

Zdravljenje nekemične zasvojenosti v Idriji: prevladujejo odvisniki od iger na srečo in pornografije

Intervju s kliničnim psihologom Nejcem Stanovnikom

V Psihiatrični bolnišnici Idrija je pred letom dni zaživel prvi bolnišnični program za zdravljenje nekemičnih zasvojenosti v Sloveniji, namenjen odraslim. Do zdaj so obravnavali že 18 ljudi, med njimi največ zasvojenih z igrami na srečo in pornografijo.

Bojana Rugelj

10. oktober 2024 ob 6.22

MMC RTV SLO

Zdravljenje nekemičnih zasvojenosti pri odraslih v Idriji

Klinični psiholog **Nejc Stanovnik** pojasnjuje, da na novoustanovljenem oddelku obravnavajo širok nabor nekemičnih oziroma vedenjskih zasvojenosti, ki vključujejo igre na srečo, pornografijo, spolnost, videoigre, družbena omrežja, nakupovanje in celo trgovanje s kriptovalutami.

Intervju je bil prvotno objavljen v okviru projekta MMC podrobno o nekemičnih zasvojenostih: **"Za družbo ste sprejemljivejši, če ste zasvojeni z digitalno tehnologijo kot pa z alkoholom."**

Bolnišnični program za odrasle je zaživel oktobra lani na pobudo ministrstva za zdravstvo, nekaj mesecev po tem, ko so v Mladinskem klimatskem zdravilišču Rakitna začeli program za otroke in mladostnike z znaki digitalne zasvojenosti.

V šesttedenskem bolnišničnem zdravljenju v Idriji, ki mu sledi šesttedenska ambulantna obravnava, je bilo do zdaj vključenih 18 ljudi iz vse Slovenije, med njimi enajst moških in sedem žensk. Pri nekaterih zasvojenostih, na primer pri igrah na srečo, je zastopanost moških in žensk dokaj enaka, pri zasvojenosti s pornografijo prevladujejo moški, pri zasvojenosti z nakupovanjem pa ženske, v intervjuju navaja Nejc Stanovnik.

Nejc Stanovnik pravi, da je oddelek za nekemične zasvojenosti v Idriji edini bolnišnični program za zdravljenje tovrstnih motenj. Foto: MMC RTV SLO

Pri nekemičnih zasvojenostih se človek ne omamlja z drogo ali alkoholom, temveč z dejavnostjo. Kako se lahko pristočasna zabava, kot je na primer igranje videoiger, razvije v zasvojenost in postane središčna točka življenja?

Vsa vedenja, ki nudijo užitek, na primer igranje videoiger ali iger na srečo, so zasvojljiva. Vemo tudi, da so nekatera vedenja bolj zasvojljiva kot druga, zlasti tista, ki posnemajo naravne nagone, kot je hranjenje ali spolnost. Ne poznam nikogar, ki bi bil recimo zasvojen z umivanjem zob, pa čeprav to počnemo iz dneva v dan; to nam pač ne nudi ugodja. Zabavna industrija dobro pozna psihološke mehanizme, kako ljudi čim bolj pritegniti k neki dejavnosti, saj ji to prinaša dobiček. In ko se ljudje veliko ukvarjajo z neko dejavnostjo, je tudi tveganje, da se razvije zasvojenost, veliko. Postopoma se namreč razvije toleranca, kar pomeni, da posameznik potrebuje vedno večjo količino oziroma intenzivnost dražljajev, da doseže enak učinek. To velja za igre na srečo in videoigre, a tudi za vse druge oblike nekemičnih zasvojenosti, kot so recimo pornografija, spolnost, prehranjevanje, digitalni mediji, nakupovanje, rekreacija, delo itn.

Zdrs v zasvojenost je torej tih in neopazen?

