

UNIVERZA V LJUBLJANI

TEOLOŠKA FAKULTETA

Matjaž Petrič

**STRATEGIJE REGULACIJE AFEKTA PRI
OSEBAH, KI SE ZDRAVIJO ZARADI
ODVISNOSTI OD PSIHOAKTIVNIH
SUBSTANC**

MAGISTRKO DELO

Ljubljana, 2018

UNIVERZA V LJUBLJANI
TEOLOŠKA FAKULTETA
ZAKONSKI IN DRUŽINSKI ŠTUDIJI

Matjaž Petrič

**STRATEGIJE REGULACIJE AFEKTA PRI
OSEBAH, KI SE ZDRAVIJO ZARADI
ODVISNOSTI OD PSIHOAKTIVNIH
SUBSTANC**

MAGISTRSKO DELO

Mentor: izr. prof. dr. Robert Cvetek

Ljubljana, 2018

ZAHVALA

Rad bi se zahvalil mentorju dr. Robertu Cvetku za strokovno svetovanje, potrpežljivost in spodbudo pri nastajanju magistrskega dela.

Posebna zahvala gre tudi dr. Mateji Cvetek za strokovno svetovanje pri raziskovanju področja čustvenega uravnavanja.

KAZALO

UVOD	1
1. REGULACIJA AFEKTA	4
2. STRATEGIJE REGULACIJE AFEKTA	9
2.1 REGULACIJA NEGATIVNEGA AFEKTA.....	10
2.2 REGULACIJA POZITIVNEGA AFEKTA.....	18
2.3 UČINKOVITOST STRATEGIJ REGULACIJE AFEKTA.....	20
3. PSIHOAKTIVNE SUBSTANCE IN ČUSTVOVANJE	24
3.1 RAZVOJ IN KARAKTERISTIKE SINDROMA ODVISNOSTI OD PSIHOAKTIVNIH SUBSTANC.....	27
3.2 ČUSTVOVANJE PRI OSEBAH, ODVISNIH OD PSIHOAKTIVNIH SUBSTANC.....	30
4. RAZISKOVALNI PROBLEM IN RAZISKOVALNA METODOLOGIJA ...	36
4.1 RAZISKOVALNI PROBLEM.....	36
4.2 RAZISKOVALNI CILJI IN HIPOTEZE.....	38
4.3 RAZISKOVALNE METODE.....	38
4.3.1 UDELEŽENCI.....	38
4.3.2 MERSKI PRIPOMOČKI.....	40
4.3.3 POSTOPEK RAZISKAVE.....	44
5. REZULTATI RAZISKAVE	45
5.1 MERE TVEGANJA ZA ZLORABO SUBSTANC.....	45
5.2 MERE STRATEGIJ REGULACIJE NEGATIVNEGA AFEKTA.....	47
5.3 MERE NIVOJA ALEKSITIMIJE.....	50
6. INTERPRETACIJA	53
6.1 RAZLIKOVANJE V TVEGANJU ZA ZLORABO SUBSTANC.....	53
6.2 RAZLIKOVANJE V STRATEGIJAH REGULACIJE NEGATIVNEGA AFEKTA.....	54

6.3 RAZLIKOVANJE V NIVOJU ALEKSITIMIJE.....	56
6.4 POVZETEK REZULTATOV IN NJIHOV POMEN ZA TEORIJU IN PRAKSO	
57	
SKLEP	60
POVZETEK	61
ABSTRACT.....	62
REFERENCE.....	63

KAZALO TABEL

Tabela 1 Lastnosti glavnih kategorij psihoaktivnih substanc (WHO 2004, 110).	25
Tabela 2 Primerjava značilnosti udeležencev v skupini, ki se zdravi zaradi odvisnosti od PAS in skupini, ki se ne zdravi zaradi odvisnosti od PAS.	39
Tabela 3 Mann-Whitneyev U-test razlik na lestvici tveganja zlorabe substanc med skupino, ki se zdravi zaradi odvisnosti od PAS in skupino, ki se ne zdravi zaradi odvisnosti od PAS.	46
Tabela 4 Rezultati t-testa za neodvisne vzorce s predvidevanjem o enaki varianci. in povprečne vrednosti ocen na posameznih dimenzijah lestvice strategij regulacije negativnih afektov v skupini, ki se zdravi zaradi odvisnosti od PAS in skupini, ki se ne zdravi zaradi odvisnosti od PAS.	48
Tabela 5 Rezultati t-testa za neodvisne vzorce s predvidevanjem o enaki ali o neenaki varianci in povprečne vrednosti ocen na posameznih dimenzijah lestvice nivoja aleksitimije v skupini, ki se zdravi zaradi odvisnosti od PAS in skupini, ki se ne zdravi zaradi odvisnosti od PAS.	51

KAZALO SLIK

<i>Slika 1.</i> Prikaz povprečnih stopenj ocen strategij regulacije negativnega afekta pri skupini, ki se zdravi zaradi odvisnosti od PAS in pri skupini, ki se ne zdravi zaradi odvisnosti od PAS.	49
<i>Slika 2.</i> Prikaz povprečnih stopenj ocen nivoja aleksitimije pri skupini, ki se zdravi zaradi odvisnosti od PAS in pri skupini, ki se ne zdravi zaradi odvisnosti od PAS.	52

UVOD

Regulacija afekta ima bistven pomen v človekovem življenju, počutju in odnosih. Dobre, funkcionalne strategije regulacije afekta močno pripomorejo k človekovi dobrobiti, medtem ko slabe, nefunkcionalne strategije posameznika oddaljujejo od stika s sabo in drugimi ljudmi. Za človeka je bistveno biti v odnosu z drugimi, v stiku s sabo. Ta odnos in notranje stanje posameznika, se po eni strani neprestano spreminja po drugi pa zasleduje poznane, naučene in utečene načine regulacije dobrega ali slabega počutja, bližine in oddaljenosti.

Človek za dosego svojih ciljev in želja glede svojega psihofizičnega počutja uporablja različne načine ali strategije. Ena izmed za človekovo dobrobit pogostih, paradoksalno učinkovitih ali z drugimi besedami škodljivih strategij regulacije afekta je uživanje psihoaktivnih substanc ali drog. Te človeku služijo kot obramba, kot način umika, pozabe, lajšanja bolečin in razočaranja, omiljanje strahov, kot poživilo pa tudi kot pomoč za izražanje npr. jeze, besa, agresije, sramu, ki sicer ne bi prišli do izraza. Posameznik vedno pogosteje kot način samozdravljenja uporablja droge, s tem pa ob kompulzivni uporabi drog vedno bolj tone v začarani krog odvisnosti. Krivda, nemoč, razočaranje, sram, gnus in jeza se v tem začaranem krogu vedno znova prebujajo, utrjujejo pa tudi krepijo, predvsem pa posameznika puščajo vedno bolj samega tako v odnosih z drugimi kakor s seboj, saj se v zasvojenosti menja celotna posameznikova intrapsiha. Posameznik se prek kompulzivne zlorabe psihoaktivnih snovi organsko spreminja, saj se ob tem spreminjajo različni možganski mehanizmi in funkcije, ki so ključne pri uravnavanju afektivnih stanj.

Do sprememb v osrednjem krogotoku čustev pride, ko imajo vedenja ali strategije regulacije afekta daljše trajanje ali se pojavljajo z veliko pogostostjo. S prakticiranjem metod, kot je npr. meditacija, je mogoče doseči povečanje pozitivnega afekta. Ta potencialno lahko vpliva na plastične spremembe v možganskih tokokrogih, ki nadzorujejo čustva (Davidson 2000, 1208; Davidson, Jackson in Kalin 2000, 904).

Kot pravi Balint (1989, 65) je cilj vsega človekovega prizadevanja (ponovna) vzpostavitev vseobsegajoče harmonije z lastnim okoljem, da je zmožen ljubiti v miru, le poti do tega cilja so od posameznika do posameznika različne.

