

GraduierungsArbeiten

zur "Integrativen Therapie"
und ihren Methoden

Aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit
und dem "Fritz Perls Institut für Integrative Therapie"

01 /2011

Terapija zasvojenih z drogami - Razvoj, oblike, metode,
učinki in „integrativna zasnova“

Übersetzung der Arbeit:
„Drogentherapie - Entwicklung, Formen, Methoden, Wirkungen und
„der Integrative Ansatz“*

Hilarion G. Petzold, Wolfgang Scheiblich, Günther Thomas¹

eingereicht von:
Roman Kostal

Herausgegeben durch den Prüfungsausschuss der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit von
Prof. Dr. mult. Hilarion Petzold, Prof. Dr. Waldemar Schuch, MA, Prof. Dr. Johanna Sieper

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Düsseldorf/Hückeswagen.
Redaktion: Prof. Dr. phil. Johanna Sieper, Achenbachstrasse 40, 40237 Düsseldorf
e-mail: Forschung.EAG@t-online.de

Copyrightinweis: Mit der Veröffentlichung gehen sämtliche Verlagsrechte, insbesondere das der Übersetzung, an die FPI-Publikationen, D-40237 Düsseldorf. Auch der Auszugsweise Nachdruck bedarf der schriftlichen Genehmigung.

* Aus der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper, Düsseldorf, Hückeswagen <mailto:forschung.eag@t-online.de>, oder: EAG.FPI@t-online.de, Information: <http://www.Integrative-Therapie.de>)

¹ Prispevek je popolnoma predelana in obsežno dopolnjena verzija besedila, ki je izšlo v: Uchtenhagen, A., Zieglänsberger, V. (Hrsg.). (2000): Suchtmedizin. Urban & Schwarzenberg, München u. Jena, str. 322-341, in se nahaja v knjigi: H.Petzold., P. Schay., W. Scheiblich (Hrsg.). (2006). Integrative Suchtarbeit. VS Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden. str. 41 – 93.

Terapija zasvojenih z drogami – Razvoj, oblike, metode, učinki in »integrativna zasnova«

1. Uvodne misli

Prispevek k terapiji zasvojenih z drogami, ki poteka po specifični metodi, kot je opisano v tej knjigi o integrativni terapiji na področju terapije z ljudmi, ki imajo težave z zasvojenostjo, mora v skupni kontekst postaviti lasten pristop, ki ga zahtevajo problemi obravnavanja zasvojenosti v posameznem prostoru – v tem primeru v nemško govorečih deželah. Pri tem avtor podaja okvir zgodovinskega razvoja – da bi lahko razumeli razvoj in napake, da lahko ocenimo perspektivo za prihodnost ne pa da, kakor se je dogajalo in se še dogaja, da zgolj (reaktivno) odgovarjamo na dinamiko sprememb na tem področju. Upoštevati moramo namreč dejstvo, da ima obravnavanje problematike zasvojenosti z drogami v nemško govorečih deželah svojo zgodovino. Avtorji, ki se že od sedemdesetih let ukvarjajo s terapijo zasvojenih od drog in delajo z zasvojenci v okviru integrativne metode kot terapevti, raziskovalci, nadzorniki (preiskovalci) in vodje projektov oz. ustanov, so od (vsega) začetka doživljali najpomembnejši razvoj (napredek), delili so trpljenje z bolniki in spremljali njihovo zdravljenje in so tako prispevali k teoriji, metodiki, praksi, organizacijskemu vidiku dela in politiki glede drog. Že kmalu je postalo jasno, da tradicionalni psihoterapevtski postopki ne ponujajo zadostnih možnosti zadovoljivega obravnavanja psihopatološke slike motenj bolezni zasvojenosti, multimorbidnosti pacientov, za specifične komorbidnosti, dvojne diagnoze in za deloma izolirano socialno življenje in situacij mreženja prizadetih. Kljub temu pa so bili (avtorji) s svojimi specialističnimi prispevki pomembni, saj smo pri tako zahtevnih bolnikih in njihovih motnjah ter bolezenskem stanju lahko samo hvaležni za vsakršen konstruktivni predlog in metodološke novosti na tem področju. Nobena terapevtska šola ne more trditi, da je odkrila »kamen modrosti« za »optimalno« metodo, pa naj gre za raziskovanje učinkovitosti ali za izgradnjo teorije, klinične psihoterapevtske metodike zdravljenja ali socialno-terapevtski repertoar interveniranja. To je in ostaja težko delo, zdravljenja oz. obravnavanja in rehabilitacije ljudi, ki imajo težave z zasvojenostjo, in človek se mora nenehno čuditi, da prihajajo v uporabo in se razvijajo novi načini in pristopi, ki obljublajo vse zajemajočo novo orientiranost: zagovorniki zgodnjih motenj, zagovorniki sistemskih načinov ali izvirnih pristopov, zagovorniki nizkega praga, po novem specialisti za travmo in motnjo zaradi deficita pozornosti *Aufmerksamkeitsdefizitstörung* (ADHD), ne glede na vse, se pri 52 % odraslih bolnikov najde anamnestično zlorabljanje drog, v nasprotju s podatki iz kontrolne skupine, kjer je ta odstotek znašal 27 % (*Biderman et al. 1993*), poleg je dokazan naraščajoči problem zlorabe substanc za populacijo ADHD-prizadetih (*Biedermann et al. 1994, 1997, 1998; Disney et al. 1999; Schubiner et al. 1995, 2000*). Tu lahko pričakujemo zanimiv nadaljnji razvoj. Vsa ta gibanja so vsaj za bolj ali manj kratek čas vzbudila (željo) po posplošenih upih, da so našle **tiste** (prave) pristope zdravljenja. Občasno je prišlo tudi do ideoloških bojev. Zgodovinski pogled – ravno zato je tako pomemben – nas uči: obstajajo inovacije, ki so pomembne, čeprav prinašajo (samo) omejene prispevke, njihovo težnja po ohranjanju konceptov pa vodi v norost. Za najbolj heterogeno populacijo ljudi, ki imajo težave z zasvojenostjo, za

najbolj različne potrebe pacientov in klientov je pri terapevtsko-rehabilitacijskih ustanovah, v okolju zdravljenja in pri sami metodi zdravljenja potreben *diferencialni*, večstranski pristop oz. možnost. To je zaključek, do katerega lahko in mora priti človek po pregledu več kot trideset let dejavnosti na področju zdravljenja/terapije/rehabilitacije ljudi, ki imajo težave z zasvojenostjo z drogami. Avtorji, ki so tudi kot kolegi sodelovali v različnih okoljih¹ in v različnih funkcijah, so spoznavali in opazovali skupne probleme in razvoj, opravili skupne, tudi deloma boleče, postopke učenja na tem »področju« psihosocialnih nujnih situacij in izzivov, poskušali so strniti njihova spoznanja iz določenih »ekscentričnosti«, čeprav jim je bil ljubši »integrativni« položaj. Integrativni položaj so namreč zastopali ravno zaradi te »ekscentrične« drže, za katero se je dolga leta obdržalo prepričanje, da je lahko le »integrativni in hkrati *diferencialni*« pristop edina »kraljevska pot« - tako, da se zdi, da – ponuja realne možnosti za »zadosti dobre rezultate« na področju zdravljenja ljudi, ki imajo težave z zasvojenostjo z drogami, svetovanja in rehabilitacije. Ta »good enough«² (Winnicott) ni odpovedovanje, temveč pozitivna perspektiva za delo ljudi, ki delajo pod težkimi pogoji in v ekstremnih situacijah.

V nadaljevanju naj sledi opis terapevtskih ukrepov na področju problematike drog v treh preglednih točkah. Najprej so osvetljeni aspekti **zgodovine uporabe** psihoterapevtskih ukrepov, nato sledijo **oblike** in nazadnje še **postopek**. V tem kontekstu je pomembno opozoriti na to, da govorimo oz. pišemo o *kronično obolelih ljudeh, ki imajo težave z zasvojenostjo z drogami, ki so izgubili nadzor*. Ukvarjali se bomo s pacienti, pri katerih se je pokazala kronična bolezenska slika zaradi doživete in ugotovljene izgube nadzora. Ta skupina pacientov s tako veliko kroničnostjo se opredeli prek primerljivo neugodne prognoze in s potrebo, kot smo že poudarili, po kompleksnem načinu zdravljenja, ki je opredeljena s raznolikostjo glede na institucionalne okolje, oblike, metode in vsebine. V tem okviru ni nobene pozornosti usmerjene na mladoletne uporabnike drog, ki občasno zlorablajo droge, ali se nahajajo v predstadiju zlorabe drog in pri čemer obstaja različen potencial nevarnosti. Ta skupina ne sodi v zastavljeni cilj te knjige, čeprav je hkrati zelo pomembna za »mejno intervencijo«, da se prepreči resnejše konzumiranje in kroničnost. V tem kontekstu bodo zajeti tudi metodično pomembnejši pristopi integrativne terapije za otroke in mladostnike (Petzold, Ramin 1987; Metzmacher, Petzold, Zaepfel 1996).

Kadar gre za kronično bolezen zasvojenosti, psihoterapevtski ukrepi ne smejo vsebovati le **iz nje izhajajočih** elementov zdravljenja, ki sami po sebi vsebujejo »sveženj zadevajočih ukrepov«, tj. spreminjajoče, situaciji odgovarjajoče in široko zastavljene možnosti terapije, temveč tudi specifične možnosti odnosov »terapevtskega ravnanja« vpletenega terapevta in njegovih pomočnikov, katerih **kontinuiteta** in odnos sta večja, kot pa umetna diferenciranost zdravstveno-tehničnih intervencij. Take odnosne možnosti ciljajo ne nazadnje prej na *spremljanje kariere*, kot pa na najbolj iluzionističen cilj hitre ozdravitve ali premostitev simptomatike (Petzold, Hentschel 1994). Kot se pogostokrat opazno dogaja pri psihiatričnih bolezenskih slikah, se pri **odprtih kontaktih** v terapiji pogostokrat doseže učinkovito »znižanje zaprtosti v kletko« (Pennebaker). V tem pridejo v poštev kvalificirani in od metod odvisni psihoterapevtski ukrepi, kot so bili prek ocenjevalnih študij postavljeni na drugih področjih psihoterapije, ki pa imajo manjši pomen (Grawe, Donati, Bernauer 1994).

¹ Setting.

² Good enough = dovolj dobro.

Psihoterapija v tem smislu je na področju zasvojenosti pogostokrat obravnavana kot skupni koncept, ki se je med tem preimenovala bolj kot »socialna terapija« ali deloma tudi »socioterapija«, ker se v praksi ni ohranilo puristično in enometodično izvajanje psihoterapevtskih metod.

Noben drug problem ne obravnava izobraževalno usmerjene psihoterapije tako obmejno in ga sili k inovacijam, ki po drugi strani postavljajo postopkovni oz. šolski konformizmi, kot slika motenj zasvojenosti z drogami (Petzold 1990k). Zlasti z **metodami prekrivajoči pristopi** (Grawe 1998; Petzold 1992a), kot npr. »**integrativna terapija**« (Petzold 1982, 2003a) ali »**transteoretični pristop**« od Prochaska in DiClemente (1982) lahko pri obravnavanju zasvojenosti z drogami ponudijo znanstveno utemeljene, učinkovite in same po sebi konsistentne postopke zdravljenja (Petzold 1996). Zato mora tradicionalna zasnova preseči eno-metodno usmerjenost in mora postati »bolj integrativna«, če želi ustrezno ravnati v življenjskih razmerah in pri bolezenskih slikah svojih pacientov in pacientk. Ta razvoj kaže, zakaj integracijski model pospešeno pridobiva na pomenu tudi na drugih področjih psihoterapije (Fiedler 2000; Norcross, Goldfried 1992; Petzold 1993; Sponsel 1995).

V vsakem primeru ostaja zdravljenje ljudi, ki imajo težave z zasvojenostjo z drogami, težka in naporna naloga, kjer se uspehi lahko pokažejo le prek kompleksnih modelov, verižnih terapij, povezanih sistemov (Scheiblich, Petzold, ta zbirka), ne pa na račun šolsko povezanih oblik zdravljenja. Pomembni so celotno zajemajoči skupni koncepti.

Če pacienti še ne kažejo slike disocializirane zasvojenosti z drogami, to pomeni, da ne odražajo hudih socialnih motenj, ki se kažejo prek resnega pomanjkanja socializacije (Stosberg 1993), lahko posežemo po uporabnih izkušnjah pri zdravljenju nevrotičnih slik motenj pri mladostnikih. Uživanje drog pri mladostnikih je tukaj pogostokrat izraz neke **interfamiliarne učinkujoče ločitvene dinamike**, ki vodi k motečemu odstopanju in h kateremu je najbolje pristopiti s pomočjo integrativne intervencije z vključitvijo družinske in mrežne terapije (Hass, Petzold 1999; von Schlippe, Schweitzer 1996, prim. Petzold, Josić, Erhardt in Dargel, ta zbirka) (glej tudi Polajner, 2004).

2. Zgodovina razvoja psihoterapevtskih ukrepov pri zdravljenju ljudi, ki imajo težave z zasvojenostjo z drogami

Problematika na področju zasvojenosti z drogami obstaja v Evropi kot širši fenomen že približno 30 let. V teh treh desetletjih je pomoč zasvojenim z drogami v Evropi zelo razvila svoje temelje in se spreminjala v svojem osnovnem razumevanju, v svojem praktičnem izoblikovanju in v svojih pristopih pomoči. Nekateri pomembnejši tokovi bodo kot primeri omenjeni v nadaljevanju.

2.1 Iluzija »poplave drog«

Ko so ob koncu 60. let začeli mladi ljudje v Evropi jemati do takrat ne(po)znane vrste drog (hašiš, LSD, heroin), se je pokazalo, da za ta pojav manjka veliko razumevanja. Uživalcev teh novih drog nismo mogli primerjati z uživalci alkohola ali zdravil. V nasprotju s slednjimi, je šlo v primeru uživalcev drog pogostokrat za šolarje, študente in izobražene ljudi, ki zelo očitno drog v prvi vrsti niso uživali zaradi »osebnih problemov«, pač pa zato, ker se je zdelo, da je uživanje drog tudi v širšem pomenu politično motivirano. Uživalci drog so se od alkoholikov ali morfinistov (zasvojencev z zdravili) razlikovali v starosti, v načinu oz. vzorcu jemanja drog in njihovih osebnih motivih. Širjenje samozavedanja, družbene spremembe, psihedelične izkušnje, so kot zaželeni učinki stopili v ospredje. Zaradi nezmožnosti razumevanja teh družbenih in individualnih pojavov, so ljudje v Evropi obravnavali začetke uživanja drog kot modo, kot iz ZDA izvoženo razvado ali kot od tujedržavnih moči vodeno kriminalno preprodajanje drog, s katerim so se ljudje/oblasti spopadali z njimi z različnimi z ukrepi proti njimi in z represijo. Razširjena je bila predstava o »valu drog« (oz. poplavi drog), ki je sicer z veliko vehemenco preplaval Evropo, nato pa, tako so verjeli, bo poniknil in se izničil sam od sebe.

2.2 Uživanje drog kot družbeni problem

Z naraščanjem števila uživalcev drog v vseh družbenih slojih je postajalo čedalje bolj jasno, da gre tukaj očitno za nek nov, do sedaj nepoznan družbeni problem najvišje stopnje, ki se ga ne bo dalo odpraviti z enostavnimi sredstvi/metodami in tudi ne izključno prek represije. Zdi se, da droge v celoti zadevajo mladino in jo zanimajo. To so bili sinovi in hčere vojne generacije, ko so izstopali zaradi neprilagojenega odnosa v povezavi z uživanjem drog. Nasprotja niso mogla biti bolj skrajna: gospodarski razcvet (čudež gospodarstva), rast in temu primerna skoraj polna zaposlenost na eni strani in hkrati protestna drža in uporništvo mlade generacije na drugi strani, so označevali situacijo zgodnjih sedemdesetih let.

Splošno, gledano iz zgodovinskega vidika, bi lahko čas med letoma 1968 in približno 1980 imenovali čas temeljnih družbenih in socialnih sprememb. Študentje in dijaki so protestirali proti utrjenim strukturam; v študentskih nemirih v Parizu, Frankfurtu, Berlinu in končno tudi v večini drugih evropskih dežel, je uveljavljena družba videla naraščajočo grožnjo. Vrednote in tradicija vojne generacije so bile radikalno in neizprosno postavljene pod vprašaj. Pojav zahodnega sistema s svojo povezanostjo z velekapitalom in vojsko je veliko mladih iz poznih 60. in zgodnjih 70. let razumelo kot

agresivni in imperialistični faktor, prot kateremu se je bilo treba boriti ali za katerega je veljalo, da ga morajo razbiti. Istočasno so se vnela trenja med zasnovami družbenih ideologij: »Zahodna zveza (alianza)« in »Vzhodni blok« sta veljala za nezamenljivi nasprotji, ki sta se v »Hladni vojni« razvili v boj med kapitalizmom in socializmom. Te ekstremne družbene moči so med drugim vodile tudi k pojavu terorizma s svojimi simpatizerji (okoljem simpatizerjev) in uporabo nasilja kot obliko političnih bojev za oblast. V tistem času je veliko mladih ljudi verjelo, da sta ravno vojna v Vietnamu, in atomska politika v evropskih državah razkrili naravo zahodnega sistema, predvsem pa stvari, ki so se dogajale v ZDA. Uživanje drog se je veliko mladim v tistem času in v tistem kontekstu zdelo kot možnost, s katero so zavrnili to popolnoma kapitalistično usmerjeno in z normami, ki so kot kraste prekrivale državljansko naravo družbe, ki je нареkovala tak način življenja in take norme oz. moralo. Uživanje drog je bila v tistem času tako možnost družbenega »izstopa« oz. »boja« proti »esteblišmentu«.

2.3 Poskusi odgovorov

Razdraženosti in dejanjem takratne mlade generacije moramo pretežno pripisati, da je lahko v naslednjih letih prišlo do številnih družbenih in socialnih reform. Rodili so se pojmi in koncepti kot npr. »antiavtoritarna vzgoja«, »samoupravljalni mladinski centri«, »komune«, in se uveljavili tudi v praksi. Iz Italije je prišel tok razpadanja običajne psihiatrije v korist prostih življenjskih in terapevtskih oblik. Pojavila so se otroški vrtci in varne hiše (stanovanja za ženske). Izdani so bili številni zakoni za varstvo otrok, obsojenci pa naj bi se prek izvršitve kazni resocializirali. Participacija in emancipacija sta bili zahtevi alternativnim strukturam. Nastale so tudi prve samoupravljalne svetovalne in terapevtske inštitucije za uživalce »trdih drog«, ki so postali zasvojeni, in za vse tiste, ki so bili ogroženi od drog, saj so medtem tudi na »alternativni sceni« spoznali, da gre pri tem za nevarnost(i) opiatov.

2.4 Prvi pristopi pomoči zasvojenim z drogami

Kjer so prizadeti začeli zaradi uživanja drog in njihovih posledic osebno trpeti, so se začeli razvijati *ad hoc* terapevtski pristopi za pomoč (zasvojenim), ki jih prej v tem svetu sploh ni bilo, in ki so se pojavili poleg že obstoječega sistema socialne pomoči. **Svetovalnice za pomoč pri zdravljenju zasvojenih z drogami** s pristopom takojšnje, nebirokratske in anonimne pomoči so se pojavile prav tako kot **stanovanjske skupnosti za zasvojene z drogami**, ki so jih pogostokrat ustanovili bivši zasvojenci in finančno podpirali starši zasvojenih. **Samopomoč** je v začetku pomoči pri zdravljenju problematike zasvojenosti z drogami imela prednostni položaj, saj se je profesionalna pomoč v tej temi začela razvijati šele v teku časa (Sollmann 1974).

2.5 Pogled v ZDA

Številni evropski praktiki, znanstveniki in politiki, ki so v evropski državah še čutili pomanjkanje izkušenj, so menili, da bodo našli pomoč za (terapevtske) pristope v ZDA, saj se je »poplava drog« v ZDA začela že pred približno 10 do 15 let prej kot v Evropi. Tam je bil to vsekakor – in to se je in se še

pozablja – že od vsega začetka, glede na ključne točke, problem zapostavljenih slojev in skupin prikrajšanega prebivalstva ter povezan s specifično ameriškimi rasnimi težavami in revščino, t.i. »race and poverty problems«. Tudi v ZDA so bivši zasvojeni z drogami ustanovili centre za pomoč v obliki komun in skupnosti s strogimi pravili (s tendencami zakona in reda (Law-and-Order) in puristično-fundamentalističnim družbenim proti-gibanjem v ZDA bi bilo možno postaviti v ozadje in kot temelj teh »preprostosti«) in jasnimi osebnimi in »institucionalnimi« prednostmi, ki so imele deloma izredno represivni karakter. Poleg omenjenih kriptoreligioznih diskurzov, lahko to med drugim razložimo tudi s tem, da gre pri uživalcih drog pogostokrat za pripadnike tako imenovanega »spodnjega zornega kota« in so jih že od začetka spremljale velike deviantne težave v zvezi z uživanjem in preprodajo drog. V ospredju teh pristopov je bila skupnost v smislu **življenjske skupnosti** oz. **kohabitacije**, v katero so se uvrščali posamezniki (Petzold 1974b; Yablonsky 1990). Ta uvrstitev se je zgodila predvsem prek delovanja skupnosti s prevzemanjem področij odgovornosti za sposobnost delovanja družbe (*community*). Velik del tega modela (Daytop, Synanon, Phoenix, prim. Petzold 19974b, 19974e) je bil nato nemodificirano prenesen v Evropo oz. je bil kopiran v Evropi, vendar se je nato skozi čas prilagodil evropskim razmeram. Nekateri pristopi pa so že v začetku ubrali svojo, novo pot, kot ta, ki ga opisuje Petzold 1968, kot prvi inavgurirani »štiristopenjski model« evropske terapevtske stanovanjske skupnosti za zasvojence z drogami: *Les Quatre Pas* (Petzold 1969c, 1974b; Petzold, Vormann 1980).

2.6 Modifikacija ameriškega modela

Že zelo kmalu so, poleg ameriških pristopov pomoči zasvojenim z drogami in zdravljenja zasvojenih z drogami, v evropskih državah nastali modeli z lastnimi smernicami, kot na primer izpustitev-premikanje (Release-Bewegung) (Sollman 1974) in združenja bolnikov oz. kolektivi bolnikov, kakršna je *Free-Clinic* v Heidelbergu (Geck 1974). Uveljavljena psihiatrija in lokalni in prostovoljni nosilci socialne pomoči so bili namreč zaradi manjkajočih konceptov problematike drog le nezadovoljivo sprejemljivi. Veliko teh alternativnih pristopov, ki so imeli pri izrazito demokratični usmeritvi velik kreativni in socialni potencial, je bilo obsojenih na le zelo kratko življenjsko dobo, ker se niso mogli obdržati zaradi pomanjkanja denarja ali zaradi pomanjkanja ustreznega terapevtskega koncepta in profesionalnih sodelavcev. Vendarle pa so bili narejeni pomembni inovativni impulzi na več področjih v okviru pomoči zasvojenim z drogami in njihovega zdravljenja – na primer socialno-emancipirani ugovor in s tem daljnosežni in problemom ustrezni koncepti zdravljenja in rehabilitacije. Ohranjanje le-teh pa je pomembno ravno v času, v katerem se povečuje zmanjševanje oz. prekanalizacija virov za disfunkcionalno varčevanje pri delu z zasvojenimi z drogami (primerjaj tudi Kooyman, 1993).

