

Barbara Simonič
Andreja Poljanec
Mateja Katona

**ALKOHOLIZEM
KOT MEHANIZEM
ČUSTVENE
REGULACIJE V
DRUŽINSKEM
SISTEMU IN PRISTOP
RELACIJSKE
DRUŽINSKE
TERAPIJE V PROCESU
OKREVANJA DRUŽINE**

269-283

TEOLOŠKA FAKULTETA
UNIVERZA V LJUBLJANI
POLJANSKA C. 4
SI-1000 LJUBLJANA

ŠTUDIJSKO-RAZISKOVALNI CENTER
ZA DRUŽINO
DVOR 12
SI-1210 LJUBLJANA-ŠENTVID

PUNČICA - TERAPEVTSKI IN
IZOBRAŽEVALNI INŠTITUT
VELIKA ŠTANGA 18
SI-1275 ŠMARTNO PRI LITIJU

::POVZETEK

KO GOVORIMO O ALKOHOLIZMU, se pogosto smatra, da bo odločitev družinskega člana (običajno sta to oče ali mati) za prenehanje pitja, rešila vse družinske težave. Vendar pa raziskovalci, ki se osredotočajo na preučevanje okrevanja družine po začetku zdravljenja alkoholizma, ugotavljajo, da je ta proces, še posebej v zgodnjih stadijih, po svoje zelo travmatičen. Družine namreč poročajo, da je to obdobje, ki je zanje zelo čustveno naporno in dinamično. V procesu okrevanja družine po alkoholizmu najdemo več različnih razvojnih stopenj okrevanja in tudi različne tipe družin. V tem procesu se razkrivajo najbolj ranljive točke za družinske odnose. Relacijska družinska terapija omogoča naslavljanje družinskih dinamik na teh najbolj občutljivih mestih. V prispevku bodo predstavljene glavne vstopne točke in premise Relacijske družinske terapije v povezavi z alkoholizmom in primer iz terapevtske prakse. Klinična praksa namreč kaže, da se resnično težko delo v odnosih po prenehanju pitja šele začneja, saj vzniknejo številne težke teme, ki so se jim je družina ali posamezniki prej s pomočjo alkohola nezavedno izogibali oz. jih nefunkcionalno regulirali.

Ključne besede: odvisnost od alkohola, abstinenca, okrevanje družine, psihoterapija, regulacija afekta

ABSTRACT***ALCOHOLISM AS A MECHANISM OF AFFECT REGULATION WITHIN THE FAMILY SYSTEM AND RELATIONAL FAMILY THERAPY APPROACH IN THE FAMILY RECOVERY PROCESS***

When discussing alcoholism, it is often assumed that the family member's (usually a father or a mother) entry into recovery will resolve all family problems. However, researches, which examined the impact of family recovery from alcoholism, show that this process, especially in its early stages, is very traumatic. Families report that this time was very emotionally disruptive, frightening, and dynamic. In family recovery after alcoholism we can find more developmental stages of recovery and also different types of recovering families, which reveal the most vulnerable points for family relationships. Regarding this, a Relational Family Therapy enables to address the family dynamics in their most vulnerable points. The contribution presents the main entry points and premises of RFT in connection with alcoholism and introduces a case from therapeutic practice. Clinical practice shows that the real hard work in the relationships after stopping drinking will only begin,

because there can emerge a number of painful issues that were previously, due to alcoholism, avoided, namely dysfunctional regulated.

Key words: alcohol addiction, abstinence, family recovery, psychotherapy, affect regulation

::1. DRUŽINA IN SOOČANJE Z ODVISNOSTJO OD ALKOHOLA

Alkoholizem je danes ena najbolj razširjenih oblik odvisnosti. Zastrašujoči in zaskrbljujoči so statistični podatki o številu odvisnih od alkohola, problematika pa se še poglobi, če pomislimo, koliko posameznikov je z alkoholom posredno povezanih, predvsem zaradi odvisnosti svojih bližnjih. V Sloveniji ima težave z alkoholom okoli 10 % odraslega prebivalstva (Rus Makovec, 2011). Posledice alkoholizma so različne, nihajo od na videz "neproblematičnega" pitja, prek različnih stopenj zlorabe alkohola, do odvisnosti, ki jo spremljajo resni psihosocialni in zdravstveni problemi (Carr, 2000; Ramovš, 2001). Če ne že prej, je na tej točki z alkoholom zaznamovan celoten družinski sistem, še posebej, če alkoholu podleže oče, mati ali celo oba. Vsaka oblika pitja predstavlja za družinske odnose resno preizkušnjo in grožnjo, saj nikoli ne pomeni trdne osnove, ki bi omogočala zdrav razvoj odnosov, ki so ključnega pomena za naše življenje (Gostečnik, 2003). Vsakdanje izkušnje in tudi številne raziskave potrjujejo, da ima zloraba alkohola na strani staršev dolgoročen vpliv na celoten družinski sistem – tako na partnerski odnos, kot na otroke - vpliv pa je poleg tega večplasten. Zlasti hudo je v družinah, kjer alkoholizem spremlja še nasilje (Collins, 2007).

Vendar se kljub teži odvisnosti mnogi odločijo za prekinitev pitja. Nekaterim to uspe brez kakršnekoli pomoči in je dovolj le trdna volja; mnogi pa potrebujejo in tudi poiščejo zdravstveno ali kakšno drugo obliko psihosocialne pomoči. Vsekakor je pri tem koraku potrebno veliko poguma in odločnosti, saj si mora oseba najprej priznati, kaj se dogaja, nato pa veliko notranje moči ter opore bližnjih pri vztrajanju na poti abstinence. Pot iz alkoholne omame v prvi vrsti vodi prek soočenja z dejstvom, da je posameznik odvisen, kar si običajno predvsem zaradi močnega doživljanja sramu, zelo težko prizna. Poleg tega se pojavljajo še močni občutki krivde zaradi težkih in bolečih stvari, ki jih je odvisnik povzročil drugim, ter obžalovanje za izgubljenimi trenutki, ki bi jih lahko s svojimi najbližjimi preživel bolj polno in osrečujoče (Potter-Efron in Carruth, 2002).