Da, pri zasvojenosti običajno govorimo o mavričnem prehodu. Ni tako, da bi se danes z nečim navdušeno ukvarjali, jutri pa bomo s tem že zasvojeni, ampak postopoma preidemo od sprejemljivega do čezmernega in na koncu zasvojenega vedenja. Meje, ko prestopimo iz ene stopnje v drugo, so zabrisane. Tukaj si pomagamo z diagnostičnimi merili. Pri sprejemljivem vedenju lahko v vsakdanjem življenju zelo dobro uravnavamo to, kar je treba narediti, in to, kar nam je v užitek. Lahko se torej ustavimo v nekem vedenju in si rečemo *"saj mi je fino, ampak moram narediti še druge stvari, zato bom zaključil"*. Pri čezmernem vedenju imamo že težave z obvladovanjem svojega vedenja, vendar zaradi tega druga življenjska področja niso ogrožena. Ko se ukvarjamo z neko dejavnostjo, sicer zelo *"noter pademo"*, povedano po domače, nismo pa ves čas osredinjeni samo nanjo. Pri zasvojenosti pa je prisotna neustavljiva želja, že kar sla po neki dejavnosti, ki je ne moremo več ustaviti. Ta dejavnost postane primarna stvar v življenju, vsa druga pomembna področja so odrinjena na stranski tir. Človek, zasvojen z videoigrami, bo na primer ves čas, tudi v šoli ali v službi, razmišljal o videoigrah, iskal priložnosti za igro in to bo tudi prva stvar, ki jo bo naredil ob prihodu domov.

Izguba nadzora je, kot pravite, tista meja, ki loči sprejemljivo ukvarjanje z neko dejavnostjo od zasvojenosti z njo?

Nejc Stanovnik, klinični psiholog.

Da, izguba nadzora je med ključnimi diagnostičnimi merili. Tudi če si postavimo omejitve, se jih ne zmoremo držati. Kot alkoholiki, ki si rečejo *"samo en požirek"*, pa končajo pri več pijačah. Med merila se uvrščata tudi časovni dejavnik, se pravi čas, ki ga človek nameni neki dejavnosti, in konflikt s samim seboj ter z okolico. Zaradi obrambnih mehanizmov, ki so značilni za vse oblike zasvojenosti, človek svoje težave namreč velikokrat zanika ali pa jih zmanjšuje, tako da jih prej opazi okolica in ga nanje tudi opozarja. Če se nekdo zaradi svojega čezmernega vedenja torej začne prepirati s svojimi bližnjimi, je to zagotovo eden od opozorilnih znakov. Omenil bi še vztrajanje

pri nekem vedenju kljub zavedanju škodljivih posledic in povečano toleranco. Pojavlja se tudi abstinenčna kriza, pri čemer pri nekemičnih zasvojenostih ne govorimo toliko o telesnih simptomih vzdržnosti, temveč bolj o razdraženosti, tesnobi, nespečnosti. Za postavitev diagnoze morajo biti omenjene težave prisotne najmanj eno leto. Če pa je vedenje zelo intenzivno in so vsa druga diagnostična merila izpolnjena, je to obdobje lahko tudi krajše. V tujini je sicer znan model štirih "c-jev" oziroma štirih ključnih diagnostičnih meril, kar je uporabno tudi za laike: craving (močna želja, sla), consequences (posledice), compulsion (prisilno vedenje) in control (izguba nadzora).

Nekateri ljudje lahko nadzirajo svoje vedenje vsaj omejeno obdobje. Je tudi to zasvojenost?

Pri vseh zasvojenostih, kemičnih in nekemičnih, je vedenje lahko epizodično, torej so tedni in meseci, ko imamo nadzor nad njim, in potem obdobja, ko ta nadzor povsem izgubimo. Lahko pa je zasvojeno vedenje prisotno ves čas, iz dneva v dan. Pri zasvojenostih, ki so epizodične, ljudje res zdržijo abstinenco neko obdobje, potem pa spet zaidejo v zasvojeno vedenje, in to zelo intenzivno, brez počasnega prehoda. Torej iz popolnega nadzora v stanje brez nadzora. Alkoholik recimo velikokrat reče, saj sem zdržal 40 dni brez alkohola, da, ampak 41. dan je bil spet pijan.

Eno ključnih diagnostičnih meril za nekemično zasvojenost je izguba nadzora nad lastnim vedenjem, pojasnjuje Nejc Stanovnik.

Je torej cilj zdravljenja popolna abstinenca? Psihiater Davor Bodor, ki v Zagrebu vodi dnevni bolnišnični program za zasvojene z igrami na srečo, pravi, da želijo pri bolnikih doseči popolno vzdržnost od hazardiranja.