V zvezi s tem relacijska družinska terapija, ki je psihobiološki model, trdi, da se v otroku od njegove najzgodnejše dobe konstantno razvija čut za druge. To v veliki meri pomeni, da razvija tudi čut za sakralno in zase. V posamezniku se že v najnežnejših letih zanetijo najsubtilnejši zametki poznejše, odrasle psihične strukture samozavesti, ustvarjalnosti in spontanosti ter še zlasti zametki občutka vrednosti, ljubljenosti, želenosti in hotenosti. Posameznik se bo kot odrasel doživljal nevrednega, celo gnusnega, umazanega, nezasluženega niti osnovnega sočutja, če bodo njegova zgodnja doživetja polna čustvenih zapletov in bolečine. Velikokrat bo iz tega izhajalo tudi posameznikovo nespoštovanje lastnega telesa. Pri tem gre za organsko-psihična doživetja, t. i. psihobiološka stanja, ki posameznika zaznamujejo za vse življenje, saj se v otrokove subkortikalne sfere in desnohemisferski del možganov vpišejo najgloblje (Rothschild 2010; Schore 2012; Gostečnik 2013, 5).

Z uporabo Fairbairnove teorije objektnih odnosov je Volkan (1994, 65) postavil hipotezo, da odvisniki regulirajo svoje intrapsihično življenje prek uporabe droge, zaradi deficita v zgodnjih objektnih odnosih in internalizaciji krutih in frustrirajočih starševskih objektov. Oseba vzame drogo, ki omogoča regresivno izkušnjo primarnega dobrega objekta. Izkušnja tega primarnega dobrega objekta zamaskira oz. prikrije krute, introjicirane (slabe) objekte in z njimi povezana disforična občutja samokritičnosti ter brezvrednosti. Zanikana občutja slabih objektnih reprezentacij se, ko droga popusti, vrnejo še močnejša. Disforijo je mogoče nadzirati s ponovno uporabo droge. S tem pa se sklene krog odvisnosti.

V tem smislu na uporabo psihoaktivnih snovi gledamo kot na model »samopomoči«. Za osebe, ki so nagnjene k odvisnosti, je značilna motnja v samoregulaciji. Ko nastopijo težave pri toleriranju in spoprijemanju z različnimi čustvi, skušajo doseči notranje ravnovesje, ki ga ne zmorejo vzpostaviti sami, s pomočjo zunanjega sredstva. Primanjkljaj samoregulacije pri odvisnih osebah izhaja iz pomanjkljive internalizacije regulacijskih funkcij primarnega objekta (Žvelc 2001, 57). Uporaba psihoaktivnih

substanc je regulator afekta oz. so z drugimi besedami droge zunanji nadomestki za notranje delovanje.

Magistrsko delo poskuša odgovoriti na raziskovalno vprašanje, ali se osebe, ki se zdravijo od psihoaktivnih substanc, razlikujejo od oseb, ki ne zlorablajo psihoaktivnih substanc, in sicer na področju strategij regulacije negativnega afekta ter v nivoju aleksitimije. Naša predpostavka je, da se obe skupini med seboj statistično pomembno razlikujeta na vseh merjenih značilnostih.

Pričujoče magistrsko delo ima tri teoretična poglavja, v katerih je predstavljen koncept regulacije pozitivnega in negativnega afekta, različne strategije regulacije afekta ter njihova učinkovitost in psihoaktivne substance ter njihova povezava s čustvovanjem. Magistrsko delo predstavlja razvoj in karakteristike sindroma odvisnosti od psihoaktivnih substanc ter osvetli čustvovanje pri osebah, ki so odvisne od psihoaktivnih substanc. V empiričnem delu je predstavljena metodologija raziskave, rezultati in razprava o dobljenih rezultatih.

Magistrsko delo pripomore k boljšemu razumevanju vloge afektivne regulacije in disregulacije pri osebah, ki se zdravijo zaradi odvisnosti od psihoaktivnih substanc. Omogoča večji vpogled v dejavnike, ki predstavljajo tveganje za nastanek odvisnosti.

1. REGULACIJA AFEKTA

Duševne procese in stanja, ki izražajo človekov vrednostni odnos do zunanjega sveta ali do samega sebe, imenujemo »čustva« (Lamovec 1991). To so specifični načini spoznavanja sveta in evalvacije, presoje o tem, kaj je zaželeno ali nezaželeno. Objektivno (osebam, dogodkom, situacijam), ki jih nevtrarno spoznavamo, določimo njihovo pomembnost za nas oz. jih s čustvi ovrednotimo (Šadl 1999).

Vsako čustvo ima svoj objekt, subjekt, dogodek, stanje ali pojav, ki ga povzroči ali h kateremu teži, vendar čustev ne doživljamo ob vseh objektih in dogodkih, temveč se čustva pojavljajo le ob objektih, ki jih ocenjujemo kot pomembne za nas. Čustvo nastane, ko je neki objekt za nas posebej pomemben oz., ko gre za stvari, ki nas osebno zadevajo. To pomeni, da se ljudje na iste dogodke ali objekte odzivamo z različnimi čustvi (po moči in po kakovosti) ali pa se nanje sploh ne odzivamo čustveno. Čustva imajo v tem smislu prilagoditveno funkcijo, saj v odnosu med posameznikom in zunanjim svetom omogočajo učinkovito prilagajanje spremembam. Pomembno vlogo imajo pri komunikaciji in uravnavanju socialnih odnosov, saj čustveni izrazi in vedenje posameznika, ki doživlja določeno čustvo, drugim ljudem služijo kot informacija, na podlagi katere lahko uravnavajo svoje vedenje. V tem smislu sta prepoznavanje in izražanje čustev najpomembnejša dela nebesedne komunikacije. Človek vedno (tudi nezavedno) izraža svoja čustva in si razlaga čustva drugih ljudi. Na osnovi tega uravnava svoje vedenje. Sposobnost za ustrezno izražanje čustev in občutljivost za čustveno doživljanje drugega sta pomembni socialni spretnosti, s pomočjo katerih človek vstopa v socialne situacije, se v njih lažje znajde in je s tem življenjsko uspešnejši (Kompore in drugi 2005, 169–175).

Obstajajo različne klasifikacije čustev. Čustva lahko delimo glede na vrednostni vidik, in sicer na prijetna ali pozitivna (sreča, ljubezen) in neprijetna ali negativna (žalost, strah, gnus); glede na aktivnostni vidik jih delimo na vznburjajoča ali aktivna (strah, jeza, navdušenje, zaljubljenost, trema, pričakovanje) in pomirjajoča ali mirna (zadovoljstvo, potrtnost, žalost). Glede na njihovo intenzivnost (jakost) jih delimo na močna in šibka. Glede na trajnost in intenzivnost pa lahko od različnih vrst čustev ločimo razpoloženja

in afekte. Razpoloženja so dolgotrajna in šibka čustvena stanja, ki imajo kljub svoji manjši intenzivnosti velik vpliv na obnašanje, afekti ali t. i. »organske emocije« (jeza, žalost, strah, gnus, sram in veselje) pa so zelo močna, vendar kratkotrajna čustvena stanja, ki vsebujejo globoke nezavedne psihosomatske vsebine. Afekti se razvijejo v trenutku in jih spremljajo izrazite telesne spremembe. Afekti so psiho-biološka stanja, ki že po svoji zasnovi najgloblje zaznamujejo vsakega posameznika, natančneje njegove sisteme spomina. Običajno obvladajo celotno osebnost in zmanjšajo razsodnost ter kritičnost posameznikovega mišljenja in ravnanja. Temeljni afekti predstavljajo osnovno dinamiko, ki v najrazličnejših odnosih povzroča in vzdržuje tako funkcionalnost kot patologijo (Rothschild 2006; Fosha, Siegel in Solomon 2009; Schore 2003; Kompare in drugi 2005, 171).

Čustva vedno služijo funkciji dajanja informacij, pa čeprav to poteka ekstremno, nenavadno, izčrpavajoče ali boleče. Čustvene reakcije pravzaprav nikoli ne morejo biti abnormalne, tudi v psihiatričnih razmerah so čustva popolnoma normalna, kar zadeva to, kar jih prinaša oz. povzroča (Strongman 2006, 29).

