja, hazarderstvo, sanjarjenje, obsedenost z verskimi rituali, obsedenost z določenim tipom škodljivih odnosov z ljudmi, obsedenost z ekstremnimi športi, pretirano delo z namenom pozabe, idr. (Rozman: 1998: 38-39).

Dr. Rozmanova ugotavlja (1998: 279), da bo zaradi težke dostopnosti programov zdravljenja nekemičnih zasvojenosti pri nas večina zasvojenih, ki se bodo odločili za zdravljenje, težko našla utečen program in se mu prepustila. Zlasti zasvojeni z odnosi, seksualnostjo, zadolževanjem, tveganjem, duhovnostjo in podobnim bodo imeli hude težave, ko bodo hoteli svojim zdravnikom ali psihiatrom dopovedati, kakšne probleme imajo. Razen v očitni depresivni fazi se bodo zdeli psihiatrom povsem normalni. Pri nas še ne obstaja uradno priznana

tako visokem uspehu po skoraj 5 letih od začetka zdravljenja ni do takrat še nihče poročal (Rugelj, 1983, 652).

²⁵ *Endorfini delujejo na živčevje tako, da zmanjšajo občutek za bolečino, ker se vežejo na živčne preklope v možganih in preprečijo prenos bolečinskih dražljajev. Endorfinski sistem je namenjen predvsem temu, da bi lahko izključili naš varnostni mehanizem – bolečino, kadar se znajdemo v življenjski nevarnosti, tako da lahko vse svoje sposobnosti uporabimo za beg ali borbo (Rozman: 1998: 39).*

inštitucija ali program za zdravljenje nekemičnih odvisnosti, ki bi bila del zdravstvenega sistema in kamor bi odvisnike lahko z napotnico poslal lečeči zdravnik²⁶.

To pomeni, da tradicionalna psihiatrija še ne prepoznava tovrstnih bolezni kot bolezni oziroma motnjo in v skladu s tem ne ponuja tudi nobenih rešitev na tem področju. Paciente s podobnimi težavami pričnejo zdraviti šele takrat, ko motnja doseže hujšo disfunkcionalnost v življenju ali obliko telesne bolezni²⁷. (Pa še takrat zdravijo pravzaprav samo telesno posledico in ne vzrokov.) Kakšna je potem kakovost tega zdravljenja, če zdravniki ne poznajo vzroka in poteka teh bolezni? Na žalost gre v glavnem za medikamentno zdravljenje – o tem priča široka uporaba (ki sledi širokemu predpisovanju) zdravil, kot so prozac, apaurin, xanax in podobno. Ta zdravila delujejo tako, da pacienti postanejo otopeli, da se preveč ne obremenjujejo in da, čeprav se malce grdo sliši, 'dajo mir'. S tem naj bi bilo na videz vse v redu ali vsaj boljše, kot je bilo prej. S takšnim načinom se ena zasvojenost nadomesti z drugo.

Z mojim mnenjem se zdravniki seveda ne bi strinjali. Dr. Edvard Glaser, doktor in profesor medicinskih znanosti, ter dr. Marjana Glaser-Kraševac, magistra in asistent medicinskih znanosti, pravita (1995: 166), da sedative, nevroleptike, antidepresive in trankvilizatorje zdravniki predpisujejo za ublažitev in odstranjevanje težav, ki se pojavljajo pri stanjih in posledicah odvisnosti. Sicer priznavajo, da v določenih primerih povzročajo novo zasvojenost, saj terapija traja več mesecev ali celo veliko daljše obdobje, vendar po izkušnjah »taki bolniki po daljšem spanju (podčrtala K. R.) prebrodijo krizo in se ob popolni abstinenci teh zdravil počutijo zopet bolje« (Glaser in Glaser-Kraševac, 1995: 166). Sama se sprašujem, na kakšni osnovi lahko kdorkoli pričakuje, da bo oseba 'med dobrim

²⁶ Neuradno obstaja že omenjena terapevtska skupina Rdeči oblak, ki se ukvarja samo z odvisnostjo od odnosov, vendar je skupina premajhna, da bi se lahko vključili vsi zainteresirani. Druga je Alternativna terapevtska skupnost, kjer poteka zdravljenje vseh zasvojenosti in nekaterih drugih psihičnih težav. Obe bomo podrobneje opisali kasneje.

²⁷ Telesne posledice lahko nastanejo tudi zaradi kronične stresne situacije. Zaradi bolezni, povezanih s stresom, zbolevalo tudi tisti zasvojeni, ki za omamljanje ne zlorabljajo kemičnih sredstev (takšne bolezni so npr: okvare prebavil, bolezni dihal, povišan krvni pritisk, rak idr.) (Rozman, 1998: 33).

spancem' prebrodila krizo, v kateri se je znašla predvsem zaradi lastne osebnosti, ker je strukturirana tako, kot je? Če pričakujejo, da bo kemija uredila nekatere notranje procese, ki so se oblikovali nekaj let, in to v najboljčutljivejšem obdobju (zgodnjem otroštvu), potem morajo imeti v mislih lobotomijo, ki dejansko ubije naš čustveni del, naše čustvovanje. Točno tako tudi dojemam medikamentno zdravljenje odvisnosti in večine blažjih duševnih motenj – kot lobotomijo 20. stoletja.

Ta tema odpira veliko novih vprašanj, za katera pa žal ni več prostora v tej nalogi in bi jo bilo potrebno obravnavati posebej. Tukaj bomo nadaljevali s spoznavanjem metod zdravljenja, kjer ima pacient, za razliko od opisanih, aktivno vlogo pri reševanju svojih težav.

4. PSIHOTERAPIJA KOT PREVZGOJA

Po opisu tradicionalnih metod zdravljenja v prejšnjem poglavju se bomo sedaj dotaknili še ene temeljne razlike med klasično psihoterapijo ter eno izmed sodobnih metod – alternativno terapevtsko skupnostjo (v nadaljevanju ATS). Vodi jo dr. sc. Janez Rugelj, dr. med., specialist psihiater. Razlika, ki jo bomo obravnavali, se nanaša na vprašanje prevzgoje v procesu zdravljenja. Kmalu bomo spoznali, kaj je prevzgoja, kakšen je njen pomen ter kdo in zakaj jo uporablja. Za začetek pa na kratko spoznajmo dosedanje delo dr. Ruglja, ker je ravno on uvedel razmišljanje o psihoterapiji oziroma zdravljenju odvisnosti kot prevzgoji.

4.1. KRATEK ORIS DELA DR. JANEZA RUGLJA

Najbolj znan psihoterapevt v Sloveniji je dvignil že veliko prahu zaradi načina vodenja svoje skupine, vendar sem v času pisanja te naloge prišla do zaključka, da večina ljudi njegovega dela sploh ne pozna. Sodijo ga površno ter žal izključno po kontroverznih izjavah, ki so v medijih velikokrat iztrgane iz konteksta ter s tem narobe predstavljene²⁸.

Dr. Rugelj je bil učenec prof. Hudolina v Zagrebu in je njegovo delo dopolnjeval ter razvijal naprej v Sloveniji. Leta 1971 je prevzel oddelek za zdravljenje alkoholikov na Škofljici, kjer so pred tem zdravili alkoholike in nevrotike na tradicionalen način. Takoj je uvedel nov način zdravljenja: zgodnje vstajanje, telovadba, skupinsko delo, učenje, pisanje, itd. Škofljica je v nekaj letih postala sinonim za zdravljenje alkoholikov s 'fantastičnim uspehom' (Štamcar in Sever, 1995: 29). V letih 1971–1974 je v Sloveniji ustanovil sto klubov zdravljenih alkoholikov in celo enega v Beogradu, ki deluje še danes. Sistem je bil po treh letih delovanja ukinjen, vendar je leta 1974 na njegovih ruševinah oblikoval nov sistem (Mehle, 2001: 3). Zaradi alternativnega načina zdravljenja je imel ves čas težave s stroko. Po dveh gladovnih stavkah ter pozitivni oceni s strani Svetovne zdravstvene organizacije si je izbral, da lahko v privatni praksi vodi svoj '*Socialno-andragoški*

²⁸ Kar seveda ne pomeni, da bi se strinjali z njim, če bi brali njegove knjige.

*sistem zdravljenja in urejanja alkoholikov, drugih odvisnikov in drugih ljudi v stiski*²⁹.

Zaradi inovativnega načina dela v dr. Rugljevi terapevtski skupnosti je njegova metoda bolj podobna prevzgoji kot samo zdravljenju. Po mojem mnenju zgolj metoda prevzgoje pomaga pri težavah z zasvojenostjo, ki predstavlja neustrezen način reagiranja na boleče dražljaje, naučen že v otroštvu. Spomnimo se, da je tudi za prof. Hudolina odvisnost motnja v vedenju in življenjskem slogu in ne bolezen.

4.2. POMEN VZGOJE IN PREVZGOJE

Za lažje razumevanje razmejitve med psihoterapijo in prevzgojo je potrebno izpostaviti nekatere okoliščine, ki jih je dr. Rugelj na osnovi dolgoletnega dela razložil v naslednjih vrsticah (Rugelj, 2000: 320).

Med alkoholiki je precej takšnih, ki so se začeli omamljati v zgodnji mladosti. Zaradi tega so trpeli škodo pri izobraževanju in osebostnem zorenju, ki ga je človek deležen v procesu terciarne socializacije. Alkoholik drsi navzdol od stopnje osebostne zrelosti, ki jo je že dosegel, preden je začel piti, zato ker je pod vplivom subkulture alkoholikov, od katerih se uči obrambe, izmikanja in manipuliranja, medtem ko odklanja pozitivne vplive drugih družbenih skupin. Ta napačna vzgoja teče ves čas alkoholizma, zato tudi proces prevzgoje ne more biti kratek. Zgolj vpogled v lastno zagato (avtodiagnoza) alkoholika ne more rešiti, če ne vključi v program različnih aktivnosti (podrobneje jih bomo opisali kasneje), ki mu bodo omogočile, da bo spoznal svoje latentne sposobnosti in si našel področje samouresničevanja.

Temeljno pedagoško izkustvo je, da ni vzgoje brez izobraževalnega programa. Če to izkustvo parafraziramo, lahko rečemo, da si prevzgoje ne moremo zamisliti brez dolgoročnih in zelo zahtevnih programov izobraževanja in usposabljanja za ustvarjalno življenje. Vzgoja in izobraževanje sta sicer dve ločeni

²⁹ Alkoholikov je v dr. Rugljevem programu sedaj pravzaprav le 20 odstotkov. Ostalo so 'drugi ljudje v stiski', ki so začeli prihajati k njemu sponatno po tem, ko so poskusili zdravljenje tradicionalne psihiatrije in, kot pravi dr. Rugelj, »imajo v sebi željo, da bi se rešili« (Štamcar in Sever, 1995: 29). Njihov skupni imenovalac je nevrotična osebnost (Bratina, 2000: 29).

zadevi, od katerih je vzgoja širši pojem. Obenem pa se delno tudi prepletata. Ravno ta del je po mojem mnenju še posebno aktualen za zdravljenje odvisnikov, saj vključuje prevzgojo s pomočjo izobraževanja. Dr. Rugelj vztraja pri trditvi (2000: 320), da je pomanjkanje programov izobraževanja temeljna hiba velike večine psihoterapevtskih tehnik za alkoholike.

»Vzgoja je proces, ki izboljšuje kvaliteto osebnosti, izpolnjuje in pospešuje samouresničitev in vodi k novim višjim ciljem, prevzgoja pa brisanje starih vzorcev reagiranja, čustvovanja in doživljanja ter nadomeščanje z novimi vzorci. Tega ni moč doseči s tetidisom in skupinsko psihoterapijo, temveč le z ustreznimi vzgojno-terapevtskimi sredstvi« (Rugelj, 2000: 320).

Čeprav govorimo pri delu z alkoholiki predvsem o zdravljenju, dr. Rugelj poudarja, da je večina prizadevanj socialno-andragoške metode namenjena pravzaprav vzgoji: navajanje na telovadbo, tek, planinarjenje, redno branje časopisov in knjig, pisanje raznih spisov, graditev partnerskega odnosa itn. Bivši alkoholik mora v procesu zdravljenja, prevzgoje in vzgoje postati bistveno drugačen, kot je bil pred začetkom alkoholizma. Če bi ga vrnil tja, kjer je bil, preden je postal alkoholik, bi se v stiski spet zatekel v omamo. Postati drugačen, kot je bil pred začetkom alkoholizma, pomeni biti bolj ustvarjalen, bolj samozavesten, boljši in močnejši za premagovanje težav, s katerimi se ljudje srečujemo v življenju. S prevzgojo torej nadomestimo neustrezne vzorce vedenja (ki se jih je alkoholik navzel v dolgotrajnem sožitju s subkulturo alkoholikov) z novimi navadami in normami, ki vodijo v ustvarjalnost, iz nekdanje notranje praznine v polno življenje (Rugelj, 2000: 320-321).

Do nerveze in do patološke odvisnosti od odnosa pride zaradi oviranega razvoja in posledičnega zgrešenega življenjskega sloga. Ozdravitev in sprejetje zdravega življenjskega sloga je možna samo s izvajanjem posrečene kombinacije skupinske psihoterapije in vsestranskega aktiviranja na telesnem, intelektualnem, socialnem in duhovnem področju, kar dosežemo z vgraditvijo številnih vzgojnih in terapevtskih sredstev, ki so sestavni del socialno-andragoškega sistema, v življenjski slog. Vsega tega pa ni možno doseči brez dolgoročne uporabe raznih vzgojno-terapevtskih sredstev v terapevtski skupini in klubu (Rugelj, 1997: 340).

