

Insoo Kim Berg, Scott D. Miller

K REŠITVI

USMERJENA PSIHOTERAPIJA

Kako pomagati zasvojenim z alkoholom

Insoo Kim Berg, Scott D. Miller

K REŠITVI

USMERJENA PSIHOTERAPIJA

Kako pomagati zasvojenim z alkoholom

Brief Family Therapy Center
Milwaukee, Wisconsin

Prevedla Jasna Solarović



Ljubljana 2020

Insoo Kim Berg, Scott D. Miller
K REŠITVI USMERJENA PSIHOTERAPIJA
Kako pomagati zasvojenim z alkoholom

WORKING WITH THE PROBLEM DRINKER
A Solution-Focused Approach

Copyright © 1992, Insoo Kim Berg, Scott D. Miller
© za Slovenijo UMco in SFU Ljubljana, 2020. Vse pravice pridržane.

Prevod: Jasna Solarovič
Izdajatelj in založnik: UMco, d. d. in SFU Ljubljana
Zbirka Preobrazba

Spremna študija: Miran Možina in Adrijana Biba Rebolj

Odgovorni urednik: Samo Rugelj
Pomočnica urednik: Renate Rugelj
Jezikovni pregled osnovnega besedila: Mira Turk Škraba
Oblikovanje ovitka in postavitev: Aleš Cimprič
Tisk: Primitus, d. o. o.
Naklada: 400 izvodov, 1. natis
Ljubljana 2020

Knjiga je izšla v sozaložništvu založbe UMco in
Fakultete za psihoterapevtsko znanost Univerze Sigmunda Freuda v Ljubljani
(skrajšan naziv SFU Ljubljana, zanj Miran Možina)

V okviru določil Zakona o avtorski in sorodnih pravicah so brez pisnega dovoljenja založbe prepovedani reproduciranje, distribuiranje, javna priobčitev, predelava ali druga uporaba tega avtorskega dela ali njegovih delov v kakršnem koli obsegu ali postopku, v številni fotokopiranje, tiskanje in shranjevanje v elektronski obliki.

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

613.81:615.851

BERG, Insoo Kim

K rešitvi usmerjena psihoterapija : kako pomagati zasvojenim z alkoholom /
Insoo Kim Berg, Scott D. Miller ; prevedla Jasna Solarovič ; [spremna študija Miran Možina
in Adrijana Biba Rebolj]. - 1. natis. - Ljubljana : UMco : SFU, 2020. - (Zbirka Preobrazba)

Prevod dela: Working with the problem drinker : a solution-focused approach
ISBN 978-961-7050-78-3 (UMco)
1. Miller, Scott D.
COBISS.SI-ID 26758915

UMco, d. d., Leskoškova 12, 1000 Ljubljana
tel.: 01 / 520 18 39, e-pošta: bukla-urednistvo@umco.si, www.bukla.si

Steveu de Shazerju, mojemu možu in sodelavcu
I. K B.

Mojim staršem Paulu in Darlene Miller
S. D. M.

Vsebina

Uvodna beseda (<i>dr. Fulton Caldwell</i>)	9
Predgovor z osebno noto (<i>Insoo Kim Berg</i>)	11
Zahvale	15
Uvod: Dilema, ki te strezni	17
1 Načela in predpostavke	33
2 Razvijanje sodelujočih odnosov med klienti in terapevti	57
3 Dobro oblikovani terapevtski cilji	75
4 Dogovarjanje in sodelovanje: cilji ter odnos med klientom in terapevtom	93
5 Usmerjanje k rešitvi: kako voditi razgovor k spremembi	125
6 Prvine, vrste in izvajanje terapevtskih intervencij	159
7 Strategije za ohranjanje in spodbujanje napredka	205
8 Čudežni dan gospoda Meeksa	235
9 V napačni strugi	283
Sklepna beseda	301
Literatura	303
<i>Miran Možina in Adrijana Biba Rebolj:</i> Od k rešitvi usmerjenega modela kratkotrajne psihoterapije do namerne prakse za doseganje psihoterapevtske odličnosti	315

Uvodna beseda

Če bi ta knjiga izšla pred dvajsetimi leti, bi je ne mogli označiti drugače kot heretično. Danes pa začnejo mnogi, ki imajo probleme z alkoholom, iskati pomoč in se zdraviti že precej prej kot nekoč. Ta preobrat je nekoliko spremenil tudi klinično sliko teh oseb, saj je včasih beseda tekla skoraj izključno o »alkoholikih«, danes pa vse večkrat govorimo o tistih, ki »zlorabljajo alkohol« ali »imajo probleme s pitjem«. Zavaljo te spremembe se je porodila potreba po novih in izvirnih pristopih k zdravljenju.

Berg in Miller sta se nanjo odzvala tako, da sta razvila sklop uporabnih tehnik, ki si sledijo korak za korakom, temeljijo na zdravi pameti in dajejo varljiv vtis, da jih ni težko uporabljati. Že zgolj »vprašanje o čudežu« je elegantno in učinkovito orodje.

Toda še pomembnejše je, da uporaba tehnik, ki nam jih predstavljata, zahteva spremembo miselnega okvira, ki je do te populacije tradicionalno gojil črnogledo stališče. V tem pogledu se avtorja močno opirata na pokojnega Milтона H. Ericksona, za katerega so bili vsi pacienti v temelju zdravi in ki se je izogibal terapevtskim pristopom, izhajajočim iz konceptov psihopatologije.