::2. PROCES OKREVANJA

Na prvi pogled se zdi, da bo abstinenca rešila vse težave, s katerimi se družina sooča. Vendar raziskave, ki preučujejo okrevanje družine po prenehanju pitja, ugotavljajo, da je ta proces zelo kompleksen, predvsem v svojih zgodnjih stadijih pa tudi precej travmatičen (Brown, 1985; Brown in Lewis, 1995; Lewis in Allen-Byrd, 2001; Petroni et al., 2003; Rouhbakhsh et al., 2004). Družine poročajo, da je vzdrževanje abstinence obdobje, ki je za vse zelo stresno, čustveno naporno, polno strahu in zelo dinamično. Klinična praksa psihoterapevtske obravnave parov in družin npr. potrjuje, da abstinenca pri mnogih parih še ne pomeni globljega in intimnejšega odnosa. Mnogi pari namreč poročajo o nadaljevanju ali celo poslabšanju težav v odnosih (Navarra, 2003), kar pomeni, da se težav po prenehanju pitja začnejo šele zavedati.

Dinamika procesa okrevanja ima vpliv na vse družinske člane in na ostale vidike delovanja družine kot celote. Raziskave procesa okrevanja kažejo, a) da v tem procesu naletimo na različne razvojne stopnje okrevanja, ki so običajne, b) da je mogoče prepoznati različne tipe družin in c) da so prva leta po okrevanju zelo travmatična (Brown in Lewis, 1995, 1999; Brown et al., 2000; Petroni et al., 2003; Rouhbakhsh et al., 2004). Ob tem se razkrivajo tudi najbolj ranljiva mesta in možne vstopne točke, kjer je družinam (zlasti v kontekstu vzdrževanja bolj funkcionalnih odnosov) mogoče pomagati na njihovi poti do okrevanja.

Kompleksno naravo procesa okrevanja družine po prenehanju pitja opisujeta dva teoretična modela: model okrevanja družine (ang. the Family Recovery Model) ter model tipologije družin, ki so v procesu okrevanja (ang. The Family Recovery Typology Model).

Model okrevanja družine (Brown in Lewis, 1999) poudarja, da z abstinenco posameznik in družinski člani niso na koncu, pač pa na začetku zahtevnega procesa. Opirati se začnejo mnogi vidiki družinske dinamike, ki so bili do sedaj v ozadju tudi zaradi tega, ker jih je zasenčil alkoholizem. V okviru tega modela srečamo tri razvojne stopnje okrevanja: 1. stopnja prehoda, 2. zgodnja stopnja okrevanja ter 3. nadaljnje okrevanje. Pri tem je prva zaznamovana s priznanjem, odločitvijo ter dejanskim prehodom posameznika od pitja k abstinenci. Zanj je značilno, da pogosto lahko traja tudi več let, v tem času pa so prisotna prehajanja med alkoholiziranim in treznim stanjem. Alkoholik je videti brez kontrole, družinski sistem pa je v popolnem kaosu. Ko se v tej fazi pojavi abstinenca, nastopi olajšanje, obenem pa strah ter negotovost pred morebitnim recidivom. Družina namreč še ne more verjeti in dejansko ne ve, ali bo alkoholik res ostal trezen za vedno. Druga faza je že bolj gotova in jasna, saj se alkoholiki naučijo odgovornosti ter tudi sami poskrbijo in počasi najdejo

način, kako živeti brez alkohola. To je tudi obdobje, ko se odpirajo številna nova vprašanja in težnja po novem znanju. Alkoholiki in njihovi partnerji razbijajo zasvojitvene vzorce medosebnih odnosov ter se učijo razvijati lastno individualnost. Šele v tretji fazi lahko rečemo, da odločitev za življenje brez alkohola postane ponotranjena. Okrevanje je tako postalo središčni princip organizacije, glavna sila in fokus življenja. Življenje postane zdravo in tudi obvladljivo. Ko se pojavijo problemi, so jih posamezniki in družina sposobni nasloviti in zadovoljivo razrešiti. Družinski člani se začnejo bolj odkrito pogovarjati o medosebni bolečini, pogrešanju ter strahu in sramu, torej o težkih občutjih, ki so bili prisotni v prejšnjih fazah.

Drugi teoretični model, ki nam pomaga razumeti proces okrevanja družine po pitju, je model tipologije družin, ki so v procesu okrevanja (ang. The Family Recovery Typology Model) (Lewis in Allen-Byrd, 2007). Ta predstavlja tri tipe družin, ki se v svojem procesu okrevanja med seboj bistveno razlikujejo. Najprej so tu družine (tip I), ki so uspešne v procesu okrevanja. Predvsem partnerja se aktivno trudita ohranjeti spremembo, udeležujeta se različnih podpornih programov pomoči, treznost pa je središčni princip, okoli katerega je organizirano delovanje družine. Naslednja dva tipa družin sta bolj rigidna, prisotni so bolj disfunkcionalni stili odnosov. V tip II so uvrščene družine, kjer je v ohranjanje treznosti aktivno vključen le eden od partnerjev, medtem ko ga drugi pri tem ne podpira, s čimer se ohranja neprestano napeto čustveno ozračje. V tip III pa so zajete družine, kjer so alkoholiki sicer prenehali s pitjem, vendar pa pri tem niso naredili aktivnega koraka v smislu procesa, ki bi vodil h globlji spremembi, pogosto pa je prisotno tudi zanikanje pravih težav.