Mnogi dr. Ruglju očitajo nasilno prevzganje. Gradišnik se strinja, da je to edino pravilno, saj meni, da ljudje, ki so bili v otroštvu prikrajšani za vzgojo, pač

potrebujejo prevzgojo in »ideja, da je prevzgoja nasilna, skriva v sebi pojmovanje vzgoje kot represije nasploh. V njej se razodeva generacizem, ki odraslim podeljuje privilegij do nevzgojenosti, ki ga otrokom odreka. To gledanje se lepo ujema s splošno šego psihiatrov, ki v 'starševski zaroti' praviloma podprejo starše. ...Večina psihiatrov se bo strinjala, da duševna motnja pri potomcu nakazuje motnje pri starših, ki po resnosti presegajo otrokove, vendar pa bodo – če in ko starši izrazijo odločen odpor – hočeš nočeš zdravili otroka in ne neuvidevni staršev oziroma 'celote odnosov znotraj družine'. Ostrina generacijskega konflikta se najlepše kaže morda prav v notoričnem dejstvu, da lahko starši potomca brez težav spravijo v 'center za mentalno zdravje', potomec pa staršev brez težav nikakor ne...« (Gradišnik, 1993: 6).

Gradišnik tudi psihoanalitično utemelji prevzgajanje s socialno-andragoškim programom. Pravi, da morajo ljudje prej ali slej skozi 'vzgojni proces', v katerem ego uravnoteži nadjaz in libido. Socialno-andragoški program predstavlja nadjaz, vendar takšen, ki ponuja libidu nove, neškodljive in sublimirane aktivnosti. Ljudi, ki so v stiski, je njihov libido potegnil v totalno represijo (odvisnostni užitek), program pa jim ponuja – seveda poleg duhovnih naporov in nagrad – višje nivoje užitka, ki pa je prav tako telesen (hoja, tek, hribolazenje, seks). »Da ta užitek obenem viša prag frustracijske tolerance, pa je tisto dejstvo, ki potrjuje, da se prevzgoja res lahko obnese« (Gradišnik, 1993: 6).

4.3. UMESTITEV PREVZGOJE V SISTEM ZDRAVLJENJA

Sedaj, ko smo razložili bistveno razliko med tradicionalnim zdravljenjem ter pomenom prevzgoje pri zdravljenju zasvojenosti, bomo razumeli, zakaj je po Ruglju (2000: 345) smiselno samo tisti sistem zdravljenja, ki zagotavlja:

- dolgoročni program, saj morajo biti nekdanji alkoholik in njegova družina deležni ustrezne pomoči in spodbud praktično vse življenje,
- možnost zdravljenja in vsestranske, posebno še družbene rehabilitacije velikega števila alkoholikov,
- da stroški ne bodo previsoki in da ga družba lahko uresničuje glede na svoje ekonomske zmogljivosti,

- ustrezen uspeh, kajti večina tradicionalnih in navidezno posodobljenih šol za zdravljenje alkoholikov daje tako slabe rezultate, da se jih ne upajo niti objaviti.

4.4. HUMANIZACIJA PSIHIATRIJE

Dr. Rugelj je prepričan, da je pglavitni cilj socialne psihiatrije poskus humanizacije celotnega dela v psihiatriji v tem pomenu, da pacientu vrača samospoštovanje in ga usposablja za popolno vrnitev v družbo. Ta cilj pa lahko uresničimo samo, če se povsem spremeni odnos med terapevtom in pacientom. Gre za poseben posluh za probleme človeka (in njegove družine), ki ga je življenje privedlo v takšno zagato, da sam ne more najti pravega izhoda (Rugelj, 2000: 345). Tukaj dr. Rugelj že izpostavi vlogo terapevta v zdravljenju odvisnosti. Terapevt, tako kot pri večini poklicev, svoje delo opravlja boljše, če se čimbolj sam angažira. Žal so naši zdravniki, psihiatri in terapevti večinoma preobremenjeni ter jim najverjetneje zmanjkuje časa (ali interesa?) za osebno angažiranje pri zdravljenju vrste pacientov. Zato se zdravljenje zreducira na uro in pol pogovora tedensko, kar že teoretično ne obeta najboljših rezultatov.

Dr. Rugelj je vlogo terapevta v zdravljenju lepo opisal z naslednjimi besedami: »Moje temeljno spoznanje pri dolgoletnem zdravljenju in urejanju ljudi v stiski je naslednje: Pomagal sem zares samo takrat, kadar sem ravnal kot človek, z empatijo in ljubeznijo, ne pa z izvajanjem metode. Ljudje lahko zdravimo druge ljudi v stiski samo s svojo ljubeznijo, vse drugo je manj važno, zdravnik zdravi s tem, kar on je!« (Rugelj, 1993: 263).

Izjemen pomen drugačnega obravnavanja pacientov je opazil tudi Vladimir Gajšek, ki je v reviji 2000 napisal recenzijo dr. Rugljeve knjige 'Dramatična pot'. V njej je izpostavil po mojem mnenju najpomembnejšo značilnost dr. Rugljevega programa, ki hkrati predstavlja bistveno razliko med tradicionalnim zdravljenjem ter omenjenimi sodobnimi metodami zdravljenja. Obenem predstavlja temelj, na katerem se začne prevzgoja:

»Področje mentalne higiene pomeni, da okvir socioterapevtskih postopkov ni uradna doktrina službenosti, ampak je utemeljen na človekoljubni samopomoči, na upoštevanju osebne integritete posameznika in integralnosti njegove družine, na spoštovanju človeških pravic in svoboščin: ni zapiranje,

aziliranje, osamitev (izolacija), marveč je medčloveška odprtost, je druženje v terapevtski skupini in prijateljevanje v ATS, je družabnost na elitni ravni iznad povprečnega siceršnjega čredništva. V Rugljevem zdravstvenem sistemu gre za v sebi protisloven, a uresničen mehki socialnopsihiatrični diskurz« (1993: 246).

Tukaj lahko iščemo tisti presežek, ki ga nudi samo dolgoročno učinkovit in kakovosten program zdravljenja.

5. SOCIALNO–ANDRAGOŠKI SISTEM

V tem poglavju bomo spoznali, kaj je ter kako deluje socialno-andragoški sistem, ki spada med sodobne metode zdravljenja odvisnosti in drugih težav psihološkega izvora.

Socialno-andragoški sistem je izvirna kombinacija izbirno oblikovane metode skupinske psihoterapije in pedagoškega sistema različnih aktivizirajočih dejavnosti, kamor sodi čez 60 vzgojno-terapevtskih sredstev, od katerih jih velika večina ostalih metod psihoterapije ne uporablja³⁰. Po mnenju dr. Rozmanove je že trideset let delujoča terapevtska skupnost *PREOBRAZBA*³¹ zelo kakovostna, ker jo »vodi terapevt specialist psihiater po svoji socialno-andragoški metodi na dosledno avtoritativen način« (Rozman, 1998: 281). Socialno-andragoška metoda je zelo intenzivirana različica zagrebške alkoholološke šole. Vladimir Gajšek ugotavlja, da njen namen ni le abstinenca z občasnimi recidivi in ponovnimi hospitalizacijami, marveč doživljenjska abstinenca odvisnikov in njihov zdrav življenjski slog, njihov telesni, duševni, duhovni presežek. »Namen zdravljenja ... po socialno-andragoški metodi je slovensko elitništvo, zdrav partnerski odnos, urejeno starševstvo, uspešno poklicno delo in ugled« (Gajšek, 1993: 245).

Terapevtske skupnosti, ki delujejo po socialno-andragoški metodi, obstajajo v Kopru, Dravogradu, posamezne skupine pa tudi drugod po Sloveniji. Največkrat jih vodijo socialni delavci, ki so se dodatno usposobili za delo z zasvojenostmi. Ukvarjajo se z zdravljenjem alkoholizma, odprti pa so tudi za pomoč ljudem, ki so odvisni od drugih kemičnih in nekemičnih sredstev (Rozman, 1998: 281).

Še ena skupina, ki temelji na socialno-andragoški metodi in smo jo že omenili, je terapevtska skupnost Rdeči oblak. Vodi jo dr. Sanja Rozman, ki je oblikovala eklektični sistem, v katerega je vgradila socialno-andragoško metodo,

³⁰ Vir: Spletna stran *Med.Over.Net (Zdravje in medicina za vas)*, kjer je predstavljen tudi *Socialno-andragoški sistem zdravljenja in urejanja alkoholikov, drugih odvisnikov in drugih ljudi v stiski*

³¹ Zasebna psihiatrična ordinacija dr. Ruglja se imenuje *Preobrazba*. Tam se je dr. Rozmanova tudi sama zdravila zaradi soodvisnosti.

sistem 12. stopnic Anonimnih alkoholikov in transakcijsko analizo³². Metoda je originalna, pravi dr. Rugelj (1997: 340), saj takšne kombinacije terapevtskih sredstev ne uporablja noben psihoterapevt na svetu.

Tudi Preobrazba je originalen program. 'Alternativna terapevtska skupnost' se imenuje zato, »ker je naš program s svojo skrajno celostnostjo in uporabo vzgojnih in terapevtskih sredstev alternativa vsem znanim programom pri nas in v svetu« (Rugelj, 1993: 270).

ATS sestavljajo tri terapevtske skupine, šest klubov zdravljenih alkoholikov in drugih ljudi v stiski ter člani Društva terapevtov za alkoholizem Slovenije, skupaj čez 200 ljudi. V organizacijskem in metodološkem delu se ATS bistveno razlikuje od tradicionalne metode, ki jo je v skladu s Hudolinovo doktrino našim razmeram prilagodil Branko Lang, in sicer v naslednjih posebnostih (Rugelj, 1993: 270):

- V ATS so vključeni izključno 'svobodni ljudje', torej ljudje, ki niso hospitalizirani in so dejavni v družini, delovni organizaciji in širši družbi, zato lahko program, če jim ni všeč, kadar koli zapustijo in si poiščejo drugega.
- Temeljni cilj ATS ni korekcija asocialnega vedenja, kot ga ima terapevtska skupnost tradicionalnega tipa, temveč korenita sprememba življenjskega sloga, ki ga postopoma dosegamo z navduševanjem članov za ukvarjanje s kulturo, znanostjo, umetnostjo, tekom, planinarjenjem in literarnim izražanjem. Morebitne potrebe po korektivnih posegih se samo izjemoma opravijo na plenarnih sestankih ATS, redno pa v skupini ali klubu.
- Program dela v ATS je po dr. Rugljevem (1993: 270) mnenju »za približno 50-krat zahtevnejši in napornejši od katerega koli drugega v literaturi opisanega načina zdravljenja odvisnikov in drugih ljudi v stiski«. Tradicionalne metode so v glavnem zreducirane na 'individualno ali skupinsko sedenje in govorjenje' brez obveznega izvajanja aktivizirajočih dejavnosti (Rugelj, 1993: 270).

³² *Transakcijska analiza je sistematska psihoterapija, ki zaobjema teorijo osebnosti in teorijo komunikacije. Konec 50.-ih let jo je utemeljil ameriški psihiater Eric Berne.*

Posebnost ATS je tudi v naslednjih značilnostih (Rugelj, 1993: 270):

- je izven totalne institucije, kajti terapevtske skupnosti praviloma obstajajo samo v psihiatričnih bolnišnicah, vzgojnih zavodih, zaporih itn., torej v 'internatih',
- je razmeroma zelo številna, saj z otroki šteje skoraj 200 ljudi, zato premore zelo obsežno prvinsko (avtentično) znanje o uspehih ('dvigu'), saj je večina članov v programu več kot 5 let, 20% pa že dlje kot 10 let.
- Navedene posebnosti omogočajo novincem, da gredo po utečenih poteh, ki so jih prehodili rehabilitirani zdravljenjenci.

5.1. VKLJUČEVANJE SVOJCEV V ZDRAVLJENJE

Zelo pomembno značilnost ATS predstavlja vključevanje svojcev v zdravljenje, kot je delal že prof. Hudolin. Zdravljenje alkoholizma na beograjskem Inštitutu za mentalno zdravje se je izkazalo za dvakrat uspešnejše po uvedbi družinske terapije v redno zdravljenje³³ (Gačić, 1985:23).

Poleg prednosti, ki jih prisotnost svojcev predstavlja samemu odvisniku, je vključevanje svojcev zelo pomembno tudi za terapevta. Dr. Rugljeva izkušnja je, da psihoterapija samo enega partnerja ne more biti uspešna, ker ima pomanjkljivo znanje o njem, če ne vidi in sliši drugega v raznih partnerskih interakcijah (Rugelj, 1999: vii). Na tem mestu bomo obširneje razložili prednosti za same svojce, odvisnikovo družino.

5.1.1. Prenašanje družinskih vzorcev

Dr. Maja Rus Makovec³⁴ razlaga, kako nas družina, v kateri se rodimo, v prvih letih odločilno opremi za življenje: določa nas že z genetsko dedno zasnovo, nato pa nam z življenjskim slogom, vrednotami in normami usmerja osebnostni razvoj. Družina nas bolj ali manj uspešno pripravlja na spoprijemanje z različnimi zahtevami v odraslem življenju. Družina z vsemi naštetimi vplivi v veliki meri

³³ Raziskava je trajala petnajst let (1962-1976).

določi naš odnos do alkohola: ljudje, ki izhajajo iz družine, kjer je eden ali več članov odvisnih od alkohola, imajo glede na podatke iz različnih raziskav dva do šestkrat več možnosti, da bodo imeli probleme z alkoholom³⁵ (Rus Makovec, 1999: 7). Ali povedano drugače: 60 odstotkov alkoholikov izhaja iz družin, v katerih je bil eden od staršev zasvojen z alkoholom. Psiholog Janko Bohak³⁶ pri tem opozarja (1995: 199), da številne raziskave dokazujejo, da tukaj ne gre za dednost alkoholizma (omenja npr. raziskavo o 36 otrocih alkoholikov, ki so jih dali v rejo krušnim staršem nealkoholikom, pa nobeden od njih ni postal alkoholik). »Čeprav je /otrok/ boleče čutil breme alkoholizma staršev in se je morda nešteto krat zaklel, da sam ne bo segal po alkoholu, je zaradi svoje psihične strukturiranosti v večji nevarnosti, kot če bi imel trezne starše« (Bohak, 1995: 199).