Knjiga, ki je pred vami, je pomemben prispevek k vse obsežnejši zbirki kliničnega znanja o zdravljenju problemov z alkoholom.

Dr. Fulton Caldwell, svetovalni delavec na področju odvisnosti,
strokovni nadzornik zdravstvenih raziskav v Oddelku za raziskovanje
zdravljenja Nacionalnega inštituta za zlorabo alkohola in alkoholizem***

* V izvirniku *Certified Addictions Counselor* – C. A. C. (Op. prev.)

** V izvirniku *Health Scientist Administrator, Treatment Research Branch, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*. (Op. prev.)

Predgovor z osebno noto

Če pomislim na ideje, ki jih predstavljam v tej knjigi, se zavem, da sem jo pisala kar nekaj desetletij. Resnično je plod mojega osebnega razvoja, ki se je najverjetneje začel, ko sem odraščala v Koreji med vojno. Na lastni koži sem doživela in preživela pokol in opustošenje vojne, zaradi česar sem v poznih sedemdesetih letih kot prostovoljka začela delati z vietnamskimi veterani. Pogled nazaj mi razkriva, da korenine te knjige in mojega načina dela izvirajo iz tistega obdobja.

Veterane, s katerimi sem delala, so pestile težave, ki bi jim danes rekli potravmatska stresna motnja (PTSM), vendar v tistem času te oznake še nismo poznali. Tako so za mlade vojake uporabljali druge diagnostične oznake, ki so bile takrat priljubljene. Najpogostejši sta bili »alkoholik« in »narkoman«. Drži, da so se ti mladeniči z bolečimi posledicami svojega »izleta v pekel« med drugim spopadali tudi tako, da so se zatekali v alkohol in/ali mamila. Toda s svojo stisko so se soočali še na številne druge načine. Čeprav so jih ponoči mučile podobe vojnih tovarišev z izmaličenimi udi in telesi ter ranjenih in pohabljenih vietnamskih žensk in otrok, so ti mladi možje pogosto nadaljevali šolanje, vztrajali v službah in vlagali trud v odnose z bližnjimi. Pogosto sem občudovala moč duha, s katero so kljubovali težavam, ki jim ni bilo konca, in se spraševala, kaj jih drži pokonci.

Čeprav je odtlej preteklo že precej let, ostajajo podobe mnogih od teh mladeničev v mojem spominu še vedno nenavadno žive. Spomnim se predvsem neustavljive sle, ki jih je gnala k temu, da bi si zacelili rane, in pa tega, kako neomajno so se trudili, da bi sestavili raztreščene koščke svojih življenj v celoto. Te žive podobe me bolj kot katerokoli od vrste mojih usposabljanj ali priznanj, ki sem jih pozneje prejela, opominjajo na to, kaj je najpomembnejše in najbolj ključno v terapiji: človeški duh.

Na enem od številnih potovanj, na katerih vodim delavnice, sem po naključju spoznala soavtorja te knjige, Scotta Millerja. Ukvarjal se je z ljudmi, ki imajo probleme s pitjem, pri čemer se je tako v psihiatričnih bolnišnicah kot zunaj njih posluževal kratkotrajnih psihoterapevtskih pristopov. Na neki mednarodni konferenci je predstavljal svoje poglede in kmalu sva ugotovila, da se dela s to težavno skupino ljudi lotevava s podobnim terapevtskim pristopom in sorodnimi teoretičnimi izhodišči. Naključje je hotelo, da sva oba tudi sanjara o tem, da bi svoje poglede ubesedila v knjigi o zdravljenju alkoholizma. Potem ko sva si nekaj let dopisovala in izmenjevala ideje, se nama je ponudila priložnost, da sva lahko začela skupaj delati v Centru za kratkotrajno družinsko terapijo.* Knjiga je plod najinega sodelovanja.

V njej podrobno opisujeva, kako lahko s klienti, ki imajo probleme s pitjem, delamo tako, da smo usmerjeni k rešitvi. K rešitvi usmerjeni pristop izhaja iz tradicije kratkotrajne terapije, ta pa na polju psihoterapije sodi v široko kategorijo tistih smeri, ki so naravnane k reševanju problemov. Meniva, da je za naše kliente najboljše, da svoje življenje živijo v resničnem svetu, ne v terapevtski sobi. Trdno verjameva, da prej ko klient ali klientka spet zaplava v tokove svojega življenja, tem bolje je.

* V izvirniku *Brief Family Therapy Center*. (Op. prev.)

Kot bo bralcem kmalu postalo jasno, sva knjigo napisala v veri, da imajo vsi klienti na voljo vire in moči, ki jih potrebujejo, da bi rešili svoje probleme, da vedo, kaj je dobro zanje, in hočejo to doseči, in da storijo največ, kar je v njihovi moči.

Upam, da bo knjiga bralcem s podobnimi pogledi služila kot vodilo k temu, kaj početi in kako se izražati, tako da se bo vera, ki jo imajo v klienta oz. klientko, zrcalila v njihovem vsakodnevem delu.

*Insoo Kim Berg, 1992
Center za kratkotrajno družinsko terapijo
Milwaukee, Wisconsin*

Zahvale

Najina knjiga je nastajala več let. Potovanje je bilo za oba dolgo, na trenutke boleče, spet drugič pa sva uživala v njem. Ko se ozirava nazaj, nikakor ne moreva z gotovostjo oceniti, koliko dolgujeva vsem, ki so naju vodili in negovali na poti do te točke osebne in poklicne zrelosti. Nobenega dvoma pa ni, da je najin dolg precejšen.