::3. RELACIJSKA DRUŽINSKA TERAPIJA IN ALKOHOLIZEM

Vsa ta spoznanja nakazujejo, da je prenehanje pitja in s tem zasvojenosti nujen, vendar ne zadosten pogoj za kvalitetnejše družinske in ostale medosebne odnose. Zato je za posameznike, ki ne pijejo več, prav tako pa za ostale člane njihovih družin, smotrna in učinkovita opora v procesu zdravljenja vključenost v psihoterapevtski proces, kjer je možno globlje nasloviti teme, katerim so se do sedaj nehote izogibali. Veliko družin je namreč potem, ko se prekinejo procesi zasvojenosti, soočenih s praznino, v kateri se sami velikokrat ne znajdejo najbolje. To praznino je treba napolniti z novim znanjem, zavedanjem čutenj, rokovanjem z njimi, z novimi veščinami, dejavnostmi, bolj polnimi odnosi (Zimberg, 1985). Prav tako se ob abstinenci začnejo odpirati številne boleče teme, ki se jih sedaj posameznik zaveda in ima možnost, da o njih govori.

Model relacijske družinske terapije (v nadaljevanju RDT) omogoča globlje razreševanje zapletov na vseh stopnjah okrevanja družine in v vseh tipih družin,

ki smo jih opisali zgoraj, saj naslavlja družinsko dinamiko med družinskimi člani prav v njihovih najbolj ranljivih in zaenkrat še nezavednih točkah. RDT je teoretični in klinični model obravnave, ki integrira vidike splošne sistemske teorije z relacijskimi psihoanalitičnimi modeli, vključno z objekt-relacijsko teorijo, self psihologijo ter interpersonalno analizo, prav tako pa tudi s sodobnimi spoznanji nevrobiologije in teorije navezanosti. Z modelom RDT poskušamo prepoznati in osvetliti patološke odnose, videti, od kod (iz katerega družinskega sistema) taki vzorci prihajajo, zakaj jih je tako težko spremeniti ter kako bi jih lahko razumeli in spremenili oziroma dogradili, da bi postali bolj funkcionalni. Pri svojem pristopu RDT upošteva relacijske mehanizme in dinamike (projekcijska identifikacija in kompulzivno ponavljanje), ki poganjajo določene odnose, poleg tega pa skuša odkriti afektivni psihični konstrukt in za tem temeljni afekt, ki je podlaga vseh nadaljnjih odnosov. Slednji namreč predstavlja vzdušje, na katerega so uglašeni vsi odnosi (Gostečnik, 1997, 2004; Gostečnik in Repič, 2009; Erzar, 2002, 2007; Kompan Erzar, 2001, 2003, 2006). "Temeljna premisa tega integrativnega modela je, da je vsak odnos vedno utemeljen na vzajemnem afektu, ki prek medosebne dinamike narekuje izoblikovanje določenega vzorca odnosov. V terapevtskem smislu to pomeni, da se tudi v terapiji prava sprememba zgodi na ravni ozaveščanja in predelave vzajemnega afekta, v katerem se srečata terapevt in pacient. Šele na ravni vzajemnega afekta, ki poganja celoten sistem odnosov in doživljanja ter navezovanja stika z novimi ljudmi, v tem primeru s terapevtom, se namreč razkrije jedro nefunkcionalnih in patoloških navezav, ki so ustvarile psihični konstrukt, s katerim se člani družine branijo pred bolečino vzajemnega afekta" (Gostečnik, 2004: 14). Temeljni afekt je namreč nezaveden, da oseba razume, kaj se dogaja, ga je treba ozavestiti.

RDT omenjeni afekt odkriva na treh ravneh delovanja: sistemskem, medosebnem in notranjepsihičnem. Afekt namreč preveva odnose na vseh nivojih (Kompan Erzar, 2006). Pogosto je bila struktura teh odnosov vzpostavljena že v zelo zgodnji dobi ali pa kasneje vsiljena v travmatičnih odnosih. V odrasli dobi se ponavlja, ker obljublja znan in primeren odnos z drugim, in hkrati nosi nezavedno upanje, da bo v novih odnosih mogoče ta zaplet razrešiti. RDT zato te odnose najprej na novo prebudi in jih naredi znane, nato pa z novim odnosom med terapevtom in klientom oz. zakoncema ali družino skuša te stare vzorce spremeniti. To pomeni, da najprej najde temeljni afekt in nato spremeni temeljni sistem regulacije v bolj funkcionalnega in za odnose bolj zadovoljujočega. "Lahko bi rekli, da RDT skuša v vsej svoji plastičnosti, ki zajema sistemsko, medosebno in notranjepsihično sfero psihičnega doživljanja, regulirati temeljni afekt" (Gostečnik, 2004: 7). Zato terapija za družino pomeni možnost predelave razdiralnega afekta, hkrati pa tudi novo postavitev

odnosov na vseh ravneh. Terapija daje možnost, da klient pride do spoznanja, da je odgovoren in lahko vpliva na odnose, ki jih živi (Rožič, 2003). Tako postane terapija prostor sprejemanja vse večje odgovornosti, novega vzpostavljanja odnosov in s tem funkcionalnosti, ki je bila porušena. RDT kot taka omogoči klientom globinsko naslavljanje vseh bolečih čutenj.

RDT razume alkoholizem in njegovo dinamiko kot obliko nefunkcionalne regulacije afekta, pri čemer se zaveda tudi drugih dejavnikov, ki vplivajo na pojav alkoholizma pri posamezniku, npr. bioloških, sociokulturnih (npr. koliko se pitje alkohola tolerira v določeni kulturi) (Collins, 2007), psiholoških, kot je npr. čustvovanje, način soočanja s stresom ali sprejemanje samega sebe (Lawson in Lawson, 2004). Znanstveni dosežki na področju različnih duševnih in odnosnih motenj v zadnjih desetletjih pa vedno znova dokazujejo, da biološke danosti (npr. dedne genske predispozicije) pri vzniku motnje nimajo tako velikega pomena, kot so verjeli pred tem. Ugotavljajo, da gre v veliki meri prav za negenetsko dedovanje, ki se iz generacije v generacijo prenaša z vedenjem in tako preglasi gensko nagnjenost k tesnobi, pretiranemu čustvovanju ali odzivnosti na stres (Erzar, 2007). Negativne vzorce dojemanja in vedenja, torej tudi vzorec regulacije afekta, posameznik v veliki meri prinaša iz svoje izvirne družine.

