

**Univerza v Ljubljani
Fakulteta za socialno delo**

Uroš Svilar

**Dejavniki tveganja za recidiv pri dolgoletnih abstinentih od
prepovedanih drog**

Magistrsko delo

Ljubljana, 2025

**Univerza v Ljubljani
Fakulteta za socialno delo**

Uroš Svilar

**Dejavniki tveganja za recidiv pri dolgoletnih abstinentih od
prepovedanih drog**

Magistrsko delo

Mentorica: doc. dr. Vera Grebenc

Ljubljana, 2025

PODATKI O MAGISTRSKEM DELU

Ime in priimek: Uroš Svilar

Naslov: Dejavniki tveganja za recidiv pri dolgoletnih abstinentih od prepovedanih drog

Kraj: Ljubljana

Leto: 2025

Število strani: 126

Število tabel: 18

Število virov: 71

Število prilog: 5

Mentorica: doc. dr. Vera Grebenc

Ključne besede: recidiv, dolgoletna abstinenca, strategije preprečevanja recidiva, stigma in abstinenca, socialna reintegracija abstinentov.

Povzetek: Recidiv po dolgotrajni abstinenci od prepovedanih drog je kompleksen pojav, ki ga določajo številni psihološki, socialni in biološki dejavniki. Namen magistrske naloge je bil preučiti ključne sprožilce recidiva ter analizirati strategije in podporne mehanizme, ki omogočajo dolgotrajno abstinenco. Raziskava temelji na Marlattovem modelu preprečevanja recidiva in Prochaska in DiClementejevem modelu vedenjske spremembe. S pomočjo kvalitativne analize polstrukturiranih intervjujev s štirimi dolgoletnimi abstinenti sem preučil njihove izkušnje, motivacijo, vlogo socialne podpore in vpliv stigmatizacije. Ugotovitve kažejo, da so visok stres, socialna izolacija in pomanjkanje podpornih mrež ključni dejavniki tveganja za recidiv, medtem ko strukturno podprti preventivni programi in dostop do neobsojajočega terapevtskega okolja bistveno pripomorejo k dolgoročni abstinenci. Naloga ponuja smernice za izboljšanje obstoječih intervencij ter krepitev podpornih sistemov v socialnem delu, psihoterapiji in preventivnih programih.

Title: Predictors of Relapse Among Long-Term Abstainers from Illicit Drugs

Key words: relapse, long-term abstinence, relapse prevention strategies, stigma and abstinence, social reintegration of abstainers

Abstract: Relapse after long-term abstinence from illicit drugs is a complex phenomenon influenced by psychological, social, and biological factors. The aim of this master's thesis was to examine key relapse triggers and to analyze strategies and support mechanisms that enable long-term abstinence. The study is based on Marlatt's Relapse Prevention Model and Prochaska and DiClemente's Stages of Change Model. Through qualitative analysis of semi-structured interviews with four long-term abstainers, the study explores their experiences, motivation, the role of social support, and the impact of stigmatization. Findings indicate that high stress levels, social isolation, and lack of support networks are major risk factors for relapse, while structurally supported preventive programs and access to non-judgmental therapeutic environments significantly contribute to maintaining abstinence. The thesis provides recommendations for improving existing interventions and strengthening support systems in social work, psychotherapy, and preventive programs.

KAZALO VSEBINE

1. UVOD.....	1
1.1. Predstavitev teme in raziskovalni problem	1
1.2. Raziskovalna vprašanja	4
1.3. Cilj raziskave.....	4
1.3.1. Analiza socialnih, psiholoških in bioloških dejavnikov	4
1.3.2. Izboljšanje praks socialnega dela	5
1.3.3. Prispevek k teoretičnemu in praktičnemu razumevanju recidiva.....	6
1.4. Namen raziskave	6
1.4.1. Prispevek k oblikovanju politik in programov za zmanjševanje škode.....	6
1.4.2. Podpora socialnim delavcem in drugim strokovnjakom	7
1.4.3. Razumevanje vpliva stigmatizacije	7
1.4.4. Povečanje ozaveščenosti in izboljšanje preventive	7
1.5. Metode raziskave.....	8
2. RAZUMEVANJE RECIDIVA	11
2.1. Definicija recidiva	11
2.2. Različni teoretični modeli recidiva.....	12
2.2.1. Model Prochaska in DiClemente	13
2.2.2. Marlattov model preprečevanja recidiva	17
2.2.3. Kognitivno-vedenjski model/terapija	20
2.3. Dejavniki, ki vplivajo na recidiv	25
2.3.1. Psihološki in čustveni dejavniki	26
2.3.2. Družina kot opora in stigma kot ovira pri preprečevanju recidiva.....	29
2.3.3. Biološke predispozicije.....	39
2.4. Dvojna diagnoza in njen vpliv na tveganje za recidiv.....	40
3. ZMANJŠEVANJE TVEGANJ IN ŠKODE OB RECIDIVU	43
3.1. Pomen zmanjševanja tveganj pri recidivu.....	44
3.2. Strategije zmanjševanja škode pri ponovni uporabi.....	45
3.2.1. Varne sobe za injiciranje	46
3.2.2. Izmenjava igel in pribora.....	47
3.2.3. Nadomestno zdravljenje	48
3.3. Vloga zmanjševanja škode pri ponovni vključitvi v abstinenco	48
3.4. Podporni pristopi pri zmanjševanju tveganj ob recidivu.....	50
4. EMPIRIČNI DEL	52
4.1. Metodologija in raziskovalni pristop.....	52
4.1.1. Utemeljitev izbire metode in vzorca.....	52
4.1.2. Zbiranje in analiza podatkov	53
4.1.3. Raziskovalna etika.....	54
4.1.4. Analiza rezultatov	54
4.2. Rezultati z razpravo.....	55
4.2.1. Motivacija za abstinenco	55
4.2.2. Sprožilci za recidiv	62
4.2.3. Socialna podpora	70
4.2.4. Dvojna diagnoza in zdravljenje	77
4.2.5. Preventivne strategije sogovornikov	82
4.2.6. Sinteza rezultatov	89
5. SKLEPNE UGOTOVITVE IN PRIPOROČILA ZA SOCIALNO DELO	92
6. UPORABLJENA LITERATURA.....	95

7. PRILOGE	100
7.1. Opomnik za izvedbo delno strukturiranega intervjuja	100
7.2. Prepis odgovorov intervjuja številka 1	100
7.3. Prepis odgovorov intervjuja številka 2	104
7.4. Prepis odgovorov intervjuja številka 3	111
7.5. Prepis odgovorov intervjuja številka 4	118

KAZALO TABEL

Tabela 1: Motivacija Karla za abstinenco	57
Tabela 2: Motivacija Damirja za abstinenco	58
Tabela 3: Motivacija Marka za abstinenco	60
Tabela 4: Motivacija Urbana za abstinenco.....	61
Tabela 5: Karlovi sprožilci	64
Tabela 6: Damirjevi sprožilci	65
Tabela 7: Markovi sprožilci.....	67
Tabela 8: Urbanovi sprožilci	68
Tabela 9: Karlova socialna podpora	71
Tabela 10: Damirjeva socialna podpora	73
Tabela 11: Markova socialna podpora.....	74
Tabela 12: Urbanova socialna podpora	76
Tabela 13: Karlo in dvojna diagnoza.....	79
Tabela 14: Urban in dvojna diagnoza.....	81
Tabela 15: Preventivne strategije Karla.....	84
Tabela 16: Preventivne strategije Damirja	85
Tabela 17: Preventivne strategije Marka	87
Tabela 18: Preventivne strategije Urbana.....	88

1. UVOD

Pojav recidiva med dolgoletnimi abstinenti ostaja ena izmed osrednjih tem pri obravnavi odvisnosti. Kljub številnim programom podpore in terapevtskim pristopom se mnogi posamezniki znajdejo v položajih, ki povečujejo verjetnost ponovnega zdrs. Raziskovanje tega pojava ponuja vpogled v dejavnike, ki vplivajo na dolgoročno abstinenco, in osvetljuje izkušnje oseb, ki so se soočale s tovrstnimi izzivi.

V tej nalogi se osredotočam na razumevanje okoliščin, ki vplivajo na ponovni zdrs, in načinov, kako abstinenti ohranjajo abstinenco. S pomočjo kvalitativne raziskave analiziram njihove osebne izkušnje ter odzive na različne izzive, s katerimi se soočajo v vsakdanjem življenju. Namen tega dela je prispevati k boljšemu razumevanju dejavnikov, ki imajo pomembno vlogo pri vzdrževanju abstinence, ter ponuditi vpogled v morebitne izboljšave na področju strokovne podpore.

1.1. Predstavitev teme in raziskovalni problem

Recidiv, ki ga definiramo kot motnjo ali nazadovanje v procesu vedenjske spremembe po obdobju abstinence, predstavlja enega največjih izzivov v obravnavi odvisnosti in zdravljenja zasvojenih oseb (Marlatt in Donovan, 2005, str. xvii). Pojav recidiva ni zgolj individualna težava posameznika, temveč pomembno vpliva na širše družbene in zdravstvene sisteme. Stroški, povezani z obravnavo uporabnikov drog, so v Sloveniji visoki. Leta 2021 je bilo v mrežo centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog (CPZOPD) evidentiranih 3.886 uporabnikov (Nacionalni inštitut za javno zdravje [NIJZ], 2021, str. 4).

Po podatkih Nacionalnega poročila 2022 je v Sloveniji 21 % prebivalcev, starih med 15 in 64 let, vsaj enkrat uporabilo prepovedano drogo, pri čemer je konoplja najpogosteje uporabljena substanca (Nacionalni inštitut za javno zdravje [NIJZ], 2022, str. 7). V letu 2021 je bilo približno 4.125 visoko tveganih uporabnikov opioidov, kar potrjuje potrebo po celostnem pristopu, ki vključuje preventivne programe in strategije zmanjševanja škode (NIJZ, 2022, str. 10). Ti podatki poudarjajo pomen integriranih ukrepov, usmerjenih v zmanjševanje družbenih in zdravstvenih posledic uporabe drog.

V odziv na problematiko zasvojenosti je Slovenija oblikovala Resolucijo o nacionalnem programu na področju prepovedanih drog za obdobje 2023–2030, ki opredeljuje strateške

smernice in cilje na področju obravnave uporabe drog. Dokument poudarja pomen integriranih pristopov, ki vključujejo tako zdravstvene kot socialne vidike, ter se zavzema za medresorsko sodelovanje, kar je bistveno za zagotavljanje dolgoročnih rešitev pri obravnavi zasvojenosti. Resolucija izpostavlja zmanjševanje škode, pri čemer se posebna pozornost namenja ranljivim skupinam, kot so mladostniki, brezdomci in osebe z dvojnimi diagnozami (Vlada RS, 2023, str. 7–9). V tem okviru se uveljavlja večnivojski pristop, ki zajema preventivo, zgodnje posredovanje, zdravljenje, rehabilitacijo in strategije za socialno reintegracijo (Vlada RS, 2023, str. 12–15).

Teoretično gledano je recidiv kompleksen proces, ki ga lahko razumemo skozi različne modele in perspektive. Marlattov kognitivno-vedenjski model recidiva ga definira kot "proces, v katerem posameznik ob ponovnem soočanju s sprožilci tvega zdrs v prejšnje vzorce vedenja" (Marlatt in Donovan, 2005, str. 2). Ta model se osredotoča na prepoznavanje sprožilcev, kot so stres, socialni pritiski ali izpostavljenost položajem, povezanih s prejšnjo uporabo, in razvijanje strategij spoprijemanja. Marlatt poudarja, da "strategije, kot sta čuječnost in obvladovanje stresa, omogočajo posamezniku večjo odpornost proti recidivu" (Marlatt in Donovan, 2005, str. 12).

Transteoretični model spremembe (Prochaska in Norcross, 2009) recidiv postavlja v širši kontekst vedenjskih sprememb, kjer posameznik prehaja skozi različne faze – od začetne motivacije in pripravljenosti na spremembo do vzdrževanja abstinence. Model predpostavlja, da "proces vedenjske spremembe poteka skozi prepoznavne stopnje: prekontemplacijo, kontemplacijo, pripravo, akcijo, vzdrževanje in morebiten zdrs" (Prochaska in Norcross, 2009, str. 10). Poleg tega avtorja poudarjata, da je "vsaka od teh stopenj povezana z različnimi tveganji za recidiv, pri čemer prilagojeni terapevtski pristopi omogočajo zmanjšanje teh tveganj" (Prochaska in Norcross, 2009, str. 27). Ta model pomaga razumeti, zakaj so posamezniki v določenih fazah bolj ali manj dovzetni za recidiv, in ponuja smernice za prilagajanje terapevtskih pristopov potrebam posameznika.

Pomemben vidik obravnave recidiva je tudi zmanjševanje škode. Fojan (2005) poudarja, da zmanjševanje škode predstavlja alternativo tradicionalnim modelom zdravljenja, ki temeljijo na popolni abstinenci. Ta pristop vključuje nizkopražne programe, kot so programi zamenjave igel in metadonska terapija, ki izhajajo iz prizadevanj za zmanjšanje širjenja nalezljivih bolezni, kot je HIV/AIDS, ter obravnavajo socialne in zdravstvene posledice zasvojenosti brez nujnega pogojevanja abstinence (Fojan, 2005, str. 177–192). Resolucija o nacionalnem programu na

področju prepovedanih drog za obdobje 2023–2030 poudarja pomen zmanjševanja škode z izboljšanjem odzivov na predoziranje, zagotavljanjem varnih prostorov za injiciranje in obravnavo brezdomstva med uživalci drog (Vlada RS, 2023, str. 7). Grebenc in Kvaternik (2009, str. 287–288) poudarjata, da so varnejši prostori za injiciranje drog "učinkoviti pri zmanjševanju škodljivih posledic uživanja drog, hkrati pa ne povečujejo uživanja drog kot takega". Poleg tega navajata, da takšni prostori omogočajo "preprečevanje okužb, učinkovito obravnavo predoziranja in zmanjševanje uživanja drog v javnosti", kar pozitivno vpliva na javno zdravje in socialno stabilnost uporabnikov drog.

Družbeni dejavniki, kot sta stigmatizacija in socialna izolacija, imajo osrednjo vlogo pri recidivu. Goffman (1963) opredeljuje stigmo kot "atribut, ki posameznika diskreditira in povzroča, da je zaznan kot manjvreden in nepopoln v očeh drugih" (Goffman, 1963, str. 3). Ta proces, ki vodi do marginalizacije, močno omejuje posameznikove možnosti za socialno reintegracijo in povečuje tveganje za recidiv. Poleg tega Goffman poudarja, da stigma ustvarja "pokvarjeno identiteto", zaradi katere "posamezniki izgubijo dostop do virov podpore in so izpostavljeni družbeni izolaciji" (Goffman 1963, str. 5).

Resolucija o nacionalnem programu na področju prepovedanih drog za obdobje 2023–2030 prav tako priznava problem stigmatizacije in predvideva ukrepe za destigmatizacijo ter krepitev socialne vključenosti. Aktivacijski programi, namenjeni zmanjševanju diskriminacije in izboljšanju zaposlitvenih možnosti, so opredeljeni kot ključna strategija za podporo uporabnikom drog pri njihovem okrevanju (Resolucija o nacionalnem programu na področju prepovedanih drog 2023–2030, str. 33).

Poleg družbenih dejavnikov imajo pomembno vlogo pri recidivu tudi psihološki in biološki dejavniki. Sinha (2024) poudarja povezavo med stresom in zasvojenostjo ter navaja, da "motnje v adaptivnem stresnem odzivu povečujejo željo po substancah, kompulzivno uporabo in tveganje za recidiv ter neuspeh pri zdravljenju" (Sinha, 2024, str. 7). Poleg tega stres ni zgolj dejavnik tveganja za ponoven zdrs, temveč vpliva na celotno fiziološko in psihološko stanje posameznika, kar dodatno otežuje proces okrevanja. Psihološke strategije, kot so tehnike čuječnosti, so pomembne za dolgoročno preprečevanje recidiva. Bowen, Chawla in Marlatt (2010) opisujejo tehniko surfanja na valovih impulzov (*urge surfing*), kjer posamezniki "zavedno opazujejo svoje želje po substancah, ne da bi se jim prepustili, kar vodi v zmanjšanje tveganja za ponoven zdrs" (Bowen, Chawla in Marlatt, 2010, str. 388). Poleg tega so programi Mindfulness-Based Relapse Prevention (MBRP) dokazano učinkoviti pri zmanjševanju

simptomov depresije in stresa, kar igra pomembno vlogo pri obvladovanju dejavnikov tveganja za recidiv (Bowen, Chawla in Marlatt, 2010, str. 389–390).

1.2. Raziskovalna vprašanja

V raziskavi preučujem dejavnike, ki vplivajo na recidiv pri dolgoletnih abstinentih od prepovedanih drog. Osredotočam se na njihove izkušnje, izzive in strategije za ohranjanje abstinence. Raziskovalna vprašanja izhajajo iz vsebine teoretičnega dela in so neposredno povezana s pridobljenimi empiričnimi podatki.

Raziskava odgovarja na naslednja vprašanja:

1. Kaj posameznike spodbuja k abstinenci in kako doživljajo motivacijo za nadaljevanje brez drog?
2. Kateri sprožilci najpogosteje vodijo v recidiv in kako jih abstinenti doživljajo?
3. Kakšna je vloga socialne podpore pri vzdrževanju abstinence in preprečevanju recidiva?
4. Kako dvojna diagnoza vpliva na tveganje za recidiv in možnosti za dolgoročno abstinenco?
5. Katere strategije in mehanizmi so se izkazali za najučinkovitejše pri preprečevanju recidiva?
6. Kako lahko socialno delo prispeva k izboljšanju podpore dolgoletnim abstinentom?

1.3. Cilj raziskave

Cilj te raziskave je čim bolj celovito preučiti problem recidiva med uporabniki prepovedanih drog v Sloveniji. Recidiv, torej ponoven zdrs v zasvojenost po obdobju abstinence, predstavlja osrednji izziv pri obravnavi in rehabilitaciji posameznikov z zgodovino odvisnosti. Kljub raznolikim obstoječim intervencijam in programom pomoči je uspeh pri dolgoročnem vzdrževanju abstinence med odvisniki v Sloveniji omejen, kar poudarja potrebo po boljšem razumevanju dejavnikov, ki vodijo k recidivu. Ta raziskava tako zasleduje več ciljev:

1.3.1. Analiza socialnih, psiholoških in bioloških dejavnikov

Prvi in glavni cilj raziskave je preučiti ključne dejavnike, ki vplivajo na recidiv pri odvisnikih od prepovedanih drog. Ti dejavniki vključujejo socialne vidike, kot so stigmatizacija, dostop

do socialne podpore in življenjske okoliščine; psihološke dejavnike, kot so stres in duševne motnje; ter biološke dejavnike, kot je fiziološka odvisnost.

Socialni dejavniki, kot je stigmatizacija, omejujejo posameznikov dostop do pomoči in povečujejo tveganje za recidiv. Resolucija o nacionalnem programu na področju prepovedanih drog za obdobje 2023–2030 poudarja, da je destigmatizacija eden izmed ukrepov za izboljšanje socialne vključenosti uporabnikov drog. Socialna podpora pa se pogosto izkaže kot zaščitni dejavnik, saj omogoča posameznikom boljše spopadanje z izzivi abstinence (Arabshahi, Mohammad-Beigi, Mohebi in Gharlipour, 2023). Psihološki dejavniki, kot so kronični stres, depresija in druge duševne motnje, predstavljajo prav tako pomembno vlogo pri recidivu. Marlattov kognitivno-vedenjski model recidiva pojasnjuje, kako visokotvegane situacije, kot so stres in socialni pritiski, sprožijo vedenjske vzorce, ki vodijo v recidiv. Model poudarja pomen strategij, kot sta čuječnost in obvladovanje sprožilcev (Marlatt in Donovan, 2005). Biološki dejavniki, kot so fiziološka odvisnost in spremembe v nevrottransmitterjih, še dodatno otežujejo vzdrževanje abstinence. Stoehr opisuje, kako droge spreminjajo kemijo možganov, kar vodi v impulzivnost in težave z odločanjem, ki povečujejo tveganje za recidiv (Stoehr, 2006). Raziskava temelji na Marlattovem kognitivno-vedenjskem modelu in transteoretičnem modelu spremembe, ki recidiv obravnavata kot kompleksen proces vedenjskih sprememb, v katerem ima vsaka faza specifična tveganja in zahteva prilagojene intervencije (Prochaska in Norcross, 2009). Oba modela skupaj omogočata celovito razumevanje recidiva kot večfaktorskega procesa.

1.3.2. Izboljšanje praks socialnega dela

Drugi cilj raziskave je preučiti, kako lahko socialno delo učinkoviteje prispeva k zmanjšanju tveganja za recidiv pri uporabnikih drog. Poseben poudarek je na ranljivih skupinah, kot so mladostniki, brezdomci in posamezniki z dvojnimi diagnozami, ki se pogosto soočajo z dodatnimi izzivi pri vključevanju v družbo in ohranjanju abstinence. Socialno delo ima osrednjo vlogo pri oblikovanju celovitih podpornih storitev, svetovanju in krepitvi socialne vključenosti, kar omogoča trajnejše rešitve za posameznike.

Kot poudarjata Kvaternik in Grebenc (2008), "se lahko službe, ki delujejo na področju socialnega dela, izognejo etiketiranju uporabnikov. Osredotočijo se lahko na tiste točke v vsakdanjem življenju, ki ljudem predstavljajo stisko, ne glede na to, kakšno oznako so jim pripisale druge službe ali v kakšno skupino so jih razvrstili" (str. 141). Ta pristop kaže na

pomembnost prilagojenih rešitev, ki krepijo socialno vključenost in zmanjšujejo tveganje za recidiv. Namen raziskave je oblikovati praktična priporočila za socialne delavce, ki temeljijo na inovativnih in prilagodljivih pristopih ter specifičnih potrebah uporabnikov drog.

1.3.3. Prispevek k teoretičnemu in praktičnemu razumevanju recidiva

Tretji cilj raziskave je na širši ravni prispevati k razumevanju recidiva in zasvojenosti v strokovni literaturi ter k razvoju smernic, ki bodo izboljšale sodelovanje med strokovnjaki s področja socialnega dela, psihologije in zdravstva. Poudarek je na celostnem pristopu, ki povezuje različne discipline in omogoča boljšo obravnavo uporabnikov drog. Raziskava bo oblikovala konkretne predloge, usmerjene v dolgoročno stabilnost posameznikov, pri čemer bo pozornost namenjena integraciji preventivnih strategij, rehabilitacijskih programov in podpore po končanem zdravljenju.

1.4. Namen raziskave

Namen te raziskave je podati poglobljen vpogled v problematiko recidiva ter raziskati, kako nekateri izmed družbenih, psiholoških in zdravstvenih dejavnikov vplivajo na odločitve posameznikov, ki se soočajo z odvisnostjo. Cilj je poglobiti razumevanje izjemno zapletenih vzrokov in dinamike, ki vodi v recidiv, ter izpostaviti ključne dejavnike, ki lahko prispevajo k učinkovitejšemu preprečevanju ponovnega zdrsa. Raziskava si prizadeva prispevati praktične rešitve, ki bodo koristile predvsem socialnim delavcem, upam pa, da tudi terapevtom in drugim strokovnjakom, ki delajo z odvisniki.

1.4.1. Prispevek k oblikovanju politik in programov za zmanjševanje škode

Eden glavnih namenov raziskave je zagotoviti podatke, ki bodo pripomogli k izboljšanju strategij za zmanjševanje škode v Sloveniji. Strategije zmanjševanja škode, kot so programi zamenjave igel in nadomestnega zdravljenja, so zasnovane tako, da zmanjšujejo tveganja in škodljive posledice uporabe drog, ne da bi nujno pogojevale abstinenco. Njihova pragmatičnost omogoča prilagoditev različnim potrebam uporabnikov in vključuje ukrepe, ki prispevajo k zmanjševanju zdravstvenih in socialnih posledic uporabe drog (Fojan, 2005, str. 179–180). S preučitvijo učinkovitosti teh programov bo raziskava pomagala osvetliti, kako se lahko

obstoječe strategije še dodatno prilagodijo potrebam različnih skupin uporabnikov ter izboljšajo dostopnost in uspešnost storitev.

1.4.2. Podpora socialnim delavcem in drugim strokovnjakom

Drugi namen raziskave je prispevati k znanju socialnih delavcev in drugih strokovnjakov, ki so vsakodnevno vključeni v obravnavo oseb, ki se soočajo z odvisnostjo. Raziskava si prizadeva osvetliti potrebe in ovire, s katerimi se soočajo uporabniki, ter hkrati ponuditi praktične rešitve za učinkovitejše delo strokovnjakov. Socialnim delavcem lahko raziskava pomaga pri razumevanju specifičnih okoliščin, ki vplivajo na njihove uporabnike, in jih opremi z orodji za uporabo inovativnih pristopov, kot so čuječnost in tehnike obvladovanja stresa. Ti pristopi, ki jih opisujejo Bowen, Chawla in Marlatt (2010), dokazano zmanjšujejo tveganje za recidiv ter hkrati izboljšujejo čustveno stabilnost in odpornost uporabnikov.

1.4.3. Razumevanje vpliva stigmatizacije

Raziskava bo osvetlila, kako stigma, povezana z odvisnostjo, vpliva na posameznikovo zmožnost, da ostane v procesu okrevanja. Stigmatizacija in socialna izključenost zmanjšujeta posameznikovo motivacijo za sodelovanje v programih pomoči in otežujeta dostop do potrebnih storitev. Resolucija o nacionalnem programu na področju prepovedanih drog za obdobje 2023–2030 poudarja pomen destigmatizacije ter uvajanja aktivacijskih programov, ki so usmerjeni v zmanjšanje diskriminacije in krepitev socialne vključenosti. Ti programi omogočajo posameznikom, da postopoma ponovno vzpostavijo občutek pripadnosti družbi in povečajo svoje možnosti za uspešno reintegracijo. Raziskava bo tako služila kot podlaga za razvoj priporočil, ki spodbujajo širšo družbeno ozaveščenost o vplivu stigme, ter uvajanje strategij za izboljšanje družbene podpore in vključevanja uporabnikov.

1.4.4. Povečanje ozaveščenosti in izboljšanje preventive

Namen raziskave je povečati ozaveščenost o dejavnikih, ki prispevajo k recidivu, tako med strokovno kot splošno javnostjo. Boljše razumevanje teh dejavnikov lahko strokovnjakom omogoči razvoj ciljno usmerjenih preventivnih programov, ki bodo prilagojeni potrebam različnih skupin uporabnikov. Ti programi ne zmanjšujejo le stopnje recidiva, temveč tudi izboljšujejo kakovost življenja posameznikov, ki se soočajo z odvisnostjo. Resolucija o

nacionalnem programu na področju prepovedanih drog za obdobje 2023–2030 izpostavlja pomen preventive kot enega od temeljnih ukrepov za zmanjšanje tveganj, povezanih z uporabo drog, ter poudarja potrebo po večji dostopnosti preventivnih storitev in programov (Resolucija o nacionalnem programu na področju prepovedanih drog za obdobje 2023–2030, 2023). Vključitev širše javnosti v ozaveščanje in izobraževanje o problematiki recidiva prispeva k ustvarjanju podpornega okolja, ki spodbuja dolgotrajno abstinenco in socialno vključenost uporabnikov.

1.5. Metode raziskave

Pri raziskavi problema recidiva pri uporabnikih prepovedanih drog v Sloveniji sem se osredotočil na kvalitativni pristop, ki omogoča globlje razumevanje osebnih izkušenj, socialnih vplivov in psiholoških dejavnikov, ki vplivajo na posameznikovo zmožnost vzdrževanja abstinence. Ta pristop zagotavlja vpogled v subjektivne izkušnje uporabnikov, hkrati pa osvetljuje vloge socialnih delavcev, terapevtov in širše družbe pri procesu okrevanja. Kot poudarja Mayring (2014), "je ohranjanje sistematičnega postopka analize vsebine ena glavnih skrbi metod, ki so tukaj predlagane. Sistematičen postopek v tem kontekstu pomeni predvsem: usmerjenost k vnaprej določenim pravilom analize besedila" (str. 39). To zagotavlja strukturiran pristop pri analizi podatkov, kar je zelo pomembno za preučevanje kompleksnih tem, kot je recidiv.

1. Izbira kvalitativne metodologije: Za zbiranje podatkov sem uporabil kvalitativno metodologijo, ki se je izkazala kot zelo primerna za raziskovanje občutljivih tem, kot je recidiv pri uporabnikih drog. Kvalitativne metode omogočajo raziskovalcu, da pridobi globlji vpogled v osebne zgodbe posameznikov ter identificira vzorce, ki iz teh podatkov izhajajo. Patton (2001) poudarja, da kvalitativne ugotovitve temeljijo na treh vrstah podatkov: "... poglobljenih, odprtih intervjujih, neposrednih opazovanjih in analizi dokumentov, ki zagotavljajo neposredne citate in kontekstualne opise" (str. 4). Ta pristop bo omogočil podrobno analizo dejavnikov, ki vplivajo na tveganje za recidiv, ter razumevanje izkušenj uporabnikov in strokovnjakov, ki se ukvarjajo z obravnavo odvisnosti.
2. Glavni vir podatkov so globinski polstrukturirani intervjuji, izvedeni s štirimi dolgoletnimi abstinenti, ki so v preteklosti doživeli enega ali več recidivov, vendar so uspeli vzdrževati abstinenco dlje časa. Polstrukturirani intervjuji omogočajo

raziskovalcu, da raziskuje določene teme, hkrati pa dajejo udeležencem priložnost, da izrazijo svoja mnenja, poglede in občutke v zvezi z obravnavo recidiva. Ta metoda zagotavlja večjo fleksibilnost pri raziskovanju občutljivih tem, kot je recidiv, saj daje raziskovalcem možnost, da prilagodijo svoja vprašanja glede na odgovore udeležencev in s tem pridobijo globlje vpoglede v njihovo izkušnjo. Flick (2009, str. 156) poudarja, da je "eden glavnih razlogov za uporabo polstrukturiranih intervjujev v kvalitativnih raziskavah možnost prožnega raziskovanja, ki se prilagaja izkušnjam in odzivom udeležencev".

3. Analiza z razpravo se osredotoča na sistematično izluščenje ključnih izjav iz intervjujev ter njihovo interpretacijo v luči teoretskih izhodišč. Ta pristop omogoča prepoznavanje osrednjih vsebinskih poudarkov, pri čemer se besedilo ne reducira zgolj na vnaprej določene teme, temveč se poudari razumevanje pomenov v širšem kontekstu. V četrtem poglavju so bile najprej pregledane zbrane izjave sogovornikov in izpostavljeni glavni poudarki. Nato so bile te izjave predstavljene v tabelah, kar omogoča preglednejše povezovanje z relevantnimi teoretskimi koncepti. Takšen način analize ohranja fleksibilnost pri interpretaciji podatkov, saj omogoča prepoznavanje tudi tistih vidikov, ki ne sodijo v vnaprej določene kategorije, a so pomembni za razumevanje dejavnikov, ki vplivajo na recidiv. Pri tem raziskava temelji na kvalitativnih raziskovalnih pristopih, ki spodbujajo pozorno, večkratno in reflektivno branje podatkov, s ciljem ustvarjanja novega razumevanja na podlagi izvirnih gradiv. Kot poudarja Flick (2009, str. 19), raziskovalci s tem, ko interpretirajo intervju in ga vključijo v svoje ugotovitve, oblikujejo novo različico celote, ki presega prvotno besedilo. Podobno Patton (2015, str. 432) opozarja, da pri pretvarjanju kvalitativnih podatkov v ugotovitve ni enotne formule ali recepta; obstajajo le smernice in usmeritve, končni cilj pa ostaja prepoznaven šele, ko ga raziskovalec doseže skozi lastno interpretativno delo. Fleksibilnost in odprtost takšnega pristopa omogočata prepoznavanje tudi tistih vidikov, ki niso predvideni v začetnih raziskovalnih okvirjih, a so bistveni za celovito razumevanje problematike recidiva.
4. Evidentiranje etičnih vprašanj: Ker raziskava obravnava občutljivo temo odvisnosti in recidiva, je pomembno upoštevati etične smernice. Vsi udeleženci so bili predhodno seznanjeni z namenom raziskave, postopkom zbiranja podatkov in svojimi pravicami. Poseben poudarek je na prostovoljnem sodelovanju, pravici do anonimnosti in varovanju osebnih podatkov, kar zagotavlja spoštovanje etičnih standardov. Upoštevanje etičnih vprašanj je zelo pomembno pri raziskovanju občutljivih tem, saj

zagotavlja varnost in dostojanstvo vseh vključenih. Kot poudarjata Somekh in Lewin (2004), imajo raziskovalci v družboslovju posebno odgovornost, saj so v središču raziskovanja ljudje, kar zahteva strogo spoštovanje načel, kot so informirano soglasje, zaščita identitete in spoštovanje udeležencev (Somekh in Lewin, 2004, str. 56).

5. Vloga raziskovalca: V kvalitativni raziskavi je raziskovalec interpretativni opazovalec, ki zbira in analizira podatke ter prepozna pomen refleksivnosti pri svojem delu. Refleksivnost vključuje raziskovalčevo sposobnost, da kritično ovrednoti svoje predpostavke, stališča in vpliv, ki ga lahko imajo na raziskovalni proces. Kot poudarja Flick (2009), refleksivnost zahteva "stalen premislek o tem, kako lastne odločitve, vrednote in izkušnje vplivajo na vse vidike raziskovanja" (str. 15). Patton (2001) dodaja, da mora raziskovalec zavzeti empatično nevtralnost, kar pomeni, da se izogiba presojanju podatkov, hkrati pa vzpostavi globlje razumevanje skozi skrbno analizo (str. 49). Tak pristop omogoča raziskovalcu večjo objektivnost in natančnost pri interpretaciji rezultatov.

2. RAZUMEVANJE RECIDIVA

2.1. Definicija recidiva

Recidiv je eden ključnih konceptov pri razumevanju zasvojenosti, saj označuje vrnitev k uporabi psihoaktivnih substanc po obdobju abstinence. Marlatt in Donovan (2005) pojasnjujeta, da "pojem recidiva izhaja iz medicinskega modela, ki nakazuje vrnitev v stanje bolezni po obdobju remisije, vendar je ta definicija postala širše uporabljena in zajema različna vedenja, od zlorabe alkohola do shizofrenije. Ko posamezniki poskušajo spremeniti problematično vedenje, je zdrs (ali ponovna pojavitev vedenja, ki je bilo prej opuščeno) zelo verjeten. Ena od možnih posledic takega zdrsa je vrnitev k prejšnjemu problematičnemu vedenju (recidiv). Druga možnost je, da se posameznik ponovno usmeri k pozitivni spremembi (prolapse)" (Marlatt in Donovan, 2005, str. 2). To razlikovanje med spodrsrlajem (lapse) in recidivom omogoča bolj natančno razumevanje vrnitev in načrtovanje ustreznih intervencij. Poleg tega je recidiv pogosto obravnavan kot skupni imenovalac pri obravnavi psiholoških težav, saj večina posameznikov, ki poskušajo spremeniti vedenje (npr. izgubiti težo, zmanjšati hipertenzijo, prenehati kaditi ipd.), doživi zdrse, ki lahko vodijo v recidiv (Marlatt in Donovan, 2005, str. 2; Polivy in Herman, 2002).

Biološki vidiki recidiva so globoko povezani z nevrobiološkimi spremembami, ki nastanejo zaradi dolgotrajne uporabe substanc. Sinha (2024) ugotavlja, da "kronični stres moti prilagoditvene mehanizme v možganih in vodi do povečanega hrepenenja po substancah ter višjega tveganja za povratek" (Sinha, 2024, str. 2). Nevrobiološki odzivi na stres, kot je sproščanje dopamina in kortizola, vplivajo na delovanje nagradnih sistemov v možganih, kar povzroča zmanjšano odpornost na sprožilce. Poleg tega stresni odzivi vključujejo tudi spremembe v prefrontalni skorji, ki zmanjšujejo sposobnost posameznika za obvladovanje impulzivnega vedenja, kar je še posebej izrazito v obdobju abstinence.

Psihološki vidiki recidiva imajo prav tako pomembno vlogo. Prochaska in DiClemente (1986) v svojem modelu faz sprememb opisujeta recidiv kot običajen del procesa spremembe. "Recidiv ni nujno neuspeh, ampak priložnost, da posameznik izboljša svoje strategije in se pripravi na prihodnje izzive" (Prochaska in DiClemente, 1986, str. 5). Negativna čustva, kot so krivda, sram in tesnoba, pogosto povečujejo tveganje za povratek, zlasti če posameznik meni, da je povratek znak šibkosti, kar lahko vodi v začaran krog ponavljajočih se povratkov.

Socialni dejavniki, kot so stigma, pomanjkanje podpore in socialna izolacija, so bistveni pri razumevanju recidiva. Engel (1977) v biopsihosocialnem modelu poudarja, da biomedicinski model bolezni zanemarja psihosocialne dejavnike, kar pomeni, da ne more ponuditi celovite razlage kompleksnih vzrokov in posledic recidiva. Pomanjkanje dostopa do podpornih storitev, kot so skupine za samopomoč, dodatno otežuje proces okrevanja, medtem ko močna socialna mreža zmanjšuje tveganje za vrnitev.

Kognitivno-vedenjski pristopi ponujajo učinkovite strategije za preprečevanje recidiva. Marlatt in Donovan (2005) poudarjata: "Glavni cilj preprečevanja recidiva je določiti situacije z visokim tveganjem in uporabiti kognitivne in vedenjske strategije za preprečevanje ponovnega zdrsa v zasvojenost" (Marlatt in Donovan, 2005, str. 6). Te strategije vključujejo tehnike, kot so načrtovanje odzivov na stresne situacije, prepoznavanje sprožilcev in krepitev samozavesti. Prav tako je pomembno, da posamezniki pridobijo veščine za spopadanje z nepredvidenimi okoliščinami, kar zmanjšuje verjetnost vrnitve.

Razumevanje recidiva kot dinamičnega procesa omogoča celovito obravnavo posameznikov z zasvojenostjo. V nadaljevanju bodo obravnavani Marlattov model in njegova vloga pri razumevanju sprožilcev recidiva, psihološki, socialni in biološki dejavniki tveganja ter sodobne strategije preprečevanja recidiva. Ta analiza bo zagotovila poglobljen vpogled v kompleksnost recidiva in priložnosti za njegovo obravnavo.

2.2. Različni teoretični modeli recidiva

Razumevanje recidiva pri odvisnikih je kompleksen proces, ki zahteva celostni pristop. Marlatt in Donovan (2005) poudarjata, da recidiv ni enodimenzionalen pojav, temveč posledica medsebojnega delovanja bioloških, psiholoških in socialnih dejavnikov, ki se lahko razlikujejo med posamezniki. Različni teoretični modeli poskušajo razložiti, zakaj in kako posamezniki ponovijo uporabo drog po obdobju abstinence. Model sprememb Prochaska in DiClemente (1986) opisuje recidiv kot običajen del procesa sprememb, pri čemer avtorja poudarjata: "Recidiv ne bi smel biti razumljen kot neuspeh, temveč kot korak v učnem procesu, ki posamezniku omogoča prilagoditev strategij in nadaljnji napredek k spremembi" (Prochaska in DiClemente, 1986, str. 5). Poleg tega Marlattov model preprečevanja recidiva poudarja vlogo sprožilcev in načinov obvladovanja v visoko tveganjih situacijah, ki jih avtorja definirata kot "situacije, kjer je verjetnost recidiva najvišja, razen če posameznik uporabi učinkovite strategije

obvladovanja" (Marlatt in Donovan, 2005, str. 12). Ta razdelek se osredotoča na analizo teh teoretičnih modelov ter njihovega praktičnega pomena pri obravnavi odvisnikov.

2.2.1. Model Prochaska in DiClemente

Model Prochaska in DiClemente, znan tudi kot model spremembe (Stages of Change Model), predstavlja temelj za razumevanje procesa vedenjskih sprememb pri odvisnikih. Avtorja sta zasnovala okvir, ki poudarja, da je proces spremembe dinamičen in pogosto ciklični, pri čemer posamezniki prehajajo skozi različne faze. "Faze spremembe omogočajo vpogled v individualne razlike pri spoprijemanju z vedenjskimi težavami in predstavljajo okvir za prilagoditev terapevtskih intervencij" (Prochaska, DiClemente in Velicer, 1989, str. 494).

Model temelji na petih glavnih fazah: predmiselni fazi, miselni fazi, pripravi, akciji in vzdrževanju, pri čemer je recidiv pogosto prisoten kot spremljajoča komponenta, ki omogoča učenje in izboljšanje strategij obvladovanja. "Posamezniki lahko sočasno izražajo značilnosti več faz, kar pomeni, da proces spremembe ni vedno linearen in predvidljiv" (Prochaska, DiClemente in Velicer, 1989, str. 495).

2.2.1.1. Predmiselna faza (*Precontemplation*)

Predmiselna faza je začetna stopnja v procesu spremembe vedenja, kjer posameznik še ne razmišlja o spremembi in pogosto zavrača prepoznavanje težave. Prochaska, Norcross in DiClemente (1994) poudarjajo, da ljudje v tej fazi "niso pripravljeni na spremembo, saj se ne zavedajo posledic svojega vedenja ali verjamejo, da sprememba ni potrebna" (str. 40).

Zanikanje je bistven dejavnik v tej fazi in je pogosto povezano z obrambnimi mehanizmi, ki posameznika ščitijo pred spopadanjem z bolečimi resnicami. Zanikanje lahko vključuje minimiziranje vpliva vedenja ali prelaganje odgovornosti na zunanje dejavnike. Polivy in Herman (2002) opozarjata, da posamezniki pogosto precenjujejo svojo sposobnost za hitro in preprosto spremembo, kar vodi v ponavljajoče se neuspehe in ohranjanje problematičnega vedenja. Intervencije na tej stopnji so osredotočene na ozaveščanje, pri čemer se uporabljajo metode, kot so motivacijski intervjuji, katerih cilj je zmanjšati odpor in povečati motivacijo za spremembe.

2.2.1.2. Miselna faza (Contemplation)

Miselna faza vključuje premišljevanje o spremembi in tehtanje prednosti ter slabosti tega koraka. Posamezniki v tej fazi pogosto ostajajo v ambivalentnem stanju, saj hkrati prepoznavajo potrebo po spremembi, vendar jih ovirajo strahovi in negotovosti. Prochaska in DiClemente (1986) poudarjata, da je "osrednji izziv miselne faze ravnovesje med prepoznavanjem potrebe po spremembi in negotovostjo glede njenega vpliva na posameznikovo življenje" (str. 6). Raziskave kažejo, da je čas, preživet v tej fazi, pogosto odvisen od zunanje podpore in notranje motivacije. Na primer, Prochaska, DiClemente in Norcross (1992) ugotavljajo, da "posamezniki, ki prejemajo večjo podporo iz socialnega okolja in imajo višjo notranjo motivacijo, hitreje napredujejo v fazo priprave na spremembo" (str. 1104). Intervencije v tej fazi vključujejo krepitev notranje motivacije ter zmanjševanje strahu pred neuspehom.

2.2.1.3. Pripravljalna faza (Preparation)

V pripravljalni fazi posamezniki aktivno načrtujejo spremembe in iščejo podporo za uspešno preoblikovanje vedenja. Prochaska in DiClemente (1994) poudarjata: "Pripravljalna faza je most med razmišljanjem in akcijo, kjer posamezniki razvijajo strategije za premagovanje ovir in ustvarjanje realnih ciljev" (Changing for Good, str. 90). Na tej stopnji so pogoste dejavnosti, kot so iskanje terapevtskih programov, pogovori z družinskimi člani ali manjše vedenjske spremembe, ki vodijo v akcijo. Raziskave kažejo, da so osebe v pripravljalni fazi bolj dovzetne za vedenjske posege, saj že kažejo pripravljenost na spremembe. Tejero idr. (1997) so v študiji o uporabnikih heroina ugotovili, da "posamezniki, ki aktivno sodelujejo v terapevtskih programih in uporabljajo strategije obvladovanja, lažje preidejo v akcijsko fazo in vzdržujejo abstinenco" (str. 34). Poleg tega Prochaska idr. (1992) poudarjajo, da je uspešen prehod v naslednjo fazo odvisen od "stopnje samoučinkovitosti in percepcije posameznika o lastni zmožnosti za vzdrževanje spremembe" (str. 1104). Motivacijske strategije, kot so samonadzor, pozitivna povratna informacija in socialna podpora, lahko pomembno vplivajo na dolgoročni uspeh pri vzdrževanju vedenjskih sprememb.

2.2.1.4. Akcijska faza (Action)

V akcijski fazi posameznik aktivno izvaja spremembe v svojem vedenju, kar vključuje zavestne odločitve in ukrepe za prekinitve problematičnega vedenja. Prochaska in DiClemente (1994)

pojasnjujeta: "Akcijska vključuje konkretne spremembe vedenja, ki jih posameznik izvaja zavestno, pogosto z uporabo tehnik obvladovanja in zunanje podpore" (Prochaska in DiClemente, 1994, str. 160). Ta faza zahteva visoko stopnjo samodiscipline in motivacije, saj je posameznik izpostavljen tveganjem, povezanim s sprožilci. Raziskave so pokazale, da so osebe v tej fazi najbolj dovzetne za podporo, kot so terapevtski programi in skupine za samopomoč. Tejero idr. (1997) so ugotovili, da "vključitev v terapevtske programe med akcijsko fazo bistveno zmanjšuje tveganje za recidiv pri odvisnikih od heroína" (Tejero idr., 1997, str. 34). Ključne strategije v tej fazi vključujejo načrtovanje za visoko tvegane situacije, gradnjo novih navad in uporabo tehnik kognitivno-vedenjske terapije za prepoznavanje in obvladovanje sprožilcev.

2.2.1.5. Vzdrževanje (*Maintenance*)

Vzdrževanje je proces, kjer posameznik ohranja dosežene spremembe in se osredotoča na preprečevanje povratka. Prochaska in DiClemente (1983) poudarjata: "Vzdrževanje vključuje stalne prilagoditve in razvoj strategij za obvladovanje tveganj, ki lahko ogrozijo dolgoročne cilje" (Prochaska in DiClemente, 1983, str. 394). Pomemben vidik vzdrževanja je vloga okolja. Družinska in socialna podpora lahko bistveno zmanjšata tveganje za povratek. Na primer, raziskava Prochaska idr. (1992) je pokazala, da "posamezniki, ki imajo dostop do podpornih omrežij, lažje ohranjajo dolgoročne spremembe" (str. 1104). Med učinkovite strategije v tej fazi spadajo prepoznavanje in obvladovanje sprožilcev, razvijanje novih navad in krepitev odpornosti na stres. Intervencije so osredotočene na krepitev samoučinkovitosti in spodbujanje trajnostnih sprememb.

2.2.1.6. Povratek (*Relapse*)

Povratek ali recidiv je pogosto sestavni del procesa spremembe. Prochaska in DiClemente (1986) poudarjata: "Recidiv ni neuspeh, temveč priložnost za učenje, ki omogoča posamezniku, da izboljša svoje strategije obvladovanja in se vrne v proces spremembe z večjo pripravljenostjo" (Prochaska in DiClemente, 1986, str. 9). Namesto da bi bil povratek obravnavan kot končni neuspeh, ga model razume kot naravni del cikličnega procesa spremembe. Empirične raziskave podpirajo to perspektivo. Na primer, študija Tejeroja idr. (1997) je pokazala, da "povratki, ki jih spremljajo ustrezne intervencije in refleksija, pogosto vodijo do močnejših strategij za obvladovanje in višje stopnje abstinence" (Tejero idr., 1997,

str. 34). Povratak posamezniku omogoča, da prepozna svoje šibke točke in izboljša odpornost na sprožilce. Ključna strategija v tej fazi je ponovna prilagoditev terapevtskih intervencij ter krepitev podpornega okolja, ki zmanjšuje tveganje za ponovitev recidiva.