V prvi vrsti sva globoko hvaležna klientom, s katerimi sva delala. Moč, izvirnost, pogum in ustvarjalnost, s katerimi so se soočali s pogosto nepremostljivimi ovirami, so nama vlili vero v človeškega duha in postavili temelje najinega k rešitvi usmerjenega modela.

Zahvalo dolgujeva tudi najinim poklicnim kolegom po svetu, ki so nama prisluhnilo, kdaj podvomili o najinem razmišljanju ali nama povedali, da se motiva, in nama stali ob strani, medtem ko so se razvijali najini pogledi. Hvala tudi vsem, ki so sodelovali na najinih delavnicah, seminarjih za usposabljanje in supervizijskih srečanjih. Žal se vsem tem strokovnim delavcem ne moreva zahvaliti posamezno, toda v knjigo in svoj model sva vpletla delčke pogovorov z vsakim od njih.

Vsekakor se morava zahvaliti trenutnim članom tima Centra za kratkotrajno družinsko terapijo (CKDT) Stevu de Shazerju, Larryju Hopwoodu in Jane Kashing. Brez njihovega potrpljenja, ki se je zdelo neskončno, radodarne podpore, ustvarjalnosti in

bistrega duha te knjige ne bi bilo. Rada bi se zahvalila tudi nekdanjim članom tima CKDT-ja, sodelavcem in kolegom, ki so bili najini mentorji in ki so obenem bogatili najino delo in poklicno življenje: Wallaceu Gingerichu, Eve Lipchik, Jamesu Derksu, Elamu Nunnallyju, Lynn D. Johnson, Williamu Hudsonu O'Hanlonu, Ronu Kralu in Gale Miller.

Nazadnje se zahvaljujeva svoji urednici Margaret Farley, ki je najino pisanje s potrpljenjem in nežnimi priganjanjem oblikovala v berljivo in skladno besedilo. Hvala tudi Sarah Berg in Doreen Munson, ki sta nama po tehnični plati neprecenljivo pomagali vse do zadnjega trenutka.

Hvala vsem.

Uvod: Dilema, ki te strezni

Niso stvari same tiste, ki nam povzročajo skrbi, temveč mnenje, ki ga imamo o njih.

- Epiktet, *Zen to Go* (Winokur, 1989)

K japonskemu zenovskemu mojstru Nan-inu je prišel univerzitetni profesor, da bi izvedel kaj o zenu. Nan-in mu je postregel s čajem. Gostu je skodelico nalil do vrha, nato pa točil naprej. Profesor je opazoval, kako se čaj zliva čez rob, dokler se ni mogel več zadrževati: »Čez rob teče. Nič več ne gre noter!« »Tako kot ta skodelica,« je odvrnil Nan-in, »ste tudi vi polni lastnih mnenj in domnev. Kako naj vas učim zena, če prej ne izpraznite svoje skodelice?«

- Zen Flesh, *Zen Bones* (Reps, 1957)

Odločitev, da napiševa knjigo, je prišla zlahka. Kliente, ki imajo probleme z lastnim pitjem ali s pitjem drugih, skupaj uspešno zdraviva že več let, kot bi želela priznati. Na osnovi teh izkušenj sva že dolgo prepričana, da lahko o zdravljenju te populacije poveva marsikaj koristnega. To spoznanje pa naju je postopno pripeljalo do druge, tokrat precej težje odločitve: *kako* napisati takšno knjigo. Da ne bo pomote, nisva se lovila okrog praktičnih podrobnosti (ali bova pisala s pisalnim

strojem ali računalnikom, kdo bo napisal katera poglavja ipd.). Tako kot z odločitvijo, da knjigo napiševa, si tudi s temi vprašanji nisva dolgo belila glave. V precepu sva se znašla, ker nisva vedela, kako izraziti svoje poglede o tem, katere so nujne sestavine »dobrega« zdravljenja, kadar se problem nanaša na alkohol.

Oprezna sva bila zato, ker model, ki sva ga oblikovala za zdravljenje posameznikov, ki imajo probleme s pitjem, in/ali družin, katerih člani problematično pijejo, v marsičem ne bi mogel ostreje odstopati od »tradicionalnih« pogledov na zdravljenje. Ta zadrega ni bila zanemarljiva glede na to, kako vroče so bile v tistem času in že prej razprave o zdravljenju alkoholizma. Videla sva le dve možni poti, kako se iz nje izviti, pretehtala sva svetle in temne plati obeh. Če bi ubrala prvo, bi svoj model predstavila pod krinko filozofije tradicionalnega zdravljenja alkoholizma. Tako bi morda ustvarila vtis, da skušava s knjigo zgolj dopolniti prevladujočo ideologijo zdravljenja in da ne ponujava nadomestila zanj. Takšna taktika bi imela svoje prednosti, saj bi se z njo izognila kontroverznosti in si zagotovila, da bi knjigo prebralo vsaj nekaj ljudi.