Motnje v funkcionalnosti regulacije afekta in sposobnosti rokovanja s čutenji se velikokrat omenjajo v povezavi z razvojem in ohranjanjem odvisnosti od alkohola. Konstrukt regulacije afekta, ki ga je mogoče opredeliti na različne načine, se v splošnem nanaša na notranje procese, ki posamezniku dovoljujejo, da ohranja čustva do mere, ki je zanj še znosna. Po teh predvidevanjih alkoholiki tako pijejo, da bi se soočili s težkimi čustvi, ker naj bi pri njih bilo prisotnih več negativnih čustvenih stanj kot pri drugih ljudeh, ali pa ker naj bi jim manjkalo notranjih virov, da bi se soočili s temi negativnimi čustvi. Pitje alkohola predstavlja ponavljajoče se poskuse, da bi regulirali negativna čustva (Vieten et al. 2004).

Oseba se tako zato zaplete v alkoholizem ali druge oblike odvisnosti, da si nezavedno pomaga pri regulaciji afekta. To počne, da prekrije strahove, sram in tesnobo. Rekli bi lahko, da se posameznik "samozdravi" z alkoholom, da bi s tem znižal neprijetnost stisko, predvsem tesnobe, saj alkohol deluje kot anksiolitik (Grzywacz in Almeida, 2008; Sher et al., 2005). Številne raziskave o motivih pitja alkohola potrjujejo, da zloraba alkohola v bistvu služi dvema različnima motivoma: zmanjšuje negativna čutenja pri posamezniku ter spodbudi pozitivna čutenja (Carey in Correia, 1997; Cooper, 1994; Cooper, Agocha, in Sheldon, 2000; Cooper et al., 1995; Read et al., 2003). Rezultati teh raziskav kažejo, da osebe, ki so nagnjene k negativni afektivnosti (npr. negativna čutenja, nevrotičnost, negativno razpoloženje in slabše strategije

soočanja s stiskami), bolj pogosto uporabljajo alkohol, da bi se z njegovo pomočjo lažje soočile z negativnim razpoloženjem.

V povezavi s kvaliteto odnosov v otroštvu Cassidy (1994) poudarja, da je alkoholizem povezan z izogibajoče navezovalnim stilom, za katerega je značilna potlačitev negativnih afektov, obenem pa je omejeno izražanje pozitivnih afektov. Izogibajoče navezani otroci se direktno naučijo omejevanja čutenj iz odnosa s starši. Izogibajoči tip navezanosti namreč zaznamujejo odnosi, v katerih starši otroku ne pomagajo regulirati negativnih čutenj, pač pa jih nezavedno celo vzbujajo z ustvarjanjem konfliktnih situacij. S svojo držo in načinom življenja otrokom pogosto sporočajo, da je svet sovražen in da se mu ne da zaupati. Poleg tega so ti starši pogosto nekonsistentni v svojem vedenju in pričakovanjih do otroka, kar v otroku povzroča negotovost, neprimernost in sram (Erzar in Kompan Erzar, 2011; Tomkins, 1963). V odraslosti takšni posamezniki razvijejo preokupirano odraslo navezanost, s katero sta povezani nizka samopodoba ter depresija, s tem pa veliko občutkov žalosti in tesnobe. Preokupirana odrasla navezanost je povezana z večjo pogostostjo pitja alkohola, saj to pomaga posamezniku zreducirati negativne afekte (Sheridan in Malley-Morrison, 2001).

Cilj terapevtskega procesa je omogočiti in utrditi primerno in funkcionalno regulacijo bolečih afektov, ki so bili do sedaj regulirani prek alkoholizma. Pri alkoholikih je velikokrat prisotna notranja stiska, s katero se ne morejo soočiti na primeren način. Omama pomeni pozabo oziroma umik, saj je tako mogoče pobegniti od težkih občutij. Ta notranja stiska lahko izvira iz trenutnih ali preteklih stresnih situacij, ki jih ali so jih običajno spremljali težki in travmatični odnosi. Oseba, ki se s tem ni sposobna učinkovito soočiti, v alkoholu na nezavedni ravni najde način, kjer ni potrebno razmišljati in se počutiti razbolelega, žalostnega, nesposobnega in poraženega. Alkohol na ta način nudi lažno pomiritev, ki vodi tudi v telesno zasvojenost. Tako lahko oseba, ki ji je alkohol sprva predstavljal zabavo, sprostitvev ali način soočanja s težavami, začne doživljati stisko ob tem, ko se zave, da je zasvojena, kar je dejstvo, ob katerem se prebuja ogromno sramu, krivde in nemoči, s čemer pa se je spet težko soočiti, kar je dodaten razlog za pitje (Gostečnik, 2003). Alkoholizem tako predstavlja neprestani beg, ki mu ni videti konca, saj v primeru, da se posameznik čutenj ne zaveda, vedno ostaja možnost vrnitve v nefunkcionalni in nekvalitetni način življenja, npr. recidiv, čustveno odtujitev, nasilje, ... Kot smo že omenili, je prav prepoznanje nezavednih občutij ključno za njihovo regulacijo (Cozolino, 2002; Gostečnik, 2004; Kompan Erzar, 2006), s tem pa se odprejo možnosti za bolj kvalitetne odnose.