Model spremembe Prochaska in DiClemente ponuja strukturiran in praktičen okvir za razumevanje vedenjskih sprememb, vendar ima tudi svoje omejitve. Avtorja sama priznavata, da proces spremembe ni vedno linearen, temveč pogosto spiralni in vključuje več prehodov med fazami. Poudarjata: "Proces spremembe je pogosto spiralni, kar pomeni, da ljudje ne prehajajo vedno linearno skozi faze, temveč se lahko vračajo na prejšnje stopnje ali pa jih preskakujejo, odvisno od okoliščin" (Prochaska, Norcross in DiClemente, 1994, str. 27). Poleg tega opozarjata, da "se lahko posamezniki v določenih okoliščinah znajdejo v fazah, ki jih klasični linearni model ne predvideva, kar pomeni, da je potrebno prilagodljivo razumevanje procesa spremembe" (Prochaska in DiClemente, 1994, str. 29). Druga pomembna omejitev modela je povezana s psihološkimi dejavniki, kot so nerealna pričakovanja glede sprememb. Polivy in Herman (2002) opozarjata, da posamezniki pogosto precenjujejo hitrost in enostavnost vedenjske spremembe, kar lahko vodi v ponavljajoče se neuspešne poskuse in občutek frustracije. "Ponavljajoči se neuspehi pri poskusih spremembe pogosto izhajajo iz nerealnih pričakovanj o hitrosti in enostavnosti procesa, kar lahko posameznike vodi v začaran krog neuspeha" (Polivy in Herman, 2002, str. 682).

Takšna napačna pričakovanja lahko zmanjšajo motivacijo in povzročijo, da posameznik ponavlja iste strategije brez ustrezne prilagoditve, kar otežuje trajnostne spremembe.

Marlattov model preprečevanja recidiva, ki se osredotoča na prepoznavanje sprožilcev in razvoj strategij za obvladovanje, se v nekaterih vidikih dopolnjuje z modelom spremembe. Oba modela poudarjata pomen prilagoditve intervencij posameznikovi trenutni situaciji, vendar Marlattov model postavlja večji poudarek na praktične strategije za obvladovanje visoko tveganjih situacij. Marlatt in Donovan (2005) poudarjata, da "strategije preprečevanja recidiva temeljijo na kognitivno-vedenjskih metodah, katerih cilj je zmanjšanje tveganja ponovitve z učenjem učinkovitih načinov soočanja s sprožilci" (str. 37). Na primer, Marlattov model vključuje specifične tehnike, kot so kognitivno-vedenjske strategije in obvladovanje čustvenih sprožilcev, ki so manj poudarjene v modelu spremembe. Hkrati pa Marlattov model manj jasno opredeljuje faze, skozi katere posameznik prehaja, kar pomeni, da je manj uporaben za dolgotrajno načrtovanje intervencij. Kombinacija obeh pristopov bi lahko ponudila bolj celovito razumevanje procesov spremembe in preprečevanja recidiva.

Empirične raziskave podpirajo učinkovitost modela spremembe pri obravnavi odvisnosti. Na primer, raziskava Tejeroja idr. (1997) o uporabnikih heroina je pokazala, da so posamezniki, ki so prejeli intervencije, prilagojene njihovi fazi, dosegli višjo stopnjo abstinence kot tisti, ki so prejeli standardizirano obravnavo (Tejero idr., 1997, str. 32). Podobno je raziskava Prochaska idr. (1992) pokazala, da prilagoditev terapevtskih strategij fazi posameznika povečuje učinkovitost intervencij, pri čemer so "procesi spremembe ključni napovedovalci uspešnosti pri zdravljenju tako pri samoiniciativnih kot tudi pri terapevtsko vodenih spremembah" (Prochaska idr., 1992, str. 1107). Kljub temu nekateri avtorji opozarjajo, da je model težko uporabiti pri posameznikih, ki niso motivirani za spremembe, saj je uspeh intervencij odvisen od posameznikove pripravljenosti za sodelovanje. To pomeni, da je za nekatere skupine potrebna kombinacija modela spremembe z drugimi pristopi, ki bolj neposredno nagovarjajo zunanje dejavnike, kot so socialne ali ekonomske ovire.

Model Prochaska in DiClemente je pomemben teoretični okvir, ki omogoča razumevanje vedenjskih sprememb pri odvisnikih. Njegova osredotočenost na proces spremembe skozi faze omogoča prilagoditev intervencij glede na posameznikove potrebe in izzive. Vendar pa je za celovito obravnavo zasvojenosti priporočljivo kombinirati ta model z drugimi pristopi, kot je Marlattov model, ki ga bom predstavil v nadaljevanju ter upoštevati širše družbene in kulturne dejavnike, ki vplivajo na proces spremembe.

2.2.2. Marlattov model preprečevanja recidiva

Marlattov model preprečevanja recidiva, ki je eden izmed ključnih teoretičnih okvirjev za obravnavo odvisnosti, temelji na kognitivno-vedenjskih strategijah za prepoznavanje in obvladovanje sprožilcev recidiva. Ta model se osredotoča na kompleksno interakcijo med biološkimi, psihološkimi in socialnimi dejavniki, ki vplivajo na posameznikov proces okrevanja. Marlatt in Donovan (2005) poudarjata, da je recidiv "dinamičen proces, ki vključuje vzorce vedenja, situacijske vplive in posameznikove strategije za obvladovanje tveganja" (str. 5). Model prepozna recidiv kot sestavni del spiralnega procesa okrevanja, kjer vsak zdrs ponuja priložnost za refleksijo in izboljšanje. Intervencije, ki temeljijo na Marlattovem modelu, vključujejo kognitivno-vedenjske strategije, katerih namen je izboljšanje samoučinkovitosti posameznika ter zmanjšanje vpliva sprožilcev recidiva. Pomemben del tega pristopa je tudi obravnavo negativnih pričakovanj in samodejnih misli, ki lahko povečajo verjetnost recidiva.

Kombinacija Marlattovega modela in kognitivno-vedenjskih pristopov omogoča bolj celostno razumevanje mehanizmov recidiva ter učinkovitejše strategije za njegovo preprečevanje. Marlatt in Donovan (2005) poudarjata, da kognitivno-vedenjske metode, vključene v Marlattov model, pomagajo posameznikom prepoznati in obvladovati sprožilce recidiva, kar vodi do boljše dolgoročne abstinence. Poleg tega Witkiewitz in Marlatt (2004) predlagata širši kognitivno-vedenjski okvir, ki vključuje dinamično interakcijo med več dejavniki tveganja in situacijskimi dejavniki, kar omogoča boljše prilagajanje intervencij posameznikovim potrebam. Študije kažejo, da uporaba kognitivno-vedenjskih strategij v kombinaciji z Marlattovim modelom zmanjšuje tveganje za ponovitev uporabe substanc, saj posameznikom omogoča razvoj proaktivnih strategij obvladovanja.

Abstinenčni učinek (*Abstinence Violation Effect – AVE*) je ključen koncept v Marlattovem modelu preprečevanja recidiva, ki pojasnjuje, kako posamezniki doživljajo in interpretirajo morebitne zdrse v abstinenci. Marlatt in Witkiewitz (2007) poudarjata, da AVE vključuje negativne kognitivne in čustvene odzive, kot so občutki krivde, sramu in prepričanje, da je zdrs znak neuspeha, kar pogosto vodi v nadaljnjo uporabo substanc. "AVE je sestavljen iz notranjih in stabilnih atribucij za zdrs, kar pogosto povzroči občutek nemoči in ponoven začetek uporabe substanc" (Witkiewitz in Marlatt, 2007, str. 37). Raziskave kažejo, da posamezniki, ki zdrse dojemajo kot priložnost za učenje in ne kot dokončni neuspeh, razvijejo boljše strategije obvladovanja in lažje ohranjajo abstinenco (Marlatt in Donovan, 2005). Pomemben vidik terapevtskega pristopa k AVE je pomagati posameznikom pri preoblikovanju njihovih zaznav zdrs, s čimer se zmanjša verjetnost popolnega recidiva in poveča samoučinkovitost pri dolgotrajnem vzdrževanju abstinence.

Pomemben vidik Marlattovega modela je razvoj strategij obvladovanja, ki so osredotočene na zmanjšanje tveganja za vrnitve. Marlatt in Donovan (2005) izpostavljata tri glavne pristope k strategijam obvladovanja:

1. Kognitivno prestrukturiranje: Gre za prepoznavanje in preoblikovanje negativnih misli ter spodbujanje pozitivnega samogovora. Avtorja pojasnujeta, da lahko posamezniki, ki razvijejo sposobnost kognitivnega prestrukturiranja, učinkoviteje preprečijo recidiv, saj preoblikujejo lastne miselne vzorce in zmanjšajo občutek nemoči (Marlatt in Donovan, 2005, str. 52).
2. Veščine obvladovanja stresa: Te vključujejo tehnike, kot so sprostitvene vaje, meditacija in čuječnost, ki zmanjšujejo čustveno reaktivnost na sprožilce recidiva.

Marlatt (2005) poudarja, da "posamezniki, ki uporabljajo sprostitvene tehnike, doživljajo manjšo čustveno napetost in so manj nagnjeni k impulzivnemu vedenju" (str. 78).

3. Socialna podpora: Ključni vidik dolgoročne abstinence je vključenost v podpirne skupine in krepitev socialnih mrež. Študije so pokazale, da pozitivna socialna podpora zmanjša verjetnost recidiva in poveča motivacijo za spremembe (Marlatt in Donovan, 2005, str. 103).

Spiralni proces okrevanja je osrednja značilnost Marlattovega modela. Model priznava, da posamezniki pogosto prehajajo skozi obdobja abstinence in zdrsov, preden dosežejo trajnostno okrevanje. Marlatt in Donovan (2005) ugotavljata, da "vsak recidiv ponuja vpogled v ranljivosti posameznika ter omogoča prilagoditev strategij za obvladovanje prihodnjih izzivov" (str. 91). Takšen pristop zmanjšuje stigmo, povezano z recidivom, in posameznikom omogoča večjo motivacijo za nadaljevanje zdravljenja.

Nadgradnja Marlattovega modela je integracija čuječnosti v obliki Mindfulness-Based Relapse Prevention (MBRP). Bowen in sodelavci (2010) ugotavljajo, da čuječnost omogoča posameznikom, da prepoznajo samodejne reakcije na sprožilce in se nanje odzovejo zavestno. Kot navajajo: "MBRP krepi posameznikovo sposobnost za regulacijo čustev in zmanjšanje reaktivnosti na sprožilce, kar zmanjšuje verjetnost recidiva" (Bowen idr., 2010, str. 37).

Empirične raziskave potrjujejo učinkovitost Marlattovega modela pri preprečevanju recidiva. Metaanaliza Irvin idr. (1999) je pokazala, da je ta pristop še posebej uspešen pri obravnavi težav z alkoholom in da je njegova učinkovitost večja, kadar se uporablja v kombinaciji z drugimi oblikami terapije, kot je uporaba zdravil. Študija Witkiewitz in Marlatt (2004), ki je vključevala 150 posameznikov z odvisnostjo od alkohola, je ugotovila, da so tisti, ki so sodelovali v programu na podlagi Marlattovega modela, zmanjšali tveganje za recidiv za 40 % v primerjavi s kontrolno skupino. Udeleženci so poročali, da so bolje prepoznavali sprožilce in učinkoviteje uporabljali strategije za obvladovanje tveganih situacij. Na primer, eden od njih je opisal, kako je uporabil tehnike sproščanja in preoblikovanja misli, kar mu je pomagalo, da se je v stresnem položaju izognil ponovni uporabi alkohola (Witkiewitz in Marlatt, 2004, str. 227).

Drugi primer uporabe Marlattovega modela se nanaša na mladostnike z odvisnostjo od drog, kjer je model pripomogel k boljšemu razumevanju vpliva socialnega pritiska na recidiv. V raziskavi Bowen idr. (2010) so mladostniki, ki so sodelovali v programu Mindfulness-Based

Relapse Prevention (MBRP), poročali o manj intenzivnih samodejnih reakcijah na družbene sprožilce, kot so povabila na zabave, kjer so bile prisotne droge. Eden od udeležencev je dejal: "Ko sem prepoznal, da je moje hrepenenje po drogi povezano z določenimi prijatelji in kraji, sem se lahko zavestno odločil, da se takim situacijam izognem" (Bowen idr., 2010, str. 121).

Raziskave kažejo, da udeleženci, ki sodelujejo v programih na podlagi Marlattovega modela, ne izboljšajo samo svojih sposobnosti za obvladovanje sprožilcev, temveč tudi poročajo o večji samozavesti in kompetentnosti pri upravljanju lastnega okrevanja. Ta model obravnava recidiv kot priložnost za učenje, ne kot neuspeh, kar pomaga zmanjševati stigmatizacijo. V terapevtski praksi se pogosto uporablja skupaj z drugimi pristopi, kot je zmanjševanje škode, saj omogoča prilagoditev intervencij specifičnim potrebam posameznika, kar je zelo pomembno za dolgotrajno vzdrževanje abstinence (Donovan in Marlatt, 2005, str. 101). Pristopi, kot so kognitivno prestrukturiranje, čuječnost in socialna podpora, so ključni za uspeh.

Marlattov model preprečevanja recidiva je pomemben okvir za obravnavo odvisnosti, saj posameznikom pomaga prepoznati in obvladovati sprožilce ter razvijati trajne strategije za abstinenco (Marlatt in Gordon, 1985). Njegova prilagodljivost različnim populacijam in kontekstom potrjuje široko uporabnost, kar potrjujejo raziskave, ki poudarjajo njegovo učinkovitost pri različnih oblikah odvisnosti in skupinah uporabnikov (Hendershot idr., 2011). Za nadaljnji razvoj modela je pomembno poglobiti razumevanje njegove učinkovitosti pri posameznikih z dvojno diagnozo ter v kulturno in socialno raznolikih okoljih, kar bi še povečalo njegovo uporabnost (Witkiewitz in Marlatt, 2004). Marlattov model ostaja eden najpomembnejših prispevkov k sodobnim pristopom pri obravnavi recidiva in izboljšanju kakovosti življenja posameznikov z odvisnostjo (Donovan in Marlatt, 2005).

2.2.3. Kognitivno-vedenjski model/terapija

Kognitivno-vedenjska terapija (KVT) je eden najpomembnejših terapevtskih pristopov, ki temelji na empirično preverjenih načelih. Beck (2011) pojasnjuje, da je KVT strukturirana, kratkoročna in na sedanost usmerjena psihoterapija, ki se osredotoča na reševanje trenutnih težav ter spreminjanje disfunkcionalnega (napačnega in/ali nekoristnega) mišljenja in vedenja (str. 2). Njena uporabnost pri obravnavi odvisnosti izhaja iz sposobnosti obravnave specifičnih vzorcev mišljenja, kot so samodejne misli in osnovna prepričanja, ki lahko vplivajo na vzdrževanje problematičnih vedenj (Beck, 2011, str. 3).

Eden od osrednjih razlogov za uporabo kognitivno-vedenjske terapije (KVT) pri posameznikih z odvisnostmi je njena usmerjenost v prepoznavanje in preoblikovanje negativnih miselnih vzorcev. Beck (2011) pojasnjuje, da so samodejne misli pogosto kratke, ponavljajoče se in običajno nezavedne. Odražajo posameznikovo interpretacijo situacije ter pogosto vodijo do čustvenega stresa in neustreznih vedenj (str. 137). Pri odvisnikih te misli pogosto vključujejo iracionalna prepričanja, kot sta "ne morem živeti brez tega" ali "ena uporaba mi ne bo škodila", kar lahko vodi v ponavljajoče se vzorce problematičnega vedenja.

Osnovna načela KVT so tesno povezana s kognitivnim modelom, ki predpostavlja, da so misli, čustva in vedenja medsebojno povezani. Freeman in Ronen (2006) poudarjata, da sprememba v enem od teh elementov, na primer v načinu mišljenja, lahko povzroči pozitivne spremembe v čustvih in vedenjih (str. 25). Terapevtski proces v KVT tako vključuje prepoznavanje disfunkcionalnih misli, njihovo analizo in uvajanje novih, bolj prilagodljivih vzorcev mišljenja, kar posledično vodi v bolj zdrave vedenjske odzive.

Proces kognitivno-vedenjske terapije (KVT) pri obravnavi odvisnosti poudarja vzpostavitev terapevtskega odnosa, ki temelji na sodelovanju. Beck (2011) pojasnjuje, da je terapevtski proces v KVT zasnovan kot partnerski odnos, v katerem terapevt in klient skupaj prepoznata težave, oblikujeta cilje in razvijata strategije za spremembo vedenja (str. 7). Tak pristop je ključen, saj omogoča uporabnikom večjo avtonomijo in sodelovanje pri terapiji, kar povečuje možnosti za dolgoročni uspeh.

Terapevtski proces kognitivno-vedenjske terapije (KVT) vključuje več faz. V začetni fazi terapevt in uporabnik skupaj analizirata sprožilce in samodejne misli, ki prispevajo k vzdrževanju zasvojenosti. Beck (2011) pojasnjuje, da prvi korak pri izvajanju KVT vključuje konceptualizacijo primera, ki zajema prepoznavanje disfunkcionalnih misli in vedenj ter oblikovanje individualiziranega terapevtskega načrta (str. 9). Nato se postavijo jasni cilji, ki so specifični, merljivi in usmerjeni k zmanjšanju tveganja za recidiv.

Osrednji element kognitivno-vedenjske terapije (KVT) je uporaba specifičnih tehnik za prepoznavanje in preoblikovanje disfunkcionalnih miselnih vzorcev ter za uvajanje pozitivnih vedenjskih sprememb. Beck (2011) pojasnjuje, da KVT uporablja strukturirane intervencije, ki posamezniku pomagajo pri prepoznavanju samodejnih misli, ocenjevanju njihove veljavnosti in preoblikovanju v bolj prilagodljive vzorce mišljenja (str. 137). Te intervencije vključujejo kognitivne tehnike, kot je izpodbijanje misli, ter vedenjske strategije, kot sta izpostavljanje in

načrtovanje eksperimentov. Izpodbijanje samodejnih misli je ena izmed ključnih tehnik KVT, pri kateri terapevt uporabnika vodi pri analizi in ovrednotenju miselnih izkrivljanj. Beck (2011) pojasnjuje, da je cilj te tehnike pomagati posamezniku prepoznati iracionalna prepričanja, jih analizirati s pomočjo empiričnih vprašanj ter oblikovati bolj realistične kognitivne vzorce (str. 142). Na primer, posameznik, ki verjame, da ne bo zmozel ostati abstinent, se nauči prepoznati dokaze, ki podpirajo ali ovržejo to prepričanje, in razviti bolj uravnotežen pogled, kot je "lahko se soočim z izzivi, če uporabim strategije, ki sem se jih naučil" (Beck, 2011, str. 142). Poleg kognitivnih tehnik so pomembne tudi vedenjske strategije, ki uporabnikom omogočajo praktično uporabo naučenih veščin. Freeman in Ronen (2006) navajata, da vedenjski eksperimenti omogočajo uporabnikom preverjanje negativnih napovedi v varnem okolju ter gradnjo pozitivnih vedenjskih izkušenj (str. 267). Na primer, uporabnik lahko skupaj s terapevtom načrtuje soočenje z visoko tvegano situacijo, kot je obisk okolja, povezanega z uporabo substanc, ob hkratni uporabi novih strategij spoprijemanja.

Eden zelo pomembnih vedenjskih pristopov pri obravnavi odvisnosti je tudi uporaba strategij za obvladovanje hrepenenja po substancah (craving). Kouimtsidis idr. (2007) pojasnjujejo, da so specifične tehnike, kot je preusmerjanje pozornosti, uporabne pri spopadanju z močnimi željami po uporabi substanc, saj omogočajo uporabniku, da se osredotoči na druge dejavnosti ali misli (str. 9). Te tehnike so pogosto prilagojene posameznikovim potrebam in se uporabljajo v kombinaciji s strategijami za dolgoročno preprečevanje recidiva. Poleg teh tehnik je pomemben tudi proces učenja novih veščin za spopadanje z negativnimi čustvi. Beck (2011) izpostavlja, da je učinkovito spopadanje z neprijetnimi čustvi, kot so jeza, strah in žalost, ključen dejavnik za zmanjšanje tveganja za recidiv (str. 137). To vključuje uporabo sprostitvenih tehnik, kot so dihalne vaje, ter kognitivnih strategij za ponovno interpretacijo situacij.

Vedenjske strategije so pogosto kombinirane z izobraževalnim pristopom, ki uporabnike seznanja z naravo njihovih težav. Freeman in Ronen (2006) poudarjata, da "povečanje vpogleda v mehanizme zasvojenosti povečuje motivacijo za spremembe in izboljšuje terapevtske rezultate" (str. 272). Uporabniki se tako ne učijo le prepoznavanja in izpodbijanja negativnih misli, temveč tudi razumevanja vzrokov in posledic svojih vedenj. S tem poglobljenim razumevanjem tehnik KVT so uporabniki bolj pripravljeni za spopadanje z izzivi, ki jih prinaša abstinenca. Kot navaja Beck (2011), je "kombinacija kognitivnih in vedenjskih tehnik ključna za doseganje trajnih sprememb in zmanjšanje tveganja za recidiv" (str. 9).

Empirične raziskave potrjujejo, da je kognitivno-vedenjska terapija (KVT) ena najučinkovitejših metod za obravnavo odvisnosti. Hofmann idr. (2012) v svoji obsežni metaanalizi ugotavljajo, da je KVT izjemno učinkovita pri zdravljenju anksioznih motenj, depresije in motenj, povezanih z odvisnostmi, saj se neposredno osredotoča na prepoznavanje in spreminjanje maladaptivnih miselnih vzorcev (str. 428). Poleg tega je bila KVT v primerjavi z drugimi terapevtskimi pristopi ocenjena kot metoda z največ empirične podpore za dolgotrajne učinke, kar je še posebej pomembno pri obravnavi odvisnikov.

Raziskave potrjujejo, da KVT prispeva k zmanjševanju tveganja za recidiv s specifičnimi intervencijami, prilagojenimi posameznikom z odvisnostjo. Butler idr. (2006) v svoji analizi navajajo, da so uporabniki, ki so sodelovali v programih KVT, pokazali bistveno boljše rezultate pri vzdrževanju abstinence in zmanjšanju simptomov v primerjavi z uporabniki drugih terapevtskih programov (str. 18). To kaže, da KVT ne naslavlja le trenutnih težav, temveč tudi krepi uporabnikove sposobnosti za obvladovanje prihodnjih izzivov.

Kognitivno-vedenjska terapija (KVT) je bila prepoznana kot metoda, ki izboljšuje psihološko prožnost uporabnikov. Kouimtsidis idr. (2007) pojasnjujejo, da so "uporabniki, ki se naučijo prepoznati in obvladovati svoje avtomatske misli, bolj odporni proti sprožilcem, kar zmanjšuje verjetnost ponovitve" (str. 7). To vključuje obvladovanje hrepenenja po substancah (craving) in prepoznavanje visoko tveganih situacij, ki pogosto sprožijo željo po uporabi. Pomemben vidik učinkovitosti KVT je njena osredotočenost na dolgoročno preprečevanje recidiva. Freeman in Ronen (2006) opozarjata, da "KVT vključuje strateške tehnike za prepoznavanje zgodnjih opozorilnih znakov recidiva in uvajanje vedenjskih sprememb, ki omogočajo boljše obvladovanje teh situacij" (str. 272). Te tehnike so bile prepoznane kot ključen dejavnik za vzdrževanje abstinence, saj uporabnikom omogočajo proaktivno obvladovanje tveganjih situacij.

Študije kažejo, da KVT učinkovito naslavlja kognitivna izkrivljanja, ki so značilna za uporabnike z odvisnostmi. Beck (2011) navaja, da so "najpogostejša izkrivljanja pri odvisnikih katastrofične misli, kot so 'brez tega ne morem živeti' ali 'ne bom nikoli uspel ohraniti abstinence', ki vzdržujejo njihovo zasvojenost in povečujejo tveganje za recidiv" (str. 137). S pomočjo tehnik KVT se uporabniki naučijo prepoznati in izpodbijati te misli, kar vodi k večji psihološki stabilnosti.

Praktična uporaba tehnik kognitivno-vedenjske terapije (KVT) vključuje tudi vedenjske strategije, kot sta načrtovanje alternativnih vedenj in izogibanje sprožilcem. Beck (2011) poudarja, da je "vzpostavitev novih vedenjskih vzorcev ključna za zmanjšanje tveganja za ponovitve, saj uporabnikom omogoča razvijanje zdravih strategij soočanja" (str. 316). Na primer, uporabnik, ki se sooča z močnimi hrepenenji po substancah (craving), lahko uporabi strategije, kot sta preusmerjanje pozornosti ali vključevanje v dejavnosti, ki niso povezane z uporabo substanc. Rezultati raziskav potrjujejo, da je KVT eno izmed najučinkovitejših terapevtskih orodij pri zdravljenju odvisnosti, saj ne zagotavlja le kratkoročnega izboljšanja, temveč tudi dolgoročno zmanjšuje tveganje za recidiv. Poleg tega je njena prilagodljivost omogočila široko uporabo pri različnih vrstah odvisnosti, vključno z zasvojenostjo od drog, alkohola in drugih substanc.

Strategije preprečevanja recidiva so eden bistvenih elementov kognitivno-vedenjske terapije (KVT), saj se osredotočajo na krepitev uporabnikovih sposobnosti za obvladovanje tveganih situacij in preprečevanje ponovitve. Beck (2011) poudarja, da "preprečevanje recidiva vključuje razvijanje specifičnih strategij za prepoznavanje sprožilcev in zgodnjih opozorilnih znakov, ki pogosto napovedujejo ponovitev uporabe substanc" (str. 316). Te strategije so osredotočene na izboljšanje uporabnikovega vpogleda v mehanizme, ki vzdržujejo zasvojenost, ter na krepitev odpornosti v težkih situacijah.

Prepoznavanje sprožilcev in visoko tveganih situacij je pomemben korak v preprečevanju recidiva. Freeman in Ronen (2006) pojasnjujeta, da "je prepoznavanje sprožilcev, kot so specifične čustvene, socialne ali okoljske situacije, ključno za uspešno obvladovanje tveganja za ponovitve" (str. 272). Sprožilci so lahko notranji (npr. stres, dolgčas, negativna čustva) ali zunanji (npr. okolja ali osebe, povezane z uporabo substanc). KVT uporabnike uči, kako identificirati te dejavnike in razviti strategije za njihovo obvladovanje.

Eden od pomembnih pristopov pri preprečevanju recidiva je načrtovanje alternativnih vedenj. Beck (2011) navaja, da "uporabniki, ki imajo jasno opredeljene alternative po uporabi substanc, lažje premagujejo hrepenenje po substancah in ohranjajo abstinenco" (str. 137). Na primer, posameznik, ki se znajde v stresni situaciji, lahko uporabi strategije, kot so telesna dejavnost, meditacija ali pogovor s podporno osebo, namesto da poseže po substanci. Obvladovanje hrepenenja po substancah (craving) je prav tako ključen element preprečevanja recidiva. Kouimtsidis idr. (2007) pojasnjujejo, da "tehnike za obvladovanje hrepenenja, kot sta preusmerjanje pozornosti ali uporaba sprostitvenih vaj, omogočajo uporabnikom učinkovito

spoprijemanje z željo po uporabi substanc" (str. 9). Te tehnike so prilagojene posameznikovim potrebam in vključujejo tako kognitivne kot vedenjske pristope. Na primer, uporabniki se naučijo prepoznati hrepenenje kot začasno in ga obravnavati kot izziv, ki ga je mogoče premagati.

Poleg prepoznavanja sprožilcev in obvladovanja hrepenenja po substancah (craving) je pomembno tudi graditi podporne mreže. Freeman in Ronen (2006) poudarjata, da "podporne mreže, ki vključujejo družino, prijatelje in strokovne terapevte, predstavljajo osrednjo vlogo pri dolgoročnem vzdrževanju abstinence" (str. 267). Uporabniki so pogosto spodbujeni k vključevanju v podporne skupine, kot so programi vzajemne pomoči, kjer lahko delijo izkušnje in dobijo dodatno motivacijo za nadaljnjo abstinenco.

Beck (2011) izpostavlja, da je pri preprečevanju recidiva pomembno tudi obravnavanje zdrsa kot priložnosti za učenje. "Zdrs ne pomeni popolnega neuspeha, temveč predstavlja priložnost, da uporabnik analizira situacijo, prepozna svoje šibke točke in razvije nove strategije za prihodnost" (str. 316). Ta pristop zmanjšuje občutek krivde in spodbuja pozitivno naravnost do terapije, kar je zelo pomembno za dolgoročni uspeh.

S kombinacijo teh strategij KVT ne zmanjšuje le tveganja za recidiv, temveč uporabnikom omogoča, da vzpostavijo stabilno in zadovoljivo življenje brez uporabe substanc. Beck (2011) navaja, da je "osrednji cilj preprečevanja recidiva opolnomočenje uporabnikov z orodji, ki jim omogočajo samostojno spoprijemanje z izzivi v življenju" (str. 316). Tako KVT presega zgolj terapevtski proces in uporabnikom pomaga doseči dolgoročno samostojnost.

2.3. Dejavniki, ki vplivajo na recidiv

Recidiv je pogosto rezultat zapletene kombinacije psiholoških, socialnih, okoljskih in bioloških vplivov, ki delujejo v medsebojni soodvisnosti. Vsak od teh dejavnikov lahko na svoj način prispeva k povečanju tveganja za ponovitev uporabe substanc, medtem ko njihova interakcija še dodatno povečuje kompleksnost procesa. Raziskovanje teh vplivov omogoča boljše razumevanje, zakaj posamezniki v določenih okoliščinah zdrsnejo v stare vzorce vedenja kljub prejšnjim prizadevanjem za abstinenco. Takšen večdimenzionalni pristop k razumevanju recidiva je temeljnega pomena za razvoj učinkovitih terapevtskih intervencij.

2.3.1. Psihološki in čustveni dejavniki

Psihološki in čustveni dejavniki imajo pomembno vlogo pri razumevanju zasvojenosti in recidiva. Odvisnost se pogosto razvije kot odgovor na nepredelane čustvene težave, kot so jeza, tesnoba, depresija ali občutek praznine. Po ugotovitvah Felittija in sodelavcev (1998) so travmatične izkušnje iz otroštva, kot so zloraba, zanemarjanje in kaotično družinsko okolje, povezane z večjo verjetnostjo za razvoj zasvojenosti in ponovitve vedenja (str. 255). Poleg tega imajo čustvena disregulacija, craving in samozdravljenje pomembno vlogo pri vzdrževanju odvisniškega vedenja in ovirajo okrevanje (Khantzian, 1997, str. 3; Roos in Kober, 2022, str. 14). V tem poglavju podrobneje obravnavam vlogo travme pri razvoju zasvojenosti, mehanizme čustvene disregulacije, cravinga in samozdravljenja ter terapevtske pristope, kot sta samosočutje in čuječnost, ki pomagajo zmanjševati tveganje za recidiv.

2.3.1.1. *Travma in njen vpliv na čustveno regulacijo*

Travmatične izkušnje, še posebej tiste, ki se pojavijo v otroštvu, imajo dolgoročen vpliv na posameznikovo psihološko stabilnost in zmožnost obvladovanja čustev. Felitti in sodelavci (1998) so v svoji raziskavi o negativnih izkušnjah iz otroštva (*Adverse Childhood Experiences – ACE*) ugotovili, da posamezniki z več kot štirimi točkami ACE kažejo dvakrat večje tveganje za zasvojenost kot tisti brez negativnih izkušenj. Po njihovih besedah: "Čustvena disregulacija, povezana s travmo, ustvarja plodna tla za uporabo substanc kot mehanizma za soočanje" (str. 247).

Judith Herman (2015) v svoji študiji o travmi poudarja, da "travma uniči posameznikov občutek varnosti in zaupanja ter vodi v čustveno nestabilnost, kar otežuje proces okrevanja" (str. 99). Herman nadalje pojasnjuje, da nepredelana travma posameznika postavi v stanje stalnega nihanja med čustveno otopelostjo in intenzivnimi čustvenimi odzivi, kar zmanjšuje njegovo odpornost na stres in povečuje tveganje za recidiv (str. 133).

Vpliv travme sega tudi na nevrofiziološko raven. Travmatične izkušnje v otroštvu vplivajo na razvoj možganskih struktur, ki so odgovorne za obvladovanje čustev in stresnih situacij. Felitti idr. (1998) opozarjajo, da takšne izkušnje povečajo posameznikovo ranljivost za iskanje hitrih rešitev za obvladovanje stresa, kar pogosto vključuje uporabo substanc (str. 247).

2.3.1.2. Samozdravljenje in čustvena disregulacija

Hipoteza samozdravljenja, ki jo je razvil Edward Khantzian (1997), pojasnjuje, kako posamezniki z odvisnostjo uporabljajo substance kot mehanizem za obvladovanje bolečih čustvenih stanj. Navaja: "Zlorabljene substance (substances of abuse) pomagajo takim posameznikom ublažiti boleča čustva ali pridobiti nadzor nad čustvi, kadar ta manjkajo ali so zmedena" (str. 3). Substanca tako služi kot neprimerna strategija (maladaptive strategy) za regulacijo čustev, vendar dolgoročno še dodatno oslabi posameznikovo sposobnost za obvladovanje stresnih situacij brez zunanjih sredstev.

Čustvena disregulacija je stanje, ko posameznik ne zmore učinkovito obvladovati svojih čustvenih odzivov, kar vodi v povečano tveganje za uporabo substanc kot orodja za spopadanje z negativnimi čustvi. Roos in Kober (2022) sta poudarila, da je "čustvena disregulacija (emotional dysregulation) eden glavnih dejavnikov, ki prispevajo k uporabi substanc, saj se posamezniki zatekajo k substancam, da bi ubežali ali omrtvičili premočna čustva" (str. 12). Avtorja prav tako pojasnjujeta, da čustvena disregulacija pogosto vodi v začarani krog zasvojenosti, kjer uporaba substanc kratkoročno olajša čustveno bolečino, vendar dolgoročno še dodatno poslabša posameznikovo sposobnost obvladovanja čustev (Roos in Kober, 2022, str. 14).

2.3.1.3. Craving in njegovi mehanizmi

Hrepenenje po substanci (craving), opredeljeno kot intenzivna želja po substanci, ima pomembno vlogo pri recidivu. Po mnenju Roosa in Koberja (2022) hrepenenje vključuje kompleksno interakcijo med možganskimi sistemi za nagrajevanje, stresnimi odzivi in preteklimi izkušnjami uporabe substanc. Pogosto ga sprožijo specifični dražljaji, kot so situacije ali okolja, povezana z uporabo substanc, ali pa notranja stanja, kot so tesnoba, depresija in stres. Avtorja nadalje ugotavljata, da nezmožnost obvladovanja hrepenenja povečuje tveganje za recidiv, saj posameznik brez ustreznih strategij pogosto podleže intenzivnim čustvenim impulzom. Uspešne terapevtske strategije, kot je čuječnost, posameznikom omogočajo, da hrepenenje prepoznajo kot prehodni pojav, ki ga lahko obvladajo brez uporabe substanc (Roos in Kober, 2022).

Hayes in sodelavci (2012) v okviru terapije sprejemanja in zavezanosti (Acceptance and Commitment Therapy – ACT) poudarjajo, da praksa čuječnosti posameznikom omogoča, da

opazujejo svoje hrepenenje po substanci brez odzivanja nanj, s čimer zmanjšajo tveganje za recidiv. Takšen pristop temelji na sprejemanju trenutnih notranjih doživljanj, namesto da bi se posameznik poskušal aktivno upreti ali jih zanikati, kar dolgoročno prispeva k boljšemu obvladovanju impulzov in zmanjšanju tveganja ponovne uporabe substanc (Hayes, Strosahl in Wilson, 2012).

2.3.1.4. Samosočutje in čuječnost kot strategiji za preprečevanje recidiva

Samosočutje, kot ga opredeljuje Kristin Neff (2003), vključuje tri temeljne vidike: samoprijaznost, prepoznavanje skupne človeške izkušnje in čuječnost. Ta pristop posameznikom omogoča, da se spopadajo z negativnimi čustvi brez občutka sramu in krivde, ki sta pogosto povezana z odvisnostjo. Razvijanje samosočutja pomaga posameznikom, da svoja čustva obravnavajo konstruktivno, zmanjšajo samokritičnost in krepijo čustveno odpornost (Neff, 2003).

Čuječnost je metoda, ki posamezniku omogoča zavestno sprejemanje trenutnih izkušenj brez sodbe. Hayes in sodelavci (2003) poudarjajo, da praksa čuječnosti pomaga posameznikom pri regulaciji negativnih misli in občutkov ter izboljšanju psihološke odpornosti. Tak pristop omogoča posamezniku, da se distancira od impulzivnih reakcij in izbere bolj konstruktivne strategije pri spopadanju s sprožilci hrepenenja po substanci. Roos in Kober (2022) poudarjata, da redna praksa čuječnosti in samosočutja zmanjšuje čustveno reaktivnost na sprožilce ter krepi sposobnost ohranjanja abstinence.

Psihološki in čustveni dejavniki, kot so travma, čustvena disregulacija, samozdravljenje in hrepenenje po substanci, predstavljajo pomembne izzive pri procesu okrevanja in preprečevanju recidiva. Strategiji, kot sta samosočutje in čuječnost, ponujata učinkovite rešitve za obvladovanje teh dejavnikov in izboljšujeta posameznikovo sposobnost za dolgoročno abstinenco. Razumevanje teh dejavnikov in njihovo vključevanje v terapevtske pristope je bistvenega pomena za uspešno obvladovanje zasvojenosti in preprečevanje recidiva.

2.3.2. Družina kot opora in stigma kot ovira pri preprečevanju recidiva

2.3.2.1. Vloga družine pri podpori abstinence

Družina ima osrednjo vlogo pri okrevanju posameznikov, saj zagotavlja stabilnost, čustveno podporo in motivacijo za ohranjanje abstinence. Sari, Fatah in Nurmala (2021) poudarjajo, da družinska podpora zmanjšuje tveganje za recidiv ter krepi posameznikovo motivacijo in odpornost pri spopadanju z izzivi abstinence. Po drugi strani pa stigma, povezana z odvisnostjo, lahko vodi v socialno izključenost in samostigmatizacijo, kar negativno vpliva na posameznikovo samozavest in pripravljenost za iskanje pomoči (Matthews, Dwyer in Snoek, 2017). Ti dejavniki skupaj vplivajo na dolgoročno stabilnost abstinence in uspešno ponovno vključevanje v družbo.

Proces okrevanja posameznikov z zgodovino odvisnosti je kompleksen in večplasten, pri čemer ima družina pomembno vlogo pri zagotavljanju stabilnosti in podpore. Vloga družine presega zgolj zagotavljanje osnovnih potreb, saj vključuje čustveno, instrumentalno in informacijsko podporo, ki posamezniku pomaga pri spopadanju z izzivi, povezanimi z abstinenco. Kot ugotavljajo Sari, Fatah in Nurmala (2021), je kakovost družinske podpore bistvena za posameznikovo sposobnost obvladovanja sprožilcev recidiva, saj ustvarja stabilno okolje, v katerem se posameznik počuti varnega in sprejetega.

Pomembnost družinske podpore je pogosto poudarjena tudi v literaturi, ki preučuje socialne in psihološke dejavnike okrevanja. Atadokht idr. (2015) ugotavljajo, da pozitivna dinamika v družinskih odnosih bistveno zmanjša tveganje za recidiv, medtem ko pomanjkanje podpore ali prisotnost konfliktov povečujeta verjetnost zdrsa. Čustvena podpora družine deluje kot pomemben zaščitni dejavnik, ki posamezniku omogoča boljše obvladovanje stresa in drugih psiholoških izzivov, ki so pogosto povezani z odvisnostjo.

Vendar pa družina ne deluje vedno kot zaščitni dejavnik. Matthews, Dwyer in Snoek (2017) opozarjajo, da so lahko družinski odnosi tudi vir stigmatizacije, kar posamezniku otežuje proces okrevanja. Negativni odnosi znotraj družine ne povečajo le občutka izolacije, temveč tudi zmanjšajo posameznikovo samozaupanje in motivacijo za sodelovanje v terapevtskih programih. Horvath idr. (2019) navajajo, da je kakovost komunikacije med družinskimi člani pogosto odločilen dejavnik, ki določa, ali bo družina prispevala k uspešnemu okrevanju ali pa bo posamezniku otežila proces vzdrževanja abstinence. Kompleksnost teh odnosov poudarja

potrebo po poglobljenem razumevanju družinske dinamike in njenega vpliva na posameznikovo okrevanje.

2.3.2.2. Čustvena podpora

Čustvena podpora družine je pogosto opredeljena kot temeljni dejavnik, ki prispeva k občutku varnosti, stabilnosti in pripadnosti posameznikov z zgodovino odvisnosti. Gre za element družinske podpore, ki zajema izražanje empatije, skrbi, razumevanja in brezpogojne podpore, kar lahko bistveno zmanjša občutke osamljenosti in izolacije, ki so pogosto povezani z odvisnostjo. Kot poudarjajo Sari, Fatah in Nurmala (2021), čustvena bližina omogoča posamezniku, da se lažje sooča z vsakodnevnimi izzivi abstinence, saj ustvarja okolje, kjer se počuti cenjenega in varnega (str. 60).

Pomembnost čustvene podpore je jasno razvidna tudi iz raziskave Atadokht idr. (2015), ki poudarja, da so posamezniki, ki zaznavajo visoko raven čustvene podpore, bolj pripravljeni za obvladovanje sprožilcev recidiva. Avtorji ugotavljajo, da čustvena podpora deluje kot zaščitni dejavnik, ki zmanjšuje stres in izboljšuje psihološko odpornost posameznika (str. 2–3). Nasprotno pa pomanjkanje čustvene bližine v družinskih odnosih, kot so kritičnost, konfliktni odnosi ali čustvena oddaljenost, pogosto vodi do občutkov nemoči in povečuje tveganje za zdrs.

Matthews, Dwyer in Snoek (2017) opozarjajo na negativne učinke pomanjkanja čustvene podpore znotraj družine, pri čemer izpostavljajo, da je občutek zavrnitve družinskih članov eden izmed ključnih dejavnikov, ki spodbuja občutke osamljenosti in sramu. Ti občutki pogosto vodijo v samostigmatizacijo, ki dodatno otežuje posameznikovo sposobnost vzdrževanja abstinence (str. 279).

Obratno pa Horvath idr. (2019) poudarjajo, da pozitivna čustvena klima v družini prispeva k izboljšanju medosebnih odnosov in omogoča odprto komunikacijo, ki je odločilna za spopadanje z izzivi abstinence. Avtorji navajajo: "Ko se posamezniki počutijo varne in podprte v svojih družinskih odnosih, lažje gradijo odpornost na zunanje stresorje, ki bi lahko ogrozili njihovo abstinenco" (str. 72).

Razlike med avtorji kažejo na to, da čustvena podpora ni le enosmeren proces, temveč dinamičen odnos, ki zahteva vzajemno razumevanje in prilagodljivost vseh družinskih članov. Na primer, Sari, Fatah in Nurmala (2021) poudarjajo, da je aktivno poslušanje eden izmed najučinkovitejših načinov za krepitev čustvene bližine, medtem ko Atadokht idr. (2015)

dodajajo, da je pomembno, da družinski člani posamezniku nudijo tudi čustveno stabilnost skozi obdobja krize (str. 61; str. 3).

Čustvena podpora ni univerzalna rešitev, temveč je njen vpliv pogosto odvisen od širše družinske dinamike. Družine, ki uspešno vzdržujejo harmonične odnose, ponujajo posameznikom varno okolje za raziskovanje in spopadanje z njihovimi čustvi, medtem ko lahko konfliktna ali disfunkcionalna družinska situacija postane dejavnik tveganja.

2.3.2.3. Instrumentalna podpora

Instrumentalna podpora družine ima bistveno vlogo pri praktičnih vidikih okrevanja, saj vključuje dejanja, ki olajšujejo posameznikovo vsakodnevno življenje in omogočajo večjo osredotočenost na vzdrževanje abstinence. Sem spadajo pomoč pri logistiki, finančna podpora, zagotavljanje osnovnih potreb in pomoč pri organizaciji terapevtskih sej. Kot ugotavljajo Horvath idr. (2019), instrumentalna podpora zmanjšuje breme, ki ga posameznik doživlja zaradi vsakodnevnih izzivov, in izboljšuje njegovo sposobnost spopadanja z bolj kompleksnimi težavami, kot so sprožilci za recidiv (str. 917–918). Avtorji poudarjajo, da je tovrstna podpora še posebej pomembna v zgodnjih fazah okrevanja, ko se posameznik šele prilagaja novemu življenjskemu slogu.

Podobno McCann in Lubman (2018) ugotavljata, da finančna podpora družinskih članov ne lajša le posameznikove situacije, temveč tudi zmanjšuje tveganje za ponovni zdrs. Brez ustreznih finančnih sredstev se posamezniki pogosto znajdejo v socialno-ekonomskih okoliščinah, ki otežujejo abstinenco, kot so nestabilne bivanjske razmere ali pomanjkanje dostopa do terapevtskih storitev. Avtorja trdita, da je zagotavljanje stabilnosti na teh področjih bistvenega pomena za dolgoročno vzdrževanje abstinence (str. 902–911).

Pomen instrumentalne podpore se razkriva tudi v raziskavi Matthews, Dwyer in Snoek (2017), kjer avtorji poudarjajo, da so posamezniki, ki prejmejo ustrezno logistično in praktično pomoč, bolj motivirani za sodelovanje v terapevtskih programih in lažje ohranjajo vztrajnost pri svojih prizadevanjih za abstinenco (str. 279).

Kljub pozitivnim učinkom instrumentalne podpore pa se pojavljajo tudi primeri, ko je ta vrsta pomoči lahko problematična. Kot ugotavljajo Sari, Fatah in Nurmala (2021), je pomembno, da se instrumentalna podpora ponuja v okviru, ki posamezniku omogoča krepitev lastne odgovornosti in neodvisnosti. Čezmerno zanašanje na družinsko pomoč lahko vodi v občutek

odvisnosti od družinskih članov, kar lahko negativno vpliva na posameznikovo samozaupanje (str. 61).

Poleg tega Horvath idr. (2019) opozarjajo na pomen uravnoveženega pristopa, kjer družinska podpora ni omejena zgolj na praktične vidike, temveč vključuje tudi čustvene in informacijske komponente. V nasprotnem primeru lahko družinska podpora, ki je omejena zgolj na instrumentalno raven, deluje kot funkcionalna pomoč brez dolgoročnega pozitivnega vpliva na posameznikovo psihološko stanje (str. 918).

Kot kažejo raziskave, je instrumentalna podpora najbolj učinkovita, kadar je vključena v širši kontekst družinske dinamike in dopolnjuje druge vrste podpore, kot sta čustvena in informacijska. McCann in Lubman (2018) poudarjata, da so terapevtski programi, ki vključujejo vse vidike podpore, bistveno bolj uspešni pri vzdrževanju abstinence in preprečevanju recidiva (str. 902–911).