2.7 Profesionalizacija in konceptualizacija

Velika zasluga evropske pomoči v zvezi s problematiko zasvojenosti z drogami je, da vedno bolj razumemo pojave uživanja drog, ne samo zaradi raziskovanja v ozadju stoječih socialnih struktur in teoretičnega dela, temveč tudi zaradi raziskovanja in preizkušanja kliničnih in socialno-terapevtskih problemov. Leta 1979 je Ladewik v Baslu razvil tako imenovani »odvisnostni trikotnik«. Odvisnostni trikotnik naj bi nazorneje pokazal, da gre povzročitelja za zasvojenost z drogami vedno iskati v *osebi*,

skupnosti (okolje) in substancah (mamila). V pristopu *integrativne terapije zasvojenih z drogami* je bilo že v njenih začetkih upoštevana še ena perspektiva, dodatni (zorni) kot oz. četrti kot »štirikotnika«, v katerem se razločuje »ekološka perspektiva« **kontekstualne dimenzije v mikro okolju/življenjski položaj in makro okolju/družbenem sistemu** ter **dimenzije kontinuuma**, ki na eni strani odkriva individualno biografijo, na drugi strani pa družbenozgodovinske povezave (Petzold 1974b). S tem terapije zasvojenih z drogami ne morejo biti apolitične, kar bo jasno v njihovi veliki ranljivosti zaradi spremenljivih tokov politične orientiranosti glede drog. Terapevti in terapevtke, ki se ukvarjajo s terapijami zasvojenih z drogami, so pri svojem delu nenehno odvisni od vsakokratnega političnega stanja, kakor tudi, razumljivo, njihovi klienti in tisti, ki so ogroženi zaradi družbenega položaja.

S poglobljenim razmišljanjem o vseh teh okoliščin se je razvila ideja **večfaktorske geneze** zasvojenosti od drog. Pospešeno so se začele konceptualizirati in profesionalizirati tudi alternative, opremljene pogostokrat iz spontano nastalih smeri pri pomoči odvajanja zasvojenosti z drogami, kar pomeni tudi s psiho- in socioterapevtskimi izobraženimi sodelavci. Poleg *Yablonskega* (Yablonsky 1990), gre tu še posebej omeniti glavnega avtorja, ki od 1970 objavlja temeljna besedila o terapiji ljudi, ki so zasvojeni z drogami, razvil pa je tudi modele in jih pospremil z nadzorom, njihovi obsežni deli pa so zajeti oz. uporabljeni tudi v na novo osnovanih ali v že obstoječih stacionarnih ustanovah. Ta **Štiristopenjski model** (prim. Klump, ta zvezek 2 in Orth, Petzold, Zv. I) v veliki meri posegajo nazaj na njegova konceptualna razmišljanja o terapevtski skupnosti kot »socializacijskem zastopanju« in »matrici identitete« (Petzold 2001p). Njegove izkušnje v prej omenjenih prvih evropskih »terapevtskih stanovanjskih skupnostih« za zasvojene z drogami »*Les quatre pas*« (Petzold 1969c) so pokazale: klienti so bili pretežno *žrtve nasilja* tako v njihovi mladosti, kot tudi v času uživanja drog oz. v času njihove zasvojenjske kariere. Iz današnjega pogleda so bili diagnostično označeni kot »politravmatizirani« (DESNOS oz. kompleksni PTSD, van der Kolk in drugi 2000; Petzold, Wolf in drugi 2000) in so bili takrat po eni strani obravnavani po metodah *Pierra Jantesa* (1919; Petzold, Wolf et al. 2002), namreč s postopkom imaginacije in sprostitve, in po drugi strani z metodami *Vygotskysa* (Miltenburg, Singer 1997), tj. v realnost usmerjene socialne aktivnosti, povezane s pripadnostjo družini, vključitvijo podpore in spodbude prijateljev (Petzold, Josić, Erhardt, ta zbirka), športno-terapevtski ukrepi za psihofizični samonadzor in kot urjenje volje (tek, budistične vaje kot aikido, kung fu, Petzold 1974d), Bloem, Moget, Petzold 2004; Petzold, Moget, Bloem 2004; Schay, Jakob-Krieger et al., ta zbirka). Vygotskyjev osnovni koncept je poudarjal učenje v »conu optimalne bližine« (Sieper, Petzold 2002; Petzold, Sieper 2004), za katero je ponudil optimalne pogoje postavitve (okolja za) več oseb terapevtske skupnosti, v kateri so bili mogoči podpora, tolažba, igra, učenje preko izmenjave izkušenj in izmenične pomoči. Povrhu tega gre zahvala Petzoldu, da se je poleg konceptualizacije stacionarnih ustanov, razširila tudi predstava in jasna uveljavitev **verižne terapije**³ kot regionalnega in med- oz. nad-regionalnega **povezovalnega sistema** izvajanja pomoči (Petzold 1974f, Schheiblich, Petzold, ta zbirka), to pomeni načrtovano in s teorijo opremljeno medsebojno sodelovanje ambulant in stacionarnih ustanov, pri čemer so bile že leta 1972 zasnovane in uvedene možnosti »nizkega praga« (glej praktične prispevke v Petzold 1974b).

³ *Therapiekette*.

V izginjajočih sedemdesetih letih so se začela prizadevanja za dekriminalizacijo uporabnikov drog (terapija namesto kazni) in za, na socialno-terapevtsko rehabilitacijo usmerjeno, pomoč na področju drog, ki so bila ugodna za modele stanovanjskih skupnosti kot oblik zdravljenja, ne da bi medtem v zadostni meri poskrbeli za postavitev obsežnih infrastruktur za potrebno dolgoročno »spremljanje kariere« (Petzold, Schay, Hentschel, Zv. I).

2.8 Današnji pristopi pomoči pri zdravljenju ljudi, ki imajo težave z zasvojenostjo z drogami

Sredi 80. let se je začelo preusmerjanje dosedanjih ciljev pomoči pri odvajanju od drog, še posebej zaradi pojava bolezni AIDS. Zasvojeni z drogami spadajo v to rizično skupino. Da bi preprečili širjenje AIDS-a, je pri pomoči odvajanja od drog prišlo do temeljne paradigmatične spremembe. Poleg ciljev rešitve zasvojenosti z drogami in ponovne družbene integracije (bivših zasvojencev), se je pojavil tudi cilj **zmanjševanja nevarnosti okužb** in hkrati tudi namen zmanjševanja kriminala zaradi kupovanja mamil. Pojavile so se iniciative za ustanovitev nadomestnih programov, uvedli so programe za izmenjavo čistih igel in brizg, pojavili so se ukrepi, ki so se v začetku zdeli pravno izredno vprašljivi in so bili komajda v skladu z zakoni o uporabi in nadzoru narkotičnih sredstev.

Poleg tega se je spremenila tudi pojavna slika uživanja drog in sociodemografska struktura uživalcev drog – vedno več jih je bilo iz zapostavljenih oz. diskriminiranih slojev z visokimi »rizičnimi faktorji« zaradi odsotnosti »zaščitnih vplivov« (Rolf, Masten et al. 1990; Petzold, Goffin, Oudhof 1993). Iz zornega kota javnosti so zapadli v **revščino** in **obremenjenost oz. povezanost s kriminalom**. V konceptih ustanov, ki so nudile pomoč, se zopet pojavijo ti spremenjeni pogledi, saj je veljalo zmanjševanje dodatnih nevarnosti (*harm reduction*), tudi upravičeno utemeljenih pristopov pomoči pri odvajanju od drog, za podaljševanje zasvojenosti (npr. **substitucija**). Diskusije o prostorih za »drogeraše⁴« in nadzirano dajanje heroína kažejo na ta(k) razvoj. Po prvem, v nemško-govorečem prostoru v dolgem času edinem preostalem poskusu, zelo elaboriranega, integrativnega substitucijskega programa v Zvezni republiki Nemčiji, so v različnih evropskih državah, zajemajoč celotno področje, pred več kot tridesetimi leti uvedli **substitucijske programe**, kakršen je bil leta 1972 s strani glavnega raziskovalca znanstveno spremljan in nadzorovan metadonski program verižne terapije Hannover (Lotze et al. 1974).

Substitucijski programi niso imeli v prvi vrsti cilja abstinence (od drog), temveč naj bi prispevali k rehabilitaciji zasvojenih z drogami tako, da naj bi zmanjševali kriminalno obremenitev (preskrbovanje z mamili ali bolje (rečeno) nasilno prostitucijo in kriminal) s pomočjo oralnega uživanja metadona, kar naj bi zmanjšalo uporabo igel. Danes so ti nadomestitveni programi trdni temeljni del pomoči odvajanja od drog.

Pomoč zasvojenim danes zajema velik del raznolikosti različnega in (več)stopenjskega nujenja pomoči. Leta 1968 je v verižni terapiji na spodnjem Saškem (Niedersachsen) in v drugih krajih Petzold

⁴ Fixerräume – Fixer = drogeraš (pogovorno).

spremenil in 1972 uporabil model »verižne terapije« kot *večkratne prepletenosti*, t.j. nelinearno-sledeči verižni sistem (Petzold 1980c, 1982u), ki je izkusil nadaljnji konceptualni razvoj v **sistem terapevtskega povezovanja** in ki je marsikje postal standard in je bil iskan na drugih psihosocialnih in njim enakim delovnim področjem (rehabilitacija psihiatričnih bolnikov, delo z migranti):

- Vsi sestavni deli povezovalnega sistema so z vidika nosilca ali v okviru regionalnega sodelovanja trdno povezani. Posamezni deli, ki pri delu z zasvojenimi z drogami pogostokrat vodijo k ponovni zasvojenosti, bodo tako v veliki meri preprečeni.
- Psihosocialna usmeritev delovnih področij združuje sodelavce iz poklicnih skupin socialnega dela/socialne pedagogike, psihologije, medicine, ergoterapije in drugih enakopravnih, multi-profesionalnih skupin, ki se ukvarjajo z več-vzročnimi pogoji nastanka zasvojenosti.
- Stacionarni načini terapevtskega zdravljenja oz. obravnave in naknadna skrb zapušča raven simptomatične usmeritve in sledi celostni sliki človeka. V terapevtski skupnosti omogoča prizadetim profesionalno spremljano potrebno nadaljnje dozorevanje in razvoj.
- Pomoč pri odvajanju zasvojenosti z drogami je tesno povezana z obmejnimi delovnimi področji, kot npr. pomoč otrokom in mladostnikom, pomoč kaznovanim (zapornikom), svetovanje dolžnikom, pomoč bolnikom z AIDS-om in še z veliko drugim.« (Leune, Ratensperger 1997).

Razvoj takih povezovalnih sistemov korači spredaj (Petzold 1982u; Scheiblich, Petzold ta zbirka). Poleg formalne ravni sodelovanja in delitve dela, stoji v središču pozornosti **dolgotrajno spremljanje zasvojenih z drogami**.

Vedno bolj se uveljavlja prepričanje, da le celota vseh različnih načinov pomoči, ki se ponujajo prek koncentriranih ukrepov sodelujočih ustanov pomoči v smislu – kot je to konceptualiziral že glavni avtor – »*sistematičnega spremljanja kariere*« na podlagi »razvoja psihologije celotnega življenjskega obdobja« (Petzold 1992a; 1999b; Petzold, Hentschel 1991) in z *longitudinalno perspektivo*, ki je uvedla »razvojno psihopatologijo« (Wenar 1994; Robbins, Rutter 1989), lahko postavi zaščitne faktorje na zadovoljiv način in oblikuje prožnost (Petzold, Sachay, Hentschel Integrative Suchttherapie 2004).

Integrativno-terapevtski koncept »life span developmental therapy« (vseživljenjske razvoje terapije) kot »spremljanje kariere« (Petzold, Hentschel 1991) je bila in je inovativna zato (in to ne samo na področju terapije zasvojenih z drogami), ker združuje spoznanja razvojne psihonevrobiologije (Petzold, van Beek, van der Hoer 1994; Hunter et al. 1999; Hunter 1996; 1998), raziskovanje razvojnih faktorjev v klinični razvojni psihologiji oz. razvojni psihopatologiji (Achenbach 1982; Lewis, Miller 1990; Petzold, Goffin, Oudhoff 1993; Petzold, Müller 2003; 2005; Verhulst 2004; Wenar 1994) in tista spoznanja iz raziskovalnih področji, ki dolgo časa niso bila povezane s psihoterapevtskim raziskovanjem delujočih in z raziskavami učinkovitih faktorjev (Petzold 1993p, Petzold, Hass et al. 2000; Grawe, Smith 1999; Smith, Regli, Grawe 1999).

3. Oblike psihoterapevtskih ukrepov

3.1 »Terapija s posamezniki⁵« - diadična⁶ postavitev

Individualna terapija – točneje »diadična postavitev« - je imela do sedaj na področju raziskovanja zdravljenja zasvojenih z drogami malo pozornosti. Veliko jih meni, da ni zanesljiva oz. se ne obnese. Vsekakor se tudi ni, ne konceptualno in ne metodično, razvijala ne na ambulantnem, kot tudi ne na stacionarnem področju. Razlog za to je verjetno dominantnost skupinskega ideala.

3.1.1 Individualna terapija – diadično zdravljenje – v stacionarnem okolju

Šele v zadnjih letih se pojavlja več poročil o izkušnjah, da število uspešno zaključenih terapij z daljšim časom abstinence po zaključku korelira s povečanim vložkom individualne terapije kot elementa zdravljenja v stacionarnem okolju (Küfner 1995).

Diadična situacija individualne terapije je zajeta v stacionarno celotno okolje (*setting*), ki zaradi daljšega trajanja zadržanja in koncentriranih ravnalnih ukrepov deluje močnejše kot samo element terapije s posameznikom. Tudi prej so se rezultati zgoščevali v tem, da je terapija povprečno uspešnejša z dolgoročnimi učinki, kolikor dlje obstaja trajanje zadržanja v stacionarnih okoljih (Kanthak, Hensel, Steier 1988). Zdi se, da individualna terapija, kot del social-terapevtske skupne možnosti stacionarnega zdravljenja, v tem kontekstu pospešeno pridobiva na pomenu. Sodeč po izkušnjah pa naj njen pomen vendarle ne bi presegel skupinskih možnosti v terapevtskih skupnostih. Veliko stacionarnih ustanov teži danes k temu, da se izgradi psihoterapevtska ura s posameznikom – največkrat v tedenskih frekvenci – z enim psihoterapevtsko kvalificiranim referenčnim terapevtom. Ob taki obliki dela pogostokrat izražajo obstoj nevarnosti, da bi klient lahko izbral individualno terapijo iz obrambnih razlogov, da se zaščiti oz. izolira pred kontakti z drugimi klienti in še naprej beži v svojo iluzionistično izpolnjeno odmaknjenost. Vendar se da to z metodično obravnavo dobro preprečiti. Izvajanje takih terapij s posameznikom v stacionarnih okoljih vsekakor zahteva veliko izkušenost in profesionalnost terapevtov. Izhajati moramo iz tega, da so diadične situacije zdravljenja tudi v stacionarnih okoljih terapevtske skupnosti praviloma indicirane pri posameznikih z dvojno diagnozo, kot npr. pri klientih z mejno osebnostno motnjo (*Borderline* motnja osebnosti), pri klientih s post-travmatsko stresno motnjo (post traumatic stress disorder/PTSD) ali pri klientih z motnjo zaradi deficita pozornosti *Aufmerksamkeitsdefizitstörung* – ADHD), tako rekoč nujno potrebne.

Vsekakor morajo biti ustrezna izhodišča na strani ustanove (izkušenega referenčnega terapevta, posameznega in skupinskega nadzora ipd.). Tu je opremljenost veliko ustanov, kar se tiče posameznih terapevtskih možnosti, večkrat še pomanjkljiva. Teža tega je toliko večja, kolikor bolj je iz diferencirane diagnostike razvidno, koliko **post-travmatskih obremenitvenih motenj** najdemo ravno pri zasvojenih z drogami – ne nazadnje iz travmatičnih izkušenj v okviru njihove kariere uživanja drog in nikakor ne samo ali zaradi zgodnjega obdobja. Specifični pristopi PTSD-zdravljenja (*van der Kolk, McFarlane, Weisaeth* 1996) morajo priti v pogostejšo uporabo tudi v okviru terapije ljudi, ki imajo težave z zasvojenostjo z drogami (*Petzold* 1997c).

⁵ V nadaljevanju zaradi krajše oblike uporabljam: »individualna terapija«, v smislu terapije s posameznikom!

⁶ Diadičen (gr.) – binaren, dvosmeren, dvojen

3.1.2 Individualna terapija – diadično zdravljenje – v ambulantnem okolju

Ambulantno okolje z izključno individualno terapijo je do zdaj veljalo za kontraindicirano, spet prej zaradi ideoloških predpostavk (predsodkov) in enotirnega cilja terapije abstinence. Vendar pa obstaja velika količina drugih **indikacij za individualno terapijo** (npr. motivacijsko delo, krizna pomoč, odpravljanje travm, težave parov, spremljanje pri bolezni AIDS-a itd.), ki postanejo s prevladujočo usmeritvijo v abstinenco popolnoma podcenjene. Po dolgoletnih izkušnjah na mestu svetovanja odvisniom od drog v Hannoveru in v dveh posebnih hamburških projektih iz novejšega časa, lahko indikacijo gledamo prej kot bolj pozitivno. V nemško-govoreči znanstveni literaturi ni moč najti nobenega zanesljivega poročila oz. ocenjevalne študije, ki potrjuje uspešno zdravljenje zasvojenih z drogami v obliki abstinenčno usmerjenih, ambulantnih terapij s posamezniki. Vendarle pa so se v multi-centrični študiji *Simpsona* ambulantne obravnave oz. zdravljenja s ciljem abstinence v 24 % izkazale kot uspešne in v 33 % kot izboljšanje (za primerjavo s stacionarnim zdravljenjem, kjer je uspešnost 28 oz. 40 % in pri metadonski terapiji 27 oz. 41 %) (*Simpson* 1984). Z izjemo slik motenj, ki jih brez dvoma lahko jasno pripišemo zlorabi drog, pri tem pa neizkušeni terapevti in terapevti z dolgoletnimi izkušnjami na področju terapevtskega dela z ljudmi, ki imajo težave z zasvojenostjo, takih ambulantnih terapij s posamezniki pri težki odvisnosti ne bi smeli vzeti v obzir izolirano. Tudi mlajša poročila iz Berlina, Hannovra in Braunschweiga, jasno govorijo v prid temu, da naj bi klienti v povezanem sistemu našli možnosti zdravljenja, v katerih so dane možnosti zdravljenja kombinirane s skupinsko ali socialno terapijo ali s svetovalnimi ukrepi in podporo (*Küfner* 1995). Izključno ambulantna terapija s posamezniki je tudi v teh projektih prej izjema kot pravilo (*Raschke, Vertheim, Kalke* 1996).

Individualna terapija v socialno-terapevtsko usmerjenem sistemu povezav bi morala biti praviloma **vodena kot kombinirana terapija**, v katerem bi bilo mogoče čim prej čim pogosteje del(ov)ati in to vse do dnevnih kontaktov. Občasno se izkažejo kot nujni tudi redkejši kontakti v fazi začetne izgradnje zaupanja. Vedno moramo izhajati iz daljšega (časovnega) obdobja vsaj 18-24 mesecev. Poročila o takih terapijah pravijo, da ne predstavljajo težav in trdovratnosti vsakokratne simptomatike samo indikacije za ambulantne individualne terapije. Iz tega bi bile lahko zadovoljene tudi potrebe po delitvi, pogovoru in kontaktu z ljudmi, ki dajejo socialno podporo. V tem kontekstu bi človek pomislil, da zasvojeni z drogami praviloma živijo v pomanjkljivih socialnih mrežah in da večinoma ne dosežejo izstopa iz takih mrež.

Pomoč pri izgraditvi mrež (*Dargel*, ta zvezek) je lahko bistvena naloga individualne terapije. Tako mora mrežna perspektiva v terapiji ljudi, ki imajo težave z zasvojenostjo z drogami skupno dajati večji pomen (*Röhrle* 1994), predvsem, če pomislim, kakšno vlogo imajo mreže za postopke formiranja identitete (*Hass, Petzold* 1999; *Petzold* 1982a; 2001p).

3.1.3 Vloga terapevtov v diadičnem zdravljenju

Teme posamezne terapije kot diadičnega zdravljenja, ki je bila izražena po izkušnjah klientov, so praviloma doživetja frustracij, bolezni in travm, ki so povezane s strahom, sramom in občutki neuspeha. V tem je postavljena pod vprašaj **holding function**⁷ terapevtov, ki klientom omogočajo

⁷ (sposobnost terapevta, da (v)zdrži s klientom ob njegovih čustvih, da se terapevt ne umakne, oz. da začasno klientu pomaga nositi (čustveno) breme, dokler se klient sam dovolj ne opolnomoči)

podporo in razvoj samoučinkovitosti, samozvesti (občutkov lastne vrednosti), »osebne suverenosti« - tako, kot ti aspekti povzetega koncepta integrativne terapije (Petzold, Orth 1978) – prav tako pa **podporne tehnike** opolnomočanja vedenja pri načinu spoprijemanja (*coping styles*), spodbujanju kreativnih poti reševanja (*creating styles*) ali pri terapevtsko usmerjeni obdelavi kritičnih življenjskih dogodkov (Filipp 1990) in posledic iz prizadetih socialnih situacij, tako da si klient npr. prek verbalne osvetlitve ali s pomočjo igre vlog ponovno okrepi predstavo teh obremenitev (Petzold 1971e; Sieper, Petzold 2002). Terapevt mora biti v takem stanju oz. mora biti tako pripravljen, da lahko prevzame oporno-podporno funkcijo, saj se od njega zahteva spretnost ravnanja pri konfrontativnih intervencijah. Kajti ponesrečene in kot destruktivno občutene intervencije sprožajo pri klientih, ki imajo težave z zasvojenostjo z drogami pogostokrat tudi nekontrolirane napade jeze in sovraštva, kot smo o njih razpravljali npr. v kontekstu borderline-simptomatike (problematika mejno strukturiranih klientov).

Poleg tega se bo moral terapevt pogostokrat dokazati pri mehanizmi razcepitve s strani klientov, ki so včasih tako radikalno izraženi, da pri slabo izobraženih terapevtih lahko pripeljejo do resignacije terapije s posameznikom v stacionarnih okoljih. Uravnoteženje med *podporo* (Support) in *konfrontacijo* je za dotičnega terapevta praviloma naporno in zahteva dobro povezovanje v skupino oz. redno *področno-kompetentno* supervizijo (Petzold 1998a, Petzold, Schigl et al. 2003), saj bo le ta lahko prinesel dobre rezultate na tem področju. V nobenem primeru namreč ne smemo izhajati iz neomejeno pozitivnega ali za sistem pacientov učinkovitih učinkov nadzora (Schay, Petzold et al., ta zbirka, Gottfried, Petjean, Petzold 2003), temveč morajo na mesto »mitičnega nadzora« (Leitner, Petzold et al. 2004) stopiti na dokazih temelječi modeli, ki kažejo učinke na vseh ravneh nadzorno-nadzornega sistema klientov – in ki so še redki (Oeltze, Ebert, Petzold 2002) – v nasprotnem primeru se zaradi raziskovalnega položaja (Petzold, Schigl et al. 2003) napoveduje popolna skepsa.