::4. PREDSTAVITEV PRIMERA IN TERAPEVTSKO DELO PO MODELU RELACIJSKE DRUŽINSKE TERAPIJE

V nadaljevanju bomo predstavili primer psihoterapevtske obravnave družine (očeta in hčere) po modelu RDT. Prikazati želimo stanje, ki je vladalo v družini v procesu okrevanja, in njegovo razrešitev. Zlasti želimo izpostaviti simptomatiko, ki se je pojavljala pri hčeri, in ki jo je bilo mogoče identificirati kot zunanji izraz neke globlje in nezavedne systemske stiske oz. kot način systemske regulacije bolečih afektov. S predstavitvijo nekaterih poudarkov terapevtskega procesa bomo prikazali, kako je mogoče z naslavljanjem teh čutenj odpreti prostor za bolj funkcionalno regulacijo afektov in s tem tudi stiske, ne da bi bilo potrebno ponovno seči po regulatorju, kakršnega je v preteklosti morda predstavljal alkohol, v sedanjosti pa neka druga oblika simptomatičnega vedenja.

::4.1 Opis primera

Tina (28 let) je na terapijo prišla zaradi nekaj let trajajoče in tudi zdravljene depresije ter socialne anksioznosti, obolevala in zdravila pa se je tudi za anoreksijo. Pred šestimi leti je družino nenadoma in nepreklicno zapustila mama. Z mamo ni bilo mogoče več vzpostaviti stikov, tako da je bil Tinina edina opora oče. Po maminem odhodu je Tina nekaj časa živela z njim, nato pa sta živela ločeno. Kljub temu, da je Tina študirala, so bili njeni socialni stiki omejeni le na očeta in nekaj drugih ljudi, v glavnem v zvezi s študijem. Imela je tudi polsestro iz maminega prvega zakona, vendar z njo ni imela stikov. V Tininem razpoloženju so prevladovali občutki žalosti, strahu in obupa. Zapirala se je pred zunanjim svetom in večino časa preživela doma, jokajoča v postelji. Imela je močne občutke zavrženosti, odvečnosti, neprivlačnosti.

Trenuten odnos z očetom je Tina doživljala kot čustveno prazen in zelo razumski. Sama si je očetove opore sicer želela in po njej hrepenela, hkrati pa je imela občutek, da je za to prestara in da ji ta podpora ne pripada več. Poleg tega je imela tudi občutek, da je oče ne jemlje resno in da je ne razume. Kljub zagotovitvi očeta, da ji je na razpolago, se je bala, da bodo njene čustvene potrebe za očeta predstavljale preveliko zahtevo in da bo oče pod težo njenih čutenj znova zapadel v alkoholno odvisnost. Oče je bil namreč zdravljeni alkoholik. Njegovo pitje se je pričelo že, ko je bila mama še doma. Tudi zaradi alkoholizma je bil odnos njenih staršev zaznamovan s pomanjkanjem toplote in pravega stika. Pred materinim odhodom je oče sicer prenehal s pitjem, vendar je po izgubi žene ponovno začel piti.

O doživljanju staršev je Tina povedala, da je bil oče pasiven in fizično ter čustveno odsoten, mama pa je delovala, kot da vse obvladuje. Navzven je kazala vedrost in razumevanje. Z njo se je Tina sicer lahko pogovarjala, vendar je pogrešala pravo čustveno toplino in odzivnost, zato ji ni nikoli omenjala svojih občutkov strahu, neprimernosti in žalosti, saj je imela občutek, da ta čutenja niso zaželeni in zato matere z njimi ni hotela obremenjevati. Tako se je ustvarjal vtis, kot da težav sploh ni. Povedala je, da je od staršev dobivala dvojna sporočila. Na videz sta ji dopuščala svobodo in jo spodbujala k odgovornosti, obenem pa je ob njima čutila nezaupanje, saj je nikoli nihče ni potreboval oz. ji dal priložnosti, da bi kaj naredila sama. Počutila se je zavrženo in neprimerno, podobno se je počutila tudi ob prijateljih. Tako se je začel prebujati odpor do sebe, hkrati pa pretirana servilnost. Bila je vedno bolj prestrašena, nesproščena in začejala je verjeti, da je nezaželeni, nepriljubljena, da je z njo nekaj narobe in da je vredna le toliko, kolikor je uspešna in delavna. Tako se je v teh odnosih gradila njena psihična struktura in oblikoval njen način doživljanja sebe, drugih, odnosov in sveta na sploh.

Oče se je po ponovnem pitju po materinem odhodu vključil v rehabilitacijski program za odvajanje od odvisnosti od alkohola ter ga uspešno zaključil. Alkohola ni bilo več, pojavila pa se je praznina, v kateri je bilo še vedno polno težkih občutij, ki jih je bilo potrebno nekako regulirati. O bolečini in težkih občutjih, ki so bili povezani tudi z izgubo žene/matere, ni oče z nikomer govoril, prav tako tudi ne Tina. Kmalu po očetovem zdravljenju je Tina je zbolela za anoreksijo, prisotna so bila tudi depresivna stanja. Ob prihodu na terapijo je že okrevala, vendar so bili simptomi motenj hranjenja še vedno prisotni.

::4.2 Terapevtska obravnava

Tina je najbolj pogrešala nekoga, ob katerem bi sem počutila sprejeta takšna, kakršno se je počutila: ranjeno, nemočno, krhko. Zato je bil osnovni cilj terapevtske obravnave vzpostavitev varne baze, ki bi ji nudila zavetje, kjer bi se počutila ljubljeno in sprejeto, kjer bi o sebi lahko odkrito govorila in počasi zaživela bolj polno življenje ter se z bolečimi čutenji strahu, žalosti in zavrnjenosti spoprijemala bolj funkcionalno. Osnovna terapevtska poteza je bila zmanjšati strah ter skrb do očeta in z njim vzpostaviti bolj varen odnos. Obenem smo predpostavljali, da so Tinini problemi odraz neprimerno reguliranih čustvenih vsebin širšega sistema.