Po drugi poti pa bi svoje poglede preprosto predstavila in videla, kaj se bo zgodilo. K temu naju je vleklo, saj bi model tako predstavila kot učinkovito alternativo tradicionalnemu zdravljenju. Toda v tem primeru bi lahko zaradi neortodoksnih in v določenih pogledih naravnost heretičnih stališč celotni model tudi gladko zavrnil. Povsem lahko bi se zgodilo, da bi ga vzeli kot dodatni dokaz, da strokovni delavci na področju duševnega zdravja ne razumejo *bolezni* alkoholizma in da si dejansko zatiskajo oči, »zanikajo« resnost problema.

REŠITEV NA OBZORJU: SPOZNANJA IZ ZGODOVINE PSIHOTERAPIJE

Ko sva razpravljala o tveganjih in prednostih omenjenih možnosti, sva se spomnila, da je na področju psihoterapije nekoč vladalo podobno ozračje kot danes na področju zdravljenja alkoholizma. Opazila sva, da lahko svoje stališče do alkohola primerjava s položajem, v katerem se je znašla kratkotrajna terapija med zlato dobo psihoanalize. V tistem času je v skladu s prevladujočo ideologijo veljalo, da je terapija lahko učinkovita le, če je intenzivna, obširna in torej dolgotrajna. Freud je denimo o dolžini zdravljenja, ki ga je zasnoval, nekoč pripomnil: »Bilo bi nebeško, če bi delovalo nekoliko hitreje ... Toda analitično zdravljenje traja mesece in celo leta.« (DeAngelis, 1987, str. 34) Nemalo psihoanalitično usmerjenih terapevtov je sicer poskušalo skrajšati čas, potreben za zdravljenje, in njihovi poskusi so vredni pozornosti (Garfield, 1989). Vendar pa so te krajše, manj intenzivne pristope zdravljenja jemali komaj kaj resneje, kot če bi terapevti kliente »držali za roko«. Uporabni so se jim zdeli zgolj v primerih, ko dolgotrajno zdravljenje iz določenega razloga bodisi ni bilo mogoče bodisi pacientu ne bi koristilo (na primer v kriznih situacijah ali kadar je šlo za paciente s hudimi motnjami).

Apriorno zavračanje kratkotrajne terapije kot možne in tudi potrebne alternative dolgotrajnemu zdravljenju so utemeljevali na različne načine. Trdili so na primer, da lahko težave, ki so se razvijale dolga leta in/ali izhajajo iz »globokih« nezavednih notranjepsihičnih konfliktov, olajšamo edino s prav tako dolgo in »globoko« terapevtsko obravnavo. Ob tej predpostavki so teoretiki sklepali, da bi vsako zdravljenje, ki bi se osredotočalo zgolj na odpravljanje simptomov in ne bi uspelo seči k izvoru oz. izvorom težav, nazadnje pripeljalo do ponovnega izbruha nevrotskih simptomov. Kot da to ne bi bilo dovolj, so strokovne

delavce na področju zdravljenja opozarjali, naj nikakor ne poskušajo pospeševati procesa, saj tako tvegajo najmanj to, da se zdravljenje prezgodaj konča, v najhujšem primeru pa lahko pacienta potisnejo v popolno dekompenzacijo.

Primere, ko je bilo zdravljenje krajše in obenem uspešno, so ovrgli s podobnimi razlagami. Pogosto je bilo slišati, da ti ljudje niso doživeli »resnične« ozdravitve, pač pa le »pobeg v zdravje«. Z drugimi besedami, terapevtske uspehe so tolmačili kot obrambne prijeme, s katerimi naj bi ti terapevti pacientu pomagali ubežati ali pobegniti iz procesa zdravljenja. Takšno stališče je bilo tako razširjeno, da so analitiki začeli svariti svoje paciente, naj nikar ne zaupajo spremembam, do katerih je prihajalo na začetku zdravljenja. Uspešne primere so kot nepomembne zavračali tudi tako, da so uspeh zdravljenja pripisovali temu, da ni šlo za »resnično« motnjo ali psihopatologijo, saj bi ta, če bi obstajala, zahtevala dolgotrajno zdravljenje (Watzlawick, 1988).

Danes pa je vendarle jasno, da je kratkotrajna obravnava postala pravilo psihoterapevtske prakse (Budman in Gurman, 1988; Garfield, 1989; Garfield in Bergin, 1986). Raziskave namreč kažejo, da je povprečno število srečanj s klienti med pet in šest (Garfield, 1971, 1986, 1989; Garfield in Kurtz, 1952), kar je osupljivo malo v primerjavi z nekdanjim mnenjem o tem, koliko srečanj je potrebno, da bi bila terapija učinkovita. Še več, raziskave učinkov zdravljenja vztrajno dokazujejo, da je kratkotrajna obravnava enako učinkovita kot tradicionalna, dolgotrajna terapija – navkljub številnim napovedim o nasprotnem (Howard, Kopta, Krause in Orlinsky, 1986; Koss in Butcher, 1986; Smith, Glass in Miller, 1980). Izsledki dvanajstletne raziskave, ki jo je objavila Menningerjeva klinika, psihoanalitično usmerjena ustanova za zdravljenje in usposabljanje, so celo razkrili, da je klientom, ki so bili deležni kratkotrajnega, podpornega zdravljenja, to koristilo v enaki meri kot drugim

klientom obsežno, dolgotrajno, psihoanalitično usmerjeno zdravljenje (Wallerstein, 1986, 1989).