3.2 Skupinska terapija

Skupinska terapija v njenih različnih oblikah in modelih (Petzold, Frühmann 1986) velja pri zdravljenju zasvojenih z drogami kot izbirna oblika terapije. V tem primeru ni stacionarnih ustanov, ki bi shajale brez skupinske terapije. Tudi v ambulantnih okoljih (glej zgoraj) predstavlja neupoštevanje skupinske terapije izjemo. Skupinska terapija s svojimi bogatimi možnostmi učenja, učinki ter novo ali ponovno socializacijo (glej spodaj) doživetij intenzivnejših medčloveških odnosov, predloge z identiteto povezanih procesov (postopkov identitete) itd., je praviloma osnova načrta zdravljenja pri terapiji zasvojenih z drogami. Veliko stacionarnih ustanov zato dopušča pojavljanje dnevnih srečanj skupinske terapije. Tudi v nekaterih ambulantnih okoljih je dvakrat-tedenska skupinska terapija predpisana kot obvezujoča ravnalna možnost. Tudi te skupinske terapije ne bi smele biti s strani pacientov/klientov nikoli vzete kot pravica oz. zahtevke edine možnosti zdravljenja zasvojenosti z drogami – pa naj bo to v ambulantnih ali stacionarnih okoljih – saj so potrebni dodatni elementi ravnanja oz. zdravljenja. Za ambulantno področje je edina, v konflikt usmerjena, skupinska terapija praviloma kontraindicirana (v nasprotju), zlasti če ne obstajajo nosilni socialni sistemi podpore oz. socialni sistemi, ki so sposobni nuditi ustrezno podpro. Če je okvir stacionarnih okolij zdravljenja zagotovljen, mora biti terapevtska skupina z zasvojenimi z drogami organizirana s pripadniki obeh spolov, če ni podana posebna indikacija za specifično žensko obravnavo (pri težjih spolnih zlorabah, dolgotrajno in zelo pogostim, prisilnim prostituiranjem, ipd.). Skupina naj bi zajemala osem do deset udeležencev in bi tudi v tem primeru morala biti načrtovana za daljše časovno obdobje.

Priporočen je aktivnejši **metodično-integrativni pristop** skupinske terapije (*Petzold, Schneewind 1986, Orth, Petzold 1995*). Za to je pomemben večji skupinski prostor, ki dopušča možnost in je primeren za različne vaje, igre itd. ter je opremljen s potrebnimi pripomočki. Tu se lahko dogajajo tudi telesno usmerjeni elementi terapije (sprostitvene tehnike, vaje usmerjene v dihanje in gibanje itd.). Priporočene so sekvence psiho drame, preko iger vlog, saj je izključno verbalni potek na srečanjih, po izkušnjah na podlagi dela z zasvojenimi z drogami, malo učinkovit, če se nanj sploh odzovejo. Metodika, usmerjena v izkušnje z dodano aktivno udeležbo, vedno znova vpeta v razločevalno pojasnjevanje izkušenj s soudeleženci v skupini, to pomeni z raznolikimi skupinsko dinamičnimi sekvencami *feed-backa* in skupinskih postopkov analize, pri katerih se posameznik z drugimi v skupini izraža in se lahko z njimi postavlja v položaj/se pozicionira, naj bi bila pravilo (prim. tukaj integrativni model postopek skupinske analize (das integrative Modell der Gruppenprozessanalyse) *Orth, Petzold 1995*).

Izkušnje intenzivnih medčloveških odnosov v skupini, skupinsko delo prenašanja in projekcije itd., terapevtsko podprta izgradnja novih odnosov in podpiranje formiranja identitete, so osrednje področje skupinske terapije zasvojenih z drogami. Ker so lahko samo psihoterapevtske metode, ki so usmerjene v odnose tiste, ki so na dolgi rok uspešno sprejete pri zasvojenih z drogami, je skupinska terapija primerno področje zdravljenja in učenja, v katerem se lahko udeleženci tako z razčiščevanjem odnosov kot tudi z anticipacijo »naučijo živeti«. Skupina zagotavlja mešanico razbremenitve in konfrontacij, delujoče skoraj kot »točka kristalizacije« človeških izkušenj. Z »MI«-izkušnjami, povezovalno kohezijo, z zrcalno in ojačevalno funkcijo skupine lahko dostopamo do vseh področij izkušenj in funkcij in naredimo terapevtski vpliv dostopnejši in bolj odprt. Zlasti integrativna terapija s svojim metodično-integrativnim pristopom dela pri zasvojenih z drogami, ima izredno primeren skupinski instrumentarij za cilj nove in ponovne socializacije, razvila pa je tudi v rešitev usmerjeno delo in **izključitev** virov (*Petzold 1997p*), ki so le v zelo redkih primerih kontraindikatorni za zasvojene z drogami, ker omogočajo dinamično iskanje cilja in njegovo realizacijo (*Petzold, Leuenberger, Steffan 1998; Petzold, Schneewind 1986*). Tu se lahko doživijo izjemno globoko segajoče izkušnje v smislu »popravljalnega« ali »alternativnega« terapevtskega vpliva, ki lahko intenzivno vplivajo na spremembo in učinke. (Te skupinske terapije ne gre zamenjevati z namensko postavljenim skupinskim programom, kot npr. trening odvajanja od kajenja itd., ali tudi vedenjsko-terapevtsko vodene učne skupine, ki za zavoj namen doseganja postavlja bolj specifične, vnaprej postavljene cilje.)

Terapevti v takih skupinskih terapijah so sami izpostavljeni močnim čustvenim učinkom. Če terapevt ni del dobro povezanega kolegalnega tima, in ni izpostavljen redni in področno-kompetentni superviziji, terapevtski sodelavci v tem delu praviloma ne morejo vzdržati več let. Trdna drža, v smislu izogibanja konfliktom oz. nekontrolirano in nedozirano izvajanje preplavljajočih afektov na strani klientov, zasvojenih z drogami, deluje na vsakem skupinsko-terapevtskem srečanju. Tu najdemo ustreznemu nivoju odgovarjajoče varstvo pred ponižanji posameznega udeleženca in predstavlja za skupinskega terapevta vsakodnevni izziv.

3.3 Družinska terapija

Po dolgem času prej zavračajočega odnosa terapevtov, ki se ukvarjajo s terapijo zasvojenih z drogami proti »povzročajočemu« družinskemu poreklu, je konec 70. let družinska terapija z naraščanjem pomena dela svojcev in staršev in z vstopom le-te na področje pomoči zasvojenim z drogami ter kasneje s prihodom v rešitev usmerjenih konceptov in obljub o kratkotrajnem terapevtskem (postopku), postala zelo priljubljena. V celotnem pogledu pa se posamezni družinsko-terapevtski oz. »sistematični« terapevtski pristopi pri zdravljenju zasvojenih z drogami, kljub njihovem deloma hitremu razvoju, niso obdržali kot glavna pot pri terapevtskem delu z zasvojenimi z drogami. Kot pozitivna se je izkazala stacionarna obravnava in ambulantna terapija (glej zgoraj) v smislu **z vseh strani spremljajočih ukrepov** med fazo naknadne skrbi. Do zdaj še ni nobenih raziskovalnih rezultatov o tem, ali/da ima postopek/ukrepanje v obliki družinske terapije oz. sistemskega načina zdravljenja pri zasvojenosti z drogami pri zgoraj opisani klienteli kakšen učinek. Tudi v tem primeru je obljubljanje ozdravitve (*Petzold* 1997p) skeptično, kot velja za vse obljube ozdravitve na področju terapije zasvojenih z drogami. Izključno družinska terapija v poznanih nizkofrekvenčnih oz. kratkotrajnih terapevtskih uporabah po sistemskih pristopih (kot npr. po *Pelviniju Palazzotiju, de Shazerju* itd.) pri zasvojenih z drogami v zgoraj definiranem smislu ni indicirana. V nasprotju s tem je vložek družinske terapije in družinskega svetovanja pri družinah z mladostniki, ki so droge jemali krajši čas, zelo opazna, če so razjasnjene nadaljnje predpostavke (glej zgoraj).

Družinsko terapevtska prizadevanja v ambulantnih okvirih, npr. v zgoraj omenjenih projektih, so se obdržala v smislu **dela s svojci** (prim. k integrativni terapiji *Petzold, Josić, Erhardt*, ta zbirka), predvsem, ko se končno odločijo za dolgotrajni uspeh ambulantne ali stacionarne terapije, zlasti za vključujočo socialno utrditev/stabilizacijo v vsakdanjem življenju in v socialnih mrežah oz. konvojih (*Hass, Petzold* 1999; *Kahn, Antonucci* 1980; *Kahn, Antonucci* 1980b; *Petzold* 1995a,b). Če pa bi to družinsko-terapevtsko usmerjeno delo svojcev postalo organizirano, ima (družinska terapija) po prikazanih izkušnjah vsekakor veliko vrednost, saj se v tem primeru lahko borimo proti realnimi konflikti med generacijami in njihovimi, deloma zelo divergentnimi nazori (svetovnimi nazori), vsaj s pristopnim načinom pa se lahko rešijo in spremenijo tudi maligni introjekti pri ponotranjenih odnosih staršev (*Petzold* 1995a).

V stacionarnem okolju se je spremljajoče družinsko terapevtsko delo svojcev izkazalo kot zelo smiselno in s stabilnim uspehom. Komaj katera stacionarna ustanova upošteva to možnost zdravljenja/obravnav. Pokazalo se je, da ni samo intrapsihična sprememba zasvojenega z drogami tista, ki dolgoročno vodi k uspehu, pač pa tudi spremembe realnih odnosov/vedenja v mrežah, npr. s starši, katerih vloga je pogostokrat narekovana s simptomi **soodvisnosti**. Vedno znova se najdejo povezave z »konfluentnimi-prezaščitniškimi« materami, ki svoje mladostnike zelo priklepajo nase in jim ne pustijo oditi (po svoje)⁸, podobno kot tudi problem manjkajoče očetovske figure na eni strani, ali figura dominantno-vladajočega očeta na drugi strani. Od teh se lahko zasvojeni z drogami, ki se zdravijo s pomočjo terapij, potem tudi – če se ne doseže nobena rešitev zavoženih/zaštrikanih družinskih razmer – uspešno ločijo. (primerjaj tudi z *Arterburn*, 2003).

⁸ V smislu, da jim ne pustijo, da bi živeli svoje življenje.

Dobra notranja individualnost staršev, ki se kaže tudi v dogajanju odnosov, se zdi za konsolidacijo absolutno potrebna in podpirajoča v družinski obravnavi ali v terapiji s posamezniki. Pri tem velja poudariti, da so take terapije za starše velikokrat zelo pomembne, saj so v družinski izgoelosti (*burnout*) zelo obremenjeni z njihovim, z drogami zasvojenim otrokom in velikokrat tudi resno zbolijo. V tem delu se kaže posebna naloga družinsko-terapevtskega dela na področju dela z zasvojenimi z drogami. Vsekakor se mora to delo z zasvojenim z drogami distancirati oz. se mora rešiti pogostokrat predpostavljenih stigmatizirajočih občutkov krivde do staršev oz. družinskega porekla, v tem primeru pa je razmislek o tem še posebej potreben oz. celo nujen.

Medtem ko je učinkovitost družinske terapije stabilna in jo označuje visoka efektivna vrednost (Grawe, Donati, Bernauer 1994), družinska terapija pri zasvojenih z drogami pri zgoraj opisani skupini klientov še ni potrjena. Osupljive simptomatične »ozdravitve« komajda lahko ločimo od poznanega spontanega izboljšanja in učinkov samozdravljenja in jih ne moremo šteti za indikativni namig oz. navodilo za edino usmeritev k družinski terapiji (Weber, Schneider 1992). Družinski terapevt, ki dela z zasvojenimi z drogami, mora biti sposoben premagovati čustveno obremenitev, mora biti zelo prilagodljiv in zelo gibljiv, tako kar se tiče opazovanja kot tudi vodenja, s toplo podporo in hkrati strog in nepopustljiv, mora pa biti tudi spodoben postavljati pravila/norme/meje. Specifične prakse, klinično znanje in lastne izkušnje so tudi v tem primeru, tako kot na drugih terapevtskih področjih, brezpogojni predpogoji oz. predpostavke.

3.4 Socioterapevtske možnosti

V nadaljevanju opisane socioterapevtske možnosti s psihoterapevtskimi ukrepi v stacionarnih kot ambulantnih ustanovah oz. načinu zdravljenja smatramo za zelo smiselne, če ne že nujne. Vsi v nadaljevanju naštetni načini zdravljenja so bili realizirani s strani več inštitucij, največkrat v urnem obsegu 15 ur tedensko in več. Predstavljajo bistveno področje psihoterapevtsko učinkovitih načinov zdravljenja v stacionarnih in deloma tudi v ambulantnih programih, zaradi česar smatramo sicer poklicno nadaljnje izobraževanje ergo-, gestalt(ung)⁹- in delovnih terapevtov v smislu »socialne terapije« (Petzold 1997c, Petzold, Petzold 1993a) za nujno (npr. zahtevati terapevtsko skladna delovna navodila na področju delovne terapije – na primer kot sodelavec v vrtnariji – visoko interakcionalno kompetenco pri zasvojenih z drogami, ki so se praviloma že nekaj let nazaj odvadili »od dela«).

3.4.1 Ergoterapija, umetniške terapije, delo s »kreativnimi mediji«

Ergoterapija, ki zahteva ustvarjalnost in je lahko tudi terapevtsko-umetniško usmerjena, se praviloma ponuja v vseh stacionarnih, večinoma tudi v ambulantnih načinih zdravljenja. Da pritegnemo možnosti projektivne diagnostike ter možnost uporabe in hkrati izziva neverbalnega izražanja pri verbalno šibkih pacientih so kot možnost zdravljenja pri zasvojenih z drogami nepogrešljive tako oblike umetnostnih terapij, kot tudi terapije zaposlitve. Večinoma so rezultati teh terapevtsko

⁹ Nekateri avtorju delajo razliko med *Gestalttherapie* in *Gestaltungstherapie*. Poglej si definicijo na: <http://de.wikipedia.org/wiki/Gestalttherapie>, kjer piše: »*Gestalttherapie ist nicht zu verwechseln mit Gestaltungstherapie*.« Kar pomeni, da ne smemo zamenjevati Gestaltungs- in Gestalt-terapije!!! Pri *Gestaltungstherapie* gre za teoretične modele psihoanalize, medtem ko gre pri *Gestalttherapie* za hermenevitično-fenomenološki psihoterapevtski postopek.

vodenih, od klientov lastnoročno narejenih »izdelkov« narejeni v skupinskih terapijah ali v terapiji s posameznikom. Kot kolaži narejeni samoportreti¹⁰ slike samih sebe ali naslikane slike samih sebe, družine itd. so zelo uporabni materiali v terapiji s »kreativnimi mediji« (prim. *Wächer* in *Flinks*, *Integrative Suchttherapie* 2004), ki so psihoterapevtsko zelo relevantni in je za njihov razvoj prispevala pionirsko delo prav integrativna terapija (*Petzold, Orth* 1990, *Petzold, Sieper* 1993).

3.4.2 Delovna terapija

Delovna terapija se praviloma izgrajuje v stacionarnih ustanovah po urah kot »čisto« psihoterapevtsko zdravljenje/obravnavo. Delovno-terapevtske možnosti se najdejo npr. v vrtovih, v kuhinji, v različnih delavnicah, kakršna je na primer mizarska, pa tudi opravljanje hišnih in gospodinjstskih del, proti koncu terapije tudi v obliki delovne prakse. Pomembnost teh, na **osebno reintegracijo** usmerjenih možnosti zdravljenja/obravnave, se je potrdila kot smiselni ukrep, kot kaže tudi raziskava *Thiela* (ki jo je opravil *Thiel*), po kateri sta se skoraj dve tretjini zasvojenih z drogami, glede na poklicno reintegracijo, izkazali kot opazno izboljšani (*Thiel* 1995). Cilj delovne terapije je razvoj spretnosti/veščin in sposobnosti za vsakodnevni ustrezen odnos do dela, npr. moč volje, vztrajnost, zanesljivost, motivacija, zavezanost/predanost (*commitment*).

Terapevtsko podprti rezultati uspeha naj bi motivirali k predelovanju negativnih izkušenj socializacije z delovnega in poklicnega življenja in h krepitvi in ustrezni pozitivni podpori spremenjenega odnosa. V koordinaciji (skupno s) psihoterapevtskimi ukrepi, se lahko obdelajo problemi glede odločitev volje, moči volje in moči vztrajanja, sposobnosti, ki so bile v socializaciji večkrat poškodovane – in kar je zanemarljiva tema psihoterapije (primerjaj tudi z *Žorž*, 2002).

3.4.3 Indikacijske skupine

Praviloma se posamezni pacienti/klienti napotijo v določene tako imenovane »indikacijske skupine« glede na njihov profil in deficite, od katerih so se npr. ženske skupine za ženske izkazale za nepogrešljive. Druge možnosti so v gledaliških skupinah za kliente, ki so šibki pri gibanju in izražanju, pri katerih zaradi javnega nastopanja nastopi »socialni strah«, seveda tudi v moških skupinah, ko želijo ali morajo, psihoterapevtsko usmerjeno, predelati seksualno ali agresivno problematiko. Te indikacijske skupine so po možnostih malo omejene, če niso usmerjene samo na probleme in deficite, temveč tudi na **kompetence** klientov in prispevajo k razvoju njihovih virov in potencialov pred ozadjem konsistentnega, resursno-teoretičnega koncepta (*Petzold* 1997p).

¹⁰ *Petzold* govori o »slikah samih sebe«.

3.4.4 Telesna in športna terapija in terapija z gibanjem

Zasvojeni imajo popolnoma moten oz. destruktiven odnos do svojega telesa. Ne doživljajo se kot »telesni subjekt« (Petzold 1996a, 2002j). V tem kontekstu mora biti terapija specifično zastavljena. Telesno-, gibalno- in športno-terapevtske možnosti ne smejo manjkati v stacionarnih ustanovah za zasvojene z drogami, kjer se le-ti spoprijemajo s svojo problematiko. Njihov namen ni samo v telesni vadbi, temveč bi morali v tem pogledu izhajajoč iz smisla telesnostnega osrediščenja in telesnega doživljanja oz. izkušenj narediti bolj izkustveno, da telo in oseba ne ostaneta disociirana, temveč morata biti povezana v doživljanju drug drugega (samodoživljanju), da se izpolni povezanost verbalnega jezika in ne-verbalnosti v celoten govor in pri pripovedih. V tem kontekstu se lahko uporabijo tudi športno-, gibalno- ali plesno-terapevtske možnosti, ki dopolnjujejo oz. pomagajo kompenzirati ustrezne deficite (Petzold 1974j; 1988n; 2004h). Prav v *integrativni terapiji z gibanjem*, ki vključuje tudi elemente daljnovzhodnih budo vaj (Petzold, Bloem, Moget 2004), je mogoče doživeti samega sebe kot telesni subjekt in razširiti svoj igralni prostor ravnanja in doživetij oz. ga poglobiti (Hausmann, Neddermeyer 1996). Budo-delo s kung-fujem, taichijem in podobnim, ki jih je Petzold (1974d) prakticiral z ogroženimi in zasvojenimi mladostniki že na začetku 70. let, se je izkazalo kot zelo učinkovit doprinos k zdravljenju (Bloem, Moget, Petzold 2004; Höhmann-Kost, Siegle 2004).

Telesno usmerjeno psihoterapijo bi morali uporabiti, da spodbudimo intrasomatične in intrapsihične spremembe, ki jih naredimo bolj izkustvene in spremljajoče ter z njimi predvsem dosežemo tudi somatične in psiho-somatične učinke. Če pogledamo nevrobiološke dimenzije psihičnih motenj, ki so povezane z daljnosežno disregulacijo nevrohumoralnega odziva/dogajanja (Grawe 2004; Petzold 2002j; Schiepek 2003) in nevrobiologijo problematike zasvojenosti z drogami, pri kateri z jemanjem drog pride do popačeno kondicioniranega dopaminergičnega sistema, se v specifični športni-, gibalni-, sprostitveni-, dihalno-terapevtski ukrepi, ki globoko vplivajo na spremembe v psiho-fizološkem sistemu vaditeljev, kažejo zelo razumne oz. smiselne poti zdravljenja – to velja še zlasti za kardio-vasku-pulmoralne vrste vzdržljivostnih športov, terapijo teka, ki jo je glavni avtor kot prvo vključil v psihoterapevtskem delu (Petzold 1974j, van der Mei, Petzold, Bosscher 1997). Te metode ciljajo na to, da premaknejo kronificirano **stress physiology**, »**kompetenco regulacije** in **performanco regulacije**«, ki ju najdemo pri veliko zasvojenih, zopet na **wellness physiology**, terapevtska naloga, ki ji v prihodnosti na račun izjemnih rezultatov zdravljenja – npr. pri *major depressions* (*ibid.*) – tudi v terapiji zdravljenja zasvojenih z drogami, velja nameniti večji pomen (Sachy, Jakob-Krieger et al., ta zbirka). Za zaključek tega poglavja velja še enkrat poudariti, da morajo biti zajeti vsi psiho-, telesno-ustvarjalni- družinski- ali socioterapevtski posamezni ukrepi kot del skupnega koncepta v oblikovanju možnosti zdravljenja v »terapevtsko skupnost« in v sistem povezovanja pri terapiji in rehabilitaciji zasvojenih z drogami (glej zgoraj).

4 Postopek

V nadaljevanju naj bodo na kratko predstavljeni koncepti in metodični principi relevantnejših postopkov terapije, katerih prispevek pri obravnavanju zasvojenih z drogami je uspešno sledil v več letih in katerih koncepti in principi so se ohranili v praksi ali pa so ostali vsaj v uporabi. Pri tem se osredotočamo predvsem na nemško govoreči prostor, saj je problematika drog v Združenih državah Amerike tako zelo različna od evropske, s tem pa tudi terapevtski pristopi, načini pomoči in rehabilitacije, da bi le stežka prenesli izkušnje in raziskovalne rezultate iz enega okolja v drugega in obratno. Obširna računalniška raziskava in temeljito izpraševanje strokovnjakov o učinkih specifičnih terapevtskih postopkov iz širšega spektra ustanov, niso podali veliko informacij. Večino dela je opisnega oz. je podano v primerih. Iz tega razloga ne more biti podano posebno veliko bogastvo zanesljivih terapevtsko-metodično specifičnih ocenjevalnih raziskav, ki bi podprlo prepričljive oblike raziskovanja katamnesticnega¹¹ ovrednotenje vsakokratnega terapevtskega postopka z zadostnim številom opravljenih in relevantnih študij. Raziskovalno stališče oz. raven še nikoli prej ni bila tako zelo nezadovoljiva (prim. dela *Petzolda* in *Thomasa* v tej zbirki). Po izhodiščnem izvajanju je za naše mnenje tako in tako omogočeno vsaj to, da raziskujemo celotne učinke vseh programov zdravljenja, v katerih psihoterapevtski postopki predstavljajo le en element.

V celoti gledano so se v nemško govorečem prostoru, pa tudi v ameriškem prostoru, pri obravnavi zasvojenih z drogami v glavnem ohranili pristopi **izkustveno aktivirajočih humanistično-psiholoških tradicij** (psiho drama, geštalt terapija) ali **eklektični** oz. **integrativni** terapevtski pristopi, zlasti, ker jih je lahko zelo dobro uporabiti v okviru terapevtskih skupnosti oz. stanovanjskih skupnosti (*Petzold, Vormann* 1980). Pred vsemi stvarmi je v modernih, in po našem mnenju, zelo elaboriranih metodno-integracijskih oz. transmetodičnih modelov psihoterapije (*Genton* 1989; *Norcross, Goldfried* 1992; *Petzold* 1992; *Sponsel* 1995) opaziti veliko obetajočih razvojev (*Petzold, Hentschel* 1993; *Petzold, Thomas* 1994). Metodno-integrativni postopki pa vendarle prav tako vse do danes niso bili zadovoljivo raziskani z ocenjevalnimi oz. katamnesticnimi študijami na področju terapije zasvojenih z drogami. Ocenjevalnim in efektivnim študijam na področju obravnavanja problematike drog, stoji nasproti zelo veliko in deloma komaj rešljivih metodoloških in raziskovalno-tehničnih problemov (*Petzold*, ta zbirka), ki verjetno tudi ne dopuščajo nobenega pravega upanja za resnično neoporečne oz. nedvoumne rezultate (*Martin, Wilkinson* 1989; *Thomas, Petzold, Schay*, ta zbirka) – o na dokazih temelječih rezultatih (*Dobson, Craig* 1998; *Mace et al.* 2000), pa naj si jih še tako želimo – gre za enkrat molčati.