Bolezen je Tino in očeta v fizičnem smislu sicer nekoliko zblížala, vendar pa sta bila čustveno še vedno zelo oddaljena. Tina je prav zaradi te čustvene nerazumljenosti s strani očeta tudi njega povabila, da se ji pridruži v terapevtskem procesu. Ta se je odzval, vendar se je pokazalo, da ne more prenesti

hčerkinega občutja globoke žalosti. Ob njeni izpovedi je obsedel v krču, ni je zmožel niti pogledati, niti potolažiti. Zato smo poskušali razkriti jedro očetovega nefunkcionalnega odziva na žalost in bolečino ter ozavestiti njegova nezavedna čutenja oziroma temeljni afekt. Razkrilo se je, od kod prihajajo očetova stanja zamrznjenosti, zahtevnosti, nepopustljivosti ter psihične in čustvene odsotnosti. Oče je namreč s tem nezavedno in nehote prikrival lastna globoka občutja žalosti, osamljenosti in neprimernosti, ki so bila povezana z odnosi v njegovi primarni družini. Ko je namreč oče razmišljal o tem in podoživljal svoje odraščanje, je začutil, kako prestrašen, žalosten, osamljen in brez opore je bil v času osamosvajanja od svoje družine. Imel je očeta, ki je bil fizično in čustveno nasilen, manipulativen, sina je nenehno podrejal svojim zahtevam in ga poniževal.

Ko je sedaj ta sin kot oče začutil, da si je v času svojega otroštva in odraščanja v resnici zelo želel opore, spodbude in nekoga, ki bi mu lahko zaupal, s katerim bi se lahko pogovarjal in bi imel ob njem občutek, da ga razume, da je z njim v stiku, je prišel v stik z globoko žalostjo. Obenem pa se je pri tem prebujala tudi jeza, ki je bila povezana s spoznanjem, da mu je s tem, ko mu je bilo odvzeto nekaj, kar mu je kot otroku pripadalo, in kakšna krivica se mu je kot otroku s tem zgodila. Ko je začutil, da je takrat potreboval točno to, kar sedaj od njega pričakuje njegova hči, jo je bil šele sposoben začutiti in ji stopiti naproti. Postopoma je postal bolj pozoren, nežen, pristen, prijazen, spodbujajoč. Oče je spoznal, da je v preteklosti ta čutenja neprimernosti, tesnobe in potlačene jeze "utapljal" tudi v alkoholu.

Vse to je pomenilo spremembo v družinskih odnosih in vzdušju. Tina je začutila, da se sedaj na očeta lahko bolj zanese, da ji ni treba več skrbeti zanj, da ni problematična ona. Ob njem je prvič lahko začutila varnost in sprejetost. Dobila je občutek, da mu lahko zaupa, saj oče dejansko zelo dobro pozna njena občutja. Ob tem je počasi dobila več kontrole v svojem življenju ter moč, da je nadaljevala s študijem. Začela se je družiti s prijatelji ter se veseliti življenja.

::4.3 Razprava

Predpostavljali smo, da je v družinskem sistemu simptomatika (depresivna občutja in anoreksija pri hčeri) predstavljala nefunkcionalen mehanizem regulacije bolečih temeljnih afektov, ki so bili prisotni v sistemu in ki so se na otroški podsystem prenesli s starševskega podsystema. V preteklosti so ti boleči afekti na strani očeta bili nezavedno regulirani tudi s pomočjo alkohola. Alkohol je predstavljal beg pred temeljno žalostjo, ki je bila povezana z bolečino zavrženosti in občutki neprimernosti, ki jih je oče prinesel iz svoje primarne družine. Ko alkohola ni bilo več, ni bilo regulatorja teh težkih čutenj, ki pa so ostala

in so se z nezavednimi mehanizmi projekcijsko-introjekcijske identifikacije in kompulzivnega ponavljanja prenašali na šibkejše člane sistema (otroka) in narekovali tudi temeljno sistemsko vzdušje (Gostečnik, 2011; Kompan Erzar, 2003) V takem vzdušju so se pri hčeri prebujali tesnoba, skrb, žalost, nemoč, krhkost. Temeljna terapevtska poteza je bila zato zmanjšati strah ter skrb do očeta in z njim vzpostaviti bolj varen odnos, pri očetu pa nagovoriti boleča temeljna občutja in s tem najti primeren način regulacije le-teh.

V odnosu z očetom in z materjo se je Tina izogibala izražanju svojih čutenj in stisk, saj je čutila, da s tem mater obremenjuje, ob očetu pa zanjo niti telesno niti čustveno ni bilo prostora. Zato se je počutila neprimerno in zavrženo. Ko je Bowlby (1973), oče teorije navezanosti, opazoval otroke, ki so ob starših čutili, da niso vredni ljubezni, da so neprimerni in brez kontrole, je ugotovil, da so le-ti postali notranje napeti in so pogosto razvili splošno tesnobno motnjo ali katere druge tesnobne motnje. Če so poleg tega ob starših razvili izogibajočo strategijo rokovanja s čutenji, kar pomeni, da so pozornost obračali stran od čutenj, so pogostejše kot zunanjo, razvili ponotranjeno simptomatiko. To se povezuje s Tininimi simptomi motenj hranjenja. Mlade ženske naj bi namreč z odvrčanjem pozornosti proč od stresnih čutenj ohranjale kontrolo sveta le prek hranjenja, saj sveta drugače ne morejo kontrolirati (Cole-Detke in Kobak, 1996; Gostečnik, 2011). Poleg tega se hčerka, ki čuti, da je oče ne ceni, ne sliši in ne opazi, v samem bistvu počuti, da "ni resnična", pravi Maine (2004). Ker oče igra pomembno vlogo pri socializaciji otroka (Kompan Erzar in Poljanec, 2009) in je najpomembnejši predstavnik zunanjega okolja, se hčerka sprašuje, kako bo sploh kdaj postala del sveta, če ni del njegovega življenja in če se bo sploh kdaj počutila ljubljeno in sprejeto (Maine, 2004).