Vsekakor pridemo do zaključka, da pitje enega člana ni samo njegov problem, ampak vpliva na vse družinske člane in jih vsakega po svoje prizadeva.

Psihološko to dr. Rozmanova razloži takole: zasvojenost je obrambni sistem, s katerim se človek brani pred doživljanjem prevelike bolečine. Vir kronične duševne bolečine je lahko neustrezna vzgoja, zaradi katere otrok izgubi prirojeni občutek, da je dobro bitje. »Namesto tega občutka, temelja za zdravo samozavest, se v njem usidra občutek, da ni dovolj dober, to pa ga močno boli. Da bi se ubranil bolečine, poskuša postati boljši na način, ki so ga določili njegovi starši« (Rozman, 1998: 77). Poskuša biti bolj priden, bolj uspešen v šoli, bolj lep, bolj pameten, bolj moški oziroma ženski in podobno. S tem pa si je zadal nalogo, ki je ne more uresničiti: nikoli ne moremo biti dovolj popolni, da bi ustregli želji nekoga, ki hoče iz nas napraviti to, kar nismo. »Človek se lahko spremeni samo tako, da postane še bolj podoben samemu sebi. Vsako prizadevanje, da bi postal podoben maminemu idealu ali pa očetu, je obsojeno na neuspeh. Neuspeh pa spet povzroča bolečino, bodisi zaradi kritike zunanjih ljudi ali pa zaradi notranje kritike, ki jo neprestano žebrajo ponotranjeni starševski glasovi v naših glavah. Otrok prej ali slej ugotovi,

³⁴ As. dr. Maja Rus Makovec, dr. med., dela na Centru za zdravljenje odvisnih od alkohola na Psihiatrični kliniki Ljubljana.

³⁵ Pojavi se vprašanje, koliko več možnosti obstaja, da bodo imeli težave s kakršnokoli obliko zasvojenosti ali drugimi motnjami.

³⁶ Janko Bohak je magister znanosti, specialist klinične psihologije.

da ga manj boli, če se omami« (Rozman, 1998: 77). Priložnosti za lajšanje bolečin pa je vedno dovolj.

Najbolj žalostno pri tem je dejstvo, da bo otrok prenašal družinski vzorec naprej v svojo družino, saj je ta svet, ta način funkcioniranja, edini svet, ki ga pozna. Njegov partner mu ne bo pomagal spremeniti vzorca, ker si bo poiskal ravno takšnega partnerja, s katerim bo svoj vzorec lahko nadaljeval. Robin Skynner, psihiater in psihoterapevt, ki je med prvimi začel preučevati tudi zdrave družine, je ugotovil, da se ljudje poročajo zaradi podobnosti v tem, kar nas v temelju najbolj določa. »/G/re za podobnost družin, iz katerih izhajamo³⁷« (Skynner in Cleese, 1994: 14). In ko pridemo z njimi v stik, vzpostavimo razmerje in se z njimi združimo, v nekem smislu spet vzpostavljamo svoje prejšnje družine (Skynner in Cleese, 1994: 18).

To pomeni, da se bodo težave prenašale naprej v naslednje generacije, dokler posamezni družinski člani ne zberejo dovolj moči in se odločijo narediti konec neustreznim vzorcem ter jih nadomestiti z novimi, bolj zdravimi. Če so svojci vključeni v program, imajo otroci priložnost spoznati, da svet, ki ga poznajo, svet v alkoholni družini, ni edini mogoč oziroma pravilni svet.

5.1.2. Soodvisnost ali odvisnost od odnosov

Zelo veliko prednost vključevanja partnerjev odvisnikov pa osebno vidim v tem, da so žene in (sicer redkeje, pa vendar) tudi moške, v programu skoraj prisiljeni spoznati, da imajo tudi oni določene psihološke motnje, da vztrajajo v patoloških odnosih z alkoholikom ali drugim zasvojenecem. Njihova psihološka motnja je tako kot alkoholizem »oblika nevroze« (Rugelj, 1999: v) in se imenuje soodvisnost. Še posebej je značilna za žene alkoholikov³⁸. Melody Beattie, zdravljená soodvisnica in alkoholičarka, je v svoji knjigi *'Zbogom, soodvisnost'* podala definicijo soodvisnega človeka kot tistega, »ki dovoljuje, da ga prizadene vedenje druge osebe in ki je obseden s potrebo, da bi to osebo kontroliral« (Beattie,

³⁷ Skynner zavrne splošno znano tezo 'nasprotja se privlačijo'. Pravi, da gre tukaj za navidezna nasprotja (Skynner in Cleese, 1994: 14).

³⁸ Na ta problem je med prvimi (v 80.-ih letih prešnjega stoletja) opozorila Robin Norwood s svetovno uspešnico *'Ženske, ki preveč ljubijo'*.

1999: 34). Soodvisniki se bodo sami zelo težko odločili za zdravljenje, ker se skrivajo v senci kemično zasvojenega partnerja in ne prepoznajo lastnih težav. Tudi dr. Rugelj ugotavlja, da je pri drugih odvisnostih razlog za zdravljenje navadno pritisk okolice, ki ga pri soodvisnosti ni. »Soodvisni se odloči za zdravljenje šele tedaj, ko so negativne posledice njegove soodvisnosti ali partnerjeve zasvojenosti prehude, da bi jih mogel prenašati« (Rugelj, 1999: vi). Zato je toliko bolj pomembno, da se tudi njih opozori, da je treba prevzeti odgovornost ter nadzor nad svojim življenjem, kar socialno-andragoška metoda (kot ena redkih!) omogoča.

5.1.3. Prisotnost otrok

Dr. Ruglju so obenem očitali dopuščanje in v nekaterih primerih celo zahtevanje prisotnosti otrok zdravljenecv na sestankih terapevtske skupnosti. Strinjam se z Gradišnikom, ki je opozoril (1993: 7), »da ni obravnave, ki bi lahko otroka ogrozila bolj, kakor ga ogroža sam povod za to obravnavo. Otrok je tako ali tako že doma vključen v problem. Zahteva, da naj se ne izpostavlja, je podobna zahtevi države, ki muči in preganja svoje disidente, češ naj se zunanji svet ne vmešava v njeno notranjo politiko. V resnici tovrstna obravnava problem internacionalizira. To zagotavlja otroku neko vrsto varnosti in mu omogoča, da spozna, da je svet lahko tudi drugačen od doma staršev. Kdor misli, da otrok doma tako ali tako ne izkuša problema do najglobljega vlakna svojega bitja, ta je najbrž pozabil, kako je bilo pri njem doma« (Gradišnik, 1993: 7).

Z vključevanjem svojcev v zdravljenje se patološki vzorci, ki očitno vodijo v težave, nadomeščajo z novimi vzorci, za katere so naslednje generacije lahko zelo hvaležne.

5.2. PREGLED VTS V SOCIALNO-ANDRAGOŠKEM PROGRAMU

Eno bistvenih značilnosti socialno-andragoškega sistema predstavljajo vzgojno terapevtska sredstva. To so pravzaprav kanali, s pomočjo katerih se pri odvisnikih skuša priti do spremembe življenjskega sloga. Vsako terapevtsko sredstvo prispeva k spremembam na svoj način in je zato pomembno. V

nadaljevanju bomo najprej našeli in nato na kratko opisali funkcije pomembnejših vzgojno terapevtskih sredstev.

- Terapevtska skupina in sestanki
- Uvodna, glavna in problemska predstavitev
- Mentorstvo
- Družabna in kulturna srečanja
- Utrinki, dnevniki, pregledni referati utrinkov
- Planinski izleti in pohodi v naravo
- Jutranja telovadba, 'stretching' in aerobna vadba
- Tek, maraton
- Meditativni tek za pomoč osebi v stiski
- Terapevtsko postenje
- Skupinska in individualna meditacija
- Biografija, pisanje pravljič
- Biblioterapija ali zdravljenje s knjigami

5.2.4. Terapevtska skupina in sestanki

Terapevtska skupina je poglavitni 'instrument' za zdravljenje zasvojenosti. Včasih rečemo, da je to 'zdravljenje ljudi z ljudmi'.

Dr. Rozmanova razlaga, da bistvo nevrotikovih problemov predstavlja njegova odtujenost od sebe in od drugih, zaradi česar so moteni njegovi odnosi z ljudmi. Ob vstopu v skupino se vzpostavijo novi odnosi, najprej s terapevtom, nato pa tudi med člani skupine. Skupina je več kot samo vsota delov, je organizem z lastno dinamiko. Zdravljenec bo v to dinamiko prispeval svojo duševno energijo tako, da bo vstopal v odnose z drugimi. Ker pa se v vseh odnosih izraža njegova specifičnost, lahko pričakujemo, da se bo v odnosih v skupini izrazilo tudi tisto, kar patološkega vnaša v odnose z ljudmi. Tako ga bo lahko terapevt ali drug član skupine opozoril: 'Ali res tako misliš? Jaz pa sem isto situacijo doživel drugače!' Na ta način se ga lahko opozori na sistematične napake, ki jih dela v odnosih, ne da bi našo kritiko razumel kot napad (Rozman, 1998: 290). Odrasel človek se zelo težko pusti prevzgjajati drugemu odraslemu, voljan pa bo spremeniti svoje mišljenje in s

tem vedenje, če bo videl, da mu več drugih dobronamernih odraslih dopoveduje, da nima prav (Rozman, 1997: 309).

5.2.5. Uvodna, glavna in problemska predstavitev

Predstavitev je pomembna komponenta zdravljenja odvisnosti po metodi Anonimnih alkoholikov, pri nas pa jo je v terapijo uvedel dr. Rugelj s svojo socialno–andragoško metodo. Sprva je naletel na velike odpore tradicionalnih psihiatrov, ki so trdili, da 'prisilno razgaljanje pred drugimi ljudmi' zdravljenca poniža (Rozman, 1997: 311). Izkušnje pa so pokazale, da se človek v stiski želi spontano sam 'odpreti' pred dobronamerno skupino soljudi, ki ji zaupa, in da taka predstavitev nanj zdravilno vpliva. Nihče ga ne sili v razgaljanje tistega, česar noče ali ne more povedati (Rozman, 1998: 327).

5.2.6. Mentorstvo

Nov član skupine dobi na prvem sestanku mentorja, ki je zadolžen za to, da vzdržuje tesnejše kontakte z njim, ga občasno pokliče in preveri razloge, če je odsoten, mu razloži vse tehnične podrobnosti in pravila vedenja v skupini in ga okvirno seznanji z vsebino terapevtskega programa. Mentorstvo koristi vsem trem: terapevt je razbremenjen in mu ni treba rutinskih stvari razlagati vedno znova, zato se lažje posveti kriznim situacijam. Novi član bo veliko lažje navezal stike najprej z enim, nato pa še z ostalimi člani skupine, manj se bo počutil 'vsiljivega', ko bo v začetni zadregi kar naprej potreboval pojasnila; mentor pa bo imel korist od dajanja, in ko bo o programu razlagal drugemu, se bo še bolj poglobil v vsebino (Rozman, 1998: 292).

5.2.7. Utrinki, dnevniki, pregledni referati utrinkov

Utrinki ali reminiscence so krajši pisni izdelki, v katerih zdravljenec poroča o svojem doživljanju ob kakem pomembnem dogodku, branju zanimive knjige, uvidu, predstavitvi v skupini in podobno. Tako se ustvari stalna komunikacija s terapevtom in možno je spremljanje napredka v zdravljenju, zdravljenec pa je

prisiljen, da je tudi med dvema sestankoma karseda aktiven. Terapevt prebere vse utrinke in če presodi, da je potrebno, nanje reagira. Izjemne dosežke ali globoke uvide, ki so pomembni za vso skupino, lahko javno prebere in s tem pohvali zdravljenčev trud (Rozman, 1998: 314).

Pregledni referat utrinkov je povzetek vsebine utrinkov, popestren z najbolj zanimivimi citati. Prebere se na naslednjem sestanku skupine, tako da pisci utrinkov dobijo povratno informacijo, da spoznajo mišljenje drugih članov skupine o določeni temi in da je dana možnost, da se o perečih problemih ponovno pogovori (Rozman, 1998: 314).

Dr. Rugelj dodaja (1993: 282), da samo s pisanjem dokazano razkrivamo, da smo do neke mere sposobni vsaj občasno disciplinirati svoj miselni tok.

5.2.8. Planinski izleti in pohodi v naravo

Planinski izlet enkrat mesečno je nenadomestljiv v procesu zdravljenja in učenja 'drugačnih' odnosov. V naravi smo lahko naravni, spontani in igrivi kot otroci, skupaj premagujemo razne težave, pomagamo drug drugemu, si posvečamo čas in pozornost. Učimo se biti prijatelji! Učimo se biti del narave. Prav v naravi pa najboljše začutimo notranje bitje (Rozman, 1998: 330).

5.2.9. Jutranja telovadba, 'stretching' in aerobna vadba

Jutranja telovadba je v programu zdravljenja odvisnosti pomembna zaradi aerobne vadbe in urjenja discipline. Aerobna vadba je za zdravje izrednega pomena, brez discipline pa je duhovna rast nemogoča.