Pri vedenjih, kjer je popolna vzdržnost mogoča, na primer pri igrah na srečo, videoigrah in pornografiji, je to ključnega pomena. Ljudje lahko svoja življenja in zasvojenost res najlažje obvladujejo z vzdržnostjo. Pri dejavnostih, kjer popolna abstinenca ni mogoča, na primer nakupovanju, prehranjevanju, spolnosti, digitalnih medijih, pa je pomembno, da ljudje zmorejo razločevati med vedenji, ki so še ustrezna, in tistimi, ki so že kompulzivna. V pomoč jim je lahko analogija s semaforjem. Zelena luč pomeni varno in nadzorovano vedenje, ko recimo posameznik, ki je bil zasvojen z nakupovanjem, brez težav nakupuje v trgovini z živili, ker mu to ne sproža sle po nakupovanju. Rumena luč, ki pomeni previdnost, se mu prižge, ko po elektronski pošti dobi sporočilo določenega proizvajalca oblačil in ga vleče v spletno trgovino. Rdeča luč, ki signalizira nevarnost kompulzivnega vedenja, pa zasveti, ko dobi sporočilo spletne trgovine, s katero je bil zasvojen. Tukaj velja popolna abstinenca. Vzdržnost je lahko torej samo "delna", ko na primer abstiniramo samo od določenih aplikacij na telefonu, ne pa od uporabe telefona na sploh.

V knjigi italijanskega pisatelja Marca Missirolija *Ko bi imel vse se* glavni junak Sandro, zasvojen s kartami, v igralnici po več neuspešnih poskusih nenadoma

odloči, da je s kartanjem konec, zapusti prostor in se ne vrne več. Je veliko primerov, da se ljudje sami izkopljejo iz zasvojenosti?

Seveda, samozdravljenje je mogoče. So primeri, ko ljudje recimo pri alkoholu ali cigaretah v nekem trenutku rečejo "*zdaj je pa dovolj*", ampak potem se lahko zgodi, da to zasvojenost zamenja druga ali pa se ponovi ista. Dejavnost se zamenja, delovanje pa ostane enako, ker se ljudje niso naučili ustrežnejših strategij spoprijemanja s stresom in življenjem na sploh. Zato na podlagi naših izkušenj iz alkoholologije pravimo, da abstinenca ni cilj, ampak pogoj. Cilj je, da se ljudje naučijo živeti bolj funkcionalno. Temu v našem programu namenjamo veliko pozornosti.

Kemične in nekemične zasvojenosti so, glede na povedano, v nekakšnem "sestrskem" odnosu – ista družina, veliko podobnosti, a tudi razlike.

Oddelek za nekemične zasvojenosti v Psihiatrični bolnišnici Idrija je zaživel oktobra leta 2023.

Na splošni ravni je razlika v tem, da so kemične zasvojenosti povezane z vnosom neke snovi v telo, recimo droge ali alkohola, nekemične pa s ponavljajočim se vedenjem. Zato jim tudi pravimo vedenjske zasvojenosti. Med obema je veliko prekrivanj na kognitivni in vedenjski ravni, podobna so tudi diagnostična merila. Na nevrobiološki ravni so vključeni enaki nevrottransmiterji in nagrajevalni dopaminski krog. Obe obliki zasvojenosti se začneta razvijati v mladostništvu oziroma mladi odrasli dobi. Ženske načeloma postanejo zasvojene pozneje v starosti, a se pri njih zasvojenost razvije hitreje, medtem ko je pri moških ta potek daljši, a po navadi prej pridejo v stik z zasvojenostjo. So pa telesni znaki pri nekemični zasvojenosti manj opazni kot pri kemični. Pri nekom, ki je pod vplivom alkohola, vam bo takoj jasno, v kakšnem stanju je. Pri nekom, ki je zasvojen z digitalnimi mediji, pa takrat, ko jih ne uporablja, to le s težavo prepoznate. Pri nekemičnih zasvojenosti je zato manj družbenih pritiskov, kar pomeni, da ljudje po navadi pozneje poiščejo pomoč.

Družba je torej strpnejša do nekemičnih zasvojenosti, čeprav so prav tako škodljive kot kemične?

Da, za družbo ste sprejemljivejši, če ste zasvojeni z neko dejavnostjo kot pa z neko snovjo. Poglejte na primer kazensko zakonodajo – veliko bolj sankcionira ljudi, ki vozijo pod vplivom alkohola, kot pa ljudi, ki se med vožnjo pogovarjajo po telefonu, pošiljajo sporočila, pregledujejo novice in videe.

Ali se kemične in nekemične zasvojenosti lahko med seboj prepletajo oziroma prehajajo ena v drugo?