Materin odhod je ta stresna čutenja pri Tini le še poglobil. Poleg tega je oče prenehal s pitjem, zato ni bilo več mehanizma, s katerim bi se regulirala vsa ta težka čutenja žalosti, strahu, odtujenosti in odvečnosti v družinskem sistemu. Nastala je praznina, v kateri sta Tina in oče ostala sama, ostala sta v odnosu, ki se nikoli ni razvijal. Nakopičenje izgub in odnosnih travm na očetovi strani in nezadostna pripravljenost na starševstvo, očeta paralizirajo zato lahko hčerke v takih družinah občutijo izgubo in žalost še zaradi odsotnosti pristnega stika z očetom. Če o tem ne morejo govoriti in če jih nihče ne razume, lahko razvijejo različne simptome, ki ogrožajo njihovo zdravje ali celo življenje. S tem nezavedno ustvarjajo priložnost za svoje očete, da bi prišli in jih rešili, ali da bi se vsaj bolj vključili v družino (Maine, 2004), kar bi v našem primeru lahko pomenila Tinina anoreksija. Raziskovalci, ki so motnje hranjenja raziskovali retrospektivno, so ugotovili, da so dekleta, ki so obbolela za anoreksijo, starše pogosto opisovala zelo negativno (Palmer et al., 1988). Očete so opisovale kot nedostopne in zavračajoče (Cole-Detke in Kobak, 1996;

Rhodes in Kroger, 1992), matere pa kot dominantne, preveč zaščitniške ter perfekcionistične (Minuchin et al., 1980). Poleg tega so poročale, da jih strašijo niso podpirali pri neodvisnosti (Kenny in Hart, 1992).

Bolezen je Tino in očeta sicer nekoliko zbližala. Rekli bi lahko, da sta na nezavedni ravni bila s tem zelo povezana, saj je Tina s svojo simptomatiko "utelesila" čutenja, ki jih je oče zelo dobro poznal. Vendar pa sta bila na zavedni ravni čustveno še vedno zelo oddaljena. Oče se čustveno ni mogel sprostiti in postati rahločuten, čeprav ga je za Tino skrbelo. Tina je prav zaradi te čustvene nerazumljenosti očeta povabila, da se ji pridruži v terapevtskem procesu, kjer je oče lahko prišel bolj v stik z izvori tega vzdušja, kar se je zgodilo z naslavljanjem notranjepsihične sfere njegovega doživljanja v času njegovega odrasčanja. Starši, ki si vzamejo čas, da si ogledajo svoje lastne neodkrite bolečine in razočaranja v svojih primarnih družinah, ki so jih dolgo nazaj potisnili v stran zaradi lojalnosti družinski tradiciji, lahko pridejo otrokom nasproti in jim pomagajo pri vzpostavljanju bolj kvalitetnih in funkcionalnih odnosov. Ko začnejo proces zdravljenja in si iskreno želijo sprememb, lahko teža njihove žalosti pride na plan in da možnost za pot odrešitve (Maine, 2004). S tem ne čutijo več potrebe po zatekanju k nefunkcionalnim oblikam regulacije teh bolečih občutji, npr. k alkoholizmu ali kakšni drugi simptomatiki.

::5. SKLEP

V prispevku smo poskusili opozoriti na globljo dinamiko in relacijske procese, ki so prisotni ob podrobnejši analizi dogajanja, ko se družinski sistem sooča z alkoholizmom vsaj pri enem izmed njegovih članov. Alkoholizem je bolezen, ki poleg telesnega zdravljenja zahteva tudi raziskovanje in predelovanje globljih psihičnih zapletov, sicer zdravimo samo simptome, ne pa tudi resničnih in običajno nezavednih vzrokov. Na primeru psihoterapevtske obravnave smo prikazali, kako je možno nasloviti in primerno regulirati globoko ležeče bolečine, ki so v našem primeru bile nefunkcionalno regulirane z alkoholom, lahko pa bi bile tudi s kakšno drugo obliko patoloških vzorcev vedenja in odnosov.

::LITERATURA

- Bowlby, J. (1973): *Attachment and loss. Zv. 3, Loss, sadness and depression*. New York: Basic Books.
- Brown, S. (1985): *Treating the Alcoholic: A Developmental Model of Recovery*. New York: John Wiley & Sons, Spring.
- Brown, S. in Lewis, V. (1995): "The alcoholic family: A developmental model of recovery." V Brown, S. (ur.): *Treating Alcoholism*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, str. 279-315.
- Brown, S. in Lewis, V. (1999): *The alcoholic family in recovery: A developmental model*. New York: Guilford.
- Brown, S., Lewis, V. M. in Liotta, A. (2000): *The family recovery guide: A map for healthy growth*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Carr, A. (2000): *Family Therapy: Concepts, Process and Practice*. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.
- Carey, K. B. in Correia, C. J. (1997): "Drinking motives predict alcohol-related problems in college students." V: *Journal of Studies on Alcohol*, 58, str. 100-105.
- Cassidy, J. in Berlin, L. J. (1994): "The insecure/ambivalent pattern of attachment: Theory and research." V: *Child Development*, 65, str. 971-991.
- Cole-Detke, H. in Kobak, R. (1996): "Attachment processes in eating disorder and depression." V: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64/2, str. 282-290.
- Collins, G. R. (2007): *Christian counselling*. Nashville: Thomas Nelson.
- Cooper, M. L. (1994): "Motivations for alcohol use among adolescents: Development and validation of a four factor model." V: *Psychological Assessment*, 6, str. 117-128.
- Cooper, M. L., Agocha, V. B. in Sheldon, M. S. (2000): "A motivational perspective on risky behaviors: The role of personality and affect regulatory processes." V: *Journal of Personality*, 68, str. 1059-1088.
- Cooper, M. L., Frone, M. R., Russell, M. in Mudar, P. (1995): "Drinking to regulate positive and negative emotions: A motivational model of alcohol use." V: *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, str. 990-1005.
- Cozolino, L. (2002): *The neuroscience of Psychotherapy*. New York: W. W. Norton & Company.
- Erzar, T. (2002): *Slovo od Freuda*. Ljubljana: Brat Frančišek in Frančiškanski družinski inštitut.
- Erzar, T. (2007): *Dušeвне motnje: Psihopatologija v zakonski in družinski terapiji*. Celje: Celjska Mohorjeva družba.
- Erzar, T. in Kompan Erzar, K. (2011): *Teorija navezanosti*. Ljubljana: Celjska Mohorjeva družba.
- Grzywacz, J. G. in Almeida, D. M. (2008): "Stress and Binge Drinking: A Daily Process Examination of Stressor Pile-Up and Socioeconomic Status in Affect Regulation." V: *International Journal of Stress Management*, 15/4, str. 364-380.
- Gostečnik, C. (1997): *Človek v začaranem krogu*. Ljubljana: Brat Frančišek in Frančiškanski družinski inštitut.
- Gostečnik, C. (2003): *Srečal sem svojo družino II*. Ljubljana: Brat Frančišek in Frančiškanski družinski inštitut.
- Gostečnik, C. (2004): *Relacijska družinska terapija*. Ljubljana: Brat Frančišek in Frančiškanski družinski inštitut.
- Gostečnik, C. (2011): *Inovativna relacijska družinska terapija*. Ljubljana: Brat Frančišek in Frančiškanski družinski inštitut.
- Gostečnik, C. in Repič, T. (2009): "Relational marital paradigm." V: *American Journal of Psychotherapy*, 63/1, str. 1-12.
- Kenny, M. E. in Hart, K. (1992): "Relationship between parental attachment and eating disorders in an inpatient and a college sample." V: *Journal of Counseling Psychology*, 39, str. 521-526.
- Kompan Erzar, L. K. (2001): *Odkritje odnosa*. Ljubljana: Brat Frančišek in Frančiškanski družinski inštitut.
- Kompan Erzar, L. K. (2003): *Skrita moč družine*. Ljubljana: Brat Frančišek in Frančiškanski družinski inštitut.