Pomembno je omeniti, da so v ambulantnih in stacionarnih ustanovah za terapijo zasvojenih z drogami delujoči sodelavci praviloma zaključili svoje izobraževanje na področju psihoterapevtskih znanosti oz. vsaj iz njenih delov. V praksi so tako uporabljali prej mešanico oblik različnih, večinoma eklektičnih postopkov. Zato se ocenjevalne študije praviloma tudi ne morejo nanašati na nedvoumno opisan oz. jasen in strogo določeni uporabljeni postopek. **Manualizirane obravnave** v realnosti terapevtskega vsakdana in v ustanovah za terapijo zasvojenih z drogami niso, ali pa so v najboljših primerih le občasno, uporabljene v okvirih raziskovalnih projektov. Čeprav je psihoanalitični pristop v kliničnem okolju zelo razširjen in je vedenjsko-terapevtska tradicija na univerzah zelo trdno

¹¹ Katamneza - anamneza, ki jo proučimo po preteku bolezni.

uveljavljena, moramo ugotoviti, da imata v praksi terapije z zasvojenimi od drog prav ta dva »usmeritvena postopka« samo še zelo podcenjeno vlogo.

V ospredju stojijo izkustveno-usmerjeni, humanistično-psihološki, eklektični oz. integrativni terapevtski postopki, zlasti geštalt terapija, psiho drama in postopki, ki izvirajo iz drugih virov, zlasti z dna splošno-psiholoških in socialno-znanstvenih raziskav, in seveda integrativna terapija, ki se je razvila prek psihoterapevtskega raziskovanja. Drugi terapevtski postopki kot npr. pogovorna psihoterapija po *Rogersu*, transakcijska analiza po *Berneju* ali celo prej nenavadni terapevtski postopki, kot npr. primarna terapija po *Janovu* itd., se pri zdravljenju zasvojenih niso ne ohranile niti se niso dolgo časa uporabljali v praksi. Poleg tega tudi ni na voljo ustrezne oz. odgovarjajoče literature (kot je to, nasprotno, pri alkoholnih boleznih (*Rost 1994*)). Zanašati se na rezultate šolsko-specifičnih eficientnih raziskav, ki so pridobile na pomenu pri drugih skupinah pacientov, pri specifičnosti obravnave zasvojenih z drogami ne smatramo za metodično in klinično sprejemljive oz. opravičljive.

O temeljnih vprašanjih glede ocenjevalnih študijah sta že 1983 diskutirala *Kampe* in *Kunz*, situacija pa se na tem področju vse do danes še ni spremenila (*Kampe, Kunz 1983*). Veliko stvari ostane le pobožna želja, pri čemer je možno da tradicionalno raziskovanje zaradi kaotičnih življenjskih okoliščin zasvojenih z drogami ne bo nikoli prineslo zares zanesljivih rezultatov (*Petzold 1994h, repr. za zbirko, Steffan, Petzold 2001*).

4.1 Globinskopsihološki in psihoanalitični postopek

Danes skorajda ni več skrivnost, da so psihoanalitični in globinskopsihološki postopki v praktičnem zdravljenju oz. obravnavi zasvojenih z drogami v osnovi vzeto zgrešeni. Tudi njihovi nozološki in etiološki modeli pri zdravljenju zasvojenih z drogami, npr. motnje v zgodnjem človekovem življenjskem obdobju, so bile postavljene zaradi novih longitudinalnih razvojnih raziskav in razvojnih raziskav o dojenčkih pod znaten pritisk in drobnogled (*Rutter 1988, 1993; Stern 1992*). Danes skorajda ni več klinik za zdravljenje zasvojenih z drogami, ki bi delovale izključno in samo po globinskopsihološkem ali psihoanalitičnem pristopu.

Pogoste so bile izkušnje, da je psihoanalitični ali na psihoanalizo naslonjeni terapevtski postopek na področju drog neučinkovit. Kljub temu pa obstajajo posamezna delovno-praktična poročila, ki interventno večinoma niso posebno konkretna in predvsem niso obdelana specifično glede na motnje. Kot **primer** naj služi delo, poimenovano po *Burianu* (*Burian 1994*). V poglavju psihoterapevtske tehnike za delo z zasvojenimi z drogami predstavlja različne terapevtske pristope iz ameriškega okolja, vendar pa nobene specifične psihoanalitične tehnike za terapijo zasvojenih z drogami glede izvajanja načrta zdravljenja in ustvarjanja procesnega poteka. Tudi štiri predstavljena področja primerov niso prepričljiva, saj sta dva primera potekala istočasno z zdravljenjem v isti terapevtski skupnosti, ne da bi bila pri tem interakcijska dinamika obeh okolij/primerov zadovoljivo osvetljena. Pri enem od primerov ni nobenih navedb oz. podatkov, četrti primer pa je po avtorjevem mnenju neuspešno poročilo (kar moramo v principu označiti kot pozitivno, saj je to le redek primer).

V tehničnem smislu zdravljenja je za psihoanalitični postopek nujno – to moramo poudariti – da se razvije **transfer** in da se le-ta intenzivira k terapevtu. Tak potek pa je pri zasvojenih z drogami komajda mogoč, celo kontraindiciran. Prav tako so kontraindicirana pojasnila transferov (ki,

mimogrede, z uspehom terapije izkazujejo negativno korelacijo (Grawe, Donati, Bernauer 1994). Nevropsihološke raziskave post-travmatičnega sindroma stresa (van der Kolk, McFarlane, Weisaeth 1996) kažejo na to, da moramo pričakovati motnje, ki se pri zasvojenih zagotovo pojavljajo praviloma v povečani meri (Petzold 1997b), in da bodo travmatsko- oz. konfliktno prekrivajoče in iz-delane terapevtske strategije kontradiktorne, če ne pride prej do uspešne konsolidacije življenjske situacije in ureditve/preusmeritve časovno pogojenih vzorcev hiper-vzburjenja in omamljanja. Tudi novejši pristopi psihoanalitičnih tehnik zdravljenja po Heigl-Evers et al., ki gradijo na novih kategorijah »strukturnih jaz-motenj« po Fürstenau, se zdijo, da se ne primejo oz. niso uporabni pri zdravljenju zasvojenih (Heigel, Schultze-Dierbach, Heigl-Evers 1994). Heigl-Evers et al. Ugotavljajo, da naj bi bil klasični princip interpretacije, t.j. odkritje nezavednega, konflikte izzivajočega dogajanja prek ponovne povezave v kontekstu smisla pri zasvojenosti, »neoznačen«. Zasvojenim z drogami manjka povezava njunih notranjih struktur. **Regulacijska potencia** jim manjka tudi pri vzpostavitvi terapevtske povezanosti oz. zveze. Ker morajo biti regulacije na zunanje objekte vodene oz. delegirane, mora biti psihoanalitična tehnika zdravljenja načeloma predelana in obogatena z »interakcijsko komponento«. To dosežemo prek »**principa odgovora**«, ki presega zapoved abstinence: terapevt »odgovarja avtentično v smislu njegovih afektov proti pacientu, vendar v izrazju selektivno z glasovanjem o teh tolerančnih mejah« (Heigel-Evers, Heigl, Ott 1993). Lahko pa bi »odgovoril« tudi razsojajoče: »Mislim, da ste že malo napredovali.«

Zdravitelj v realizaciji »principa odgovora« ne igra samo vloge partnerja v dialogu, ki selektivno izraža lastne občutke, temveč daje tudi normativne predloge, potrjuje učne korake, ponuja »zrelejšo« interakcijo – do sedaj vse po geštalt-terapevtskem vzorcu intervencije – da se torej spodbudi »libidizacija socialnih procesov izmenjave«. Zgornji integrativni primeri jasno kažejo na to, da ta postopek ne more biti pravica oz. zahtev in privilegij psihoanalitične terapije pri delu z zasvojenimi z drogami, saj so lahko uspešne tudi te iste intervencije, ki jih izvajajo drugi izšolani terapevti, in to brez kakršnekoli spremembe. Ta, novejši razvoj pri Heigl-Evers je očitno izpeljan iz geštalt terapije, na katero kaže tudi Rüger, ki je tudi sam psihoanalitik (Rüger 1986). Princip »selektivne avtentičnosti« po Lore Perls in Ruth Cohn, ki sta se sami nadalje izobraževali pri Fritzu Perlsu, je bila prevzeta po Heigl-Evers na katero so vplivale doživete izkušnje pri Cohn, in je v delo z zasvojenimi z drogami vnesla oz. vgradila psihoanalitične tehnike zdravljenja. To je za psihoanalitično paradigmo vsekakor smiselna, vendar teoretično-imanentno gledano problematična novost, ki postavlja teoretične probleme konsistence in se v tem primeru ne more ozirati na nobeno od elaboriranih odnosnih teorij¹². Skupno moramo nanjo gledati kot na korak, ki presega metodno smer, in ki bi jo lahko sistematično (še) bolj dodelali (razmislek o tem pri Grawe 1998).

Zaključku oz. sodbi ustrezno: »**Kjer je bil transfer, naj postane odnos**« (Petzold 1980g), je taka procedura v socialno-znanstvenih širše zastavljenih konceptih integrativne terapije veliko bolj stroga in konsekvantneje izgrajena (glej spodaj).

Psihosomatične tehnike zdravljenja se zaradi tega med drugim ne morejo prijeti pri zasvojenih z drogami, ker je bolezenska slika določena izključno intrapsihično in je deloma oblikovana – če gledamo iz modernejšega zornega kota – iz nerazumljivih hipotetičnih gradnikov (Hopper 1995). Tudi

¹² *Beziehungstheorie* – ni jasno ali gre za odnosno/vedenjsko teorijo ali za podobno teorijo oz. teorijo na katero bi se lahko nanašala...

novejši, na objekt navezujoči pristopi, kot jih zajema *Rost* pri alkoholizmu, so tudi pri klientih, ki so zasvojeni z drogami do sedaj zajeti kvečjemu v pristopih (*Burian*), niso pa bili metodično konceptualizirani. Zato se v tem kontekstu ne bojimo opozoriti na to, da tako psihoanalitična tehnika zdravljenja, kot tudi popolnoma psihoanalitično usmerjena nozologična interpretacija teh slik motenj na noben način ne odgovarjajo več modernim zahtevkom oz. pravicam diagnostike in zdravljenja v terapiji zasvojenih z drogami.

4.2 Vedenjska terapija

Vedenjski terapevtski pristopi pri zdravljenju zasvojenih z drogami so se v zgodovinskem razvoju prav tako zelo spreminjali. Prej uporabljane metode **averzijske terapije** se dandanes ne uporabljajo več in jih moramo kritizirati tudi iz etičnih vidikov. Prav tako danes, še zelo redko uporabljajo **desenzibilizacijske metode** in **metode prikrite senzibilizacije** (covered sensitization), pri katerih se na vedenje uporabnikov, ki mu sledijo sprožilne situacije za jemanje droge, vežejo predstave negativnih posledic jemanja droge oz. da bo prekinitev verige vedenjskih vzorcev pri jemanju drog povezana s predstavo prijetnejših posledic. Ta po *Klett* et al. razvit in ocenjen program v tej liniji, je bil z 32 % od drog ozdravljenih pacientov dve leti po zdravljenju dobro utrjen na področju takratnih katamnističnih študij (*Klett, Hanel, Brühringer* 1984; *Simpson* 1984). Namesto teh so se danes uveljavili programi treningov, ki poudarjajo **lastno varnost** in **samokontrolo**, ki se nadalje razvija v modernih konceptih **vodenja samega sebe**¹³ po *Kanfer*(ju). Ti vedenjsko-terapevtski koncepti so deloma ocenjeni (*Herbst* 1992). Pri razvoju vedenjsko-terapevtskih ukrepov so opustili prejšnje (izvirne) koncepte zdravljenja, kot so bili npr. izdelani in uporabljeni v »Prop« (PROP-ALTERNATIVE) v južni Nemčiji, tako da so se vedenjsko-terapevtski programi vedno znova zelo temeljito spreminjali in se med seboj deloma očitno razlikujejo. Takrat sta se vedenjska terapija in tudi koncept vodenja samega sebe¹⁴ uveljavila zlasti prek »kognitivnega preobrata« in kasneje tudi »emocionalnega preobrata« (*Kanfer* 1989), vendar samo na nekaterih ustanovah oz. smereh pri terapiji zasvojenih z drogami. Vendar pa pri delu z zasvojenimi le-ti (pristopi) niso bili specifično dodelani in tudi ne ocenjeni v posameznostih.

S »**kognitivnim preobratom**« so bili v vedenjsko-terapevtske pristope privzeti pristopi iz kognitivne terapije in iz racionalno-čustvene terapije, bili pa so tudi poskusi vgraditve različnih tehnik (npr. **ustavitev misli, igre vlog**) v terapijo z zasvojenimi z drogami. *Petzold* (1971e, *Petzold, Osterhues* 1972) je tu že z vedenjsko usmeritvijo v integrativnem pristopu (*Sieper, Petzold* 2002) že zgodaj vnesel vedenjsko-terapevtski okvir. Uspehi niso nastopili v obliki, za kakršno je upal in kot so se izkazali pri drugih vedenjsko-terapevtsko obravnavanih slik motenj (*Grawe, Donati, Bernauer* 1994). To je popolnoma razumljivo, če si predstavljamo življenjske situacije zasvojenih, ali če razumemo tisto, kar si prizadeji predstavljajo pod izrazom »pritisk zasvojenosti« oz. čemur se v raziskavah reče »Craving«¹⁵.

Vedenjsko-terapevtski programi bi morali in lahko ponudijo pomoč prek dosegljivih, operacionaliziranih in postopno vodenih ciljev, ki se nanašajo na odnose do hranjenja, kajenja itd. ali spodbujajo razvoj v odnosu do dela in preživljanja prostega časa v smislu modifikacije želenega obnašanja oz. odnosa. K temu spada npr. tudi spremenba »žargona zasvojenih« ali drugačen zaključek oz. prekinitev situacij, ki bi lahko vodile k uživanju drog itd. Druga vedenjsko-terapevtska modaliteta se nanaša na posredovanje **dogovorov** oz. **kontraktov**, t.j. tehnike, ki je bila prvotno

¹³ Selbstmanagement

¹⁴ Selbstmanagementkonzept

¹⁵ Hrepeneti, imeti potrebo, močno si želeči (drogo, oz. sredstvo za omamljanje zavesti)

razvita v trans-akcijski analizi. Kontrakti kot kvazi pogodbeni dogovori zajemajo definicijo problemov in posledic, ki potegnejo za sabo bodisi povratniško (v recidiv) ali abstinenčno vedenje.

Takšni »kontingenčni kontrakti« so v **času oskrbe v terapiji** smiselni. V času akutne zasvojenosti ali čustveno obremenjujočega boja proti pritisku zasvojenosti ali pri obdelavi obremenjujočih življenjskih izkušenj, se pri njih kaže pomanjkanje smisla, praviloma pa tudi nimajo nobene učinkovitosti. Četudi morda ti koncepti kontraktov ali zaustavitve misli zvenijo še tako preprosto, pripadajo le – na kar mora biti izrecno pozorni – vedenjsko-terapevtsko izobraženim ali dodatno izobraženim (npr. tistih, ki že delujejo po integrativnih metodah) terapevtom. Nevarnost napačnega pristopa in večinoma z verižno reakcijo težav povezanega nazadovanja, bi bila prevelika. Vedenjsko-terapevtski elementi so vgrajeni v integrativno terapijo že od njenih začetkov – obrnila se je k VT-repertoarju¹⁶ in vedenjski drami ter imaginativno-kognitivnim tehnikam in zastopa lastno »kompleksno učno teorijo« na nevroznanstveni podlagi (*Petzold, Osterheus 1972; Sieper, Petzold 2003*).

Psihično tako globoko segajoča in kompleksna slika motenj zasvojenosti z drogami z njenimi mrežno-dinamičnimi implikacijami, zahteva v terapiji intenzivno vedenjsko-usmerjeno, čustveno bogato in v socialne kontekste vključenost oz. integriranost.

Novejši razvoji paradigme tradicionalnih vedenjskih terapij, v smeri sistematičnega, nelinearnega, odprtega **zančnega modela**¹⁷ oz. zajemajočih **modelov krožnih pravil**¹⁸ (*Kanfer 1989*) ali sploh po *Graweju* metodno-presežni pristop »psihološke psihoterapije« (*Grawe 1998*), so izravnali poti, ki v osnovi psihološkega temeljnega raziskovanja posegajo nazaj, ponujajo integrativni okvir, v katerem imajo indikacijsko-specifično mesto vedenjsko-terapevtski pristopi.

¹⁶ VT – Verhaltenstheorie – vedenjska teorija

¹⁷ Schleifen – zanka, pentlja

¹⁸ Regelkreismodelis

4.3 Psihodrama

Psihodramatska terapijo z zasvojenimi z drogami lahko že zelo zgodaj najdemo v ZDA (*Eliasoph* 1955; *Kampe, Kunz* 1983), pristope, ki so s *Petzoldom* in *Leutzem* prišli tudi v Nemčijo (*Leutz* 1974; *Petzold* 1971b, c, 19721). Psihodrama velja za **eksperimentalni, t.j. v doživetje usmerjen terapevtski postopek**. Sprva je bila bolj kot na razumevanje, usmerjena na spremembe vedenja s pomočjo intenzivnosti očiščevalnega doživetja, kot je to tipično za humanistično-psihološke terapevtske postopke, hkrati pa je že vgradila oz. uporabila vadbene in vedenjsko-modificirane igre vlog, torej tehnike, ki jih je prevzela vedenjska terapija. Sam terapevtski postopek je lahko večstransko modificiran in redko ustvarja pri ustreznih ravnanjih kontraindikacije (z izjemo akutnih samomorilnosti in akutnih psihotičnih dekompenzacij). Tudi pri pripadnikih iz tako imenovanih »nižjih slojev« lahko zelo dobro uporabimo psihodramo, ker se ne nanaša na elaborirano govorno kompetenco, pač pa na doživljanje, na akcijo v igri in na srečanja v medčloveških relevantnih situacijah. Tako je Moreno, utemeljitelj psihodrame, več let delal s psihotičnimi pacienti na psihodramatski način. Uporaba psihodrame v ambulantnih in stacionarnih ustanovah, ki ponujajo pomoč pri spoprijemanju z zasvojenostjo je, v nasprotju s tem, danes veliko prej (oz. pogostejše) naravnana oz. uporabljena v kliničnem vsakdanu, kar velja za metodo skupinskega zdravljenja, ki tako v **protagonistično usmerjenih igrah** posameznikov dopušča zelo veliko prostora, kot dopušča tudi veliko možnosti npr. v oblikah ustvarjalnega insceniranja skupinskega dogajanja (*Petzold* 1984).

V psihodrami imamo na voljo diferenciran instrumentarij za večstransko in z več zornih kotov obravnavano problematiko pri zasvojenih z drogami, ki vsakemu prizadetemu omogoča:

- ponovno ter osvobajajoče doživljanje težkih oz. obremenjujočih izkušenj prek doživljanja »resničnega drugič« (*Moreno*), ki se ponavlja na odru,
- scensko predelovanje doziranih travmatičnih situacij¹⁹ po ustrezni travmatično-terapevtski pripravi (glej zgoraj),
- realni pogled na fantazijske situacije, ki jih istočasno obravnavamo kot resnične (npr. pogovor z umrlim očetom itd.),
- anticipirano preizkušanje in vadba situacij, ki jih doživlja kot ogrožujoče (npr. razgovor za službo) itd.

Ker psihodrama kot princip metodičnega zdravljenja s svojimi večstranskimi tehnikami zdravljenja oz. obravnave ni nujno vezana na določeno nozologijo (čeprav hkrati kot postopek vsekakor razpolaga z njo (*Petzold* 1984)), se medtem uporablja pri psihoanalitično ali vedenjsko usmerjenih terapevtih. Slika motenj – pa naj gre za učno-teoretično ali psihoanalitično konceptualizacijo – ostaja pri takem postopku podrejena vsakokratni interpretaciji referenčnega postopka.

V tem pogledu se lahko psihodrama dobro integrira v skupni koncept terapije zdravljenja zasvojenih z drogami kot prilagojena **metoda skupinskega zdravljenja**, ki ima tako potencial obdelovanja konfliktov kot tudi vzbuja in razvija ustvarjalnost, socialno življenje in kompetenco delovanja za

¹⁹ Traumasituationen

socialne situacije. Tako kot protagonistično usmerjena psihodrama kot tudi izrazne oz. odgovarjajoče igre vlog prispevajo s tem h krepitvi občutkov lastne vrednosti in doživljanja identitete in izzivajo samozavzeto vedenje v ustrezni obliki, npr. prek *social-skill-training*²⁰. Zaradi tega smo psihodramo kot metodo zdravljenja izvajali v veliko ustanovah, ki delujejo na področju terapije zasvojenih z drogami, pri čemer je bila – po izjavah terapevtov - pri zasvojenih z drogami pozitivno sprejeta, ker je konkretna, živa in čustveno odgovarjajoča.

Psihodrama v terapijah zasvojenih z drogami do sedaj še ni bila zadovoljivo ocenjena prek znanstvenih raziskav, temveč je bila podprta le prek številnih kazuističnih izkustvenih poročil. Ta poročila govorijo za to, da lahko psihodrama vsekakor uspešno uporabimo pri ravnanju oz. obravnavi, dokler se njena oblika intenzivne fokalne regresije ne uporabi vsaj v začetni fazi zdravljenja, temveč jo nadzirano vnaša v postopek terapevt. To zahteva spretnost, izkušnost in domiselnost, tako da se tu za to delo zopet zahtevajo le psihoterapevtsko izkušeni terapevti psihodrame. Ker je psihodrama na odnos in srečanje usmerjen postopek, jo skoraj vsi strokovnjaki ocenjujejo kot pozitivno možnost zdravljenja. (V Zvezni republiki Nemčiji je izobraževanje v psihodrami kot specifične zasvojenko-terapevtske dodatne izobrazbe zelo cenjeno in priznано s strani nemškega združenja nosilcev pokojninskega zavarovanja – *Verband Deutscher Rentenversicherungsträger* (VDR).)

4.4 Integrativna terapija

»Integrativna terapija« velja danes za moderno terapevtsko metodo, ki presega šolske oz. izobraževalne okvire (prim. *Ebert, Könnicke-Ebert*, *Integrative Suchttherapie* (2004)) v okviru »**novih integrativnih paradigem**« (*Petzold* 1992g), ki se razvijajo v raziskovalno-usmerjenem, klinično-psihološko naravnem področju (*Norcross, Goldfried* 1992; *Grawe* 1998; *Fiedler* 2000). Ta paradigma, ki velja za enega prvih pristopov na tej integrativni poti, ima pionirski položaj.

4.4.1 Določitev pojmov oz. izrazja

»Integrativna terapija« ne kombinira samo »*metodno-integrativnega*« modela, ki je v ozadju *transteoretičnega* modela tako humanistično-terapevtskih kot tudi globoko-psiholoških, sistemskih in vedenjsko-terapevtskih pristopov, temveč ima v teoriji in praksi v sebi konsistenten model; tako rekoč je razvila meta-model in samostojno prakseologijo, kot to dokumentira ta knjiga in delo z naslovom *Integrative Suchttherapie*²¹ (2004), pri čemer se v osnovi usmerja na temelj psiholoških, nevro- in socialno-znanstvenih raziskav kot tudi na rezultate raziskav psihoterapije. Iz tega zornega kota ima vsekakor položaj – in to je ena od (njenih) posebnosti – od temeljev naprej elaborirane »klinične filozofije« (*Petzold* 1991a/2003a) z znanstveno-antropološko zasnovano sliko človeštva (*Petzold* 2003e) z angažiranim in etnično ter politično zavednim, angažirajoče za pravične življenjske odnose – tu dolgujemo *Bourdieuju* (1997, 1998, prim. *Leitner, Petzold* 2004) – in s tako usmerjenostjo »pomembnega« položaja (*Petzold, Orth* 2004a, b; *Schuch* 2005).