Sorodna novica [Anksiozne motnje: Kdor beži pred tesnobo, bo tekla za njim](#)

Naše izkušnje in tudi študije iz tujine kažejo, da se zasvojenosti med seboj velikokrat prepletajo. Temu rečemo soobolevnost ali komorbidnost. Zelo pogosta je na primer kombinacija kokaina in iger na srečo ali pa alkohola in iger na srečo, kanabisa in družbenih omrežij ali kanabisa in videoiger. Pred časom so v tujini naredili raziskavo, s katero so pri ljudeh, ki so se zdravili za odvisnostjo od alkohola, preverjali, ali izpolnjujejo tudi diagnostična merila za nekemične zasvojenosti. Ugotovili so, da je takšnih primerov okoli 30 odstotkov. Obstaja torej velika verjetnost, da bodo ljudje, ki se spopadajo z eno zasvojenostjo, imeli še kakšno drugo ali pa iz ene zasvojenosti prešli v drugo. Na našem oddelku imamo bolnike, ki skačejo iz zasvojenosti v zasvojenost in v bistvu sploh ne poznajo treznega življenja.

Nekateri strokovnjaki menijo, da nekemična zasvojenost ni samostojna diagnoza, temveč le del širšega problema oziroma simptom druge duševne motnje.

Nejc Stanovnik.

Strinjal bi se, da je del širšega problema, vendar pa soobolevnost z drugimi duševnimi motnjami ni nujna. Najpogostejša je povezava z depresijo, anksiozno motnjo ali osebno motnjo, pri čemer so te motnje lahko primarne, lahko pa je primarna tudi zasvojenost. Za človeka, ki je zasvojen z videoigami, je na primer značilen socialni odmik, ki lahko spodbudi razvoj depresije. Ali pa se zaradi depresije začne zapirati med štiri stene in umikati v svet videoiger. V 10. izdaji mednarodne klasifikacije bolezni, ki jo v Sloveniji še uporabljamo, je sicer med nekemičnimi zasvojenostmi samostojna diagnoza le zasvojenost z igrami na srečo, v 11. izdaji pa poleg nje še zasvojenost z videoigami. Druge nekemične zasvojenosti, na primer digitalna zasvojenost, se uvrščajo pod oznako druge motnje, vezane na zasvojenost. Naš odderek je v osnovi psihoterapevtski, in ker je soobolevnost z drugimi duševnimi motnjami pogosta, zdravimo vse motnje, s katerimi se posameznik spopada.

Ko omenjate duševne motnje – ali tudi pri nekemičnih zasvojenostih velja, da k njihovu razvoju pripomore genetska nagnjenost?

Sorodna novica [Depresija: "Možganom je treba dopovedati, naj se zbudi."](#)

Študije pravijo, da je lahko delež genetske predispozicije pri razvoju kemičnih in nekemičnih zasvojenosti do 50-odstoten. Nekaterim ljudem, ki imajo že genetsko manj dopamina, običajno življenje ni privlačno, potrebujejo intenzivnejše dražljaje. Se pravi, sprehod ni zanimiv, pogovor s prijatelji na kavi ni zanimiv, običajna spolnost ni zanimiva, ampak potrebujejo nekaj močnejšega; zato so tudi bolj podvrženi zasvojenostim. Velikokrat opazamo, da so zasvojeni tudi njihovi svojci, bodisi v primarni družini bodisi več generacij nazaj. Sicer pa si razvoj zasvojenosti, tako kot pri drugih duševnih motnjah, razlagamo z biopsihosocialnim modelom, torej sovplivanjem genetike, okolja in osebnostnih značilnosti. Pri slednjih je recimo

dejavnik tveganja nevroticizem, ko človek doživlja veliko negativnih čustev, ko ima pesimistični pogled na življenje in skuša na vsak način ta čustva ublažiti. Glede vplivov okolja – pri posamezniku, ki je brez službe, v finančnih težavah ali z nerešenim stanovanjskim vprašanjem, je lahko beg v zasvojenost eden od načinov spoprijemanja s stisko.

Poglejva še nevrobiološke mehanizme zasvojenosti. Kakšno vlogo igra pri tem nevrottransmitter dopamin?