Čustva vedno predstavljajo izziv, da se najdejo načini njihovega reguliranja, tako da bi ohranili njihove koristne lastnosti, medtem ko omejujemo njihove destruktivne aspekte (John in Gross 2004, 1302). Čustva, če so primerno uravnavana, človeku vedno pomagajo. Primerna skrb za čustveno doživljanje predstavlja zelo pomemben doprinos k življenjski funkcionalnosti in h kakovosti življenja. Tako pozitivna čustva (npr. veselje, zaupanje, naklonjenost, zanimanje) pomembno prispevajo k subjektivnemu doživljanju blagostanja (Cvetek 2014, 6). Čustvena regulacija je bistvena funkcija mentalnega zdravja (Gross in Muñoz 1995, 151).

Ko o regulaciji afekta govorimo natančneje, moramo reči, da je področje regulacije afekta karakterizirano s konceptualnim in definicijskim kaosom. V nekaterih kontekstih se termini afekt (angl. *affect*), čustvo (angl. *emotion*) in razpoloženje (angl. *mood*) uporabljajo sopomensko, v drugih kontekstih pa se čustva razlikujejo od razpoloženj (Eberle 2009, 7).

V skladu s širokim pojmovanjem afekta je regulacija afekta nadrejena spopadanju (angl. *coping*), čustveni regulaciji (angl. *emotion regulation*), regulaciji razpoloženja (angl.

mood regulation) in egoobrambnim procesom (angl. *egodefensive processes*). Ti tesno povezani konstrukti imajo prepustne meje, vendar bomo tu, da bi se izognili nejasnostim, uporabljali pojem »regulacija afekta« v smislu nadrejene kategorije za vse sorodne procese. Tako bomo npr. čustveno regulacijo konceptualizirali kot eno izmed več oblik regulacije afekta. Posledično regulacija negativnega afekta opisuje tendenco k aktivnemu in pozitivnemu vplivanju na negativni afekt z različnimi strategijami (Scherer in drugi 2013, 1; Gross 1998, 276).

Če se vrnemo k afektu, je ta torej vedenjski izraz čustev, regulacija afekta pa je nabor procesov, ki jih posamezniki uporabljajo za upravljanje čustev in njihovih izrazov, da bi dosegli želene cilje (Bell in McBride 2010, 565). Afekt občutimo kot dober ali slab, kot prijeten ali neprijeten, kot tendenco k približanju ali k izogibu (Larsen 2000a, 130).

Afektivna disregulacija (van Dijke 2008, 153) zajema (1) nezmožnost reguliranja in moduliranja afektivne izkušnje; to posameznika lahko ohranja v nezavedanju afektivne izkušnje – kot otrplosti ali preplavljenosti; (2) nezmožnost izkušanja vseh aspektov afekta, zaradi pomanjkanja specifične usmerjevalne informacije, povezane z vsakim čustvom; (3) neustrezna komunikacija čustev (zaradi preplavljenosti) ali neizkušanja in/ali neizražanja afekta (otrplosti), kar poveča verjetnost, da na posameznikove potrebe ne bo odziva s strani drugih.

Regulacija afekta je sposobnost doživeti, poimenovati in konstruktivno izraziti afekte ali čustva (Maroda 2010, 245). Gre za posameznikovo zmožnost samoopazovanja nivojev fiziološkega vzburjenja in čustvenih stanj v smislu samoregulacije in medsebojne regulacije (O'Neill in drugi 2010, 9).

Regulacija afekta je posameznikova zmožnost kontroliranja in toleriranja močnih (zlasti) negativnih afektov, ne da bi se pri tem posluževal strategij izogibanja, med katere sodijo zloraba substanc, disociacija in drugo vedenje, ki zmanjšuje napetost (Briere 1992). Primerno čustveno uravnavanje v primerih, ko so čustva doživeta kot preplavljajoča in neprenosljiva, vključuje primeren stik s čustvi in ne njihove projekcije na druge osebe, disociacijo ipd. Čustvena regulacija torej ni potlačevanje ali zanikanje čustev, ki bi lahko izhajalo iz izkušnje, da določenih čustev ni mogoče uravnavati in prenašati (Cvetek 2009, 64–65).

V regulaciji afekta je torej reguliran posameznikov občutek za subjektivno dobro počutje (v nadaljevanju SDP), ki je razmerje pozitivnega afekta (v nadaljevanju PA) in negativnega afekta (v nadaljevanju NA). Iz tega sledi, da je $SDP = PA/NA$. Posledično lahko afektivno regulacijo pojmuje kot prizadevanje za zniževanje imenovalca (NA) ali kot prizadevanja za povečanje števca (PA) ali obojega (Larsen 2000b, 223).

Čustvena regulacija se nanaša na procese, s katerimi posamezniki vplivajo na to, katera čustva imajo, ko jih imajo in kako jih doživljajo in izražajo. Gre za niz procesov in aktivnosti, ki posamezniku omogočajo spremljanje, vrednotenje ter spreminjanje narave in spontanega poteka svojega čustvenega odziva. Proces čustvene regulacije so lahko avtomatski ali nadzorovani, zavedni ali nezavedni in imajo lahko v čustveno generativnem procesu (pozornost, znanje, telesni odzivi) učinke na eno ali več točk ter vključujejo zadovoljitev hedonskih potreb, podpirajo specifično ciljno udejstvovanje in lajšajo globalni sistem osebnosti (Koole 2009, 129; Nolen-Hoeksema 2012, 162; Gross 1998, 275). Ker so čustva multikomponentni procesi, ki se razvijejo tekom časa, čustvena regulacija vključuje spremembe v »čustvenih dinamikah« (Thompson 1990; Larsen in Prizmic 2004, 42) ali latentnosti, času pojava, obsegu, trajanju in umiku oz. izravnavi odzivov v vedenjskih, doživljajskih ali fizioloških domenah. Na splošno namerna prizadevanja vključujejo pospeševanje adaptacije na negativne dogodke in upočasnjuje adaptacijo na pozitivne. Čustvena regulacija vključuje spremembe v tem, kako so komponente odziva medsebojno povezane, ko se čustvo odvije ter takrat, ko se pojavijo velika povečanja v fizioloških odzivih v odsotnosti odkritega vedenja.

V zvezi s tem je Gross (1998, 283–285) konceptualiziral pet točk generativnega čustvenega procesa, na katerih je mogoče regulirati čustva:

1. Izbira situacije – približevanje ali izogibanje določenim ljudem, krajem ali objektom z namenom regulacije čustev. Izbira situacije predpostavlja poznavanje verjetnih možnosti oddaljenih položajev in pričakovanih čustvenih odzivov na te lastnosti. Situacije so kompleksne in imajo pogosto več plasti čustvenega pomena. Za sprejemanje dobrih odločitev o tem, katere situacije iskati in katerim se izogibati, zlasti ko so kratkoročne koristi ali prednosti čustvene regulacije soočene proti dolgoročnim negativnim posledicam, je potrebno samopoznavanje.

2. Sprememba situacije – osredotočanje na tisto, kar nas vodi v čustveno izkušnjo in za nas koristno spremembo. Potencialno čustveno izzivajoči situaciji, ki neizbežno prikličeta čustva, sta npr. prazna pnevmatika na poti na pomemben sestanek ali glasna glasba pri sosedu sredi noči. Posameznik lahko sestanek spremeni v telefonsko konferenco ali prepriča soseda k stišanju hrupne glasbe. Aktivno prizadevanje za neposredno spreminjanje situacije, da tako spremeni njen čustveni učinek, je pomembna oblika čustvene regulacije.
3. Razporeditev pozornosti – preusmeritev posameznikove pozornosti proč od vznburjajoče situacije prek distrakcije z delom, umetnosti, močnega koncentriranja na nekaj drugega ipd.
4. Kognitivna sprememba – pomen in posameznikovo ovrednotenje svoje zmogljivosti obvladovanja situacije. Ena izmed oblik kognitivne spremembe je ponovna ocenitev (angl. *reappraisal*). To vključuje kognitivno preoblikovanje situacije, da se spremeni njen čustveni učinek.
5. Sprememba odziva – neposredno vplivanje na fiziološko, izkustveno in vedenjsko odzivanje. V nasprotju z zgoraj opisanimi čustveno regulativnimi procesi, se spreminjanje odziva pojavi pozno v čustveno generativnem procesu, potem, ko so se tendence odziva že začele. Poskusi reguliranja fizioloških in izkustvenih vidikov čustev so pogosti in lahko vključujejo uporabo PAS.