2.3.2.4. Informacijska in ocenjevalna podpora

Informacijska in ocenjevalna podpora družine igrata pomembno vlogo pri procesu okrevanja posameznikov z zgodovino odvisnosti, saj omogočata tako pridobivanje znanja kot tudi krepitev samozavesti. Informacijska podpora vključuje širjenje znanja o naravi odvisnosti, tehnikah za obvladovanje sprožilcev in razpoložljivih terapevtskih možnostih. Kot ugotavljajo Sari, Fatah in Nurmala (2021), lahko družinski člani z zagotavljanjem informacij o zdravljenju in strategijah spoprijemanja prispevajo k posameznikovemu boljšemu razumevanju procesa rehabilitacije, kar povečuje možnosti za dolgoročno abstinenco (str. 61).

Podobno Rowe (2012) poudarja, da je informacijska podpora družinskih članov bistvena pri oblikovanju bolj informiranega in proaktivnega odnosa posameznika do lastnega okrevanja. Avtor ugotavlja, da posamezniki, ki so bolj seznanjeni s svojimi možnostmi zdravljenja in tehnikami spoprijemanja, kažejo večjo stopnjo zaupanja in pripravljenosti za sodelovanje v terapevtskih programih (str. 68). Rowe pa opozarja tudi na nevarnost napačne ali pomanjkljive informacijske podpore, ki lahko posameznikom povzroči dodatno zmedo ali zmanjšano motivacijo za nadaljevanje rehabilitacije (str. 72).

Ocenjevalna podpora, ki vključuje priznavanje dosežkov in zagotavljanje pozitivnih povratnih informacij, ima pomemben psihološki vpliv na posameznike. McCann in Lubman (2018) ugotavljata, da družinski člani, ki priznavajo posameznikove napredke in jih vključujejo v svojo

podporo, bistveno povečajo samozavest in motivacijo za vzdrževanje abstinence (str. 905). Spodbudne povratne informacije zmanjšujejo tveganje za recidiv, saj posameznikom pomagajo ohranjati občutek napredka in osredotočenosti na dolgoročne cilje.

Zaidi (2020) izpostavlja, da je ocenjevalna podpora še posebej pomembna v situacijah, ko se posameznik sooča s stresom ali občutkom neuspeha. Avtor navaja, da pozitivna povratna informacija, kot je preprosto priznanje posameznikovega truda, igra osrednjo vlogo pri zmanjšanju občutkov nemoči in vzdrževanju pozitivnega pogleda na proces okrevanja (str. 917).

Kljub pozitivnim učinkom informacijske in ocenjevalne podpore pa raziskave kažejo na nekatere izzive pri njunem izvajanju. Matthews, Dwyer in Snoek (2017) opozarjajo, da lahko napačne informacije ali pretirana pričakovanja družinskih članov ustvarijo pritisk na posameznika, kar vodi v občutek tesnobe in poveča tveganje za zdrs (str. 279). Zato je pomembno, da družinski člani pristopajo k informacijski in ocenjevalni podpori na način, ki je prilagojen posameznikovim potrebam in zmožnostim.

Sinergija med informacijsko in ocenjevalno podporo je bistvena za uspešno okrevanje. Kot ugotavlja Rowe (2012), so programi, ki družinske člane vključujejo v izobraževanje in usposabljanje o naravi odvisnosti, bistveno bolj uspešni pri zmanjševanju stigme in krepitvi družinske vloge v rehabilitaciji. To omogoča družinskim članom, da svojo podporo podajajo na način, ki ni samo informativen, temveč tudi motivacijsko usmerjen.

2.3.2.5. Konflikti in negativni vplivi v družinskih odnosih

Čeprav je družina pogosto glavni vir podpore v procesu okrevanja, lahko v določenih okoliščinah postane tudi dejavnik tveganja. Negativna družinska dinamika, ki vključuje konflikte, kritičnost, nizko čustveno bližino ali stigmatizacijo, pogosto prispeva k večjemu tveganju za recidiv. Atadokht idr. (2015) ugotavljajo, da posamezniki, ki se soočajo z negativnimi odnosi znotraj družine, pogosteje poročajo o občutkih osamljenosti, nemoči in stresa, kar povečuje njihovo ranljivost za sprožilce recidiva (str. 3).

Eden od najpogostejših negativnih dejavnikov je kritičnost družinskih članov, ki zmanjšuje posameznikovo samozavest in občutek lastne vrednosti. Matthews, Dwyer in Snoek (2017) opozarjajo, da kritični ali obsojajoči komentarji pogosto vodijo v samostigmatizacijo, pri čemer posameznik sprejme negativne stereotipe o sebi, kar še dodatno otežuje proces okrevanja (str.

279). Kritičnost se pogosto izraža v obliki očitkov glede preteklih napak ali dvoma v posameznikovo sposobnost vzdrževanja abstinence, kar povzroča občutke tesnobe in demotivacijo.

Stigmatizacija znotraj družinskega kroga je še en pogost negativen vpliv, ki lahko posamezniku oteži proces rehabilitacije. Matthews, Dwyer in Snoek (2017) ugotavljajo, da stigma ne vpliva le na posameznika, temveč tudi na širši družinski krog, kar lahko vodi do zmanjšanja socialne podpore in povečanja občutka izolacije. Poleg tega stigma pogosto ovira odprto komunikacijo, saj posamezniki z odvisnostjo pogosto skrivajo svoje težave pred družinskimi člani, da bi se izognili dodatni stigmatizaciji (str. 281).

Konflikti znotraj družine so še en pomemben dejavnik tveganja. Horvath idr. (2019) poudarjajo, da so pogosti konflikti med družinskimi člani neposredno povezani s povečanjem stresa pri posameznikih z odvisnostjo, kar povečuje verjetnost za ponovni zdrs (str. 917). Avtorji navajajo, da konflikti pogosto izvirajo iz nerazumevanja ali neskladij med pričakovanji družinskih članov in posameznikovo zmožnostjo za hitro okrevanje.

Družinski člani pogosto ne razumejo kompleksnosti odvisnosti kot kronične bolezni, kar vodi v nerealna pričakovanja. Kot ugotavljajo Sari, Fatah in Nurmala (2021), lahko družinski člani zaradi nepoznavanja narave odvisnosti pričakujejo hitro okrevanje ali popolno abstinenco brez spodrseljajev, kar vodi v dodatni pritisk na posameznika (str. 60).

Kljub negativnim učinkom pa lahko ustrezna intervencija in izobraževanje zmanjšata konflikte in spremenita negativne družinske dinamike. McCann in Lubman (2018) poudarjata, da programi, ki vključujejo družinske člane in jim nudijo izobraževanje o odvisnosti, pogosto izboljšajo razumevanje medsebojnih odnosov in zmanjšujejo napetosti, kar prispeva k večji stabilnosti družinske podpore (str. 902).

Negativni vplivi znotraj družine ne ovirajo le posameznikove rehabilitacije, temveč pogosto povzročijo širše posledice za celotno družinsko dinamiko. Zato je pomembno, da terapevtski pristopi ne obravnavajo le posameznika z odvisnostjo, temveč tudi njegove družinske člane, kar omogoča celovito in trajnostno izboljšanje odnosov ter podpore.

2.3.2.6. Intervencije in vključevanje družinskih članov v terapevtske programe

Intervencije, ki vključujejo družinske člane, so bistvenega pomena za celovit pristop k rehabilitaciji posameznikov z odvisnostjo. Takšne strategije temeljijo na ugotovitvah, da družinska dinamika pomembno vpliva na proces okrevanja, bodisi kot zaščitni dejavnik bodisi kot dejavnik tveganja. McCann in Lubman (2018) poudarjata, da vključevanje družinskih članov v terapevtske programe omogoča izboljšanje komunikacije, zmanjšanje konfliktov in povečanje sodelovanja med vsemi vpletenimi (str. 902). Avtorja opozarjata, da je uspešnost teh programov odvisna od stopnje pripravljenosti družinskih članov, da se vključijo in sodelujejo v procesu.

Družinske terapije so eden najpogostejše uporabljenih pristopov v teh programih. Rowe (2012) poudarja, da tovrstne terapije ne pomagajo le posameznikom z odvisnostjo, temveč tudi družinskim članom, ki se pogosto soočajo z lastnimi izzivi, povezanimi z odvisnostjo v družini. Avtor ugotavlja, da družinske terapije omogočajo razreševanje globoko zakoreninjenih konfliktov in spodbujajo boljše razumevanje odvisnosti kot kronične bolezni (str. 70).

Kot navajajo Horvath idr. (2019), je vključevanje družinskih članov še posebej učinkovito, kadar terapevtski programi združujejo različne pristope, kot so izobraževalne delavnice, skupinske terapije in individualne svetovalne seje. Avtorji poudarjajo, da ti programi pomagajo družinskim članom razumeti dinamiko odvisnosti in razviti spretnosti, ki so potrebne za podporo posamezniku med rehabilitacijo in abstinenco (str. 917).

Poleg družinskih terapij imajo pomembno vlogo tudi izobraževalni programi, katerih cilj je zmanjšati stigmo in povečati razumevanje odvisnosti. Sari, Fatah in Nurmala (2021) ugotavljajo, da je eden od ključnih ciljev teh programov izobraževanje družinskih članov o obvladovanju sprožilcev, zagotavljanju pozitivne podpore in zmanjševanju pritiskov na posameznika (str. 60). Avtorji poudarjajo, da je družinsko izobraževanje bistveno za dolgoročno spremembo negativnih vzorcev in krepitev pozitivnih vedenj.

Vendar pa vključevanje družinskih članov ni brez izzivov. McCann in Lubman (2018) opozarjata, da lahko določeni družinski člani občutijo odpor ali sram, kar otežuje njihovo sodelovanje v terapevtskih programih. Poleg tega je pogosto potrebna dodatna podpora za družinske člane, ki se soočajo z lastnimi občutki krivde, jeze ali izčrpanosti zaradi dolgoletnega soočanja z odvisnostjo v družini (str. 905).

Kljub tem izzivom raziskave kažejo, da je vključevanje družine v terapevtske programe eno najučinkovitejših orodij za dolgoročno vzdrževanje abstinence in zmanjševanje recidiva. Matthews, Dwyer in Snoek (2017) navajajo, da programi, ki uspešno vključujejo družinske člane, ne zmanjšajo samo konfliktnih odnosov, temveč tudi povečajo občutek skupnega prizadevanja in izboljšajo kakovost življenja vseh vpletenih (str. 279).

Poleg terapevtskih programov, ki se osredotočajo na posameznike in njihove družinske člane, so pomembne tudi širše skupnostne intervencije, ki spodbujajo družinsko vlogo pri rehabilitaciji. Takšni programi vključujejo podpirne skupine za družinske člane, ki omogočajo delitev izkušenj, spodbujajo izmenjavo najboljših praks in zmanjšujejo občutek izolacije.

2.3.2.7. Družina kot opora pri vzdrževanju abstinence

Vloga družine pri okrevanju posameznikov z zgodovino odvisnosti je kompleksna in večdimenzionalna. Kot je razvidno iz analiziranih raziskav, družina predstavlja ključen zaščitni dejavnik, ki zagotavlja čustveno, instrumentalno in informacijsko podporo. Hkrati pa je kakovost družinskih odnosov lahko tudi dejavnik tveganja, saj konflikti, kritičnost in stigmatizacija povečujejo posameznikovo ranljivost za recidiv.

Čustvena podpora, ki ustvarja občutek varnosti in pripadnosti, je temeljnega pomena pri zmanjševanju psihološkega stresa in izboljšanju samozavesti posameznika. Kot so ugotovili Sari, Fatah in Nurmala (2021) ter Atadokht idr. (2015), pozitivni odnosi znotraj družine prispevajo k dolgoročnemu vzdrževanju abstinence. Instrumentalna podpora, vključno s praktično in finančno pomočjo, omogoča posameznikom, da se osredotočijo na svoje okrevanje, medtem ko informacijska in ocenjevalna podpora prispevata k boljšemu razumevanju odvisnosti in spodbujata motivacijo za vzdrževanje abstinence.

Kljub temu se družina pogosto sooča z izzivi, kot so nerazumevanje narave odvisnosti, konflikti in lastne čustvene stiske. Raziskave, kot sta Matthews, Dwyer in Snoek (2017) ter McCann in Lubman (2018), poudarjajo, da lahko ustrezne intervencije in izobraževanje družinskih članov znatno zmanjšajo negativne vplive in izboljšajo kakovost družinske podpore.

Družinske terapije in izobraževalni programi se izkažejo kot učinkoviti pristopi, ki ne izboljšujejo samo družinske dinamike, temveč tudi povečujejo verjetnost dolgotrajne abstinence. Vključevanje družinskih članov v terapevtske programe, kot ugotavljajo Rowe

(2012) in Horvath idr. (2019), ustvarja sinergijo med posameznikom in njegovim okoljem, kar krepi odpornost proti sprožilcem recidiva in izboljšuje psihološko stabilnost.

Zaključim lahko, da je družina kot opora pri vzdrževanju abstinence ena izmed najpomembnejših komponent pri rehabilitaciji posameznikov z odvisnostjo. Njen vpliv pa je odvisen od njene sposobnosti prilagajanja na potrebe posameznika, razumevanja narave odvisnosti in pripravljenosti za sodelovanje v terapevtskih in izobraževalnih programih. Celovit pristop, ki vključuje tako posameznika kot njegove družinske člane, zagotavlja boljše izide rehabilitacije in zmanjšuje tveganje za recidiv.

2.3.2.8. Vpliv stigme na recidiv in proces okrevanja

Stigma je eden najmočnejših socialnih dejavnikov, ki vplivajo na posameznike z zgodovino odvisnosti. Gre za kompleksen koncept, ki vključuje tako zunanje družbene predsodke kot notranje občutke sramu in manjvrednosti, kar skupaj otežuje proces okrevanja. Matthews, Dwyer in Snoek (2017, str. 275) opozarjajo, da stigma deluje na več ravneh: kot družbeni pojav, ki posameznike izloča iz družbenega življenja, ter kot notranji proces, kjer posamezniki sprejmejo negativne družbene predstave o sebi. Ta ponotranjena stigma ne zmanjšuje samo samozavesti in motivacije, temveč tudi povečuje tveganje za recidiv.

2.3.2.9. Zunanja stigma in njen vpliv na posameznika

Zunanja stigma izvira iz širših družbenih norm, stereotipov in predsodkov, ki posameznike z odvisnostjo prikazujejo kot moralno šibke, nezanesljive ali celo nevarne. Raziskava Matthews, Dwyer in Snoek (2017, str. 275–276) je pokazala, da so takšni stereotipi močno zakoreninjeni v javnem diskurzu, kar vodi v socialno izključenost in marginalizacijo teh posameznikov. Ena od udeleženk raziskave je dejala: "Ko so ljudje izvedeli, da sem uporabljala heroin, sem zanje postala le še 'narkomanka'. Nisem bila več človek." Takšne izkušnje posameznikom ne otežujejo le dostopa do zaposlitve, zdravstvenih storitev in socialne podpore, temveč tudi zmanjšujejo njihovo motivacijo za iskanje pomoči.

Družbeni predsodki se pogosto manifestirajo tudi v zdravstvenih sistemih, kjer je stigma še posebej izrazita. Matthews, Dwyer in Snoek (2017, str. 278–279) opozarjajo, da posamezniki z odvisnostjo pogosto poročajo o diskriminatornem ravnanju, vključno z dvomi o njihovih težavah ali ponižujočim odnosom. Ena izmed anketirank je svoje izkušnje opisala takole:

"Zdravniki niso videli človeka, ki potrebuje pomoč; videli so le odvisnika." Takšne izkušnje ne zmanjšujejo le zaupanja v zdravstvene sisteme, temveč posameznike pogosto odvrčajo od iskanja nadaljnje pomoči, kar povečuje tveganje za recidiv.

Stigma kot družbeni pojav tako pomembno prispeva k ponavljajočim se vzorcem recidiva, saj posameznikom preprečuje dostop do potrebnih virov za okrevanje in jih hkrati utrjuje v negativni samopodobi, kar otežuje trajno abstinenco (Matthews, Dwyer in Snoek, 2017; Atadokht idr., 2015; Sari, Fatah in Nurmala, 2021). Atadokht idr. (2015, str. 3) poudarjajo, da je socialna podpora pomemben zaščitni dejavnik pri preprečevanju recidiva, saj posameznikom omogoča večjo psihološko stabilnost in zmanjšuje občutek socialne izolacije. Prav tako je raziskava Sari, Fatah in Nurmala (2021, str. 63–64) pokazala, da družinska podpora igra osrednjo vlogo pri okrevanju, saj pozitivni odnosi v družini zmanjšujejo notranje občutke sramu in stigmatizacije, kar posameznikom pomaga pri dolgoročnem vzdrževanju abstinence.

2.3.2.10. Notranja stigma in njen psihološki vpliv

Stigma je eden najmočnejših socialnih dejavnikov, ki vplivajo na posameznike z zgodovino odvisnosti. Gre za kompleksen pojav, ki vključuje tako zunanje družbene predsodke kot notranje občutke sramu in manjvrednosti, kar skupaj otežuje proces okrevanja. Matthews, Dwyer in Snoek (2017, str. 277) ugotavljajo, da stigma deluje na več ravneh: kot družbeni pojav, ki posameznike izloča iz družbenega življenja, ter kot notranji proces, kjer posamezniki sprejmejo negativne družbene predstave o sebi. Ta ponotranjena stigma ne zmanjšuje le samozavesti in motivacije, temveč tudi povečuje tveganje za recidiv.

Notranja stigma je globoko zakoreninjena v posameznikovem doživljanju sebe, zato je za njeno zmanjšanje ključnega pomena dostop do podpornih skupin in terapevtskih programov. Matthews, Dwyer in Snoek (2017, str. 284) ugotavljajo, da posamezniki, ki sodelujejo v podpornih skupinah, občutijo večjo sprejetost in pripadnost, kar zmanjša občutke osamljenosti in sramu. Ena od udeleženk raziskave je povedala: "Ko sem se pridružila skupini za okrevanje, sem prvič začutila, da nisem sama v tem boju."

Podporne skupine omogočajo posameznikom deljenje izkušenj in izmenjavo strategij za spopadanje z izzivi abstinence. Takšne skupine ne krepijo le samozavesti posameznikov, temveč tudi ustvarjajo okolje, kjer se lahko razvijajo brez strahu pred obsojanjem. Matthews, Dwyer in Snoek (2017, str. 284) poudarjajo, da so skupinske terapije še posebej učinkovite pri

zmanjševanju notranje stigme, saj posameznikom omogočajo prepoznavanje in zavračanje ponotranjenih stereotipov.

Družina igra pomembno vlogo pri zmanjševanju stigme, saj lahko deluje kot varno okolje, kjer posamezniki pridobijo občutek sprejetosti in podpore. Sari, Fatah in Nurmala (2021, str. 60) ugotavljajo, da izobraževalni programi za družinske člane bistveno prispevajo k zmanjševanju negativnih stališč in izboljšanju odnosa do odvisnosti. Ti programi družinskim članom nudijo informacije o naravi odvisnosti, njenem zdravljenju ter pomenu podpore in razumevanja. Družinska terapija je še ena učinkovita strategija za zmanjšanje stigme znotraj družine. Matthews, Dwyer in Snoek (2017, str. 287) navajajo, da so družinske terapije koristne pri odpravljanju konfliktov in izboljšanju komunikacije med družinskimi člani. S tem se ne zmanjšajo le negativni vplivi stigme, temveč se tudi izboljša posameznikovo zaupanje v proces okrevanja.

Stigma ostaja ena izmed največjih ovir pri obravnavi odvisnosti in preprečevanju recidiva. Njeni učinki segajo od družbenega izključevanja in marginalizacije do notranjih občutkov sramu in nemoči, ki posameznikom otežujejo okrevanje. Bakos-Block idr. (2024, str. 68) poudarjajo, da posamezniki, ki doživljajo močno stigo, pogosteje odlašajo z iskanjem pomoči in imajo nižjo stopnjo okrevanja. Zmanjšanje stigme zahteva sistemske spremembe, vključno z ozaveščanjem javnosti, izobraževanjem strokovnjakov in zagotavljanjem podpore posameznikom ter njihovim družinam. S celovitim pristopom, ki vključuje spremembo družbenega diskurza, izboljšanje zdravstvenih storitev ter krepitev podpornih skupin in družinskih odnosov, je mogoče ustvariti okolje, kjer posamezniki z odvisnostjo niso več obravnavani kot problem, temveč kot ljudje, ki potrebujejo in si zaslužijo podporo.

2.3.3. Biološke predispozicije

Raziskave kažejo, da so genetski dejavniki odgovorni za približno 50 % tveganja za zasvojenost, kar pomeni, da imajo nekateri posamezniki zaradi svoje dedne zasnove večjo verjetnost za razvoj odvisnosti, če so izpostavljeni določenim snovem ali življenjskim okoliščinam (Deak in Johnson, 2021, str. 2189). Ti genetski vplivi ne delujejo osamljeno, ampak v povezavi z okoljskimi dejavniki, kot so stres, družinska zgodovina in zgodnje življenjske izkušnje (Agrawal in Lynskey, 2006, str. 802). Na primer, posamezniki, katerih starši so imeli težave s pitjem alkohola, imajo večje tveganje za razvoj alkoholne odvisnosti zaradi kombinacije genetske nagnjenosti in družinskega okolja.

Poleg genetskih dejavnikov imajo osrednjo vlogo tudi možganski sistemi nagrajevanja, ki jih uravnava dopamin, tj. nevrottransmitter, ki povzroča občutke užitka in nagrajevanja. Kot ugotavlja Stoechr (2006, str. 47), droge vplivajo na dopaminski sistem, kar lahko povzroči nenormalno visoko sproščanje dopamina in posledično močno željo po ponovni uporabi. Dolgotrajna uporaba substanc pa spremeni delovanje možganov, saj se dopaminski receptorji prilagodijo in postanejo manj občutljivi, kar posameznika prisili k zaužitju večjih količin droge za enak učinek. Ta pojav, znan kot toleranca, je eden glavnih dejavnikov pri razvoju zasvojenosti in tveganju za recidiv.

Zadnje raziskave so pokazale, da imajo epigenetski dejavniki prav tako osrednjo vlogo pri zasvojenosti. Epigenetika pojasnjuje, kako lahko okoljski dejavniki (kot so stres, travme in uporaba drog) vplivajo na izražanje genov, ne da bi pri tem spremenili strukturo DNK (Biliński idr., 2012, str. 491–496). Na primer, dolgotrajna izpostavljenost alkoholu lahko povzroči metilacijo DNK, kar lahko spremeni delovanje genov, povezanih z nadzorom impulzov in vedenjskimi vzorci, povezanimi z odvisnostjo (Ferrer-Pérez idr., 2024, str. 38, 41). To pomeni, da lahko negativne življenjske izkušnje pustijo trajne biološke posledice, ki vplivajo na posameznikovo vedenje in tveganje za zasvojenost.

Kljub genetskim in biološkim vplivom raziskave potrjujejo, da okoljski dejavniki močno vplivajo na izražanje teh predispozicij. Deak in Johnson (2021, str. 2199) opozarjata, da posamezniki z družinsko anamnezo zasvojenosti, ki odraščajo v podpornih okoljih, kažejo nižje tveganje za razvoj odvisnosti v primerjavi s tistimi, ki so izpostavljeni stresu, socialni izključenosti ali slabim družinskim odnosom. To pomeni, da lahko ciljano preventivno delo in podporni programi pomembno zmanjšajo negativne učinke genetskih predispozicij.

Za socialno delo je temeljnega pomena, da biološke predispozicije niso razumljene kot neizogibna usoda, temveč kot dejavniki tveganja, ki jih lahko ublažijo preventivni ukrepi, dostop do terapevtskih storitev in podporno okolje. Celostni pristop, ki vključuje razumevanje genetskih, epigenetskih in okoljskih dejavnikov, ponuja najboljše možnosti za dolgotrajno abstinenco in okrevanje.

2.4. Dvojna diagnoza in njen vpliv na tveganje za recidiv

Dvojna diagnoza se nanaša na sočasno prisotnost duševne motnje in odvisnosti od psihoaktivnih substanc. Osebe s to diagnozo imajo pogosto kompleksne potrebe, ki presegajo

standardne zdravstvene in socialne sisteme, saj se njihovi simptomi medsebojno prepletajo in vplivajo drug na drugega (Kvaternik in Grebenc, 2009, str. 510). Zaradi teh izzivov so posamezniki z dvojno diagnozo pogosto izpostavljeni večjemu tveganju za recidiv, saj neustrezna obravnava prispeva k socialni izključenosti in otežuje dostop do pomoči (Watkins, 2003, str. 56).

Tradicionalni medicinski model obravnava duševne motnje in zasvojenost kot dve ločeni težavi, ki ju je treba zdraviti ločeno. Vendar se v praksi ta pristop pogosto izkaže za neučinkovitega, saj ne upošteva interakcije med težavami posameznika in širšega socialnega konteksta (Phillips, McKeown in Sandford, 2009, str. 112). Medicinski model lahko povzroči stigmatizacijo, saj posameznike z dvojno diagnozo pogosto dojema predvsem kot bolnike, ki potrebujejo zdravljenje, kar zmanjšuje njihovo avtonomijo in sposobnost vključevanja v družbo (Hinshaw, 2007, str. 129).

Kvaternik in Grebenc (2009, str. 512) poudarjata, da medicinski model posameznike pogosto "fiksira" v diagnozi, kar otežuje njihovo okrevanje. Namesto da bi jim ponudil celostno podporo, jih postavlja v rigidne kategorije, ki zmanjšujejo možnosti za individualizirano obravnavo in socialno vključenost. To lahko povzroči začarani krog, v katerem posameznik zaradi stigmatizacije in omejenega dostopa do storitev pogosteje doživlja recidiv.

Socialno delo ponuja alternativni pristop, ki presega omejitve medicinskega modela in posameznika obravnava celostno. Watkins (2003, str. 102) poudarja, da je temeljnega pomena premik od osredotočenosti na diagnozo k razumevanju posameznikovih življenjskih okoliščin in potreb. Socialno delo ne zmanjšuje samo stigme, temveč tudi omogoča posameznikom, da postanejo aktivni udeleženci v procesu okrevanja. Pomemben vidik socialnodelavskega pristopa je individualizirano načrtovanje intervencij, ki temelji na potrebah posameznika. Phillips, McKeown in Sandford (2009, str. 120) ugotavljajo, da so interdisciplinarni timi, ki vključujejo strokovnjake iz različnih področij, učinkovitejši pri obravnavi dvojne diagnoze, saj omogočajo usklajeno podporo. To zmanjšuje tveganje, da bi posameznik prehajal med različnimi institucijami brez ustrezne obravnave.

Družina in širša socialna mreža igrata osrednjo vlogo pri zmanjševanju tveganja za recidiv pri osebah z dvojno diagnozo. Kvaternik in Grebenc (2009, str. 518) poudarjata, da lahko podpora družine bistveno vpliva na posameznikovo zmožnost vzdrževanja abstinence in obvladovanja simptomov duševne motnje. Pomembno je tudi zmanjšanje stigmatizacije z izobraževanjem

družinskih članov in širše skupnosti. Podporne skupine so še ena učinkovita strategija, ki posameznikom omogoča izmenjavo izkušenj in občutek pripadnosti (Watkins, 2003, str. 145). Kot poudarja Hinshaw (2007, str. 131), skupine, ki se osredotočajo na okrevanje in socialno vključenost, pomagajo zmanjševati negativne učinke stigmatizacije in povečujejo motivacijo za sodelovanje v terapevtskih programih.

V zadnjih letih so se razvili integrirani modeli obravnave, ki združujejo zdravstvene in socialne storitve ter ponujajo celostno podporo posameznikom z dvojno diagnozo. Phillips, McKeown in Sandford (2009, str. 135) ugotavljajo, da modeli, ki vključujejo sodelovanje med zdravstvenimi delavci, socialnimi delavci in nevladnimi organizacijami, dosegajo boljše rezultate pri preprečevanju recidiva. Integrirani pristop pomeni, da posamezniki ne prejemaajo zgolj farmakološkega zdravljenja, temveč imajo dostop tudi do psihosocialnih intervencij, kot so kognitivno-vedenjska terapija, rehabilitacijski programi in zaposlitvena podpora. Kvaternik in Grebenc (2009, str. 519) navajata, da so ti programi še posebej učinkoviti pri zmanjševanju tveganja za ponovitev bolezni in pri izboljšanju kakovosti življenja posameznikov z dvojno diagnozo.

Dvojna diagnoza predstavlja enega največjih izzivov sodobnega zdravstvenega in socialnega sistema. Medtem ko medicinski model ponuja koristne diagnostične smernice, se pogosto izkaže kot nezadosten za celostno obravnavo. Socialnodelavski pristop, ki poudarja individualizirane in integrirane modele pomoči, ponuja učinkovitejše rešitve za zmanjševanje tveganja za recidiv. Bistveni elementi uspešne obravnave so celostni pristop, sodelovanje različnih strokovnjakov in zmanjšanje stigmatizacije. S tem se povečuje verjetnost dolgotrajne abstinence in izboljšuje kakovost življenja posameznikov z dvojno diagnozo.

3. ZMANJŠEVANJE TVEGANJ IN ŠKODE OB RECIDIVU

Strategije zmanjševanja škode predstavljajo enega od osrednjih pristopov v sodobni obravnavi oseb, ki uporabljajo psihoaktivne snovi. Medtem ko se ta koncept pogosto povezuje z osebami, ki redno uživajo droge, je njegova vloga prav tako bistvena pri posameznikih, ki po obdobju abstinence doživijo recidiv. V tem kontekstu zmanjševanje škode ne pomeni zgolj varnejše uporabe drog, ampak celovit pristop, ki zmanjšuje zdravstvena in socialna tveganja ter omogoča, da se posamezniki ponovno vključijo v podporne mreže in obravnavo (Degenhardt in Hall, 2012, str. 68).

Ena izmed osrednjih predpostavk zmanjševanja škode je, da popolna abstinence ni vedno takoj dosegljiva ali realistična, zato so intervencije usmerjene v zmanjšanje tveganj, ki so povezana z uporabo drog (Tomašević in Kastelic, 2015, str. 399–401). Ta pristop temelji na pragmatičnem in humanističnem razumevanju odvisnosti, ki ne stigmatizira uporabnikov, temveč jim omogoča dostop do podpornih storitev brez pogojevanja abstinence. Pri osebah, ki so že dosegle dolgotrajno abstinenco, pa se ob morebitnem recidivu pojavljajo dodatni izzivi, saj je tveganje za predoziranje ali druge zdravstvene zaplete bistveno večje. Po daljšem obdobju abstinence se toleranca na droge zmanjša, kar pomeni, da lahko oseba ob ponovni uporabi zaužije odmerek, ki je bil predhodno sprejemljiv, vendar zdaj predstavlja resno nevarnost za zdravje ali celo življenje. Raziskave kažejo, da se tveganje za smrtno predoziranje po abstinenci poveča za več kot desetkrat, kar potrjuje potrebo po vključevanju programov zmanjševanja škode pri osebah, ki doživijo recidiv (Degenhardt in Hall, 2012, str. 60).

Zmanjševanje tveganj in škode pri recidivu vključuje več različnih pristopov, ki segajo od zagotavljanja sterilnega injekcijskega pribora in nadomestnega zdravljenja do socialne podpore ter vzpostavitve varnih prostorov za uporabo drog. Raziskave so pokazale, da varne sobe za injiciranje ne vplivajo zgolj na zmanjšanje smrtnosti zaradi predoziranja, temveč tudi omogočajo hitrejši dostop uporabnikov do zdravstvenih storitev, kar pripomore k dolgoročnemu izboljšanju njihovega zdravja (Tomašević in Kastelic, 2015, str. 405). Hkrati nadomestno zdravljenje pomembno zmanjša tveganje za predoziranje in s tem povezane zdravstvene zaplete, pri čemer so osebe, vključene v metadonsko terapijo, v bistveno manjšem tveganju ponovnega zapleta ob recidivu (Tomašević in Kastelic, 2015, str. 407).

Ob upoštevanju teh dejstev je bistveno, da se zmanjševanje škode ne obravnava zgolj kot ukrep za aktivne uporabnike drog, temveč kot del celovite obravnave, ki vključuje tudi tiste, ki so že

abstinenco dosegli, a se soočajo z recidivom. Učinkoviti programi zmanjševanja škode posameznikom omogočajo, da tudi v primeru ponovne uporabe ne izgubijo dostopa do podpore, temveč lahko varneje obvladujejo svojo situacijo ter imajo večjo možnost, da se ponovno vključijo v abstinenco (Degenhardt in Hall, 2012, str. 65).

3.1. Pomen zmanjševanja tveganj pri recidivu

Zmanjševanje škode je eden izmed osrednjih pristopov pri delu z osebami, ki uporabljajo psihoaktivne snovi, saj se osredotoča na omejevanje negativnih posledic uporabe drog tako na individualni kot na družbeni ravni. Ta koncept temelji na priznavanju realnosti, da abstinenca ni vedno dosegljiva ali realistična za vse posameznike, zato so intervencije usmerjene v zmanjšanje tveganj, ki so povezana z uporabo drog. Kot poudarja Fojan (2005, str. 179), gre pri zmanjševanju škode za pristop, ki ne temelji na kaznovanju ali stigmatizaciji uporabnikov, temveč na zagotavljanju varnejših pogojev za uporabo drog in vključevanju uporabnikov v oblikovanje preventivnih ukrepov. Posebej pomembno vlogo ima zmanjševanje škode pri osebah, ki so že dosegle daljšo abstinenco, vendar so zaradi različnih dejavnikov doživele recidiv.

Eden izmed glavnih razlogov, zakaj je zmanjševanje tveganj pri recidivu izrednega pomena, je povečano zdravstveno tveganje, ki ga prinaša ponovna uporaba drog po daljšem obdobju abstinence. Pri posameznikih, ki dlje časa niso uporabljali psihoaktivnih snovi, se toleranca na droge zmanjša, kar pomeni, da lahko odmerek, ki je bil v preteklosti sprejemljiv, privede do predoziranja ali resnih zdravstvenih zapletov. Degenhardt in Hall (2012, str. 60) opozarjata, da se tveganje za smrtno predoziranje po obdobju abstinence poveča do desetkrat, kar dokazuje potrebo po celovitih strategijah zmanjševanja tveganj pri osebah, ki doživijo recidiv. Kot ugotavljata Tomašević in Kastelic (2015, str. 390), se pri osebah, ki so po dolgotrajni abstinenici ponovno posegle po opioidih, tveganje za predoziranje poveča do večkratnika v primerjavi z rednimi uporabniki. To pomeni, da je ena izmed osrednjih nalog programov zmanjševanja škode prav ozaveščanje posameznikov o spremenjeni toleranci ter zagotavljanje varnih načinov uporabe, ki zmanjšujejo tveganje za smrtne zaplete.

Poleg zdravstvenih tveganj pa recidiv pogosto spremljajo tudi psihosocialne posledice, kot so občutek neuspeha, sram, izguba zaupanja socialnega okolja in strah pred iskanjem pomoči. Neale, Tompkins in Sheard (2008, str. 149) ugotavljajo, da posamezniki, ki doživijo recidiv, pogosto naletijo na številne ovire pri dostopu do zdravstvenih in socialnih storitev, vključno s

stigmatizacijo in diskriminacijo v zdravstvenih ustanovah, kar jih odvrča od iskanja pomoči. Prav tako Marlatt in sodelavci (2011, str. 3) poudarjajo, da stigma in socialna izolacija močno otežita ponovno vključitev posameznikov v terapevtske programe, kar lahko vodi v nadaljnjo eskalacijo tveganih vedenj. Po podatkih raziskave Tomašević in Kastelic (2015, str. 394) programi, ki vključujejo psihosocialno svetovanje in podporne skupine, pomembno prispevajo k zmanjšanju nadaljnje eskalacije tveganih vedenj pri osebah, ki so doživele recidiv.

V tem kontekstu zmanjševanje tveganj ni le strategija za preprečevanje neposrednih posledic ponovne uporabe, temveč tudi način za vzdrževanje povezave posameznika s sistemom pomoči. S tem se zmanjšuje verjetnost, da bi recidiv vodil v popolno prekinitev stika s terapevtskimi storitvami, kar bi posameznika še dodatno potisnilo v marginalizacijo. V okviru zmanjševanja škode se posameznikom omogoča dostop do informacij, svetovanja in praktičnih intervencij, ki jim pomagajo obvladovati situacijo ter se postopoma ponovno vključiti v obravnavo in podporne mreže (Degenhardt in Hall, 2012, str. 65).

3.2. Strategije zmanjševanja škode pri ponovni uporabi

Ko oseba po obdobju abstinence znova poseže po drogah, je bistvenega pomena, da ima dostop do ukrepov, ki zmanjšujejo tveganja za zdravje in socialne posledice recidiva. Programi zmanjševanja škode predstavljajo osrednjo vlogo pri preprečevanju najhujših posledic, kot so predoziranje, okužbe z virusom HIV in hepatitisom C ter socialna izključenost. Po ugotovitvah Degenhardt in Hall (2012, str. 60) so programi zmanjševanja škode ključni pri preprečevanju širjenja nalezljivih bolezni in zmanjševanju smrtnosti med osebami, ki ponovno začnejo uporabljati droge, saj omogočajo dostop do sterilnega pribora in zdravstvene oskrbe. Prav tako Marlatt et al. (2011, str. 75) poudarjajo, da dostop do varnih prostorov za injiciranje dokazano zmanjšuje tveganje za predoziranje in omogoča pravočasno medicinsko intervencijo.

Tomašević in Kastelic (2015, str. 392) ugotavljata, da imajo strategije zmanjševanja škode dvojni učinek: ne ščitijo samo posameznika pred zdravstvenimi zapleti, temveč tudi zmanjšujejo širšo družbeno škodo, povezano z uživanjem drog, vključno z zmanjšanjem obremenitve zdravstvenega sistema in omejevanjem kriminalnih dejavnosti, povezanih z zasvojenostjo. Podobno tudi Fojan (2005, str. 184) opozarja, da programi zmanjševanja škode delujejo kot pomembno orodje za zmanjšanje negativnih družbenih posledic odvisnosti, saj zmanjšujejo potrebo po nujnih medicinskih posredovanjih in omogočajo boljši nadzor nad zdravstvenim stanjem uporabnikov.

Ključni elementi zmanjševanja škode vključujejo varne prostore za uporabo drog, izmenjavo igel in pribora ter nadomestno zdravljenje. Ti ukrepi omogočajo, da tudi posamezniki, ki so po obdobju abstinence znova začeli uživati droge, ne ostanejo brez podpore in imajo dostop do storitev, ki lahko preprečijo dolgoročne negativne posledice. Marlatt et al. (2011, str. 82) poudarjajo, da je uspeh teh programov odvisen od njihove dostopnosti in odprtosti do uporabnikov brez pogojevanja abstinence, kar je zelo pomembno za preprečevanje prekinitev v zdravljenju in socialni podpori. Ob tem je bistveno, da ti programi niso namenjeni zgolj aktivnim uporabnikom drog, temveč tudi tistim, ki so po obdobju abstinence doživeli recidiv in se želijo ponovno vključiti v abstinenco ali vsaj zmanjšati zdravstvena tveganja, povezana z uporabo drog.

Neale, Tompkins in Sheard (2008, str. 149) ugotavljajo, da zmanjševanje škode omogoča oblikovanje okolja, kjer lahko uporabniki drog dostopajo do storitev brez strahu pred stigmatizacijo ali izključenostjo, kar je zelo pomembno pri osebah, ki so bile dalj časa abstinenčne in so zaradi recidiva v večji meri izpostavljene občutkom krivde, družbenemu pritisku in izolaciji. Strategije zmanjševanja škode torej ne obravnavajo zgolj neposrednih zdravstvenih tveganj, temveč delujejo tudi kot pomemben povezovalni člen med posameznikom in podporno mrežo (Marlatt et al., 2011, str. 85).

3.2.1. Varne sobe za injiciranje

Varne sobe za injiciranje so specializirani prostori, kjer lahko uporabniki drog pod nadzorom usposobljenega osebja varno injicirajo psihoaktivne snovi. Namen teh prostorov je zmanjšati zdravstvena tveganja, povezana z injiciranjem, kot so okužbe z virusom HIV, hepatitisom in drugimi nalezljivimi boleznimi, ter preprečiti predoziranja z zagotavljanjem takojšnje medicinske pomoči. Poleg tega omogočajo tudi dostop do svetovalnih storitev ter zmanjšujejo javno uživanje drog, kar pozitivno vpliva na lokalne skupnosti (Tomašević in Kastelic, 2015, str. 395).

Grebenc in Kvaternik (2009, str. 288) poudarjata, da varne sobe za injiciranje zmanjšujejo tveganje za predoziranja in omogočajo varen prostor za uporabo drog, kar zmanjšuje širjenje nalezljivih bolezni ter prispeva k zmanjšanju stigme uporabnikov drog. Posebej pomembne so za osebe, ki po daljši abstinenci doživijo recidiv, saj so te v večji meri izpostavljene tveganju nenadzorovane uporabe in predoziranja.

Po podatkih iz raziskave Grebenc in Kvaternik (2009, str. 295) so varne sobe učinkovit odziv na javno uživanje drog v urbanih okoljih, saj omogočajo boljše socialno vključitev uporabnikov in zmanjšujejo vidno uporabo drog na ulicah. Hkrati avtorici poudarjata, da varne sobe omogočajo vzpostavitev stabilnejše rutine pri uporabnikih drog, kar dolgoročno zmanjšuje negativne posledice zasvojenosti za posameznika in skupnost (Grebenc in Kvaternik, 2009, str. 296).

Novembra 2024 je bila v Sloveniji odprta prva varna soba v Novi Gorici, ki vključuje prostore za injiciranje ter za druge načine uživanja drog, kot sta njuhanje in kajenje. Po navedbah Košiček (2024) je odprtje prve varne sobe pomemben mejnik v slovenski politiki zmanjševanja škode, saj uporabnikom omogoča varnejše pogoje za uporabo drog in dostop do strokovne podpore. Cilj tovrstnih prostorov ni le zmanjšanje zdravstvenih tveganj, temveč tudi povezovanje uporabnikov z obstoječimi programi zdravljenja in svetovanja, kar omogoča, da tudi ob recidivu posameznik ohrani stik s podporno mrežo (Košiček, 2024).

3.2.2. Izmenjava igel in pribora

Ko oseba po daljšem obdobju abstinence doživi recidiv, se sooča z znatno povečanim tveganjem za zdravstvene zaplete in okužbe. Največje tveganje pri recidivu je zmanjšana toleranca na droge, saj lahko posameznik zaužije odmerke, ki je bil pred abstinenco sprejemljiv, zdaj pa predstavlja resno nevarnost za predoziranje in smrtne zaplete (Tomašević in Kastelic, 2015, str. 397). Ob tem pa se oseba, ki je bila dalj časa abstinenčna, pogosto znajde v situaciji, kjer nima dostopa do sterilnega pribora, kar močno poveča tveganje za okužbe z virusom HIV, hepatitisom C in drugimi nalezljivimi boleznimi (Degenhardt in Hall, 2012, str. 65).

Programi izmenjave igel so eden redkih zaščitnih ukrepov, ki lahko ob recidivu preprečijo najhujše zdravstvene posledice. Ne omogočajo le dostopa do sterilnega pribora, temveč tudi povezujejo osebe s svetovalnimi in zdravstvenimi storitvami, kar lahko zmanjša verjetnost, da bo recidiv trajal dlje časa in vodil v popoln ponovni vstop v zasvojenost (Marlatt, Larimer in Witkiewitz, 2011, str. 121). Poleg tega raziskave kažejo, da so osebe, ki so bile dlje časa abstinenčne, bolj izpostavljene tveganjem, povezanim z uporabo nesterilnega pribora, saj pogosto niso več del uporabniške mreže, kjer bi lahko pridobile igle na neformalne načine (Neale, Tompkins in Sheard, 2008, str. 149). Po podatkih iz raziskave Grebenc in Kvaternik (2009, str. 295) uporabniki drog pogosto namenoma ne nosijo pribora zaradi strahu pred pravnimi posledicami, kar še dodatno povečuje tveganje souporabe igel in okužb.

V tem kontekstu programi izmenjave igel niso namenjeni zgolj rednim uporabnikom drog, temveč so ključni tudi za osebe, ki doživijo recidiv, saj preprečujejo, da bi oseba ob prvi ponovni uporabi prišla v stik z nesterilnim priborom in povečala tveganje za dolgoročne zdravstvene zaplete. Prav tako omogočajo, da se oseba takoj poveže s terapevtskimi storitvami, kar zmanjša tveganje, da bi recidiv vodil v popoln ponovni padec v zasvojenost (Marlatt idr., 2011, str. 125).

3.2.3. Nadomestno zdravljenje

Nadomestno zdravljenje je eden izmed najpomembnejših ukrepov pri zmanjševanju tveganja ob recidivu, saj posameznikom omogoča stabilizacijo in zmanjšanje škodljivih učinkov nenadzorovane uporabe opioidov. Programi vključujejo uporabo metadona, buprenorfina in drugih substitucijskih zdravil, ki zmanjšujejo potrebo po ilegalnih opioidih in preprečujejo odtegnitvene simptome (Kvaternik, Rihter in Grebenc, 2008, str. 129).

Po raziskavi Kvaternik, Rihter in Grebenc (2008, str. 135) nadomestno zdravljenje pomembno prispeva k zmanjšanju verjetnosti recidiva, saj stabilizira zdravstveno stanje posameznika in mu omogoča vključitev v socialno in delovno okolje. Ugotovitve kažejo, da so programi najbolj učinkoviti, kadar vključujejo tudi svetovalne in podporne storitve, saj to povečuje motivacijo za vzdrževanje abstinence ter zmanjšuje tveganje za ponovne recidive (Kvaternik idr., 2008, str. 132). Fojanova (2005, str. 184) opozarja, da je uspešnost nadomestnega zdravljenja odvisna tudi od zmanjševanja stigmatizacije uporabnikov, saj lahko negativne družbene zaznave zmanjšajo dostopnost teh programov in povzročijo zgodnjo prekinitve zdravljenja. Dodaja, da je ključno zagotavljanje varnega okolja, kjer lahko uporabniki ohranijo terapevtski stik, tudi v primeru morebitnega recidiva (Fojan, 2005, str. 188).

Pomemben vidik nadomestnega zdravljenja je njegova dostopnost, ki pa je v Sloveniji neenakomerna. Medtem ko so programi v urbanih središčih dobro razviti, imajo ruralna območja pomanjkljivo dostopnost do teh storitev, kar otežuje vključevanje posameznikov v zdravljenje in povečuje tveganje za nenadzorovan recidiv (Kvaternik idr., 2008, str. 137).

3.3. Vloga zmanjševanja škode pri ponovni vključitvi v abstinenco

Zmanjševanje škode ne pomeni zgolj preprečevanja negativnih zdravstvenih posledic uživanja drog, temveč tudi omogoča posameznikom, ki so doživeli recidiv, postopno ponovno vključitev

v abstinenco. V tem procesu je pomembno, da uporabniki ne izgubijo stika s podpornimi storitvami, saj lahko socialna izolacija in občutek neuspeha prispevata k podaljšanju obdobja ponovne uporabe drog. Programi zmanjševanja škode ne delujejo kot alternativa abstinenci, temveč kot pomemben most med recidivom in ponovnim vstopom v terapevtske programe (Tomašević in Kastelic, 2015, str. 403).