Gre za mehanizem nagrajevalnega kroga v možganih, značilen za vse oblike zasvojenosti, v katerem igrajo pomembno vlogo užitek, spomin in motivacija. Dopamin ima pomembno funkcijo pri užitku in motivaciji. Nekdo si recimo ogleda pornografski posnetek, pri čemer se mu zviša raven dopamina, ki sproži občutek ugodja. Njegovi možgani si ta užitek zapomnijo in si ga naslednjič znova želijo podoživeti. Pojavi se torej motivacija za ponovno ogledovanje posnetkov. To je prva faza zasvojenosti, ko se človeku razpoloženje izboljša. A naši možgani so nagnjeni k temu, da so v homeostazi oziroma v stanju ravnovesja. Če ves čas uporabljamo neko vedenje in ves čas dobivamo dopamin v možgane, se možgani na to navadijo in ga začnejo proizvajati manj. Posledično se naše razpoloženje poslabša. Ogledovanje pornografskih posnetkov ne daje več takšnega užitka, ampak postane nuja, da slabo razpoloženje preide v normalo. Na začetku nam zasvojeno vedenje torej nudi užitek, pozneje pa z njim odstranimo neugodje.

Nejc Stanovnik opozarja na razkorak med številom ljudi, ki se zanimajo za zdravljenje, in številom tistih, ki se potem v resnici prijavijo v program.

Kako hitro pa lahko prekinemo začaran krog patološke potrebe po dopaminu? Ali pri nekemičnih zasvojenostih sploh lahko govorimo o ozdravljivosti?

Pri ljudeh, ki so izkusili zasvojenost, ves čas obstaja nevarnost, da se ob stiku z neko snovjo ali vedenjem ta znova razvije. Tako da izraza, da je nekdo ozdravljen, običajno ne uporabljamo. K sreči so naši možgani nevroplastični, kar pomeni, da se lahko naučijo drugačnega vedenja, in tukaj igra pomembno vlogo abstinenca. Bolnišnični program, kot ga imamo v Idriji, je pomemben prav zato, ker jo lažje zagotavljamo kot v domačem okolju. Sicer pa v stroki govorimo o 90 dneh, ki so ključni za ponovno vzpostavitev ravnovesja. Da ni več tako sle, ki človeka vleče v nefunkcionalno vedenje.

Koliko časa traja zdravljenje nekemične zasvojenosti po vašem programu?

V bolnišnici šest tednov, potem pa še šest tednov v ambulantni, ko so ljudje že v domačem okolju.

Je to dovolj? Sprašujem zato, ker na Hrvaškem zdravljenje zasvojenosti z igrami na srečo v dnevni bolnišnici traja tri mesece.

Ob oblikovanju programa smo upoštevali smernice ministrstva za zdravje glede časovnega okvira, hkrati pa smo se skušali približati tudi našemu programu na alkohološkem oddelku, ki traja 10 tednov. Izkušnje kažejo, da je šest tednov (pre)kratka doba, saj opazamo, da se spremembe začnejo pojavljati šele v četrtem oziroma petem tednu, ko ljudje počasi že končujejo program. Dogovarjamo se, da bi ga podaljšali na recimo 10 tednov. Ampak saj se že zdaj nekako približujemo 90 dnev, ker imamo šest tednov bolnišničnega zdravljenja, potem pa še šest tednov ambulantne obravnave.

Govorili ste že o biologiji nekemične zasvojenosti, kako pa jo obravnava psihologija?

Psiholog Mark D. Griffiths, velik strokovnjak za vse oblike zasvojenosti, pravi, da je pomembna komponenta zasvojenosti uravnavanje razpoloženja. Na splošno rečeno so nekatere strategije spoprijemanja s stiskami oziroma stresom usmerjene v uravnavanje čustev, druge pa v reševanje problema. In pri zasvojenih ljudeh so te strategije zelo usmerjene prav v uravnavanje negativnih čustev. Ob soočenju s problemom skušajo sebe predvsem pomiriti, medtem ko bi bilo bolj konstruktivno, če bi se usmerili v reševanje problema. Drugače je seveda v položaju, ki ga nimamo pod nadzorom, v primeru naravnih nesreč na primer, kjer je lahko do neke mere konstruktiven tudi ta čustveni del.

Misel, da se v stiski ne usmerimo zgolj v uravnavanje naših čustev, temveč predvsem v reševanje problema, se mi zdi pomembna.

Psihiatrična bolnišnica Idrija.

Da, med zdravljenjem skušamo normalizirati negativna čustva in ljudem dopovedati, da je ob nekaterih težavah normalno, da se ne počutijo dobro, da so tesnobni, razočarani, jezni in da ni treba vedno reči "*joj, ne smem se tako počutiti*". Tudi negativna čustva imajo svojo funkcijo in nam nekaj sporočajo. V našem programu zato dajemo velik poudarek učenju zdravih načinov spopadanja z negativnimi čustvi, predvsem z reševanjem težav, lahko tudi s telesno ali ustvarjalno dejavnostjo, pogovorom itn.