Po izkušnjah dr. Ruglja zdravljeni alkoholik, ki bo zjutraj telovadil, ta dan ne bo prekršil abstinence (Rozman, 1998: 287).

5.2.10. Tek, maraton

Tek v programu za zdravljenje odvisnosti ni športna panoga, ampak eden najboljših načinov za vsakodnevno redno nevtralizacijo stresne energije. Ko se v skupini začnejo skupinski dinamični procesi, se podirajo jezovi, za katerimi so se

nakopičila agresivna čustva, jeza, bes, sovraštvo, ljubosumje, gnev – vse, česar o sebi nočemo vedeti. To energijo je nujno potrebno sproti odvajati, sicer lahko povzroči telesno bolezen (Rozman, 1998: 288).

Tek je ritmično gibanje, ki je človekov najbolj naravni gibalni vzorec. Ko tečemo počasi in ne mislimo na dosežke, napore ali samopremagovanje, pride do trenutkov samopozabe. V takih trenutkih lahko popustijo obrambni mehanizmi in doživimo stik s svojo dušo ali neposredni stik z naravo – to pa je najvišji cilj teka v procesu duhovne preobrazbe (Rozman, 1998: 288).

5.2.11. Meditativni tek za pomoč osebi v stiski

Meditativni tek za pomoč osebi v stiski je terapevtsko sredstvo, ki se ga uporabi v kriznih situacijah. Utrdi medsebojne vezi v skupini in oživi procese dajanja in sprejemanja ljubezni. Kadar je nekdo iz skupine v hudi osebni stiski, terapevt razglasi, da bodo tekli ob določeni uri vsi skupaj, čeprav vsak po svoji progi, ter da bodo svoje misli in napor posvetili človeku v krizi z željo, da bi mu uspelo krizo razrešiti. To je neke vrste skupinska meditacija ali molitev. Zgodovina je polna pričevanj o tem, kakšno neverjetno moč ima skupina ljudi, ki se združuje v skupni molitvi, meditaciji ali dejavnosti za skupni cilj. Vsak človek ima spontano notranjo potrebo po dajanju pomoči in ljubezni ter po druženju z drugimi ljudmi (Rozman, 1998: 352).

5.2.12. Skupinska in individualna meditacija

Meditacija je zavestno poglobljanje v globlje plasti človekove duševnosti. Obstajajo različne tehnike, ki uporabljajo številne postopke, na primer poseben način dihanja, ritmično gibanje, mantra, hipnozo in podobno. Cilj teh tehnik je uspavanje zavestnega dela duševnosti, v katerem neprestano poteka nekakšen klepet, naš notranji dvogovor, ki nas moti, da ne moremo prisluhniti svojim globinam. Ravno v tem pa je vsa umetnost - moramo si prisluhniti (Rozman, 1998: 317).

Meditacija je duhovna disciplina za trening uma, ki jo upoštevajo vsi sistemi za spodbujanje duhovne rasti. S pomočjo meditacije treniramo um, da se lahko

zavestno poglobimo v tisti del duševnosti, v katerega v običajnem stanju zavesti nimamo dostopa. To poglobljanje je potrebno zato, ker se v tem delu duševnosti skrivajo tiste rane in zmote, ki jih moramo prepoznati in zaceliti, da bi lahko ozdraveli. Šele ko problem ozavestimo, ga lahko razrešimo ali odpustimo. Vsa terapevtska sredstva posredno merijo k istemu cilju, meditacija pa k temu cilju vodi neposredno (Rozman, 1998: 317).

5.2.13. Biografija, pisanje pravljič

Biografija ali analitični življenjepis je temeljni kamen, na katerem začnemo graditi zdravljenje. Pisanje življenjepisa je poskus, da bi ozavestili potek svojega življenja, pomen ključnih dogodkov in vpliv tega, kako smo jih takrat razumeli, na sprejemanje usodnih odločitev in stališč o življenju, sebi in ljudeh (Rozman, 1998: 298). Pravljičice imajo enak namen, lahko pa nekaterim posameznikom bolj ustrezajo, ker jih pišejo neobremenjeno.

5.2.14. Biblioterapija ali zdravljenje s knjigami

Mnogo ljudi, ki se imajo za intelektualce, po zaključku šolanja ne bere več leposlovja, ampak samo časopise in strokovno literaturo. Osiromašeni so za doživljanje posebne plasti človeške duševnosti, v kateri se soočamo s pomembnimi bivanjskimi vprašanji. Če pa že berejo, imajo le redko priložnost, da se o tem, kar doživljajo, z nekom tudi pogovorijo. Ob vključitvi v terapevtsko skupino pa se znajdejo med ljudmi, ki take knjige sistematično berejo in si redno izmenjujejo svoje vtise.

Branje knjig uporabljamo v razne namene, na primer za spodbujanje uvidov o lastni življenjski poti in spominjanje potlačenih bolečih dogodkov – po mehanizmu asociacij. Branje je pomembno za spodbujanje doživljanja in podoživljanja drugih, za učenje in je tudi pomoč pri pisanju utrinkov (Rozman, 1998: 315).

5.3. VLOGA TERAPEVTSKIH SREDSTEV V ZDRAVLJENJU

Našteli smo številna vzgojno terapevtska sredstva, ki jih morajo odvisniki redno prakticirati. To kaže na celostno obravnavanje pacientov, česar zahodna medicina v nasprotju z vzhodno in alternativno sploh ne prakticira. Po mojem mnenju to predstavlja eno njenih največjih pomanjkljivosti. Ljudje nismo samo skupek organov, temveč funkcioniramo kot celota. Zato je vsak korak v smeri celostnega obravnavanja pacientov vreden pohvale. Poleg tega socialno-andragoški sistem teži k popolni aktivaciji pacienta. Tudi to se mi zdi dosti bolj humano od klasične prakse zdravnikov, ki premalo poudarjajo preventivne in naravne metode. Žal se vse prevečkrat zatekajo k enostavnim rešitvam – predpisovanju zdravil, od katere ima večjo korist farmacevtska industrija kot pa pacient. Sploh pa se mi zdi logično, da mora biti pacient aktiven, saj gre za *njegovo* zdravljenje, za spremembe pri njem samem.

Razmislek v tem odstavku se je nanašal na vso medicino, ne samo na zdravljenje odvisnosti, sedaj pa se vrnimo nazaj k naši temi.

Pojavi se vprašanje, ali si zasvojeni lahko pomagata samo s prakticiranjem tistih sredstev, ki jih je možno izvajati samostojno, brez pomoči skupine. To je vprašala tudi Ksenija Bratina dr. Ruglja v intervjuju: Ali bi si lahko človek s pomočjo te knjige (Pot samouresničevanja, op. K. R.) pomagal sam? Dr. Rugelj je odgovoril: »Nemogoče. Človek, ki pametno živi in teži k optimalnim ciljem od otroštva naprej, lahko prepreči krizo. Ko pa enkrat do krize pride, sam ne more nič. Lahko si pomaga toliko, da se drži nad vodo. Recimo, eni mislijo, da si bodo pomagali s tekom ipd. Ampak to ni nič. Ker so potrebni reflektiranje, konfrontiranje, interpretacije, zgledi...« (Bratina, 2000: 29). Dr. Rozmanova se strinja, saj kadar se zasvojeni resnično odloči za zdravljenje, potrebuje pomoč, da bo lahko vzdržal abstinenco. To je sam že nešteto krat poskusil, pa mu ni uspelo. Potrebuje zunanjo energijo, ki mu jo ponudi terapevt ali skupina, ki verjame vanj. Zaradi njih mu uspe zdržati tako dolgo, da začne za silo spet verjeti vase (Rozman, 1998: 52). »Z 'golo' psihoterapijo brez abstinence, brez skupine in brez aktivnosti, da bi spremenili vedenje, ne bomo dosegli trajnih učinkov!« vztraja dr. Rozmanova (1998: 281).

Zakaj pa je potrebno, da se 'zasvojeni resnično odloči za zdravljenje'? »Resnični premik se zgodi, ko se zasvojeni 'vda v zdravljenje', ko sam sebi prizna, da z voljo ne more več kontrolirati svojega vedenja. Takrat stoji pred golo resničnostjo. Zavesa iluzij se razblini in ne olepšuje več realnosti. To je točka, ko zasvojeni začuti, da je povsem na dnu. Če nekje v sebi še skriva kanček upanja, da mu bo le z močno voljo uspelo spremeniti življenje, to še ni dno, in odvrtni se mora še en ciklus ...« (Rozman, 1998: 269). Pri tem ni odveč še enkrat opozoriti, da se posameznik 'sam' odloči za zdravljenje, praviloma zaradi pritiska okolice. Šele po grožnji z ločitvijo, ob izgubi službe ali celo odločitvi sodišča se zave resnosti svojih težav. Pijača se alkoholiku zlepa ne upre.

Seveda pa ni dovolj, da se zasvojeni zgolj vda v zdravljenje. Dr. Rozmanova razloži, da je prevzgoja dolgotrajen proces. Po začetku abstinence je potrebnih več let zdravljenja, da pride do resničnih, globokih sprememb v človekovi osebnosti – da zasvojeni opusti obrambne mehanizme in ozdravi globoke ovire notranje bolečine, zaradi katerih je začel zlorabljati postopke za omamo. Dokler do osebnostne spremembe ne pride, pa obstaja nevarnost, da bi se zasvojeni ob hujši krizi zatekel k starim vzorcem reagiranja in poskušal bolečino omamiti. S tem bi pognal ciklus sramu in vse bi se začelo od začetka (Rozman, 1998: 272).

Zato pri zdravljenju zasvojenosti tudi ne moremo govoriti o samovzgoji, ker si odvisnik ne more sam pomagati. Njegovi obrambni mehanizmi so postali premočni, da bi se jim samo z močjo svoje volje uprl. Poleg tega je prevzgoja dolgoročen proces, ki ga oblikujejo tudi refleksije s strani skupine in terapevta. Odvisniku odkrivajo lastne slepe pege, ki jih sam ni zmožen videti. Nenazadnje pa mu tudi nudijo močno oporo v občutljivih trenutkih.

Po dr. Rugljevem mnenju (1993: 268) so v vsakem človeku duhovi in ustvarjalni potenciali, ki ga naravnost silijo v smotrne odločitve, seveda samo pod pogojem, da se ne omamlja z drogami in 'omamnimi dejavnostmi'. »'Človek v stiski' lahko premaga bedo svojega nekdanjega zdrsa samo tako, da preseže samega sebe v procesu samouresničevanja in ustvarjalnega dela za drugega, ter da izkušnje iz procesa 'zdrsa' in 'dviga' transcendirata v svojem vsakodnevnem delovanju in poglobljanju svojega duhovnega sveta« (Rugelj, 1993: 263).

5.4. REZULTATI

Dr. Rugelj ugotavlja, da med bivšimi alkoholiki, ki so uspešno končali osnovni triletni program, ni v zadnjih 14 letih recidiviral niti eden. To pomeni, da lahko vsakemu novemu kandidatu za zdravljenje alkoholizma s 95%-no zanesljivostjo zagotovi, da bo abstiniral vsaj 14 let, če bo sposoben uspešno zaključiti osnovni triletni program. Toda abstinenca ni najvažnejši rezultat. Pomembnejši so ostali kazalci radikalne preusmeritve v zdravo, ustvarjalno in samouresničitveno življenje: pretečeni maratoni, prehojene planinske transverzale, urejeni partnerski in družinski odnosi, življenjski optimizem, sposobnost za empatijo, tovarištvo in ljubezen. In še marsikaj, česar ni možno na kratko opisati (Rugelj, 1993: 272).

Vendar za dr. Ruglja tudi ti kazalci še niso dovolj. Zanj je vse bistvo socialno-andragoškega programa namenjeno naslednjemu 'rezultatu': »Pacient se 'izvleče' šele, ko najde in realizira svojo osebno najglobljo 'poklicanost' v življenju. Mišljeno je konkretno delo na nekem področju, kateremu se oseba posveti z vsem svojim bitjem. Šele popolna predanost izbranemu interesnemu področju preusmeri posameznika iz zagledanosti vase in v svoje probleme navzven v ustvarjalnost. Šele taka življenjska naravnost omogoča dokončen izhod iz patologije in egocentrizma. Pomembno je, da se posameznik ne posveča nekemu delu zato, ker se 'mora', ampak zato, ker se hoče – ker je v tem resnično našel samega sebe« (Rugelj, 1993: 272). Vsekakor gre za cilj, ki si ga tradicionalna psihiatrija sploh ne zastavlja.

Da bi se pacienti v socialno-andragoškem programu čimbolj približali temu cilju, morajo skozi dolgotrajen proces prevzgoje. Poleg uporabe terapevtskih sredstev, ki smo jih spoznali v tem poglavju, nas zanima tudi vloga avtoritativnega vodenja v programu. Temeljno hipotezo te naloge smo zastavili na predpostavki, da je avtoritativno vodenje nujno potrebno. Ali to drži, si bomo skušali odgovoriti v naslednjem, zadnjem, a bistvenem poglavju naloge, v katerem bomo podrobneje spoznali funkcijo in pomen avtoritativnega načina vodenja.

6. AVTORITATIVNO VODENJE

V prejšnjem poglavju smo spoznali nekatere bistvene značilnosti socialno-andragoškega sistema. Sedaj se bomo osredotočili na avtoriteto in pomen avtoritativnega vodenja, ki je prav tako zelo pomemben element v tem sistemu, hkrati pa je povezan s hipotezo, ki smo jo postavili na začetku naloge.