Eden izmed bistvenih elementov v tem procesu je dostop do svetovanja in psihosocialne podpore. Fojan (2009, str. 184) poudarja, da zmanjševanje škode vključuje celostne ukrepe, ki posameznikom ne pomagajo le pri varnejši uporabi drog, temveč tudi pri obvladovanju dejavnikov, ki prispevajo k recidivu. Programi, ki vključujejo svetovanje, skupinsko podporo in individualno delo s posameznikom, omogočajo uporabnikom ponovno pridobiti občutek nadzora nad svojo situacijo ter postopoma oblikovati strategije za zmanjšanje ponovnih zdrsov. Pomembno je tudi, da programi zmanjševanja škode aktivno sodelujejo z obstoječimi zdravstvenimi in socialnimi službami, saj to povečuje možnosti, da se osebe, ki doživijo recidiv, pravočasno vključijo v ustrezno zdravljenje. Kot ugotavljata Tomašević in Kastelic (2015, str. 405), je povezovanje različnih služb in zagotavljanje kontinuirane podpore bistveno za uspešno reintegracijo uporabnikov v terapevtske programe. Pristopi, ki vključujejo sodelovanje med nizkopražnimi programi, centri za zdravljenje odvisnosti in socialnimi službami, so se izkazali kot najučinkovitejši pri preprečevanju dolgotrajnih ponovitev uporabe drog.

Poleg neposrednih zdravstvenih in socialnih koristi programi zmanjševanja škode prispevajo tudi k zmanjšanju stigmatizacije uporabnikov drog. Stigma je eden izmed najpogostejših razlogov, zaradi katerega posamezniki, ki doživijo recidiv, ne poiščejo pomoči, saj se bojijo negativnih odzivov okolice ali zavrnitve terapevtskih služb (Fojan, 2009, str. 186). Zmanjševanje škode s svojim vključujočim pristopom zmanjšuje te ovire ter omogoča, da posamezniki tudi po recidivu ohranijo dostop do podpornih mrež, kar je zelo pomembno za njihovo dolgoročno okrevanje.

Ob upoštevanju teh dejavnikov je jasno, da zmanjševanje škode presega zgolj preventivne ukrepe pri aktivnih uporabnikih drog. Ta pristop ima pomembno vlogo tudi pri osebah, ki so bile že abstinenčne, a so zaradi različnih dejavnikov doživele recidiv. Programi zmanjševanja škode z zagotavljanjem varnih možnosti uporabe, dostopom do informacij in podporo pri ponovnem vključevanju v zdravljenje predstavljajo ključen element sodobnih strategij za zmanjšanje škodljivih posledic zasvojenosti.

3.4. Podporni pristopi pri zmanjševanju tveganj ob recidivu

Zmanjševanje škode predstavlja nepogrešljiv element sodobnih pristopov k obravnavi odvisnosti, saj omogoča celostno in pragmatično podporo posameznikom, ki uporabljajo psihoaktivne snovi. Čeprav se ta koncept pogosto povezuje z osebami, ki aktivno uživajo droge, je njegova vloga enako pomembna pri posameznikih, ki so po daljšem obdobju abstinence doživeli recidiv. V teh primerih zmanjševanje škode ne pomeni le zmanjšanja tveganj za neposredne zdravstvene zaplete, temveč tudi zagotavljanje kontinuirane podpore, ki lahko posameznikom pomaga pri ponovni vzpostavitvi stabilnosti in vključitvi v terapevtske programe (Rode idr., 2009).

Kot ugotavljata Tomašević in Kastelic (2015, str. 405), so programi zmanjševanja škode bistveni pri preprečevanju smrtnih izidov zaradi predoziranja ter pri omejevanju širjenja nalezljivih bolezni. Poleg neposrednih zdravstvenih koristi pa imajo ti programi tudi širše socialne učinke, saj zmanjšujejo stigmatizacijo uporabnikov drog, preprečujejo njihovo socialno izključenost ter spodbujajo vključevanje v zdravljenje in rehabilitacijo. V tem kontekstu zmanjševanje škode ne nasprotuje abstinenci, temveč predstavlja most med recidivom in ponovnim vstopom v proces okrevanja (Fojan, 2009).

Eden izmed pomembnih izzivov pri izvajanju programov zmanjševanja škode je zagotavljanje dostopnosti teh storitev za vse, ki jih potrebujejo. Po ugotovitvah Fojana (2009, str. 188) je pogosto prav socialna stigmatizacija tista, ki posameznikom preprečuje dostop do podpore, saj jih je strah obsodbe ali zavrnitve terapevtskih služb. Ključnega pomena je, da so storitve zmanjševanja škode oblikovane tako, da posameznikom omogočajo varen in nemoten dostop do pomoči, ne glede na to, ali so v obdobju abstinence ali pa so doživeli recidiv.

Kot poudarjajo Rode idr. (2009), se zmanjševanje škode v Sloveniji tradicionalno povezuje s socialnim delom, pri čemer socialni delavci predstavljajo osrednjo vlogo pri zagotavljanju stika z uporabniki ter zmanjševanju zdravstvene in socialne škode. Študije kažejo, da je učinkovitost teh programov povezana z njihovo dostopnostjo in fleksibilnostjo, saj rigidni pristopi pogosto vodijo v odmik uporabnikov od storitev in povečujejo tveganja za negativne zdravstvene in socialne izide.

Zmanjševanje škode tako ni zgolj niz tehničnih ukrepov za preprečevanje negativnih posledic uporabe drog, temveč celostna filozofija, ki temelji na spoštovanju dostojanstva posameznika,

zagotavljanju podpore in zmanjševanju tveganj za zdravje in socialno izključenost. Pristop zmanjševanja škode se v evropskem prostoru uveljavlja kot pragmatičen odgovor na neuspeh represivnih politik in zdravljenja, ki je temeljilo izključno na abstinenci. Pristop zmanjševanja škode poudarja pomen individualiziranih in dostopnih storitev, ki niso pogojene z zahtevo po abstinenci (Rode idr., 2009).

Učinkovitost programov zmanjševanja škode se ne kaže samo v izboljšanju zdravstvenega stanja posameznikov, temveč tudi v zmanjšanju širših družbenih stroškov, povezanih z odvisnostjo. Zato je bistveno, da se zmanjševanje škode prepozna kot integralni del politik na področju obravnave odvisnosti, saj omogoča boljše izide tako za posameznike kot za družbo kot celoto (Tomašević in Kastelic, 2015).

4. EMPIRIČNI DEL

4.1. Metodologija in raziskovalni pristop

Kot sem že pojasnil v uvodnem delu, so raziskovalna vprašanja, cilji in namen raziskave že podrobno predstavljeni. V tem poglavju se osredotočam na metodološki okvir raziskave, pri čemer natančneje opisujem uporabljeni raziskovalni pristop, izbiro metode in vzorca, način zbiranja in analize podatkov ter etične vidike raziskave.

V raziskavi sem uporabil kvalitativni raziskovalni pristop, osredotočen na polstrukturirane intervjuje z dolgoletnimi abstinenti. Kvalitativna metoda omogoča globlje razumevanje osebnih izkušenj, motivacij in izzivov sogovornikov, kar je bilo bistveno za raziskovanje dejavnikov tveganja za recidiv. Patton (2002) poudarja, da kvalitativne metode raziskujejo človeške izkušnje celostno, saj omogočajo odkrivanje vzorcev in pomenov v specifičnih kontekstih.

Izbira kvalitativnega pristopa je bila utemeljena z naravo raziskovalnega problema, saj sem želel pridobiti subjektivne vpogleds posameznikov, ki so doživeli recidiv po obdobju abstinence. Ta metoda omogoča raziskovalcu, da zajame kompleksnost in edinstvenost posameznikovih izkušenj, kar je bilo bistveno za obravnavo tematike recidiva. Polstrukturirani intervjuji so bili izbrani zaradi svoje prilagodljivosti in možnosti, da sogovorniki izrazijo svoje poglede v odprti situaciji (Flick, 2009). Med intervjuji sem sledil vnaprej določenim temam, vendar so imeli sogovorniki svobodo, da razširijo svoja razmišljanja. To je omogočilo, da so svojo izkušnjo predstavili celostno, pri čemer so bila raziskovalna vprašanja prilagojena glede na specifične okoliščine posameznika.

Poseben poudarek sem namenil reflektivnosti, ki je bistveni element kvalitativnega raziskovanja (Gilbert, 2001). Med intervjuji in analizo podatkov sem bil pozoren na svoj vpliv na sogovornike in zbrane podatke. Subjektivnost raziskovalca in udeležencev je postala del raziskovalnega procesa, saj so moje refleksije o opažanjih na terenu dopolnjevale interpretacijo (Flick, 2009). To je bilo še posebej pomembno zaradi občutljivosti teme recidiva in abstinence.

4.1.1. Utemeljitev izbire metode in vzorca

Za raziskovanje dejavnikov tveganja za recidiv sem izbral štiri sogovornike, katerih življenjske zgodbe in izkušnje so bile bistvene za razumevanje raziskovalne problematike. Izbor

sogovornikov je temeljil na treh merilih: dolgotrajna abstinenca (več kot pet let), vsaj ena izkušnja z recidivom ter pripravljenost za sodelovanje in deljenje osebnih zgodb. Po Pattonu (2002, str. 273) je pri kvalitativnem raziskovanju ključno, da so izbrani udeleženci relevantni za raziskovalne cilje ter da njihovi vpogledi prispevajo k razumevanju fenomena.

Vsak sogovornik je bil skrbno izbran na podlagi meril, ki so zagotavljala njihovo ustreznost za raziskovalne cilje. Dolžina abstinence je bila pomembna, saj sem želel vključiti posameznike, ki lahko reflektirajo svoje izkušnje z recidivom in proces abstinence. Drugo merilo, izkušnja z recidivom, je omogočalo vpogled v sprožilce ponovne uporabe ter strategije, ki so jih razvili za preprečevanje nadaljnjih recidivov. Zadnje merilo je bil povezano z njihovo pripravljenostjo za sodelovanje, saj je odprtost pri deljenju osebnih izkušenj omogočala globlje razumevanje raziskovalne problematike. Kot poudarja Flick (2009, str. 122), je eden od temeljnih ciljev kvalitativnega raziskovanja doseganje globljega uvida v perspektive udeležencev, zato je natančno določen vzorec bistven za ustreznost podatkov.

Proces izbire sogovornikov je potekal s pomočjo osebnih stikov in terapevtskih programov. Vsi udeleženci so bili natančno informirani o raziskovalnih ciljih in metodah ter so podpisali informirano soglasje. Carey (2012, str. 32) poudarja pomen jasne komunikacije z udeleženci v raziskavi, saj to povečuje njihovo zaupanje in pripravljenost za sodelovanje. Prav tako je pomembno zagotoviti, da udeleženci raziskovalcu zaupajo in da je raziskovalni proces oblikovan na način, ki spoštuje njihove meje in varuje njihovo zasebnost (Gilbert, 2001, str. 54).

4.1.2. Zbiranje in analiza podatkov

Intervjuje sem izvedel v okolju, ki je sogovornikom omogočalo občutek varnosti in zasebnosti. Trajali so približno eno uro in so vključevali vprašanja o motivaciji za abstinenco, sprožilcih recidiva, vlogi socialne podpore ter strategijah za preprečevanje recidiva. Pri izvedbi sem si pomagal z opomnikom za delno strukturiran intervju, kar mi je omogočilo poglobljeno razumevanje izkušenj sogovornikov. Flick (2009, str. 212) poudarja, da polstrukturirani intervjuji omogočajo ravnovesje med odprtostjo vprašanj in strukturo, kar zagotavlja, da raziskovalec raziskuje ključne teme, hkrati pa omogoča prilagodljivost pri sledenju pomembnim vprašanjem.

Pri analizi podatkov sem uporabil induktiven pristop, kar pomeni, da so vzorci in teme izhajali

neposredno iz podatkov, namesto da bi bili vnaprej določeni. Patton (2002, str. 56) pojasnjuje, da induktivna analiza omogoča odkrivanje novih vzorcev in nepredvidenih ugotovitev, saj raziskovalec gradi razumevanje na osnovi konkretnih podatkov in ne predhodnih hipotez. Ta pristop je omogočil odkrivanje novih vpogledov v vedenjske vzorce in strategije sogovornikov za preprečevanje recidiva. Interpretacija podatkov je bila usmerjena k iskanju pomenov in vzorcev, specifičnih za kontekst sogovornikov, pri čemer sem njihove osebne izkušnje postavil v ospredje.

Poleg tega sem upošteval koncept triangulacije. Flick (2009, str. 445) poudarja, da "triangulacija izboljša zanesljivost ugotovitev, saj združuje različne metode ali perspektive na isti pojav". V tej raziskavi sem podatke iz intervjujev dopolnil z obstoječo literaturo, kar je pripomoglo k bogatejši in bolj utemeljeni interpretaciji.

4.1.3. Raziskovalna etika

Pri izvajanju intervjujev sem upošteval vsa etična načela, vključno z zagotavljanjem anonimnosti sogovornikov, pridobivanjem informiranega soglasja in varovanjem njihovih podatkov. Pred začetkom intervjujev so bili sogovorniki podrobno seznanjeni s cilji raziskave, metodami in načinom uporabe rezultatov, kar se ujema z načeli, ki jih izpostavljajo Mauthner idr. (2002, str. 3). Etično raziskovanje zahteva, da so udeleženci v celoti informirani o raziskovalnem procesu ter morebitnih tveganjih in koristih sodelovanja, pri čemer je ključnega pomena transparentnost raziskovalca pri komunikaciji s sogovorniki.

Sogovorniki so imeli možnost, da kadar koli prekličejo soglasje ali umaknejo svoje podatke iz raziskave. Mauthner idr. (2002, str. 65) poudarjajo pomen zagotavljanja avtonomije in spoštovanja udeležencev raziskave, kar sem v celoti upošteval pri izvedbi intervjujev. Prav tako je bilo poskrbljeno za varovanje zaupnosti podatkov, kar je skladno s sodobnimi etičnimi načeli v kvalitativnem raziskovanju. Kot navajajo avtorji, je temeljnega pomena, da raziskovalci zagotovijo, da osebni podatki udeležencev ne bodo razkriti brez njihovega soglasja ter da je njihova zasebnost v največji možni meri zaščiten (Mauthner idr., 2002, str. 78).

4.1.4. Analiza rezultatov

Analiza rezultatov temelji na interpretaciji podatkov, pridobljenih iz intervjujev s štirimi dolgoletnimi abstinenti, ki so doživeli recidiv. Namen tega dela naloge je predstaviti osrednje

teme, ki izhajajo iz njihovih pripovedi, ter teoretično osvetliti dejavnike, ki vplivajo na abstinenco, recidiv in procese okrevanja. Intervjuji so omogočili poglobljen vpogled v osebne zgodbe sogovornikov, pri čemer so se izpostavili različni dejavniki, kot so motivacija za abstinenco, sprožilci recidiva, vloga socialne podpore in pomen osebnih strategij za vzdrževanje abstinence.

Vsaka obravnavana tema osvetljuje specifične vidike izkušenj sogovornikov ter hkrati omogoča razmislek o širšem kontekstu, v katerem posamezniki oblikujejo svoje odločitve in vedenjske vzorce. Raziskovanje motivacije razkriva kompleksnost dejavnikov, ki posameznike spodbujajo k začetku procesa okrevanja, medtem ko analiza sprožilcev recidiva poudarja pomen prepoznavanja tveganj in obvladovanja stresnih situacij. Vloga socialne podpore se izkazuje kot ključna, saj družina, prijatelji in širša skupnost pomembno vplivajo na ohranjanje abstinence. Izkušnje z dvojno diagnozo ponujajo dodaten vpogled v specifične izzive, s katerimi se posamezniki soočajo na poti okrevanja.

Analiza vključuje tudi pregled preventivnih strategij, ki jih sogovorniki uporabljajo za preprečevanje recidiva, ter sintezo skupnih ugotovitev, ki povezujejo njihove izkušnje s teoretičnimi modeli in praksami na področju obravnave odvisnosti. Vključene tabele bodo pregledno prikazale povezave med empiričnimi podatki in teoretičnimi okvirji ter prispevale k jasnejšemu razumevanju ključnih ugotovitev. Celostna predstavitev rezultatov ponuja poglobljen vpogled v izkušnje posameznikov, pri čemer analiza presega zgolj opis ter vključuje razmislek o praktičnih implikacijah teh spoznanj za področje socialnega dela.

4.2. Rezultati z razpravo

4.2.1. Motivacija za abstinenco

Razumevanje motivacije za abstinenco predstavlja bistveno komponento pri analizi dejavnikov, ki omogočajo dolgoročno vzdrževanje sprememb. Po transteoretičnem modelu spremembe, ki sta ga razvila Prochaska in DiClemente, se proces spremembe odvija skozi več faz, od predkontemplacije do vzdrževanja abstinence (Prochaska in DiClemente, 1986). Med pomembne motivacijske dejavnike sodijo intrinzični dejavniki, kot so osebne vrednote in želja po izboljšanju življenjskih razmer, ter ekstrinzični dejavniki, kot sta podpora družine in terapevtskih programov (Prochaska in Norcross, 2009). Motivacija ni statičen konstrukt, temveč dinamičen proces, ki vključuje samoučinkovitost – posameznikovo zaznavanje lastne

zmožnosti za obvladovanje visokotvegane situacije (Marlatt in Donovan, 2005). Sogovorniki v tej raziskavi so izpostavili večplastne vire motivacije, pri čemer sta imela osrednjo vlogo želja po spremembi in družinska podpora.

4.2.1.1. Motivacija sogovornika Karla

Karlo, prvi sogovornik v tej raziskavi, je svojo odločitev za abstinenco utemeljil na kombinaciji finančnih, zdravstvenih in socialnih dejavnikov. Njegova izkušnja kaže, kako se motivacija za spremembo pogosto razvija iz krize, ki posameznika pripelje do točke, ko je potreben radikalen premik v življenjskem slogu. Marlatt (2005, str. 111) poudarja, da so takšne krizne situacije pogoste sprožilke za prehod iz faze kontemplacije v fazo odločanja. Karlo se je bil prisiljen soočiti z realnostjo svojega stanja, ko je postalo jasno, da njegovo življenje zaradi odvisnosti ni več vzdržno.

Finančne težave so bile eden ključnih sprožilcev za Karlovo odločitev. Opisal je, kako je večino svojega dohodka in prihrankov porabil za kokain, dokler ni dosegel točke, ko mu ni ostalo več niti za osnovne življenjske stroške: "Na koncu je bilo že tako hudo, da mi ni ostalo več niti za hrano in stroške, vse je šlo za kokain." Prochaska, Norcross in DiClemente (1994, str. 56–58) v svojem transteoretičnem modelu sprememb pojasnjujejo, da posamezniki v fazi kontemplacije pogosto tehtajo prednosti in slabosti svojega vedenja, pri čemer se finančne posledice pogosto izkažejo za močan dejavnik pri odločitvi za spremembo.

Zdravstvene težave so bile drugi pomembni motivacijski dejavnik. Karlo je opisal, kako je odvisnost vplivala na njegovo fizično in psihično stanje: "Fizično sem bil čedalje slabši, shujšal sem za dvajset, trideset kil, srce mi je začelo nagajat, psihično sem bil povsem na dnu." Marlatt (2005, str. 115) navaja, da je poslabšanje fizičnega in psihičnega zdravja pogosto ključen sprožilec za odločitev za zdravljenje, saj posamezniki začnejo prepoznavati škodljive posledice svojega vedenja.

Družinska intervencija je imela prav tako pomembno vlogo pri Karlovi motivaciji za abstinenco. Pojasnil je, kako so ga najbližji soočili z resnostjo njegove situacije, kar ga je spodbudilo, da je priznal svojo težavo in poiskal pomoč: "Na koncu sem vse priznal, poiskal pomoč in prenehal." Marlatt (2005, str. 112) poudarja pomen socialne podpore pri premagovanju odvisnosti, saj družina in prijatelji pogosto delujejo kot ključni vir motivacije in opore v procesu okrevanja.

Kombinacija teh dejavnikov kaže, kako se motivacija za abstinenco pogosto razvija na več ravneh – od zunanjih pritiskov do notranjega spoznanja o nujnosti spremembe. Karlova izkušnja potrjuje teorijo Prochaske in sodelavcev (1994), ki opozarjajo, da je prehod iz faze kontemplacije v fazo odločanja kompleksen proces, ki zahteva tako notranje zavedanje kot zunanje spodbude.

Tabela 1: Motivacija Karla za abstinenco

Izjava sogovornika	Teoretična interpretacija	Dejavnik, ki vpliva na motivacijo
"Na koncu je bilo že tako hudo, da mi ni ostalo več niti za hrano in stroške, vse je šlo za kokain."	Finančne težave pogosto delujejo kot sprožilci za odločitev o spremembi, saj posamezniki začnejo tehtati prednosti in slabosti svojega vedenja (Prochaska idr., 1994, str. 42–44).	Finančne težave
"Fizično sem bil čedalje slabši, shujšal sem za dvajset, trideset kil, srce mi je začelo nagajat."	Zdravstvene težave so pogost motivator za zdravljenje, saj posamezniki prepoznajo fizične posledice odvisnosti (Marlatt in Donovan, 2005, str. 97–99).	Poslabšanje zdravja
"Na koncu sem vse priznal, poiskal pomoč in prenehal."	Socialna podpora, zlasti družinska intervencija, lahko močno vpliva na posameznikovo odločitev za zdravljenje in vzdrževanje abstinence (Marlatt in Donovan, 2005, str. 121–123).	Družinska intervencija

4.2.1.2. Motivacija sogovornika Damirja

Damirjeva motivacija za abstinenco je bila kompleksna in večplastna, saj so nanjo vplivali družinski odnosi, osebne izkušnje brezdomstva, terapijska pomoč in njegova lastna odločitev za spremembo. Njegova zgodba osvetljuje, kako se lahko različni dejavniki združijo in delujejo kot gonilna sila za prekinitev odvisnosti.

Družina je igrala osrednjo vlogo pri Damirjevi odločitvi za zdravljenje. Starši so ga soočili z jasnim ultimatom: "Če greš spet na detoksikacijo, te bomo spremljali, če ne, pa jebi ga." Marlatt (2005, str. 74) poudarja, da lahko močna družinska podpora in postavljanje mej ustvarita potrebno okolje za motivacijo posameznika, saj omogočata kombinacijo čustvene podpore in konstruktivnega pritiska.

Damir je opisal, kako ga je obdobje brezdomstva pripeljalo do spoznanja, da potrebuje spremembo: "Ko je prišla jesen, sem bil že tako naveličan, da sem vprašal, če lahko pridem nazaj." Prochaska idr. (1994, str. 154) opredeljujejo to fazo kot prehod iz kontemplacije v pripravljenost, kjer posameznik prepozna negativne posledice svojega vedenja in se odloči za spremembo.

Damirjeva osebna odločitev za spremembo se je razvila v zaključnih fazah zdravljenja: "Zelo enostavno, kot prvo to, da sem se sam pri sebi odločil, to proti koncu zdravljenja, da nikoli več." Marlatt (2005, str. 98) izpostavlja, da je notranja motivacija odločilna za trajno abstinenco, saj posamezniku omogoča, da premaga zunanje in notranje sprožilce.

Damir je terapevtske programe opisal kot ključen dejavnik pri svoji odločitvi: "Na začetku je bilo težko, najtežje, ker je bila prisotna želja, ampak na zdravljenju je v bistvu vse potekalo kar O. K." Skupinska terapija je po Marlattovem modelu (2005, str. 147) ena najučinkovitejših strategij za krepitev motivacije in obvladovanje tveganj za recidiv.

Tabela 2: Motivacija Damirja za abstinenco

Izjava sogovornika	Teoretična razlaga	Dejavnik, ki vpliva na motivacijo
"Če greš spet na detoksikacijo, te bomo spremljali, če ne, pa jebi ga."	Družinska podpora in postavljanje mej lahko spodbudita motivacijo za zdravljenje (Marlatt, 2005, str. 112; Supriyanto idr., 2021, str. 18).	Družinska podpora in postavljanje mej
"Ko je prišla jesen, sem bil že tako naveličan, da sem vprašal, če lahko pridem nazaj."	Negativne življenjske izkušnje lahko služijo kot prelomna točka za prehod v fazo pripravljenosti na spremembo (Prochaska idr., 1994, str. 142).	Prelomna točka zaradi življenjske izkušnje
"Zelo enostavno, kot prvo to, da sem se sam pri sebi odločil, to proti koncu zdravljenja."	Osebna odločitev je ključna za dolgoročno vzdrževanje abstinence in obvladovanje sprožilcev (Marlatt, 2005, str. 87).	Osebna odločitev
"Na začetku je bilo težko, najtežje, ker je bila prisotna želja."	Terapevtski programi omogočajo postopno obvladovanje želje in gradnjo veščin za vzdrževanje abstinence (Marlatt, 2005, str. 121).	Postopno obvladovanje želje

4.2.1.3. Motivacija sogovornika Marka

Markova motivacija za abstinenco se izraža skozi preplet družinske podpore, osebnih spoznanj in odgovornosti, kar kaže na globoko notranjo motivacijo ter vpliv zunanjih dejavnikov. Njegova izjava "Oče se je vrnil nazaj v moje življenje. Mama in oče sta bila namreč ločena" odraža obnovljeno družinsko dinamiko, ki jo Marlatt (2005, str. 112) prepozna kot enega izmed ključnih zaščitnih dejavnikov pri preprečevanju recidiva. Marlatt poudarja, da močni družinski odnosi ustvarjajo stabilno okolje, ki posamezniku omogoča lažji prehod v obdobje abstinence. Prav tako je Marko nakazal, da ga je strah pred brezdomstvom spodbudil k iskanju pomoči: "Nisem hotel na cesto, ker sem bil takrat bolj razvjen in komot. Pa sem se potem kar hitro za zdravljenje odločil." Prochaska idr. (1994, str. 142) ta proces opredeljujejo kot prehod iz faze kontemplacije v fazo akcije, ko posameznik zaradi zunanjih pritiskov in notranjega spoznanja začne izvajati konkretne ukrepe za spremembo.

Marko je prav tako izpostavil, da je bil prelomni trenutek zanj, ko je ostal brez doma: "Moj največji razlog za abstinenco je bil pa po moje pri sedemindvajsetih, ko sem jaz na cesti pristal." Marlatt (2005, str. 90) v svojem modelu izpostavlja, da so takšni prelomni trenutki pogosto ključni pri procesu odločanja za abstinenco, saj posameznika soočijo z realnostjo posledic njegove odvisnosti. Poleg tega je Marko poudaril, da je bila vloga družine pri njegovi odločitvi neprecenljiva: "Celotna družina v bistvu, tako brata kot mama, celo oče je ponovno vzpostavil stik, če zdaj za nazaj pogledam, nas je v bistvu ta izkušnja spet nekako povezala kot družino." Marlatt (2005, str. 115) in Prochaska idr. (1994, str. 145) se strinjajo, da obnovljeni odnosi in sodelovanje v družinskem krogu prispevajo k vzpostavitvi podpornega sistema, ki pomaga preprečevati recidiv.

Dodatno je Marko izpostavil, kako so osebni cilji in projekti vplivali na njegovo motivacijo: "Trenutno prenavljam stanovanje, delam na napredovanju v službi, s partnerko se pogovarjava, da bi odprla popoldanski s. p., precej je tega." Marlatt (2005, str. 123) takšne cilje razume kot ključne za vzdrževanje abstinence, saj posamezniku dajejo občutek usmerjenosti in kontrole nad lastnim življenjem. Ta kombinacija notranjih in zunanjih motivacijskih dejavnikov kaže, da je Markov proces okrevanja temeljil na večplastni podpori, ki je zajemala tako osebne kot socialne vidike.

Tabela 3: Motivacija Marka za abstinenco

Izjava sogovornika	Teoretična razlaga	Dejavnik, ki vpliva na motivacijo
"Oče se je vrnil nazaj v moje življenje. Mama in oče sta bila namreč ločena."	Obnovljeni družinski odnosi delujejo kot zaščitni dejavnik pri preprečevanju recidiva (Marlatt, 2005, str. 112).	Obnovljeni družinski odnosi
"Nisem hotel na cesto, ker sem bil takrat bolj razvajan in komot. Pa sem se potem kar hitro za zdravljenje odločil."	Strah pred brezdomstvom posameznika pogosto vodi k prehodu iz kontemplacije v akcijo (Prochaska idr., 1994, str. 142).	Strah pred brezdomstvom
"Moj največji razlog za abstinenco je bil pa po moje pri sedemindvajsetih, ko sem jaz na cesti pristal."	Prelomni trenutki, kot je izguba doma, pogosto sprožijo odločitev za zdravljenje (Marlatt, 2005, str. 90).	Izguba doma kot prelomni trenutek
"Celotna družina v bistvu, tako brata kot mama, celo oče je ponovno vzpostavil stik, če zdaj za nazaj pogledam, nas je v bistvu ta izkušnja spet nekako povezala kot družino."	Sodelovanje v družinskem krogu krepí podporne sisteme, ki pomagajo pri vzdrževanju abstinence (Marlatt, 2005, str. 115); (Prochaska idr., 1994, str. 145).	Krepitev družinske povezanosti
"Trenutno prenavljam stanovanje, delam na napredovanju v službi, s partnerko se pogovarjava, da bi odprla popoldanski s. p., precej je tega."	Osredotočenost na cilje in projekte izboljšuje občutek nadzora nad življenjem in krepí abstinenco (Marlatt, 2005, str. 123).	Osredotočenost na cilje in projekte

4.2.1.4. Motivacija sogovornika Urbana

Urban je izjemno zanimiv sogovornik, saj njegova zgodba odraža preplet notranjih in zunanjih motivacijskih dejavnikov. Njegova motivacija za abstinenco izhaja iz globoke utrujenosti od življenja v odvisnosti, občutka odgovornosti do bližnjih, vpliva terapevtskih intervencij in dolgoročnih osebnih ciljev. Urban je večkrat poudaril, kako je bila ena ključnih točk zanj spoznanje, da noče več škodovati ljudem okoli sebe: "To, da nisem hotel več biti nonstop bolan, nisem več hotel ljudi okoli sebe mučiti." Marlatt (2005, str. 45) prepozna takšna spoznanja kot bistvena v prehodu iz faze kontemplacije v akcijo. V podobnem kontekstu Prochaska idr. (1994, str. 145) izpostavljajo, da notranje soočanje s posledicami odvisnosti pogosto sproži spremembo v vedenjskih vzorcih.

Pomemben vidik njegovega okrevanja je bila tudi podpora partnerke, ki jo opisuje kot ključno za njegovo odločitev: "Ona mi je vedno stala ob strani, še meni ni jasno, zakaj." Tracy in Wallace (2016, str. 149) poudarjata, da podpora vrstniških skupin in bližnjih lahko igra nepogrešljivo vlogo pri dolgoročni vzdržljivosti abstinence. Ta podpora omogoča

posameznikom gradnjo večje samozavesti in občutka pripadnosti, kar je bistveno pri zmanjševanju tveganja za recidiv. Terapija pa je predstavljala dodatno sidrišče v Urbanovem okrevanju. Izpostavil je, kako so skupinske terapevtske seanse pomagale strukturirati njegov proces okrevanja: "DTO me je spravil v red, čeprav mi je bilo na začetku zoprno." Tracy in Wallace (2016, str. 153) navajata, da je vključevanje terapevtskih skupin, ki združujejo podporo vrstnikov in strukturirane intervencije, odločilno pri spodbujanju trajnostnih sprememb.

Dolgoročni cilji so prav tako igrali osrednjo vlogo pri njegovi odločitvi za abstinenco. Urban opisuje, kako zdaj s partnerko razmišlja o prihodnosti: "Moje življenje je končno O. K., s punco razmišljava o poroki, o otrocih in podobno." Marlatt (2005, str. 123) poudarja, da usmerjenost k pozitivnim ciljem posameznikom omogoča občutek kontrole nad življenjem in zmanjšuje tveganje za vrnitev k starim vzorcem.

Tabela 4: Motivacija Urbana za abstinenco

Izjava sogovornika	Teoretična razlaga	Dejavnik, ki vpliva na motivacijo
"To, da nisem hotel več biti nonstop bolan ..."	Prepoznavanje notranjih motivov za spremembo življenjskega sloga (Marlatt, 2005, str. 45).	Skrb za zdravje
"Ona mi je vedno stala ob strani ..."	Socialna podpora kot ključni dejavnik pri prehodu v fazo akcije (Prochaska idr., 1994, str. 142).	Podpora bližnje osebe
"Moje življenje je končno O. K. ..."	Usmerjenost k dolgoročnim ciljem kot strategija za vzdrževanje abstinence (Marlatt, 2005, str. 123).	Stabilnost in dolgoročni cilji

Analiza motivacije štirih sogovornikov razkriva, da je prav motivacija ključni zaščitni dejavnik pri zmanjševanju tveganja za recidiv. Njihove zgodbe kažejo, kako kombinacija notranjih prelomnih spoznanj, socialne podpore in dolgoročnih ciljev ne omogoča le odločitev za abstinenco, temveč tudi vztrajanje pri njej. Prelomni trenutki, kot so zdravstvene težave, brezdomstvo ali občutek odgovornosti do bližnjih, so imeli osrednjo vlogo pri motivaciji sogovornikov. Na primer, Damir je poudaril: "Ko je prišla jesen, sem bil že tako naveličan, da sem vprašal, če lahko pridem nazaj." Marlatt (2005, str. 90) pojasnjuje, da takšni trenutki pogosto predstavljajo priložnost za refleksijo in spodbujajo prehod v fazo akcije.

Socialna podpora je bila še en pomemben dejavnik. Pri vseh sogovornikih je bilo jasno, da so družinski člani ali partnerji igrali osrednjo vlogo pri njihovem okrevanju. Urban je opisal: "Ona

mi je vedno stala ob strani, še meni ni jasno, zakaj." Marlatt (2005, str. 112) poudarja, da močne socialne mreže pomagajo posameznikom obvladovati sprožilce za recidiv, medtem ko Tracy in Wallace (2016, str. 149) navajata, da socialna podpora povečuje samozavest in zmanjšuje občutek osamljenosti. Terapija in strukturirani programi so igrali osrednjo vlogo pri Urbanu in Damirju. Urban je pohvalil terapevtski program NA CZOPD: "DTO me je spravil v red, čeprav mi je bilo na začetku zoprno." Tracy in Wallace (2016, str. 153) ugotavljata, da strukturirane terapevtske intervencije omogočajo posameznikom učinkovito spopadanje s sprožilci in dolgoročno zmanjšujejo tveganje za recidiv.

Pomen dolgoročnih ciljev je bil še ena skupna točka vseh sogovornikov. Marko je opisal, kako ga osredotočenost na prihodnost, kot sta prenova stanovanja in karierni razvoj, motivira za vztrajanje pri abstinenci: "Zdaj prenavljam stanovanje in razmišljam o podjetju, nočem več tvegati vsega tega." Marlatt (2005) pojasnjuje, da pozitivni cilji krepijo občutek nadzora nad življenjem in zmanjšujejo tveganje za zdrs.

4.2.2. Sprožilci za recidiv

Sprožilci imajo osrednjo vlogo pri razumevanju tveganja za recidiv, saj so situacije, čustva ali dogodki, ki lahko povzročijo željo po ponovni uporabi drog. Marlatt (2005, str. 26) opredeljuje sprožilce kot "visokotvegane situacije", ki posameznike izpostavijo skušnjavi in aktivirajo asociacije na preteklo uporabo. Takšni sprožilci lahko izvirajo iz notranjih dejavnikov, kot so stres, utrujenost ali čustvene stiske, ali iz zunanjih vplivov, kot so družbene okoliščine, specifični kraji in dostopnost drog.

Tveganje za recidiv je tesno povezano z nezmožnostjo obvladovanja sprožilcev. Prochaska idr. (1994, str. 145) poudarjajo, da je prepoznavanje in razvijanje strategij za obvladovanje teh situacij ključno za dolgoročno vzdrževanje abstinence. Prav tako Tracy in Wallace (2016, str. 149) opozarjata na pomen socialne podpore, ki lahko pomaga zmanjšati moč sprožilcev. V tem poglavju raziskujemo, kako so štirje sogovorniki identificirali in obvladovali sprožilce v svojem življenju ter kako so ti vplivali na tveganje za recidiv.

4.2.2.1. Sprožilci za recidiv: Karlo

Karlo je v svojem intervjuju izpostavil več pomembnih sprožilcev, ki so vplivali na njegovo abstinenco in tveganje za recidiv. Med njimi so izstopali vpliv stare družbe, vizualni sprožilci,

stres in denar. Njegova izkušnja ponuja vpogled v kompleksnost soočanja s sprožilci, kar potrjujejo tudi različni teoretični modeli.

Eden izmed glavnih sprožilcev, ki ga je Karlo opisal, je bila stara družba. Izpostavil je, kako je stari krog prijateljev, povezan z uporabo drog, predstavljal stalno tveganje: "Stara družba, definitivno. Glede na to, da po zdravljenju nisem zamenjal okolja, je bil največji izziv popolna prekinitev odnosa s staro družbo." Marlatt (2005, str. 27) opredeljuje socialne sprožilce kot visokotvegane situacije, saj posameznika neposredno izpostavijo skušnjavi. Takšni sprožilci lahko aktivirajo spomine na preteklo uporabo substanc in povečajo tveganje za recidiv. Prochaska idr. (1994, str. 212) poudarjajo, da je prekinitev z destruktivnimi socialnimi vezmi bistven korak v fazi vzdrževanja, saj omogoča zmanjšanje izpostavljenosti sprožilcem.

Poleg socialnih vplivov je Karlo opisal tudi vizualne sprožilce: "Mi je recimo še vedno zelo neprijetno, če kdaj na TV kdo snifa kokain, takrat se mi včasih prebudi želja." Marlatt (2005, str. 36) opisuje, kako lahko asociativni sprožilci, kot so specifične podobe ali zvoki, izzovejo močne spominske odzive in željo po uporabi. Tracy in Wallace (2016, str. 149) dodajata, da lahko posamezniki s podporo vrstnikov razvijejo strategije za obvladovanje teh sprožilcev, kot sta preusmerjanje pozornosti ali izogibanje specifičnim situacijam.

Stres in utrujenost sta še dva pomembna sprožilca, ki ju je Karlo prepoznal: "Potem so tudi dnevi, ko sem zelo utrujen ali pa pod stresom, takrat me prime, da bi skadil kak joint." Marlatt (2005, str. 45) pojasnjuje, da so strategije za obvladovanje stresa bistvenega pomena za preprečevanje zdrsa. Mao, Chou in D'Orsogna (2024) poudarjajo, da imajo stresni dogodki in zunanji sprožilci pomembno vlogo pri relapsu, saj lahko sprožijo spomine na evforične učinke drog in povečajo tveganje za ponovno uporabo. Karlo je opisal, kako meditacija deluje kot učinkovita metoda za obvladovanje stresa: "Najbolj učinkovita strategija pri meni je meditacija." Ta metoda je skladna z Marlattovim modelom, ki poudarja pomen čuječnosti in sprostitev tehnik pri zmanjševanju tveganja za recidiv.

Še en sprožilec, ki ga je Karlo izpostavil, je bil denar: "Problem je bil tudi denar, če sem ga imel malo več na računu, sem pogosto pomislil, da sedaj bi si pa lahko privoščil gram, dva." Marlatt (2005, str. 38) opisuje, kako finančna dostopnost substanc povečuje tveganje za recidiv, saj olajša dostop do drog. Prochaska idr. (1994, str. 220) dodajajo, da je v takih situacijah pomembno vzdrževanje jasnih meja in razvijanje pozitivnih vzorcev porabe, kar posamezniku pomaga ostati na poti abstinence.

Tabela 5: Karlovi sprožilci

Izjava sogovornika	Teoretična razlaga	Glavni sprožilci recidiva
"Stara družba, definitivno ..."	Socialni sprožilci povečujejo tveganje za recidiv z izpostavljanjem skušnjavi in spominom na preteklo uporabo (Marlatt, 2005, str. 27; Prochaska idr., 1994, str. 212).	Socialni vplivi in družba
"Mi je recimo še vedno zelo neprijetno, če kdaj na TV ..."	Vizualni sprožilci lahko izzovejo močne asociacije na preteklo uporabo drog in povečajo željo (Marlatt, 2005, str. 36; Tracy in Wallace, 2016, str. 149).	Vizualni sprožilci
"Potem so tudi dnevi, ko sem zelo utrujen ali pa pod stresom."	Stresni dogodki in zunanji sprožilci imajo pomembno vlogo pri recidivu, saj lahko sprožijo spomine na evforične učinke drog in povečajo tveganje za ponovno uporabo (Mao, Chou in D'Orsogna, 2024; Marlatt, 2005, str. 45).	Stres in utrujenost
"Problem je bil tudi denar ..."	Finančna dostopnost substanc povečuje tveganje za recidiv (Marlatt, 2005, str. 38; Prochaska idr., 1994, str. 220).	Finančna dostopnost substanc

4.2.2.2. Sprožilci za recidiv: Damir

Damir je v svojem intervjuju navedel več pomembnih sprožilcev, ki so vplivali na njegovo tveganje za recidiv, zlasti med zgodnjimi fazami zdravljenja in okrevanja. Njegove izkušnje kažejo na pomen prepoznavanja in obvladovanja socialnih, čustvenih in vedenjskih sprožilcev, kar potrjujejo tudi teoretični modeli.

Eden izmed glavnih sprožilcev, ki jih je Damir izpostavil, je bila družba: "Za tisti prvi in v bistvu edini recidiv je bilo najbolj nevarno to, da smo drug drugega kurili, se pravi družba, drugi uporabniki." Marlatt (2005, str. 27) opredeljuje socialne sprožilce kot situacije, v katerih posameznika obkrožajo osebe, povezane z uporabo drog, kar povečuje tveganje za ponovitev vedenjskih vzorcev. Prochaska idr. (1994, str. 212) poudarjajo, da prekinitev stikov z destruktivnimi socialnimi vezmi omogoča posamezniku osredotočanje na okrevanje.

Čustveni sprožilci, kot so jeza, stres in tesnoba, so prav tako igrali pomembno vlogo pri Damirjevih izkušnjah z recidivom. Opisal je, kako so negativna čustva povezana z željo po uporabi: "Takrat sem bil dostikrat jezen pa živčen in heroin je valda pomagal, ker ko si zadet, nimaš problemov." Marlatt (2005, str. 45) razpravlja o vplivu negativnih čustev kot enega najpogostejših sprožilcev recidiva, saj lahko posamezniki uporabljajo droge kot način obvladovanja teh občutkov. Mao, Chou in D'Orsogna (2024) poudarjajo, da lahko stresni

dogodki in čustvena aktivacija sprožijo močne asociacije na preteklo uporabo drog in povečajo tveganje za recidiv, če posameznik nima ustreznih strategij obvladovanja.

Damir je izpostavil tudi pomen omejevanja izpostavljenosti drog in pogovorov o njih med okrevanjem: "V Projektu niso dovolili nobene omembe drog, nobenega pogovarjanja o tem med čik pavzami, in to je bil takrat zame največji sprožilec." Tracy in Wallace (2016, str. 149) navajata, da strukturirane skupine za podporo lahko pomagajo zmanjšati vpliv sprožilcev, saj vzpostavljajo meje in ponujajo alternativne strategije spoprijemanja.

Damir je razvil učinkovite strategije obvladovanja sprožilcev, ki so vključevale spremembo socialnega okolja in aktivnosti, kot je šport: "Kadar sem pod stresom, grem na kolo, pa se zgonim." Marlatt (2005, str. 36) poudarja pomen čuječnosti in alternativnih aktivnosti za preusmeritev misli ter obvladovanje sprožilcev.

Tabela 6: Damirjevi sprožilci

Izjava sogovornika	Teoretična razlaga	Glavni sprožilci recidiva
"Za tisti prvi recidiv je bila najbolj nevarna družba ..."	Socialni sprožilci povečujejo tveganje za recidiv, saj posameznika obkrožajo z osebami, povezanimi z uporabo drog, kar povečuje tveganje za ponovitev vedenjskih vzorcev (Marlatt, 2005, str. 27; Prochaska idr., 1994, str. 212).	Socialni vplivi in družba
"Takrat sem bil dostikrat jezen pa živčen ..."	Negativna čustva lahko povečajo tveganje za recidiv, saj droge pogosto služijo kot način obvladovanja teh občutkov. Stresni dogodki in čustvena aktivacija lahko sprožijo močne asociacije na preteklo uporabo drog (Mao, Chou in D'Orsogna, 2024; Marlatt, 2005, str. 45).	Jeza in živčnost
"V Projektu niso dovolili omenjanja drog ..."	Strukturirane skupine za podporo zmanjšujejo vpliv sprožilcev z omejevanjem izpostavljenosti in ponujanjem alternativnih strategij za spoprijemanje (Tracy in Wallace, 2016, str. 149).	Omejevanje izpostavljenosti sprožilcem
"Kadar sem pod stresom, grem na kolo, pa se zgonim."	Alternativne aktivnosti, kot sta šport in čuječnost, pomagajo pri preusmerjanju misli ter zmanjšujejo moč sprožilcev (Marlatt, 2005, str. 36).	Strategije obvladovanja stresa

Damirjeva izkušnja kaže, kako pomembno je prepoznati in obvladovati socialne in čustvene sprožilce, da bi zmanjšali tveganje za recidiv. Z uporabo strategij, kot so prekinitve stikov z družbo, telesna dejavnost in udeležba v terapevtskih programih, je uspešno obvladoval te sprožilce. Te ugotovitve potrjujejo pomen strukturiranega pristopa, kot ga poudarjajo Marlatt, Prochaska in drugi, pri dolgotrajnem okrevanju.

4.2.2.3. Sprožilci za recidiv: Marko

Markova pripoved razkriva vpliv različnih sprožilcev na njegovo tveganje za recidiv, pri čemer so se kot posebej izraziti izkazali družinski odnosi, čustvena stanja in pomanjkanje razvitih strategij obvladovanja. Njegova zgodba ponuja vpogled v kompleksnost, kako lahko družinski člani, kljub dobrim namenom, v nekaterih primerih delujejo kot sprožilci in povečajo tveganje za ponovitev uporabe drog.

Eden izmed najmočnejših sprožilcev za Marka je bil njegov odnos z očetom, ki se je vrnil v njegovo življenje šele po daljšem obdobju: "Sprožilec je bil po moje tisti, ko mi je foter take stvari govoril, da so me tako prizadele, da se je nekaj v meni začelo dogajati in se nisem mogel s tem nikakor pomirit." Oče, sicer socialni delavec, je poskušal s trdim pristopom "popraviti" Markovo stanje, kar je pri njem povzročilo stres in občutke neustreznosti. Marlatt (2005, str. 26) opredeljuje takšne situacije kot "visokotvegane", saj intenzivna čustvena stanja povečajo možnost recidiva. Članek Ghani idr. (2017, str. 533) dodatno pojasnjuje, da lahko družinski člani, ki ne razumejo potreb odvisnikov, nevede delujejo kot sprožilci, s čimer se poveča čustvena ranljivost posameznika.

Marko je izpostavil tudi čustvene sprožilce, kot so naključna srečanja, prepiri in slabši dnevi: "Preden sem naredil premik, pa nisem rabil dosti, da sem popustil – naključno srečanje, kaka asociacija, slab dan, da sem se skregal s fotrom, punco, vse je to predstavljalo tveganje." Marlatt (2005, str. 45) pojasnjuje, da čustveni sprožilci delujejo kot katalizatorji za recidiv, saj posameznika potisnejo v iskanje takojšnje olajšave preko uporabe drog. Sayun Mao idr. (2024, str. 15) opozarjajo, da negativna čustvena aktivacija znatno povečuje verjetnost recidiva, če niso na voljo učinkovite strategije za obvladovanje.