In kot je v intervjuju za MMC poudarila psihiatrinja Mojca Zvezdana Dernovšek, ljudje se moramo naučiti reševati težave tako, da si ne ustvarjamo novih.

Se strinjam. Ključno pa je po mojem mnenju tudi vzpostavljanje ravnovesja med prijetnimi in neprijetnimi dejavnostmi v vsakodnevni strukturi našega življenja. Torej da imamo dejavnosti, ki jih moramo narediti, čeprav niso prijetne, in tudi takšne, ki nas sproščajo in veselijo. Pri nekaterih ljudeh je več tega "*moram*", pri zasvojenih ljudeh pa več tega "*želim*", torej iskanja užitka in lahkih poti. Zato je uravnavanje med "*moram*" in "*želim*" zanje še posebej pomembno. Ena naših bolnic je na

skupinski obravnavi denimo prišla do spoznanja: "Aha, se pravi, kar je lažje, ni nujno tudi najboljše." Da, težje poti so lahko konstruktivnejše od lažjih.

Nekemične ali vedenjske zasvojenosti zajemajo širok spekter dejavnosti. Katere oblike so v Sloveniji najbolj razširjene?

O tem nimamo veliko podatkov. Na podlagi študije, ki so jo naredili na vzorcu mladostnikov v Sloveniji, vemo, da se znaki zasvojenosti z videoigami kažejo pri 10 odstotkih mladostnikov, zasvojenost z družbenimi omrežji pa pri osmih odstotkih mladostnikov. Zasvojenosti z družbenimi omrežji je več pri dekletih, z videoigami pa več pri fantih. Raziskave v tujini razkrivajo, da je prevalenca zasvojenosti z družbenimi omrežji pri odraslih okoli petodstotna. Nekateri podatki tudi kažejo, da ima že vsak četrti posameznik znake digitalne zasvojenosti. Pri videoigrah se gibljemo pri okoli dveh odstotkih, pri zasvojenosti z igrami na srečo pri od 1,5 do treh odstotkov. Ne gre za visoke številke, a trendi se nakazujejo. Pri nas v Idriji najpogosteje obravnavamo zasvojenost z igrami na srečo in s pornografijo, a tudi s spolnostjo, z nakupovanjem, trgovanjem s kriptovalutami, z družbenimi omrežji.

Kje vse lahko ljudje, ki se spopadajo z eno od oblik nekemične zasvojenosti, poiščejo pomoč?

Nejc Stanovnik.

V okviru javnega zdravstva je naš program edini bolnišnični program v Sloveniji, namenjen zdravljenju nekemičnih zasvojenosti odraslih. Ustanovljen je bil na pobudo ministrstva za zdravje, ki je zaznalo potrebo po tovrstnem zdravljenju. Program smo začeli oktobra lani, oblikovali pa smo ga tudi na podlagi naših izkušenj iz dela v alkoholologiji. V nekaterih drugih psihiatričnih bolnišnicah sicer tudi zdravijo tovrstne zasvojenosti, a v sklopu oddelkov za zdravljenje odvisnosti od alkohola. Ambulantno zdravljenje imajo v Novi Gorici, kjer se ukvarjajo predvsem z igrami na srečo, in v Ljubljani. Zunaj zdravstva pa se z nekemičnimi zasvojenostmi ukvarja več nevladnih organizacij.

Je za sprejem na vaš oddelek potrebna napotnica psihiatra ali pa jo lahko napiše že osebni zdravnik? Stigma psihiatrije verjetno marsikoga odvrne od iskanja pomoči.

Za zdaj je potrebna napotnica psihiatra, kar je v resnici eden od razlogov, zakaj nas ljudje neradi poiščejo. Dogovarjamo se, da bi napotnico lahko napisal že osebni zdravnik. Sicer pa lahko vsi, ki jih zanima zdravljenje, pokličejo na naš dežurni telefon (041 481 566). Oglasil se bo eden od zaposlenih na oddelku, jim posredoval osnovne informacije o poteku zdravljenja in jih naročil na sprejem. Trenutno ni čakalne vrste. Med šesttedenskim bolnišničnim zdravljenjem so ljudje upravičeni do bolniške

odsotnosti. Tiste, ki imajo akutna telesna in psihotična stanja ter izraženo samomorilnost, lahko vključimo v program, ko se njihovo stanje umiri.