Po modelu teorije nadzora (Larsen 2000a, 132), pri katerem je afekt direktno reguliran, imajo ljudje določeno točko, kako se po navadi želijo počutiti. Nato z njo redno primerjajo svoje trenutno stanje. Če med posameznikovim izkušanim in želenim afektom obstaja zadostna razlika, ta sprejme ukrepe za uravnavanje afekta oz. se vključi regulatorni napor (Larsen in Prizmic 2004, 52; Augustine in Hemenover 2009, 1182). Ključni izzivi, s katerimi se soočajo ljudje s potrebo po regulaciji afekta, so odločitev, kdaj regulirati, katero strategijo uporabiti in kako jo izvajati (Webb in drugi 2012, 145; 150–153; 177). Ali svoja čustva reguliramo pa je odvisno od naše lastne čustvene zavesti in tega, kaj mislimo o naših razpoloženjih. Bistveno je uporabljati strategije, ki lahko vplivajo na naša čustva. Tako lahko boljše počutje npr. dosežemo prek pomoči drugim ali tako da prijetnejše stvari, ki jih moramo narediti, pustimo za kasneje v dnevu (Strongman 2006, 27).

2. STRATEGIJE REGULACIJE AFEKTA

Negativni življenjski dogodki imajo na subjektivne občutke močnejši vpliv kot pozitivni (Baumeister, Bratslavsky, Finkenauer in Vohs 2001, 323). Negativni dogodki ustvarijo več subjektivnih posledic kakor enako močni pozitivni dogodki, močne reakcije negativnega afekta pa trajajo dlje kot močne reakcije pozitivnega afekta. Kognitivni sistem je zasnovan tako, da pred pozitivnimi daje prednost predelavi negativnih informacij. NA je dva do trikrat tako močan kot PA, tako da mora biti po tem razmerju en slab dan odtehtan z dvema ali tremi dobrimi dnevi, da se ohrani povprečna raven subjektivnega dobrega počutja. Razlikovanje med strategijami za regulacijo negativnega in pozitivnega afekta je sicer bolj konceptualna kot absolutna, a sta najočitnejši strategiji regulacije afekta povečanje PA in zmanjšanje NA (Larsen 2002; Larsen in Prizmic 2004, 42–52).

Regulacija čustev ni enoten konstrukt, temveč je na voljo v različnih oblikah, zaradi česar obstaja več klasifikacij. Pogosto uporabljena klasifikacija po Parkinsonu in Totterdellu (1999, 277–303) razlikuje med namernimi regulacijskimi strategijami na dveh faktorjih:

- »udejstvovalni faktor« se nanaša na približanje ali izogibanje afektivni izkušnji (npr. ko je pozornost usmerjena proti ali proč od afektivne izkušnje);
- »faktor modalnosti« zadeva reguliranje afekta z uporabo vedenjskih ali kognitivnih sredstev/načinov.

Združevanje teh dveh dejavnikov rezultira v štirih kategorijah regulacije afekta:

- izogibanje, ki vključuje preusmerjanje pozornosti proč od afekta ali skrbi;
- distrakcija, ki vključuje alternativen fokus za pozornost ali ukrepanje;
- konfrontacija, ki vključuje aktivno delo na afektu ali skrbi;
- sprejetje, ki vključuje sprejetje pasivnega odnosa do tega, kar se dogaja.

Parkinson in Totterdell (1999, 277–303) sta opredelila dve glavni razlikujoči se grupi strategij. Prva skupina je skupina kognitivnih v primerjavi z vedenjskimi strategijami medtem ko so druga skupina strategije udejstvovanja v primerjavi s strategijami

diverzije. Raziskava omenjenih avtorjev kaže, da ljudje uporabljajo širok spekter zavestno dostopnih in namernih strategij za zmanjšanje neprijetnega afekta, ki ga je mogoče razlikovati na številne različne načine ter na več različnih ravneh.

Zanimiv je tudi Grossov (1999, 559–560) model procesa čustvene regulacije, ki čustveno regulacijo deli na dve fazi: (1) strategije, ki so lahko vključene, preden je čustvo izzvano, in (2) strategije, ki se lahko pojavijo po čustvenem odzivu. V tem modelu predhodno usmerjene čustvene regulacije vključujejo dejavnike, kot so izbira situacije, modifikacija situacije in razporeditev pozornosti (angl. *attention deployment*). Kognitivno prevrednotenje (angl. *cognitive reappraisal*) bi lahko bila ena oblika predhodno usmerjene čustvene regulacije (angl. *antecedent-focused emotion regulation*), če se napor za interpretacijo situacije dobrohotno pojavi pred čustvenim odzivom. Po čustvenem odzivu sledi na odziv usmerjena čustvena regulacija, ki vključuje strategije, ki zmanjšajo intenzivnost ali skrajšajo neprijetne čustvene izkušnje.

Tu termin »strategija« tako kot Gross in John (2003, 348) uporabljamo z določenim pridržkom, saj se lahko vzame, da termin implicira, da so ti čustveno regulacijski procesi izvršeni zavestno. Ti procesi so lahko izvedeni zavestno, vendar so pogosto izvedeni avtomatično ali samodejno brez zavestne pozornosti ali premisleka.

2.1 REGULACIJA NEGATIVNEGA AFEKTA

Strategije, obravnavane v nadaljevanju, ne predstavljajo izčrpnega pregleda vseh specifičnih regulacijskih strategij. O posameznih strategijah regulacije, zlasti negativnega afekta, govorijo različni avtorji, ki jih bomo navedli tekom razprave. Ker je negativni afekt toliko močnejši od pozitivnega afekta, začnemo našo razpravo s strategijami, ki se zdijo najprimernejše za popravilo oz. sanacijo negativnega afekta.

DISTRAKCIJA IN RUMINACIJA (Augustine in Hemenover 2009, 1185–1188; Larsen 2002; Larsen in Prizmic 2004, 44–52): Vključuje kognitivno in vedenjsko odstranitev samega sebe od vzroka negativnega afekta. Distrakcija, odvrčanje svoje pozornosti od negativnih dogodkov ali čustev in izogibanje premlevanju, lahko vključuje izključitev iz težavne situacije ali izogibanje razmišljanju o problemu. Vedenje lahko vključuje sodelovanje v nekoliko manj naporne, vendar preokupacijske dejavnosti (npr. gledanje televizije, poslušanje glasbe) ali v zahtevnejše dejavnosti (npr. ukvarjanje s hobijem, branje knjige) v prizadevanju, da bi svoj um odvrnili od negativnega dogodka ali čustva. Druga plat pri tej strategiji je osredotočanje na prihodnost, ko bo dani problem rešen. Posameznik si lahko tudi prerazporedi vire z razmišljanjem o nečem, ki zavzema pozornost ali sodeluje v zahtevni nalogi.

Kaliterna Lipovčan, Prizmić in Franc (2009, 1078) distrakcijo delijo na:

- Aktivna distrakcija ali odvrčanje pozornosti, opredeljena kot vključevanje v prijetna vedenja, da bi odvrnili pozornost od negativnih občutij (npr. druženje s prijatelji, zabavanje in smejanje).
- Pasiva distrakcija in sprejetje, opredeljena kot pasivna vedenja, da bi odvrnili posameznikovo pozornost od negativnih občutij (npr. molitev, poskušanje sprejemanja svoje usode, pitje kave in hranjenje).