Marko je prav tako priznal, da sprva ni imel razvitega sistema za obvladovanje sprožilcev: "Takrat nisem imel razvitega sistema obvladovanja sprožilcev, danes pa vem, kako reagirati." Marlatt (2005, str. 36) poudarja, da je razvoj strategij obvladovanja bistven za zmanjšanje

tveganja za recidiv. Marko je izpostavil vlogo športa, dela in pogovorov s terapevtko kot ključnih metod: "Najbolj so mi pomagali šport, delo in pogovori s terapevtko." Ghani idr. (2017, str. 535) potrjujejo, da vključenost v terapevtske programe ter podpora usposobljenih strokovnjakov krepi odvisnikovo samozavest in izboljšujeta sposobnost soočanja s sprožilci.

Tabela 7: Markovi sprožilci

Izjava sogovornika	Teoretična razlaga	Glavni sprožilci recidiva
"Sprožilec je bil po moje tisti, ko mi je foter take stvari ..."	Družinski člani lahko, kljub dobrim namenom, vplivajo na proces okrevanja. Nezaželen podpora ali neskladna pričakovanja lahko vplivajo na povečanje stresa pri osebi v zdravljenju (Marlatt, 2005, str. 26; Ghani idr., 2017).	Družinski konflikti ali pritisk
"Preden sem naredil premik, pa nisem rabil dosti, da sem popustil ..."	Čustveni sprožilci povečujejo tveganje za recidiv, saj povzročajo iskanje takojšnje olajšave (Marlatt, 2005, str. 45; Mao idr., 2024, str. 15).	Čustvena impulzivnost
"Takrat nisem imel razvitega sistema obvladovanja sprožilcev ..."	Razvoj strategij obvladovanja je ključen za preprečevanje recidiva. Osebe v zdravljenju pričakujejo, da bo družinska podpora pripomogla k stabilnosti (Marlatt, 2005, str. 36; Ghani idr., 2017).	Pomanjkanje strategij obvladovanja
"Najbolj so mi pomagali šport, delo in pogovori s terapevtko."	Aktivnosti in strokovna podpora izboljšujejo sposobnost posameznika za soočanje s sprožilci in zmanjšujejo tveganje (Marlatt, 2005, str. 36; Ghani idr., 2017).	Podporni sistemi in aktivnosti

Markov primer izpostavlja pomen razumevanja, kako lahko družinski odnosi in čustvena stanja povečajo tveganje za recidiv. Kljub začetnim izzivom mu je uspelo razviti učinkovite strategije, ki so ga opremile za soočanje s sprožilci in dolgoročno vzdrževanje abstinence. Njegova zgodba potrjuje teoretične ugotovitve, da so podpora, čustvena stabilnost in strukturirane strategije ključne za obvladovanje tveganja za recidiv.

4.2.2.4. Sprožilci za recidiv: Urban

Urbanova izkušnja razkriva širok spekter sprožilcev, ki so vplivali na njegovo tveganje za recidiv, pri čemer so izpostavljeni čustvena bolečina, socialni vplivi in specifični dogodki. Njegova pripoved odraža, kako lahko posameznik sčasoma razvije učinkovite strategije za obvladovanje teh dejavnikov in vzdržuje abstinenco.

Čustvena bolečina in stres sta bila ena izmed ključnih sprožilcev, ki jih je Urban izpostavil: "Bolečina, predvsem čustvena bolečina. Saj ne, da sem s tem kaj rešil ali pa da bi se izognil bolečini, bolj je bilo to iz čistega obupa." Marlatt (2005, str. 45) pojasnjuje, da negativna čustva, kot so obup, tesnoba in stres, pogosto delujejo kot sprožilci za recidiv, saj posamezniki uporabljajo droge kot mehanizem za takojšnje olajšanje. Mao idr. (2024, str. 15) dodatno poudarjajo, da intenzivna negativna aktivacija znatno poveča verjetnost zdrs, zlasti kadar ni razvitih ustreznih strategij za obvladovanje.

Socialni sprožilci so imeli prav tako pomembno vlogo pri njegovem tveganju za recidiv: "Prvi recidiv je bil, ko sem srečal starega kolega, ki je imel hudo robo, in sem popustil." Marlatt (2005, str. 27) opredeljuje socialne sprožilce kot situacije, v katerih posameznika obkrožajo ljudje, povezani z drogo, kar poveča tveganje za recidiv.

Poleg socialnih vplivov so na Urbana vplivali specifični dogodki, kot sta izguba bližnjega in razpad partnerske zveze: "Drugi recidiv je bil, ko sva se razšla s punco, takrat sem res mislil, da je konec za vedno." Marlatt (2005, str. 36) pojasnjuje, da travmatični dogodki ali velike življenjske spremembe pogosto delujejo kot sprožilci, saj povečajo posameznikovo čustveno ranljivost.

Urban je sčasoma razvil učinkovite strategije obvladovanja sprožilcev, ki so temeljile na podpori terapevta in partnerke ter vključevanju v pomirjujoče aktivnosti: "Začel sem brati in meditirati, kar me pomiri in mi pomaga predelati težke trenutke." Marlatt (2005, str. 36) poudarja, da so čuječnost in sprostitevne tehnike pomembne pri zmanjševanju moči sprožilcev.

Tabela 8: Urbanovi sprožilci

Izjava sogovornika	Teoretična razlaga	Glavni sprožilci recidiva
"Bolečina, predvsem čustvena bolečina ..."	Negativna čustva delujejo kot sprožilci, saj posamezniki iščejo olajšanje preko drog (Marlatt, 2005, str. 45; Mao idr., 2024, str. 15).	Čustvena bolečina
"Prvi recidiv je bil, ko sem srečal starega kolega ..."	Socialni sprožilci povečujejo tveganje za recidiv, saj posameznika izpostavljajo skušnjavam (Marlatt, 2005, str. 27).	Socialni vplivi in znanci iz preteklosti
"Drugi recidiv je bil, ko sva se razšla s punco ..."	Travmatični dogodki povečajo čustveno ranljivost in tveganje za recidiv (Marlatt, 2005, str. 36).	Travmatični dogodki in izguba bližnjih
"Začel sem brati in meditirati ..."	Čuječnost in sprostitevne tehnike zmanjšujejo moč sprožilcev in krepijo odpornost (Marlatt, 2005, str. 36).	Strategije obvladovanja in čuječnost

Urbanova zgodba izpostavlja pomen obvladovanja čustvenih in socialnih sprožilcev ter razvoja učinkovitih strategij za spopadanje z življenjskimi preizkušnjami. Njegova izkušnja potrjuje ugotovitve Marlattovega modela, da čuječnost in podpora igrata pomembno vlogo pri dolgotrajnem okrevanju. Prav tako poudarja, da lahko kakovost družinskih odnosov vpliva na proces okrevanja, kar potrjujejo tudi Ghani idr. (2017), saj ugotavljajo, da odvisniki pogosto pričakujejo podporo in sprejetost družine kot ključen dejavnik pri vzdrževanju abstinence.

Analiza izkušenj štirih sogovornikov razkriva, da so sprožilci za recidiv večplastni in tesno povezani z njihovimi čustvenimi stanji, socialnimi interakcijami in življenjskimi okoliščinami. Med najpogostejšimi sprožilci so izstopali socialni vplivi, kot so odnosi s starimi prijatelji ali družinskimi člani, čustveni sprožilci, kot so stres, tesnoba in občutek osamljenosti, ter specifični dogodki, kot so travmatične izkušnje ali konflikti.

Vsi štirje sogovorniki so poudarili pomen prepoznavanja in obvladovanja sprožilcev. Na primer, Karlo in Damir sta izpostavila, kako je prekinitev stikov z destruktivno družbo zmanjšala tveganje za recidiv, medtem ko sta Marko in Urban poudarila pomen družinskih odnosov, pri čemer so ti lahko delovali tako kot zaščitni dejavnik kot tudi sprožilec. Marlatt (2005) potrjuje, da so socialni odnosi lahko pomembni pri obvladovanju tveganja, vendar lahko nerazumevanje ali konflikti te odnose spremenijo v vir stresa. Ghani idr. (2017) prav tako poudarjajo, da odvisniki pogosto doživljajo notranji konflikt med pričakovanji družinske podpore in dejanskim odzivom družine, kar lahko vpliva na njihovo okrevanje.

Skupni imenovalec vseh sogovornikov je bil pomen razvijanja strategij obvladovanja sprožilcev. Med najučinkovitejšimi strategijami so izpostavili čuječnost, telesno dejavnost in podporo terapevta ali družine, kar je skladno z Marlattovim modelom, ki poudarja pomen proaktivnega pristopa pri zmanjševanju tveganja za recidiv (2005, str. 36). Prav tako Tracy in Wallace (2016) ter Mao idr. (2024) izpostavljajo, da so podporni sistemi in veščine obvladovanja bistveni za dolgotrajno abstinenco.

Izkušnje sogovornikov kažejo, da je prepoznavanje in obvladovanje sprožilcev bistveno za zmanjšanje tveganja za recidiv. Čeprav so posamezni sprožilci različni, so strategije, kot so čustvena stabilnost, socialna podpora in strukturirani programi, univerzalno pomembne za dolgotrajno vzdrževanje abstinence. Te ugotovitve potrjujejo, da celostni pristop, ki vključuje prepoznavanje osebnih sprožilcev in krepitev podpornih sistemov, predstavlja pomemben korak v procesu okrevanja.

4.2.3. Socialna podpora

Socialna podpora ima pomembno vlogo pri zmanjševanju tveganja za recidiv pri dolgoletnih abstinentih od prepovedanih drog. Predstavlja mrežo odnosov, ki posamezniku nudijo čustveno, praktično in informativno podporo, kar lahko olajša obvladovanje stresa, okrevanje in vzdrževanje abstinence. Marlatt (2005, str. 19) poudarja, da pozitivna socialna podpora močno vpliva na dolgoročno abstinenco, saj zmanjša izpostavljenost sprožilcem in poveča odpornost posameznika v visokotveganih situacijah. Prochaska idr. (1994, str. 145–146) poudarjajo pomen socialne opore pri prehodu skozi faze sprememb. Zlasti družina, prijatelji in terapevti delujejo kot motivatorji in opora pri spopadanju z izzivi, pri čemer imajo osrednjo vlogo pri prehodu iz kontemplacije v fazo akcije, ko posameznik aktivno spreminja svoje vedenje. Ghani idr. (2017, str. 533–534) izpostavljajo, da pozitivni socialni odnosi povečujejo občutek pripadnosti, varnosti in samozvesti posameznika. Njihova študija kaže, da vključitev družinskih članov v programe zdravljenja izboljšuje izide okrevanja in zmanjšuje verjetnost ponovitve uporabe drog. V tem poglavju bom analiziral, kako je socialna podpora vplivala na življenje štirih sogovornikov, pri čemer bom preučil vlogo družine, prijateljev in širše socialne mreže ter njihove izkušnje, povezane z obstoječo literaturo.

4.2.3.1. Socialna podpora: Karlo

Karlo je v svojem okrevanju večkrat poudaril pomen socialne podpore, pri čemer so pomembno vlogo imeli družinski člani, terapevti in širša socialna mreža. Njegove izkušnje kažejo, kako lahko pozitivni odnosi zmanjšajo tveganje za recidiv in krepijo odpornost posameznika v težkih trenutkih.

Družinska podpora je bila za Karla eden najpomembnejših zaščitnih dejavnikov: "On je bil tudi tisti, ki je povedal moji sestri, kaj se dogaja z menoj, ona pa nato tudi mami in očetu. V bistvu so zame priredili neko vrsto intervencije." Marlatt (2005, str. 28) poudarja, da družinski člani pogosto delujejo kot motivatorji za začetek zdravljenja, saj odvisnikom nudijo čustveno oporo in spodbudo. Ghani idr. (2017, str. 533) dodajajo, da družinska intervencija lahko deluje kot pomemben sprožilec za spremembo, še posebej, če poteka v podporni in nerazsodni obliki. Karlova izjava, da so ga med zdravljenjem obiskovali in podpirali, hkrati pa ga niso obsojali, potrjuje te ugotovitve.

Terapevtska podpora je imela pomembno vlogo pri Karlovem okrevanju: "V dnevno bolnico grem dvakrat na teden, kjer opravi urinski test, imam pogovore in tako naprej, še vedno so mi v zelo veliko podporo." Marlatt (2005, str. 37) poudarja, da strukturirane terapevtske oblike, kot so redni pogovori in spremljanje, ne zmanjšujejo samo tveganja za recidiv, ampak tudi izboljšujejo posameznikovo sposobnost soočanja z visokotveganimi situacijami. Širša socialna mreža je bila za Karla dodaten vir stabilnosti: "Včlanil sem se na tečaj meditacije in tam sem spoznal kar nekaj istomislečnih ljudi, to mi je zelo pomagalo." Tracy in Wallace (2016, str. 149) navajata, da vključevanje v pozitivne socialne aktivnosti, kot so skupine za podporo ali tečaji, zmanjšuje izolacijo in krepi občutek pripadnosti. Ghani idr. (2017, str. 535) dodajajo, da takšne aktivnosti ne zagotavljajo le podpore, ampak tudi ustvarjajo varno okolje za razvoj novih strategij soočanja.

Odnosi s prijatelji so prav tako igrali vlogo pri Karlovem okrevanju. Njegov prijatelj iz otroštva je bil eden izmed prvih, ki je opazil njegovo stanje: "Imam zelo dobrega prijatelja še iz otroštva, on je hitro opazil, kaj se z menoj dogaja. Prepričeval me je za zdravljenje, ampak dokler nisem sam prišel do tega, je bilo zaman." Marlatt (2005, str. 46) poudarja, da lahko tesni prijatelji, ki niso vključeni v destruktivne vzorce, delujejo kot pomemben zaščitni dejavnik, saj zagotavljajo čustveno podporo in motivacijo.

Tabela 9: Karlova socialna podpora

Izjava sogovornika	Teoretična razlaga	Vrsta in pomen socialne podpore
"On je bil tudi tisti, ki je povedal moji sestri ..."	Družinska intervencija lahko deluje kot ključni sprožilec za spremembo, če je podana v podporni obliki (Marlatt, 2005, str. 28; Ghani idr., 2017, str. 533).	Družinska podpora kot sprožilec spremembe
"V dnevno bolnico grem dvakrat na teden ..."	Strukturirani terapevtski programi izboljšujejo sposobnost soočanja z visokotveganimi situacijami (Marlatt, 2005, str. 37).	Strokovna pomoč in terapevtska podpora
"Včlanil sem se na tečaj meditacije ..."	Strukturirani terapevtski programi izboljšujejo sposobnost soočanja z visokotveganimi situacijami (Marlatt, 2005, str. 37).	Socialna integracija in občutek pripadnosti
"Imam zelo dobrega prijatelja še iz otroštva ..."	Prijatelji, ki niso vključeni v destruktivne vzorce, delujejo kot pomemben zaščitni dejavnik (Marlatt, 2005, str. 46).	Stabilni prijateljski odnosi kot zaščita pred recidivom

Karlova izkušnja kaže, kako so družinska podpora, terapijski programi in širša socialna mreža zmanjšali njegovo tveganje za recidiv. Njegova zgodba potrjuje teoretične ugotovitve, da so podporni sistemi ključni za dolgotrajno okrevanje in vzdrževanje abstinence.

4.2.3.2. Socialna podpora: Damir

Damirjeva zgodba razkriva, kako pomembna je socialna podpora pri zmanjševanju tveganja za recidiv in vzdrževanju abstinence. Pri tem so imeli pomembno vlogo njegova družina, terapijski programi in zavestna prekinitev stikov z destruktivnimi odnosi.

Družinska podpora je bila za Damirja ključnega pomena, kar je jasno iz njegove izjave: "Najbolj starša, se pravi družina ... Velik to, da so me starši pripravili do zdravljenja pa me podpirali, je bilo takrat vse, sam od sebe sigurno ne bi šel." Marlatt (2005, str. 28) poudarja, da družinska podpora deluje kot zaščitni dejavnik, ki spodbuja posameznika k zdravljenju in pomaga zmanjševati tveganje za recidiv. Ghani in sodelavci (2017, str. 533) prav tako poudarjajo, da podporni družinski odnosi ne motivirajo le posameznika za spremembo, temveč tudi zmanjšujejo občutek osamljenosti, ki je pogosto povezan z recidivom.

Po zdravljenju je Damir opisal stabilnost, ki mu jo je nudil dom: "Po zdravljenju sem se lahko vrnil domov za tako dolgo, da sem si poiskal službo in se osamosvojil." To je v skladu z ugotovitvami Tracy in Wallace (2016, str. 149), ki poudarjata, da so stabilna okolja, ki jih omogoča družinska podpora, bistvena za prehod iz rehabilitacije v samostojno življenje.

Terapevtska podpora je igrala pomembno vlogo pri Damirjevem okrevanju. Opisal je svoje izkušnje s terapevti: "Spomnim se, da smo imeli v Projektu precej pogovorov na temo tveganja pa sprožilcev in podobno." Marlatt (2005, str. 37) pojasnjuje, da strukturirane terapevtske oblike, kot so pogovori in redni pregledi, ne zmanjšujejo le tveganja za recidiv, temveč tudi pomagajo posameznikom prepoznati in obvladovati sprožilce. Ghani in sodelavci (2017, str. 535) dodajajo, da terapevtska podpora krepi sposobnost posameznika za spopadanje z visokotveganimi situacijami.

Prekinitev stikov z destruktivnimi odnosi je bila za Damirja ključna odločitev: "Po zdravljenju sem prekinil stike s staro družbo, na to so me vsi najbolj opozarjali." Marlatt (2005, str. 27) opozarja, da so socialni sprožilci, kot so stiki z nekdanjimi uporabniki drog, med najpogostejšimi dejavniki za recidiv. Ghani in sodelavci (2017, str. 534) pa dodajajo, da je prekinitev teh stikov odločilna za vzpostavitev novega, podpornega okolja.

Tabela 10: Damirjeva socialna podpora

Izjava sogovornika	Teoretična razlaga	Vrsta in pomen socialne podpore
"Najbolj starša, se pravi družina ..."	Družinska podpora zmanjšuje tveganje za recidiv in motivira posameznika k zdravljenju (Marlatt, 2005, str. 28; Ghani idr., 2017, str. 533).	Družinska opora kot zaščitni dejavnik
"Po zdravljenju sem se lahko vrnil domov ..."	Stabilno okolje po zdravljenju omogoča posamezniku lažji prehod v samostojno življenje (Tracy in Wallace, 2016, str. 149).	Pomembnost stabilnega domačega okolja
"Spomnim se, da smo imeli v Projektu ..."	Strukturirane terapevtske oblike zmanjšujejo tveganje za recidiv in pomagajo obvladovati sprožilce (Marlatt, 2005, str. 37; Ghani idr., 2017, str. 535).	Vloga terapevtskih programov pri preprečevanju recidiva
"Po zdravljenju sem prekinil stike s staro družbo ..."	Prekinitev stikov z destruktivno družbo je ključna za preprečevanje recidiva in vzpostavitev novega okolja (Marlatt, 2005, str. 46; Ghani idr., 2017, str. 534).	Socialna izolacija od tveganih okolij

Damirjeva zgodba jasno kaže, kako pomembna je kombinacija družinske in terapevtske podpore pri zmanjševanju tveganja za recidiv. Prekinitev stikov z destruktivno družbo ter vključitev v podporne programe sta bili ključni za vzpostavitev stabilnosti in dolgotrajne abstinence. Njegove izkušnje potrjujejo, da so podporni odnosi in strukturirani terapevtski programi nepogrešljivi pri okrevanju.

4.2.3.3. 4Socialna podpora: Marko

Markova zgodba izpostavlja, kako pomembna je socialna podpora pri okrevanju in vzdrževanju abstinence. Družinska pomoč, terapevtska podpora in vključevanje v širšo socialno mrežo so igrali pomembno vlogo pri njegovem uspešnem obvladovanju tveganja za recidiv.

Družinska podpora je bila temeljna pri Markovem okrevanju. Izjavil je: "Celotna družina v bistvu, tako brata kot mama, celo oče je ponovno vzpostavil stik, če zdaj za nazaj pogledam, nas je v bistvu ta izkušnja spet nekako povezala kot družino." Marlatt (2005, str. 28) poudarja, da močni družinski odnosi delujejo kot zaščitni dejavnik, saj zagotavljajo čustveno stabilnost in zmanjšujejo občutek osamljenosti. Ghani in sodelavci (2017, str. 533) dodajajo, da je vključenost družine pri okrevanju odvisnikov odločilna za zmanjšanje tveganja za recidiv.

Poleg čustvene podpore je družina Marku nudila tudi praktično pomoč: "Mama mi je pomagala najti stanovanje, posodila za najemnino in tako naprej." Tracy in Wallace (2016, str. 149) izpostavljata, da stabilno okolje, ki ga zagotavlja družinska podpora, omogoča posamezniku, da se osredotoči na okrevanje in dolgoročne cilje.

Terapevtska podpora je bila prav tako pomembna pri Markovem okrevanju. Izpostavil je: "Tedensko hodim na pogovore k psihologinji, z njo sem ogromno tega predelal." Marlatt (2005, str. 37) pojasnjuje, da individualna terapevtska pomoč omogoča posamezniku, da globlje razume svoje vedenjske vzorce in razvije strategije za obvladovanje sprožilcev. Ghani in sodelavci (2017, str. 535) prav tako poudarjajo, da strukturirane terapevtske oblike krepijo posameznikovo samozavest in odpornost. Širša socialna mreža je Marku omogočila občutek pripadnosti: "Na DTO-ju smo imeli polno skupinskih delavnic." Tracy in Wallace (2016, str. 149) opozarjata, da so skupinske aktivnosti ključne za ustvarjanje varnega okolja, kjer posamezniki lahko izmenjujejo izkušnje in pridobivajo podporo. Ghani in sodelavci (2017, str. 534) dodajajo, da tovrstna podpora zmanjšuje tveganje za recidiv, saj omogoča izgradnjo pozitivnih odnosov.

Tabela 11: Markova socialna podpora

Izjava sogovornika	Teoretična razlaga	Vrsta in pomen socialne podpore
"Celotna družina v bistvu, tako brata kot mama ..."	Družinski odnosi so pomemben zaščitni dejavnik, ki zmanjšuje tveganje za recidiv (Marlatt, 2005, str. 28; Ghani idr., 2017, str. 533).	Družinska podpora kot zaščitni dejavnik
"Mama mi je pomagala najti stanovanje ..."	Stabilno okolje omogoča posamezniku osredotočanje na okrevanje in dolgoročne cilje (Tracy in Wallace, 2016, str. 149).	Materialna in logistična podpora družine
"Tedensko hodim na pogovore k psihologinji ..."	Individualna terapevtska pomoč krepi razumevanje vedenjskih vzorcev in strategij za obvladovanje sprožilcev (Marlatt, 2005, str. 37; Ghani idr., 2017, str. 535).	Psihološka podpora strokovnjakov
"Na DTO-ju smo imeli polno skupinskih delavnic ..."	Skupinske aktivnosti ustvarjajo varno okolje in zmanjšujejo tveganje za recidiv (Tracy in Wallace, 2016, str. 149; Ghani idr., 2017, str. 534).	Skupinska podpora in rehabilitacija

Markova izkušnja poudarja, kako kombinacija čustvene in praktične podpore družine, terapevtskih programov ter pozitivne socialne mreže prispeva k zmanjšanju tveganja za recidiv. Njegova zgodba potrjuje, da sta podpora in stabilnost temeljnega pomena za dolgotrajno abstinenco in uspešno okrevanje.

4.2.3.4. Socialna podpora: Urban

Urbanova zgodba razkriva, kako je socialna podpora igrala pomembno vlogo pri njegovem okrevanju in dolgoročnem vzdrževanju abstinence. Poudaril je pomen družinskih odnosov, terapevtske pomoči in širše socialne mreže, pri čemer je bil poseben poudarek na podpori partnerke.

Družinska podpora je bila za Urbana bistvena, kar je izpostavil z besedami: "Pomemben, itak, brez njih mi ne bi nikoli uspelo. Po mojem sem staršem in puncu dolžan moje življenje." Marlatt (2005, str. 28) poudarja, da so družinski člani pogosto ključni vir čustvene stabilnosti in motivacije, kar pomaga posamezniku vztrajati v abstinenci. Urban je posebej omenil svojega očeta, ki je bil zanj navdih: "Moj oče je bil odličen zgled – premagal je svoje težave z alkoholom, in to mi je dalo upanje, da lahko tudi jaz premagam svojo odvisnost." Ghani in sodelavci (2017, str. 533) dodajajo, da so družinski vzori in podporni odnosi ključni zaščitni dejavniki pri zmanjševanju tveganja za recidiv. Terapevtska podpora je imela pri Urbanovem okrevanju pomembno vlogo. O tem je povedal: "Zadnje pol leta hodim na pogovore k terapevtu enkrat na teden, on mi tudi zelo pomaga." Marlatt (2005, str. 37) izpostavlja, da strukturirane terapevtske oblike omogočajo posameznikom, da razvijejo strategije za obvladovanje sprožilcev in izboljšajo svoje razumevanje vedenjskih vzorcev. Urban je poudaril tudi pomen celovitega pristopa terapevtov na DTO-ju: "Na DTO-ju smo imeli res dobre strokovnjake, ki so se ukvarjali z obema mojima diagnozama – depresijo in tesnobo. Brez njihove podpore bi se verjetno zlomil." Ghani in sodelavci (2017, str. 535) potrjujejo, da celovita obravnava, ki vključuje psihološke in socialne vidike, bistveno zmanjšuje tveganje za recidiv.

Partnerjeva podpora je bila za Urbana izjemnega pomena: "Punca je bila ob meni tudi takrat, ko bi večina obupala. Mislim, da je prav zaradi nje moje življenje še vedno na pravi poti." Tracy in Wallace (2016, str. 149) poudarjata, da imajo partnerji osrednjo vlogo pri zagotavljanju čustvene stabilnosti in krepitvi odpornosti posameznika proti sprožilcem. Urban je dodatno izpostavil pomen skupnih aktivnosti, kot sta meditacija in branje: "Skupaj sva začela raziskovati tehnike sproščanja, kot sta meditacija in branje, in to mi je res pomagalo." Širša socialna mreža

je Urbanov občutek pripadnosti še dodatno okrepila: "Meni so bile vedno najbolj vseč skupine z drugimi uporabniki, kjer sem lahko delil svoje izkušnje in dobil nove perspektive." Marlatt (2005, str. 45) in Ghani in sodelavci (2017, str. 534) izpostavljajo, da skupinske aktivnosti ne zmanjšujejo samo izolacije, temveč omogočajo posameznikom, da izmenjujejo izkušnje, kar krepi njihovo samozavest in motivacijo za vztrajanje v abstinenci.

Tabela 12: Urbanova socialna podpora

Izjava sogovornika	Teoretična razlaga	Vrsta in pomen socialne podpore
"Pomemben, itak, brez njih mi ne bi nikoli uspelo ..."	Družinski člani zagotavljajo čustveno stabilnost in motivacijo za vzdrževanje abstinence (Marlatt, 2005, str. 28; Ghani idr., 2017, str. 533).	Družinska čustvena podpora
"Na DTO-ju smo imeli res dobre strokovnjake ..."	Celovita terapevtska obravnava zmanjšuje tveganje za recidiv in krepi sposobnosti soočanja z izzivi (Marlatt, 2005, str. 37; Ghani idr., 2017, str. 535).	Strokovna terapevtska podpora
"Punca je bila ob meni tudi takrat, ko bi večina obupala ..."	Partnerji zagotavljajo čustveno stabilnost in krepijo odpornost proti sprožilcem (Tracy in Wallace, 2016, str. 149).	Partnerska podpora in stabilnost
"Meni so bile vedno najbolj vseč skupine ..."	Skupinske aktivnosti zmanjšujejo izolacijo in omogočajo izmenjavo izkušenj, kar krepi samozavest (Marlatt, 2005, str. 45; Ghani idr., 2017, str. 534).	Skupinska podpora in deljenje izkušenj

Urbanova izkušnja potrjuje, da so podpora družine, terapevtska obravnava in pozitivni partnerski odnosi ključni za obvladovanje sprožilcev in zmanjšanje tveganja za recidiv. Njegova zgodba poudarja pomen večplastne socialne podpore, ki posamezniku omogoča, da se sooči z izzivi in vzdržuje abstinenco.

Analiza izkušenj štirih sogovornikov razkriva, da socialna podpora predstavlja bistven zaščitni dejavnik pri preprečevanju recidiva in vzdrževanju abstinence. Skupna točka vseh sogovornikov je, da so družinska podpora, terapevtska obravnava in širša socialna mreža močno vplivale na njihovo okrevanje. Obenem so izpostavili tudi, kako odsotnost ali pomanjkanje podpore lahko poveča tveganje za recidiv.

Družinska podpora se je izkazala kot temeljni steber okrevanja. Damir in Marko sta poudarila, kako so ju starši spodbujali pri zdravljenju in jim nudili stabilnost po zaključku programov.

Urban je izpostavil, kako je zgled očeta, ki je premagal odvisnost, spodbudil njegovo motivacijo. Karlo pa je poudaril pomen intervencije družine, ki mu je pomagala prepoznati resnost njegovega stanja. Marlatt (2005, str. 28) potrjuje, da močni družinski odnosi zmanjšujejo občutek osamljenosti in povečujejo posameznikovo odpornost.

Terapevtska podpora je prav tako predstavljala pomembno vlogo pri vseh sogovornikih. Damir je izpostavil pogovore o tveganjih in sprožilcih, Urban pa je pohvalil celovit pristop terapevtov, ki so obravnavali njegove duševne težave. Karlo in Marko sta poudarila, da so jima individualni pogovori omogočili globlje razumevanje svojih vedenjskih vzorcev. Marlatt (2005, str. 37) in Ghani idr. (2017, str. 535) poudarjajo, da terapevtski programi izboljšujejo sposobnosti soočanja z izzivi ter krepijo samozavest posameznika.

Širša socialna mreža je bila pomembna pri vseh štirih sogovornikih, pri čemer so skupinske aktivnosti in novi prijateljski odnosi zmanjšali občutek osamljenosti. Karlo in Urban sta izpostavila, kako sta v skupinskih terapijah pridobila občutek pripadnosti, medtem ko je Marko poudaril, da so mu novi prijatelji pomagali pri ohranjanju abstinence. Tracy in Wallace (2016, str. 149) poudarjata, da skupinske aktivnosti zagotavljajo varno okolje za izmenjavo izkušenj, kar krepí posameznikovo odpornost na sprožilce.

Izkušnje vseh štirih sogovornikov potrjujejo, da je socialna podpora temeljnega pomena za zmanjšanje tveganja za recidiv. Kombinacija družinske, terapevtske in širše socialne podpore omogoča posameznikom, da razvijejo strategije za obvladovanje sprožilcev in vzdržujejo abstinenco. Ti rezultati poudarjajo pomembnost celovitega pristopa k zdravljenju, ki vključuje posameznika, njegovo družino in socialno mrežo.

4.2.4. Dvojna diagnoza in zdravljenje

Dvojna diagnoza se nanaša na soobstoj duševne motnje in zasvojenosti pri istem posamezniku, kar predstavlja eno najbolj kompleksnih oblik obravnave v sistemu pomoči. Socialni delavci se pri delu z osebami z dvojno diagnozo soočajo s specifičnimi izzivi, ki izhajajo iz potrebe po celostnem razumevanju posameznikovih življenjskih okoliščin, potreb in omejitev (Kvaternik in Grebenc, 2008, str. 130). Medicinski diskurz, ki je prevladujoč v obravnavi teh posameznikov, pogosto vodi v stigmatizacijo in fragmentacijo storitev, kar še dodatno povečuje tveganje za recidiv (Kvaternik in Grebenc, 2009, str. 510–512).

Z etiološkega vidika se dvojna diagnoza razume kot preplet dveh ključnih komponent: duševnih motenj, ki vplivajo na posameznikovo čustveno in vedenjsko stabilnost, ter zasvojenosti, ki dodatno otežuje obvladovanje vsakdanjih izzivov (Phillips idr., 2009, str. 45). Marlatt (2005, str. 36) poudarja, da posamezniki z dvojnimi diagnozami težje prepoznavajo in obvladujejo visokotvegane situacije, kar jih postavlja v posebno ranljiv položaj glede na tveganje za recidiv.

Intervjuji z dvema sogovornikoma, Karlom in Urbanom, ponujajo vpogled v praktične izkušnje posameznikov z dvojno diagnozo. Karlova diagnoza shizofrenije in Urbanova izkušnja z depresijo ter anksiozno motnjo ponazarjata različne oblike dvojnih diagnoz, ki pa imata skupne točke v vplivu na tveganje za ponovitev uporabe drog. Oba sogovornika opozarjata na izzive, povezane s stigmo in omejenim dostopom do celostnih storitev, kar potrjuje ugotovitve Kvaternik in Grebenc (2008, str. 132), da je za obravnavo teh posameznikov ključno preseganje medicinskega modela in vključevanje socialnega dela v proces pomoči.

V nadaljevanju bodo analizirane izkušnje obeh sogovornikov, zlasti kako se njihova dvojna diagnoza prepleta z življenjskimi izzivi in vpliva na njihovo tveganje za recidiv. Analiza bo podprta z literaturo, ki osvetljuje, kako celostni pristopi lahko zmanjšajo tveganje za recidiv in izboljšajo kakovost življenja teh posameznikov.

4.2.4.1. Dvojna diagnoza: Karlo

Karlova izkušnja s shizofrenijo in odvisnostjo od drog odraža kompleksno dinamiko dvojne diagnoze, ki vključuje preplet duševnih in vedenjskih motenj. Njegova zgodba ponuja vpogled v izzive, s katerimi se srečujejo posamezniki z dvojnimi diagnozami, ter poudarja potrebo po celostni obravnavi.

Karlo je svojo diagnozo shizofrenije prejel v psihiatrični bolnišnici, kjer pa, kot pravi, niso upoštevali njegove težave z odvisnostjo: "V Polju so mi postavili diagnozo shizofrenije. Za odvisnost tam ni bilo govora." To potrjuje ugotovitve Kvaternik in Grebenc (2009, str. 510–512), da je sistem pomoči pogosto razdrobljen, saj posamezniki z dvojnimi diagnozami krožijo med različnimi institucijami, ki niso dovolj usklajene. Takšna razdrobljenost Karlu ni omogočila celostne obravnave njegovih potreb.

Eden od ključnih izzivov, ki jih je Karlo izpostavil, je vpliv zdravil na njegovo stanje: "Tablete so mi pomagale uravnotežiti stanje, ampak po njih nisem več čutil, postal sem otopel. Kokain me je nekako obudil, ampak je to trajalo zelo kratek čas." Phillips idr. (2009, str. 51–52)

pojasnjujejo, da posamezniki z dvojnimi diagnozami pogosto uporabljajo droge za lajšanje simptomov duševnih motenj, kar je poznano kot teorija samozdravljenja. Karlova izkušnja potrjuje, da so droge delovale kot začasna rešitev, ki pa je dolgoročno samo poslabšala njegovo stanje.

Pomemben prelomni trenutek v Karlovem okrevanju je bila obravnava na DTO-ju, kjer so se začeli ukvarjati z obema njegovima diagnozama: "Na DTO so vedeli za mojo diagnozo, omenili so celo poseben oddelek za dvojno diagnozo, ampak ta ni bil aktiven, ko sem bil jaz tam." Čeprav Karlova izkušnja kaže na pomanjkljivosti sistema, potrjuje tudi, da je integrirana obravnava, ki vključuje terapevtsko podporo in pravilno medikacijo, bistvena za obvladovanje dvojne diagnoze (Phillips idr., 2009, str. 139–140).

Karlo je izpostavil tudi svoje strategije za preprečevanje recidiva: "Izogibanje napačne družbe je moja glavna strategija. Zdaj sem discipliniran in se držim rutine, ki vključuje delo, meditacijo in podporo v dnevni bolnici." Marlatt (2005, str. 42) poudarja, da strukturirani dnevni rituali in socialna podpora zmanjšujejo tveganje za recidiv pri posameznikih z dvojnimi diagnozami. Karlovo osredotočanje na meditacijo in umirjenost potrjuje, da so takšne strategije pomemben del njegovega okrevanja.

Tabela 13: Karlo in dvojna diagnoza

Izjava sogovornika	Teoretična razlaga	Povezava dvojne diagnoze in abstinence
"V Polju so mi postavili diagnozo shizofrenije. Za odvisnost tam ni bilo govora."	Razdrobljenost sistema vodi v necelostno obravnavo posameznikov z dvojno diagnozo (Kvaternik in Grebenc, 2009, str. 510–512).	Pomanjkanje integrirane obravnave
"Tablete so mi pomagale, ampak po njih nisem več čutil."	Droge se pogosto uporabljajo za lajšanje učinkov duševnih motenj (teorija samozdravljenja) (Phillips idr., 2009, str. 51–52).	Vpliv psihofarmakološkega zdravljenja na čustveno doživljanje
"Na DTO so vedeli za mojo diagnozo ..."	Integrirana obravnava je ključna za uspešno zdravljenje dvojnih diagnoz (Phillips idr., 2009, str. 139–140).	Pomembnost celostnega pristopa
"Izogibanje napačne družbe je moja glavna strategija."	Strukturirani rituali in socialna podpora zmanjšujejo tveganje za recidiv (Marlatt, 2005, str. 42).	Vpliv socialne mreže na abstinenco

Karlova izkušnja kaže na pomembnost integriranih terapevtskih pristopov, ki obravnavajo tako duševne kot vedenjske motnje. Njegova zgodba ponazarja, kako lahko celovita podpora in prilagojene strategije bistveno zmanjšajo tveganje za recidiv.

4.2.4.2. Dvojna diagnoza: Urban

Urbanova zgodba ponuja vpogled v izzive dvojne diagnoze, kjer se depresija in tesnoba prepletata z odvisnostjo od drog. Njegove izkušnje poudarjajo pomembnost integrirane obravnave in socialne podpore pri zmanjševanju tveganja za recidiv.

Urban je tesnobo označil kot eno od največjih težav, ki so ga spremljale skozi obdobje odvisnosti: "Tesnoba je bila moj največji problem. Na začetku je heroin deloval kot najboljše zdravilo, a dolgoročno je samo poslabšal stvari." Hipoteza samozdravljenja, ki jo pojasnjuje Khantzian (1997), opisuje, kako posamezniki uporabljajo droge za kratkoročno olajšanje bolečih čustvenih stanj, vendar dolgoročno ta strategija vodi v poslabšanje duševnega zdravja in odvisnosti (Khantzian, 1997, str. 231–244). Urbanovo prizadevanje za obvladovanje čustvenih težav s heroinom potrjuje Khantzianovo ugotovitev, da droge pogosto služijo kot maladaptivna strategija za regulacijo čustev.

Urban je prav tako poudaril pomen terapevtske obravnave: "Na DTO-ju smo imeli res dobre strokovnjake, ki so se ukvarjali z obema mojima diagnozama – depresijo in tesnobo." Marlatt (2005) izpostavlja, da celostni pristopi, ki vključujejo tako psihološko kot socialno podporo, zmanjšujejo tveganje za recidiv (Marlatt, 2005, str. 36). Urbanove izkušnje s terapevtsko ekipo, ki je naslavljal obe diagnozi, so potrdile pomembnost individualizirane in interdisciplinarne obravnave, ki združuje psihoterapevtske tehnike in podporo pri obvladovanju vsakodnevnih stresorjev.

Poleg terapevtske obravnave je Urban izpostavil tudi podporo partnerke: "Moja punca je bila res steber. Brez nje bi se verjetno že zdavnaj zlomil." Kvaternik in Grebenc (2008) poudarjata, da socialna mreža, ki vključuje družinske člane in partnerje, krepi posameznikovo odpornost na stres in zmanjšuje tveganje za recidiv (Kvaternik in Grebenc, 2008, str. 135). Urbanova zgodba kaže, kako pomembna je kombinacija terapevtske in socialne podpore za dolgotrajno vzdrževanje abstinence. Celostni pristopi, ki vključujejo prepoznavanje in obravnavo dvojne diagnoze, so bistveni za zmanjšanje tveganja za recidiv. Urbanova izkušnja z depresijo in

tesnobo potrjuje, da je uspešna rehabilitacija mogoča le s sinergijo medicinske, psihološke in socialne podpore.

Tabela 14: Urban in dvojna diagnoza

Izjava sogovornika	Teoretična razlaga	Povezava dvojne diagnoze in abstinence
"Tesnoba je bila moj največji problem. Na začetku je heroin deloval kot najboljše zdravilo, a dolgoročno je samo poslabšal stvari."	Droge pogosto služijo kot maladaptivna strategija za regulacijo čustev, kar dolgoročno poslabša duševno zdravje (Khantzian, 1997, str. 231–244).	Samozdravljenje in dolgoročne posledice
"Na DTO-ju smo imeli res dobre strokovnjake, ki so se ukvarjali z obema mojima diagnozama – depresijo in tesnobo."	Celostni terapevtski pristopi zmanjšujejo tveganje za recidiv in naslavlajo dvojno diagnozo (Marlatt, 2005, str. 47).	Pomen multidisciplinarne obravnave
"Moja punca je bila res steber. Brez nje bi se verjetno že zdavnaj zlomil."	Socialna mreža krepi odpornost na stres in zmanjšuje tveganje za recidiv (Kvaternik in Grebenc, 2008, str. 129–137).	Vloga socialne podpore pri stabilizaciji

Analiza izkušenj Karla in Urbana osvetljuje, kako dvojna diagnoza, ki združuje duševne motnje in odvisnost, povečuje kompleksnost obravnave ter tveganje za recidiv. Oba sogovornika sta poudarila, kako so duševne težave, kot sta tesnoba in shizofrenija, delovale kot sprožilci za uporabo drog, kar potrjuje teorijo samozdravljenja, ki opisuje, kako posamezniki uporabljajo droge za kratkoročno olajšanje bolečih čustvenih stanj (Khantzian, 1997, str. 231–244). Hkrati sta njuni zgodbi pokazali, da so droge dolgoročno poslabšale njuno duševno stanje in otežile proces okrevanja.

Celostna obravnava, ki vključuje terapevtsko podporo, personalizirano farmakoterapijo in socialno mrežo, se je izkazala za bistveno pri obvladovanju njunih težav. Urban je posebej izpostavil vlogo interdisciplinarne ekipe na DTO-ju in podporo partnerke, medtem ko je Karlova izkušnja poudarila pomen strukturiranih strategij, kot so meditacija, dnevna rutina in podpora v dnevni bolnici. Te ugotovitve potrjujejo Marlattov model (2005, str. 47), ki poudarja, da strukturirani in podporni pristopi zmanjšujejo tveganje za recidiv. Skupni imenovalec obeh zgodb je tudi stigma, s katero sta se soočala zaradi dvojne diagnoze. Kvaternik in Grebenc (2008, str. 129–137) poudarjata, da stigma otežuje dostop do pomoči in vodi v izolacijo, kar še dodatno poveča ranljivost posameznikov z dvojnimi diagnozami. Karlova in Urbanova izkušnja pa kažeta, da je s pravo podporo in celostnimi pristopi možno obvladati tveganje za recidiv ter doseči trajnejšo stabilnost.

Oba sogovornika potrjujeta, da dvojna diagnoza zahteva prilagojeno in dolgotrajno podporo, ki presega zgolj zdravljenje odvisnosti ali duševnih motenj. Njuni zgodbi dokazujeta, da celostna obravnava, ki vključuje medicinski, psihološki in socialni vidik, bistveno prispeva k zmanjšanju tveganja za recidiv in omogoča kakovostnejše življenje.

4.2.5. Preventivne strategije sogovornikov

Strategije za preprečevanje recidiva so osrednjega pomena pri dolgoročnem vzdrževanju abstinence in izboljšanju kakovosti življenja posameznikov, ki se soočajo z odvisnostjo. Na podlagi intervjujev z našimi sogovorniki je mogoče prepoznati raznolike pristope, ki temeljijo na osebnih odločitvah, podpori socialnega okolja ter vključevanju v profesionalne terapevtske programe. Pomen teh strategij potrjujejo tudi ugotovitve Marlattovega in Donovanovega modela preprečevanja recidiva (Marlatt in Donovan, 2005), ki poudarja prepoznavanje visoko tveganih situacij, obvladovanje sprožilcev in razvoj tehnik za povečanje samoučinkovitosti. Ta model nudi teoretično podlago za razumevanje individualnih izkušenj sogovornikov.

Poleg tega Prochaska in Prochaska (2016) poudarjata, da je vzdrževanje sprememb vedenja mogoče le z uporabo strukturiranih strategij, kot so vzpostavitev rutine, tehnike sproščanja, krepitev pozitivnih odnosov ter postopno napredovanje skozi faze sprememb. Pri tem so bistvene faze sprememb, ki vključujejo prehod iz akcije v fazo vzdrževanja, kjer posamezniki aktivno uporabljajo pridobljene veščine za obvladovanje izzivov. Intervjuji z Markom, Damirjem, Karlom in Urbanom so razkrili širok spekter strategij, ki vključujejo izogibanje sprožilcem, gradnjo podpornega socialnega okolja, uporabo tehnik samopomoči ter vključevanje v profesionalne terapevtske programe. Njihove izkušnje ponujajo dragocen vpogled v prakso in potrjujejo teoretična izhodišča o pomenu celostnega pristopa k preprečevanju recidiva. V nadaljevanju so podrobno predstavljene individualne strategije vsakega sogovornika, skupaj z ustrezno teoretično razlago.

4.2.5.1. Preventivne strategije Karla

Karlove izjave razkrivajo večplastne strategije za preprečevanje recidiva, ki so osredotočene na izogibanje sprožilcem, gradnjo podpornega socialnega okolja, uporabo tehnik samopomoči ter vključevanje v profesionalne terapevtske programe. Njegova odločitev, da popolnoma prekine stike z nekdanjimi prijatelji in spremeni okolje z zaposlitvijo v tujini, predstavlja premišljeno strategijo zmanjšanja izpostavljenosti visoko tveganim situacijam. Marlatt in Donovan (2005,

str. 50–51) poudarjata, da je prekinitev stikov z osebami ali okolji, povezanimi s prejšnjo uporabo drog, bistvenega pomena za dolgoročno abstinenco. To potrjujejo tudi druge raziskave s področja preprečevanja recidiva. Karlo hkrati izpostavlja, da je še vedno v stiku z nekaterimi starimi znanci, vendar se jim zavestno izogiba, kar nakazuje na visoko raven samonadzora in prepoznavanja tveganj, kar potrjuje Marlattov model.

Pomembno vlogo pri Karlovem okrevanju igra gradnja podporne socialne mreže. S svojim vključevanjem v tečaj meditacije je našel nove stike in podporno skupnost, hkrati pa poudarja neprecenljivo vlogo svoje družine, ki ga je ves čas podpirala. Daley in Marlatt (2006, str. 121–123) poudarjata, da socialna opora, zlasti preko terapevtskih skupin in podpornih mrež, zmanjšuje občutek izolacije in povečuje motivacijo za vzdrževanje abstinence, kar je povsem skladno s Karlovo izkušnjo. Družina mu je omogočila stabilno okolje, kar je zelo pomembno za dolgoročno okrevanje. Karlo prav tako navaja meditacijo kot svojo osrednjo strategijo za obvladovanje stresa in želja po kokainu. Prochaska, Norcross in DiClemente (1994, str. 187–189) obravnavajo vlogo samoregulacije in prilagodljivih strategij pri dolgoročnem ohranjanju vedenjskih sprememb, kar vključuje tudi tehnike obvladovanja stresa. Karlov primer odraža prehod v fazo vzdrževanja po faznem modelu sprememb, kjer posamezniki aktivno uporabljajo pridobljene veščine za dolgoročno stabilnost.