- Kompan Erzar, K. (2006): *Ljubezen umije spomin*. Ljubljana: Brat Frančišek in Frančiškanski družinski inštitut.
- Kompan Erzar, K. in Poljanec, A. (2009): *Rahločnost do otrok*. Ljubljana: Brat Frančišek in Frančiškanski družinski inštitut.
- Lawson, A. W. in Lawson, G. (2004): *Alcoholism and the Family: A Guide to Treatment and Prevention*. Gaithersburg: Aspen.
- Lewis, V. in Allen-Byrd, L. (2001): "The alcoholic family recovery typology: A new theoretical model." V: *Alcoholism Treatment Quarterly*, 19/3, str. 1-17.
- Lewis, V. in Allen-Byrd, L. (2007): "Coping strategies for the stages of family recovery." V: *Alcoholism Treatment Quarterly*, 25, str. 105-124.
- Maine, M.. (2004): *Father hunger: Fathers, daughters, and the pursuit of thinnes*. Carlsbad: Gürze books.
- Minuchin, S., Rosman, B. L. in Baker, L. (1980): *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Cambridge: Harvard University Press.
- Navarra, R. (2003): "Treating Couples in Recovery from Alcoholism: Part 1." V: AAMFT-CA Newsletter. Povzeto 20. aprila 2012 s strani <http://www.robertnavarra.net/AAMFT%20Article%201.pdf>
- Palmer, R. L., Oppenheimer, R. in Marshall, P. D. (1988): "Eating disordered patients remember their parents: A study using the Parental Bonding Instrument." V: *International Journal of Eating Disorders*, 7, str. 101-106.
- Petroni, D., Allen-Byrd, L. in Lewis, V. M. (2003): "Indicators of the alcohol recovery process. Critical items from Koss-Butcher and LachanWrobel analysis of the MMPI-2." V: *Alcoholism Treatment Quarterly*, 21/2, str. 41-56.
- Potter-Efron, R. in Carruth, B. (2002): *Shame, Guilt, and Alcoholism: Treatment Issues in Clinical*. Binghamton: The Haworth Press.
- Read, J. P., Wood, M. D., Kahler, C. W., Maddock, J. E. in Palfai, T. P. (2003): "Examining the role of drinking motives in college student alcohol use and problems." V: *Psychology of Addictive Behaviors*, 17, str. 13-23.
- Rhodes, B. in Kroger, J. (1992): "Parental bonding and separation – individuation difficulties among late adolescent eating disordered women." V: *Child Psychiatry and Human Development*, 22, str. 249-263.
- Ramovš, J. (2001): *Slovar socialno alkoholškega izrazja*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka.
- Rouhbakhsh, P., Lewis, V. in Allen-Byrd, L. (2004): "Recovering alcoholic families: When normal is not normal and when is not normal healthy." V: *Alcoholism Treatment Quarterly*, 22/2, str. 35-53.
- Rožič, T. (2003): "Sistemska relacijska terapija in primer iz klinične prakse." V: *Psihološka obzorja*, 12/2, str. 137-148.
- Rus Makovec, M. (2011): "Alkohol je kulturna droga." Povzeto 13. aprila 2012 s strani <http://moje-zdravje.dnevnik.si/sl/Splo%C5%A1no+o+zdravju/1058/Alkohol+je+kulturna+droga>
- Sheridan, L. K. in Malley-Morrison, K. (2001): "The Examination of the Relationship between Attachment Style, Cultural Affiliation, and Alcohol Expectancies." V: *Journal of Undergraduate Study and Independent Research*, 1, str. 1-8.
- Tomkins, S. S. (1963): *Affects, imagery, consciousness: Vol. 1., The positive affects*. New York: Springer.
- Vieten, C., Seaton, K. L., Feiler, H. S. in Wilhelmsen, K. C. (2004): "The University of California, San Francisco Family Alcoholism Study. I. Design, Methods, and Demographics." V: *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 28, str. 1509-1516.
- Zimberg, S. (1985): "Principles of Alcoholism Psychotherapy." V: Blume, S. B., Wallace, J. in Zimberg, S. (ur.): *Practical Approaches to Alcoholism Psychotherapy*. New York: Plenum Press, str. 3-22.