Distrakcija (Augustine in Hemenover 2009, 1185–1188) oz. odvrčanje pozornosti je bila dokazano učinkovita metoda za popravilo afekta v večini situacij, saj je bilo ugotovljeno (Nolen-Hoeksema in Morrow 1993, 561–568), da zmanjšuje depresivno razpoloženje tudi pri naravno depresivnih pacientih. Depresivni subjekti so pod pogoji ruminacije postali pomembno depresivnejši, medtem ko so depresivni subjekti pod pogoji distrakcije postali pomembno manj depresivni. Ruminacija in distrakcija nista vplivali na razpoloženja nedepresivnih subjektov. Iz tega sledi, da ruminativni odzivi depresivno razpoloženje poslabšajo in podaljšajo, medtem ko distrakcijski odzivi skrajšajo depresivno razpoloženje. Prikrit namen te strategije je zaustavitev razmišljanja o negativnem dogodku ali čustvu. Konsistentna ruminacija ali osredotočanje na negativna čustva je povezano z izkušnjo epizod velike depresije in nastopom anksioznih motenj. Izogibanje negativnim posledicam ruminacije vodi do učinkovitega poskusa regulacije afekta. Distrakcija je lahko učinkovita strategija tudi zaradi relativno

enostavne uporabe te strategije. Vključevanje v alternativne aktivnosti je relativno enostavna strategija, ki bi morala biti dostopna večini posameznikov.

KATARZA/ODZRAČEVANJE (Augustine in Hemenover 2009, 1185–1188): Katarza vključuje očiten izraz negativnih čustev. Da bi posameznik zmanjšal jezo, udari blazino ali joka, da bi zmanjšal žalost in tako naprej.

Freud (Larsen 2002; Larsen in Prizmic 2004, 44–52) je učil, da negativna čustva, kadar niso izražena, vzpostavljajo napetost in končno ustvarjajo simptome. Posledično je odvajanje negativnih čustev skozi izražanje mišljeno kot znebitev psihološkega sistema napetosti. Psihoanaliza je včasih obravnavana kot oblika odzračevalne terapije, ker so pacienti spodbujeni, da podoživijo čustva, povezana s preteklimi travmami. To je proces, znan kot »katarza«.

Kljub priljubljenemu konceptu kaže, da je katarza povsem neučinkovita metoda za regulacijo agresije. Spodbujanje agresije ustvarja stanje vzburjenosti, ki motivira agresijo, kar znižuje vzburjenje in zmanjša verjetnost nadaljnjega nasilja. Dokazi iz psihofiziološke raziskave kažejo, da pod nekaterimi pogoji, agresija ustvarja zmanjšano vzburjenje, ko je ta količinsko v smislu kardiovaskularne aktivnosti. Podatki o učinkih agresije po drugih indicijah avtonomnega okrevanja so dvoumni. Agresija ne spodbuja kardiovaskularnega okrevanja pod pogoji, ko tarča poseduje višji socialni status kot napadalec; ko je agresija očitno neprimeren odziv v dani situaciji; in ko je posameznik predisponiran za odziv na agresijo z občutki krivde. S tem ni potrjen pojem katarze v smislu zmanjšanja agresije po agresiji. More pa biti ta pojem pojasnjen v smislu aktivnega zaviranja in da se v odsotnosti takih zadržkov povečujeta izraz agresije in verjetnost nadaljnjega takšnega vedenja (Geen in Quanty 1977, 1–37).

Teorija katarze je najpogosteje povezana z upravljanjem z jezo, vendar je Bushman (2002, 724–731) ugotovil, da odzračevanje jeze (npr. udarjanje boksarske vreče) ljudi razjezi in postanejo verjetneje agresivnejši, zaradi česar je ta strategija v primeru regulacije afekta jeze neučinkovita.

SUPRESIJA/ZAVIRANJE (Augustine in Hemenover 2009, 1185–1188; Larsen 2002; Larsen in Prizmic 2004, 44–52): Pomeni preprečevanje izražanju negativnega afekta. Je nasprotje odzračevanja, saj se supresija nanaša na zaviranje ekspresije negativnega čustva. Supresija/zaviranje vključuje izogibanje kakršnemukoli prikazu negativnega afekta. Omenjeni avtorji jo označujejo za neučinkovito strategijo regulacije afekta. Medtem ko samoocenjevalni instrumenti kažejo, da supresija učinkovito zmanjšuje negativni afekt, alternativni ukrepi kažejo, da bi posameznik po uporabi supresije dejansko lahko doživel višje ravni negativne čustvene vzburjenosti (Larsen in Prizmic 2004, 40–61). Tako poskus, da bi zatrl očitne izraze žalosti, dejansko proizvede vzorce fiziološkega vzburjenja, ki so intenzivnejši kakor, če bi si posameznik samo dovolili jokati. Poleg tega uporaba zatiranja zahteva nenehno prizadevanje, ki vključuje kognitivne vire. Nadalje, ko posameznik zatre negativni afekt, je zavrt tudi pozitivni afekt, kar rezultira v izgubi socialnih in čustvenih koristi povezanih z izkušnjo pozitivnega afekta (Gross in John 2003, 348–362).

PREVREDNOTENJE (Augustine in Hemenover 2009, 1185–1188; Larsen 2002; Larsen in Prizmic 2004, 44–52): Gre za poskuse, da bi videli negativne izkušnje v pozitivnem smislu oz. za osredotočanje na morebitne pozitivne aspekte negativne situacije. Gre za iskanje pomena v negativnih dogodkih, problematičnih situacijah in poskus, da se razvije pozitivna interpretacija.

Prevrednotenje velja za učinkovito strategijo regulacije negativnega afekta (Larsen in Prizmic 2004, 40–61), saj ne samo, da prevrednotenje učinkovito zmanjšuje negativni afekt, temveč ima obenem tudi fiziološke, imunske in psihološke koristi. Tisti, ki pogosteje uporabljajo prevrednotenje, izkazujejo nižjo stopnjo fiziološko-čustvenega vzburjenja, ko so izpostavljeni negativnemu dražljaju, kažejo zmanjšano verjetnost za nadaljnje zdravstvene težave in so relativno višje v subjektivnem dobrem počutju (Gross in John 2003, 348–362).

SOCIALNA PRIMERJAVA (Augustine in Hemenover 2009, 1185–1188): Posamezniki se pogosto primerjajo z drugimi, kar lahko služi kot strategija regulacije afekta, saj lahko navzdol usmerjena primerjava okrepi samoevalvacijo in poveča pričakovanja uspeha med posamezniki z nizko samozavestjo, ki doživljajo negativen afekt na pomembnih življenjskih področjih (Aspinwall in Taylor 1993, 708–722). Po negativnem dogodku lahko primerjanje sebe z drugimi, ki so doživeli negativnejši dogodek, posamezniku služi v smislu umeščanja njegovega problema v perspektivo (Larsen 2002; Larsen in Prizmic 2004, 44–52). Npr., če študent prejme posebno slabo oceno na izpitu, mu to, da sliši, kako slabše je šlo drugim, verjetno pomaga k razvedrilu. Če bo slišal o tistih, ki jim je šlo bolje, lahko da študentu upanje, da se lahko izboljša na prihodnjem izpitu. Študije (Lockwood 2002, 343–358) kažejo, da primerjava navzdol ne izvaja spontan vpliv na *self*, temveč vpliva na samoevalvacije, regulativni fokus in motivacijo samo, če so posamezniki spodbujeni k vzpostavljanju analogije med samim sabo in slabšimi drugimi. Smer vpliva drugega je določena z njihovo dovzetnostjo do nesreče drugega. Če posamezniki verjamejo sebi, da so smiselno varni pred doživljanjem negativne usode drugega, bo primerjava izboljšala njihove samoevalvacije; če pa verjamejo sebi, da so pod visokim tveganjem za doživetje podobno neprijetne usode, bo primerjava »izpraznila« njihovo samodojemanje, vendar povečala njihovo motivacijo za preprečitev negativnega izida. Učinkovitost socialne primerjave za regulacijo afekta je v veliki meri odvisna od podobnosti s primerjalnim in verjetnosti, da bo posameznik dosegel status primerjalnika, vendar je pod pogojem, da je ustrezno izkoriščena, socialna primerjava lahko učinkovita.