Do preobrata od dolgotrajne h kratkotrajni terapiji pa ni prišlo čez noč. Nasprotno, v preteklih štiridesetih letih so številni dogodki postopno pripomogli, da se je zdravljenje preoblikovalo v krajše oblike. Garfield (1989) v svojem zgodovinskem pregledu tega področja denimo opozarja, da je druga svetovna vojna občutno vplivala tako na izvajanje kot na filozofijo terapije. Ko se je v domovino vrnilo veliko število vojaškega osebja, je skokovito zrasla potreba po službah za duševno zdravje. Toda sistem, ki mu je vladal etos dolgotrajnega zdravljenja, ji ni mogel ugoditi. Zato je Združena komisija za duševno zdravje in bolezen* (1961) nazadnje sklenila, da si s slogi terapije, ki zahtevajo veliko časa tako za usposabljanje praktikov kot za samo zdravljenje, večinoma ne moremo pomagati, če skušamo zadovoljiti potrebe po službah za duševno zdravje.

Najgloblje pa so na to, kar ponujajo zdravstvene službe, verjetno vplivale nedavne spremembe okolja, v katerem delujejo službe za duševno zdravje. Psihoterapevtsko prakso namreč vse bolj obvladujejo gospodarske sile tekmovalnega »tržišča«, v katerem smo se znašli terapevti (Cummings, 1977, 1986, 1988; Cummings in VandenBos, 1979). Na visoko stopnjo inflacije v zagotavljanju pomoči na področju duševnega zdravja so se zavarovalnice, drugi plačniki, delodajalci, zdravstvene ustanove in državne agencije na primer odzvali tako, da so uvedli ukrepe za omejevanje stroškov, kakršen je denimo omejitev števila srečanj in/ali višine denarnega povračila za opravljene storitve (Cummings, 1986, 1988; Frank in Kamlet, 1985; Shulman, 1988). Poleg tega je sunkovito poskočilo število posameznikov in združb, ki ponujajo zdravljenje in tako podžigajo boj za vsak dolar, ki je na tržišču namenjen duševnemu zdravju. Združeni

* V izvirniku *Joint Commission on Mental Illness and Health*. (Op. prev.)

učinek teh silovitih gospodarskih sprememb sili zdravljenje, torej praktike, da postajajo uspešnejši in učinkovitejši kot karkoli prej (Cummings, 1986).

OSUPLJIVE PODOBNOSTI: TIK PRED RAZREŠITVIJO DILEME

Spoznanje, da se je zdravljenje alkoholizma znašlo v sila podobnem položaju kot kratkotrajna terapija pred približno štiridesetimi leti, nama je vtilo poguma. Tako kot je namreč psihoterapiji nekoč vladala psihoanaliza, zdravljenju alkoholizma danes skoraj povsem poveljujejo »model alkoholizma kot bolezni« in smernice zdravljenja po načelih dvanajstih korakovh Anonimnih alkoholikov. Po tem vodilnem prepričanju v ozadju »alkoholizma« leži primaren, napredujoč in usoden *enoten* bolezenski proces, ki na vse alkoholike deluje podobno. Tako Vernon E. Johnson (1973), eden osrednjih zagovornikov tega pristopa, v uvodu k svoji knjigi *Jutri neham** drzno zatrjuje, da so »vsi alkoholiki navsezadnje enaki. Bolezen pogoltne vse razlike in ustvari *univerzalni profil alkoholika*« (str. 4).

Predstavniki tradicionalnega modela iz vedenja klientov, ki imajo probleme s pitjem, najpogosteje razberejo odpor do zdravljenja in »obrambno zanikanje problema« (Beattie, 1986; Johnson, 1973). Po njihovem v zdravljenju velja načelo »Vsi za enega, eden za vse«, in če naj klienti sploh lahko upajo, da bodo kdaj »ozdraveli«, morajo preprosto vdano slediti (Anonimni alkoholiki,** 1976; Johnson, 1973). Ne preseneča, da po tem modelu za znamenje uspešnega zdravljenja velja *en sam* izid, namreč abstinenca in/ali treznost. Zato naj bi bilo

* Gre za priložnostni prevod naslova, ki se v izvorniku glasi: *I'll Quit Tomorrow*. Knjiga v slovenščino še ni prevedena. (Op. prev.)

** V izvorniku *Alcoholics Anonymous*. (Op. prev.)

tradicionalno zdravljenje alkoholizma največkrat dolgotrajen proces, ki se v najboljšem primeru začne z določeno obliko zdravljenja v bolnišnici ali nastanitveni zdravstveni ustanovi in nadaljuje z leti zunajbolnišničnega spremljanja ter doživljenjsko zapriseženostjo »ozdravljenosti« v skupini za samopomoč po končanem zdravljenju (prim. Johnson, 1973). Družinske člane, ki po tradicionalnem modelu »omogočajo« probleme s pitjem in »zarotniško sodelujejo« pri njihovem spodbujanju in ohranjanju, so terapevti videli kot oviro in jih zato niso neposredno vključevali v zdravljenje tistega člana, katerega pitje je bil problem (Zweben, Perlman in Li, 1988).