Ali lahko na grobo ocenite, koliko zasvojenih se odloči za zdravljenje?

Če izhajam iz izkušenj, se za zdravljenje odloči le polovica ljudi, ki že iščejo informacije o zdravljenju pri nas. In upal bi si trditi, da ti, ki se zanimajo za zdravljenje, predstavljajo samo polovico tistih, ki imajo težave z zasvojenostjo. V naš program se je na primer do zdaj vključilo 18 ljudi, čeprav se jih je prijavilo veliko več, od 30 do 40. Pri zasvojenih je zelo prisotna razpetost med *"bi – ne bi"*. Ko jih njihove družine recimo spodbudijo k iskanju pomoči, hitro obljubijo, da se bodo spremenili. Družine zasvojenih so nagnjene k temu, da jim verjamejo, in ko njihov pritisk popusti, se potem ljudje ne odločijo za zdravljenje. Njihova motivacija hitro upade tudi v primeru čakalnih dob, ko si rečejo *"saj bomo zmogli sami"*. Na sploh je za zasvojenost značilno, da ljudje brez nekih pritiskov navadno ne iščejo pomoči. Je pa zdravljenje seveda prostovoljno.

Na oddelku za zdravljenje nekemičnih zasvojenosti odraslih v Psihiatrični bolnišnici Idrija so do zdaj obravnavali 18 ljudi.

Kakšna je struktura vaših bolnikov glede na starost in spol?

Od oktobra lani do zdaj smo imeli na zdravljenju 18 ljudi, od tega enajst moških in sedem žensk. Njihova povprečna starost je okoli 30 let. Imeli smo tudi že komaj polnoletne in starejše od 60 let, a večinoma gre za mlade odrasle moške. Na začetku je bila samo tretjina žensk, v zadnjem obdobju pa jih je že skoraj polovica. Pri nekaterih zasvojenostih, na primer pri igrar na srečo, je zastopanost moških in žensk dokaj enaka, malenkost več je moških, pri zasvojenosti s pornografijo prevladujejo moški, medtem ko pri zasvojenosti z nakupovanjem, pa naj bo to spletno nakupovanje ali v živo, prevladujejo ženske. Največ bolnikov imamo glede na geografsko lego Idrije sicer iz severnoprimske regije, a veliko jih je tudi s štajerskega konca.

Ste razmišljali, da bi sledili hrvaški praksi dnevnega bolnišničnega programa, ko so ljudje dopoldne na zdravljenju, popoldne pa doma oziroma v službi, če je ne želijo prekiniti?

Podobno zamisel smo imeli tudi mi, vendar pa ima Idrija specifično lego in si težko predstavljam, da bi se nekdo iz Maribora vsak dan vozil v Idrijo na dnevno obliko zdravljenja. Pri nas imamo, kot sem že omenil, šesttedenski bolnišnični in šesttedenski zunajbolnišnični program. Prvotni predlog je predvideval, da bi bila oba programa dokaj neodvisna, tako da bi si lahko posameznik glede na svoje življenjske okoliščine in motivacijo izbral ali enega ali drugega. Vendar pa smo glede na zdajšnjo kadrovsko zastopanost večjo pozornost namenili bolnišničnemu programu, zunajbolnišnični program pa je postal podaljšek bolnišničnega. Se pravi, ljudje, ki zaključijo bolnišnični

del, se po vrnitvi domov vključijo v ambulantno obravnavo in pridejo enkrat na teden k nam v skupinsko ali individualno obravnavo.

Kako številčna je vaša strokovna ekipa in katere strokovnjake vključuje?

Smo razmeroma majhen tim. Imamo delovni terapevki, socialno delavko, diplomirane medicinske sestre, zdravstvene tehnike, sobnega zdravnika, sam pa sem klinični psiholog.

Ali tudi pri vas, tako kot v Mladinskem klimatskem zdravilišču Rakitna, kjer obravnavajo otroke in mladostnike, zasvojene z digitalno tehnologijo, velja digitalni odklop?

Psihiatrična bolnišnica Idrija.

Da, digitalni odklop je pomemben tudi tukaj. Posamezniki, vključeni v zdravljenje, s seboj ne prinesejo digitalnih naprav oziroma če jih, jih shranimo in jih dobijo nazaj, ko končajo zdravljenje. Na oddelku imamo samo televizijo. V večernih urah je mogoč ogled dnevnoinformativne oddaje, enkrat na teden pa v okviru terapevtske obravnave tudi film s tematiko zasvojenosti. Če posameznik potrebuje računalnik, recimo pri iskanju zaposlitve, ga lahko uporabi v sklopu delovne terapije ob navzočnosti delovnega terapevta.