Njen snovalec oz. ustanovitelj, *Hilarion G. Petzold*, jo je razvil v njenem bistvu, konceptualiziral njen temeljni položaj pri delu z zasvojenimi z drogami na koncu 60. let in jo dodelal v teoretično zelo

²⁰ Social-skill-training – trening socialnih spretnosti/veščin

²¹ *Integrativna terapija zasvojenost*

ustrezni obliki. V tem pogledu so bile vzete v obzir, poleg *filozofskih* vprašanj, to pomeni antropoloških (*idem* 2003e), spoznavnih (*idem* 2000h) in etnično-teoretičnih položajev (*idem* 200a) »klinične filozofije« (*idem Petzold* 1991a), *družbene perspektive* (*idem* 1994), v enaki meri pa so bili upoštevani tudi nevrofiziološki in psihološki rezultati raziskav, kot tudi socialno-znanstvene raziskave. Tako široko zasnovan pristop ponuja oz. predstavlja izdelano podlago za interpretacijo kliničnih slik motenj in družbenega pojava zasvojenosti z drogami v kontinuumu **life span development**-a posameznega zasvojenega in njihovih konvojov (*Petzold, Goffin, Oudhof* 1993). V tem pomenu lahko ustrezno upoštevamo tako aspekte mreženja²² (tako kot že pri psihodrami) (*Hass, Petzold* 1999; *Röhrle* 1994), vse do telesno- in gibalno- kot tudi ustvarjalno-terapevtskih aspektov (*Genton* 1989; *Petzold, Orth* 1990). Gre za obsežno metodiko zdravljenja oz. obravnave, ki se vedno znova trudi upoštevati institucionalne kontekste, povezovalne sisteme nudenja pomoči in področne dimenzije (*Petzold* 1974; *Petzold* 1998) in se trudi z zagotavljanjem ukrepov, kot npr. področno-specifičnega nadzora, razvoj organizacij, ki se s politično-usmerjenim delom trudijo na področju drog (*Petzold* 1997).

4.4.2 Ekskurz: »Integrativni pristop« - prek *geštalt terapije* in iz *psihodrame*

Integrativna terapija, »integrativni pristop« se je izgradil iz POLILOGA²³, »raznolikega pogovora na več straneh« (*Petzold* 2002c), na eni strani z različnimi psiho-terapevtskimi šolami in smermi na tem področju, po drugi strani (v svojem zgodovinskem razvoju) pa iz polilogičnih, ko-respondirajočih srečanj in razprav njihovih utemeljiteljev s kolegi(cami) in sodelavci(kami). *Petzoldova* koncepcija POLILOGA se namreč ne nanaša samo na komuniciranje v socialni mreži, temveč tudi v mreži »scientific community« (*znanstvene skupnosti*).

»POLILOG se razume kot večglasni govor, ki obdaja dialog med ljudmi in se preko njega tudi izraža, ga prefiltrira, sestavlja raznoliki smisel ali dopušča pojavitev in »izraznost« v ozadju, temelju ali pa je zajet v pojavljajočem se **polilogu** in dopušča, da pride »do besede«. [...] Koncept **poliloga** neizogibno v hipu prinaša **Mi**, strukturno odsotne druge, naredi govor drugih slišen ali povzroči, da se ga spomnimo, da morajo biti drugi slišani – nujno! S tem postanejo drugi v njihovi odsotnosti (*Levians*), v njihovem potencialnem nestrinjanju (*Foucault*), v njihovi *différance* (*Derrida*), v njihovi sodaržavljanskosti (*Arendt*) principiarno »significant others« (*bližnji*), pomembni sogovorniki v »večglasnem govoru« (*Bakhtin*), ki ga potrebujemo v humani, konvivialni družbi, v svetovno-državni družbi« (*Petzold* 2002b).

Ker ta knjiga in delo z naslovom *Integrative Suchttherapie*²⁴ (2004) predstavljata terapijo na področju problematike zasvojenosti v kontekstu različnih postopkov iz dna »integrativne terapije« (prim. pregled od *Ebert, Könecke-Ebert*, *Integrative Suchttherapie* (2004)), naj bodo na tem mestu v ekskurzu podane samopredstavitve njenih utemeljiteljev (iz intervjuja s predstavnikom švicarske Therapie-Charta) (*Petzold* 2003), ki omogočajo ocenitev pozicij (sensu *Derrida*) tega pristopa na poseben način.

²² Netzwerk – mreženje ali mrežno delo

²³ POLYLOG – definicija je podana v nadaljevanju (izraz je skovan po analogiji dialoga)

²⁴ Integrativna terapija na področju zasvojenosti

»Jaz nisem, v nasprotju s splošnim mnenjem, razvijal »naprej geštalt terapije«. Predem sem geštalt terapijo spoznal [1968], sem že bil **integrativno usmerjen**, saj sem bil Ferenci-anistično psihoanalitično in psihodramatsko usmerjen. To usmerjenost sem pridobil prek študija vedenjsko-terapevtskih ved (Petzold, Sieper 2002). Večina je menila, da je 800 publikacij prispevek k »integrativni terapiji«, katerim so sledile publikacije o psihodrami in telesni ter gibalni terapiji za »telesno usmerjeno psihoterapijo (prim. Petzold 2003). Že od sredine šestdesetih let sem imel pred očmi **»integrativno terapijo«** kot postopek diferencialne **»integrativne psihoterapije«**.

Z njo sva se ukvarjala Johanna Sieper in jaz ter v prakso vedno vnašala ustvarjalno-terapevtske pristope in delo s »kreativnimi mediji« - izraz, ki sem ga leta 1965 sam inavguriral in je pozneje postal tako zelo priljubljen v geštalt terapiji. Poleg tega sem imel izkušnje tudi iz telesne in gibalne terapije, ki sem jo hranil z dolgo socializacijo v borilnih veščinah (Petzold, Bloem, Moget 2004). Razvila sva integrativne oblike umetnostne terapije, poezijsko in biblijsko terapijo, dramsko terapijo itd., Sieper 1971; Petzold, Sieper 1970, 1993; Petzold, Orth 1985, 1990). Tako so nastale **»integrativne ustvarjalne in umetniške terapije«** (Petzold, Orth 1990, Petzold 1999q), ki so tesno povezane s pristopom integrativnega **»kulturnega dela«**, kot »k smislu usmerjena vključujoča družba, kulturno-kritične in kulturno-ustvarjalne dejavnosti (Petzold 1987d, Petzold, Orth 1990a, 2004b). Vedno sva bila teoretično, praktično in znanstveno aktivna tudi pri izobraževanju odraslih kot andragoga in geragoga in vodila velike ustanove za izobraževanje odraslih [...]. V tem kontekstu sva razvila **»integrativno agogiko«** (Petzold 1978c; Petzold, Brown 1997) in ne geštalt-pedagogike (Sieper, Petzold 1993). Z **»integrativno telesno in gibalno terapijo«** (idem 1974j, 1988n, 2004l, van der Mei, Petzold, Bosscher 1997; Schay, Petzold et al. 2005) sem izdelal telesno-, gibalno- in športno-terapevtske oblike zdravljenja in tako sem skozi desetletje trajajoče socialno-terapevtsko delo v terapiji zasvojenih in dela s starejšimi s kolegi lahko razvil celosten pristop **»integrativne socioterapije«** (Petzold 1974b; Petzold, Schay, Ebert 2004). In vse to je bilo konskeventno »terapiji skozi celotno življenjsko obdobje«, t.j. »lifespan developmental therapy« (Petzold 1993a, 1999b), vseživljenjskemu učenju (»life long learning« (Petzold, Sieper 1970; Petzold 2005), viziji življenjske poti v smislu zavezanosti individualnega in kolektivnega, diferencialnega in integrativnega kulturnega dela ter ustvarjanja smisla (Petzold, Orth 2004b).

Zaradi tega kompleksnega pogleda in načina pristopa, ki se iz *transverzalnega* razloga vedno znova na novo »uporablja« (Schuch 2004), da se vzame življenjska resničnost za resnično, da jo dojemamo, razumemo in razložimo, vse to kot celota sem poimenoval kot model »hermenevtične spirale« (Petzold 1991a), in sem zopet diskurzno-analitično (Focault, prim. Dauk 1989) in dekonstruktivistično (Derrida, prim. Royle 2003) »metahermenevtično« reflektirajoče (prim. prvi odstavek v okvirčku) govoril o

»integrativnem pristopu« psihoterapije, telesne terapije, socioterapije, ustvarjalne terapije, agogike in kulturnega dela.

Vse to je bilo postavljeno v okvir »*life span developmental psychology, developmental psychopathology in developmental neurobiology*«²⁵ v vsakokratnem raziskovalnem stališču teh bliskovito razvijajočih se disciplin, ki morajo biti zajeti v raziskovanje. Tako je prišlo do **integrativne psihoterapije v celotnem življenjskem obdobju** – terapija dojenčkov²⁶ (Petzold, van Beek, van der Hoek 1994), otroška terapija (Petzold 1987a, 1995a, b, Petzold, Ramin 1987; Metzmacher, Petzold, Zaepfel 1995), terapija odraslih (1974j, 1988n, 2003a), gerontoterapija (Petzold 19965, 1979b, Petzold, Bubolz 1979; Petzold, Müller 2003), tanatoterapija (1980a, 1984c, 2005d) ter **agogike in izobraževanja v celotnem življenjskem obdobju oz. vseživljenjskega izobraževanja** (lifelong learning, éducation permanente) v pedagogiki s predšolskimi otroki (Petzold 1972e), s šolskimi otroki (1968; Petzold, Schulwitz 1972), v andragogiki z odraslimi (1973c, Petzold, Sieper 1970, Sieper, Petzold 1993) in drugimi v poklicnem izobraževanju (Petzold, Orth, Sieper 1995b; Petzold, Steffan 1999a,b), v geragogiki (1965, 1985a, 2004a; Petzold, Bubolz 1976), v tantagogiki, agogiki smrti oz. umiranja (2005d, Huck, Petzold 1985).

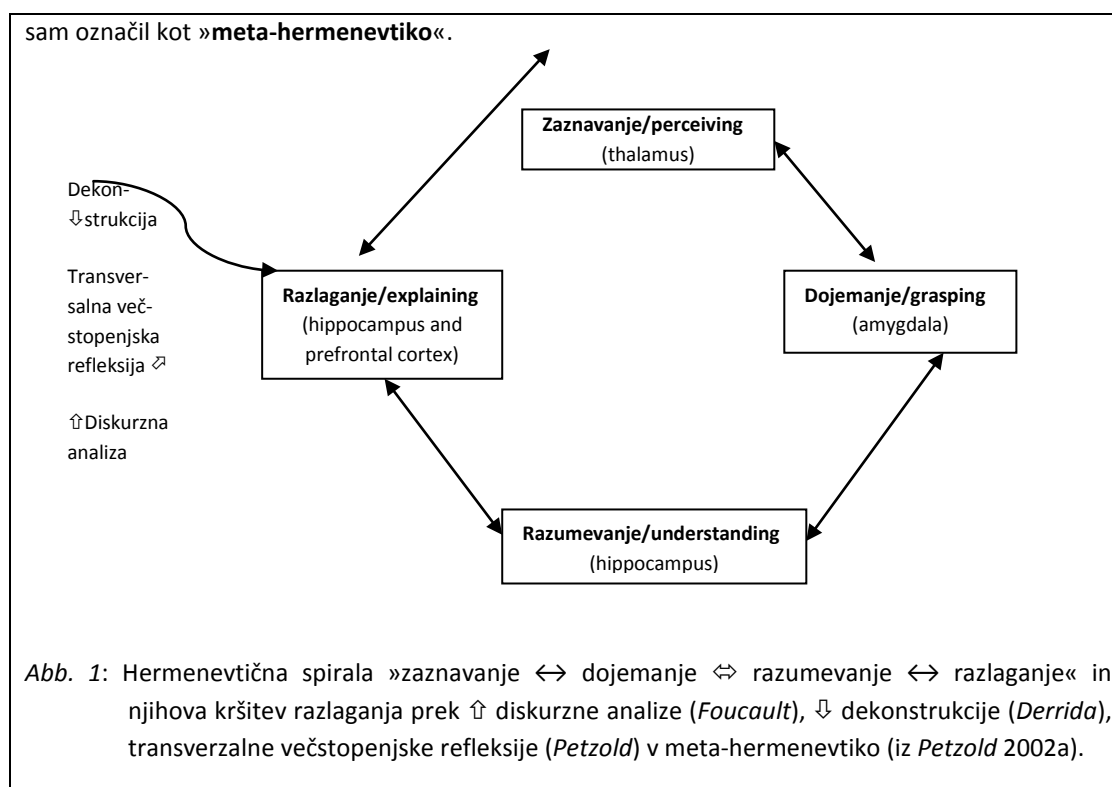
Če hočemo razumeti življenje, če hočemo razumeti sami sebe in ljudi, ki sodelujejo v prek-generacijsko segajočih družinskih/rodbinskih in prijateljskih mrežah – in sam sem želel že zelo zgodaj doseči zaokroženo znanje o življenju sledeč vzoru svojih staršev, ki so ga vedno živeli aktivno (Petzold 2002h) – potem se moramo spoprijeti s »heraklitično nevihto«, s celotnim **življenjskim obdobjem**. To sem storil in to še vedno počnem. Vedno sem delal v terapijah z otroki, odraslimi in starejšimi ljudmi. »Integrativni pristop« pri tem sloni na naslednjih temeljnih predpostavkah oz. domnevah:

»**Integrativni pristop**« je podrejen heraklitično-procesnemi »*panta rhei*« (»vse teče«) in vidi terapevtsko in agogično delo kot skupno *fenomenologično-hermenevtično* iščočo gibanje, t.j. nevroznanstveno zasnovan proces družbe – prvotno izhajajoč iz del ruske šole *Ukhtomskyja, Lurija, Berensteina, Anokhina* (prim. Bongaardt 1996; Cole, Maltzman 1969; Simonov 1991; Vocate 1987) – »kompleksnega učenja« (Sieper, Petzold 2002) – terapije terapevtov in njihovih partnerjev, pacientov, družin v dialogičnem oz. v polilogičnih procesih. Družinske oz. rodbinske in prijateljske mreže, »vodenje na poti«, »konvoj« (Kahn, Antonucci 1980, Petzold 1995a) bližnjih (G.H. Mead) so že realno ali virtualno prisotne: navzočih je vedno več govornikov in poslušalcev, kot je objasnili *Mikhail Bakhtin* (1981) (Petzold 2002c), ki so drug z drugim v »**ko-respondenci**«, v **POLILOGIH**. Le-ti določajo cilje v konsenzno-razhajajočih se postopkih oz. mnenjih in potek zdravljenja (obravnave) iz položaja »**večperspektivnosti**« - s čimer so poimenovani »temeljni koncepti« IT²⁷ (idem 2002b). Večperspektivni opazovalni način opisuje sposobnost »senzoričnih sistemov«, *priznava* za resnično raznoliko resničnost iz različnih zornih kotov; opisuje sposobnost »mnestičnega sistema«, ki jih zajema na račun raznolikosti aktiviranih izkušenj, in »kognitivnega sistema«, s katerim v njenem kontekstu *razumeva* oz. zna *razložiti* obstoječo kompleksnost – tako v nevrokognitivnem in hermevtičnem procesu – da se potem lahko kooperativno strukturira problematična situacija in se v preformancah, postopkih »kompleksnega učenja in delovanja« (Sieper, Petzold 2002) aktivno *spremeni*. Refleksijo teh skupnih procesov z njihovimi nevrobiološkimi izhodišči meta-refleksije, sem

²⁵ Razvoj preko celotnega življenjskega obdobja, razvojna psihopatologija in razvojna nevrobiologija.

²⁶ Säuglingstherapie – Säugling = dojenček.

²⁷ IT – kratica za integrativno terapijo.



Jasno je razvidno, da imamo v tem kontekstu prav malo opraviti z geštalt terapijo – namreč samo še na ravni »zaznavanja« in aktiviranja doživetij.

Upam, da bo jasno, da mi je na različnih šolah psihoterapije, in torej ne samo v geštalt terapiji, nekaj manjkalo. Pri posamezni šoli sem našel nekaj, kar je drugi manjkalo.

Za kar se mi je zdelo, da manjka bolj ali manj pri vseh smereh, in kar si tudi sam prizadevam razviti v integrativni terapiji kot doprinos k skupnemu področju psihoterapije v sodelovanju s kolegicami iz različnih šol, naj omenim nekaj primerov:

- *Integrativna hermenevtika* govornih in ne-govornih izrazov (Petzold 1988a) – zanjo se mi je zdelo, da manjka pri vseh pristopih,
- *kompleksna učna teorija* (Sieper, Petzold 2002), ta je manjkala pri veliko pristopih,
- tako kot *kompleksna teorija časa* (Petzold 1981e, 1991o),
- *kompleksna teorija telesnosti* (pri kateri sploh ni osvetljeno/zakrito telo iz psihoterapije) z vnosom telesne filozofije in nevro-znanosti (idem 1985g, 2002j),
- »klinična razvojna psihologija celotnega življenjskega obdobja« (idem 1981f, 1994j, 1999c),
- »klinična social-psihologija« (razvil sem jo po opornih točkah v okviru svoje terapije nadzora, prim. idem 1998a, 2000h, 2003b; M. Müller, Petzold 2003),

- *teorije o volji in hotenju* (*idem* 2001i, *Petzold, Sieper* 2003a, b) – v psihoterapiji je to popolnoma zanemarjena tema,
- »*filozofska terapijika*« o vprašanih vrednost, pravičnosti, smisla življenja (*idem* 1971, 2001k, 2002d),
- *celovito zajet epistemološki položaj* – razvil sem ga v obliki »*metahermenevtike*« (*idem* 1994a, 2000h),
- *kulturalističen, kulturno-teoretični pogled*; le-ta je določal integrativno-terapevtsko delo, »*integrativni pristop*« že od samega začetka, katerega so ljudje »sami kot umetniki in kot umetnine« v terapijah v nekaterih od njihovih odločilnih točk označili kot »umetniško oz. kulturno delo« (*idem* 1987d; 2001a; *Petzold, Orth* 2004a, b).

Seznam lahko še naprej z lahkoto dopolnjujemo. Če natančneje pogledamo, manjka kar nekaj (stvari) v psihoterapijah – *tudi v integrativni terapiji, v integrativnem pristopu* -, kjer moramo poglobljeno nadaljevati (z delom), povezavo, diferenciacijo, integracijo, revidiranjem, odlaganjem, arhiviranjem, preaktualiziranjem potekajočega heraklitičnega procesa, ker ... vse teče ... »tako da za hermetiko, dogmatiko, večne koncepte v integrativnem pristopu ni prostora. Integrativni pristop namreč zastopa »načelno nedokončanost«, je naklonjen nestrinjanju, kaže na večplastnost pozicij (*Derrida*) in perspektiv (*Ricoeur*) in ima zato načelno *vrednotenje vrednosti alteritete* (*Levians*) – in to je več kot toleranca – kar pa ne pomeni, da se bo umaknil »parestezijskim²⁸ razpravam o stvari«, saj zastopa zahodnjaške znanstvene temeljne kreposti »problematiziranja« (*Foucault* 1996), to pa vključuje samoproblematiziranje in problematiziranje v polilogičnih ko-respondencah. [...]

»Integrativno terapijo« sam vidim, kar zadeva njene klinične strani (njene kulturno-teoretične strani lahko uvrstimo drugače), kot *tok* ali *usmeritev* v okviru terapevtskih smeri »klinične psihologije«, kar hkrati priča o njenem izvoru iz »splošne psihologije« - temelj klinične, z njenimi priključenimi disciplinami »bio- in nevro-psihologije« (*Bierbaumer, Schmidt* 1991; *Schandry* 2003; *Schiepek* 2003), evolucijsko teorijo in evolucijsko psihologijo (*Mysterud* 2003) – zadnja je pomembna npr. za našo teorijo identitete (*Petzold* 2001p) in psihoterapevtske okvire konceptov (*idem* 2003e); tu pa je še veliko stvari, ki jih moramo osvojiti (*Bownds* 1999; *Campbell* 2002; *Glantz, Pearce* 1989; *Gilbert, Bailey* 1999). Ta priključitvena oz. dodatna stališča k biologiji, medicini in nevro-znanostim bodo postala za psihoterapijo čedalje pomembnejša, saj bodo iz njih izhajali temeljni impulzi – v tem se strinjam s *Franzom Casparjem* (2003) in *Klausom Grawejem* (2004) in tu se zdi moj postopek podoben *Grawejevemu* pristopu (1998), ki je vse kaj drugega, kot pa vedenjska terapija, ali pristopu *Petra Fiedlerja* (2000), ki svoja dela tudi označuje kot »integrativno terapijo«.

»Smeri« - *mezoparadigme* (prim. *Petzold* 1992g) –, ki se ponujajo v tako umeščeno paradigmo, so dogmatično manj ogrožene in bolj odprte za nova spoznanja, ki obstajajo v psihoterapiji, npr. iz nevro-znanosti (*Petzold* 2002j, *Schiepek* 2003) ali iz evolucijskih znanosti (*Archer* 1999; *Bjorklund, Pellegrini* 2000; *Corballis, Lea* 1999; *Gilbert, Andrews* 1998; *Stevens, Price* 2000). Bolje

²⁸ Parrhesiastisch – (iz parezija) – wiki: »to speak everything, freely and boldly«

lahko prevzemajo inovacije in doprinašajo več k inovacijam na skupnem področju psihoterapije. Kljub temu pa niso brez identitete, so pa njihove konture identitet »mehkejš«, njihove strukture identitet pa bolj odprte, se bolje prilagajajo »povezovanju« - sam sem usvojil take sociološke in podorčno-dinamične perspektive (Petzold 1998a, Petzold, Ebert, Sieper 1999) zaradi svoje socialno-psihološke oz. socialno-znanstvene usmerjenosti (slišal sem pri Lévi-Strauss, Moscovici). Te perspektive dajejo v nevrobiološkem pristopu ali bolje z njim osnovne impulze. Povezava med socialnimi znanostmi in nevrobiologijo je osupljiva (Freeman 1995; Schiepek, Kowalik 2003). Pri Morenu sem našel impresivno upoštevanje socialnih mrež in konstelacij, ki manjkajo v drugih psihoterapevtskih postopkih – »sistemiki« so izvzeti -, tudi v klasični geštalt terapiji – kljub Goodmanu, ki je v glavnem argumentiral politično – in tudi v novejši geštalt terapiji. Psihobiološki učinki *socialnih interakcij* v socialnih mrežah (Petzold, Schulwitz 1992; Petzold 1979c; Hass, Petzold 1999), tudi na nevromotorični ravni – npr. s sinhronizacijskimi postopki (med drugim kot je bilo nakazano delovanje zrcalnih nevronov, prim. Stamenov, Gallese 2002, Petzold 2002j), ali kot »*dialogue tonique*« (Ajuriaguerra 1962, 1970) – dokazano je bilo tudi na imunološki ravni (Bauer 2002; Schubert, Schiepek 2003). To poudarja pomen *biopsihosocialne* konceptualizacije, ki je imela v integrativni terapiji (Petzold 1965, 6/1985a, 13; 1974j, odst. III; 2001a) že od njenih začetkov osrednjo vlogo in je od Engelovih del (1977, 1997) pridobivala na pomenu tudi na medicinskem področju. V tem pogledu sem v diadični usmeritvi geštalt terapije preprosto pogrešal dimenzijo mrež. Ne nazadnje je v njej oz. v »community of Gestaltis« manjkala tudi »znanstvenikom prijazna kultura«, in to tako, kar se tiče recepcije psiholoških temeljnih raziskav (obsežen priročnik »Handbuch der Gestalttherapie«, Fuhr et al. 1999 na prepričljiv način dokumentira to pomanjkanje), kot tudi kar zadeva recepcijo klinično-psiholoških raziskav. [...]