6.1. KAJ JE AVTORITETA?

Pri raziskovanju, kaj sploh je avtoriteta, bom začela z zelo osnovno in preprosto razlago, ki jo je podal Robin Skynner. Pravi, da so avtoriteta, hierarhija, organizacija samo načini, kako urejamo zadeve, da jih »spravimo z dnevnega reda. Vsi pač ne moremo ob istem času skozi vrtljiva vrata ... in če bi gosenica hkrati premaknila vse noge, bi se zvalila. Torej nek red mora biti, še zlasti, če so zadeve bolj zapletene ali če v njih sodeluje veliko ljudi« (Skynner in Cleese, 1994: 202). Vendar za poglobljeno razumevanje enega »temeljnih fenomenov in teoretskih pojmov« (Kroflič, 1997a: 13) ta razlaga seveda ni dovolj.

Sam izraz izhaja iz latinske besede »*auctoritas*«, ki pomeni ugled ali oblast. Slovar tujk nam ponuja naslednje obrazložitve pojma avtoriteta:

1. veljava, ugled, vpliv (izvirajoč iz duševne ali moralne premoči)
2. (zakonita) oblast, (pre)moč, veljavnost, (figurativno) veljak, vplivna oseba
3. priznan strokovnjak (znanstvena avtoriteta) (Verbinc, 1989: 78)

Za nalogo pa je zelo pomembno razlikovati med *avtoritativnostjo* in *avtoritarnostjo*. Za Verbinca obe zahtevata pokorščino in oblastnost. Vendar *avtoritaren* pomeni nasilno, samovoljno, terjajočo brezpogojno pokorščino, medtem ko *avtoritativen* temelji na veljavi, ugledu, pristojnosti, splošni priznanosti, odločilnosti v čem, čeprav še vedno v povezavi z oblastnostjo in zahtevo po pokorščini (Kroflič, 1997a: 14).

Dr. Rugelj je avtoritarnost označil kot splošno nevarno usmerjenost, kar se je pokazalo v totalitarnih sistemih (nacistični, fašistični in komunistični sistem), ki so terjali popolno poslušnost po mehanizmu subordinacije (Rugelj, 2000: 853). To nevarnost je ugotavljal tudi Stanely Milgram z eksperimenti, v katerih so sicer običajni ljudje stopnjevali doziranje elektrošokov, namenjenih sodelavcem v

eksperimentu, celo do smrtne doze, čeprav bi lahko kadarkoli prekinili sodelovanje v raziskavi. Eksperimenti nazorno kažejo neverjetno poslušnost oseb avtoritarnim navodilom, v tem primeru znanstveni avtoriteti (Milgram, 1990).

Zakaj pa se osebe ne morejo upreti avtoritarnim sistemom, ukazom, zahtevam? To vprašanje bomo raziskali s pomočjo spoznanj, do katerih so prišli avtorji, ki so raziskovali posledice avtoritativne in permisivne vzgoje.

6.2. POMEN AVTORITETE V VZGOJI

Avtoriteta v vzgoji predstavlja izjemno protisloven pojav, saj po eni strani predstavlja obliko podrejanja, po drugi strani pa omogoča svobodo. Kroflič ugotavlja (1997a: 131), da vzgojo omogoča šele vzgojiteljeva avtoriteta, čeprav jo v prizadevanjih za vzgojo samostojne osebnosti tudi bistveno ovira. Avtoriteta hkrati predstavlja nujen del vzgoje in je vselej prisotna. Če jo skušamo ukiniti, se bo 'skrila' v območje nezavednega in »bo z lastno skritostjo samo pridobila moč« (Kroflič, 1997a: 16-19). Nepoznavanje oziroma nerazumevanje obeh omenjenih lastnosti avtoritete, protislovnosti in njene moči, je konec tridesetih let prejšnjega stoletja pripeljalo do močne uveljavitve permisivne vzgoje. Lasch piše (1986: 184-188) o tem, kako so se v tistem času strokovnjaki začeli z nasveti intenzivno vmešavati v vzgojo otrok. Poudarjali so pomen otrokovih potreb. Zaradi tega so se starši začeli svojim otrokom izjemno prilagajati in nenehno skrbeti, da se v vsakem trenutku počutijo zaželjene. Poleg tega je starševsko avtoriteto močno oslabila tudi emocionalna odsotnost očeta (Lasch, 1986: 196-200), kar je glavna značilnost sodobne ameriške družinske socializacije. Robi Kroflič je opisal (1997b: 29), kako so se največji problemi prijazne, popustljive vzgoje pokazali v poznih petdesetih letih prejšnjega stoletja, saj se je permisivni vzgojni pristop množično uveljavil po drugi svetovni vojni. Rezultati so bili šokantni. »Otroci, ki so bili vzgajani bolj svobodno, se ne odlikujejo s samostojnostjo, ustvarjalnostjo in notranjo (avtonomno) moralnostjo, ampak do skrajnosti razvijejo potrošniško egoistično miselnost in bolešno narcisistično odvisnost od zunanjih potrditev, ki jim jih posreduje socialno okolje, kadar uspešno igrajo družbeno primerne vloge« (Kroflič, 1997b: 29).

Z uvedbo permisivne vzgoje in slabitvijo tradicionalnih tipov avtoritet so namreč pričakovali, da bo prišlo do slabitve superega, vendar je dejansko prišlo do spodbuditve razvoja strogega in kaznovalnega superega ter krepite agresivnih oziroma diktatorskih elementov v njem (Godina, 1989: 119-120). Prof. dr. Vesna V. Godina je pri raziskovanju antiavtoritarne družinske socializacije v komunah in kibucih prišla do podobnega sklepa: »antiavtoritarna družinska socializacija proizvaja nov tip avtoritarne osebnosti« (Godina, 1989: 117). Komune so primer neavtoritarne socializacije³⁹, ki so se izkazale za eno najbolj rigidno avtoritarnih in destruktivnih gibanj. Za razliko od komun je za kibuce poleg neavtoritarne socializacije značilna zelo dobra otroška nega, kar sicer prispeva k emocionalni stabilnosti in nadpovprečnem intelektualnem razvoju otrok v kibucih, vendar sta njihova osebnost ter vrednostni sistem izrazito »kolektivistična in konformistična« (Godina, 1989: 122).

Omenimo še Kantovo pojmovanje avtoritete v vzgoji. Znana je njegova misel, da človek lahko postane človek le z vzgojo (Kroflič, 1997a: 179). Temelj celotne vzgoje in pogoj vsakršnega izobraževanja pa za Kanta predstavlja disciplina, ki je »prvi pogoj kulture in poučevanja« (Salecl, 1991: 98). On loči dve obdobji vzgoje v otroštvu: v prvem je treba otroka učiti pokorščine in pozitivne ubogljivosti, v naslednji stopnji pa se otroku lahko dovoli, da misli sam in uživa določeno svobodo, čeprav mora še vedno ubogati pravila. Šele ko otrok dozori v občana, je zmožen upoštevati in se ravnati kot kantovski moralni subjekt, katerega bistvo je, da je podvržen nekemu notranjemu glasu. Notranji glas pa je treba otroku vcepiti tudi na krut način, če ne gre drugače. Zato Kant vztraja na stališču, da je vsaka neubogljivost otroka moralno ali fizično kazniva.

Dr. Rugelj primerja Kantova razmišljanja z ljudmi v stiski, ki praviloma živijo asocialno, kot da (še) niso moralni subjekti. Zato meni, da jih je možno utiriti v moralno ravnanje samo z brezpogojno disciplino, ki mora biti osnova vsakega terapevtskega programa (Rugelj, 2000: 857).

³⁹ Za otroke v komunah so značilni tudi drugi (neustrezni, op. K. R.) dejavniki socializacije, kot so nestabilnost v odnosih, pomembnih za otroka, zanemarjenost, neuroze, psihološka ter emocionalna prikrajšanja in drugo (Godina, 1989: 121).

Psihoanaliza je doslej najbolj uspešno utemeljila pomen avtoritete v vzgoji. Namreč, ugotovili so (Kroflič, 1997a: 274), da simbolna identifikacija ponotranjene očetovske avtoritete vzpostavlja otrokovo navezanost na depersonalizirano in racionalno utemeljeno pravilo (zakon), ki naj bi imel(o) univerzalno vrednost. S tem pogojem je zamejena samovoljna tiranija emocionalno-čutno vseprisotne materinske implicitne zahteve. Drugi razlog pa je v tem, da mora biti zahteva simbolizirana, torej racionalno utemeljena in javno izražena, kar hkrati predstavlja orožje, s katerim se bo lahko otrok zunanji avtoriteti nekoč tudi uprl.

Današnji prevladujoči tip osebnostne strukture otrok in odraslih je patološki narcizem kot posledica nerazrešenega Ojdipovega kompleksa. Za patološkega narcisa je značilna močno poudarjena ponotranjena iracionalna avtoriteta, ki pa se je sam ne zaveda, »zato se za iluzornim občutkom popolne svobode skriva boleсна odvisnost od zunanje hvale in priznanj. Posledica te prikrite odvisnosti je psihična nestabilnost v obliki ponavljajočih se depresij, kljub njegovemu morda uspešnemu prilagajanju različnim družbenim vlogam« (Kroflič, 1997a: 274).

6.3. ŠIRŠI POMEN AVTORITATIVNEGA VODENJA

Boštjan M. Zupančič, esejist, filozof, pravnik in pesnik, je vlogo avtoritativnega vodenja v današnjem času slikovito predstavil v naslednjem odlomku (1997: 147-148):

Psihoanaliza je pravzaprav edino zahodno zdravilo, ki je posameznika (družbe nikoli!) zmožno ozdraviti od tako ponotranjenega svetovnega nazora, ki je v resnici le rigiden karakterni oklep. Seveda pa tu ne govorimo o milem freudovskem pristopu prostega asociiranja.... Nekaj dobro namerjenih psiholoških karate udarcev, ki zadenejo nevrotične gangloje nervozno-kompulzivnega nevrotika, je pravzaprav vse, kar je potrebno, da se celotna hiša iz kart spodsuje tako rekoč sama od sebe. Namesto t. i. Ego support terapije in ostalih oblik potuhe je zahodnemu človeku potrebno grobo iztreznjenje.... Problem je seveda samo v tem, da je v naši civilizaciji zelo malo posameznikov, ki bi to lastno potrebo določno doumeli, pritiski dominantno hegemonistične družbene zavesti, ki prek medijev nenehno bombardira in blanšira možgane posameznika, so zanj precej premočni. V psihoanalitične ordinacije zahodnega sveta prihajajo predvsem posamezniki, ki imajo težave pri prilagajanju na

primitivnost teh pritiskov, skratka ljudje, ki so dovolj senzibilni, da jih v osnovi ne prenesejo. Tisti, ki bi te vrste grobo iztreznjenje najbolj potrebovali, si tega povratnega vpliva nikoli ne bodo privoščili.

Rugelj povzame bistvo v naslednjem: »Velika večina ljudi (a vsi ljudje v stiski) v tej civilizaciji dremlje. Psihoterapevt jim lahko učinkovito pomaga samo, če jih z 'dobro namerjenimi psihološkimi karate udarci' zbudi in s podobnimi sredstvi drži budne. Vse drugo, kar se v psihoterapiji dogaja, pa gre v krog zmotnih prepričanj, manipulacij in prevar« (Rugelj, 2000: 851-852). Sicer priznava, da posamezni pacienti lahko uredijo nekatere svoje nevrotične težave tudi s tradicionalnimi metodami, a so postopki do uspešnega rezultata tako dolgotrajni, da so pacienta njegovi svojci siti prej, kot pa pride do odločilne spremembe⁴⁰ (Rugelj, 2000: 852).

6.4. KDAJ JE AVTORITATIVNO VODENJE NAJBOLJ UČINKOVITO

Po mnenju dr. Rozmanove ima dr. Rugelj zaradi avtoritativnega vodenja zelo velike uspehe pri ljudeh, ki jim tak način ustreza. To so recimo alkoholiki in hazarderji, ki so še posebej večji pretvarjanja. Za njih je to gotovo najbolj uspešen program, pravi dr. Rozmanova. Pri nekaterih ljudeh, zlasti pri soodvisnih (t.j. odvisnih od odnosov) in odvisnih od hrane, pa avtoritativni nastop povečuje občutke krivde in sramu, zato obupajo ali pa poskušajo 'blefirati', ker ne zmorejo doseči izredno visoko zastavljenih standardov programa. Če so 'razkrinkani', se v terapevtsko skupnost zelo težko vrnejo. Po drugi strani pa je program učinkovit prav zato, ker terapevt s pomočjo številnih terapevtskih sredstev in z velikansko osebno angažiranostjo zelo uspešno izloči 'bleferje' (Rozman, 1998: 281).

Tudi sama menim, da je avtoritativno vodenje oziroma 'trda roka' nekako bolj potrebna alkoholikom in hazarderjem. Čeprav mehanizem zasvojenosti deluje podobno pri vseh ljudeh, sta omenjeni skupini precej manj občutljivi na okolico. To se kaže že v načinu omamljanja – pri njiju je omamljanje večinoma javno. Zdi

⁴⁰ Sodelovanje svojcev je izrednega pomena za samega odvisnika, ker bi imel brez njih še manj motivacije za zdravljenje.

se mi, da pri dolgoletni zasvojenosti sploh ne skrivajo več svojih težav. Odvisni s hrano pa se ponavadi na skrivaj prenaledajo ali se silijo izbruhati hrano. Tudi soodvisnost je načeloma skrita, ker partnerji 'javnih' odvisnikov skušajo okolico z vsemi močmi prepričati, da delajo vse, kar je v njihovi moči, da bi spremenili partnerja. Strokovnjaki za te težave pa vedo, da ti partnerji težave rešujejo na napačnem koncu, saj bi morali začeti pri sebi. Poleg tega je bistvena napaka v njihovem razmišljanju želja, da bi spremenili partnerja.