TELOVADBA (Augustine in Hemenover 2009, 1185–1188): Zmerna vadba, kot je npr. kratek sprehod običajno prinaša številne fizične in psihološke koristi (Ekkekakis, Hall, VanLanduyt in Petruzello 2000, 245–275; Thayer 1987, 119–125). Zmerna vadba je v pozitivni korelaciji s prijetnim afektom v nekaterih vzorcih, a ne v vseh. Zelo fit osebe, ki redno telovadijo, dobijo manjši energijski zagon zaradi vaj v primerjavi z zmerno fit osebami, ki zmerno vadijo. Rekreativci in zmerni telovadci po navadi dobijo manjše povečanje energije po vadbi, medtem ko lahko intenzivna ali dolgotrajna vadba vodi do občutka izčrpanosti. Vadba, pri kateri lahko pride do neuspeha, npr. tekmovalni športi,

lahko privede do kasnejšega povečanja negativnega afekta (Larsen 2002; Larsen in Prizmic 2004, 40–61). Zmerna vadba, kot je živahna 20-minutna hoja, je za povprečno osebo zanesljiva metoda za spremembo slabega razpoloženja in povečanje energijskega zagona (Thayer 1987, 119–125). Učinkovitost vadbe za namene regulacije afekta je lahko v veliki meri odvisna od vsebine in kakovosti vadbe.

PREHRANJEVANJE IN DRUGE FIZIČNE MANIPULACIJE (Larsen 2002; Larsen in Prizmic 2004, 40–61): Ko gre za hrano, so čustveni učinki zapleteni zaradi različnih dejavnikov, vključno s spolom, kulturo, debelostjo in psihopatologijo. Obstaja veliko raziskav glede učinkov predhodnega razpoloženja na kasnejše prehranjevanje (Thayer 2001, 3–11). Od študij glede druge vzročne smeri obstajajo zanesljivi dokazi, da uživanje sladkarij vodi do povečanja utrujenosti ali napetosti (Thayer 1987, 119–125). Obenem ljudje z uporabo različnih psihoaktivnih snovi poskušajo samoregulirati raven energije ali napetosti (Adan 1994, 460). Substance, ki vplivajo na glukozo v krvi, hormone ali nevrotansmitorje (zlasti dopamin in serotonin) ustvarjajo spremembe afektivnega ali čustvenega stanja. Podobno je pri aktivnostih, kot sta vadba ali meditacija (Davidson 2002, 121–124).

SPANJE (Augustine in Hemenover 2009; 1185–1188): V Parkinsonovi in Totterdellovi (1999, 277–303) taksonomiji strategij regulacije afekta je spanje ocenjeno kot osrednja strategija regulacije afekta v skupini sproščujočih in prijetnih aktivnosti. Seveda je spanje ena izmed najbolj sproščujočih dejavnosti, v katero se lahko posameznik vključi in je negativni afekt (pri zdravih posameznikih) naravno zmanjšan oz. se razpoloženje uravna že po dobri noči spanja (Cartwright in drugi 1998, 1–8). Kakovost spanja lahko v veliki meri določa učinkovitost te strategije.

VKLJUČEVANJE V PRIJETNE DEJAVNOSTI, RAZMIŠLJANJE O NJIH IN SAMONAGRADA (Augustine in Hemenover 2009, 1185–1188; Larsen 2002; Larsen in Prizmic 2004, 44–52): Intuitivno očitno je, da vključevanje ali ukvarjanje s prijetnimi/nagrajevalnimi dejavnostmi izboljšajo posameznikovo afektivno stanje. Raven samoocenjene depresije se pomembno zmanjša (Dobson in Joffe 1986, 264–271), ko posamezniki povečajo število prijetnih dejavnosti in se osredotočijo na prijetnosti dogodka. Vključevanje v prijetne dejavnosti (Fichman idr. 1999, 483–495) je najučinkovitejša metoda za zmanjšanje negativnega afekta. Obenem bi bila lahko številne od strategij regulacije afekta obravnavane kot prijetne/nagrajevalne aktivnosti (tj. glasba, igre na srečo, fantaziranje, priklic pozitivnih spominov) in bi zato morale imeti podobne afektivne koristi.

NA PROBLEM USMERJENO DEJANJE ALI NAČRTOVANJE IZOGIBA PROBLEMOV V PRIHODNOSTI (Larsen 2002; Larsen in Prizmic 2004, 44–52; Kaliterna Lipovčan, Prizmić in Franc 2009, 1078): Ta strategija vključuje razmišljanje o problemu in ukrepanje proti problemu, ki povzroča neprijetno razpoloženje. Npr. prošnja za premestitev v drugo enoto v službi, da bi se izognili neprijetnemu sodelavcu, bi bil problemsko usmerjen ukrep. Na drug način se situacija, če se ji ni mogoče izogniti, lahko spremeni s prizadevanjem za spremembo problematičnega vidika. Npr., če nekdo ne more biti premeščen v drugo enoto, si mora prizadevati za spremembo, kako bo interagiral s težavnim sodelavcem. Drug način za regulacijo situacije je, da posameznik nadzira, kako bo usmerjal pozornost in izbiral, katerim delom situacije daje pozornost. Samonagrajujoča izkušnja v zvezi s to strategijo je lahko dejanski dogodek (npr. nakupovanje) ali bolj kognitiven užitek (npr. nekaj minut počitka za priklic spomina na prijetno izkušnjo). Podobna strategija je tudi predstavljanje prihodnosti, ko trenutnega problema ne bo več. Enakemu namenu lahko služijo prijetna pričakovanja in spomini.

DRUŽENJE, ISKANJE TOLAŽBE, POMOČI ALI NASVETA PRI DRUGIH

(Larsen 2002; Larsen in Prizmic 2004, 44–52): Lastnost, ki skoraj vedno korelira s srečo, je število, kakovost in pogostost odnosov (Diener in Seligman 2002, 81–84). Srečni ljudje preživljajo čas z drugimi, se pridružijo skupinam, imajo veliko prijateljev in ljubečih odnosov, gradijo socialne podporne mreže in na splošno doživljajo prisotnost drugih kot zadovoljstvo in motiv za nadaljnje družbene dejavnosti. Preživljanje časa z drugimi pomembno prispeva k sreči posameznika.

Pomemben vidik druženja, kar zadeva regulacijo razpoloženja, je druženje z osebami, ki niso enakega razpoloženja (Tice in Baumeister 1993, 393–409). Druženje s skupino jeznih ljudi ne bi bila dobra izbira za nekoga, ki se trudi prebiti skozi svojo jezo. Druženje lahko deluje v smislu olajšanja na različne načine. Npr. pripovedovanje posameznikove zgodbe nekomu drugemu daje možnost, da kognitivno spremeni okvir situacije, mu omogoča ponovno oceno ali reinterpretacijo. Nudi tudi preusmeritev pozornosti, spremeni situacijo in potencialno sproži pozitivna čustva.

UMIK, IZOLACIJA, PREŽIVLJANJE ČASA V SAMOTI (Larsen 2002; Larsen in

Prizmic 2004, 44–52): Morda se zdi protislovno, da bi bila lahko tako druženje kot tudi izolacija koristni strategiji regulacije afekta, a se kljub temu izolacija pojavlja na seznamu strategij raziskovalcev (Morris in Reilly 1987, 237–239). Ta strategija se nanaša na izvzem samega sebe iz družbenih dejavnosti v času negativne čustvene izkušnje. Vsi smo že slišali koga reči: »Pusti me pri miru, slabe volje sem.«

Med vedenja, namenjena za analiziranje posameznikovih lastnih afektivnih stanj sodijo npr. poskušanje razumeti lastna občutja, razmišljanje o lastnih občutjih in pisanje o lastnih čustvih (Kaliterna Lipovčan, Prizmić in Franc 2009, 1078).

Larsen (1993) trdi, da čeprav ta strategija ni nenavadna, tudi ni zelo uspešna za saniranje negativnega afekta. To temeljno ugotovitev so posnemali Fichman in kolegi (1999), ki so poročali, da preživljanje časa v samoti korelira z dispozicijsko samokritičnostjo (komponenta depresivnega stila) in ni povezano z izboljšanjem razpoloženja v njihovi študiji dnevnega razpoloženja. Tako je preživljanje časa v samoti

pogosto uporabljeno ali podprto kot strategija regulacije razpoloženja, vendar njegova skupna učinkovitost za lajšanje splošnega negativnega afekta ostaja dvomljiva.