V psihoterapiji »šolskih paradigem« sem pogrešal predvsem metakritične refleksije in raziskav njihovih lastnih teorij in njihovih virov na odprtih in zakritih ideologijah in mitih, ki so se mi, izhajajoč iz znanstveno-zgodovinskega mišljenja Georges-a Canguilhema, Michela Foucaulta ali Jacques-a Derrideja in iz drugih usmeritev Paula Ricoeurja zdele nujne, celo nepogrešljive (prim. našo knjigo »Die Mythen der Psychotherapie, Petzold, Orth 1999).

Svojega, več desetletij trajajočega dela *ne* smatram kot poskus ustanovitve lastne »šole« - šole so v senci mogočnih ustanoviteljev vse prevečkrat podlegle dogmatiki in jih epigogi večkrat poenostavljajo kot zaprte sisteme pravoverstva oz. se zdijo enostransko izdelane (moje delo je, upam, le preveč kompleksno za takšne redukcionalizme). Šole so največkrat etablibarne kot trdne »communities«, kar je gotovo bistvenega pomena za zagotavljanje identitete, to pa ustvarja tudi nevarnosti, nasproti katerim se moramo senzibilizirati. Moje stališče je, da bi moral čas ustanavljanja šol miniti, tradicionalne šole pa bi se s svojimi dodelanimi strukturami in skrbno izpeljanimi stališči znanja bistveno odpreti novemu. Prav tako bi morale kritično preveriti svoje aksiome, kjer le-ti zavirajo oz. onemogočajo potrebne inovacije. Psihoterapija je postala preveč kompleksna, da bi danes lahko posameznik – pa naj bo še tako sposoben in genialen – sam utemeljil postopek, ali da bi ga lahko sam na novo izgradil ali nadaljeval pretežno po intuicijah oz. usmeritvah genialnega »očeta²⁹«, ki je postavil temeljne koncepte v 19. in v začetku 20. stoletja. Danes potrebujemo priključitvene možnosti na širši ravni, poleg tega pa mora biti tudi postopek

²⁹ Utemeljitelja.

tak, da te »priključitve omogoča« (Luhmann 1992), ali pa ga moramo takega narediti. Zaradi tega vidim svoja dela kot prispevek k teoretičnemu temelju splošnih disciplin »**psihoterapevtske znanosti**« - ne k »splošni psihoterapiji« (prim. za razlikovanje Petzold 1995g) – h »klinični psihologiji« in »psihoterapevtski psihiatriji«, tako kot k vsem usmeritvam ali šolam, ki lahko uporabijo moje teorije in metode, kjer so v »**konceptsintonu**«, prav tako, kot mi upoštevamo psihoterapevtske raziskave in klinično metodiko *celotnega področja*, t.j. tega, kar lahko uporabimo v naši obliki in usmeritvi **konceptsintona** »integrativne terapije« (2002h), po skrbnem preverjanju sposobnosti delanja zaključkov, saj se brez tega lahko znajdemo v »divjem eklekticismu«, kar pa ne more biti naš cilj. V psihoterapiji »šolskih paradigem« sem pogrešal predvsem metakritične refleksije in raziskav njihovih lastnih teorij in njihovih virov na odprtih in zakritih ideologijah in mitih, ki so se mi, izhajajoč iz znanstveno-zgodovinskega mišljenja *Georgesa Canguilhema*, *Michela Foucaulta* ali *Jacquesa Derrideja* in iz drugih usmeritev Paula Ricoeurja zdele nujne, celo nepogrešljive (prim. našo knjigo »Die Mythen der Psychotherapie, Petzold, Orth 1999).³⁰ [...]

Trenutno doživljamo številne – dobrodošle – integracijske poskuse, ki so dandanes v psihoterapiji običajni pri integriranju truda, spoznanj nevroznanosti in modernih psiholoških raziskav, s čimer seveda ne ostane več prav dosti od izvirnih pristopov. Tako je prišlo pri Graweju (1998, 2004) najprej do »splošne psihoterapije«, nato do »psihološke psihoterapije«, da je – ker je bila slednja še vedno preozko zasnovana - nazadnje pristal pri »nevropsihoterapiji« (s tem gre pri njem na žalost tudi a določen korak nazaj hkrati s pozitivističnim redukcionizmom, saj je podlegel fascinaciji »nevro paradigem«). Najbrž izraz »splošna psihoterapija« le ni bil tako napačen. Fiedler (2000) , ki se še 1980 obrača »proti metodi integraciji argumentov za problemsko usmerjeno psihoterapijo«, je pristal pri »integrativni psihoterapiji« in Egger (2003) preskoči iz VT³¹ na »integrativno vedenjsko terapijo« - manjkrat upoštevan članek je uspeh, vendar so meje »vedenjskih pojmov« trdne. Morda bi bil izraz »**klinično-psihološka [psiho]terapija**« še najbolj primerna oznaka za omenjene pristope, ker priključitev h klinični psihologiji pojasnjuje, da vsekakor vseskozi vnaša bio- on nevro-psihična znanstvena dognanja oz. izhodišča. Zgodaj sem izbral izraz »**integrativna terapija**« in ga označil kot »bio-psiho-socialni pristop« (1965, 1974j, 1991a); zgodaj sem tudi govoril o »integrativni humanistične terapiji« (1971) (po analogiji humanistične biologije, humanistične medicine in v jasni povezavi s humanistično znanostjo oz. k »*humanities*«, Petzold, Sieper 2001d). Takrat sem videl (Petzold 1982), da se bodo v prihodnosti ustanovljale »šole integriranja«, ali da »morajo šole postati bolj integrativne«, v *fin de siècle* sem opazil še večjo, še bolj poudarjeno težnjo po še večjem sodelovanju smeri (idem 1999p), vendar se je tema »teritorialnosti« zdela komaj premostljiva. V substanci si postaja vedno več psihoterapevtskih postopkov čedalje bolj podobnih, četudi kot še nikdar poprej poudarjajo njihove razlike in edinstvenost njihovih stališč. »Če pridejo ti pristopi v ko-respondenco, ki jo prinašata spoštovanje in interes za položaj drugih, obstaja možnost, da pridemo do resnično osnovanih in učinkovitih integrativnih modelov, medtem ko bi lahko preprečili moč in boje za položaj človeškega in znanstvenega napredka tudi na tem področju. Čas ortodoksnosti se izteka.

³⁰ Tudi v izvirniku se ta stavek ponovi – prim. str. 74/2. odstavek in str. 75/1 . odstavek.

³¹ vedenjska terapija (*Verhaltenstherapie*).

Vprašanje je, če bodo novi časi boljši, saj je integracija mukotrpen postopek« (Petzold 1982, 100). »Common factors« so bili v praktični uporabi že zgodaj priznani v različnih smereh psihoterapije (Rosenzweig 1936; Garfield 1973). Vedno sem poudarjal tudi »divergentne faktorje«, saj obstajajo tudi diferencirani učinki in sem v teoriji prevzel »common concepts« in »divergent concepts«, kot sem to sam poimenoval in kot prikazuje ilustracija s presečno-množičnimi diagrami (Abb. 2).

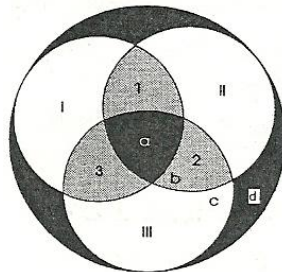


Abb. 2: Homologije in difference – »common and divergent concepts« v usmeritvi psihoterapije (presečno-množični diagram iz: Petzold 1980q)

Legenda:

I Psihoanaliza/globinska psihologija (Freud, Jung, Adler, Lacan)

II Humanistična psihoterapija (Moreno, Perls, Rogers)

III Vedenjska terapija (Eysenck, Kanfer, Meichenbaum)

a Homologni/konvergentno (temno sivo polje)

b Divergentno in diferentno (belo polje)

c Sinergijsko (srednje-sivo polje)

1 Postopek, ki ima podobnosti s psihoanalizo/globinsko psihologijo in humanistično psihoterapijo

2 Postopek, ki ima podobnosti z humanistično psihoterapijo in vedenjsko terapijo

3 Postopek, ki ima podobnosti z vedenjsko terapijo in psihoanalizo

Ta diagram je upodobljen na naslovnici moje knjige »Methodenintegration in der Psychotherapie«³² (Petzold 1982), t.j. prva knjiga o tej temi – in prikazuje v tem »konvergentnemu/divergentnemu konceptualnemu pristopu (concept approach)« začetno točko za prizadevanja za diferencialno in integrativno (psiho)terapijo (1980q, 1982, 105) ali natančneje za »humanistično terapijo«³³.

Hartmann-Kottek (2004, 20) zdaj govori o »presečnih množicah« (brez kakršnegakoli nakazanega vira za tako odločitev, Petzold 1984h). Vendar pri tem ne smemo pozabiti »središča«, ki ne more biti samo »presečna množica«. V vseh integracijskih gibanjih ne smemo izgubiti diferencialnega trenutka, kar pomeni, da mora biti le-ta dosleden *značilnostim*³⁴, t.j. posebnostim, kajti konceptualna raznolikost je tudi bogastvo in po mojem mnenju edinstvena oblika »psihologične psihoterapije« (Grawe 1998) ni vredna prizadevanj. Pristopi po Perlsu in Morenu npr., imajo v sebi toliko

³² *Metodna integracija v psihoterapiji.*

³³ V izvirniku je spet »*Humanotherapie*«.

³⁴ Proprium.

specifičnega, da se jih splača obdržati. Zdi se mi nekoliko tragično, da je *Friedrich Perls* s svojim modelom ogranizemsko-teoretično-sistemske psihoterapije dobil tako malo odziva, da je bilo ozadje njegove metodike aktiviranja doživetij tako nerazumljeno, njegov kibernetično-sistemske-teoretični koncept kontakta in komunikacijskega modela (*Perls* 1959/1980, 125ff) prezrt, in da je bila njegova temeljna paradigma tako vsestransko in očitno preoblikovana v nasprotju z njegovimi izhodiščnimi nameni: od *Buberičnih* misli, humanistično-psihološkega položaja (nikjer v delu se ne nanaša na avtorje te paradigme!) ali psiho-analitičnih/globinsko-psiholoških idej, ki jih je v želji, da bi jih presegel, vseeno zastopal. *Hartmann-Kottek* mu vrača udarec in s tem *Perlsu* jemlje njegov proprium.

Pri takih knjigah bi bilo pošteno, da bi bili zgodovinski temelji izhodiščnih postopkov, njihovi potenciali, pa tudi njihova omejenost in napačna konceptualizacija – da, tudi ta – korektno predstavljeni, da bi potem lahko pokazali, kaj so moderne klinične in metaklinične »novosti«, kajti kaj imata nevronske darwinizem in teorija zavedanja po *Geraldu Edelmanu* in stališče *Briana Greenesa* o »superstring teoriji« - hitro sprejeta iz njegovih popularnih prodajnih uspešnic – še skupnega z geštalt terapijo *Perlsa* ali njegovih učencev? Postopek bo s tem popolnoma raztegnjen in te priključitve (*Perls* je govoril o introjektih) po mojem mnenju zavirajo oz. onemogočajo nadaljnji organski razvoj tega, kar je faktično prisotno v klinični substanci. Primerjava priročnika »Handbuch der Gestalttherapie«³⁵ (*Fuhr et al.* 1999) in v njem nahajajočih teoretičnih stališč, ki jih moramo jemati kot reprezentativne, ter *Hartmann-Kottekinini* zaključki imajo malo skupnega. Naslov, ki bi bil primeren in podan na korekten način, bi bil, kot predlaga avtorica za prispevano dragoceno integrativno delo, »Über die Gestalttherapie hinaus – Wege in eine allgemeine [oder klinische] Psychotherapie«³⁶.

S svojo »integrativno terapijo« prav *namenoma nisem* izbral poti enega mojih predhodnih postopkov, Ferenczijevega pristopa, psihodrame, geštalt terapije, da bi se napihoval o vedno že prej najdeni, faktični temeljni substanci, pač pa sem se na dolgi poti *temeljnega novega konceptualiziranja »obstoječih konsistenc«* (več se ne da doseči) usmerjal iz znanstvenega temelja filozofije, psihologije, naravo- in socialnih znanosti, s katerimi sem razpolagal in ki sem jih poglobljeno dodelal (iz *Petzold, Itten* 2004).

4.2.2 Zastavljanje ciljev

Integrativno terapijo razumemo, upam, da bo to jasno, na podlagi fenomenološko-hermenevtično spoznavne teorije in eksistencialno-filozofske antropologije, kot transteoretično, to pomeni splošno-psihološko, klinično-psihološko ter socialno- in nevro-znanstveno zasnovan postopek moderne klinične psihologije in psihoterapije, v toku novih integrativnih paradigem (*Petzold* 1992g), ki so prevzele *kompatibilne (konceptualne sintone)*³⁷, globinsko psihološke, vedenjske, sistemske in humanistično-psihološke koncepte in metode in v nadrejenem položaju dodeluje metahermenevtične reflektirajoče strukture oz. sistemske teorije kot metamodela (*Schwenn*, ta

³⁵ Priročnik geštalt terapije.

³⁶ Prek geštalt terapije – poti v splošno [ali klinično] psihoterapijo.

³⁷ Konzeptsynton - synton = In harmony or synergy with one's personality and milieu; Having the same frequency (en.wiktionary.org/wiki/syntonic)

zbirka) in jih nadalje predeluje, saj je zavezana **transverzalnosti**, t.j. stalnim prekoračitvam tradicionalnega. Ta model določa tudi postavljenost njegovih ciljev: cilj »**integrativnega pristopa**« je *diferencialni* pogled in *specifična* pomoč »vsem ljudem, vključno z njihovimi celotnimi življenjskimi razponi«, v njihovem vsakokratnem življenjskem položaju in nahajanju. Poleg konceptov novjših raziskav primerljivih psihoterapij (*Stefan, Petzold* 2001), metodnih integracij, teorij delujočih faktorjev in klinične razvojne in emocionalne psihologije v teoretičnem oziru, bi k temu dodano tudi v praktičnem oziru (prim. *Orth, Petzold, Integrative Suchttherapie* (2004)) k metodam psihodrame, geštalt terapije, kognitivno-vedenjske terapije, telesne terapije, *Ferenczi*jeve »aktivne analize« in k delu s »kreativnimi mediji«. Posebno težo imajo rezultati razvojnopsiholoških longitudinalnih raziskav, kot tudi globinsko-psihološka in socialno teoretična spoznanja o pogojih zdravega dušnega razvoja in o vzrokih za razvojne motnje in obolenj (*Petzold* 1992a).

S pomočjo večperspektivnega, celovitega in diferencialnega načina opazovanja, ki je označen s koncepti *korespondenčnih modelov*, *intersubjetivitete*, *telesnosti* in *identitete*, *dinamičnih sistemov*, *večperspektivnosti* itd., bo v vidik diagnostično vzet človek s svojimi »problemi, viri in potenciali v svoji okolici in v svojem kontekstu pogleda na življenje, da se izdelajo zanj **specifični cilji zdravljenja oz. obravnave** (*Osten* 2000; prim. zaobjemajoč *Petzold, Leuenberger, Steffan* 1998). Vse to naj bi preprečevalo ciljno-ciljne konflikte: konflikte med postavljenimi cilji pacientov in cilji terapevtov, tudi konflikte s cilji institucij. Ciljno-ciljni konflikti lahko nastanejo tudi na intrapersonalni ravni med različnimi in nasprotnimi cilji in ciljnim skupinami ali med kratkoročnimi (bližnjimi) in dolgoročnimi (bolj oddaljenimi) cilji. Našteti so nekaj takih ciljev, ki terapevtsko (gledano) lahko pripeljejo naprej in zato zahtevajo trdne konsenze. Gre npr. za to,

- da se izboljšajo deficientne ali destruktivne *mreže*,
- da se ponovno vzpostavijo disfunkcionalne oz. škodljive *regulativne kompetence* in *regulativna performanca*,
- da se ponovno vzpostavi *zdravje* in *identiteta*, ki sta bila poškodovana,
- da pospešimo razvoj osebnosti, ali da pri predelavi ireverzibilnih poškodovanj nudimo pomoč premostitve oz. premagovanja,
- da pridobimo zavedanje za lastno kariero in njen potek z njegovimi specifičnimi kariernimi elementi, njenimi pozitivnimi in negativnimi potenciali in iz tega izhajajoč tudi zavedanje za poklicno oz. karierno prihodnost.

Te strategije so bile pri delu z zasvojenimi specifično razvite za prav to konstelacijo problemov (*Petzold, Thomas* 1994). Pri tem temeljne točke dela gradijo oz. slonijo na:

- razvoju nosilnih odnosnih struktur v podpornih mrežah (*Hass, Petzold* 1999),
- predelavi biografskih deficitov, travm, konfliktov in motenj ter njihovih odražanjih v sedanjih življenjih klientov/pacientov, k
- ponovni vzpostavitvi, ne nazadnje tudi z drogami pogojenih poškodb *regulacijske kompetence* in *regulacijske performance*,

- aktiviranju virov,
- odkrivanju in predelavi zavedne in nezavedne problematike,
- odprtju pozitivnejših pričakovanj in prihodnjega razvoja.

Izraz »regulacijska kompetenca« ima v tem smislu višji pomen:

Z izrazoma »**regulacijska kompetenca**« (to je »software«, torej pripovedovanje/programi/strukture regulacijskih procesov) in »**regulacijska performanca**« (izvajanje teh regulacijskih procesov po teh programih) razumemo temeljno sposobnost organizma oz. iz teh bioloških osnov izhajajočih subjektov voditi dogajanje na različnih področjih – od biokemične ravni, prek ravni endokrinoloških potekov (npr. HPA-os), emocionalnih in kognitivnih regulacijskih dogodkov do najbolj kompleksnih regulacijskih vzorcev »samoregulacije« ali vodenja interpersonalnih regulacijskih potekov. Programi za regulacijske kompetence, ki vodijo oz. usmerjajo performance na različnih ravneh, so imenovane *pripovedi* (sheme, vzorec) (Petzold 2000h; prim. Petzold, Orth, Sieper ta knjiga).

Pri integrativni terapiji ne stojijo v ospredju le bolezni in »*patogeneza*« skupaj z zdravljenjem, premagovanjem, okrevanjem, temveč vedno tudi razvoj zdravja »*salutogeneze*«, črpanja oz. ohranjanja virov in potencialov, uporaba in ojačitev prožnosti (Müller, Petzold 2003; Petzold, Müller 2005) ter v tem pogledu obogatitev življenjskega konteksta (idem 2000h).

S tako široko zastavljenim teoretičnim in metodičnim pristopom se v praksi integrativne terapije zasvojenih z drogami dela že 30 let (Petzold, Thomas 1994).

Zasvojenost je v integrativni terapiji razumljeni kot disfunkcionalni poskus reševanja konfliktov in problemov v podpornem kontekstu prek poškodovane **osebnosti** z deficientnim **self-om**, šibkim **jaz-om** in s sebi odtujeno **identiteto**. Le-ti pri odsotnosti zaščitnih faktorjev in prožnosti predstavljajo rezultat večkratnega poškodovanja v življenjskem razdobju, pri čemer praviloma pride do kumulativne obremenitve raznovrstnih negativnih faktorjev (npr. časovno raztezajoča obremenitev ali preobremenitev, chains of adverse events) (Petzold 1993).

Te, **večfaktorsko pogojene** napake v razvoju zahtevajo zato **v kariero zajeto dolgoročno strategijo**, psiho- in socio-terapevtskih intervencij – **presihajoče spremljanje kariere** (Petzold, Hentschel 1991), ki zna uporabiti potenciale različnih »**segmentov kariere**« prek ustreznega iskanja cilja z dobrim »ciljnim realizmom« - z vnosom aktiviranja protektivnega okolja – in osebnostnih faktorjev v smislu »*klinične razvojne psihologije življenjskega razdobja*« (Petzold, 1992b; Petzold, Goffin, Oudhof 1993) in pozitivnih virov socialnih mrež oz. konvojev v smislu »*klinične socialne psihologije v življenjskem razdobju*« in (?) (Petzold, 1979c, Hass, Petzold 1999; Petzold, M. Müller 2005). Koncept »presihajočega spremljanja kariere« vidi kariero kot »sekvenco življenjskih obdobij z ali brez obravnave«. Obstajajo torej »**karierni elementi**«, obdobja s terapijami ali pa obdobja brez vsakršnih terapevtskih ukrepov. Konstrukt **obravnavajočih segmentov** vključuje tudi misel, da v takem segmentu lahko obstaja le določen »dosegljiv potencial«, da mora biti izkoriščen le en »**segmentni potencial**«, katerega meje so vidne le z jasnim »**ciljnim realizmom**« - sicer gredo pacienti in terapija v napačno smer. Vedno znova se moramo zadovoljiti z »vmesnimi rezultat«i in pri tem pomagati tudi

pacientom, da najdejo v njih zadovoljstvo, četudi končni cilj, popolna abstinenca, v tem segmentu ne more biti dosežena. Morda pa lahko dosežemo kaj drugega oz. jo dosežemo na drugačen način. Sicer bo pacient prejel le negativne usmeritve, terapija bo razvrednotena *in toto*, bo dolgotrajno jemala pogum, bo »disabling strategy«, strategija, ki onemogoča nadaljnjih nujnih potekov. Na žalost se to na tem področju nenehno dogaja in ovira ponovno naknadno postavitev »regulacijske kompetence in performance« (Scheiblich, Pezold, za zbirka II). Pri tem se mora vsekakor veliko terapevtov in terapevtk posloviti od ideologije: »dolgo = uspešno«. Razviti se mora realistična ocena dosegljivega in nedosegljivega (for the time being, razumnost o tem, kaj bo v *obravnavanem segmentu določene kariere* zares postalo resničnost – velik izziv za realistični razvoj »klinične skromnosti«.

4.4.3 Metodika: »Integrativna podlaga³⁸« in »štiri poti zdravljenja in podpore«

Osnovna podlaga vsake intervencijske metodike je osrednje stališče o človekovi sposobnosti učenja, označena tudi kot »osnovna zgodba«, ki je tudi izhodišče vsake teorije in metodike terapevtske ali agogične spremembe v integrativnem pristopu.

Za podlago vseh procesov spreminjanja velja »temeljna in zaokrožena SPOSOBNOST UČENJA hominidov«, SPREMENLJIVOST genskih izrazov in genske regulacije, nevroplastičnost človeških možganov in živčnega sistema in s tem podana modificiranost kognitivnih zemljevidov, emocionalnih slogov, vzorcev *regulacijske kompetence/performance* na račun »delujočih učnih procesov« ali/in »ekscentrično in reflektivno (o)vrednotenje in želena konkretizacija izkušenj« (Pezold 1992b).