Mnogi so razvili in tudi uspešno vpeljali pristope, ki so odstopali od tradicionalnega pojmovanja alkohola in zdravljenja, vendar je te doletela enaka usoda kot njihove predhodnike v kratkotrajni terapiji, saj so jih gladko zavrnil. Za nameček ni nobenemu od drugačnih pojmovanj ali pristopov zdravljenja uspelo preseči široke podpore in priljubljenosti, ki jo je med praktiki v tej stroki in tudi pri laični javnosti žel tradicionalni model (Annis in Davis, 1989; Bratter in Forrest, 1985; Hester in Miller, 1989). Njegovi zagovorniki so vnaprejšnje odpisovanje obetavnih alternativnih pristopov utemeljevali tako in drugače. V nekaterih primerih so uspehe novejših zdravljenj alkoholizma zavrgli s prav takšnimi krožnimi razlagami, ki so pred leti služile psihoanalitični šoli, da je zanemarila dobre odzive klientov na kratkotrajno terapijo. Ker po splošnem prepričanju probleme s pitjem povzroča neustavljiva usodna bolezen, ki terja doživljenjsko zapriseženost zdravljenju, lahko potemtakem za vsakega posameznika, ki se dobro odzove na kratkotrajnejše, manj intenzivne oblike zdravljenja, trdimo, da ni bil »resnični alkoholik« (Anonimni alkoholiki, 1939, 1976; Hather in Robinson, 1985). V drugih primerih je bilo v njihovih zagovorih čutiti strah: če bi alternativnim pogledom priznali veljavo, bi lahko namreč ogrozili treznost tisočev, ki so se do

nje dokopali po tradicionalni poti (Armor, Polich in Stambul, 1978; Black, 1987; Peele, 1989). Nekaterim pa se je, kot sva že omenila, ne nazadnje zdelo, da alternativni modeli zgolj dodatno dokazujejo, kako strokovni delavci na področju duševnega zdravja, posebno tisti, ki se ne »zdravijo« zaradi alkoholizma, *te bolezni* ne razumejo in »se branijo z zanikanjem« resnosti problemov, ki jih prinaša alkohol.

Zdravljenje alkoholizma se danes sooča z nekaterimi enako močnimi vplivi, kot so bili tisti, ki so pred približno štiridesetimi leti spodbudili spremembe v psihoterapiji. Morda je med najmočnejšimi pritisk gospodarstva. Stroški tradicionalnega zdravljenja so visoki in neprestano naraščajo. V eni od raziskav (Kamerow, Pincus in Macdonald, 1986) so na primer izsledili, da so stroški služb za zdravljenje in podporo pri alkoholizmu zrasli od deset celih pet milijarde dolarjev leta 1980 na štirinajst celih devet milijarde samo tri leta pozneje. Po nekoliko novejših ocenah pa se stroški tega zdravljenja približujejo petnajstim odstotkom celotnega državnega* proračuna za zdravstvo (Holden, 1987). Zavarovalnice, drugi plačniki, delodajalci, zdravstvene ustanove in državne agencije že uvajajo ukrepe za omejevanje stroškov, podobne tistim, ki zdaj veljajo za službe za duševno zdravje. Mirno lahko predvidevamo, da bodo te gospodarske spremembe spodbudile nastajanje novih, učinkovitejših modelov zdravljenja alkoholizma.

Poleg tega je strmo naraslo povpraševanje po službah, v katerih zdravijo alkoholizem, prav kakor se je konec druge svetovne vojne povečala potreba po službah za duševno zdravje, ko so se domov vračali veterani (Holden, 1987). Tako so v neki raziskavi odkrili, da se je število posameznikov, ki so se prišli zdraviti v profitne nastanitvene zdravstvene ustanove, povišalo za kar štiristo odstotkov v obdobju šestih let med letoma 1978

* Ugotovitve se nanašajo na Združene države Amerike. (Op. prev.)

in 1984 (Weisner in Room, 1984). K temu porastu je verjetno pripomoglo precej dejavnikov, med katerimi je poglobitvi ta, da se prebivalstvo občutno bolj zaveda problemov, ki jih poraja zloraba alkohola. Nova osveščenost o alkoholu, ki jo lahko zasledimo tako pri posameznikih kot pri zaposlenih v prosveti, na področju varovanja duševnega zdravja in v sodnem sistemu, marsikdaj prispeva k temu, da probleme s pitjem prepoznamo prej (Inštitut za medicino,* 1990). V takih primerih se zdi povsem upravičeno poseči po manj intenzivnih pristopih zdravljenja, kot so tisti, ki so na voljo trenutno (Sanchez-Craig, Annis, Bornet in McDonald, 1984). To velja še posebno, ko gre za otroke in mladostnike, saj pri njih (glede na to, da je pouk o mamilih in alkoholu danes obvezni del večine šolskih učnih načrtov) probleme te vrste vse pogosteje prepoznavajo in jih napotujejo na zdravljenje. V obdobju štirih let med letoma 1980 in 1984 se je tako hospitalizacija mladostnikov in otrok povečala za tristopetdeset odstotkov, k čemur so v veliki meri prispevali problemi z alkoholom in mamili (Peele, 1986, 1989). Programi zdravljenja, v katere se vključujejo mladi, večinoma temeljijo na ideologiji anonimnih alkoholikov in načelih dvanajstih korakov. Nič presenetljivega ni torej, da prav v tej starostni skupini članstvo pri Anonimnih alkoholikih najbolj narašča (Anonimni alkoholiki, 1987). Toda prav pri mladih se zdi, da jim, če jih po načelih Anonimnih alkoholikov učimo, da so njihovi problemi posledica vrojene bolezni, nad katero nimajo nadzora – kar bi pomenilo, da je njihovo edino upanje, da se v celoti vzdržijo uživanja alkohola in mamil ter do konca življenja obiskujejo skupine za samopomoč in podporo –, v najboljšem primeru dajemo potuho pri tem, da ne prevzemajo odgovornosti zase, v najslabšem pa tvegamo, da se začnejo naše prerokbe zares uresničevati. Zgodnejše odkrivanje

* V izvirniku *Institute of Medicine*. (Op. prev.)

zasvojenosti pri otrocih in mladostnikih prav zato terja razvoj manj intenzivnih oblik zdravljenja.