Morda je tisti tip negativnega afekta, za katerega je umik ali samoizolacija prilagodljiv, jeza. Ko je posameznik jezen, zlasti ko je na meji ali robu »preplavljenja« ali izgube samonadzora, je umik iz situacije primerna strategija. Npr., če starš postane tako jezen na otroka, da je na meji zlorablajočega fizičnega dejanja ali ukrepanja, potem je zapustitev prizorišča lahko prilagoditven odziv. Vendar pa za večino drugih negativnih čustev, vključno z žalostjo, anksioznostjo ali sramom, ugotovitve iz literature kažejo, da preživljanje časa v samoti, ne more biti prilagoditveno.

ČAKANJE (Kaliterna Lipovčan, Prizmić in Franc 2009, 1078): Strategija je opredeljena kot ne vključevanje v katerokoli vedenje za obvladovanje negativna občutja (npr. ne delanje ničesar, puščanje stvari v čakanju in sanjarjenje o času brez težav).

2.2 REGULACIJA POZITIVNEGA AFEKTA

Pri govoru o strategijah, ki so primernejše za regulacijo PA, se na prvi pogled zdi, da ljudje v času pozitivnega počutja nimajo potrebe reguliranja svojega afekta (Larsen 2002; Larsen in Prizmic 2004, 44–52), vendar je v študiji strategij regulacije afekta, ki se uporabljajo v vsakdanjem življenju (Prizmic, 1997), 91 % subjektov poročalo, da so si s strategijami prizadevali sprožiti ali ohraniti pozitivno razpoloženje. Na podlagi teh rezultatov in delu iz področja pozitivne psihologije (npr. Snyder in Lopez 2002) razpravljamo o treh specifičnih strategijah za regulacijo pozitivnega afekta:

HVALEŽNOST, BELEŽENJE BLAGOSLOVOV ALI OSREDOTOČENJE NA PODROČJA ŽIVLJENJA, KI SE DOBRO ODVIJAJO (Larsen 2002; Larsen in Prizmic 2004, 44–52; Kaliterna Lipovčan, Prizmić in Franc 2009, 1078): Ta strategija je podobna premlevanju na pozitivno. Vključuje ohranjanje fokusa na moč ali na dogodke

v življenju, za katere je posameznik lahko hvaležen. Emmons in Shelton (2002, 459–466) omogočata zanimiv pregled tako filozofskih kot duhovnih perspektiv na hvaležnost. Značilno je, da je hvaležnost izražena za pozitivne dogodke, vendar pa je mogoče najti nekaj pozitivnega in vrednega hvaležnosti tudi v negativnem dogodku – način kako je mogoče prevzeti nadzor nad dogodkom, s čimer gre za odločitev za pridobivanje nekaj koristi s tem, da se neki dogodek dojame kot dar. Gre za osredotočanje na dokumentiranje pozitivnih posledic rednega spominjanja samega sebe na dobro v svojem življenju. Hvaležnost kot strategija regulacije afekta deluje kot mehanizem upočasnitve adaptacije na pozitivne dogodke. Hvaležnost lahko deluje za počasno adaptacijo s konsistentnim spominjanjem posameznika ali osveževanjem izkušnje pozitivnega dogodka. Drug potencialni mehanizem, s katerim lahko hvaležnost deluje, je spominjanje osebe na področja njenega življenja, ki se dobro odvijajo. To je lahko posebej uporabno v času stresa ali po zelo negativnih dogodkih.

POMOČ DRUGIM, DEJANJA PRIJAZNOSTI IN DOBROTE (Larsen 2002; Larsen in Prizmic 2004, 44–52): Osebe, ki so veselega razpoloženja, v primerjavi z žalostnimi, svojo odločitev za pomoč osnujejo na podlagi pričakovanih čustvenih posledic svoje pomoči (Wegener in Petty 1994, 1034).

Veliko posrednih dokazov kaže, da lahko pomoč vpliva na PA. Simmons, Hickey, Kjellstrand in Simmons (1971, 102–115) so dokazali, da so bile osebe, ki so darovale ledvico sorodniku, verjetneje srečnejše kot drugi sorodniki nedarovalci.

HUMOR, SMEH, IZRAŽANJE POZITIVNIH ČUSTEV (Larsen 2002; Larsen in Prizmic 2004, 44–52): Humor je razvit mehanizem, ki omogoča socialno interakcijo (Lefcourt 2002, 619–631). Večina raziskovalcev se strinja, da obstaja več različnih oblik humorja, vključno s porogljivim ali posmehljivim, samoamortiziranim (angl. *self-depreciating*) in nase usmerjenim ali zrelim humorjem, ko se oseba smeji svojim lastnim razočaranjem ali neuspehom, pomanjkljivostim ali tistim, ki so splošne človeške narave. Slednja naj bi bila najpozitivnejša in koristna oblika humorja (Vaillant 1977). Raziskovalci so dokazali, da imajo ljudje, ki se pogosteje nasmehnejo ali smeji, več

pozitivnih življenjskih rezultatov. Ta učinek je še posebej močan v obdobjih stresa. Lefcourt (2002, 619–631) ugotavlja, da se osebe s smislom za humor lažje spoprijemajo s stresom in boleznimi ter po bolezni hitreje okrevajo.

2.3 UČINKOVITOST STRATEGIJ REGULACIJE AFEKTA

Med posameznikovimi cilji čustvene regulacije (npr. želim ostati miren) in njegovimi čustvenimi izidi (npr. jeza, anksioznost in agresivnost) pogosto prihaja do razkoraka. Do neuspeha čustvene regulacije prihaja zaradi težav pri (1) prepoznavanju potrebe po regulaciji, (2) odločitvi ali/in kako regulirati ter (3) sprejemanju regulacijske strategije. Prva naloga v učinkoviti regulaciji čustev je prepoznavanje potrebe po regulaciji. Ta potreba nastane, ko gre za razhajanje med posameznikovim trenutnim čustvenim stanjem in njegovim želenim stanjem, kot je opredeljeno z njegovimi čustvenimi standardi. Težave v zvezi s tem se lahko pojavijo, ko posameznik (1) nima ustreznih standardov, proti katerim bi lahko primerjal sedanje čustveno stanje, (2) ne spremlja razmerja med sedanjim in želenim čustvenim stanjem ali (3) si ne razlaga razhajanja oz. neskladja kot zahtevano ukrepanje. Druga naloga v učinkoviti regulaciji čustev je odločanje ali/in kako regulirati. Težave se lahko pojavijo, ko posameznik (1) ne verjame, da so čustva voljna, (2) ne verjame, da je sposoben spreminjati čustva, (3) izbere strategijo, ki je neučinkovita za čustvo ali situacijo ali (4) ne more fleksibilno preklapljati med strategijami z namenom, da bi povečal uporabnost. Tretja naloga v učinkoviti regulaciji čustev je uvedba izbrane strategije. Težave se lahko pojavijo, ko posameznik (1) ne prepozna priložnosti ali je ne izkoristi pravočasno ali (2) nima zadostnih virov, da sprejme strategijo (Webb in drugi 2012, 150–177).

Izbira učinkovite regulacijske strategije je toliko težja, ker strategija, ki je učinkovita v eni situaciji lahko ni učinkovita v drugih (Gross in Thompson 2007, 3–24). Če je npr. oseba nemirna glede bližajočega se izpita, potem lahko za nekaj minut preusmeri pozornost s tem, da misli na počitnice, na katere bo šla potem, ko bo izpit mimo – tako lahko pripomore k razbremenitvi svojih negativnih čustev. Vendar, če je oseba nemirna med izpitom, je ta enaka strategija lahko moteča pri osrednji nalogi – uspešno opraviti izpit. Podobno je učinkovitost strategije lahko odvisna od tega ali posamezniki v dani

situaciji sledijo kratkoročnim ali dolgoročnim ciljem. Npr. supresija lahko pomaga pri izognitvi občutku osramočenosti s strani partnerja pri večerji, vendar je prevzem perspektive (angl. *perspective taking*) morda boljša strategija za upravljanje negativnih čustev v zvezi z dolgoročnim ciljem – imeti dober odnos (Webb in drugi 2012, 152).