Ta domneva je kot osnova zajeta v splošno-terapevtski podlagi v obravnavni praksi »integrativnega pristopa« - označena tudi kot »integrativna podlaga«. Ta podlaga ni v nobenem primeru »monotona«. V njej so različni elementi podlage postopka tako rekoč iz več različno obarvanih prediv spredeni v eni samo, trdno nit. Na podlagi lastne kompleksne učne teorije (Pezold 1974j; Sieper, Pezold 2002, prim. Spitzer 2000) razpolaga z veliko količino kombinirajočih postopkov, ki stalno povezujejo *bottom-up* in *top-down* strategije: *opazovanje (zaznavanje)/eksperimentiranje/vaja*, to pomeni vedenjsko usmerjeni oz. **performančno osredinjeni** postopek in *dojemanje/razumevanje/razlaganje*, to pomeni v razumevanje in smisel usmerjeni oz. **kompetenčno osredinjeni** postopek.

»Integrativna teorija je na osrednji način usmerjena na **kompetence** (sposobnosti, znanje) in na **performance** (spretnosti, zmožnosti). Pod **performanco** razumemo konkretno, kompleksno vedenje (kognitivna dejanja, emocionalna, želena, socialno-interakcionalna dejanja). Naravnani smo na spreminjanje, izboljšanje, razvoj **kompetenc** in njihovo uporabo oz. konkretizacijo v **performancah**. Ne samo, da moramo vedeti stvari, tudi storiti jih moramo! Uspešna povezava oz. sinhronizacija sposobnosti in spretnosti pomeni združevanje teh dveh v značilnost oz. kvaliteto, ki je »označena kot »**metaperformanca**«« (Pezold 2002b).

³⁸ V izvirniku: »Integrative Basisstil« - Basisstil – osnovni stil, način, vendar se mi na tem mestu zdi »podlaga« bolj smiselna.

S tem je mogoča zelo široko zastavljen in fleksibilen način dela, s katerim lahko pri specifičnih izzivih in v terapevtskih postopkih pri različnih pacientih in pacientkah ter klientih in klientkah reagiramo in dosežemo obsežne spremembe dejanj oz. naravnosti in ravnanj oz. vedenja.

Prav pri deloma zelo heterogeni populaciji klientov, ki imajo težave z zasvojenostjo, ki jih poleg skupne značilnosti zasvojenosti od (zelo različno učinkujočih) substanc, označujejo tudi raznolikost motenj, komorbidnosti/večkratne diagnoze, problemi, povezani z življenjsko starostjo in specifičnostjo njihovega življenja, obstaja na žalost večkrat tendenca, postaviti te različnosti v posamezne stopnje oz. nivoje, čeprav so prav te možnosti variabilnih prizadevanj velika prednost pri metodični obravnavi/zdravljenju. Najpomembnejši načini postopkov »osnovne podlage« bodo v nadaljevanju približani po vrstnem redu:

Perceptivno telesno-usmerjena. Integrativna terapija začenja tako diagnostično kot tudi terapevtsko pri telesu, in vidi zdravo, kot tudi moteno doživljanje in vedenje ljudi utemeljeno v njihovem organizemsko-fiziološkem in nevrobiološkem bogastvu. Nevrofiziološki procesi opazovanja, pozornosti in obdelovanja v transverzalnem »**informiranem telesu**« (Petzold 2002j) stojijo v ozadju vseh kognitivnih, emocionalnih, hotenih in socialno-komunikativnih funkcij in s tem tudi v ozadju celotnega vedenja osebnosti (Kendel et al. 1995; Spitzer 2000; Ratey 2001). Prav zaradi tega jih moramo še prav posebej skrbno raziskati, tako da so *nadrejene* vsaki emocionalni osrediščenosti (tak je karakteristični pogled psihoanalize ali geštalt terapije) ali kognitivni osrediščenosti (kot je značilno za kognitivne terapije). Zato je bila prevzeta kot ukrep podrobna »analiza telesnih funkcij« (Petzold 1993p), ki je s pacienti diferencirano raziskovala »opazovanje, posnemanje, obdržanje« (»kako pacient sprejema resničnost sveta?«) in tem - pogosto biografsko, čez daljši čas učinkujoče – iskala deficite in motnje (npr. deficite pozornosti), kar je pogostokrat zanemarjeno tudi s strani psihoterapevtov in psihoterapevtk. To je del začetka vsakega terapevtskega ukrepa, čisto vseeno pri kateri sliki motenj, in v tem je perceptivno telesno orientirani postopek izhodiščna točka v »integrativni podlagi«. Če se ugotovijo specifični problemi, kot jih na primer opažamo pri določenih oblikah zasvojenosti, ali pri deficitih kapacitete pozornosti (DKP) oz. deficitih pozornosti in hiperaktivnih motnjah (DPHM), pa tudi pri depresivnih motnjah, se jih moramo lotiti vsaj prek zelo diferenciranega, tj. ponujajoč kombinacije možnosti spodbujanja nadzora, vadbeno-usmerjenega dela, ker za te motnje ne obstajajo učinkoviti verbalno-terapevtski ukrepi (npr. psihoanalitični oz. globinsko-psihološki ali geštalt-terapevtski oz. klientno-usmerjeni-pogovorno-terapevtski) in jih tudi ni pričakovati. Poleg tega, metodični ukrepi do sedaj ponujajo le simptomatične, skromno učinkovite oz. stranskih učinkov polne alternative, tako da se moramo usmeriti na kombinacijske načine obravnav psihoterapije/športne terapije/zdravljenja - ravno pri zasvojenih, med katerimi pogostokrat najdemo DKP probleme in v dolgoročnem urjenju doživljanja disfunkcionalnih procesov in potrpežljivo odpravljanje problematičnega vedenja. To lahko ponuja možnosti začetka obvladovanja motenj. Takšen performančno-usmerjen pristop pa potrebuje, če želi biti učinkovit, tudi uvidevnost in razumevanje, torej tudi kognitivne kompetence.

Pripovedno-odnosno usmerjen: » Pacient pri srečanju s terapevtom/terapevtko začne pripovedovati tistikrat vsakdanjo življenjsko zgodbo oz. zgodbe, ki so po njegovem mnenju pomembne – obremenjujoče in osrečujoče – med njimi tudi take, ki jih v svojem življenjskem okolju do sedaj še ni delil z nikomer, ali jih je povedal v zelo okrnjeni (deloma, po kosih) oz. popačeni obliki.« (Petzold 1991o, 2000b). Klinična izkušnja kaže: kar v zgodnejših odnosih pacienta z relevantnimi zadevajočimi

osebami ni bilo vzeto kot *notorično* resnično in interaktivno (pre)vzeto, npr. ni bilo zrcaljeno, je v nevarnosti, da bo odvzeto zavestnemu doživljanju. *Današnji* simptomi pacientov (v danih primerih terapevtov) se zaradi tega med drugim morajo razumeti tudi možna oblika načina delitve (podajanja), to pomeni načine pripovedovanja (*zgodba*), v katerih začne *Self* prek stereotipiziranih vzorcev (*maligna pripoved*, prim. Petzold 1991o, 2000b) »pripovedovati« o prej obremenjujočih, vendar dissociiranih doživetjih. Te »pripovedi«, ki se lahko prek *opazovanja*, *dojemanja*, *razumevanja* ter *razlaganja* specifičnih interakcijskih oblik v okviru *terapevtskega odnosa* povzdignejo v zavest, se lahko dekodirajo v oblikah relacije, povezanosti (konfluentni, kontaktni, srečanski, odnosni, povezovalni postopki, *idem* 1991b, 2002a), ki so pomembnejše kot razumevanje, so dovetnejše za *spreminjaje*. S tem omogočimo *Self-u* zopet živahnejši tok pripovedovanja in ravnanja. Ta se kaže tudi v terapiji v večjih pripovednih sekvencah, »pripovedna terapija«, v kateri lahko pripovedujemo o življenju v osvobajajoči, zdravilni kvaliteti – to pa je več kot samo poročilo (McLeod 1997; Petzold 2002g). Takšno dogajanje v terapiji prispeva k temu, da lahko klient svobodno pripoveduje o svojem življenju v novih srečanjih, ali da pomembnim ljudem pove o svojih »relevantnih mrežah«, in začne na novo postavljati življenje in uživati v njem. Morda se ljudem posreči osvojiti določeno »umetnost življenja« (prim. Schwepunkttheft, »Lebenskunst«, *Intergative Therapie* 3/2004), v kateri se izravna »sam umetnik in njegovo delo«, razmerje krajevno ustvarjalne ko-kreativnosti (Petzold 1999p, 2000b). Patološko usmerjena perspektiva bo tako vedno znova presežena, pri čemer bodo poudarjene dimenzije *salutogeneze*, *protektivnih faktorjev*, *virov* in *korektivnih potencialov*. Niso samo »korigirajoče emocionalne izkušnje« tiste (F.Alexander), v katerih se zadržujejo »stare« disfunkcionalne izkušnje, izkustveni vzorci in njihove naknadno učinkujoče korektive, temveč iz tega lahko izhajajo novi vtisi, ki jih lahko dosežemo z možnostjo »alternativnih izkušenj« (tu torej uvajamo diferenciacijo, prim. Petzold 1992b/2003) – alternativne izkušnje iz kognitivne, čustvene, hotenjske, socialno-komunikacijske ravni.

Verbalno-vpogledno usmerjene: oblike relacijskosti (naravno izhajajočih: konfluenca, kontakt, srečanje, odnos, povezava, odvisnost, slišnost; klinično: prenos, protiprenos; socialno psihološko: pripadnost, reaktanca Petzold, M. Müller 2005) prihajajo v poštev pri dialogih/polilogih kot človeška vzajemnost (Bakhtin, Buber, Marcel, Levinas), in so naravni in glavni interakcijski, komunikacijski in izkustveni mediji integrativne terapije. Čeprav je njihova doživeta kvaliteta bistvo terapevtskega trenutka, pa faktor »razumevanja« ni zadosti cenjen, temveč diferencialno odpade in se izrabi. Psiho-edukativne informacije o obravnavanem materialu pri zasvojenosti in njihovi učinki o delovanju »nevrobiologije zasvojenosti« morajo biti podane tudi pacientom, saj morajo prizadeti zagotovo poznati svoje bolezni/motnje. To povečuje možnost njihovega sodelovanja. Pacient in terapevt si lahko diskurzivno prek korespondence ter reflektivno, ko-reflektivno in metareflektivno obarvanih procesov prizadevata dobiti vpogled v vzorce izkušenj in vedenja pacientov [in v danem primeru terapevtov, če pride v poštev transfer ali kontratransfer] in v njihove povezave z vsakokratno osebno zgodbo in simptomatiko, poleg njihovega ozadja. Pacient in terapevt lahko osvojita in si prizadevata ter dosežeta rešitve za vprašanja samovzpostavitve in vzpostavitve življenja ter za disfunkcionalne strategije vedenja in premagovanja. Pri tem lahko v celoti pritrdimo Graweju (2004), da znanje o vzrokih za motnje v preteklosti ne vpliva na spremembe vedenja (tak je spodrsrlaj psihoanalize), temveč, da je potrebna nenehno ponavljanje (oz. vadenje) novega vedenja (kognitivnega, emocionalnega, hotenjskega in socialno-komunikacijskega vedenja (obnašanje), recimo z

daljnosežnim, integrativnim razumevanjem vedenja, prim. Sieper, Petzold 2002), da se dosežejo oz. ustvarijo nove nevronske poti oz. odzivi.³⁹ In vendar ne sledimo Grawejevemu redukcionizmu, temveč upoštevamo vidik biografske pogojenosti lastne osebnosti, ki predstavlja lastno zdravje in bolezen za bistveno, saj ležijo tukaj vzroki za doživljanje »smiselnosti lastnega življenja«, to pa je za zdravje vsekakor relevantno (Andritzky 2005; Hafen et al. 1996; Petzold, Orth 2004a), tudi zato, ker je tu tudi podlaga za doživljanje identitete z zadostno konsistenco, ki je tako pomembna za samoučinkovitost, osebno suverenost in usmerjenost v življenju (Petzold 2001p). Vsega tega Grawe ne upošteva. Za zasvojene, zlasti za adolescente in mlade odrasle, imajo vprašanja o smislu in identiteti velik pomen in seveda niso samo stvar nevrobiologije.

Neverbalno-dokazno usmerjen: »Material«, ki ga pacient prinaša v psihoterapijo, in na katerem se bo delalo, ne sestoji le iz verbalnih vsebin in kognitivnih pomenov, temveč v glavnem iz *emocionalnega znanja o odnosih in znanja o ravnanju*. Je scensko nestrukturirano (z referencami k G. Polizter, J. L. Moreno, V. N. Iljine in A. Lorenzer). Kot *implicitno znanje o postopku* je ta material v veliki meri pogostokrat nezaveden. Pretežno se kaže v ravnanju, v spontanem izražanju in lahko pri zadosti dobrem »awareness⁴⁰« sledi smiselnosti, pristane v »consciousness«, postane zavedni jaz, in tako v skupnem učinkovanju različnih ravni zavedanja (Petzold 1988b) in učnih procesov (idem 1992a) dosežemo »vitalne dokaze«, in s tem omogočimo dostop eksplicitne obdelave (prim. novejša teorija zavedanja, npr. Kandel et al. 1995; Grawe 1998 in Petzold [20002b], ki je že leta 1968 razlikoval med *impresivnim* [zavednim, deklarativnim] in *depozitivnim* [nezavednim, proceduralnim] spominom in na tem modelu razvil kompleksno teorijo zavedanja in spomina [idem 1992a, 2002b] za integrativno terapijo). Pritegnitve neverbalnosti v terapevtske procese sploh ne moremo ustrezno ovrednotiti (Petzold 2004h).⁴¹ Paciente iz zapostavljenih slojev ali iz migrantskega področja, ki so šibki v izražanju, lahko na tej komunikacijski ravni, ki je specifičnost integrativnega pristopa, še posebej dobro dosežemo, kot tudi ljudi z racionalizirajočo obrambo.

V vseh teh načinih poteka »**integrativne podlage**« pride v poštev, kot osrednje izhodišče v ozadju integrativne terapije, antropološko utemeljen in evolucijsko-teoretično podprti »**medsubjetivni teorem**«. Le-ta se pusti osnovati tudi iz razvojno-psihobioloških ugotovitev (Petzold 1994j).

V prakseologiji razlikujemo nadrejene in podrejene strategije na različnih ravneh, to pomeni »hevrstike«, ki jih razumemo kot »complex sets of theoretical and praxeological models, concepts and pragmatic strategies« (Petzold 2001f), tj. makro-, mezo-, mikrohevrstike. Kot »makrohevrstike« naj imenujemo: *polidisciplinarne* načine opazovanja (idem 1998a, 26f), ki obravnavajo vprašanje pod psihološko, filozofsko ali socialno perspektivo, poleg tega pa tudi **model štirih temeljnih usmeritev**. Za integrativno terapijo je bila diferencirana naslednja »**temeljna usmeritev**«:

³⁹ Bahnung – izraz se uporablja na področju nevropsihologije. Definicija v angleščini je: »Increased ease of transmission of a nerve impulse in a nerve tract as a result of prior stimulation. Origin: Ger. Bahnung, the making of a pathway. (Glej: <http://www.mondofacto.com/facts/dictionary?bahnung>)

⁴⁰ Zavedanje.

⁴¹ Sploh ne moremo povedati, kako zelo pomembna je.

1. »Ima *klinično usmerjenost*, ki je naravnana *kurativno* in *paliativno*, da se povrne zdravje in/ali zmanjša bolečina in trpljenje s pomočjo kliničnih metod in terapevtskih intervencij.
2. *Usmerjena je v salutogenezo*, da se podpre zdravje, dobro počutje in zmožnost delovanja (in to je več kot preprečevanje) s pomočjo svetovanja in health coaching, na podlagi rezultatov klinično-relevantnih zdravstvenih znanosti (Clinical Health Sciences).
3. Je usmerjena v osebni razvoj, ki meri k spodbujanju posameznika, da uporabi svoje vire in potencialne, negovanje in razvijanje prek samoraziskovanja, sistematične samouresničitve in delo identitete glede *zavedanja o spolu* pri istočasnih javno-dobrih usmeritev in »kultiviranega altruizma«. Pri tem se uporabljajo metode samoizkustva, načrtovanje življenja in osebne treninga⁴² itd.
4. Je *kulturološko usmerjena*, naravnana je na »kulturno kritiko in kulturno delo«, medtem ko senzitivizira destruktivne družbene dinamike in razvoj, ustvarja zavedanje in opogumlja pripravljenost, prevzemanje odgovornosti, angažiranje (samega sebe) v izgradnji humane in demokratične družbe s pomočjo »consciousness projects«, korespondenco, diskurzi, polilogi, državljanskimi iniciativami, NGP-aktivnostmi, kulturnimi projekti. Podpira *estetske izkušnje* (Petzold 1987d, 1999p) iz znanja o njenem zdravilnem potencialu in učinkih za razvoj bogate človeškosti in dobrodelnosti (humanosti).« (Petzold 2001f).

Vsem tem usmeritvam se v integrativnem in diferencialnem pristopu k terapiji na področju zasvojenosti ne smemo in ne moremo odreči. V »integrativni terapiji na področju zasvojenosti« (2004) se nakazuje četrta usmeritev (prim. *Lammel, Vogel*). Tako morajo kot refleksivno in intervencijsko ozadje biti vzete v obzir perspektive spolov, mladinske kulture, časovni duh velikih. Tretja usmeritev je podana že samo z dejstvom, da morajo biti razvojne naloge pri mladih odraslih del vsake terapije (*Havinghurst* 1948), to pomeni tukaj tudi razvoj osebnosti, ki s tem še ne more biti omejena zgolj *kurativne* cilje, ker gre v tej starostni skupini videti napačno razvojno dogajanje kot manifestacijo patologije, aspekt, ki je še vedno premalo upoštevan in zato v kariernem poteku lahko vodi k izgradnji manifestivnih slik motenj z bolezensko vrednostjo. Druga, na salutogenezo usmerjena orientiranost ima pri populaciji, kakršni so zasvojenci, za katere je značilno *aktiven zdravju škodljiv* način življenja, poseben pomen, saj za velik del teh ljudi velja, da znova najdejo pot k zdravstveno ozaveščenemu in aktivnemu načinu življenja. Če se to ne posreči, se ozdravitvene in rehabilitacijske možnosti zelo poslabšajo. Ne smemo podcenjevati habilitualizirajočega karakterja življenja, v katerem se zanemarija zdravje. Spremembe takega telesnega (samo)zanemarjanja zahtevajo praviloma trdo, garanja polno, delo. V integrativnem pristopu so bile razvite številne strategije in metodologije, ki bi v takem primeru lahko ponudile pomoč: s pomočjo športno-terapevtskih možnosti kot »terapija s tekom« (Petzold 1974j; *Schay* et al. ta knjiga), terapevtska uporaba budističnih borilnih veščin (Petzold 1974d; Petzold, Bloem, Moget 2004; Höhmann-Kost, Siegele 2004).

V okviru teh temeljnih usmeritev *makrohevrstike* bi bile lahko kot ustrezni pristop uporabne tudi terapije in agogike *mezo-* in *mikrohevrstike*, kot pri temeljni usmeritvi 1 »«zdravilno ravnanje» in 3 »razvoj osebnosti« *mezohevrstike* »štirih poti zdravljenja in podpore« (Petzold 1988n).

⁴² Personality coaching – trening osebnosti.

Za le-te je v teh zvezkih navedenih več primerov, zato samo kratki namigi: »Kot Grawe [et al. 1994] prevzema hevristične štiri različne principe učinkovanja v terapiji (1. premagovanje problemov, 2. motivacijsko razčiščevanje, 3. aktualizacija problema, 4. aktiviranje virov), je tudi Petzold [1969b, 1988n] že konec 60. let pri obravnavi otrok in terapiji zasvojenih od drog za integrativno terapijo razvil in teoretično ekspliciral in metodično eksemplificiral »štiri poti zdravljenja in podpore« na podlagi *common and divergent concept approach*, to pomeni po primerjavi konceptov različnih terapevtskih šol. Grawejeva (et al. 1994) stališča imajo tu vseskozi substančne točke dotikanja oz. prekrivanja z integrativnim pristopom (Petzold 1988n), ne nazadnje zaradi okoliščin, da je Petzold v letih 1980-1989 deloval kot gostujoči profesor na Grawejevem oddelku – izredno navdihujoča izkušnja – in izvajal nadzor nad terapevtskimi skupinami na Inštitutu za klinično psihologijo. Tudi v Grawejevi (2004) novejši usmeritvi k nevrobiologiji kot »nevropsihologiji« najdemo ustreznice. Očitno prihajajo terapevti/tke, ki delujejo po integrativnem pristopu ali glede na določeno šolo, ki v zaključku klinično relevantnih in splošnopsiholoških raziskav konceptualizirajo in razvijajo prakseologijo in metodiko, do podobnih usmeritev: ne moremo iti mimo longitudinalne razvojne psihologije, kot v enaki meri ne moremo prezreti nevrobioloških podlag psiholoških oz. psihosocialnih procesov. Za integrativni pristop bi moral biti jedrni koncept »telesa«, ki raste, se razvija, pojema ... prisilno usmerjen k »*life span developmental approach*«, ideja »informiranega telesa« (Petzold 2002j) kot ena od integrativnih »kompleksnih učnih teorij« v nevroznanstveni usmeritvi (Sieper, Petzold 2003j), pa bi morala biti konsekvantno usmerjena k evolucijsko-biološkim in nevrobiološkim konceptom kot osnova zdravljenja. To konceptualno bogastvo služi razlaganju pomembnejših terapevtskih področij: delo pri žalovanju in tolažbi (Petzold 2004l), travmatska terapija (Petzold, Wolf 2000, 2002), delo z agresijami, ki je tako pomembno pri delu z mladostniki (Bloem, Moget, Petzold 2004), v integrativni terapiji s tekom (van der Mei, Petzold, Bosscher 1997; Schay, Jakob-Krieger et al. ta knjiga). Tu gre pričakovati še nadaljnji razvoj.

»Štiri poti zdravljenja in podpore« - le-te so predstavljene v tej knjigi (Petzold, Orth, Sieper, S. 715 ff). V povezavi s »psihološko psihoterapijo in naravo-psihoterapijo« (Grawe 1984, 2004) – vedno jih je treba gledati v smislu obsežne perspektive »*therapeuein*⁴³« (nega, podpora, gojenje in zdravljenje). Z njimi terapevti postanejo usmerjevalci klientov, dokler le-ti niso sposobni sami nadzorovati in voditi svojega življenja.

Tako obsežno terapevtsko razumevanje zahteva razločne ciljne usmeritve:

1. cilj zdravljenja (curing),
2. cilji spoprijemanja (coping)
3. cilj podpore (support),
4. cilj širjenja obzorij in prostora ravnanja (enlargement)
5. cilj obogatitve izkustvenega horizonta in ureditve življenja (enrichment)

⁴³ Starogrško: danes in v tem kontekstu se prevaja kot »terapija«, pomen pa zajema tudi v oklepaju naštetih stvari.

6. cilj prepričanosti v sebe oz. cilj opolnomočenja (empowerment) (Petzold 2003a).

»**Prva pot**« se nanaša na razumevanje **dela ozaveštenja** (glej Grawejeva 2. hevristika), ki lahko vodi k **najdenju smisla** (Petzold, Orth 2004a) – vpogled v motivacijsko dinamiko, k izkušnjam vitalne evidence – in intersubjektivno, to pomeni, da se dogajajo v socialnih mrežah. Tu je področje konfliktno-usmerjenega odkrivajočega dela za obdelavo potlačenega in dissociiranega biografskega materiala, ki – kjer je to nakazano – v žariščni **regresiji (psihodrama, geštalt-delo** itd.) ne samo, da je verbalizirano, temveč je lahko tudi so-doživljano. Ta pot ima v žarišču širjenje horizonta in odkritje potlačenih motenj, konfliktov (v veliki meri le pri travmah in deficitih). Osvetlitev nezavednega in predzavednega je v središču. Povedane zgodbe postanejo zopet žive pripovedi, večperspektivni pogled pa omogoča kognitivno ponovno in novo ovrednotenje. → Širjenje dojetja smisla, njegova obdelava in njegovo ustvarjanje (Petzold 2002b). Ko součinkujejo telesno doživetje, čustvene izkušnje in racionalno razumevanje, se izkušnja poglobi do vitalnejše evidence.