Skratka, okolica začne dokaj hitro opozarjati na moteče vedenje ter prepričuje alkoholike, naj ne pijejo toliko, in hazarderje, naj ne zapravijo vsega premoženja. Ker se omenjeni odvisniki v tej začetni fazi sploh ne zavedajo, da imajo (ali povzročajo) kakršnekoli težave, začnejo manipulirati z okolico. Njihova družina, podjetje ali prijatelji pa postajajo vse bolj zahtevni in zasvojenci jih morajo pri tem dohajati. S pomočjo obrambnega mehanizma lahko dosežejo ogromno spremembo svojega vedenja in razmišljanja, ki se osredotoči samo na iskanje omame. Tudi dr. Rugelj ugotavlja, da »/p/ri alkoholiku še zdaleč ne gre samo za zasvojenost od alkohola in njegove posledice na telesnem, duševnem in socialnem zdravju, temveč za zelo utirjen alkoholični življenjski slog, katerega bistvo je v tem, da se alkoholik dolga leta⁴¹ šola v subkulturi alkoholikov, kjer izpopolni svoje obrambne mehanizme: izmikanje, laganje, grožnje, agresivnost, neodgovornost itn. in se utiri v (sekundarno) psihopatsko vedenje« (Rugelj, 1993: 269).

Prej ali slej želja po omamljanju prevlada in takrat tudi posameznikova okolica izgubi bitko. Osebek postane popolnoma neobčutljiv na prošnje svoje družine, saj se jim uspešno izogiba z 'blefiranjem'. Vse dokler njegovo okolje ne napravi drastične zahteve po prekinitvi neznosnega stanja (npr. ločitev), se bo alkoholik še naprej utapljal v alkoholu. Hazarder pa bo sposoben celo nezakonito prodajati stvari, ki sploh niso v njegovi lasti. Ravno tej neobčutljivosti ni nihče več kos (razen morda sodnika, takrat pa je najverjetneje že prepozno).

Dr. Rugelj pri svojem delu uporablja ukrepe, ki se mnogim zdijo precej drastični. Vendar delujejo. Z doslednim avtoritativnim vodenjem je dr. Rugelj

⁴¹ Za alkoholike v dr. Rugljevem programu povprečno 13 let pred začetkom zdravljenja (Rugelj, 2000: 854)

dokazal, da se ti ukrepi dotaknejo pacientove neobčutljivosti in jo celo presežejo. Zasvojenici ga ne uspejo več pretentati, saj mu je resnično do tega, da prenehajo z manipulativnim vedenjem. Tako si tudi razlagam besede dr. Rozmanove, ko je v prvem odstavku govorila o osebni angažiranosti.

Dr. Rugelj si pomaga še z enim načinom pri odkrivanju 'bleferjev': z avtoritativnim vodenjem jih prisili v redno prakticiranje številnih aktivnosti. Le-te se nanašajo na vse vidike njihove osebnosti (telesni, duševni, socialni in duhovni vidik). Človek, vaje manipuliranja, **po** mojem mnenju niti pri najboljši volji ni zmožen 'blefirati' na vseh področjih. Prej ugotovi, da se mu bolj splača preprosto prepustiti zdravljenju. (Veliko lažje bi pretental terapevta, katerega bi videval enkrat tedensko po uro in pol. Z lahkoto bi mu lagal v nedogled, saj nihče ne bi preverjal njegovih besed.)

Dr. Rugelj je prepričan, da nista dovolj samo streznitev in abstinenca, temveč je za resnično (re)habilitacijo nujno potrebno dolgotrajno prešolanje, reprogramiranje. Navedenega 'prešolanja' ni mogoče izvesti na permisiven način, kakršnega uporabljajo domala vsi psihiatrični, psihološki in pedagoški sistemi v Sloveniji. »Izjema je doslej samo socialno-andragoški sistem, v katerem dosledno uporabljam avtoritativen (ne avtoritaren) način vodenja psihoterapije, vzgoje, prevzgoje in reprogramiranja alkoholikov in njihovih partnerjev ter drugih ljudi v stiski, seveda z neko mero permisivnosti do tistih, ki so se takoj vdali v zdravljenje in ki mi kot terapevtu spričo pozitivnega transferja spontano ali diskretno sledijo« (Rugelj, 1993: 269).

6.5. PSIHOLOŠKI POMEN AVTORITATIVNEGA VODENJA

Človek se je v zgodovini oblikoval v procesu raznih dejavnosti, posameznik pa se oblikuje v smotrni pedagoški praksi, razlaga dr. Rugelj. Človek v stiski nazaduje za svojimi uspešnimi vrstniki. Uspešnejši postane lahko spet samo, če se vsestransko aktivira, česar pa psihoterapija ('sedenje in govorjenje') brezpogojno ne zahteva (Rugelj, 2000: 852).

Robin Skynner (Skynner in Cleese, 1994: 31-32) je razložil naše odraščanje zelo preprosto: Ko ljudje doraščamo, moramo skozi več različnih stopenj in na

vsaki se moramo nečesa naučiti. V bistvu se učimo, kako ravnati s čustvi. Naučimo se na primer obvladovati čustva, ki so v zvezi z avtoriteto; ali čustva, ki jih vzbujajo stiki z nasprotnim spolom; ali pa čustva, ki se porajajo ob osamosvajanju ali ločevanju od staršev. Vendar pa lahko kakšno stopnjo izpustimo. Če se nam to zgodi, se lekcijo vseeno lahko naučimo tudi kasneje, ob nadomestnih izkušnjah. Tako lahko nadoknadimo zamujeno.

Lahko pa gredo stvari tudi po zlu. Če smo določeno stopnjo preskočili in je nismo nadomestili z naknadno izkušnjo, se bomo ob čustvih, ki se jih nismo naučili, zelo nerodno počutili. Precej verjetno je, da jih bomo poskušali pred drugimi skriti, končno pa jih bomo skrivali celo pred sabo. »Zastreš jih – in se jih več ne zavedaš, in 'jih ni'« (Skynner in Cleese, 1994: 31).

Zato mora človek v stiski v procesu psihoterapije (ki je v bistvu zapoznalo odraščanje ali dozorevanje za življenje v tej civilizaciji), z vsestranskimi in dolgoročnimi dejavnostmi nadoknadi zamujeno in preseči deficite, ki si jih je nabral »v obdobju dremanja, kar pomeni, da mora premagati lenobo« (Rugelj, 2000: 852). Tega pa ne zmore, če ga kdo s strani ne spodbuja. Zato premikov brez avtoritativnega vodenja ni, je prepričan dr. Rugelj. »Katastrofalni rezultati (permisivne) psihoterapije so me prisilili, da sem jo postopno opuščal in oblikoval raje (avtoritativno voden!) socialno-andragoški sistem, katerega bistvo je sistem smotrnih andragoških dejavnosti in postopkov, oplemenitenih z eklektičnim sistemom psihoterapije« (Rugelj, 2000: 852).

Dr. Rugelj (2000: 854) meni, da zaradi izjemno šibkega ega alkoholik brez avtoritativnega vodenja in pozitivnih zgledov v vsestranskem in dolgoročnem programu ne more nadomestiti svojih deficitov in se naučiti urejenega življenjskega in sožitnega sloga brez alkohola in drugih oblik bega. Avtoritativno vodenje pomeni, da na (vsakršno) vedenje slehernega člana ATS gleda kot na vedenje 'normalnega', duševno zdravega, povsem odgovornega človeka. Torej pri urejanju različnih zapletov ne uporablja psihiatričnih postopkov, temveč načine, ki so (ali pa naj bi bili) lastni urejenim, tako rekoč elitnim socialnim skupinam. Drugi, permisivni način vodenja, je tudi za dr. Ruglja (2000: 854) v zadnjih letih »spoznan za rafinirano obliko nadzorovanja zlomljenega, odvisnega individuuma, ki je brez moralne zavezanosti in zato nesposoben za pravi intersubjektivni

odnos«. Obstaja še tretji način vodenja (*laissez faire*), ki pa v vzgojnem in terapevtskem procesu tako ali tako ni dopusten (Rugelj, 2000: 854).

Avtoritativno vodenje je po mnenju dr. Ruglja (2000: 854) potrebno tudi zaradi specifičnih okoliščin uspešnega zamudniškega odraščanja ljudi v stiski, ki so obremenjeni z nervozo, torej z nezrelostjo. Odraslega človeka ni mogoče (pre)vzgojiti oziroma pozdraviti, če ne regresira (se povrne) v otroštvo, ko je spet odprt, dojemljiv in sprejemljiv za nova spoznanja, pravila, vrednote, dejavnosti itn. Zato se mora brezpogojno vdati v zdravljenje, kajti dokler se ne vda, je v tako močnih odporih in obrambi, da ga nima smisla zdraviti. Navedena regresija in vdaja sta možni samo, če kandidat za zdravljenje naveže pozitivni transfer z avtoritativnim terapevtom. Dokler do vdaje ne pride, nima smisla začeti s psihoterapijo.

Iz rečenega izhaja, da se uspešnega zdravljenja alkoholikov lahko lotijo samo terapevti, ki so osebno tako trdni in seveda zdravi, da so sposobni avtoritativno izvajati program (Rugelj, 2000: 854).

Ljudje v stiski so običajno za svojimi uspešnimi vrstniki, nimajo pa moči, da bi se premaknili, zato želijo močno komando. »Čeprav jim povem, da nočem biti njihov priganjač, želijo priti 'pod mojo komando'« (Rugelj, 2000: 855). Zaradi šibkega ega in slabih rezultatov so brez samozavesti. Njihov ego se lahko okrepi samo z dosežki. Do dosežkov pa pridejo lahko izključno ob zelo močni spodbudi – ko terapevt to od njih brezpogojno zahteva. Pri tem resda tudi »potepta... 'ego nebogljenčkov', torej njihov lažni, pijanski, nebogljeni ego. Ker pa je učlovečenje proces, to ne preprečuje aktualiziranega ega, ki postopno zori ob meni, kot bi bil moral zdavnaj prej zoreti v ljubeči in avtoritativni družinski skupnosti v času otroštva. Seveda, če bi mu bilo življenje tedaj bolj naklonjeno. Popravljam torej malomarnost, nevrotičnost, lenobo, sprijenost, zlobo, sadizem (pokvarjenost) ... staršev mojih pacientov. Zato pa se velika večina staršev boji srečanja z menoj. Velika večina med njimi raje vidi, da (odrasli) otrok propade, kot da bi mi pomagali pri njegovem zapoznelem odraščanju v ATS« (Rugelj, 2000: 855).

Nekateri se po mehanizmih pozitivnega transferja, vdaje v zdravljenje in regresije takoj resno lotijo večine dejavnosti v programu, zato, pravi dr. Rugelj, je z njimi lahko v permisivnem, partnerskem odnosu. »Z lenuhi pa je drugače«

(Rugelj, 2000: 856). Tukaj lahko vidimo, da dr. Rugelj avtoritavno vodi samo določene paciente, za katere je ta način najbolj (in najverjetneje tudi edini) učinkovit. Nekateri osebe pa tega ne potrebujejo, temveč jim zadostuje permisivni odnos. Že sami so sposobni 'zrejšega' odnosa, zato je pri njihovem zdravljenju po mojem mnenju večji poudarek na drugih terapevtskih sredstvih. Terapevtova vloga je predvsem v tem, da jih usmerja na pravo pot ter jim predstavlja vzornika in zaupnika. Ne potrebujejo 'priganjača', ki bi jih navajal na drugačen življenjski slog.

6.6. VLOGA TERAPEVTA

V zadnjem času se vse bolj govori o vlogi terapevtove osebnosti v zdravljenju, še posebno o njegovi sposobnosti empatije. Prof. Hudolin pravi, da tudi izkušnje iz klubov zdravljenih alkoholikov kažejo na pomembnost kakovosti odnosa med strokovnim sodelavcem v klubu in člani skupine. Namreč, kakovost čustvenih odnosov je bolj odvisna od strukture terapevtove osebnosti kot od njegove strokovnosti (Hudolin, 1991: 171).

V socialno-andragoškem programu terapevt ne more samo sedeti po skupinah in klubih, temveč mora biti dejaven na različnih področjih. Predvsem pa mora biti:

- učitelj in vzornik vztrajnostnega teka,
- učitelj in vzornik planinarjenja,
- učitelj in vzornik zdravega življenja,
- učitelj biblioterapije
- urejena in zdrava osebnost, da je v mnogih (seveda pa ne v vseh) ozirih za zgled 'ljude v stiski', ki se lahko samo z resnim in vsestranskim delom izognejo grozečemu breznu marginalizacije. Če terapevt to ni, je lahko le priganjač in nadzornik, s katerim ne more nihče vzpostaviti pozitivnega transferja. Zato priganjači ne dosegajo nobenih pozitivnih rezultatov (Rugelj, 1993: 269).

»Z udejstvovanjem na številnih področjih (torej z uporabo vzgojno terapevtskih sredstev) se vsi, ki smo usmerjeni k 'dvigu', osebnostnemu zorenju in samouresničevanju, vzajemno napajamo, gradimo in spreminjamo in tako vsi skupaj, klienti in terapevti, iščemo smisel svojega bivanja« (Rugelj, 1993: 269).