Raziskave nadalje pričajo tudi o tem, da so kratkotrajnejše in učinkovitejše oblike zdravljenja enako uspešne kot tradicionalni, dolgotrajni, k ozdravitvi usmerjeni pristopi – spet navzlic mnogim napovedim o nasprotnem. Čeprav so se pri raziskovanju uspešnosti terapij opirali na najrazličnejše kazalnike (npr. abstinenca, manjše število dni problematičnega pitja, manj recidivov, zmanjšana uporaba zdravniških uslug, manjše družbene posledice pitja), ima za model, ki ga predstavlja v tej knjigi, posebno težo kriterij dolžine zdravljenja. Številni raziskovalci, ki so ga vzeli pod drobnogled, niso našli opaznih razlik med uspešnostjo kratko- in dolgotrajnega zdravljenja (Fingarette, 1988; Hester in Miller, 1989; Holden, 1986, 1987; Miller in Hester, 1986; Mosher, Davis, Mulligan in Iber, 1975; Zweben idr., 1988). Podobne raziskave prav tako niso odkrile razlik v uspešnosti med tradicionalnimi, dragimi programi, ki potekajo v bolnišnicah ali nastanitvenih zdravstvenih ustanovah, ter cenejšo, zunajbolnišnično ponudbo (Miller in Hester, 1986). Poleg tega nedavne raziskave na področju kratkotrajne terapije kažejo, da lahko klienti, ki zlorablajo alkohol, ob zgolj manjši ali kratkotrajni terapevtski intervenciji *hitro* doživijo spremembe na bolje, če je le zdravljenje usmerjeno k cilju, prilagojeno posamezniku in fokusirano (Berg in Gallagher, 1991; Hester in Miller, 1989; Inštitut za medicino, 1990). Cummings, Dorken, Pallack in Henke (1990) so proučevali šestnajst tisoč pacientov, vključenih v program *Medicaid*,* in ugotovili, da je zdravljenje, ki je trajalo v povprečju šest mesecev, znatno pomagalo klientom, ki so imeli probleme s pitjem. Teža dokazov je v celoti tolikšna, da so na ameriškem inštitutu za medicino v svoji prelomni raziskavi o zdravljenju problemov

* Program državnega zdravstvenega zavarovanja v ZDA za posameznike in družine z nizkimi dohodki. (Op. prev.)

zaradi alkohola nedavno zapisali, da bi morali »obsežen delež sredstev, ki so zdaj namenjena intenzivni negi in oskrbi v nastanitvenih zdravstvenih ustanovah, preusmeriti k cenejšim, kratkotrajnim intervencijam in negi zunaj bolnišnic« (Inštitut za medicino, 1990).

NAJ BO, KAR BO

Nazadnje sva se znašla pred ugotovitvijo, da je zdravljenje alkoholizma na pragu dokaj dramatičnih sprememb. Gospodarski pritiski in spremenjena populacija klientov nas silijo k vse večji raznolikosti, da bi lahko zadovoljili zahteve spreminjajočega se tržišča in strank. Zatorej sva se odločila, da svoje poglede predstaviva takšne, kakršni so, in »pustiva, da bo, kar bo«. Pri tem sva se morala sprijazniti z možnostjo, da najin model doleti enaka usoda kot doslej vsa druga odstopanja od tradicionalnega pristopa.

K odločitvi, da vendarle tvegava in predstaviva svoja stališča brez okolišanja, naju je napeljalo več spoznanj. Ključno je morada najino opažanje, da že majhne ali kratkotrajne terapevtske intervencije pripomorejo k hitrim in trajnim spremembam celo v življenju tistih klientov, ki imajo s pitjem najhujše probleme. Praktiki iz stroke so pogosto prav osupli in presenečeni, ko jim opisujemo, kako naši klienti že po nekaj srečanjih zunaj bolnišnice (povprečno število srečanj je štiri cele šest; de Shazer, 1988; Kiser, 1988, 1990; Kiser in Nunnally, 1988; Zweben, Perlman in Li, 1988) z veliko pripravljenostjo spreminjajo svoje navade problematičnega pitja. V nasprotju s tradicionalnim pogledom, da ti klienti prihajajo z »odporom« do zdravljenja, sva jih midva doživela kot prijetne in pripravljene sodelovati z nama pri reševanju svojih edinstvenih stisk.

Drugi razlog, da sva se odločila »reči bobu bob«, pa se nanaša na davek, ki ga zaradi problemov s pitjem plačuje vse

večje število posameznikov in družin. »Tradicionalni« pristop k zdravljenju preprosto ne more več zadovoljiti vse bolj raznolike skupine ljudi, ki danes potrebuje in išče pomoč. Če imamo na voljo še druge pristope, ki skromne možnosti zdravljenja uporabljajo učinkoviteje, je naša dolžnost, da jih ponudimo tistim, ki jih potrebujejo.