Poleg osebnih strategij Karlo redno sodeluje v profesionalnih terapevtskih programih, kot so dnevne bolnišnice in skupinske terapije. Poudarja, da mu strukturiranost teh programov pomaga ohranяти stabilnost. Marlatt in Donovan (2005, str. 65–66) navajata, da so redne terapevtske intervencije bistvenega pomena za zmanjšanje tveganja recidiva, saj zagotavljajo prostor za refleksijo in učenje novih strategij. Karlov redni obisk terapij nakazuje na visoko raven predanosti svojemu procesu okrevanja. Prav tako izpostavlja pomen rutine, ki vključuje zaposlitev, redno telesno dejavnost in dovolj počitka. Uravnotežen življenjski slog je po Daley in Marlatt (2006) pomemben zaščitni dejavnik, ki posameznikom omogoča večjo stabilnost in zmanjšuje tveganje za recidiv.

Na podlagi Karlovih izjav je razvidno, da njegovo okrevanje temelji na celostnem pristopu, ki vključuje osebne in profesionalne strategije. Njegova zavezanost spremembam, podpora družine in vključevanje v terapevtske programe so skladni z ugotovitvami literature, ki poudarjajo pomen socialne podpore, samoučinkovitosti in strukturiranih intervencij za dolgoročno abstinenco. V nadaljevanju je prikazana tabela, ki prikazuje povezave med Karlovimi izjavami in teoretičnimi viri.

Tabela 15: Preventivne strategije Karla

Izjave sogovornika	Teoretična razlaga	Učinkovite strategije za preprečevanje recidiva
"Izogibanje napačne družbe je moja glavna strategija."	Izogibanje visoko tveganim situacijam je bistvenega pomena za zmanjšanje verjetnosti recidiva (Marlatt in Donovan, 2005, str. 50–51).	Prekinitev stikov z uporabniki drog
"Meditacija je najbolj učinkovita strategija pri meni."	Samoregulacija in prilagodljive strategije, kot je meditacija, prispevajo k večji sposobnosti obvladovanja stresnih situacij (Prochaska, Norcross in DiClemente, 1994, str. 187–189).	Sprostitutvene tehnike za obvladovanje stresa
"Družina mi je nudila ogromno podporo."	Podporne socialne mreže, zlasti terapevtske skupine in družina, zmanjšujejo občutek izolacije in povečujejo motivacijo za abstinenco (Daley in Marlatt, 2006, str. 121–123).	Čustvena in socialna podpora družine
"DTO mi je izredno pomagal s skupinskimi terapijami."	Terapevtski programi nudijo strukturo, podporo in spremljanje, kar zmanjšuje tveganje za recidiv (Marlatt in Donovan, 2005, str. 65–66).	Vključenost v skupinsko terapijo

Pregled Karlovih strategij kaže na močno osebno motivacijo in sposobnost prilagajanja, ki jih podpirajo učinkovite tehnike samopomoči in profesionalna pomoč. Te ugotovitve potrjujejo pomen integracije osebnih, socialnih in terapevtskih pristopov v preventivnih strategijah za uspešno dolgoročno abstinenco.

4.2.5.2. Preventivne strategije Damirja

Damirjeve strategije za preprečevanje recidiva temeljijo na prepoznavanju sprožilcev, spreminjanju življenjskega sloga in vključevanju v terapevtske programe. Njegova odločitev, da prekine stike s staro družbo in se izogiba mestom, povezanih z njegovo prejšnjo uporabo drog, odraža njegovo zavedanje o visokem tveganju teh situacij. Marlatt in Donovan (2005, str. 132) pojasnjujeta, da je prepoznavanje in obvladovanje visoko tveganjih situacij bistveno za dolgoročno vzdrževanje abstinence, kar sovпада z Damirjevo izkušnjo. Poleg tega je njegova vzdržnost povezana z zavestnim odločanjem, da se izogne vsem substancam, vključno z alkoholom. Marlatt in Donovan (2005, str. 65) poudarjata, da je popolna abstinenca pri nekaterih posameznikih najbolj učinkovita strategija, čeprav njun model vključuje tudi prilagodljive pristope.

Družinska podpora je pri Damirju igrala bistveno vlogo pri njegovem okrevanju. Družina mu je omogočila stabilno okolje po zaključenem zdravljenju in ga podpirala pri ponovnem vključevanju v družbo. Daley in Marlatt (2006, str. 123) poudarjata, da je socialna opora eden izmed ključnih zaščitnih dejavnikov, ki zmanjšuje tveganje za ponovni zdrs. Damirjev primer potrjuje pomen te opore, saj so odnosi z družino in podpora žene ter otrok postali temelj njegove abstinence. Vključenost v terapevtske programe, kot je Projekt Človek, je dodatno okrepila njegovo zavezanost spremembi, saj mu je terapevtska podpora omogočila globlje razumevanje sprožilcev in tveganj. Marlatt in Donovan (2005, str. 145) izpostavljata, da strukturirani terapevtski programi zagotavljajo ključne strategije za obvladovanje tveganj in vzdrževanje stabilnosti.

Damir navaja, da je zanj zaposlitvena rutina bistvena, saj mu pomaga preprečevati brezzdelje, ki bi lahko vodilo v ponoven zdrs. Prochaska, Norcross in DiClemente (1994, str. 187) pojasnjujejo, da je ustvarjanje strukturiranega in predvidljivega življenjskega sloga ena od ključnih strategij za vzdrževanje abstinence, saj zmanjšuje izpostavljenost stresnim situacijam. Damirjeva izjava, da nima "posebnih strategij, ampak delo", nakazuje na njegovo osredotočenost na rutino kot zaščitni dejavnik, kar sovпада s teorijo o fazi vzdrževanja, v kateri posameznik aktivno izvaja pridobljene veščine za dolgoročno stabilnost.

Tabela 16: Preventivne strategije Damirja

Izjava sogovornika	Teoretična razlaga	Učinkovite strategije za preprečevanje recidiva
"Prekinil sem stike s staro družbo."	Prepoznavanje in izogibanje visoko tveganim situacijam je bistvenega pomena za dolgoročno abstinenco (Marlatt in Donovan, 2005, str. 50–51).	Izogibanje tveganim okoljem in ljudem, povezanim z uporabo drog
"Družina me je podpirala skozi celoten proces."	Socialna opora, zlasti družine, zmanjšuje tveganje za recidiv in povečuje stabilnost okrevanja (Daley in Marlatt, 2006, str. 123).	Močna družinska podpora in vzpostavitev varnega okolja
"Moja zaposlitev mi daje stabilnost."	Strukturiran življenjski slog in rutina zmanjšujeta tveganje za zdrs in prispevata k dolgoročni abstinenci (Prochaska, Norcross in DiClemente, 1994, str. 187).	Redna zaposlitev, načrtovana dnevna rutina in aktivno preživljanje časa
"Projekt Človek mi je pomagal, da spremenim svoje življenje."	Terapevtski programi nudijo ključne strategije za obvladovanje sprožilcev in dolgoročno stabilnost (Marlatt in Donovan, 2005, str. 145).	Vključenost v terapevtske programe in dolgoročna podpora

4.2.5.3. *Preventivne strategije Marka*

Markove strategije za preprečevanje recidiva kažejo na uravnotežen pristop, ki združuje osebne odločitve, socialno podporo, telesno dejavnost ter uporabo profesionalnih terapevtskih metod. Njegova izjava, da je "najprej moral sprejeti odločitev, da je konec", odraža zavestno odločitev za spremembo, ki je povezana s fazo kontemplacije v modelu sprememb. Prochaska in Prochaska (2016, str. 131–135) opisujeta, kako notranja motivacija in jasna odločitev ustvarjata trdne temelje za dolgoročno abstinenco, še posebej, če sta podprti z realističnim načrtovanjem prihodnosti.

Marko poudarja, da so ga njegove obveznosti in odgovornosti v službi ter družinske dolžnosti zaposlovale do te mere, da "so droge zadnja stvar, ki bi mu padla na pamet". Marlatt in Donovan (2005, str. 145–150) pojasnjujeta, da je strukturiran življenjski slog temeljnega pomena pri zmanjševanju tveganja za recidiv, saj zmanjšuje prosti čas, ki je pogosto povezan s tveganimi vedenji. Podobno je pomembno, da posamezniki prepoznajo in vključujejo pozitivne oblike vedenja, kot je telesna dejavnost. Marko je opisal, kako se je vrnil k športu, ki mu je pomagal izboljšati fizično in mentalno počutje, obenem pa je ustvaril nove socialne vezi. Marlatt in Donovan (2005, str. 49–53) poudarjata, da telesna dejavnost ne prispeva samo k izboljšanju fizičnega zdravja, ampak tudi k zmanjševanju hrepenenja in obvladovanju stresa.

Pomembno vlogo pri Markovem okrevanju ima podpora družine, ki mu je, kot pravi, "stala ob strani in pomagala, ko so videli, da sem resen glede okrevanja". Socialna opora je ključni dejavnik pri dolgoročni abstinenci, saj zmanjšuje občutek osamljenosti in povečuje motivacijo za vztrajanje pri spremembah. Daley in Marlatt (2006, str. 123–126) razpravljata o pomembnosti podpornega okolja in njegovem vplivu na trajno abstinenco. Poleg družinske podpore Marko omenja tudi vlogo terapevtskih programov, kot je Projekt Človek, ki so mu omogočili preoblikovanje življenjskih prioritet in premagovanje notranjih konfliktov. Marlatt in Donovan (2005, str. 145) opisujeta, kako strukturirani terapevtski programi zagotavljajo varno okolje za učenje strategij za prepoznavanje in obvladovanje sprožilcev.

Marko prav tako izpostavlja, kako pomembno je obvladovanje stresa in izogibanje konfliktom. Njegov pristop, da se v primeru težav raje umakne, razmisli in se nato konstruktivno pogovori, kaže na čustveno zrelost in obvladovanje impulzov. Prochaska in Prochaska (2016, str. 132) opisujeta, kako je obvladovanje stresnih situacij eden od ključnih procesov v fazi vzdrževanja, saj preprečuje zdrse v škodljiva vedenja.

Tabela 17: Preventivne strategije Marka

Izjave sogovornikov	Teoretična razlaga	Učinkovite strategije za preprečevanje recidiva
"Najprej sem moral sam pri sebi sprejeti odločitev, da je konec."	Zavestna odločitev in načrtovanje sta temelja dolgoročnih sprememb (Prochaska in Prochaska, 2016, str. 131–135).	Notranja motivacija in odločnost pri vzdrževanju abstinence
"Moje obveznosti in služba me tako zaposlijo, da so droge zadnja stvar, ki bi mi padla na pamet."	Strukturiran življenjski slog zmanjšuje tveganje za recidiv in omogoča stabilnost (Marlatt in Donovan, 2005, str. 145–150).	Zaposlitev, stabilna rutina in načrtovano preživljanje časa
"S športom sem se spet začel ukvarjat, nove prijatelje sem si našel."	Telesna dejavnost izboljšuje fizično in mentalno počutje ter zmanjšuje hrepenenje po substancah (Marlatt in Donovan, 2005, str. 49–53).	Redna telesna dejavnost in širitev podporne socialne mreže
"Mama mi je ogromno pomagala, družina mi je stala ob strani."	Socialna opora zmanjšuje občutek osamljenosti in povečuje motivacijo za abstinenco (Daley in Marlatt, 2006, str. 123–126).	Močna podpora družine in stabilno socialno okolje
"Projekt Človek mi je bil v bistvu najbolj pomemben."	Strukturirani terapevtski programi zagotavljajo varno okolje za učenje novih strategij in dolgoročno abstinenco (Marlatt in Donovan, 2005, str. 145).	Vključenost v terapevtski program in dolgotrajna strokovna podpora

4.2.5.4. Preventivne strategije Urbana

Urbanove strategije za preprečevanje recidiva izkazuje širok spekter pristopov, ki vključujejo tako prestrukturiranje okolja kot tudi uporabo tehnik za obvladovanje stresa in gradnjo podpornega sistema. Svojo abstinenco Urban pripisuje kombinaciji osebne odločenosti, podpore bližnjih in strokovnega terapevtskega vodenja. Prestrukturiranje okolja, ki vključuje izogibanje visoko tveganim situacijam, je ena od ključnih strategij, ki jih Urban uporablja za ohranjanje stabilnosti. Marlatt in Donovan (2005, str. 50–51) izpostavljata pomen prepoznavanja sprožilcev in njihovega aktivnega izogibanja, saj to omogoča zmanjšanje tveganja za zdrs.

Poleg tega Urban uporablja tehnike sproščanja, kot sta dihanje in meditacija, ki so mu pomagale pri obvladovanju stresa in željah po snoveh. Prochaska in Norcross (2016, str. 86–87) opisujeta, kako takšne strategije krepijo samokontrolo in omogočajo boljše spopadanje z izzivi, ki bi lahko vodili v recidiv. V okviru socialne podpore je Urban poudaril pomen družine in prijateljev, ki

so mu nudili stabilnost in občutek pripadnosti. Marlatt in Donovan (2005, str. 145–146) navajata, da socialna podpora bistveno prispeva k zmanjšanju občutka osamljenosti in kreptvi psihološke stabilnosti.

Nazadnje Urban pripisuje velik pomen profesionalni pomoči, ki jo prejema skozi strukturirane terapevtske programe. Marlatt in Donovan (2005, str. 160–161) poudarjata, da takšni programi ne nudijo le podpore, ampak tudi specifične strategije za soočanje s sprožilci in krepijo občutek samoučinkovitosti. Urbanove izkušnje tako potrjujejo pomembnost celostnega pristopa k obvladovanju tveganj za recidiv.

Tabela 18: Preventivne strategije Urbana

Izjave sogovornikov	Teoretična razlaga	Učinkovite strategije za preprečevanje recidiva
"Zmanjšal sem stike z ljudmi, ki bi me lahko speljali na napačno pot."	Prestrukturiranje okolja in izogibanje sprožilcem zmanjšuje tveganje za recidiv (Marlatt in Donovan, 2005, str. 50–51).	Izogibanje tveganim situacijam in prekinitev stikov z osebami, povezanimi z uporabo drog
"Ko sem pod stresom, se umirim z dihanjem in meditacijo."	Tehnike sproščanja, kot sta dihanje in meditacija, krepijo samokontrolo in zmanjšujejo tveganje za zdrs (Prochaska in Norcross, 2016, str. 86–87).	Uporaba sprostitvenih tehnik, dihalnih vaj in čuječnosti za obvladovanje stresa
"Moja družina mi je stala ob strani in mi pomagala prebroditi težke čase."	Socialna podpora zmanjšuje občutek osamljenosti in povečuje stabilnost (Marlatt in Donovan, 2005, str. 145–146).	Močna podpora družine, prijateljev in socialne mreže
"Redno hodim na terapijo, kjer obdelujem svoje strahove in izzive."	Strukturirani terapevtski programi nudijo strategije za soočanje s sprožilci in povečujejo samoučinkovitost (Marlatt in Donovan, 2005, str. 160–161).	Vključenost v terapevtski program, redna individualna in skupinska terapija

Iz analize strategij, ki so jih naši sogovorniki uporabljali za preprečevanje recidiva, je razvidno, da dolgoročno vzdrževanje abstinence zahteva kombinacijo osebnih, socialnih in profesionalnih pristopov. Ugotovitve intervjujev kažejo na pomen fleksibilnega in prilagojenega pristopa, ki upošteva individualne potrebe ter vključuje tako notranjo motivacijo kot podporo okolja. Strategije, kot so fizična aktivnost, vzpostavitev rutine, tehnike sproščanja in vključevanje v terapevtske programe, so se izkazale za učinkovite pri obvladovanju sprožilcev in kreptvi samoučinkovitosti.

Poudariti je treba tudi vlogo socialne opore, ki zmanjšuje občutek osamljenosti in spodbuja posameznike k vztrajanju pri spremembah, ter pomen strukturiranih terapevtskih programov, ki nudijo strokovno vodenje in omogočajo učenje novih veščin. Skupna ugotovitev je, da uspešne strategije temeljijo na celostnem pristopu, ki povezuje notranje vire moči posameznika s podporo družine, prijateljev in strokovnjakov. Te ugotovitve so pomemben prispevek k razumevanju praks preprečevanja recidiva in ponujajo smernice za nadaljnji razvoj podpornih programov.

4.2.6. Sinteza rezultatov

Intervjuji s sogovorniki razkrivajo kompleksno prepletanje osebnih, socialnih in profesionalnih dejavnikov, ki skupaj omogočajo dolgoročno vzdrževanje abstinence in preprečevanje recidiva. Strategije, ki jih sogovorniki uporabljajo, izkazujejo globoko zavedanje o vplivu okolja, medosebnih odnosov in notranje motivacije na njihove izbire. Te strategije se neposredno navezujejo na Marlattov model preprečevanja recidiva (Marlatt in Donovan, 2005), ki poudarja pomen prepoznavanja visoko tveganih situacij in uporabe tehnik kognitivno-vedenjskega pristopa za obvladovanje sprožilcev. Prav tako se povezujejo s Prochaskovim transteoretičnim modelom sprememb (Prochaska in Prochaska, 2016), kjer faza vzdrževanja zahteva stalno krepitev pridobljenih navad in prilagoditev vedenja.

Sogovorniki so soglasno poudarili pomen izogibanja visoko tveganim situacijam, kar se kaže v pretrganju stikov z ljudmi in okolji, ki bi lahko povzročili ponovni zdrs v odvisnost. Karlova odločitev, da popolnoma prekine stike z nekdanjimi prijatelji in poišče novo zaposlitev v tujini, odraža zavestno prestrukturiranje okolja, kar Marlatt opredeljuje kot ključno strategijo za zmanjšanje tveganja za recidiv (Marlatt in Donovan, 2005, str. 50–51). Podobno Urban navaja, da je prekinil vse stike s starimi prijatelji in popolnoma opustil uporabo alkohola, saj je ta povečeval izpostavljenost sprožilcem. To poudarja, kako lahko spremembe v življenjskem slogu neposredno vplivajo na dolgoročno stabilnost, kar je v skladu z Marlattovim poudarkom na obvladovanju visoko tveganih situacij. Marko pa dodaja, da mu je rutina v obliki zaposlitve in odgovornosti pomagala ustvariti stabilno strukturo v življenju, kar je bistveno za preprečevanje zdrsa.

Socialna podpora se je izkazala za temeljni dejavnik pri vzdrževanju abstinence pri vseh sogovornikih. Marko je večkrat poudaril podporo svoje družine in partnerke, ki sta mu nudili občutek stabilnosti in pripadnosti, medtem ko je Urban izpostavil partnerkino vlogo pri

uvajanju meditacije v njegovo življenje, kar mu je pomagalo pri obvladovanju stresa in tesnobe. Marlatt (2005, str. 145–146) prav tako opozarja na pomen podpore bližnjih kot ključno oporo pri spopadanju z vsakodnevnimi izzivi, povezanimi z vzdrževanjem abstinence. Prochaska (2016, str. 131–133) pa ugotavlja, da socialna opora ne zagotavlja le emocionalne stabilnosti, temveč tudi krepi posameznikovo samopodobo in sposobnost soočanja z izzivi, kar potrjujejo tudi izkušnje sogovornikov.

Obvladovanje stresa je še en pomemben vidik strategij, ki ga sogovorniki uporabljajo za preprečevanje recidiva. Urban je izpostavil meditacijo in branje kot ključni orodji za obvladovanje tesnobe, medtem ko sta Marko in Damir našla uteho v športu, ki jima ne omogoča le fizične dejavnosti, temveč tudi socializacijo in preusmerjanje pozornosti od negativnih misli. Marlatt (2005, str. 190–192) poudarja, da so tehnike sproščanja in telesna dejavnost učinkovita sredstva za zmanjšanje stresa in izboljšanje psihološke stabilnosti. Prochaskov model pa dodaja, da tovrstne navade pripomorejo k utrjevanju vedenjskih sprememb in preprečujejo zdrse, saj posamezniku omogočajo občutek nadzora nad lastnim življenjem.

Terapevtski programi so igrali pomembno vlogo pri oblikovanju strategij sogovornikov. Damir in Karlo sta poudarila pomen Projekta Človek pri učenju tehnik za obvladovanje sprožilcev in razumevanju lastnih vzorcev vedenja, kar se ujema z Marlattovo teorijo o strukturiranih intervencijah kot ključnem elementu za preprečevanje recidiva (Marlatt in Donovan, 2005, str. 145–147). Marko je izpostavil pomen rednih terapevtskih pogovorov, ki mu omogočajo, da predeluje osebne izzive in razvija nove strategije za obvladovanje težkih situacij. Prochaska (2016, str. 87–89) pa poudarja, da so tovrstni programi pomembni za posameznike v fazi vzdrževanja, saj jim omogočajo nadaljnjo podporo in utrjevanje pozitivnih vedenjskih sprememb.

Med sogovorniki so bile razlike v intenzivnosti uporabe tehnik in njihovem pomenu. Medtem ko se je Marko osredotočil na fizično dejavnost in rutino, je Urban večji poudarek namenil tehnikam sproščanja in meditaciji. Karlo pa je svojo abstinenco povezal predvsem z zaposlitvijo in prekinitvijo stikov z nekdanjo družbo. Te razlike odražajo prilagodljivost strategij posameznikov, ki jih Marlatt opredeljuje kot ključno za uspešno dolgoročno vzdrževanje abstinence.

Rezultati intervjujev ponujajo dragocen vpogled v praktične strategije, ki jih je mogoče uporabiti za izboljšanje praks socialnega dela. Poudarjajo potrebo po celostnem pristopu, ki

vključuje osebno motivacijo, socialno oporo in profesionalno pomoč ter hkrati prilagaja programe posameznikovim specifičnim potrebam. To omogoča, da terapevtski programi postanejo bolj učinkoviti in vključujoči, kar posledično poveča možnosti za dolgoročno vzdrževanje abstinence pri posameznikih.

5. SKLEPNE UGOTOVITVE IN PRIPOROČILA ZA SOCIALNO DELO

Zaključna naloga se osredotoča na analizo dejavnikov, ki prispevajo k recidivu med dolgoletnimi abstinenti od prepovedanih drog, in ponuja konkretna priporočila za prakso socialnega dela. V okviru raziskave so bili poglavitni viri intervjuji z dolgoletnimi abstinenti in poglobljen pregled literature, ki je omogočil celovito razumevanje problema. Pomen ugotovitev je mogoče opredeliti v več ravneh, pri čemer so temeljni poudarki na vlogi notranje motivacije, socialne podpore, zmanjševanju stigme in zagotavljanju nizkopražnih storitev.

Najprej je pomembno poudariti, da so intervencijski programi, usmerjeni v podporo abstinentom, učinkoviti le, če upoštevajo kompleksnost recidiva in njegovih sprožilcev. Marlatt in Donovan (2005, str. 23) v svojih delih poudarjata, da je recidiv treba obravnavati kot del dinamičnega procesa, pri čemer je temeljnega pomena razumevanje tako notranjih kot zunanjih dejavnikov tveganja. Intervjuvanci so opisovali različne sprožilce, od socialnih pritiskov do osebnih stisk, kar je v skladu z literaturo, ki izpostavlja pomen prilagojenih strategij za preprečevanje zdrsov (Prochaska in Prochaska, 2016, str. 23–29). Urban je v svojem intervjuju navedel, da je bila njegova sposobnost prepoznati sprožilce in se jim izogniti ključna za ohranjanje abstinence, pri čemer so mu pomembno pomagali terapevti in podporne skupine.

Druga pomembna ugotovitev je vloga družinske in širše socialne podpore, ki se je izkazala za ključno pri vzdrževanju abstinence. Damir je v svojem intervjuju navedel, da je bila podpora družine, čeprav včasih zahtevna in postavljena pred ultimat, ključni dejavnik njegovega prehoda iz aktivne uporabe drog v dolgotrajno abstinenco. Te ugotovitve podpirajo raziskave o vlogi družinskih odnosov, ki kažejo, da čustvena, instrumentalna in informacijska podpora bistveno prispevajo k trajnostnemu okrevanju posameznikov (Sari, Fatah in Nurmala, 2012, str. 59–67). Kljub temu pa so družinske dinamike lahko tudi vir dodatnih izzivov, saj lahko konflikti in nerazumevanje potreb posameznika vodijo do večje stopnje stresa in tveganja za recidiv.

Prav tako je pomembno upoštevati širšo vlogo socialne podpore zunaj družine, predvsem skupnosti in programov socialnega dela. Matthews, Dwyer in Snoek (2017, str. 275–276) v svoji raziskavi o stigmati poudarjajo, da socialna izolacija, ki je pogosto posledica družbene stigme, ovira reintegracijo posameznikov v družbo in zmanjšuje njihovo motivacijo za sodelovanje v programih rehabilitacije. To potrjujejo tudi ugotovitve Marka, ki je izpostavil pomen terapevtske skupnosti, kjer je našel sprejetost in motivacijo za spremembe.

Tretjič, pomembno vlogo imajo nizkopražni programi in pristopi za zmanjševanje škode, zlasti za posameznike, ki še niso pripravljeni na popolno abstinenco. Programi, kot so varni prostori za injiciranje drog, omogočajo zmanjševanje tveganja za okužbe, predoziranje in stigmatizacijo, hkrati pa ponujajo možnost dostopa do zdravstvene in socialne podpore (Grebenc, 2020, str. 287–296). Intervjuji so razkrili, da so nizkopražni programi pogosto prvi korak k vzpostavitvi zaupanja med uporabniki drog in strokovnjaki, kar potrjuje potrebo po njihovi večji dostopnosti in financiranju.

Priporočila za prakso socialnega dela temeljijo na ključnih ugotovitvah raziskave in analizi intervjujev. Prvi korak k učinkovitejši obravnavi je vključevanje individualiziranih pristopov, ki temeljijo na fazah sprememb posameznika. Prochaska in Prochaska (2016, str. 1–29) opozarjata, da je za uspešno intervencijo nujno razumeti, v kateri fazi pripravljenosti je posameznik, ter prilagoditi intervencijske metode temu stanju. Na primer, Urban je v intervjuju izpostavil, da mu je terapevtova sposobnost prepoznati njegovo stanje in mu ponuditi ustrezno podporo v ključnih trenutkih omogočila boljši vpogled v njegove sprožilce in strategije za soočanje z njimi.

Drugi predlog se nanaša na sistematično izobraževanje in podporo družinskim članom. Družine so pogosto glavni vir čustvene in praktične podpore, vendar brez ustreznega znanja in orodij lahko nehote postanejo dejavnik tveganja za recidiv. Programi, usmerjeni v izobraževanje družin o tem, kako pravilno podpirati svoje člane brez postavljanja škodljivih pritiskov, so ključni za trajnostno rehabilitacijo. Te ugotovitve so potrjene tudi v študijah, ki poudarjajo pomen informacijske in čustvene podpore za dolgoročni uspeh (Sari, Fatah in Nurmala, 2012, str. 62–63).

Tretjič, nujno je zmanjšati stigmo, povezano z odvisnostjo, tako na osebni kot na družbeni ravni. Matthews, Dwyer in Snoek (2017, str. 278–279) opozarjajo, da stigmatizacija vodi v socialno izolacijo in zmanjšuje posameznikovo motivacijo za sodelovanje v programih. Marko, ki je v terapevtski skupnosti našel podporo in občutek pripadnosti, je poudaril, kako pomembno je, da uporabniki drog niso obravnavani zgolj kot "problematični posamezniki", temveč kot ljudje s potencialom za spremembo.

Ne nazadnje je treba povečati dostopnost nizkopražnih storitev, ki omogočajo uporabnikom drog postopno prehajanje v stabilnejša življenjska obdobja. Varne sobe, programi za zmanjševanje škode in svetovalne storitve niso le orodje za preprečevanje zdravstvenih tveganj,

temveč tudi most k večji socialni vključenosti in sčasoma k abstinenci. Grebenc in Rihter (2006, str. 287–296) izpostavljata, da so takšni programi še vedno premalo razširjeni in pogosto premalo financirani, čeprav se izkažejo za izjemno učinkovite pri zmanjševanju družbenih in zdravstvenih posledic odvisnosti.

Obravnavane ugotovitve jasno kažejo, da uspešno preprečevanje recidiva pri dolgoletnih abstinentih zahteva celovit, individualiziran in interdisciplinaren pristop. Podpora, prilagojena potrebam posameznika, ki vključuje tako družinske člane kot širšo skupnost, je temeljna za dolgoročno stabilnost. Poleg tega zmanjševanje stigme, spodbujanje socialne vključenosti in razširitev nizkopražnih storitev predstavljajo ključne smernice za prihodnje intervencije. Marlatt in Donovan (2005, str. 23) opozarjata, da obravnava recidiva ni preprosto preprečevanje povratka k substancam, temveč sistematično razumevanje in obvladovanje kompleksnih sprožilcev.

Predlogi za nadaljnje raziskave vključujejo:

1. Poglobljeno preučevanje dolgoročnega vpliva socialne podpore: Potrebne so longitudinalne študije, ki bi analizirale, kako različni tipi podpore (čustvena, informacijska, instrumentalna) vplivajo na vzdrževanje abstinence.
2. Raziskovanje učinkovitosti nizkopražnih programov: Primerjalne analize bi lahko pokazale, kateri programi so najuspešnejši pri vključevanju marginaliziranih skupin v družbo.
3. Preučevanje kognitivno-vedenjskih strategij: Raziskave bi se lahko osredotočile na učinkovitost specifičnih tehnik pri obravnavi posameznikov z dvojno diagnozo, pri čemer je poudarek na integraciji zdravstvenih in socialnih storitev.

Z vidika socialnega dela naloga zaključuje, da so uporabniki drog subjekt, ki ga je treba obravnavati celostno, s poudarkom na njihovih specifičnih potrebah, zmožnostih in kontekstu. Socialno delo ima osrednjo vlogo pri vzpostavljanju sistemov podpore, ki ne zmanjšujejo le tveganja za recidiv, temveč tudi krepijo osebno rast in socialno vključenost posameznikov.

6. UPORABLJENA LITERATURA

1. Agrawal, A., & Lynskey, M. T. (2006). The genetic epidemiology of cannabis use, abuse and dependence. *Addiction*, 101(6), 801–812.
2. Arabshahi, A., Mohammad-Beigi, A., Mohebi, S., & Gharlipour, Z. (2023). Prediction of addiction relapse based on perceived social support and childhood trauma. *Addiction & Health*, 15(4), 253–259.
3. Atadokht, A., Hajloo, N., Karimi, M., & Narimani, M. (2015). The role of family expressed emotion and perceived social support in predicting addiction relapse. *International Journal of High Risk Behaviors & Addiction*, 4(1), e21250.
4. Bakos-Block, C., Yatsco, A., Cohen, A. S., Vega, F., & Champagne-Langabeer, T. (2024). My addiction doesn't define me—Experiences of stigma among mothers with opioid use disorder. *Pharmacoepidemiology*, 3, 57–68.
5. Beck, J. S. (2011). *Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond* (2. izd.). New York: The Guilford Press.
6. Biliński, P., Wojtyła, A., Kapka-Skrzypczak, L., Chwedorowicz, R., Cyranka, M., & Studziński, T. (2012). Epigenetic regulation in drug addiction. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 19(3), 491–496.
7. Bowen, S., Chawla, N., & Marlatt, G. A. (2010). *Mindfulness-Based Relapse Prevention for Addictive Behaviors: A Clinician's Guide*. New York: The Guilford Press.
8. Carey, M. (2012). *Qualitative Research Skills for Social Work*. Routledge.
9. Daley, D. C., & Marlatt, G. A. (2006). *Overcoming your alcohol or drug problem: Effective recovery strategies* (2nd ed.). Oxford University Press.
10. Deak, J. D., & Johnson, E. C. (2021). Genetics of substance use disorders: A review. *Psychological Medicine*, 51, 2189–2200.
11. Degenhardt, L., & Hall, W. (2012). Extent of illicit drug use and dependence, and their contribution to the global burden of disease. *The Lancet*, 379(9810), 55–70.
12. Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136.
13. Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258.

14. Ferrer-Pérez, C., Montagud-Romero, S., & Blanco-Gandía, M. C. (2024). Neurobiological theories of addiction: A comprehensive review. *Psychoactives*, 3(1), 35–47.
15. Flick, U. (2009). *An Introduction to Qualitative Research* (4th ed.). London: Sage Publications Ltd.
16. Fojan, D. (2005). Zmanjševanje škode na področju drog. *Socialna pedagogika*, 9(2), 177–192.
17. Freeman, A., & Ronen, T. (2006). *Cognitive Behavior Therapy in Clinical Social Work Practice*. New York: Springer.
18. Ghani, M., Anand, A., Oei, T. P. S., & Khalid, A. (2017). Addicts' expectations and hopes towards family involvement in substance use treatment programs. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 77, 531–538.
19. Gilbert, K. (2001). *The Emotional Nature of Qualitative Research*. New York: CRC Press.
20. Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Prentice-Hall.
21. Grebenc, V., & Kvaternik, I. (2009). Varnejši prostor za uživanje drog kot smiseln odgovor na potrebe uživalcev drog in skupnosti. *Socialno delo*, 48(5–6), 287–296.
22. Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). New York: The Guilford Press.
23. Hendershot, C. S., Witkiewitz, K., George, W. H., & Marlatt, G. A. (2011). Relapse prevention for addictive behaviors. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 6(1), 17.
24. Herman, J. L. (2015). *Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence—from Domestic Abuse to Political Terror*. New York: Basic Books.
25. Horvath, A. T., Misra, K., Epner, A. K., & Cooper, D. S. (2019). Role of social support in relapse prevention for drug addicts. *International Journal of Innovation, Creativity and Change*, 13(1), 917–918.
26. Irvin, J. E., Bowers, C. A., Dunn, M. E., & Wang, M. C. (1999). Efficacy of relapse prevention: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(4), 563–570.
27. Khantzian, E. J. (1997). The Self-Medication Hypothesis of Substance Use Disorders: A Reconsideration and Recent Applications. *Harvard Review of Psychiatry*, 4(5), 231–244.
28. Košiček, M. (2024). *Prva varna soba v Sloveniji v Novi Gorici: Dejstvo je, da nekdo, ki uživa drogo, ostaja človek*. RTV Slovenija. Pridobljeno 14. septembra 2024 s

<https://www.rtvsllo.si/zdravje/prva-varna-soba-v-sloveniji-v-novi-gorici-dejstvo-je-da-nekdo-ki-uziva-drogo-ostaja-clovek/725903>.

29. Kouimtsidis, C., Raynolds, M., Coulton, S., & Drummond, C. (2007). *Cognitive-Behavioural Therapy in the Treatment of Addiction: A Treatment Planner for Clinicians*. Chichester: Wiley.
30. Kvaternik, I., & Grebenc, V. (2008). Vrzeli med medicino in socialnim delom: Primer "dvojnih diagnoz". *Teorija in praksa*, 45(1–2), 129–143.
31. Kvaternik, I., Rihter, L., & Grebenc, V. (2008). *Vrednotenje izvajanja nacionalne strategije in medresorskega sodelovanja na področju dovoljenih in nedovoljenih drog*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
32. Kvaternik, T., & Grebenc, V. (2008). *Dvojna diagnoza: med medicinskim in socialnim diskurzom*. Univerza v Ljubljani, Fakulteta za socialno delo.
33. Kvaternik, T., & Grebenc, V. (2009). *Vrzeli v obravnavi oseb z dvojno diagnozo: izzivi za socialno delo*. Univerza v Ljubljani, Fakulteta za socialno delo.
34. Mao, S., Chou, T., & D'Orsogna, M. R. (2024). A probabilistic model of relapse in drug addiction. *Mathematical Biosciences*, 372, 109184.
35. Marlatt, G. A., & Donovan, D. M. (2005). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (2nd ed.). New York: The Guilford Press.
36. Marlatt, G. A., Larimer, M. E., & Witkiewitz, K. (2011). *Harm reduction: Pragmatic strategies for managing high-risk behaviors* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
37. Matthews, S., Dwyer, R., & Snoek, A. (2017). Stigma and self-stigma in addiction. *Bioethical Inquiry*, 14, 275–286.
38. Mauthner, M., Birch, M., Jessop, J. in Miller, T. (2002). *Ethics in Qualitative Research*. London: Sage Publications.
39. Mayring, P. (2014). *Qualitative Content Analysis: Theoretical Foundation, Basic Procedures and Software Solution*. Klagenfurt: Beltz.
40. McCann, T., & Lubman, D. (2018). Experiences of family members supporting a relative with substance use problems: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 27(15–16), 3025–3034.
41. Moceo, T. (2020). Stigma, self-perception, and barriers to addiction recovery: A qualitative analysis. *Journal of Substance Use and Misuse*, 25(4), 212–229.
42. Nacionalni inštitut za javno zdravje [NIJZ]. (2021). *Evidenca obravnave uporabnikov drog v letu 2021 – prvi in ponovni vstopi v obravnavo*. Pridobljeno 20. marec 2024, s <https://www.nijz.si/sl/publikacije/evidenca-obravnav-uporabnikov-drog-v-letu-2021>.

43. Nacionalni inštitut za javno zdravje [NIJZ]. (2022). *Nacionalno poročilo 2022 – Stanje na področju prepovedanih drog v Sloveniji*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje
44. Neale, J., Tompkins, C. N., & Sheard, L. (2008). Barriers to accessing generic health and social care services: A qualitative study of injecting drug users. *Health & Social Care in the Community*, 16(2), 147–154.
45. Neff, K. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85–101.
46. Patton, M. Q. (2001). *Qualitative research & evaluation methods* (3rd ed.). London: Sage Publications.
47. Phillips, P., McKeown, O., & Sandford, T. (2009). *Dual diagnosis: Practice in context*. Hoboken: Wiley-Blackwell.
48. Polivy, J., & Herman, C. P. (2002). If at first you don't succeed: False hopes of self-change. *American Psychologist*, 57(9), 677–689.
49. Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390–395.
50. Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1986). *Treating Addictive Behaviors: Processes of Change*. New York: Springer.
51. Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1994). *Changing for good: A revolutionary six-stage program for overcoming bad habits and moving your life positively forward*. New York: William Morrow Paperbacks.
52. Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (2009). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis* (7th ed.). Salt Lake City: Brooks Cole.
53. Prochaska, J. O., & Prochaska, J. M. (2016). *Changing to thrive: Using the stages of change to overcome the top threats to your health and happiness*. Danvers: Hazelden Publishing.
54. Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102–1114.
Pridobljeno 15. aprila 2024 s <https://www.avannistelrooij.nl/wp-content/uploads/2024/05/Prochaska-ea-1992-how-people-change-AP-1.pdf>
55. Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Velicer, W. F. (1989). Stages of change in psychotherapy: A follow-up report. *Psychotherapy*, 26(4), 494–503.
56. Prochaska, J. O., Norcross, J. C., & DiClemente, C. C. (1994). *Changing for good: A revolutionary six-stage program for overcoming bad habits and moving your life positively forward*. New York: William Morrow Paperbacks.

57. Resolucija o nacionalnem programu na področju prepovedanih drog za obdobje 2023–2030. (2023). *Uradni list RS*, št. 45/23. Pridobljeno 12. april 2024, s <https://www.uradni-list.si>.
58. Rode, N., Rihter, L., Grebenc, V., Šabić, A., Žiberna, T., & Kvaternik, I. (2009). Problematika drog v očeh diplomantk in diplomantov Fakultete za socialno delo. *Socialno delo*, 48(5–6), 275–286.
59. Roos, C. R., & Kober, H. (2022). The Role of Emotion Regulation in Substance Use Disorders: State of the Science and Next Steps. V J. Gross, & B. Ford (ur.), *Handbook of Emotion Regulation* (3rd ed.). New York: Guilford.
60. Rowe, C. L. (2012). Family therapy for drug abuse: Review and updates 2003–2010. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38(1), 59–81.
61. Sari, D. M., Fatah, M. Z., & Nurmala, I. (2021). The role of family in assisting the recovery process of drug abusers. *Jurnal Promkes: The Indonesian Journal of Health Promotion and Health Education*, 9(1), 59–68.
62. Sinha, R. (2024). Stress and substance use disorders: risk, relapse, and treatment outcomes. *Journal of Clinical Investigation*, 134(16), e172883.
63. Somekh, B., & Lewin, C. (2005). *Research methods in the social sciences*. London: SAGE Publications.
64. Stoehr, J. D. (2006). *The neurobiology of addiction*. New York: Chelsea House Publishers.
65. Supriyanto, A., Hendiani, N., Hartini, S., & Sabri, F. (2021). Addiction Counselor Profession: Perception of Family Support for Recovering from Drug Abuse Addiction. *Counsellia: Jurnal Bimbingan dan Konseling*, 11(1), 17–30.
66. Tejero, A., Trujols, J., Hernández, E., Pérez de los Cobos, J., & Casas, M. (1997). Processes of change assessment in heroin addicts following the Prochaska and DiClemente transtheoretical model. *Drug and Alcohol Dependence*, 47(1), 31–37.
67. Tomašević, A., & Kastelic, A. (2015). Programi zmanjševanja škode pri osebah, ki uporabljajo psihoaktivne snovi. *Medicinski razgledi*, 54(3), 399–412.
68. Tracy, K., & Wallace, S. P. (2016). Benefits of peer support groups in the treatment of addiction. *Substance Abuse and Rehabilitation*, 7, 143–154.
69. Witkiewitz, K., & Marlatt, G. A. (2004). Relapse prevention for alcohol and drug problems: That was Zen, this is Tao. *American Psychologist*, 59(4), 224–235.
70. Witkiewitz, K., & Marlatt, G. A. (2007). *Therapist's Guide to Evidence-Based Relapse Prevention*. San Diego: Academic Press.
71. Zaidi, U. (2020). Role of social support in relapse prevention for drug addicts. *International Journal of Innovation, Creativity and Change*, 13(1), 915–923.

7. PRILOGE

7.1. Opomnik za izvedbo delno strukturiranega intervjuja

PREDSTAVITEV:

Kontaktna oseba:

(spol, starost)

Datum intervjuja:

Izmišljeno ime:

1. Lahko najprej poveste nekaj o sebi in vaši zgodovini uporabe substanc?
2. Kaj vas je motiviralo, da ste se odločili za abstinenco?
3. Kako dolgo ste že v obdobju abstinence?
4. Ali obstajajo specifični sprožilci ali situacije, ki vas še posebej ogrožajo ali so v preteklosti vodili do recidiva?
5. Kako se spopadate s temi sprožilci?
6. Kakšen vpliv so imele vaše prejšnje izkušnje z uporabo substanc na vaše trenutno življenje?
7. Kako vaša družina in prijatelji vplivajo na vaš proces okrevanja?
8. Kako ste v svoje okrevanje vključili svojo skupnost ali socialne mreže?
9. Ali menite, da vaše okolje (dom, delo, skupnost) podpira vašo abstinenco?
10. Ste kdaj prejeli diagnozo duševne motnje poleg diagnoze odvisnosti? Če da, kako sta obe diagnozi obravnavani skupaj?
11. Kakšne vrste zdravljenja ali podpore ste prejeli za svojo dvojno diagnozo?
12. Kakšni so bili izzivi pri zdravljenju vaše dvojne diagnoze?
13. Strategije za preprečevanje recidiva:
14. Katere osebne strategije ste razvili za preprečevanje recidiva?
15. Kako ste prilagodili svoje vsakodnevne rutine, da podpirajo vašo abstinenco?
16. Kako pomembna je bila profesionalna pomoč (npr. terapevti, svetovalci) v vašem okrevanju?
17. Kateri preventivni programi ali dejavnosti so vam bili najbolj koristni?
18. Vprašanja o samopomoči in individualnih strategijah:
19. Katere tehnike samopomoči so se izkazale za najučinkovitejše pri vašem okrevanju?
20. Kako upravljate stres in negativna čustva?
21. Kako ohranjate motivacijo in zavezanost svoji abstineni dolgoročno?
22. Vprašanja o podpori in virih:
23. Kako ste izbrali podporne skupine ali programe, ki so vam na voljo?
24. Kateri viri so se izkazali za najbolj dragocene pri vašem okrevanju?
25. Kako ocenjujete dostopnost in kakovost podpornih storitev v vašem območju?
26. Kaj bi svetovali osebam, ki začenjajo svojo pot k abstineni?
27. Kako si predstavljate svojo prihodnost in nadaljnje vzdrževanje abstinence?
28. Ali obstaja še kaj, kar bi želeli deliti o svoji izkušnji, ki bi lahko pomagalo drugim v podobni situaciji?
29. Lahko podrobneje opišete [specifično situacijo ali izkušnjo], o kateri ste govorili?
30. Kako ste se počutili, ko ste doživeli [določen dogodek ali izziv]?
31. Kako se je vaš odnos do [določenega vidika okrevanja] spremenil skozi čas?

7.2. Prepis odgovorov intervjuja številka 1

PREDSTAVITEV:

Kontaktna oseba: moški spol, 41. let

(spol, starost)

Datum intervjuja: 13. 8. 2024

Psevdonim: Karlo

Pozdravljen, za začetek bi te prosil, če lahko na kratko poveš kaj o sebi in tvoji zgodovini uporabe prepovedanih substanc?

Uh, niti ne vem kje naj začnem. OK, se pravi, pri 12ih letih sem prvič poskusil travo s kolegi in alkohol pa seveda cigarete. To se je potem nadaljevalo naprej v srednjo šolo, kjer sem začel še s tripi, se pravi LSD in pa Ecstasyom – MDMA. LSD sem vzel samo ene desetkrat, ker ga je bilo precej težko dobiti. MDMA je bil pa precej bolj pogosto na meniju. Izkušnja z MDMA je name naredila zelo globok vtis, v bistvu je bilo razodetje na nek način, duhovna izkušnja. Po tej izkušnji me je začela zelo zanimati duhovnost, bral sem knjige, vadil jogo in tako dalje. Sem pa vseeno ves ta čas kadil travo in pil alkohol.

Je ostalo samo pri travi in MDMA ali si poskusil tudi trde droge?

Ne, na žalost ne. Moja prva izkušnja s kokainom je bila po srednji šoli, ko sem se začel družiti s starimi kolegi iz Bežigrada. Dva od njih sta začela koakin preprodajati, tako da sem ga seveda poskusil in na začetku pogosto dobil tudi zastoj. Poleg kokaina je bil pri meni zelo aktualen tudi speed, se pravi amfetamini. Na začetku je bil pravzaprav speed pri meni glavni, od njega sem postal kar precej hitro odvisen, že po ene pol leta. To se je vleklo ene štiri, pet let, dokler nisem ugotovil, da to nikamor ne pelje in sem prenehal, kar niti ni bilo tako težko, ker na koncu niti ni bilo več nekega učinka, tako da nisem imel občutka, da mi nekaj manjka. Kokain sem ta leta vzel samo občasno, na zabavah in podobno. No, ko sem prekinil s speedom sem bil nato par let brez vsega, takrat sem se še bolj poglobil v duhovnost in to precej resno, to je bil glavni razlog za mojo abstinenco, ker droge in duhovnost ne gresta ravno skupaj. Potem pa sem se razšel z dolgoletno punco, kar me je precej prizadelo, spet sem se začel družiti s starimi kolegi iz Bežigrada in takrat sem tudi redno začel uživati kokain. Dobivali smo se na vrtu kjer je kolega imel barako, na začetku parkrat na teden, potem pa vsak dan. Na začetku sem kokain samo snifal, potem smo ga začeli kaditi, na kocu pa sem si ga tudi vbrizgaval in takrat sem povsem zgubil nadzor nad vsem skupaj in to se je vleklo kar precej časa, enostavno nisem mogel nehati.