O tem priča tudi eden od zdravljenecv v socialno-andragoškem sistemu. Pravi, da je v skupini (zlasti v terapevtu) našel dobre tovariše, ki so mu znali pomagati in ga prepričati, da je našel samega sebe. »Uvidel sem, da se z alkoholiki ne sme delati v rokavicah. Samo z odločnostjo, doslednostjo in tovarištvom se nekaj doseže« (Rugelj, 1981b: 206). Zato tudi meni, da dokler alkoholik ni pripravljen začeti izpolnjevati naloge in obveznosti, ki mu bodo pomagale, da bo zdravo živel, se nima smisla z njim pogovarjati. »Se bo že spet zgasil, ko se bo res odločil« (Rugelj, 1981b: 206).

Dr. Ivan Jovanović, hrvaški terapevt, ki dela v Klubu zdravljenih alkoholikov v Poreču že od leta 1975, je ugotovil, da je za zdravljenje odvisnosti od alkohola potreben drugačen način terapevtskega dela. Sprva je ugotovil, da alkoholikom ne more samo predavati o alkoholizmu na klasičen način, ker bolezen poznajo bolje od njega. Namesto tega se jih mora naučiti poslušati, da bi lahko ocenil, ali so na poti ozdravitve ali ne. To pa je veliko težje od samega predavanja (Jovanović, 2002). Vključuje namreč tudi osebno angažiranost. Dr. Jovanović nadaljuje, da če alkoholizem razumemo kot bolezen spremenjenega vedenja in življenjskega sloga, potem mora tudi zdravljenje temeljiti na spremembi samega odvisnika. Prav zato mora odvisnik aktivno sodelovati v svojem zdravljenju. Terapevt mora pri tem najprej poskrbeti, da ne pade motivacija za zdravljenje, nato pa ga mora zaščititi pred občutkom zavrženosti in nemoči. Rezultati se pokažejo v abstinenci, spremembi vedenja, obvladovanju ovir in uspešni vrnitvi v družbo. Terapevt mora pomagati bolniku, da dozori, da 'odrase', da spozna svojo bolezen in da se sam vključi v iskanje ali vrnitev tistega, kar je izgubil ali česar morda nikoli ni imel (Jovanović, 2002). Pri tem, poudarja dr. Jovanović, se mora izogibati kakršnemkoli popuščanju zaradi nevarnosti pasivizacije alkoholika.

Dr. Rugelj izpostavi vlogo terapevta še posebno pri primerjavi s skupinami za samopomoč, kjer terapevta ni. Tam se prizadeti soodvisniki po njegovem mnenju lahko iz tedna v teden razbremenijo, ne morejo pa se urediti in pozdraviti, »saj v skupinah za samopomoč ni kompetetnega in odgovornega voditelja, ki bi premogel znanje in karizmo za 'vodenje' ljudi v stiski iz mizerije bolezenske (sadamazohistične) soodvisnosti v zdravo partnersko soodvisnost, ali pa v odmik od patološkega partnerja, čemur sledi dolgotrajno usposabljanje (psihoterapija) za

morebitni nov, zdrav partnerski odnos« (Rugelj, 1999: vii). Brez tega nujnega postopka se redno dogaja, da si razvezana alkoholikova žena še v drugo in tretje poišče za partnerja alkoholika ali nasilneža ali koga podobnega in z njim nadaljuje patološki odnos. Mislim, da je ta pojav znan tudi laikom.

O pomembnosti terapevtove vloge pri zdravljenju odvisnosti je pisal tudi prim. dr. Branko Gačić, terapevt in raziskovalec 'Terapije družinske in socialne mreže'. Ta terapija poleg ožjih družinskih članov vključuje tudi sodelovanje širše alkoholikove okolice (tri generacije družine, alkoholikovo delovno organizacijo ter skoraj vse druge osebe, ki so tako ali drugače pomembne za alkoholika). Čeprav se socialno-andragoška metoda in terapija družinske in socialne mreže razlikujeta v načinu delovanja, sem opazila, da je vloga terapevta podobna pri obeh. Namreč, tudi dr. Gačić poudarja specifično vlogo terapevta, ki ne sme biti klasično nevtralen, temveč ekstremno aktiven, podjeten in sposoben globoko prisluhniti človeku, hkrati pa mora biti objektivni in realen. Ustrezno terapijo in taktiko mora ustrezno elastično uporabljati, da lahko mrežo motivira, aktivira, usmerja ter jo ocenjuje. Poudariti pa moramo, da terapevt »/p/ostavlja visoke ampak realne zahteve in naloge, ki jih dozira v skladu z zmožnostmi mreže, prepoznava ter razvija njihove potenciale do maksimuma ter definira pravila obnašanja⁴². ... /S/talno mora posredovati, da bi dosegel spremembe, zato pa mora imeti popolno terapevtsko svobodo, ker je težko spremeniti stare, rigidne vzorce obnašanja in odnosov« (Gačić, 1985: 143). Članom skupine predstavlja agens konstruktivnih sprememb in model novega obnašanja in odnosov. Hkrati jim nudi osnovno orientacijo za novo življenje, pri tem pa vsakemu posebej dopušča možnost, da si na lastno odgovornost organizira lastno življenje.

Samo 'zdrav razum' ne zadostuje za uspešno opravljanje te naloge. Poleg strokovnega poznavanja socialne psihiatrije, alkoholizma in družinske terapije mora terapevt posedovati določene lastnosti ter izkušnje in seveda rešene osnovne življenjske probleme. Mora biti spontan, optimističen ter sposoben zaupati svoji

⁴² Pri tem seveda ni nasploh vsemogočen, saj se mora v prvi vrsti zavedati, da je njegova naloga pomagati in zdraviti.

intuiciji, ker gre za proces, ki zahteva popolno vključitev terapevta kot strokovnjaka (Gačić, 1985: 143).

To delo je izjemno zahtevno in naporno. Že alkoholika je težko zdraviti, še težje pa je preoblikovati celoten družinski sistem. Zato, pravi dr. Gačić (1985: 143), sta poleg navedenih značilnosti, ki naj bi jih terapevt imel, potrebna tudi navdušenje nad tem delom ter globoko prepričanje v učinkovitost samega pristopa. Ne pozabimo, da cilj zdravljenja odvisnosti ni samo abstinenca, temveč osebna, družinska, strokovna ter širše družbena, torej kompletna rehabilitacija.

Omenimo še, da pacienti dostikrat doživljajo uspešnega terapevta kot karizmatično osebnost. Pedagoginja dr. Marija Bratanić je celo življenje intenzivno preučevala medsebojni odnos med vzgojiteljem/učiteljem ter učencem oziroma interakcijsko-komunikacijski vidik vzgajanja. Ugotavlja (Bratanić, 1991: 114-115), da so za uspešnejše vzgojitelje značilne lastnosti, kot so na primer personaliziran slog, komunikativnost, stabilnost, ekstravertiranost, odprtost, samozavedanje, ki bi jih lahko poimenovali tudi karizmatične lastnosti.

Prof. Vladimir Hudolin je veljal za izjemno karizmatičnega in podobno karizmo pripisujejo tudi dr. Ruglju. Njegova pacientka se spominja: »Že prvo srečanje z dr. Rugljem ... sem doživela kot fascinanten trenutek. Ko sem se mu zazrla v oči, se mi je zazdelo, kot da me je obsijala topla in ljubeča svetloba – z drugo besedo, prevzela me je njegova karizma. To je v meni zatrlo upor in zato sem vendarle sklenila, da mu v življenjepisu odkrijem svojo skrivnost« (Rugelj, 2000: 1089). Karizmatične lastnosti po mojem mnenju močno vplivajo na vzpostavitev pozitivnega transferja med pacientom in terapevtom, kar je bistveno za učinkovito zdravljenje oziroma prevzganje.

6.7. PRAKTIČNI VIDIK

Poleg teh dr. Rugelj navaja tudi praktične razloge za avtoritativno vodenje (1993: 271): na sestankih ATS je približno 120 ljudi, čas je kljub obširnemu dnevnomu redu omejen na 4 ure. Zato v kriznih zadevah ni možno organizirati smotrne razprave, ki bi privedla do ustreznih sklepov. To pomeni, da na sestankih

ATS, ko člane ustno sooča z njihovimi pomanjkljivostmi, ne more dopustiti običajne razprave. Če pa kdaj do nje le pride, pravi dr. Rugelj, mora sleherno odklonilno stališče članov, ki so v odporu, ustrezno interpretirati.

Vsako vodenje, ki ni na ustrezen način nadzorovano, podružbljeno, se prej ali slej spridi. Zato mora biti vodja kakršne koli dejavnosti ali programa nenehno pod ustreznim nadzorom, praviloma z vgrajenim sistemom supervizije. Nadzorovanje vodenja ATS je zagotovljeno predvsem s sistemom pisanja raznih utrinkov. Vsi člani ATS o vsakem sestanku ATS in o drugih dejavnostih napišejo spis, ki zajema njihovo doživljanje, pripombe in predloge. Izbrani član ATS pripravi pregledni referat vseh utrinkov članov o prejšnjem sestanku, ki ga prebere na prvem naslednjem sestanku. Z visoko stopnjo zanesljivosti kot terapevt mora dr. Rugelj ločiti doživljanje, ki razodeva odpore do zdravljenja in spremembe, od doživljanja, ki razodeva utemeljeno kritičen pogled na njegovo vodenje, posege, interpretacije itn.

Kadar v procesu večkratne kritične analize (izpovedni ali raziskovalni spisi, utrinki, pregledni referati, razprava v skupinah in klubih) ugotovi, da kateri od postopkov ni v redu, ga takoj spremeni oziroma dopolni.

7. SKLEPNE MISLI

Zasvojenost nas vsepovsod obkroža. Večina oblik zasvojenosti je prikrita in na prvi pogled družbeno manj škodljiva. Nanašajo se na kakovost življenja posameznikov in njihovih družin. Menim pa, da bi bilo družbi v korist, če bi jo tvorili bolj zdravi, ustvarjalni posamezniki. Družba, kakršno si predstavljam, bi bila popolnoma drugačna skupnost, z drugačnimi normami in vrednotami. (Najbrž bi jo morala imenovati Utopija).

Ampak nekje je vseeno treba začeti. In vsak korak, ki ga naredimo, je pomemben in šteje. Kot pravi židovski pregovor, če rešiš eno osebo, rešiš cel svet.

Socialno-andragoška metoda rešuje ogrožene posameznike pred nekakovostnim življenjem - propadanjem, počasnim umiranjem, životarjenjem. Ti posamezniki so se večinoma rodili v družine, ki so se z življenjem spopadale na neustrezen način. V družini se je to kazalo predvsem v nespoštovanju otrokovih meja, nezmožnosti spodbujati njegove potenciale ter neprepoznavanju njegovih potreb, največkrat potrebe po ljubezni. Oseba, ki se v otroštvu ne počuti ljubljena, pa ne razvije zdrave samozavesti, kar je po mojem mnenju temelj celotne osebnosti vsakega človeka. Od stopnje samozavesti, ki jo imamo, je odvisno, kakšen odnos bomo imeli do sebe, do drugih ljudi in do celotnega sveta. To je orodje, ki naj bi nam ga starši pomagali izoblikovati in naj bi nam služilo celo življenje ter nam pomagalo pri uresničevanju ciljev in s tem osebne sreče. Brez samozavesti in s tem povezanega samospoštovanja se nihče more spoprijeti s svetom, ki je dostikrat krut že sam po sebi.

Kot nas je pred leti opozarjal plakat, se vsaka sedma ženska mora oziroma ne more spoprijeti z nasilnim možem, najverjetneje alkoholikom. Pred njim in pred sabo ne more zaščititi svojih otrok. Dokler se tega ne bo naučila, bo skupaj s problematičnim partnerjem svoj odnos do sebe prenašala na svoje potomce. Sin bo odrasel v bolj ali manj očetu podobnega in si poiskal ženo, ki bo bolj ali manj podobna njegovi (in seveda njeni) mami. Družila se bosta z družinami s podobnimi vzorci in za obstoječe stanje (lastno nezadovoljstvo) bodo vsi krivili vse druge, samo lastne odgovornosti ne bodo priznali. Družba se bo zavzemala za strožje kaznovanje nasilnih mož, žene bodo v svojih očeh in očeh okolice (tudi družbe) žrtve, ki jih je treba pomilovati.

Zato menim, da je treba ta ciklus prekiniti. Družba bi morala na glas opozarjati, da je zasvojenost (v omenjenem primeru zasvojenost z alkoholom in odnosi) ozdravljiva bolezen. Ozdravljiva je od tistega trenutka naprej, ko vsak posameznik prevzame odgovornost za to, da se je 'znašel' v takšni situaciji. To vključuje tudi žene, ki niso nikakršne žrtve, temveč so enako odgovorne za kakovost svojega življenja in so se same odločile, da ga bodo preživele ob nasilnem partnerju.

Ko takšne osebe spoznajo, da imajo težavo, je njihova odgovornost predvsem, da si poiščejo pomoč. Način pomoči predstavlja tudi socialno-andragoški sistem. Ni namenjen popolnoma vsem ljudem v stiski in tudi ne poskuša biti magično zdravilo za vse odvisnosti. Lahko pa pomaga tistemu, ki potrebuje zgled kakovostnega življenja (to mu ponudi terapevt) in občutek, da ni osamljen v svojih težavah (kar prispeva skupina, ki je doživela podobne izkušnje). Poleg tega program vsebuje celo vrsto aktivnosti, ki pomagajo na različne načine. Z nenehnim pisanjem dodatno spoznava samega sebe in se sooča s praviloma bolečimi deli svoje preteklosti pa tudi z (bolj ali manj zgrešeno) sedanjostjo. Začenja nadzirati svoje življenje. S telesno aktivnostjo dosega vedno boljše rezultate, ki mu krepijo samozavest. V gorah išče stik z naravo, katere del smo vsi. Poleg teh pa program vsebuje še številne druge aktivnosti in vsaka na svoj način prispeva k temu, da se oseba (samo)zavestno spoprime z življenjem ter končno dovoli svoji ustvarjalnosti priti na dan.