Tretjič, v odnosu, ki ga imajo strokovni delavci do zdravljenja problemov, povezanih z alkoholom, sva opazila postopno, vendar opazno *preobrazbo*. Delno se razlog zanjo skriva v tem, da je v zadnjem času več praktikov, ki ne sodijo v strokovno srenjo zdravljenja alkoholizma, končno spoznalo, kakšno težo imajo problemi, povezani z alkoholom. Tako so začeli ljudi, ki so v stiski zaradi pitja, zdraviti tudi sami v svojih ordinacijah, kar je vsekakor smiselno, saj naj bi po nekaterih ocenah imela probleme z alkoholom nič manj kot polovica klientov, ki potrčajo na vrata terapevtov (Treadway, 1987). Večina teh svetovalcev ni izrazito zavezana nobenemu od modelov zdravljenja alkoholizma. Radi bi predvsem izvedeli, karkoli pač lahko, o učinkovitem delu s tovrstnimi problemi. Preobrat v stališčih sva zaznala tudi pri udeležencih najinih delavnic, ki so se prej usposabljali za zdravljenje alkoholizma po tradicionalni poti. Tudi zanje se zdi, da skušajo obogatiti načine zdravljenja, ki jih lahko ponudijo, in krojiti obravnavo po meri vsakega posameznika, ki ima probleme s pijačo.

Nazadnje pa so naju razveselili še nedavni premiki raziskovalcev, ki so odprli vrata novim in izvirnim zamislim v zdravljenju problemov zaradi alkohola. V mislih imava na primer delo Alana Marlatta pri preprečevanju recidivov, informirani eklekticism Williama Millerja in njegovih sodelavcev na univerzi v Novi Mehiki ter nedavne raziskave ameriškega inštituta za medicino. Ob prispevkih teh in drugih izvirnih avtorjev se zdi, da smo res le še korak od novih spoznanj o tem zapletenem vprašanju, kakor tudi bistvenih izboljšav zdravljenja.

Model zdravljenja, ki smo ga razvili v Centru za kratkotrajno družinsko terapijo (v nadaljevanju CKDT ali Center),* je lep primer številnih ustvarjalnih pristopov, s katerimi se danes lotevamo problemov z alkoholom. Nikakor si ne domišljamo, da smo odkrili edini pravi način zdravljenja klientov, ki trpijo, ker imajo sami ali drugi probleme s pijačo. S tem bi le ponavljali napake iz preteklosti. Prav tako ne menimo, da je model uporaben za vse, ki imajo probleme s pitjem. Pravzaprav dvomimo, da bo katerikoli model kadarkoli uporaben za vsakogar. V nasprotju s tradicionalnim modelom zdravljenja ne verjamemo v *alkoholizem* sam po sebi, zato se nam iskanje ene same taktike zdravljenja za vse primere pitja, ki pomeni problem, ne zdi niti smiselno niti koristno. Prišli smo do prepričanja, da je oblik alkoholizma veliko – morda toliko, kot je ljudi, ki imajo probleme s pitjem. Zato menimo, da problem, ki je tako večplasten in zapleten, zahteva ustrezno pester in raznolik izbor taktik, ki jih lahko uporabimo tako, da jih eklektično združujemo in prilagajamo posamezniku. Model, ki ga predstavlja, ponazarja zgolj eno od številnih možnih strategij.

POGLED V PRIHODNOST: K REŠITVI USMERJENI PRISTOP K PROBLEMOM S PITJEM

Modela, ki so ga razvili Steve de Shazer in njegovi sodelavci v CKDT-ju, se je prijelo ime »k rešitvi usmerjeni« model. Čeprav je bilo o uporabi modela k rešitvi usmerjene terapije pri različnih problemih napisanih že nemalo besed (Amatea, 1989; Berg, 1991; Berg in Gallagher, 1991; Cox, Chilman in Nunnally, 1989; de Shazer, 1985, 1988; de Shazer, Berg, Lipchik, Nunnally, Molnar, Gingerich in Weiner-Davis, 1986; Kral, 1988; Kral

* Izvirni naziv Centra je *Brief Family Therapy Center*, kratica pa se v angleščini glasi BFTC. (Op. prev.)

in Schaffer, 1989; Molnar in de Shazer, 1987; Molnar in Lindquist, 1990), pa je ta knjiga – kolikor veva – prva, ki se loteva uporabe modela prav za zdravljenje problemov, povezanih z alkoholom.

Od samega začetka sva imela namen napisati praktično knjigo, priročnik, ki bi opisoval delo s klienti korak za korakom in bil v pomoč tako bralcem, ki jim zdravljenje ljudi, ki imajo probleme s pitjem, ni domače, kakor tudi strokovnjakom s tega področja. Zaporedje poglavij in njihova vsebina sta dobivala svojo podobo v teku zadnjih petih let, medtem ko sva vodila delavnice v CKDT-ju in na različnih koncih sveta. Tako svoj model v knjigi razgrinja na precej podoben način kot na teh delavnicah in seminarjih.

O njem govoriva v petih delih (od drugega do sedmega poglavja), zato nekoliko v šali praviva, da ponujava pristop k zdravljenju problemov s pitjem »v petih korakih«. V prvem poglavju predstavlja načela in predpostavke k rešitvi usmerjenega pristopa k problematičnemu pitju, osmo in deveto poglavje pa sva namenila temu, da sva v celoti opisala dva primera poteka terapije.

**K REŠITVI
USMERJENA
PSIHOTERAPIJA
Kako pomagati
zasvojenim z
alkoholom**