Kaj te je motiviralo, da si se odločil za abstinenco?

Enostavno mi ni več zneslo. Nekaj časa je šlo, ker sem imel denar, v bistvu precej denarja, od prodanega stanovanja, prihranki pa seveda plača, ves čas sem bil zaposlen. Plača je šla samo za kokain, prihranki so pa tudi počasi kopnели, na koncu je bilo že tako hudo, da mi ni ostalo več tudi za hrano in stroške, vse je šlo za kokain. Drug razlog je bil zdravje, tako psihično kot fizično. Fizično sem bil čedalje slabši, shujšal sem za dvajset, trideset kil, srce mi je začelo nagajat, psihično sem pa bil tudi povsem na dnu, postal sem paranoičen, depresiven, če nisem imel kokaina sem bil povsem obupan. Bilo je tako slabo, da so opazili tudi moji bližnji. Na koncu sem vse priznal, poiskal pomoč in prenehal, kar je bilo vse prej kot lahko.

Kako dolgo si zdaj v obdobju abstinence?

Ne vem točnega datuma, s kok sem prekinil nekje spomladi 2020, se pravi nekje štiri leta.

Kateri so bili največji izzivi s katerimi si se soočal med svojo abstinenco?

Stara družba, definitivno. Glede na to, da po zdravljenju nisem zamenjal okolja je bil največji izziv popolna prekinitev odnosa s staro družbo. Enostavno si nisem delal utvar, da se lahko še zmeraj družim z njimi, če hočem biti čist. Na začetku so me pogosto klicali, jaz pa sem bil poln izgovorov zakaj nimam časa, nato pa sem se sploh nehal oglašati na telefon, tako da so tudi oni počasi prenehali. Ni pa bilo lahko, na začetku, sem parkrat skoraj popustil, ko ti v glavi šepeta glas, pa sej pejd samo na eno pivo, ampak mi je nekako uspelo. Dejstvo je, da sem si skoraj uničil življenje in nisem hotel tega ponoviti. Problem je bil tudi denar, če sem ga imel malo več na računu, sem pogosto pomislil, da sedaj bi si pa lahko privoščil gram, dva. Počasi je tudi to zbledelo, sploh zato, ker sem imel kar nekaj dolgov, ki jih je bilo treba poravnati.

Ali obstajajo specifični sprožilci ali situacije, ki te še posebej ogrožajo ali so v preteklosti vodili do recidiva? Kako se spopadaš s temi sprožilci?

Spet – stara družba. Problem je v tem, ker jih še vedno srečujem in kar nekaj jih je še vedno na kokainu. Eden od njih recimo koakin uživa že od sedemnajstega leta, pa je star toliko kot jaz in z njim se ne morem več družiti, ker mu samo to roji po glavi. Kot rečeno, enostavno se jih izogibam, ne gre drugače. Poiskal sem si tudi nove prijatelje, včlanil sem se na tečaj meditacije in tam sem spoznal kar nekaj istomislečih ljudi, to mi je zelo pomagalo. Aja, mi je pa recimo še vedno zelo neprijetno, če kdaj na TV kdo snifa kokain, takrat se mi včasih prebudi želja, tako da se tudi tega izogibam. Potem so tudi dnevi, ko sem zelo utrujen ali pa pod stresom, takrat me prime, da bi skadil kak joint, ampak mi je jasno, da ne gre. Najbolj učinkovita strategija pri meni je meditacija. Aja, nisem omenil, da sem prav zaradi starih prijateljev, kmalo po zdravljenju poiskal služo v tujini, tako sem zamenjal lokacijo, hkrati pa sem se zaposlil, nisem imel več časa ne možnosti uživati kakršno koli drogo. Glavno, glavno je pa to, da se res odločiš, da boš nehal, dokler se nisem, je bil vsak sprožilec preveč.

Kakšen vpliv so imele tvoje prejšnje izkušnje z uporabo substanc na tvoje trenutno življenje?

Hm, zelo velike, če ne bi padel v droge bi danes imel precej drugačno življenje. Vpliv ima na vsa področja mojega življenja, socialno, finančno, psihološko in zdravstveno plat. Vedno sem hotel imeti družino, tako pa sem še vedno samski, težave s srcem so ostale. Psihološko sem veliko bolje, ampak verjetno ne bo nikoli isto kot je bilo pred kokainom. Ne vem, drugega kot sprejeti to kar je, mi itak ne preostane, s tem so poskušam čim manj obremenjevati, ker itak nikamor ne pelje.

Kako so tvoja družina in prijatelji vplivali na tvoj proces okrevanja?

Prijatelji so bili del problema (smeh). No, ne vsi, hvala bogu imam zelo dobrega prijatelja še iz otroštva, on je hitro opazil kaj se z menoj dogaja. Prepričeval me je za zdravljenje ampak, dokler nisem sam prišel do tega je bilo zaman. On je bil tudi tisti, ki je povedal moji sestri kaj se dogaja z menoj, ona pa nato tudi mami in očetu. V bistvo so zame priredili neko vrsto intervencije, saj verjetno poznaš, ko te povabijo na sestanek, tam pa so vsi, ki so ti blizu in ti povejo kako tvoja odvisnost vpliva na njihovo življenje. V glavnem, oni so mi predlagali naj se grem zdraviti na DTO (CZOPD op.a.), za kar sem se kasneje tudi odločil. Brez staršev, sestre in prijatelja bi se verjetno vse skupaj vleklo še dlje kot se je. Med zdravljenjem so me obiskovali, podpirali in kar je najbolj važno, niso me obsojali in krivili. Tudi po zdravljenju so mi bili vedno na voljo, za nekaj časa sem se po zdravljenju celo preselil nazaj k staršem, za kar sem jima res hvaležen, ker takrat sem bil še zelo labilen. Torej ja, zelo veliko, ne vem kako bi brez njih zmozel premagati vse skupaj, če sploh bi.

Kako si v svoje okrevanje vključili svojo skupnost ali socialno mrežo?

Saj nisem imel nobene socialne mreže (smeh). Kot rečeno, najbolj mi je pomagal moja družina, prijatelja s tem nisem obremenjeval saj ima svoje življenje, poleg tega sem imel vso podporo, ki sem jo potreboval na DTO v dnevni bolnici.

Ali meniš, da tvoje okolje (dom, delo, skupnost) podpira tvojo abstinenco?

Absolutno, družina vsekakor, skupnost tudi, pod skupnost imam v mislih dnevno bolnico na DTO, kamor hodim vsak teden na individualne in skupinske terapije. Kar se tiče dela pa tega nisem nikoli razglašal na nobenem delovnem mestu, ker sem prepričan, da bi me ali odpustili al pa bil ožigosan kot narkoman.

Si kdaj prejel diagnozo duševne motnje poleg diagnoze odvisnosti? Če da, ali in kako sta obe diagnozi obravnavani skupaj?

Hm, to je zanimiva zgodba, ampak naj najprej odgovorim na tvoje vprašanje – ja in ne. Imam dignosticirano shizofrenijo ampak nikoli ni bila obravnavana skupaj s odvisnostjo. Shizofrenijo so mi daignosticirali po vrnitvi iz Indije. Po tem, ko sem opustil speed in preden sem začel z koainom, sem imel obdobje, ko sem se sto procentno vrgel v duhovnost, tako zelo, da sem šel kar nekajkrat v Indijo v določen Ashram (svetišče, op.a.) kjer sem imel svojega učitelja. Tam sem vadil jogo in medital od jutra do večera, v bistvu sem na nek način postal obseden z vsem skupaj, na kar me je opozoril tudi učitelj, rekel mi je da se prehitro in preveč neodgovorno spuščam v svoj um, izkazalo se ja, da ima prav. Imel sem precej duhovnih izkušenj in vse je bilo ok, na neki točki pa je bilo vsega skupaj preveč, enostavno nisem mogel predelati vsega. Ne bom se spuščal v podrobnosti, ker niti ni pomembno za ta pogovor, s spremstvom sem se vrnil iz Indije in nato mislim, da še isti dan pristal v bolnišnici Polje.

Kakšne vrste zdravljenja ali podpore si prejel za svojo dvojno diagnozo?

Za diagnozo imam občutek, da so mi jo postavili po liniji najmanjšega odpora, najprej so mi rekli, da je psihoza, tam jim semveda nisem razlagal o Indiji, nato pa so mi postavili diagnozo shizofrenije. O odvisnosti v Polju ni bilo govora, za shizofrenijo so mi predpisali tablete, ki so mi sicer pomagale, ampak po njih nisem nič več čutil, postal sem nekako otopel, zgubil sem stik s seboj, mogoče sem tudi zato začel s kokainom, da bi spet kaj čutil. V Polju tudi nisem nikoli omenil drog, že zato, ker sem vedel, da bi vse skupaj takoj pripisali drogam, vzrok pa je bil čisto nekje drugje. Na DTO, so vedeli za mojo diagnozo, omenili so, da so imeli tudi poseben oddelek za uporabnike z dvojno diagnozo, ampak ni bil aktiven, ko sem bil jaz tam. V glavnem, tablete še vedno redno jemljem, ker jih moram, saj se mi psihično stanje hitro poslabša, če prekinem z jemanjem, tako da se ne hecam s tem.

Katere osebne strategije si razvil za preprečevanje recidiva?

Izogibanje napačne družbe je moja glavna strategija, če uspeš s tem, si zmagal. No vsaj zame je tako, sicer moje stare družbe nisem videl že kar nekaj časa, mogoče me zdaj ne bi več premamilo, ampak zakaj bi se igral z ognjem.

Kako si prilagodili svoje vsakodnevne rutine, da podpirajo tvojo abstinenco?

Oh, to je kot noč in dan. Prej je bila edina rutina služba, preostanek dneva in noči pa je bil glavni kokain, kamor me je on peljal, tam sem šel. Zdaj imam normalen dan, se pravi služba, po službi nujni opravki, dnevna bolnica, tečaj meditacije, kar nekajkrat na teden sem z ljudmi, ki nimajo veze z drogami, ki podpirajo mojo abstinenco – to je glavno. Zelo pa pazim tudi na to, da dobim dovolj spanca, prej mi ga je vedno primanjkovalo.

Kako pomembna je bila profesionalna pomoč (npr. terapevti, svetovalci) v vašem okrevanju?

Izredno pomembna, v mislih imam DTO z vsemi njihovimi programi, se pravi od pripravljalnega do dnevne bolnice. Tam sem se naučil kako se spoprijeti z mojo odvisnostjo, tam so imeli zdravnike, psihologe, socialne delavce in od vseh sem nekaj pobral in še vedno so mi v podporo. V dnevno bolnico grem dvakrat na teden, kjer opravi urinski test imam pogovore in tako naprej, še vedno so mi v zelo veliko podporo, res strokoven program, vse pohvale iz moje strani.

Kateri preventivni programi ali dejavnosti so ti bili najbolj koristni?

NA DTO-ju smo imeli ful enih skupin, meni so najbolj sicer pomagali individualni pogovori s psihologinjo, še bolj pa skupinske terapije. Tam sem od drugih uporabnikov slišal, kako se oni spopadajo z svojo odvisnostjo, kaj jih je pripeljalo nazaj, ker zelo veliko jih je bilo povratnikov, nekateri so bili tam tudi po štirikrat, rekorder je bil tam že šestič (smeh). Od njih sem se največ naučil.

Katere tehnike samopomoči so se izkazale za najučinkovitejše pri vašem okrevanju?

Definitivno meditacija, s tem, da sedaj ne pretiravam, nimam več želje po razsvetljenju (smeh), rad bi samo neko umirjeno stanje uma in pa da sem brez želje po kokainu, ki je bila prej vedno prisotna.

Kako upravljaš stres in negativna čustva?

Počakam, da minejo, ker vedno minejo. Kaj dosti več ne morem narediti. Opazil sem, da mi pomaga tudi dobra hrana, ampak nočem pretiravat, ker sem se že tako preveč zredil. Za stres mi tudi glasba pomaga, taka umirjena, klasična zadnje čase. Aja, pa dihanje, osredotočim se na dihanje, se mi zdi, da se potem nekako hitreje umirim.

Kako ohranjaš motivacijo in zavezanost svoji abstinenci dolgoročno?

Sploh ne razmišljam o tem, pač živim tako kot mi ustreza, samo brez drog. S časom želja zbledi, se mi zdi, da vsak dan bolj, čeprav je vedno prisotna nekje v ozadju.

Kako si izbral podporne skupine ali programe, ki so ti na voljo?

Ko sem se prvič odločil za zdravljenje, sem vedel samo to, da nočem v komuno. Vedel sem, da rabim pomoč ampak komuna mi je vedno imela nek negativen prizvok. To sem tudi povedal družini in potem je sestra najdla in predlagala DTO. Meni je ta program izredno pomagal, se mi zdi, da je nako najbolj strokoven indodelan program v Sloveniji.

Kaj pa za psihično motnjo?

Tam pa niti nisem imel izbire, ker sem iz Ljubljane sem pač pristal v Polju.

Kateri viri so se izkazali za najbolj dragocene pri tvojem okrevanju?

Kar se tiče shizofrenije, so mi definitivno najbolj pomagala zdravila, zato sem tudi zelo disciplinarn kar se tiče jemanja. Kar se tiče odvisnosti pa so mi bile najbolj dragocene izkušnje drugih uporabnikov na DTO-ju, od njih sem se največ naučil – kaj ne početi, čemu se izogibati, na kaj paziti, katere knjige so dobre in tako naprej.

Imaš še vedno stike s kakim uporabnikom?

Ja, s parimi, sicer se ne dobivamo, ker smo iz različnih koncev Slovenije, imamo pa stike prek Facebooka in podobno, se kar precej pogovarjamo, so mi že pomagali prebroditi par težkih trenutkov in upam, da jaz njim.

Kako ocenjuješ dostopnost in kakovost podpornih storitev v tvojem območju?

Mislim, da ja dobra, jaz sem iz Ljubljane in Ljubljana je itak dobro pokrita. Kakor vem, je poleg DTO-ja kar nekaj opcij.

Si izkoristil še kako poleg DTO-ja?

Ne, DTO mi več kot zadošča, nisem čutil potrebe.

Kaj bi svetovali osebam, ki začenjajo svojo pot k abstinenci?

Naj izkoristijo vse možnosti, ki so jim na voljo. Če imajo to možnost, naj se čim bolj oprejo na druge ljudi, mislim na družino, terapevte, prijatelje, ker večinoma želijo pomagat, če si sam je veliko težje, veliko bolj nevarno. Dvomim, da bi mi uspelo, če bi bil sam, brez podpore.

Kako si predstavljaš svojo prihodnost in nadaljnje vzdrževanje abstinence?

Ne ukvarjam se s tem, sploh ne razmišljam o tem. Vem, da imam dovolj, ni dosti manjkalo, da bi se uničil in tega nočem, vem pa da, če ponovno začnem s kokainom, da bo to -to. Trenutno je vse nekako ok in tega ne bi rad uničil!

Ali si imel še kak recidiv po zdravljenju?

Ne, hvala bogu ne, vem, da si ga ne morem privoščiti, zato pa tudi redno hodim na sestanke v dnevno bolnico. Tam moram dati urin na vsakem obisku, kar mi tudi na nek način pomaga, čeprav mislim, da se tudi brez tega dovolj trden.

Ali obstaja še kaj, kar bi želeli deliti o svoji izkušnji, ki bi lahko pomagalo drugim v podobni situaciji?

Dopamin po naravni poti (smeh). Ne, resno, sprehod, dobra hrana, prijatelji, seks, vse to da dopamin, ne rabimo droge, da se dobro počutimo, želim si, da bi se tega zavedal že prej.

Najlepša hvala za pogovor!

7.3. Prepis odgovorov intervjuja številka 2

PREDSTAVITEV:

Kontaktna oseba: moški spol, 46. let

(spol, starost)

Datum intervjuja: 10. 7. 2024

Psevdonim: Damir

Lahko najprej poveš nekaj o sebi in tvoji zgodovini uporabe substanc?

Se pravi, kdaj sem začel, koliko časa...?

Ja, pač kratka zgodovina, predstavitev.

Ja, srečal sem se ponesreči s heroinom. Nisem načrtoval. Mogoče je bilo to v mojih zvezdah zapisano, ker nisem šel direktno v akcijo - aha zdaj pa heroin, zdaj se ga bom pa zadel pa to je to. In tako je to šlo, že prvič mi je bilo všeč pa sem nadaljeval, potem se je zgodila prva kriza, ki, mi pa ni bila všeč (smeh) in takrat sem šele dojel, da nekaj ni v redu.

Kdaj si začel z uporabo substanc? Koliko si bil star?

Kmalu po srednji šoli, se pravi ene devetnajst let.

Kakšni so bili začetni razlogi za uporabo?

Aja, a to je tudi pomembno? Seveda, če grem, če grem res v detajle. Jaz sem pred tem kadil travo in pa alkohol, seveda, to smo začeli že nekje v prvem letniku srednje šole. Tudi tisti dan smo v bistvu hoteli kupiti travo, ki pa je kolega ni mogel nikjer dobiti. Pa je mene prosil, če grem, če lahko kaj zrihtam. Jaz sem se spomnil enega drugega kolega, s katerim sva bila paralelka na srednji šoli. Nekaj časa sva se družila, potem smo se pa razšli. Ampak še vedno pa sem vedel, kje živi. In tako gremo mi v Štepanjsko naselje. Tam je bilo že tako leglo teh dilerjev. Takrat je res zrihtal ta skunk ali pa travo domačico kaj pa jaz vem, no v ta drugo je pa rekel, da ima nekaj boljšega, da trave ni lahko pa zrihta hors (heroin, op.a.) in seveda neumen kot sem bil, sem bil takoj za. Se pravi, čista neumnost, nepremišljenost.

Kako se je tvoja uporaba substanc razvijala skozi čas?

Začelo je, kot sem že povedal s travo in alkomotom v srednji šoli. Kar se tiče heroina sem ga najprej kadil na foliji in valda občutek je bil noro dober! Po pravici povedano, trava mi načeloma nikol ni bila ne vem kako dobra, heroin mi je bil pa takoj všeč, no saj komu pa ni. No in najprej sem ga vzel enkrat na štirinajst dni, potem enkrat na teden in v pol leta sem bil notri ali pa še prej. Ne spomnim se dobro, kakšna je bila časovnica, ampak hitro me je prevzel, ker mi je pasal ta občutek, kinkanje odmik od družbe, problemi so izginili. Nisem šole naprej delal, pa se je to lepo skupaj seštel. Vse skupaj se je vleklo dobra tri leta, takrat sem bil že tako odvisen, da enostavno ni šlo več naprej.

Kaj te je motiviralo, da si se odločil za abstinenco?

Takrat sem seveda živel še doma pri starših. Takrat so že vedeli in ker nisem kazal neke volje, da bi prenehal, so rekli, tukaj imaš za eno mesečno najemnino in adijo. Jaz sem bil vesel, in sem šel takoj nabavit. Foter je itak dvignil roke zato, ker sem takrat že poskusil prenehati pri Kastelicu na DTO in ni ratalo. Potem sem bil pa ene tri tedne na cesti. Dobro, da je bilo poletje sem spal po parkih in prijateljih pa je šlo. Pa enga modela sem si našel, ki je tam nekaj malo kradel pa to. Ko je prišla jesen, sem bil že tako naveličan, da sem vprašal, če lahko pridem nazaj, pa so mi par pogojev postavili. Če greš spet na detoksikacijo, te bomo spremljali, če ne, pa jebi ga.

Je bil kakšen specifičen dogodek, ki je vplival na to odločitev?

Bolj serija dogodkov, zgubil sem streho nad glavo, denarja ni bilo več, zabavano tudi ni bilo več, zadeval sem se v bistvu na tisti točki samo zato, da nisem bil bolan.

Kako si se počutil pred odločitvijo za abstinenco?

Slabo v bistvu brezupno, sam niti nisem verjel, da mi bo uspelo ampak nisem hotel biti več na cesti, kot en klošar, toliko samospoštovanja sem še premogel.

Ali je kdo iz tvojega socialnega okolja vplival na to odločitev?

Najbolj starša, se pravi družina, moj krog znancev in prijateljev se je takrat itak vrtel samo okoli drog, tako da oni niso bili ravno podpora, kvečjemu obratno.

Kako dolgo si že v obdobju abstinence?

Uh, veš, da ne vem, plus dvajset let vsaj, to se mi zdaj zdi kot en drug svet, drugo življenje.

Kako bi opisal svojo pot do trenutne abstinence?

Na začetku je bilo težko, najtežje, ker je bila prisotna želja, ampak na zdravljenju je v bistvu vse potekalo kar ok. Uspešno sem zaključil celoten program in s tem je bila zame zgodba zaključena.

So bili kakšni kritični trenutki, ko si skoraj zdrsnil nazaj?

Hm, niti ne, msliš po zdravljenju?

Ja?

Ne po zdravljenju ne, ko sem končal, sem hitro zaživel normalno življenje, se poročil, dobil prvega otroka, začel s službo in tako naprej

Si kdaj doživel recidiv med tvojim okrevanjem?

Ja med zdravljenjem, sva skupaj še z enim uporabnikom, po treh mesecih v projektu pobegnila. Potikala sva se po Ljubljani in se zadevala kak teden, potem nama je pa obema postalo jasno, da to nikamor ne pelje in sva se vsa pohlevna vrnila nazaj in prosila odpuščanja, hvala bogu so naju sprejeli nazaj.

Kolikokrat si doživel recidiv?

Pravzaprav je bil to edini res omembe vreden recidiv, ko sem zaključil program je bilo konec s heroinom.

Se pravi po končanem zdravljenju nisi nikoli več vzel nobene droge?

Nikoli nisem imel niti pomislek, da bi še se ga zadel. Je bilo pa res, da če je bil kakšen tak party, pa če so bili kakšni taki veseljaki, da potem ko so kaj narisali, sem tudi jaz kakšno črtico zategnil. Ampak jaz na to nisem gledal kot na recidiv...

Kokain?

Ja, ampak to je blo potem že leta po zdravljenju, ko sem imel urejeno življenje, družino, službo, to je bilo res zgolj in samo rekreativno, ampak kot sem rekel, heroina nikoli več.

Mislil, nikoli da bi spet od nečesa ratal odvisen. Jaz tako gledam ali pa da bi to delal deset dni zapovrstjo. Takrat in gotovo, zaključena zgodba. Ali pa nikoli, da bi jaz potem sam iskal in kupoval, če je kdo imel. Zdaj pa naši tamali (poleg svojih ima tudi dva odrasla posvojena sinova, op.a.), ko smo na morju, pa oni kdaj pokadijo travo, pa kakšen dim naredim in potem več ne smem, ker je tako močno, da mi niti ne paše, to je vse.

So bili kakšni vzorci, ki so vodili do teh recidivov?

Vzorci, ne vem če so bili ravno vzorci, takrat sem pač bil ves zblojen, po glavi mi je šel samo hors, na določeni točki sva se samo spogledala in samo šla, ampaj ja v ozadju so bili sigurno tudi drugi razlogi. Starša sta se ločevala, sam nisem vedel kaj bi sam s eboj počel, nobenih ciljev, zamorjen in to.

Ali si pričakoval, da bi lahko prišlo do recidiva?

Ja, če mi je šlo pa samo po glavi takrat, saj po tistem tednu me je pa ornk minilo, ker ni blo lušno.

Kaj meniš, da je prispevalo k recidivu?

Hm, to, da se nisem sam odločil za zdravljenje, ker so me prisili, ni v meni dozorelo. Valda nisem bil edini tak na zdravljenju in, ko sva se dva taka najdla, sva drugega začela kuriti in to je bilo to.

Ali so bili določeni sprožilci, ki so prispevali k recidivu?

Spomnim se, da v Projektu niso dovolili nobene omembe drog, nobenega pogovarjanja o temu med čik pavzami in to je bil takrat zame največji sprožilec. S souporabnikom sva se nonstop pogovarjala o tem, kako bi bilo noro, če bi se ga lahko zadela, kam bi šla, kje bi dobila in potem na eni točki, sva bila že tako zrajcana, da sva samo šla.

Kateri čustveni, socialni ali fizični dejavniki so najbolj vplivali na ponovitev?

Kvečjemu ti lahko povem, kaj je vplivalo, da nisem več ponavljal tega, ker kot sem rekel, tisto je bilo enkrat, ko sem zaključil zdravljenje, je bila zgodba s heroinom zame končana.

No seveda, potem pa, kateri dejavniki so ti najbolj pomagali pri vzdrževanju abstinence?

Zelo enostavno, kot prvo to, da sem se sam pri sebi odločil, to proti koncu zdravljenja, da nikoli več. Ampak takrat sem pa res rekel, da nikoli več nočem biti odvisen fizično, pa da potem samo o tem razmišljam dan za dnem, da ni nobenih drugih vizij, nobenega drugega veselja kot sam iskat hors cele dneve. Potem moja družina, kake dve leti po zdravljenju sem se poročil, potem so otroci prišli in potem, valda, ne bom se zadeval pa za otroke skrbel.

Katere strategije si uporabil za vzdrževanje abstinence?

Nobenih posebnih, na zdravljenju je bilo sicer dosti govora o tem, ampak se niti ne spomnim, glavno je, da se sam pri sebi odločiš, potem pa vse drugo.

Katere so bile največje ovire in dejavniki tveganja, ki so te spremljali med tvojim okrevanjem?

Največja ovira sem bil jaz sam (smeh). Za tisti prvi in v bistvu edini recidiv je bilo najbolj nevarno to, kar sem že povedal, da smo drug drugega kurili, se pravi družba, drugi uporabniki, ko sem enkrat ven prišel sem kar pazil, da nisem iskal stare družbe.

Kako so se ti dejavniki spreminjali skozi čas?

Večina starih kolegov je ostala notri v temu in nisem imel kaj več početi z njimi, ne vem koliko je sploh še živih danes, verjetno ne prav dosti. Se pravi, oni niso bili več neka grožnja, kot sem pa že parkrat rekel, sem sam pri sebi pa tudi raspucal in to se je skozi čas samo utrdilo. Mogoče, če sem iskren, je edino alkohol včasih malo problematičen.

Zakaj?

Ker je nonstop prisoten, pa doma, pa v službi pa med druženji, saj ne me narobe razumet, nisem alkoholik ali pa kaj takega, se mi pa zdi, da ga je včasih preveč.

Kateri dejavniki so bili najbolj konstantni (npr. stres, socialni pritiski)?

Pred zdravljenjem sigurno družba, saj ne da bi pritiskali name, ampak prej narediš kako bedarijo v družbi kot sam, se mi zdi.

Ali obstajajo specifični sprožilci ali situacije, ki te še posebej ogrožajo ali so v preteklosti vodili do recidiva?

Danes jih ni več, je že tako veliko časa minilo od tega, da kar koli se že zgodi, je pač del normalnega življenja, v preteklosti pa itak nisem rabil kakih posebnih sprožilcev, vsak najmanjši razlog za zadet sega je bil dober (smeh).

Kateri ljudje ali situacije so v preteklosti sprožili te težave?

Jah, takrat sta se starša ločevala, kar verjetno ni pomagalo, če pomislim je tudi to verjetno malo prispevalo, ker ni bilo nadzora, nista se ukvarjala z nami ampak s samim seboj. Jaz pa brez nadzora, sem počel kar sem počel, sem pa takrat itak iskal tako družbo, ki ni ravno v šahovski krožek hodila, tako da se je vse nekako poklopilo.

Kako prepoznaš te sprožilce?

Saj pravim, o tem sploh več ne premišljujem.

Kako se ali si se soočal s temi tveganji in sprožilci v vsakodnevnem življenju?

Takrat tako, da sem se drogiral, danes pa, kadar sem pod stresom, živčen ali utrujen, grem na kolo pa se zgonim, to mi pomaga, če sem len si kako pivo odprem, če so pa kake večje težave, se pa cela družina pogovorimo.

Katere tehnike ali strategije uporabiš, ko začutiš, da te nekaj ogroža?

Te moram spet razočarat, od tega je že toliko, da to sploh ni več aktualno, ne spomnim se kdaj nazadnje sem pomisli, da bi se šel zadet zaradi nečesa.

Saj nisem razočaran, samo temeljit bi rad bil, če nekaj ni relevantno, mi kar povej.

Velja.

Ali si se o svojih sprožilcih pogovarjal z drugimi (terapevti, prijatelji)?

Z prijatelji nikoli, s terapevti pa smo se v Projektu o tem veliko pogovarjali, se pa ne spomnim podrobnosti, to so verjetno bolj rabili tisti, ki niso sami pri sebi raspicali kaj hočejo.

Kakšno vlogo so igrali stres in čustvena stanja pri tvojem okrevanju?

Ne vem, ne posebne, jaz sem preprost človek, v bistvu ne rabim dosti, da sem zadovoljen. Ko sem jezen, sem jezen, gre mimo pa to, s tem se sploh ne ukvarjam dosti, to se mi vse zdi pač del življenja. Takrat se sicer spomnim, da sem bil dostikrat jezen, pa živčen in heroin je valda pomagal, ker ko si zadet nimaš problemov.

Ali obstajajo specifične čustvene situacije, ki so najtežje za tebe?

Ja, v bistvu me lahko najbolj iz tira moja žena spravi (smeh), ampak se vedno pobotava.

Kako upravljaš s stresom in anksioznostjo?

Služba, šport, ženska, otroci, familija, odnosi. Potem pa sploh ni več časa za te stvari. Gre mimo.

Kakšen vpliv je imela tvoja družina in socialno okolje na tvoj proces okrevanja?

Velik, to da so me starši pripravili do zdravljenja pa me podpirali je bilo takrat vse, sam od sebe sigurno ne bi šel, drugi pa itak niso vedeli za moje zadevanje, poleg moje družbe, seveda.

Ali meniš, da so ti prijatelji in družina pomagali ali otežili okrevanje?

Prijateljem, če jim lahko tako rečeš je bilo itak vseeno, med junkiji ni pravega prijateljstva, oni mi ga niso niti otežili niti mi niso pomagali. Družina mi je pa seveda pomagala, mislim mama in oče.

Kako pomembna je bila podpora tvojih bližnjih?

Zelo pomembna, dvomim, da bi bil danes sploh živ brez te podpore.

Si opazil vpliv bioloških predispozicij ali zdravstvenih težav na tvojo abstinenco?

Ne.

Ali je kdo v tvoji družini imel podobne težave?

Ne, vsaj, da bi jaz vedel ne, no vsi radi kaj popijemo ampak noben ni bil odvisen ali pa alkoholik.

Si kdaj prejel diagnozo duševne motnje poleg diagnoze odvisnosti?

Ne, nikoli.

Katere osebne strategije uporabljaš za preprečevanje recidiva?

Nimam nobenih posebnih strategij. Delo, to da se zaposliš, čim manj prostega časa.

Kako pomembno vlogo so odigrali preventivni programi (npr. terapevtske skupine, svetovanje)?

Ogromno, spomnim se, da smo imeli v Sopotnici, v Projektu ogromno teh skupin in meni so bile vedno všeč, ker sem slišal kako se drugi spopadajo s tem. Jaz sem se prav tam odločil, da prekinem s tem, da je konec, če bi moral sam čez vse to, ne vem kako bi se končalo.

Kateri programi so bili najbolj učinkoviti?

Zame definitivno Projekt Človek, drugih itak ne poznam, no DTO ampak tisto je bilo bolj pucanje kot kaj drugega.

Kako pogosto si obiskoval tovrstne programe?

Projekt sem zaključil, dugih pa nisem obiskoval. Saj Projekt je bil več kot dovolj, tam sem preživel dve leti, dovolj zame.

Kako ocenjuješ tveganje za ponovitev zasvojenosti v tvojem življenju danes?

Ni ga. Jaz sem že večkrat rekel, da bi lahko malo zmanjšal alkohol. Mislim, da bi ga, če bi ga lahko. Ampak je toliko teh veseljačenj in alkohol je vedno prisoten. Nimam ravno zdrave družbe pri alkoholu, kot sem mogoče mislil, da jo imam. Ampak toj e vse, če bi čutil, da je res problem bi že stopil na bremzo.

Ali obstaja tveganje, da bi padel v novo odvisnost?

Jaz mislim, da ne, ker vseeno vem za kaj gre, Nikoli ne pijem sam ali pa doma, zmeraj samo v družbi, ampak oba s ženo sva zelo družabna, tako da je pogosto prisotno pol tudi veseljačenje (smeh).

Katere spremembe si moral takrat narediti, da si zmanjšal tveganje?

Kor prvo zamenjat družbo, odpikal sem folk s katerim sem se prej družil, pa zaposlit sem se moral, jasno mi je bilo, da ne bo dobro, če bom imel preveč prostega časa.

Si kdaj uporabljal metode za ocenjevanje lastnega tveganja za recidiv (npr. samorefleksija, testi, pogovor s terapevti)?

Ne, niti ne poznam kakih hudih pristopov niti nimam časa za njih (smeh).

Kako so ti pri tem pomagali strokovnjaki (npr. terapevti, socialni delavci)?

Spomnim se, da smo imeli v Projektu precej pogovorov na temo tveganja pa sprožilcev in podobno, se pa ne spomnim podrobnosti.

Ali imaš določene pristope, ki si jih pridobil v terapiji?

Pristop je bil ta, da sem zamenjal družbo, okolje, na to vem, da so nas tudi oni opozarjali.

Kako pomembna je bila podpora strokovnjakov?

Zame zelo pomembna, jaz sem imel terapevtko s katero sem se super razumel in sem ji zaupal. Z njo sva imela dosti individualnih pogovorov, meni je zelo pomagala, nasploh so bili vsi zaposleni v Projektu super, meni se je zdel res tak celovit program

Ali meniš, da tvoje okolje (delo, dom, prijatelji) podpira tvojo abstinenco?

V službi sploh ne vejo, da sem kdaj bil v tem, večina prijateljev tudi ne, doma pa tudi sploh ni govora o tem, tako da ne vem kaj naj rečem. Takrat so me podpirali, ja, mislim na starša predvsem.

Kateri dejavniki okolja ti najbolj pomagajo ostati abstinent?

Moja družina, žena, moji otroci, ni šans, da bi spet padel v to, že zaradi njih ne.

Ali obstajajo vidiki tvojega okolja, ki so ti včasih povzročali težave?

Pa niti ne, valda se tudi midva skregava, tako kot vsak par, pa otroci majo probleme, pa šef je tečen ampak to je normalno, gre mimo.

Katere spremembe si moral narediti v svojem okolju, da bi zmanjšal tveganje za recidiv?

Po zdravljenju sem prekinil stike s staro družbo, na to so me vsi najbolj opozarjali, pa saj je bilo tudi meni jasno, pa tudi izogibal sem se nekaj časa placov za katere sem vedel, da se zbirajo tam. Tudi kar se tiče alkohola, ga kar nekaj časa nisem pil, nam so itak rekli, da nobene substance nikoli več, sem to kar upošteval.

Kako se je tvoje okolje prilagodilo tvojemu okrevanju?

Po zdravljenju sem se lahko vrnil domov za tako dolgo, da sem si poiskal službo in se osamosvojil, kakih drugih prilagoditev niti ni bilo, niti jih ni bilo treba.

Kako ohranjaš motivacijo in zavezanost svoji abstinenci na dolgi rok?

Ne vem, pride sama po sebi, nikoli več si ne želim več cele dneve priživeti v iskanju dorg in pred strahom na krizo, pa laganje in kraje in vse kar pride zraven, to je motivacija.

Ali imaš določene cilje, ki jih slediš dolgoročno?

Ja imam, trenutno zidava novo hišo, to mi pobere večino časa, potem se bo pa spet kaj najdljo

Katere tehnike samopomoči so se izkazale za najbolj učinkovite pri dolgotrajnem okrevanju?

Iskreno, ne vem, ne vem če sploh imel kake tehnike.

Kako pomembna je bila vloga terapevtov, svetovalcev ali drugih strokovnjakov v tvojem okrevanju?

To sem že omenil, da sem imel terapevtko, socialno delavko v Projektu, s katero sem se super razumel, tako da ja pomembno, z njo sem se veliko pogovarjal. Z njo sem dosti tega predelal, odnosi v družini pa preteklost pa take zadeve.

Ali bi bilo okrevanje brez profesionalne pomoči težje?

Sto procentno, veliko težje bi se sam spucal, ni nemogoče, ampak ja, jaz sem rabil brco v rit.

Ali še vedno uporabljaš profesionalne vire pomoči?

Ne, od Projekta naprej več ne. No, prva žena je bila tudi socialna delavka (smeh), tako da mogoče je tudi ona kaj pomagala,

Kateri preventivni programi ali dejavnosti so ti bili najbolj koristni in zakaj? Kako si našel te programe?

Pri meni je bil samo Projekt, nisem ga pa jaz našel, se mi zdi, da ga je mama, smo šli na prvi pogovor in sem rekel, da grem.

Ali meniš, da bi obstajali še drugi programi, ki bi ti lahko koristili?

Ne, meni je bil Projekt več kot dovolj.

Kako ocenjuješ dostopnost in kakovost podpornih storitev v tvojem območju?

Ne poznam, iskreno povedano, ne spremljam več tega. Po mojem je tega več kot dovolj.

Ali bi priporočil spremembe v sistemu podpore za abstinentne?

Ne poznam teh sistemov, da bi si upal deliti mnenja, v Projektu sem imel vedno podporo, tudi po zaključenem zdravljenju, ampak slej kot prej se mora vsak sam postaviti na noge.

Kaj bi svetoval osebam, ki začenjajo svojo pot k abstinenci?

Nikoli ni prepozno in nič ni nemogoče. Zame so vsi rekli, da bom končal nekje mrtev z iglo v roki pa imam danes družino, dobro službo, lastno hišo, tako da naj se ne predajo.

Hvala za pogovor.

7.4. Prepis odgovorov intervjuja številka 3

PREDSTAVITEV:

Kontaktna oseba: moški spol, 35. let

(spol, starost)

Datum intervjuja: 23. 8. 2024

Izmišljeno ime: Marko

Lahko najprej poveš nekaj o sebi in tvoji zgodovini uporabe substanc?

Moja uporaba substanc se je začela, kaj pa vem, po mojem pri ene štirinajstih, petnajstih. S travo seveda. To je bilo vedno občasno kajenje trave, nikoli, da bi se to redno dogajalo. Aja, pa alkohol itak, je bil vedno zraven. Pravzaprav je bil alkohol najprej, potem pa trava. Potem so bili kakšni rave party. Rave partyi so bili skoraj vsak teden, tako da ja, tam se je potem začelo kombinirati. Najprej je bil alkohol, pol je bil ekstazi, pa je bil potem spet zraven alkohol, ki ga lahko tam neomejeno spiješ, pa če ti paše ali ne. In potem zjutraj pa spuščanje s travo s kakšnimi tabletami ali pa z ne vem s čem, samo da sem lahko zaspal. Takrat ni bilo še nobenega heroina, ker jaz sem bil kao zaveden športnik in da jaz tega nikoli ne bom poskusil, ker sem se s športom ukvarjal in heroin ja samo za junkije.

Kdaj si začel z uporabo heroina?

Jah, to z rave partyi se je pač vleklo tam do devetnajstega leta. Heroin je prišel takoj po končani srednji šoli, že med počitnicami in na koncu avgusta ali pa začetek septembra, tega ne bom nikoli pozabil. Nisem bil jaz pobudnik, heroin mi je predstavil en prijtel s katerim sva se nonstop družila, sva bila kot rit in srajca. En dan mi je rekel, da on ima pa neki noro dobrega. No, ko pa mi je pa povedal kaj ima, sem se takoj skregal z njim, češ ali ke nor ali kaj mu je, ker jaz tega ne bom nikoli vzel, ni šanse. In se je to potem vleklo po mojem kak mesec, preden sem jaz to sploh probal.

Kako te je pa prepričal? Kakšni so bili začetni razlogi za uporabo?

Ni, ni šlo toliko, da bi me prepričeval, ampak sem bil jaz na koncu tisti. Verjetno sem imel kakšen slab dan. Nekaj je moglo biti, pa sem jaz rekel, da bom probal pa on mene vpraša - ja, ali boš res? Ja, on je bil pa že malo v tem noter, ne da bi bil glih navlečen (odvisen, op.a.), ampak je bil že pač noter počasi v tem.

Kako se je tvoja uporaba substanc razvijala skozi leta?

Prvič, ne bom nikoli pozabil prvič, ko sem se zadel. Prvič sem umrl skoraj zaradi tega, ker sem, kadil sem po foliji, očitno preveč skadil, prijatelj je zakinkal zraven, jaz sem pa tudi zakinkal, glavo dal nazaj in sem začel bruhati, ampak sem bil tako zadet, da se nisem mogel dvigniti, ker nisem vedel, kaj se dogaja. Ta čas se je, hvala bogu prijatelj toliko zavedel, da mi mi je samo glavo naprej dal. No, pa sem prvič v življenju videl, kaj je to prijetno bruhanje (smeh). Ne vem, če veš, ampak, ko začneš s heroinom zelo pogosto bruhaš, ampak ni neprijetno. Spomnim se, da sva sedela na klopcih pa je šlo v loku ven, najprej en potem pa drug. Kako je bilo to zabavno (smeh). Meni je bilo. Pa recimo hoja, full se mi je dalo hoditi. Celo Ljubljano sva prepešala. To sva midva delala vsak večer. Seveda je vse to samo čisto na začetku. Jaz sem po mojem že samo od vsega pešačenja moral hujšati, pa ven sva hodila, pa v diskoteko, pa ne vem kam vse sva hodila zadeta kot mamba. Ampak midva sva bila v svojem svetu. Takrat je bil to cel žur, poleg tega sva imela kvaliteten heroin. To je bilo čisto nekaj drugega kot kasneje, kar sva bila ornk zadeta s čisto malo porabo. No, glede na to, da sem bil toliko proti heroinu, ni dneva minil, da bi jaz imel pavzo. Jaz nisem imel več pavze od prvič naprej. Potem naprej je bila pa tipična heroinska zgodba, toleranca se je večala, potrebe so se večale, denar je kopnel, zadet nisem bil skoraj nič več, samo da nisem bil bolan. No, v glavnem, ker sem tudi prodajal heroin, je bilo ta pač non-stop dosegljiv. Pa tudi če je kdaj

zmanjkalo, sem poznal dilerje (preprodajalce, op.a.), da sem lahko kateremu koli ob dvanajstih zvečer, ob treh zjutraj pozvonil. Kadarkoli sem rabil, sem ga lahko dobil. Skratka, takrat se je začelo in se potem ni ustavilo, dokler enkrat nisem, ne vem prve krize doživel. Ampak tista prva kriza je bila meni lahka, sva bila s tem kolegom skupaj in meni je bilo to smešno, ker on zraven sem mislil, da bo dušo spustil, tista prva kriza, en teden, je šlo mimo, pa sem se hitro pobral. Samo jaz sem se pa vmes še vedno nonstop s športom ukvarjal. Vem, da sem na fitnes hodil, pa na ne vem kaj vse. Tako sem bil fizično aktiven še vedno. To govorim za prve pol leta, kot sem že prej omenil je šlo potem hitro vse navzdol. V glavnem, preden sem šel na zdravljenje v Projekt Človek so minila štiri leta.

Kaj te je motiviralo, da si se odločil za abstinenco?

Oče se je vrnil nazaj v moje življenje. Mama in oče sta bila namreč ločena. Jaz, oba brata in mati, smo skupaj v Ljubljani živeli, oče pa na Škofljici. Nisva se pogovarjala po moje, od sedemnajstega leta pa tam do ne vem, vsaj enaindvajsetega leta. Verjetno je on potem ko so se vsi skupaj pogovarjali o meni, večino sta mu verjetno povedala predvsem brata, vzpostavil stik z mano in udaril po mizi, on je bil socialni delavec, tako da je verjetno že imel kake izkušnje s tem. No pa je pa on kot tapravi socialni delavec vstopil v situacijo in je hotel on to hitro in strokovno razrešiti. Tudi mama mu je rekla, da naj mi reče da ali na cesto ali pa v mislim, da že kar direkt v projekt Človek. Nobenega detoksa, nobenega odlašanja, takoj na zdravljenje. Ja in pol mi je to mama predstavila – pijana, ker ona je pa imela težave z alkoholom. Ona meni to pijana predstavlja, sem ji rekel, jaz sem zadet kot mina, ti si pa pijana kot mamba in zdaj ti meni to predstavljaš (smeš)? No, resno, skratka, nisem hotel na cesto, ker sem bil takrat bolj razvjen in komot. Pa sem se potem kar hitro za zdravljenje odločil. Ja, tako da pač ne na mojo pobudo. To ni bila moja želja. Ker če bi bila moja želja, bi verjetno že takrat prvič uspel. Ker je bila želja drugje, sem pa pa vmes desetkrat neuspel.

Je bil kakšen specifičen dogodek, ki je vplival na to odločitev?

Takrat, prvič niti ne. Glavni razlog je bil to, da nisem hotel pristati na cesti.

Kako si se počutil pred odločitvijo za abstinenco?

Ne vem, niti se ne spomnim, sigurno mi je bilo odveč, sem se pa zavedal, da nimam izbire, tako da...

Ali je kdo iz tvojega socialnega okolja vplival na to odločitev?

Ja, družina, celotna družba v bistvu, tako brata, kot mama, celo oče je ponovno vzpostavil stik, če zdaj za nazaj pogledam, nas je v bistvu ta izkušnja spet nako povezala kot družino, zanimivo a ne?

Kako dolgo si že v obdobju abstinence?

Hm, skoraj petnajst let se nisem že pritaknil heroína, včasih popijem kaj, ko grem ven ali pa s partnerico, z alkoholom nisem nikoli imel posebnih težav, čeprav vem, da je za nas odvisnike priporočljiva popolna abstinenca.

Kako bi opisal svojo pot do trenutne abstinence?

No, moj največji razlog za abstinenco je bil pa po moje, pri sedemindvajsetih, ko sem jaz na cesti pristal. Ko sem pa na cesti pristal, takrat pa... Mislim, da se od takrat naprej nisem niti ene droge niti pritaknil do danes. Ko sem se jaz mogel v neko klet vleči pa tam spat, je bilo preveč, takrat sem rekel to je pa končano zgodba.

So bili kakšni kritični trenutki, ko si skoraj zdrsnil nazaj?

Od takrat ne, nikoli več.

Si kdaj doživel recidiv med tvojim okrevanjem?

Ja, ko sem zaključil zdravljenje sem bil star dvaindvajset let in takrat sem bil kar prepričan vase, da je zame zaključena zgodba, ampak sem kar parkrat padel nazaj.

Kolikokrat si doživel recidiv?

Uf, ne vem ti povedati točno kolikokrat, v tistih petih letih od zdravljenja pa do ceste, sem imel obdobja, ko sem bil čist pa obdobja, ko sem spet noter padu, v zadnjem letu je bilo tako hudo, da sem spet tudi fizično postal odvisen.

So bili kakšni vzorci, ki so vodili do teh recidivov?

Verjetno, enostavno nisem imel rasčiščene pojme pri samemu sebi, nisem imel delovnih navad, nisem zamenjal družbe, mislil sem, da lahko dilam hors, ne da bi se ga sam pritaknil pa take fore.

Ali si pričakoval, da bi lahko prišlo do recidiva?

Ne, ker sem lagal sam sebi, tudi, ko je prišlo do recidiva sem krivil druga, najbolj pogosto fotra ali pa okoliščine ali pa moje razpoloženje, vse drugo je bilo krivo, samo jaz ne.