Pri tem ni tako samoumevno, da bo od pritiskov in nenehnega bežanja zlomljena oseba takoj presegla stare vzorce in zaživela novo, boljše življenje. Ob sebi potrebuje močno oporo, ki je višja od nje same. Ta opora je po mojem mnenju lahko brezpogojna ljubezen ali pa nekaj, kar je vsaj tako močno in pomembno kot brezpogojna ljubezen.

Socialno-andragoška metoda je sama po sebi zahtevna in dolgotrajna, tako kot je zahteven in dolgotrajen proces prevzgoje, brisanje starih, napačnih vzorcev in učenje novega življenjskega sloga. Zahtevno delo pa lahko opravi samo zahtevna oseba. Terapevt, ki svojim pacientom predstavlja zgled in učitelja, jim zbuja spoštovanje ter razume njihove težave, je dovolj usposobljen, da od svojih zdravljenecv zahteva trdo delo in spodbuja njihovo močno voljo. Terapevt pacienta zaradi izkušenj in strokovnega znanja pozna bolje, kot se pacient pozna sam.

Dosledno ga vodi in spodbuja ter mu daje moč takrat, ko sam več ne zmore. Dostikrat se zgodi, da pacient pomisli, da ne zmore več. Takrat je zelo pomembno, da ga terapevt 'prisili', naj vztraja in zahteva od sebe več. Če v odločilnih trenutkih izostanek motivacije nadomesti prisila oziroma avtoriteta, ima pacient več možnosti, da prebrodi krizo in se spet pobere. Škoda bi bilo, da odneha sredi poti. Za nekatere zdravljenca avtoritativno vodenje predstavlja edino rešitev. Na ostale dejavnike so že postali neobčutljivi ali pa se jim znajo spretno izmuzniti in jih zmanipulirati, kot tolikokrat doslej (npr. z laganjem okolici, da je vse v redu, da je že 'ozdravljen' itn.).

Namen analize v diplomskem delu je bil raziskati vlogo avtoritativnega vodenja v socialno-andragoškem sistemu ter kritično oceniti njegovo učinkovitost. Pri tem sem ugotovila, da se pri zdravljenju po tej metodi uporabljata tako avtoritativno kot permisivno vodenje. Oba načina težita h kakovosti, vendar je treba opozoriti, da sta namenjena različnim osebam. Zato lahko samo delno potrdim hipotezo, ki sem jo postavila na začetku naloge. Spomnimo se, kako se je glasila: *Zdravljenje odvisnosti v socialno-andragoškem sistemu pomeni predvsem korenito spremembo načina življenja, do katere ni mogoče priti brez avtoritativnega vodenja.*

Prvi del hipoteze se je izkazal za resničnega, saj sem uspela potrditi, da socialno-andragoški program predstavlja korenito spremembo življenjskega sloga tistim pacientom, ki končajo osnovni program. Pričnejo se ukvarjati z več dejavnostmi na vseh področjih delovanja: telesnem, duševnem, socialnem in duhovnem. Drugi del hipoteze pa samo delno ustreza realnosti. Kot smo razložili v zadnjem poglavju, terapevt z avtoritativnim načinom vodenja vsekakor prispeva k učinkovitosti programa, vendar je avtoritativno vodenje učinkovito samo za določen tip ljudi in ne za vse. Nekateri potrebujejo celostni pristop k obravnavi, drugim zadostuje močna spodbuda tako s strani skupine kot terapevta, ostali potrebujejo zgolj zgled ali morda aktivno vlogo v zdravljenju. Pri slednjih je torej lahko učinkovit tudi permisivni način vodenja.

Največjo prednost socialno-andragoškega programa predstavlja kakovost življenja po končanem zdravljenju, ki je najverjetneje neprimerljiva z ostalimi

oblikami zdravljenja. Verjamem, da če program izboljša eno življenje, izboljša vsa, ker se tudi dobre stvari prenašajo iz generacije v generacijo ravno tako kot slabe.

8. SEZNAM VIROV

8.1. SAMOSTOJNE PUBLIKACIJE IN ČLANKI

- ☞ **BEATTIE, Melody** (1999) *Zbogom, soodvisnost*, Ljubljana: Orbis
- ☞ **BRATANIĆ, Marija** (1991) *Mikropedagogija, Interakcijsko-komunikacijski aspekt odgoja*, 2. izd., Zagreb: Školska knjiga
- ☞ **BOHAK, Janko** (1995) Psihodinamika zasvojenosti. V Rogl, Igor (ur.) *Odvisnost – družbeni problem včeraj, danes, jutri: zbornik razprav*, 192-213. Maribor: Obzorja
- ☞ **BRATINA, Ksenija** (2000) Vsak pameten človek se izogne trpljenju brez smisla, *Delo*, leto 42, št. 295, priloga Književni listi, 20. 12.: 29
- ☞ **ČEBAŠEK TRAVNIK, Zdenka** (1999) Uživanje alkohola, stvar posameznika ali družbe?, *Vita, zdravstveno vzgojna revija*, letnik 5, št. 24, december 1999: 2-3
- ☞ **GAČIĆ, Branko** (1985) *Alkoholizam, bolest pojedinca i društva*, Beograd: Zavod za izdavačku delatnost 'Filip Višnjić'
- ☞ **GAJŠEK, Vladimir** (1993) Osebni dvig in samouresničitev, *Dvatisoč*, št. 69/70: 239-246
- ☞ **GLASER, Edvard in GLASER-KRAŠEVAC Marjana** (1995) Analgetiki, sedativi, uspavala, nevroleptiki, antidepresivi, trankvilizatorji in anabolski preparati, ki lahko privedejo do odvisnosti. V Rogl, Igor (ur.) *Odvisnost – družbeni problem včeraj, danes, jutri: zbornik razprav*, 160-191. Maribor: Obzorja
- ☞ **GODINA, Vesna V.** (1989) Skrite (politične) tendence družinske socializacije: avtoritarni in antiavtoritarni primer, *Družboslovne razprave*, št. 8: 117-124
- ☞ **GORŠE Goli, Anka** (1999) Rehabilitacija odvisnih od alkohola, *Vita, zdravstveno vzgojna revija*, letnik 5, št. 24, december 1999: 11-12
- ☞ **GRADIŠNIK, Brane** (1993) Kdor molči, si zatiska oči; Kako razsvetliti nekatere mistifikacije in stereotipe, *Delo*, leto 35, št. 126, priloga Književni listi, 3. 6.: 6-7

- ☞ **HOVNIK KERŠMANC, Marjetka** (1999) Alkohol, zahrbtni sovražnik tudi v Sloveniji, *Vita, zdravstveno vzgojna revija*, letnik 5, št. 24, december 1999: 4-5
- ☞ **HUDOLIN, Vladimir** (1965) *Mala enciklopedija alkoholizma*, Zagreb: Panorama
- ☞ **HUDOLIN, Vladimir** (1991) *Alkohološki priručnik*, Zagreb: Medicinska naklada
- ☞ **JAKOPIČ, Jože** (1999) Alkoholizem je medicinski problem, *Vita, zdravstveno vzgojna revija*, letnik 5, št. 24, december 1999: 9-10
- ☞ **KROFLIČ, Robi** (1997a) *Autoriteta v vzgoji*, Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče
- ☞ **KROFLIČ, Robi** (1997b) *Med poslušnostjo in odgovornostjo*, 1. izd., Ljubljana: Vija
- ☞ **LAZIĆ, Nebojša; LANG, Branko; RUGELJ, Janez in BAMBURAČ, Jovan** (1990) Ocenitev zdravljenja alkoholizma, *Medicinski razgledi*, št. 2: 237-247
- ☞ **LASCH, Christopher** (1986) *Narcistička kultura; Američki život u doba smanjenih očekivanja*, Zagreb: ITRO »Naprijed«
- ☞ **MEGLA, Maja** (1999) Odvisnost od odnosov je bolezen, intervju s Sanjo Rozman, dr. med., *Delo*, priloga Ona, letnik 1, št. 11, 20. 07.: 11-14
- ☞ **MEHLE, Borut** (2001) »Zahtevam ministrov odstop«, *Dnevnik*, 02. 03.: 3
- ☞ **MILGRAM, Stenli/Stanely** (1990) *Poslušnost autoritetu*, Beograd: Nolit
- ☞ **RAMOVŠ, Jože** (1981) Povzetek bistvenih spoznanj o alkoholizmu in alkoholikih v delovni organizaciji. V Rugelj, Janez (1981) *Alkoholizem in združeno delo*, Ljubljana: Center za samoupravno normativno dejavnost
- ☞ **ROZMAN, Sanja** (1993) *Sanje o rdečem oblaku*, Ljubljana: Dan
- ☞ **ROZMAN, Sanja** (1997) *Zaljubljeni v sanje*, Ljubljana: Dan
- ☞ **ROZMAN, Sanja** (1998) *Peklenska gugalnica*, Ljubljana: Vale - Novak
- ☞ **RUGELJ, Janez** (1981a) *Alkoholizem in združeno delo*, Ljubljana: Center za samoupravno normativno dejavnost
- ☞ **RUGELJ, Janez** (1981b) *Dolga pot, Vrnitev alkoholika in njegove družine v ustvarjalno življenje*, Druga, predelana in dopolnjena izdaja, Ljubljana: Republiški odbor Rdečega križa Slovenije

- ☞ **RUGELJ, Janez** (1983) *Uspešna pot, Partnersko zdravljenje alkoholizma in bolnih odnosov v družini*, Rdeči križ Slovenije, Ljubljana,
- ☞ **RUGELJ, Janez** (1993) Spremnna razprava. V Rozman, Sanja (1993) *Sanje o rdečem oblaku*, Ljubljana: Dan, 263-282
- ☞ **RUGELJ, Janez** (1997) Drugi knjigi dr. Sanje Rozman na pot. V Rozman, Sanja (1997) *Zaljubljeni v sanje*, Ljubljana: Dan
- ☞ **RUGELJ, Janez** (1999) Predgovor k slovenski izdaji. V Beattie, Melody (1999) *Zbogom, soodvisnost*, Ljubljana: Orbis, v-viii
- ☞ **RUGELJ, Janez** (2000) *Pot samouresničevanja*, Ljubljana: samozaložba
- ☞ **RUS MAKOVEC, Maja** (1999) Tipična alkoholna družina in socialno okolje, *Vita, zdravstveno vzgojna revija*, letnik 5, št. 24, december 1999: 7-8
- ☞ **SALECL, Renata** (1991) *Disciplina kot pogoj svobode*, 1. izd., Ljubljana: Krt
- ☞ **SEVER, Jani in ŠTAMCAR, Miha D.** (1995) Njegova pot: Janez Rugelj, ena najbolj kontradiktornih osebnosti v slovenski psihiatriji, *Mladina*, št. 7, 14. 02.: 26-29
- ☞ **SKYNNER, Robin in CLEESE, John** (1994) *Družine in kako v njih preživeti*, Ljubljana: Tangram
- ☞ **TOMŠIČ, Vida** (1999) Več oblik strokovne pomoči, *Vita, zdravstveno vzgojna revija*, letnik 5, št. 24, december 1999: 12-13
- ☞ **VERBINC, France** (1989) *Slovar tujk*, 9. izd., Ljubljana: Cankarjeva založba
- ☞ **ZUPANČIČ, Boštjan M.** (1997) S poti na pot – kam gre ta rod, II. del, *Dvatisoč 2000*, št. 102-104: 133-174

8.2. MEDMREŽJE

- ☞ **Anonimni alkoholiki Slovenije**
<http://www.aa-drustvo.si/aaslo/aa.htm> (10. 10. 2002)
- ☞ **ČEBAŠEK TRAVNIK, Zdenka** (1997) *Evropa in alkohol; Poročilo s 4. srečanja članic European Alcohol Action Plan*, <http://www.mf.uni-lj.si/isis97-7/html/travnik25.html> (29. 11. 2002)
- ☞ **HUDOLIN, Višnja** (2002) *The theoretical foundation and evolution of the Club movement*, http://www.aicat.net/aicat/home_eng.htm (10. 10. 2002)

- ☞ **IOGT** – International Organisation of Good Templars,
<http://www.iogt-international.org/englishinfo.htm> (29. 10. 2002)
- ☞ **JOVANOVIĆ, Ivan** (2002) *Mjesto i uloga stručnih djelatnika u klubovima liječenih alkoholičara*, 22. september 2002
<http://www.geocities.com/hskla/strucnedjelatnosti.htm> (25. 10. 2002)
- ☞ **KOHL, Nils** (2001) *The Hudolin approach – Clubs for families with alcohol related problems*, International Organisation of Good Templars, <http://www.iogt-international.org/iogtnews/issue25/issue25-10htm> (24. 10. 2002)
- ☞ **Letno policijsko poročilo** (2002) *Navzočnost alkohola v prometnih nesrečah*, <http://www.policija.si/si/statistika/promet/2002/promet-turizem02.html> (10. 10. 2002)
- ☞ **Med.Over.Net** (Zdravje in medicina za vas), *Imam težave z drogami! Kam po pomoč?* http://www.med.over.net/zasvojenost/droge_programi_str2.htm (29. 10. 2002)
- ☞ **TODORIĆ KAJFEŠ, Nena** (2000) *Klubovi liječenih alkoholičara najavljuju mesec borbe protiv alkoholizma*, november 2000,
<http://www.ekologija.net/health/borba/htm> (25. 10. 2002)