Pri tej poti bodo vključena predvsem osebna področja Jaza in identitete (Petzold 2001p). Dogajanje se odvija na poglobljeni ravni refleksije (1) in slikovnega doživljanja ter afektov (2).

»**Druga pot**« zadeva **emocionalno aktivacijo** (glej Grawejevo 3. hevristiko), ki med drugim lahko vodi k možnostim *nove* in *naknadne socializacije*, morebitnemu ponavljanju (*repeating*), pri čemer se lahko prek iskanja in novega doživljanja pozitivno podpirajočih prizorov in vzdušja čustveno ponovno nahranijo in zmanjšajo deficite pri temeljnem zaupanju, ali pa lahko prek posredovanja korigirajočih oz. alternativnih izkušenj razvijemo nove poti nevronalnih vzorcev prek osebnih kompetenc in *performances* (Petzold 2002j), tako da bo mogoča restitucija deficitarnih osebnostnih struktur. Tu lahko prek izkustveno-aktivirajočega-stimulativnega dela pride do zagotavljanja alternativnih izkušenj (na primer prek odmerjenega ljubečega telesnega kontakta, npr. roka na rami), s pomočjo dobrih, identitetno povzročenih pogledov pa se lahko doživijo tudi kvalitete **holding-a** in **caring-a**. Ta pot uči poimenovanje do sedaj difuznih občutkov, čustev in vzdušja. Človek med drugim deluje regresivno usmerjeno, konfliktno in izkustveno usmerjeno.

Svoj telesni Self pod travmatičnimi pogoji predam situaciji, jo premagam (**avto-plastična strategija spoprijemanja, coping**).



Prepoznavam, da danes lahko ustvarjalno oblikujem in spremenim življenjske situacije on se učim kako (**aloplastična strategija spoprijemanja, creating**).

Pri tem se bomo navezali na osnovne izkušnje temeljnega zaupanja. Viri za to so:

- gotovost telesnega funkcioniranja,
- varnost materinskega naročja,
- prednatalno in postnatalno področje medživljenjske koeksistence z njenimi oblikami primarne ljubezni v socialni mreži.

Če se to temeljno zaupanje okrepi v diadi mati-otrok, v družinski triadi mati-oče-otrok, tako kot tudi v družinski mreži (stari starši, bratje, sestre), raste občutek pripadnosti k drugim ljudem. Če pa je to temeljno zaupanje ali občutek pripadnosti ovirano, nastanejo posledice poškodovanja temelja, s katerimi se je treba spoprijeti.

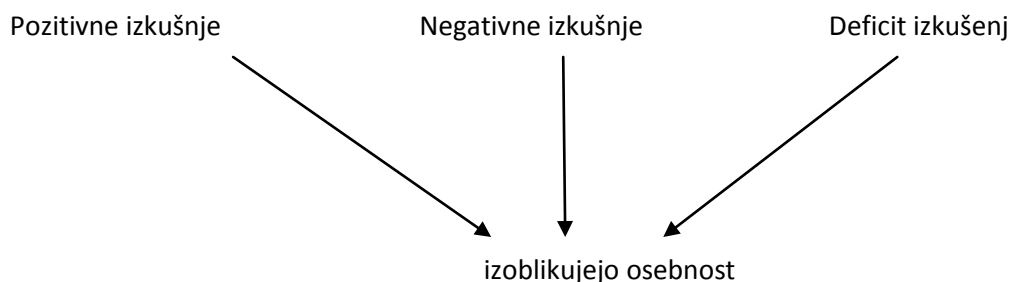
→ **Naknadno hranjenje**⁴⁴.

Naknadno hranjenje naj bi zagotavljalo, da je v novem začetku dovolj moči, čeprav bodo brazgotine ostale za vedno. »**Diferencialno starševstvo**« (*parentage*) ali naknadno starševstvo (*re-parentage*), to pomeni predajanje pozitivnih starševskih *kvalitet*, ki vplivajo na krepitev temeljnega zaupanja, in prispevajo k emocionalni diferenciranosti ljudi, med drugim tudi k temu, da lahko prinesejo dejanja brezpogojnega *odpuščanja*, kajti tudi to je potrebno, saj se vsega ne da povrniti. Za ta potek je pomembno, da se prek »nivojskega dela« okrepi Jaz in identiteta, da bo nato mogoča regresivna poglobitev. V službi novega vtirjanja mora biti pacient pripravljen na (premagovanje) *začetnega nazadovanja*. Pripravljenost (premagovanja) nazadovanja je možnost zdravega Jaza. Preprečiti moramo vsako mitologizirano ideologijo starševstva (terapevti in terapevtke kot idelani starši, , izključno usmerjanje na zgodnje področje zaradi zanemarjanja vprašanj adolescentnih odnosov itd.) (Petzld, Orth 1999), brez priučitve novega odnosnega vedenja v sedanjih situacijah za doseganje novih *performanc* v smislu nevroznanstveno fundiranega » kompleksnega učenja integrativne terapije« (Sieper, Petzold 2003) pa ni pričakovati dolgotrajnega spreminjanja ravnanj in vedenja. Občutek pripadnosti, prijateljskih odnosov ipd., bodo v terapevtskem odnosu in v skupinskih okoljih doživeti izkustveno eksemplarno in morajo biti preizkušeni in realizirani s pomočjo *transfernih ukrepov* v vsakdanjih situacijah, saj načina vedenja ne moremo tako enostavno posplošiti. So izredno specifični glede na situacijo. Stari »vzorci pozivov« (Lewin) v starih situacijah sprožajo stare »*affordances*« (Gibson), to pomeni vzorce zaznavanja in ravnanja, kar zahteva spremembo takih ali

⁴⁴ *Nachnährung* – Nach (po, potem, naknadno), *Nährung* (hranjenje)

drugačnih »afordanc« (Petzold 1995a,b) s pomočjo transfernega treninga, preizkusnih in vadbenih sekvenc v vsakodnevnih situacijah. Ta oblika dela druge poti zahteva torej tudi tretjo in četrto pot. Na strani terapevtov predstavlja sposobnost »delnega udejstvovanja« in »selektivne odprtosti«, to pomeni, da terapevt, kot smo že dejali, ni na voljo »abstinenčno«, temveč že od začetka kot reflektirajoči, *koreflektirajoči*, vnašajoč samega sebe, partner v dialogu in partner, ki je sposoben ravnanja (npr. pri socioterapevtskih ukrepih kot kooperacijskih projekti za doseganje novih *performanc*).

»**Tretja pot**« zadeva aktiviranje doživetij za namene odpiranja **zagubane osebnosti** in **izkoriščanja virov** (Grawejeva 4. hevristika). Tu se vzpostavijo izkustveno in vadbeno usmerjene kreativne terapije in kulturno delo, ki omogoča namensko vključevanje vsakdanjega življenja v eksperimentalno in vadbeno okolje z namenom alternativnih možnosti doživljanja in *resourcing*-a (Petzold 1997b). Odsmislitvene in objektivizirajoče tendence, ki so dandanes v devolucijski civilizaciji deloma običajne, lahko obdelamo v nasprotni smeri in vpeljemo prek agogičnih ukrepov k podpiranju vsakdanjega življenja. Tu lahko uporabimo vedenjsko-terapevtske vadbene programe, vaje sproščanja, športno-terapevtske ukrepe, kot tudi meditativne možnosti (van der Mei, Petzold, Bosscher 1997). S pomočjo široko postavljenega okrevalnega okolja, v katerem se lahko izkusijo temeljne kvalitete pripravljenosti, spoštovanja, dostojanstva in korenin (Petzold 2003a, 786f), se ustvarjajo nove, alternativne možnosti odnosov in izkustev. Sredstvi k temu sta aktiviranje izkustev in večkratna vzpodbuda, prav tako pa tudi usmerjen vnos vsakdanjega življenja kot eksperimentalnega polja.



Čez celotno življenjsko obdobje delujejo benigni in maligni vplivi. Terapija je kot »varovalni pas« (Petzold, Goffin, Oudhof 1993). Jedernato samodoživljanje je povezano z močjo perceptivnega telesa v popolnoma enaki meri kot je identitetno utrjujoča samopredstavitelja povezana z močjo ekspresivnega telesa. Z delom na nivojih lahko prevzmetimo ali kompenziramo deficite.

Kot »**četrta pot**« so obravnavane **solidarnostne izkušnje** premagovanja težav in izključujočih virov (Grawejeva 4. hevristika) pri terapevtu, v skupini in v mrežah s pacienti pri skupnem iskanju rešitev njihovih problemov. Cilj je med drugim razvoj angažirane odgovornosti za lastno integriteto in integriteto drugih ljudi in praktične solidarnosti, ki se vzpostavi prek sodelovanja v socialnih mrežah, ki so generativno suportivne in v katerih se delijo viri (Hass, Petzold 1999), kot jo ponuja terapevtska skupnost. Z večperspektivnim pogledom na patogeno življenjsko situacijo se naučimo »**principa druge realnosti**«, resnega jemanja življenjskih situacij in spoprijemanja z vsakodnevnim problemom resničnosti (Petzold 1998n/1996b). Za to so potrebne skupine in mreže, kar zopet pomeni, da je obravnava oz. zdravljenje pri zasvojenosti z drogami smiselno le v medsebojnem angažiranju in celostnem dojetju socialnih struktur verižne terapije oz. povezovalnega sistema. Solidarnost je v

dejanih pomoči in menjavanju vrst pomoči trdna in konkretna. Iz take polne angažiranosti, tega, moči polnega in samodoločenega vstopa izhaja *empowerment* (opolnomočenje). Vsako psihoterapevtsko zdravljenje/obravnavo mora vsebovati tudi praktične, socialno-delovne dimenzije. Te poti se ne sme zanemariti, čeprav se to pogosto dogaja.

Četrta pot zdravljenja in podpore je kot v ozadju stoječa dimenzija za prve tri poti, stalno obstoječa in aktualna. Ta pot teče prek širjenja ekscentričnosti v družbeni prostor«, s pomočjo ustvarjanja »*Social and Ecological Awareness and Consciousness*«, s pomočjo pritegnitve solidarnosti, s pomočjo izključitve metaperspektiv (Petzold 1988n/1996a).

Štiri poti so glavne poti z velikim številom stranskih in vzporednih poti in stezic. Poti morajo biti mnogovrstne, fleksibilne in elastične, omogočati morajo različne poteke steza in stezic.

4.4.4 Ovrednotenje integrativne terapije

Transteoretični, multimodalni in metodni-presežni pristop integrativne terapije, ki dela z osrednjimi terapevtskimi in dolgo časa uporabljanimi oblikami zdravljenja v diadičnem okolju (terapija posameznika), v skupinskem okviru ter v okoljih družinskih (stanovanjskih) skupnosti, in uporablja bogat nabor zdravilno-metodičnega in -tehničnega inventarja, lahko s tem odgovarja različnim zahtevam, ki se postavljajo na različnih področjih psiho- in socio-terapevtskega dela z zasvojenimi z drogami (Petzold 1996). To je mogoče, ker integrativne terapije ne razumemo v tradicionalnem smislu psihoterapevtske »šole« - kar izrecno poudarjamo –, temveč kot **usmeritev** v okviru »**novih integracijskih paradig**« v psihoterapiji oz. v splošni psihoterapevtski znanosti in v metode zajemajoči klinični prakseologiji.

Integrativna terapija je na več področjih terapije, kjer jo uporabljajo, podprla svojo učinkovitost s študijami (pregled: *Petitjean* 2003, *Leitner* 2005. Študije:, prim. *Petzold, Hass et al.* 2000; *Steffan* 2002; *Petzold, Wolf et al.* 2000; *Leitner et al.* 2004; *Märtens et al.* 2002; *Letiner et al.* v nastajanju). V tem pogledu ima obveznost dokazovanja »**znanstvenosti, gospodarnosti, učinkovitosti in neoporečnosti**« (prim. *Petzold* 2001e) – zadnji imenovani aspekt je bil do sedaj zanemarjen (*Märtens, Petzold* 2002), so pa bili za IT ugotovljeni njena združljivost in obsežni manjkajoči stranski učinki (*Petitjean* 2003, *Petzold, Hass et al.* 2000), poleg tega so pristaši z ozirom na meritve uspeha postavili tudi vprašanje novosti (ibidem, *Leitner et al.* v nastajanju), ki jih je nujno treba upoštevati v raziskovanju na področju zasvojenosti. Dokaze mora integrativni pristop, tako kot katerikoli psihoterapevtski postopek v moderni, na dokazih temelječi usmerjeni psihoterapiji (*Dobson, Craig* 1998, *Grawe et al.* 1994; *Mace et al.* 2000; *Petzold, Märtens* 1999), posredovati prek empiričnih evalvacijskih raziskav. S terapijo pri delu z zasvojenimi z drogami, se v večji meri posreduje postopek z ogromnimi metodičnimi in področno-strukturnimi problemi, ki otežujejo predložitev želenega števila dokazov, ki izhajajo iz tega področja fundiranega raziskovalnega dela, in njene učinkovitosti. Predvsem učinkovitost, seveda v različnih okoljih – od nizkopražnih ukrepov do forenzične terapije (*Krach, Peschke* 1987; *Romkopf* 1983) –, mora biti ponovno dokazana za različne metodične načine postopkov, nalog in populacij (prim. dela *Thomas*a in *Petzold*a v tej zbirki). Sledi pregled.

Integrativna terapija je bila konceptualno specifično prilagojena na različne zahteve na področju zasvojenosti, to pa je potrebno tudi pri specifičnih ciljnih skupinah in okoljih (*Petzold, Hentschel* 1993; *Petzold, Thomas* 1994). Pri tem smo vedno znova poskušali realizirati ocenjevalne projekte. Pri

zdravljenju alkoholikov je *Knauf* diferenciral različna področja intervencije in predstavil njihovo metodično ravnanje ter predložil katamnistične preiskave, ki kažejo opazne uspehe na stacionarnem področju (*Knauf* 1998). Za **nizkopražno delo** je bilo na podlagi dolgotrajnih raziskav o uporabi možnosti pomoči zasvojenim (*Petzold* 1980a) in z raziskavami podprta razmišljanja o široki postavitvi »protektivnih in odpornostno podpornih faktorjev« rizičnih skupin (*Petzold, Thomas* 1994; *Müller, Petzold* 2003), izdelan koncept »**intermitirajočega spremljanja kariere**« (*Petzold, Hentschel* 1994). To je bilo raziskano z ocenjevalnimi kriteriji, kot so »prevzem načinov pomoči«, »kontinuiteta kontaktov« v okviru modernega poskusa dežele Nordrhein-Westfalen (*Hentschel* 1993). Integrativno koncipiran metadonsko-nadomestni program (*Lotze et al.* 1994) je v kasnejši raziskavi pri sodelujočih pacientih 13 let kasneje pokazal, da 55% od njih živi socialno stabilno življenje brez drog (*Krach, Peschke* 1978), pri čemer so odigrali pomembno vlogo tudi drugi protektivni vplivi.

Integrativni koncept zdravljenja »štiri stopenjskega modela« stacionarnih obravnav v okviru »verižnih terapij« kot terapevtskega povezovalnega sistema, kot ga je koncipiral *Petzold* od leta 1972 v različnih regionalnih področjih oskrbe lahko implementira in deloma v več kot 25 letih znanstveno svetuje ali supervizorično spremlja (*Petzold* 1974), je bil različno katamnistično raziskan. *Lazaridis* je pri tem našel v eni sledilni študiji (Follow-up-studie) pri vseh stopnjah postopka verižne terapije v Spodnji Saški, za časovno obdobje desetih let, da je tretjina pacientov živela brez drog, tretjina se jih je izboljšala in ena tretjina povratnikov (*Lazaridis* 1992). Do istih rezultatov je prišla nadaljnja katamneza v isti verigi (*Ladewig, Vormann* 19881). Katamenistična študija, opravljena v časovnem obdobju 1990 – 1997 štirinadstropne hiše Steyerberg kaže pri 91 % zasvojenecv abstinenco, pri 9 % zmanjšano uporabo, pri 60 % izboljšano in pri 34 % neizboljšano poklicno situacijo (*Welteke* 1997).

Omenjene katamneze, naj bo to še enkrat poudarjeno, se ne izrekajo o nobeni specifični terapevtski metodi, temveč o učinkovitosti v integrativnem pristopu koncipiranih in z integrativno terapijo in njenimi metodami delajočih stacionarnih ustanov. Poleg nekaterih ketamnističnih študij so predstavljena tudi številna kazuistična izkustvena poročila, po katerih bo uporaba integrativne terapije pri zasvojenih z drogami v veliki večini sprejeta (*Funk* 1994; *Petzold, Thomas* 1994). Celi povezovalni sistemi (npr. v Kölnu, Hanovru, Hamburgu) so bili z njihovimi koncepti obravnave in njihovim celotnim timom sodelavcev izobraženi za delo po integrativni terapiji (*Scheiblich, Petzold*, ta knjiga). Veliko sodelavcev iz ustanov z ambulantnim in stacionarnim delom pri odvajanju od drog, ima gešalt-terapevtsko izobrazbo, ki uporablja koncepte integrativne terapije, se menjava., tako da se je pri strokovnjakih uveljavilo mnenje, da se izkristalizira kontaktno in odnosno usmerjeno gešalt-delo in terapija zasvojenih z drogami po konceptu integrativne teorije kot posebej zanesljive metode dela z zasvojenimi. (V Zvezni republiki Nemčiji je izobrazba v integrativni terapiji/gešalt terapiji po VDR priznana kot specifično terapevtsko dodatno izobraževanje na področju zasvojenosti in ocenjena z dobrimi rezultati, prim. *Petzold, Schay, Sieper* in *Rainals, Leitner* ta knjiga)

Ker je možnost zdravljenja odvisnih od drog raznovrstna in široka, terapevtski odnos, pozitivne afiliacije (*Petzold, M. Müller* 2005; *Scheiblich, Petzold*, ta zbirka) predstavljajo osrednje faktorje in veliko raznovrstnih nadaljnjih nespecifičnih in specifičnih faktorjev - tistih iz klinične razvojne psihologije poznanih protektivnih in resilentnih faktorjev npr. (*Petzold, Goffin, Oudhof* 1993; *Petzold, Müller* 2003, 2005) in tistih, ki so iz terapevtskega raziskovanja in integrativnem pristopu poznanih učinkujočih faktorjev (*Petzold* 1993p, 1996; *Ebert, Könnike-Ebert* Integrative Suchttherapie (2004)) – prevzemajo vpliv terapevtskega dogajanja, gotovo pa bo potrebno še zelo veliko časa in

raziskovalnega dela, dokler se ne eksplicirajo integrativni modeli o kliničnih izkustvenih poročilih in katamnističnih preiskavah (glej zgoraj) prek diferenciranih empiričnih študij v kvantitativni in kvalitativni usmeritvi (Steffan, Petzold 2001) v njihovih specifičnih učinkih. Tu ni nič drugače kot na skupnem področju raziskovanja v terapiji zasvojenih z drogami (prim. dela *Petzolda* in *Thomas*a v tej knjigi).

Moderna terapija z zasvojenimi z drogami nadaljuje pretežno socialno-terapevtsko, to pokaže pogled v prakso, in z obzirom na psihoterapevtske možnosti, pragmatično-eklektično z naraščanjem *metodno-presegajoče-integrativno* po poti, na kateri »integrativna terapija« napreduje v nakazani smeri. Izgrajevanje teorije, prakseologija in raziskovanje na področjih terapije zasvojenih z drogami in zdravljenja zasvojenosti se morajo postaviti v to situacijo.

Povzetek: Terapija zasvojenih z drogami – Razvoj, oblike, metode, učinki in »integrativna zasnova«

V tem poglavju je podan celovit pregled tem o »terapijah na področju dela z zasvojenimi z drogami« v Nemčiji, njihov razvoj, socio-zgodovinsko ozadje, oblike, različne metode zdravljenja oz. obravnave, opisani pa so tudi učinki. Poleg različnih metod (psihoanalize, vedenjske terapije, psihodrame itd.) so v tem kontekstu še posebej poudarjeni prispevki in koncepti integrativne terapije.

V povezavi z interdisciplinarnostjo obravnavanja problematike zasvojenosti, s katero se srečujemo tudi v slovenskem prostoru (bio-psiho-socialni-pristop – zdravstvo – socialno varstvo – psihologija-psihoterapija), uporablja avtor terminološko različno izrazoslovje (zdravljenje, obravnava, rehabilitacija, terapija in v zvezi s tem; pacient, klient, uporabnik), čeprav v pomenskem smislu misli na isto obravnavo/ populacijo (razen tam, kjer je distinkcija eksplicitno poudarjena/navedena).

Ne gleda na to, da prispevek temelji na povzemanju polpreteklega dogajanja na področju terapevtskega dela z zasvojenimi, v nemškem prostoru, verjamem, da bo tudi slovenski bralec dobil osnovne smernice, katere bo lahko, s potrebno mero kritičnosti, uporabil pri delu z zasvojenimi, v slovenskem prostoru.

Ključne besede: terapija zasvojenih od drog v Nemčiji, zgodovinski razvoj, oblike zdravljenja, metode zdravljenja zasvojenih, integrativna terapija

Summary: Treatment of drug dependent client - Development, models, methods, effects and "integrative approach"

This chapter provides a comprehensive overview of the topics on "therapy in working with drug addicts" in Germany, their development, socio-historical background, form, or different methods of treatment, as well as describing the effects. In addition to different methods (psychoanalysis, behavioral therapy, psychodrama, etc.) in this context the contributions and the concepts of integrative therapy is particularly highlighted.

In conjunction with interdisciplinary treatment with addiction issues, with which we face in the Slovenian territory (bio-psycho-social-approach - Health - Social Care - Psychology, Psychotherapy), different terminology is used (treatment, rehabilitation, therapy and this regard, patient, client, user), although the semantic thoughts refer to the same treatment / population (except where a distinction is explicitly highlighted / mentioned).

Notwithstanding the fact that this contribution is based on summarizing, developmental, therapeutic work with addicts over last four decades in the German area, I believe that Slovenian reader will get the basic guidelines, which will enable him, with the requisite degree of criticism, to use this knowledge when working with drug addicts in Slovenian territory.

Keywords: drug abuse treatment in Germany (and Slovenia), history, forms of treatment, substance abuse treatment methods, integrative therapy

Bibliography

- H.Petzold., P. Schay., W. Scheiblich (Hrsg.). (2006). *Integrative Suchtarbeit*. VS Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden. str. 41 – 93.
- Arterburn. S. (2003). *Addicted to »Love«. Understanding Dependencies of the Heart: Romance, Relationships, and Sex*. Regal Books. Ventura. California. USA.
- Kooyman. M.(1993). *The Therapeutic Community for Addicts. Intimacy, parent involvement, and treatment success*. Swets & Zeitlinger B.V. Amsterdam/Lisse.
- Polajner.B. (2004). *Interno gradivo Društva Projekt Človek*. Ljubljana.
- Rozman. S. (1998). *Peklenska gugalnica*. Vale – Novak. Ljubljana.
- Ule. M. (ur.) (2000): *Socialna ranljivost mladih. Juventa*. Ministrstvo za šolstvo in šport, Urad republike Slovenije za mladino in Založba Aristej. Šentilj/Ljubljana.
- Žorž. B. (2002). *Razvajenost rak sodobne vzgoje*. Mohorjeva družba. Celje.