Ali so bili določeni sprožilci, ki so prispevali k recidivu?

Ja, tega se še danes spomnim. Enkrat sem bil samo na DTOju, to po zdravljenju, po Projektu in spomnim se, da, ko sem vem prišel, me je foter pobral. Če mi je kdo lahko na živce stopil, bil sprožilec, je bil to foter, zaradi tega, ker mi je non stop govoril: "Ja, da nisem nič naredil, zdaj si bil notri, zdaj si pa ven prišel in se boš pa spet zadeval." Spomnim, se da sva takrat v atvu sedela in mu enostavno zaradi strahu, zaradi nevem česa nisem mogel nič nazaj reči in ja. Ne vem če me ni iz avta ven dal, pa ni minilo par ur. In kaj se je zgodilo, srečam enega starega prijatelja, ki se je tudi potikal okoli Metelkove. Pa takrat ni bil moj namen, da se jaz grem zadet. Sprožilec je bil po moje tisti, ko mi je foter take stvari govoril, da so me tako prizadele, da se je nekaj v meni začelo dogajati in se nisem mogel s tem nikakor pomirit. Potem se je pa itak poklopila situacija, pa ti en tak nasproti pride in sem mu samo rekel, daj mi prosim zrihtaj. On je pa rekel a resno misliš? Ker je vedel, da sem bil po zdravljenju. Sem mu rekel, ne me nič spraševati, samo prinesi zrihtaj in to je to. In tako sem bil spet tam. So pa vsi govorili, kako sem ful v redu, pa ne vem še kaj, razen fotra seveda. Jaz sem pa sam pri sebi itak vedel, da nič ni v redu.

Kateri čustveni, socialni ali fizični dejavniki so najbolj vplivali na ponovitev?

To, da nisem zamenjal družbe oziroma okolja je bila velika napaka, kote sem rekel, stik z fotrom tudi ni pomagal, pa to da sem spet začel preprodajati, v bistvu sem spet zdrsnil nazaj tja, kjer sem bil pred zdravljenjem ampak sem si lagal, da temu ni tako.

Če ne, kateri dejavniki so ti najbolj pomagali pri vzdrževanju abstinence?

Potem, ko sem zares nehal, je bilo to delo, služba, s športom sem se spet začel ukvarjat, nove prijatelje sem si najdel, listo sem si obrnil življenje.

Katere strategije si uporabil za vzdrževanje abstinence?

Delo, šport, čim bolj sem se zaposlil, čim sem imel preveč prostega časa ni bilo dobro zame.

Je bilo lažje ostati abstinent, ko si začel uporabljati določene strategije?

Definitivno, ampak niti ne vem, če bi rekel temu strategije, nekako sem vedel sam pri sebi, kaj je dobor zame in kaj ni.

Katere so bile največje ovire in dejavniki tveganja, ki so te spremljali med tvojim okrevanjem?

Kaki strupeni odnosi, to z očetom naprimer, čeprav zdaj to ni več aktualno, ker je pokojen, sem bil pa zmeraj zelo pozoren na to, ker sem ugotovil, da me drugi lahko precej iz tira spravijo. Na primer moja bivša partnerka, ona je vedela za mojo preteklost in mi ni nikoli zares zaupala, čeprav sem takrat že imel raspucano svojo odvisnost in sem vedel kaj hočem in kaj ne, na koncu sem prekinil z njo. Valda tudi obratno, v veliko podporo mi je bila mama in brata, z njima sem se lahko odkrito pogovoril o mojih težavah, pa par dobrih prijateljev, dva izmed njih sta še iz zdravljenja, z njima se lahko tudi vedno pogovorim. Ne vem, če sem omenil, tedensko hodim tudi na pogovor k psihologinji, z njo sem ogoromno tega predelal.

Kako so se ti dejavniki spreminjali skozi čas?

Verjetno so zgubili na moči skozi čas, danes sem vseeno že toliko star, da se res poznam poznam, malo stvari in ljudi me res spravi iz tira, danes niti ne pomislim več, da bi reševal svoje težave z drogo, Jasno mi je, da bi bile posledice grozne.

Kateri dejavniki so bili najbolj konstantni (npr. stres, socialni pritiski)?

Socialni pritiski še najmanj, noben me ni silil, da bi jemal droge, kvečjemu obratno, stres pa ja, so bili trenutki, ko mi je na misel prišlo, da bi bilo fino bit zadet pa vse skupaj odmislit. Preden sem naredil premik pa nisem rabil dosti, da sem popustil, naključno srečanje, kaka asociacija, slab dan, da sem se skregal s fotrom, punco vse je to je predstavljalo tveganje.

Ali obstajajo specifični sprožilci ali situacije, ki te še posebej ogrožajo ali so v preteklosti vodili do recidiva?

Najbolj specifičen je bil foter, on je od nekdanj imel tak vpliv name. Čeprav sta se z mamo precej hitro ločila in on je imel svojo novo družino, se je potem, ko smo ponovno vzpostavili stik vedno vtikal vame. On me jo pogosto spravil do tega, da mi je ratal čisto vseeno insem se šel zadet.

Kako se soočaš s temi tveganji in sprožilci v vsakodnevnem življenju?

Takrat se nisem znal, zato se pa tudi ponovno padel notri, danes pa z delom, športom, terapijo,

Katere tehnike ali strategije uporabiš, ko začutiš, da te nekaj ogroža?

Odmaknem se iz situacije, takoj, ko se lahko, potem pa to razdelam na pogovoru z mojo terapevtko.

Ali se o svojih sprožilcih pogovarjaš z drugimi (terapevti, prijatelji)?

Z drugimi ne več, s terapevtko pa vsak teden.

Kakšno vlogo igrajo stres in čustvena stanja pri tvojem okrevanju?

Včasih oz. prej ogromno, zdaj pa nimajo več takšnega vpliva.

Ali obstajajo specifične čustvene situacije, ki so najtežje za tebe?

Smrt očeta je bilo zelo težka zame, čeprav nisva imela dobrega odnosa je vseeno moj oče, ampak je šlo čez, ne da bi storil kako neumnost.

Kako upravljaš s stresom in anksioznostjo?

Po pravici povedano niti nisem pod hudim stresom zadnja leta, tesnoba pa tudi ne. Kadar gre kaj narobe se pogovorim s partnerko, prijatelji in seveda na terapijah.

Kakšen vpliv je imela tvoja družina in socialno okolje na tvoj proces okrevanja?

Zelo pomembno, prvič mi je stala cela družina ob strani, ko sem pa drugič pristal na cesti, mi je mama ogromno pomagala, enkrat, ko je videla, da sem smrtno resen glede okrevanja in prenehanja. Ona mi je pomagala najti stanovanje, posodila za najemnino in tako naprej. Prijateljem nisem povedal, ker me je bilo sram, imajo pa zato danes pomembno vlogo tudi oni, poleg partnerke.

Ali meniš, da so ti prijatelji in družina pomagali ali otežili okrevanje?

Pomagali, brez dvoma.

Kako pomembna je bila podpora tvojih bližnjih?

Zelo pomembna, je bila in je še zmeraj, ne vem kako bi bilo brez njih.

Si opazil vpliv bioloških predispozicij ali zdravstvenih težav na tvojo abstinenco?

Ne vem, ne zares.

Ali je kdo v tvoji družini imel podobne težave?

Ja, oba brata in mama. Noben izmed njih z trdimi drogami ampak vseeno. Mama ima še danes problem z alkoholom, če se mene vpraša, brata sta pa tudi dala čez vse, razen heroina.

Imaš kake zdravstvene težave povezane v povezavi z odvisnostjo?

Ne, da bi jaz vedel.

Si kdaj prejel diagnozo duševne motnje poleg diagnoze odvisnosti?

Ne.

Katere osebne strategije uporabljaš za preprečevanje recidiva?

Jaz sem imel službo, športne aktivnosti. Druženje z ljudmi, ki niso bili v tem okolju. Pa pač žensko sem si našel, ona je že imela hčerko, tako da ni več časa za kaj drugega.

Ali se te strategije spreminjajo skozi čas?

Ne vem, če jim sploh lahko rečes strategije, prej obveznosti, odgovornosti. Vse skupaj je naravno prišlo enkrat, ko sem se zresnil.

Kako pomembno vlogo so odigrali preventivni programi (npr. terapevtske skupine, svetovanje)?

Ja, pri meni pomembno, pogovore imam še vedno, ker pač hodim k psihologinji in bi dal temu dosti veliko težo. Ti pomagajo, zelo. Ja, mislim, zdaj sčasoma veliko manj, ampak na samem začetku je bilo pa njihova pomoč ključna. To velja tudi tako za projekt kot psihologinjo.

Kateri programi so bili najbolj učinkoviti?

Jaz imam izkušnje z DTO in Projektom Človek, kar se programov tiče, s tem, da na DTOju ne vem, če sem bil dvakrat, Projekt sem pa v bistvu končal. Se je pa čisto spremenilo, vsaj kolikor jaz vem, ni več tako, kot je bilo. Kako bi to razložil, v našem času je vseeno bilo vse skupaj dosti z nekimi pravili pa z nekim spoštovanjem. Zdaj pa slišim, da so se ljudje spremenili, ker imajo veliko dvojnih diagnoz. Pa veliko takih stvari. Takrat uporabniki tega niti nismo imeli, oziroma jih Projekt niti ne sprejemal. Mislim, da so zdaj tudi ti ljudje notri vključeni in da ni več to tako striktno, kot je bilo, ko sem jaz bil tam. V glavnem, zame je bil Projekt v bistvu najbolj pomemben, ne vem pa kako je danes tam.

Kako pogosto si obiskoval tovrstne programe?

Projekt Človek sem zaključil, program je trjal neke slabe dve leti, če se prav spomnim, k psihologinji pa še vedno hodim enkrat na teden, že par let.

Kako ocenjuješ tveganje za ponovitev zasvojenosti v tvojem življenju danes?

Minimalno, oziroma ni možnosti, razen, če bi se ne vem kaj zgodilo. Zdaj je pa že toliko časa minilo od kar sem se zadnjič zadel, da mi niti na misel več ne pride.

Ali je tveganje višje ali nižje kot prej?

Nižje, absolutno.

Katere spremembe si moral narediti, da si zmanjšal tveganje?

To kar sem že omenil, najprej sem moral sam pri sebi sprejeti odločitev, da je konec in to sem jo takrat, ko sem pristal na cesti, Takrat je bilo prvo to, da sem si poiskal službo, prej sem se seveda spucal, potem je pa vse ostalo prišlo. Familija je vidla, da sem resen in so mi tudi oni pomagali, tako da sem se lahko spet postavil na noge.

Si kdaj uporabljal metode za ocenjevanje lastnega tveganja za recidiv (npr. samorefleksija, testi, pogovor s terapevti)?

Ja, pogovor s terapevtko.

Kako ti ti pristopi pomagajo?

Saj ne vem, če so ravno pristopi, z njo sem pač predebatiral vse kar se mi dogaja, ona me je opzorila, če sem imel kake neumne ideje ali pa, če si je zdelo, da je kakšna situacija nevarna in tako.

Ali si sčasoma razvil kako svojo metodo ocenjevanja tveganja?

Ne.

Kako pomembna je bila podpora strokovnjakov?

Tako kot s programi, na začetku zelo, potem s časoma pa čedalje manj.

Ali meniš, da tvoje okolje (delo, dom, prijatelji) podpira tvojo abstinenco?

Sigurno, ampak to niti ni več aktualno, o tem se sploh ne pogovarjamo več.

Kateri dejavniki okolja ti najbolj pomagajo ostati abstinent?

Verjetno, moje obveznosti, odgovornosti, služba, družina. Vse te stvari me tako zaposlijo, da so droge zadnja stvar, ki bi mi padla na pamet.

Ali obstajajo vidiki tvojega okolja, ki so ti včasih povzročali težave?

Ja, odnosi so bili dostikrat problematični, z očetom, z bivšo punco, zaradi njiju sem bil dostikrat tako iztirjen, da je bil šut lahka odločitev.

Katere spremembe si moral narediti v svojem okolju, da bi zmanjšal tveganje za recidiv?

Takrat ogromno, saj zdaj se že ponavljam, ampak je res, vse, od tega da sem si poiskal službo, zamenjal družbo, vse.

Si kdaj moral zapustiti določen krog prijateljev ali socialno mrežo?

Ja, ko sem drugič spucal, sem prekinil stike z vsemi, ki so imeli veze z drogami, ki so jih uporabljali, ni šlo drugače. Pa, saj njim je bilo vseeno zame, pa meni za njih, glavno, da smo bili zadeti, tako da ni bilo težko.

Kako se je tvoje okolje prilagodilo tvojemu okrevanju?

Takrat prvič v Projektu precej, starša sta hodila na sestanke, v hiši ni bilo alkohola, držali smo se nekih pravil in tako. V drugo sem pa v bistvu vse izpeljal sam, enkrat, ko je familija videla, da sem resen so mi pa tudi oni pomagali.

Kako ohranjaš motivacijo in zavezanost svoji abstinenci na dolgi rok?

O tem niti ne premišlujem, vem, da hočem normalno življenje, mirno brez stresa, ki ga prinese zasvojenost, to je dovolj.

Ali imaš določene cilje, ki jih slediš dolgoročno?

Ja, trenutno prenavljam stanovanje, delam na napredovanju v službi, s partnerko se pogovarjava, da bi odprla popoldanski s.p., precej je tega, Taki življenjski, pragmatični cilji.

Kako se tvoja motivacija spreminja skozi čas?

Sčasoma je postala zgolj bolj trdna.

Katere tehnike samopomoči so se izkazale za najbolj učinkovite pri dolgotrajnem okrevanju?

Ne vem, kaj naj rečem. Nisem se prav tehnike naučil, kao kaj narediti takrat, ko pride do stresne situacije? Da ne rinem glih v vsak prepir, pa da se tam do konca iz kože vržem ali ne vem kaj, ampak da se rajši malo umaknem, pa da malo razmislim pa se potem pogovarjamo tako, normalno pogovarjamo, se pravi iskren pogovor.

Katere tehnike uporabljaš, ko si najbolj ranljiv?

Pogovor, iskren pogovor zmeraj najbolj zaleže.

Ali bi bilo okrevanje brez profesionalne pomoči težje?

Ja definitivno, meni so zelo pomagali, tako takrat kot potem kasneje.

Ali še vedno uporabljaš profesionalne vire pomoči, mislim še kake poleg psihologa?

Ne, še to se mi počasi zdi, da ni več potrebe, ampak imam možnost, zastonj je in se mi zdi neumno, da ne bi izkoristil.

Se spomniš katere dejavnosti so ti najbolj koristile na zdravljenju in zakaj?

Meni so bili od nekdaj najbolj všeč individualni pogovori, ker sem bolj zaprt tip, drugače smo pa imeli polno nekih delavnic pa terapij pa fizičnih aktivnosti. Meni je bil od nekdaj zelo pomemben šport, tako, da šport mi je bil tudi zelo všeč.

Kako si našel program, psihologinjo?

Projekt Človek mi je takrat najdla mama, jaz sem pa strinjal. V bistu je bila opcija Projekt ali pa komuna in komuna je bila nekje v Španiji, tako, da sem se valda odločil za Projekt. Psihologinjo pa poznam tudi iz Projekta, zdaj dela v zdravstvenem domu Center, k njej sem začel hoditi še, ko sem bil na substitucijski terapiji.

Ali meniš, da bi obstajali še drugi programi, ki bi ti lahko koristili?

Danes ne več, ker jih ne rabim, takrat pa možno ampak jih niti nisem iskal.

Kako ocenjuješ dostopnost in kakovost podpornih storitev v tvojem območju?

Kolikor vem je danes ogromno enih programov in novih komun, Projekt je še vedno aktiven, tako da po mojem dobro.

Ali bi priporočil spremembe v sistemu podpore za abstinente?

Ja, vidiš to je pa dobro vprašanje, po mojem vsi programi prav tu najbolj šepajo, ker lahko se je spucat, kaj pa pol ko zaključiš zdravljenje, takrat se mi zdi, da najbolj rabiš podporo, Projekt je sicer imel tudi center za reintegracijo ampak je bil takrat še v povojih. Jaz bi sigurno dal poudarek na to.

Kako se je tvoj odnos do recidiva in okrevanja spremenil skozi leta?

Čas vse zaceli, danes niti ne pomislim več na to, živim normalno življenje in na sebe ne gledam več kot na nekega odvisnika, čeprav vem, da sem. Po pravici povedano, če bi prišlo do recidiva, da bi recimo spet začel redno jemati heroin, dvomim da bi se spet pobral, to sploh ni več opcija.

Kaj bi svetoval osebam, ki začenjajo svojo pot k abstinenci?

Naj ne obupajo, naj vztrajajo, ker ni ravna pot, če padejo naj se poberejo in gremo naprej.

Hvala za pogovor.

7.5. Prepis odgovorov intervjuja številka 4

PREDSTAVITEV:

Kontaktna oseba: moški spol, 39. let

(spol, starost)

Datum intervjuja: 11. 9. 2024

Pseudonim: Urban

Lahko najprej poveš nekaj o sebi in tvoji zgodovini uporabe substanc?

OK, star sem skoraj štirideset let in že skoraj celo življenje se borim s tem sranjem, pardon izrazu. Poskusil sem verjetno skoraj vse droge, ki se jih da dobiti v Sloveniji, ampak glavna je bila heroin, no pa kokain, ampak v manjši meri. To, na kratko.

Kdaj si začel z uporabo substanc?

Začelo se je že v osnovni šoli, najprej s cigaretami, nato z alkoholom, v osmem razredu pa še s travo. Takrat sem živel v manjšem kraju, blizu Ljubljane, tako da sem srednjo šolo obiskoval v Ljubljani. Na srednji šoli sem spet padel v družbo, ki je pila, kadila travo in podobno. Že v prvem letniku sem nato poskusil ekstazi, tripe (LSD), gobice, vse, kar mi je prišlo pod roke. Moram pa takoj povedati, da sem imel odpor do heroina in sem prisegal, da jaz tega nikoli ne bom poskusil, ker imam starejšega brata, ki je bil prav tako odvisen od heroina. Ravno, ko sem šel v prvi letnik, je on šel v komuno. No, v drugem letniku sem se pa tudi jaz srečal s heroinom, potem je šlo pa samo še dol.

Kakšni so bili začetni razlogi za uporabo?

Pri drugih drogah radovednost, družba, nepremišljenost, kar se tiče heroina pa zaljubljenost v bistvu. Blesavo je vse skupaj, takrat sem bil zaljubljen v eno punco in ona se je že igrala s horsom, no in potem, en petek sva bila zvečer skupaj zunaj v mestu, Ona je imela nekaj denarja, ampak premalo za hors in jaz sem imel nekaj denarja ampak premalo za travo. Drug drugega sva prepričevala, ona mene za hors, jaz pa njo za travo, Popustil sem jaz, tako da je šla potem nabavit hors, jaz pa sem potem šel z njo, ko se je šla zadet. No in potem sem ji rekel, da če sem plačal, bom pa še poskusil. Ona me je že itak prej prepričevala, kako dobro, da je in da itak ni problem, če paziš. No in me je zadela, že takoj prvič sem uporabil iglo, no ona jo je in je bilo noro. Takoj mi je bilo všeč, še danes se spomnim kako sem se počutil, tista toplota, mir, vse je bilo ok, nobenih problemov, zadet sem bil še naslednji dan. Valda ne nehaš, ko se enkrat tako počutiš.

So se ob tem spremenili tvoji pogledi na heroin, glede na prej omenjen odpor?

Občutek, ko sem prvič poskusil heroin, je bil čisto nekaj drugega, boljše od vsega, kar sem doživel prej. Najbolj me je pritegnila tista nenadna toplota, ki me je preplavila. Bil sem popolnoma sproščen, vse težave in skrbi so izginile – bil sem miren kot še nikoli prej. Takrat sem se vprašal, kako je mogoče, da ena snov povzroči takšen občutek. Preden sem ga poskusil, sem bil prepričan, da ga nikoli ne bom uporabil, ampak tisti občutek me je spremenil.

Kako se je tvoja uporaba substanc razvijala skozi leta?

Vse je počasi šlo navzdol, fora je v tem, da niti ni tako dolgo trajalo preden so starši zvedeli, kako leto, ampak takrat sem bil že navlečen (fizično odvisen, op.a.). No, ko so zvedeli, so znoreli in mi dali ultimat, ali grem v komuno ali pa na cesto, no in sem šel v komuno, v Francijo. Tam sem bil ene osem mesecev, potem pa sem starše končno prepričal, da je dovolj, da je komuna muka, da nas samo izkoriščajo in sem prišel domov. No in ni dolgo trajalo, ene dva meseca in sem bil nazaj notri, ker itak, vrnil sem se v staro okolje, v staro družbo in ni dolgo trajalo

pa sem bil spet navlečen. Aja, brat se je tudi vrnil po skoraj dveh letih, samo da on je bil ok, pri njemu se je takrat končalo, on se ni nikoli več pritaknil, danes ima družino, kariero. No, v glavnem, to se je potem spet vleklo slabo leto, starši so me itak imeli na sumu, jaz pa sem skozi govoril, da sem ok. Potem pa jima je moja punca povedala, da sem spet notri in se je zgodba ponovila, ultimat, zdravljenje ali pa cesta. Sem pa takoj rekel, da v komuno ne grem, ali nekaj v Slovenji ali pa nič, no in sem pristal v Projektu Človek. Projekt sem potem končal in po Projektu sem bil skoraj tri leta ok, končal sem srednjo šolo, poiskal službo, s punco sva si poiskala stanovanje, vse je bilo super. No, potem sem pa en dan srečal starega kolega. Kaj jaz vem, verjetno sem imel slab dan, on mi je rekel, da ima ful hudo robo in sva se ga zadela, že naslednji dan sem ga klical, če lahko še kaj zrihta, čeprav sem se počutil kot največji drek. No in se je spet ponovila zgodba, spet sem se navlekel, vsem lagal, da sem ok, dokler ni šlo več naprej in sem vsem povedal, kaj pa kako. Takrat sem tudi jaz bil že tako sit vsega skupaj, da sem komaj čakal, da se spucam. Zadet itak nisem bil več, v bistvu sem se ga zadeval samo zato, da sem bil zdrav. Takrat sem šel na DTO, zaključil program in bil potem čist skoraj deset let.

Kaj te je motiviralo, da si se odločil za abstinenco?

Hm, kaj pa jaz vem, vse po malem. To, da nisem hotel več biti nonstop bolan, nisem več hotel ljudi okoli sebe mučiti, zdravje, ne vem, vse je raspadalo, ko sem bil na horsu. Dovolj mi je bilo, enostavno ni bilo več zabavno, samo še muka.

Je bil kakšen specifičen dogodek, ki je vplival na to odločitev?

Niti ne, vse se je skupaj seštel, jasno mi je bilo, da tako ne gre več naprej, če hočem preživeti.

Kako si se počutil pred odločitvijo za abstinenco?

Slabo, vsakič slabo. Mislim, valda, če ne se niti ne bi odločil, da neham.

Ali je kdo iz tvojega socialnega okolja vplival na to odločitev?

Ja, predvsem starša pa punca, ona mi je vedno stala ob strani, še meni ni jasno zakaj.

Je ona tudi jemala droge?

Ne, nikoli.

Sta še vedno skupaj?

Ja, moram potrkati. Vmes sva sicer parkrat prekinila, ampak jaz ne morem brez nje in ona brez mene ne (smeh).

Kako dolgo si že v obdobju abstinence?

Slabih deset let, s tem, da sem se ene dvakrat prekršil, nisem pa nikoli več noter padu, mislim, tako kot prej, da bi se navlekel pa to.

Kako bi opisal svojo pot do trenutne abstinence?

Uh, kot trnovo, vsakič je bilo težje. Prvič je bilo itak vse novo, drugič so bili že vsi razočarani in skeptični, tretjič so pa že zgubili upanje. Po mojem me je takrat prav to toliko motiviralo, da dokažem, da nisem čista zguba, da zmorem bit ok, normalen človek.

So bili kakšni kritični trenutki, ko si skoraj zdrsnil nazaj?

Oh, ja, par njih. Po DTOju sem se res odločil, da je konec z drogami, takrat sem nehal z vsem, tudi z alkoholom in travo. No in je minilo ene par let, stvari so se toliko porihtale, da sem se spet počutil normalnega, močnega in sem počasi začel tudi piti alkohol, sem pa tja, sem tudi kaj pokadil, v družbi pa to in tega ne bi smel. Predvsem alkohol je bil problem, ker so mi popustile zavore in ene parkrat je malo manjkalo pa bi naredil bedarijo, mislim, sigurno bi jo, če ne bi bilo moje punce zraven.

Si kdaj doživel recidiv med tvojim okrevanjem?

Ja, po tretjem zdravljenju pa do danes sem dvakrat potem spet vzel heroin, ampak to ni bilo, da bi prav spet nazaj noter padu. Bolj je bilo to neko dejanje obupa, ker takrat nisem vedel kako drugače naj se spoprime s tem, kar se je dogajalo.

So bili kakšni vzorci, ki so vodili do teh recidivov?

Niti niso bili toliko vzorci kot dogodki, prvi recidiv je bil, ko mi je v prometni nesreči umrl najboljši prijatelj, drugič pa ko sva se razšla s punco, takrat sem res misli, da je konec za vedno in me je čisto podrlo.

Ali si pričakoval, da bi lahko prišlo do recidiva?

Ne, saj pravim, da sem se na zadnjem zdravljenju res odločil, da sem končal s tem, ampak to je notri v tebi. Včasih te enostavno prevzame.

Kaj meniš, da je najbolj prispevalo k recidivu?

Ne vem, bolečina, razočaranje, brezup, same lepe stvari (smeh).

Ali so bili določeni sprožilci, ki so prispevali k recidivu?

Ja, bolečina, predvsem čustvena bolečina. Saj ne, da sem s tem kaj rešil ali pa, da bi se izognil bolečini, bolj je bilo to iz čistega obupa, enostavno nisem vedel kaj naj naredim, da bi se počutil bolje.

Kateri dejavniki so ti najbolj pomagali pri vzdrževanju abstinence?

Ne vem, nikoli nisem premišljeval o tem. Po mojem to, da sem se res odločil, da je dovolj. Mislim, z leti te itak počasi mine, sploh če ni več zabava in verjemi mi, ni bilo zabavno. Ni se mi dalo več skoz lagati, manipulirati, skrbet kje bom dobil za naslednji šut, če ne bom bolan. Pa na tej točki, se mi je življenje že toliko znormaliziralo, da ni imelo smisla, da bi spet vse podrl, tudi službo imam tako, da je ne bi mogel delat zadet. Ne vem, če bi se spet zadeval, bi vse zgubil, tega pa nočem, ni vredno.

Katere strategije si uporabil za vzdrževanje abstinence?

Kaj jaz vem, spomnim se, da smo se na DTOju dosti pogovarjal o tem. Zamenjal sem družbo, to itak. Mislim, jasno mi je bilo, da se ne morem več družiti s folkom, ki je notri v temu. S športom sem se začel ukvarjati, s punco sva, no saj še zmeraj, pogosto hodiva v hribe. Aja, pa kar dolgo sem se izogibal alkoholu pa travi, čeprav sem v enem obdobju začel kar pretiravat s pitjem. Alkohol je zahrbtnen, ni isto kot heroin, kar počasi se ti nekako prikrade in potem ti en dan jrata jasno, da pa ni ravno vse ok.

Je bilo lažje ostati abstinent, ko si začel uporabljati določene strategije?

Ja, seveda. Mislim, če ne bi nič spremenil bi spet pristal notri.

Katere so bile največje ovire in dejavniki tveganja, ki so te spremljali med tvojim okrevanjem?

Hm, dobro vprašanje. Kot sem že omenil, sigurno alkohol. Zdaj se ga izogibam, zelo redko, da kaj spijem, ker zdaj mi je jasno, da ne smem, da ne morem. Potem določeni ljudje iz preteklosti, oni so se tudi izkazali kot ne najboljše ideja, tudi njih se zdaj izogibam. Pa kaj vem, verjetno kak hud stres, hudi dogodki, zdaj vem, da je to nevarno, da ne morem čez njih sam. Zdaj sem toliko zrel, da bi si takoj sam poiskal pomoč.

Kako so se ti dejavniki spreminjali skozi čas?

Kaj pa vem, ljudje nimajo več takšnega vpliva name kot so ga imeli nekoč. Prej sem skoz iskal družbo, ful pomembno mi je bilo, da me imajo vsi radi, da se nisem nikomur zameril, zdaj ne več. Alkohol je bil na začetku precej nedolžen pa se je tudi iskazalo, da lahko hitro zgubim nadzor. Pa depresija je nevarna, sem imel zelo depresivna obdobja, do tablet sem imel pa zmeraj odkloniken odnos, zdaj jih pa tudi redno jemljem in je veliko bolje.

Kateri dejavniki so bili najbolj konstantni (npr. stres, socialni pritiski)?

Vsi po malem, ampak, saj kot pravim, eni bolj v določenih obdobjih, drugi bolj ob drugih. Stres je bil skozi prisoten, zmeraj je bilo nekaj, ali služba ali denar, odnosi, no in saj tukaj je potem alkohol prišel v igro, se mi je zdelo, da pomaga pa je bilo ravno obratno.

Ali obstajajo specifični sprožilci ali situacije, ki te še posebej ogrožajo ali so v preteklosti vodili do recidiva?

Bili so prav specifični ja, ampak ni, da bi se ponovili. Kot sem omenil, smrt prijatelja, razhod s punco, to je takrat konkretno peljalo do recidiva. Zdaj, ko govorim, lahko se ponovijo, vse je možno ampak sem prepričan, da ne bi spet tako odreagiral, če ne drugega bi si poiskal pomoč.

Kako se soočaš s temi tveganji in sprožilci v vsakodnevnem življenju, se pravi s stresom, bolečino?

Poskusim se čim bolj zaposliti, vedno se kaj najde. Pazim na to, da sem dosleden pri jemanju zdravil pa zadnje čase sem začel tudi brati o meditaciji pa teh stvareh. Punca je kar globoko v tem, ona baje že leta meditira dvakrat na dan in zgleda, da deluje. Definitivno je bolj mirna kot jaz. Aja, pa zadnje pol leta hodim tudi na pogovore k terapevtu enkrat na teden, on mi tudi zelo pomaga.

Katere tehnike ali strategije uporabiš, ko začutiš, da te nekaj ogroža?

Ne vem, če imam prav kako tehniko, bolj se gre zato, da sem prej vse držal zase, v sebi. Zdaj se pa probam o vsem skupaj pogovrit, čim bolj iskreno, brez nekega skrivanja, ker drugače niti nima smisla.

S kom se pa lahko pogovoriš?

Najbolj pogosto s punco, pa s terapevtom.

Prijatelji?

Tudi včasih, prej sem se bolj pogosto, ampak zdaj smo že toliko stari, da ima vsak svoje življenje, probleme. Ni ravnno, da bi jih klical pa se jim spovedoval. Ampak ja, včasih tudi.

Kakšno vlogo igrajo stres in čustvena stanja pri tvojem okrevanju?

Kar pomembno, prej me je hitro kaj obrnilo, tesnoba, brezup pa to, preden sem začel delati na sebi. Zdaj pazim, sem pozoren na take stvari, da jih predelam.

Ali obstajajo specifične čustvene situacije, ki so najtežje za tebe?

Ne vem. Dolgčas, samo to je bilo bolj prej aktualno, zdaj mi kvečjemu zmanjkuje časa. Pa kreganje, tega ful ne maram, to me res iz tira vrže. S punco sva se eno obdobje dosti kregala in ni dobro vplivalo name, verjetno tudi nanjo ne.

Kako upravljaš s stresom in anksioznostjo?

Težko, če sem iskren. Stres še nekako predelam, tesnoba je pa velik problem. Imam tudi diagnosticirano anksiozno motnjo med drugimi, tako da ja. Terapevti so mi dal dost enih nasvetov, pa tudi sam sem dosti na netu o tem bral, ampak eno je teorija, drugo pa praksa. Najbolj me živcira, ko ratam tesnoben kar za brezveze, ko sploh ni nič narobe, jaz pa ves tesnoben. Zdravil, se pravi benzotov (pomirjevala, benzodiazepini, op.a.) glih ne morem jemati, zaradi moje zgodovine. Tudi nočem jih, ker sem jih že tako preveč v preteklosti pojedel, na koncu samo še poslabšajo vse skupaj. Ne vem, počakam, da mine, drugega mi itak ne preostane. Je pa boljše odkar sem na terapiji in odkar redno jemljem zdravila.

Kakšen vpliv je imela tvoja družina in socialno okolje na tvoj proces okrevanja?

Pomemben, itak, brez njih mi ne bi nikoli uspelo. Po mojem sem staršem in puncu dolžan moje življenje.

Kaj pa prijatelji, sorodniki?

Niti ne, sorodniki niti približno, niti nimam nekega odnosa z njimi. Prijatelji takrat, so bili pa itak del problema, no vsaj večina njih.

Ali meniš, da so ti prijatelji otežili okrevanje?

Ne, noben me ni vlekel nazaj v droge, če me to sprašuješ. Pač, niso igrali nobene vloge, meni je bilo na koncu jasno, da se ne morem več družiti z njimi. Tega prej nisem sprejel, ker sem bil zelo navezan na mojo družbo in se je zmeraj sfižilo, zmeraj sem pristal na drogah.

Si opazil vpliv bioloških predispozicij ali zdravstvenih težav na tvojo abstinenco?

Kako to misliš?

Se ti zdi, da je tvoja odvisnost genetsko pogojena, ali pa posledica bolezni, fizične ali pa psihične?

Ne vem, možno. Oče vem, da je imel težave z alkoholom ampak je prekinil, za brata veš, tako da možno, da je kaj tudi v genih.

Ali je še kdo v tvoji ožji ali širši družini imel podobne težave?

Ja, vem, da imamo nekaj alkoholikov v širši familiji, Moj dedek po mamini strani je bil alkoholik, pa stric po očetovi. Bratranec vem, da je kadal travo, ne vem, če še zmeraj.

Si kdaj prejel diagnozo duševne motnje poleg diagnoze odvisnosti?

Ja, za anksiozno motnjo sem že povedal, pa za depresijo.

Kdaj si prejel to diagnozo?

Za depresijo, ko sem se vrnil iz komune, začelo se je pa že prej. Že tem, nekje v drugem letniku sem ratla vse zamorjen za brezveze, brez energije, brez volje. Prej sem bil pa zmeraj hiperaktiven, potem je to nekako zbledelo, verjetno ker sem bilo skoz zadet. V komuni sem moral pa iti valda čist in se je spet začelo. Anksiozno motnjo so mi pa v bolnici, v Polju diagnosticirali, to je bilo pa pri šestindvajsetih.

Za kaj si bil pa sprejet v Polje?

Zaradi poskusa samomora, to je bilo pred tretjim, zadnjim zdravljenjem. Na koncu sem poleg heroina jemal še kokain in to mi je nenormalno poslabšal vse skupaj. V enem treutku je bilo vse tako črno, da nisem videl izhoda in sem pogoltnil kup tablet. Hvala bogu me je punca pravočasno našla.

Kako se je to odražalo na tvojem zdravljenju?

Ne vem, otežilo ga je, vsaj na začetku, ko sem bil brez vsega. Brez drog in brez zdravil. V bistvo so mi kar nekaj časa iskali pravilno kombinacijo zdravil, da so mi končno res pomagala, prej je bila pa mora.

Kako vpliva tvoja dvojna diagnoza na možnost recidiva?

Pomaga sigurno ne (smeh). Mislim, zdaj sem že toliko star pa zrel, da se zavedam vsega skupaj. Najbolj pomembno je, da sem discipliniran pri jemanju zdravil. Prej sem pa tega itak sploh nisem zavedal, vedel sem, da je nekaj narobe z mano in, da se veliko bolje počutim, ko sem zadet. V bistvu, zdaj ko ti govorim, čisto možno je da sem sam sebe zdravil z drogami.

Ali meniš, da je bilo težje ostati abstinent zaradi dvojne diagnoze?

Verjetno, oziroma ja in ne. Prej, ko nisem vedel za kaj gre ja, zdaj ne, ker mi je jasno, da bi karšna koli droga spet čist zmešala možgansko kemijo.

Kakšne so bile posledice za tvoje zdravljenje?

Kako to misliš?

Se ti zdi, da bi bilo lažje, če ne bi imel tovrstnih težav?

Sigurno, jasno, kdo je pa rad tesnoben in zamorjen nonstop (smeh)?

Kakšno zdravljenje in podporo si prejel za svojo dvojno diagnozo na zdravljenju odvisnosti?

Kakor kje, v komuni in na Projektu nobene, na DTOju smo se pa dosti s tem ukvarjali. Tam imajo itak zaposlenih polno enih psihiatrov in psihologov. For a je, da so mi šele tam našli ta pravo kombinacijo zdravil, ki mi je potem res pomagala, vsaka čast jim zato. Potem je bilo vse lažje, ni bilo lahko je bilo pa definitivno lažje.

Kako pomembno je bilo, da si obravnaval obe diagnozi skupaj?

Domevam, da je bilo pomembno, glede na to, da so mi na DTOju najdlji ta pravo kombinacijo. Ne vem pa ali je bilo to zato, ker sem oboje zdravil naenkrat, msilim tam nisem imel nobenega posebnega tretmaja, bolj je bilo to, da sem tam preživel toliko časa. Pogovarjali smo se vsak, dan, skoz sem moral zapisovati, kako se počutim in tako naprej. V Polju je bilo drugače, tam sem bil en mesec in potem sem šel, prepisali so mi ena zdrabila in to je bilo to, končana zgodba. Čisto možno, da še danes ne ni imel ta pravih zdravil, če se ne bi zdravil tudi zaradi odvisnosti.

Katere metode zdravljenja so se izkazale za najbolj koristne?

Tablete, zdravila abosolutno. No pa terapije, pogovori itak, oboje je bilo pomembno.

Katere osebne strategije uporabljaš za preprečevanje recidiva?

Nimam nekih posebnih strategij, če sem iskren. Nehal sem z alkoholom, to je bila še največja nevarnost, da bi spet naredil kako bedarijo, ko sem pijan.

Katere so bile najbolj učinkovite strategije za obvladovanje sprožilcev in tveganj?

Nimam kakih posebnih strategij ali pa tehnik, bolj gre zato, da ne pijem, da se ne spuščam v kake blesave situacije, z napačnimi ljudmi. Na tej točki res vem, kaj je ja in kaj je ne.

Kako pomembno vlogo so odigrali preventivni programi (npr. terapevtske skupine, svetovanje) oz. programi za zdravljenje odvisnosti?

Preventivni programi v bistvu nobene, če misli prav samo preventivo. Kar se pa samih programov zdravljenja tiče pa definitivno najpomembnejšo DTO.

Kateri programi so bili najbolj učinkoviti?

Najbolj bedna in to z naskokom je bila komuna, tam smo samo delali cele dneve, to jim je bila terapija, nobenih skupin, nič. Projekt pa DTO sta si bila pa precej podobna, s tem, da zdravljenje v Projektu traja vsaj dve leti, na DTOju lahko pa zaključiš že po parih mesecih. Ima pa tudi DTO možnost nadaljevanja, imaš par stopenj in na koncu dnevno bolnico še eno leto po zaključku. Tam imaš potem pogovore, urinske teste pa to.

Si zaključil vse te programe?

Ne, za komuno so rekli, da naj bi bil tam vsaj tri leta, jaz sem bil doma po osmih mesecih, pa še to je bilo verjetno preveč. Projekt sem skoraj zaključil, nisem ravno dobil potrdila, DTO sem pa v celoti opravil, v bistvu še zmeraj hodim tja, ker imam tam psihologa in psihiatra, ampak to hodim zaradi motenj, bolj kot za odvisnost.

Kako ocenjuješ tveganje za ponovitev zasvojenosti v tvojem življenju danes?

Nikoli ne reci nikoli. Ne, hecam se. Majhna možnost je, zdaj so se končno nekako porihtale stvari in bi bil nor, če bi se spet spuščal v to.

Katere spremembe si moral narediti, da si zmanjšal tveganje?

Huh, veliko njih. Ne vem, se mi zdi, da se skoz ponavljam, to kar sem že povedal. Se pravi. Črtal sem alkohol, pazim, da redno jemljem tablete, odpikal sem ljudi iz preteklosti, šport, delo. To.

Si kdaj uporabljal metode za ocenjevanje lastnega tveganja za recidiv (npr. samorefleksija, testi, pogovor s terapevti)?

Ne, nikoli, da bi sam premišljeval o tem. Saj mi je bilo jasno, kaj je nevarno in kaj ne. Fora je v tem, da če nimaš raspucano pri sebi, kaj bi res rad, ali res hočeš nehat, potem je itak brezveze. Poiskal boš tisti šut in to je to.

Kako so ti pri tem pomagali strokovnjaki (npr. terapevti, socialni delavci)?

Kaj pa vem, na DTOju je bilo sigurno govora o tem, samo se ne spomnim.

Kako pomembna je bila podpora strokovnjakov pri tvojem okrevanju?

Zelo pomembna, sploh na zadnjem zdravljenju, Tam smo imeli res dobro in strokovno podporo in glede odvisnosti kot zaradi depresije in tesnobe. Saj zato, pa še vedno hodim tja.

Ali meniš, da tvoje okolje (delo, dom, prijatelji) podpira tvojo abstinenco?

Ja, valda. No družina in prijatelji sigurno, v službi pa itak ne vejo,

Kateri dejavniki okolja ti najbolj pomagajo ostati abstinent?

Moja punca, brez nje ne vem kako bi, pa starša, brat, tudi prijatelji. Terapije mi tudi pomagajo, ampak saj pravim, sama abstinenca niti ni več sploh aktualna. Mogoče ni dobro ampa je nekako postala samoumevna.

Ali še vedno obstajajo vidiki tvojega okolja, ki so ti včasih povzročali težave?

Hm, kaj pa vem. Alkohol je vedno nevaren, ostalo sem pa nekako uredil.

Katere spremembe si moral narediti v svojem okolju, da bi zmanjšal tveganje za recidiv?

Bolj premik v glavi kot v okolju (smeh). Kar se okolja tiče predvsem to, da sem ga spremenil, s tem mislim družbo pa kam hodim ven, skom se družim. Pa prava terapija, tablete za moje težave, to je bilo tudi bistveno.

Si moral večkrat zapustiti določen krog prijateljev ali socialno mrežo?

Ne, mislim, da ne, ko sem bil mlajši. Kasneje sem odpikal vse ljudi, ki imajo veze z drogo, to je to. No, vsaj poskusil sem.

Kako se je tvoje okolje prilagodilo tvojemu okrevanju?

Ne vem, če se mi sploh je, itak je bilo na meni, da rešim svoje težave. Ne moreš pričakovat, da se bo okolje tebi prilagajalo.

Kako ohranjaš motivacijo in zavezanost svoji abstinenci na dolgi rok?

Sploh ne premišljujem o tem. Moje življenje je končno ok, spunco razmišljava o poroki o otrocih in podobno, droge nimajo tukaj kaj iskat.

Ali imaš določene cilje, ki jih slediš dolgoročno?

Ja, saj pravim, otroci, lastna družina. Trenutno iščevo psa, tega sem si vedno želel. Zdaj obiskujeva zavetišča, ker bi rad posvojil enega od tam. Upam, da bo tudi v službi kako napredovanje pa tako.

Kako se je tvoja motivacija spreminjala skozi čas?

Čedalje lažje je, na začetku je bilo grozno, vedel sem samo, da moram, nisem pa niti sam vedel zakaj. Pa vsi so zmeraj govoril, enkrat junkie, vedno junkie in jaz sem temu verjel. Pa ni čisto tako, res je, da je to vedno del tebe, ne pomeni pa to, da ne moreš živeti normalno, zdravo življenje, samo hotet je treba.

Katere tehnike samopomoči so se izkazale za najbolj učinkovite pri dolgotrajnem okrevanju?

Ne vem, če je ravno tehnika, ampak meni je pomagalo branje, mogoče se sliši čudno. Prej nisem nikoli rad bral, vedno ven pa biti v družbi. No, ko sem bil pa na zdravljenju na DTOju, tam imajo knjižnico in ker v prostem čas ni bilo kaj dosti drugega sem začel brati in mi je ful pasalo. Nakako pomirilo me je, odmisli sem vse te svoje probleme in se preselil v nek drug film. Od takrat naprej sem prebral čudo enih knjig. Zdaj še vedno najbolj pomaha branje, če sem utrujen ali pa pod stresom, karkoli.

Katere tehnike uporabljaš, ko si najbolj ranljiv?

Branje, branje, aja pa meditacijq, ne vem če sem že omenil. To me je pa moja draga naučila, ona obvlada in mi tudi pomaga, me tudi pomiri.

Ali te tehnike izvajáš redno ali le ob specifičnih priložnostih?

Redno v bistvu. Berem redno, pred kratkim sem si kupil Kindle, to je en tak elektronski bralnik in sem si naložil ful enih knjig iz interneta, tako da zdaj mi niti v knjižnico ni več treba.

Kako pomembna je bila vloga terapevtov, svetovalcev ali drugih strokovnjakov v tvojem okrevanju?

Zelo pomembna, no mislim, ne vsi, določeni pa sigurno. Itak se različni ljudje različno ujamemo. Jaz sem imel kar srečo s svojo psihiatrinjo na DTOju, drugače nisem imel preveč dobrih izkušenj z psihiatri. V Polju so me zalo na kratko odbrenkali, par kratkih pogovorov in to je bilo vse. S to svojo na DTOju sva se pa tudi pogovarjal veliko, dosti enih stvari mi je razložila, mi je kar odprla oči in glede depresije kot odvisnosti.

Ali bi bilo okrevanje brez profesionalne pomoči težje?

Definitivno, tukaj ni kaj.

Ali še vedno uporabljaš profesionalne vire pomoči?

Ja in psihitrinjo in psihologa, s tem da s psihiatrinjo se vidiva na kak mesec, s psihologom pa zadnje pol leta vsak teden.

Kako si našel te programe?

Nisem jih, vse so drugi poiskali, starša in punca. Jaz sem bil preveč adijo takrat, da bi se s tem ubadal, samo šel sem.

Ali meniš, da bi obstajali še drugi programi, ki bi ti lahko koristili?

Ne vem, dvomim. Takrat mogoče, danes imam pa pokrite vse potrebe, sploh ne iščem, ker ne rabim.

Kako ocenjuješ dostopnost in kakovost podpornih storitev v tvojem območju?

Super, meni se zdi super, da lahko še zmeraj po vseh teh letih hodim na pogovore in to zastonj, na zdravstvo. Nobenih pripomb.

Ali meniš, da je dostop do teh storitev zadosten?

Zame je.

Ali bi priporočil spremembe v sistemu podpore za abstinente?

Ne, no mogoče včasih pogrešam kaka skupinska srečanja. Meni so bile vedno najbolj všeč skupine z drugimi uporabniki, drugače pa ne.

Kako se je tvoj odnos do recidiva in okrevanja spremenil skozi leta?

S časoma se mi zdi, čedalje bolj nesprejemljiv, še najbolj to. Včasih sem misil, da se pač zgodi, ok saj se, saj ni konec sveta. Vem pa tudi, da te lahko hitro not potegne, ker me je v preteklosti in tega si res ne želim več.

Kaj bi svetoval osebam, ki začenjajo svojo pot k abstinenci?

Ne vem , če sem pravi naslov za nasvete (smeh). Mogoče to, da droge niso vse, da je življenje brez njih neprimerno boljše.

Hvala za pogovor.