Stiki z bližnjimi pa so dovoljeni?

Seveda. Na oddelku imamo stacionarni telefon, ki je v uporabi v prostem času popoldne. Takrat so dovoljeni tudi obiski. Poleg tega so svojci vabljeni enkrat na teden v psihoedukativno in psihoterapevtsko skupino. Njihovo vključevanje v program je pomembno, saj imajo svoj delež pri razvoju in vzdrževanju zasvojenosti. Možnosti izhodov domov med zdravljenjem za zdaj ni, v primeru podaljšanja programa pa bi bilo to mogoče konec tedna v drugi polovici zdravljenja.

Na Rakitni so v pogovoru posebej opozorili, kako pomembno je za otroke in mladostnike, da se naučijo vzpostaviti strukturo dneva. Kakšna je dnevna rutina pri vas v Idriji?

Vzpostavljanje strukture dneva je eden od pomembnih dejavnikov zdravljenja, saj vemo, da jo ljudem z zasvojenostjo primanjkuje. Naš program je zato zelo strukturiran. Na začetku se ljudje počutijo kar preplavljeni z urnikom, ob koncu zdravljenja pa velikokrat rečejo, da bi si želeli to strukturo prenesti tudi v domače okolje. Jutranja rutina se začne ob 6.30. Zatem je čas za osebno higieno in jutranjo telovadbo, sledijo zajtrk, delovnoterapevtske dejavnosti, psihoterapevtska skupina, sestanek terapevtske skupnosti in kosilo. Po kosilu se ljudje znova vključijo v delovnoterapevtske dejavnosti, ustvarjalne in športne dejavnosti. Udeležujejo se tudi edukativnih skupin s področja zasvojenosti, higiene spanja itn. Popoldanski prosti čas

lahko izrabijo za stike z domačimi, v večernem času pa jih spodbujamo, da sodelujejo pri ustvarjanju družabnih dogodkov.

Katere psihoterapevtske pristope uporabljate pri zdravljenju nekemičnih zasvojenosti?

Naš oddelek sloni na načelih vedenjsko-kognitivne terapije, ki je tudi sicer prva izbira za zdravljenje zasvojenosti; dopolnjujemo jo s sistemsko družinsko terapijo in analitskimi skupinami. Ampak osnova je vedenjsko-kognitivna terapija, pri kateri dajemo poudarek prepoznavanju in spreminjanju škodljivih miselnih in vedenjskih vzorcev, da bi ljudje opustili zasvojenost in jo nadomestili s funkcionalnejšimi vedenji.

Kakšen je odziv ljudi, ko končajo obravnavo na vašem oddelku?

Psihiatrična bolnišnica Idrija.

Večina bolnikov je s programom zelo zadovoljna. Včasih se pošalimo, da bi jih bilo dobro slikati ob prihodu na oddelek in potem tudi ob odhodu, saj so že izrazi na njihovih obrazih precej drugačni. Je pa tako, da so zdrsi in ponovitve ena od značilnosti zasvojenosti. Nekateri potrebujejo tudi večkratno zdravljenje in to možnost pri nas imajo. Ob koncu obravnave jih spodbudimo, da nas pokličejo, če opazijo, da znova drsijo v zasvojenost, tako da se lahko dogovorimo ali za ponovitev bolnišničnega zdravljenja ali za ambulantno obravnavo.

Za vami je leto dni dela. Kaj se je v programu izkazalo za dobro in kje bi bilo morda treba vnesti spremembe?

Kot ugotavljamo, je naš program vsebinsko kakovosten, a prekratek. To je njegova šibka točka, še posebej glede na to, da je večina bolnikov komorbidnih, se pravi, da imajo poleg zasvojenosti še druge motnje. To zahteva drugačno vrsto intenzivnosti in trajanja zdravljenja. Dobro bi tudi bilo, če bi lahko vzpostavili skupine za ljudi, ki so sicer že zasvojeni z neko dejavnostjo, a so še dokaj funkcionalni v svojem okolju, in ki si zaradi službenih obveznosti ali družinskih razmer ne morejo privoščiti šesttedenske odsotnosti v okviru bolnišničnega zdravljenja.