Strategije so lahko učinkovite za nekatera čustva, vendar ne za druga (Larsen in Prizmic 2004, 40–60). Strategija, ki učinkovito upravlja žalostno razpoloženje morda ne bo delovala za anksioznost in mogoče je, da imajo lahko nekatere strategije povraten učinek na druga čustva. Npr., če posameznik skrbi za sorodnika s terminalno boleznijo, potem je to, da gre ven na večerjo olajšanje za stres, vendar obenem poveča njegov občutek krivde. Verjetnost težavnejše regulacije je, ko je vključenih več čustev in ciljev (Webb in drugi 2012, 152). Učinkovitost je odvisna od številnih dejavnikov, kot so okoliščine, ki sprožijo uporabo strategij (tj. s kontekstom povezana regulacija), individualne osebnostne razlike in učinki že prej uporabljenih strategij regulacije razpoloženja (tj. osebne izkušnje in osebnostne lastnosti) (Kokkonen in Pulkkinen 2001, 99; Rusting in DeHart 2000, 737–752).

Študija v zvezi s pogostostjo uporabljenih strategij (Thayer, Newman in McClain 1994, 910–925) temelji na osnovi spominov glede njihove izbire strategij v preteklosti, da bi spremenili slabo razpoloženje. Najpogosteje uporabljene strategije so vključevale klic, pogovor ali druženje z nekom; pozitivno razmišljanje, osredotočanje na nekaj drugega; izogibanje; poslušanje glasbe in poskušanje biti sam.

Pri uporabi regulacijskih strategij za reguliranje negativnih čustev v vsakdanjem življenju obstajajo tako starostne razlike kot tudi razlike med spoloma (Kaliterna Lipovčan, Prizmić in Franc in drugi 2009, 1085). V raziskavi Nolen-Hoeksema in Aldao (2011, 704) so ženske pogosteje kot moški poročale o uporabi različnih čustveno regulacijskih strategij. Uporaba večine strategij (ruminacija, supresija, prevrednotenje, reševanje problemov, sprejemanje, socialna podpora), z dvema izjemama, se je zmanjšala s starostjo. Prvič, uporaba supresije je naraščala s starostjo pri ženskah, vendar ne pri moških in drugič, uporaba sprejemanja se ni zmanjšala pri ženskah. Uporaba slabo adaptivnih strategij je bila povezana z več depresivnimi simptomi v vseh starostnih skupinah in pri obeh spolih, vendar uporaba adaptivnih strategij na splošno ni bila v povezavi z nižjimi nivoji depresivnih simptomov med skupinami.

Thayer, Newman in McClain (1994, 910–925) so v svoji raziskavi z udeleženci ocenili učinkovitost strategij za spremembo slabega razpoloženja, povečanje energije in zmanjšanje napetosti. Njihovi rezultati so pokazali, da so ljudje verjeli, da je najučinkovitejša strategija za spreminjanje slabega razpoloženja (presojeno s samooceno in s strani psihoterapevtov), telovadba, medtem ko so bile nadzorovanje misli, prevrednotenje in religiozna ali duhovna dejavnost ocenjene kot najboljše za dvig energije in zmanjšanje napetosti. Ko učinkovitost strategije temelji na dejanskih prospektivnih podatkih, rezultati kažejo, da so različne strategije uporabne za regulacijo različnih afektivnih stanj. Npr. v Totterdellovi in Parkinsonovi (1999, 219–232) dnevni študiji regulacije afekta so vključitvene (npr. prevrednotenje) in diverzijske (npr. distrakcija) strategije povečale vedrino in umirjenost, ampak je bila samo vključitev povezana s povečanjem energije. Prijetne dejavnosti in relaksacija so bile najboljše za pomirjanje, aktivne in energične dejavnosti pa so bile najboljše za dvig energije.

Kognitivno prevrednotenje (Prizmic 2000) je povezano z nižjim NA, medtem ko so pasivne strategije, kot so distrakcija in izogibanje, povezane z višjim NA po njihovi uporabi. Najpogosteje uporabljene strategije so obenem tudi najučinkovitejše strategije. To so kognitivno prevrednotenje, druženje in osredotočanje na čustva. Podobno sta v metaanalizi, ki sta jo z namenom preučitve učinkovitosti različnih afekt regulacijskih strategij naredila Augustine in Hemenover (2009, 1181) odkrila, da sta prevrednotenje ter distrakcija najučinkovitejši regulacijski/popravljalni strategiji, ki ustvarjata največji hedonski premik v afektu.

Dve najpogosteje uporabljeni strategiji čustvene regulacije sta prevrednotenje ali ponovna ocena, pri čemer gre za spreminjanje načina, kako posameznik razmišlja o potencialno čustveno izzivajočem dogodku; in supresija, kjer gre za spreminjanje načina, kako se posameznik vedenjsko odziva na čustveno izzivajoč dogodek. Eksperimentalne ugotovitve kažejo, da ima prevrednotenje bolj zdrav profil kratkoročnih afektivnih, kognitivnih in družbenih posledic kakor supresija. Ugotovitve glede individualnega razlikovanja kažejo, da je uporaba prevrednotenja za regulacijo čustev povezana z bolj zdravimi vzorci afektivnega, družbenega funkcioniranja in dobrega počutja, kot je uporaba supresije (John in Gross 2004, 1301).

Posamezniki, ki pogosteje uporabljajo prevrednotenje, doživljajo in izražajo večja pozitivna čustva in manjša negativna čustva, medtem ko posamezniki, ki uporabljajo supresijo, doživljajo in izražajo manjša pozitivna čustva, a doživljajo večja negativna čustva. Uporaba prevrednotenja je povezana z boljšim medosebnim funkcioniranjem, medtem ko je uporaba supresije povezana s slabšim medosebnim funkcioniranjem (Gross in John 2003, 348).

3. PSIHOAKTIVNE SUBSTANCE IN ČUSTVOVANJE

Ljudje svoje trenutno čustvovanje, vedenje in doživljanje spreminjamo na različne načine. Med temi načini ali strategijami čustvenega uravnavanja ima svoje mesto tudi uporaba drog ali psihoaktivnih substanc (v nadaljevanju PAS) (Čebašek - Travnik 2005, 99). Ta ima različne kratkotrajne in dolgotrajne posledice. Ena izmed slednjih je sindrom odvisnosti, ki je lahko navzoč zaradi specifične PAS (npr. tobak, alkohol), za razred snovi (npr. opijeve droge) ali za širši krog farmakološko različnih PAS (WHO 2008, 306).

PAS so snovi, ki imajo sposobnost spreminjanja posameznikove zavesti, razpoloženja ali procesov razmišljanja, saj delujejo na možganske mehanizme, ki uravnavajo funkcije razpoloženja, misli in motivov (WHO 2004, 1). V nadaljevanju bomo predstavili najpogostejše uporabljene PAS in njihove učinke na čustvovanje, razvoj sindroma odvisnosti in njegove karakteristike.

PAS lahko klasificiramo na podlagi njihove kemične strukture; njihovega rastlinskega vira; mesta delovanja v možganih; njihovih učinkov; sprejetosti v družbi (npr. so legalne ali nelegalne) (Lewis in Blevins 1994); škodljivosti ter njihove stopnje zasvojitvenosti. PAS so splošno razvrščene glede na njihove učinke na zavest in sensoriko. Opiati, vključno s heroinom, morfinom, kodeinom in metadonom, so analgetiki (blažijo bolečino). Barbiturati, blažja pomirjevala in alkohol so antidepresivi, ki zmanjšujejo pritisk dejavnosti centralnega živčnega sistema. Amfetamini, kokain, kofein in nikotin so stimulansi, ki povečujejo dejavnost centralnega živčnega sistema. LSD, psilocibin, meskalin so halucinogeni. Kanabinoidi, vključno z marihuano, imajo antidepresivne in halucinogene lastnosti. Inhalanti, med katere sodi npr. modelarsko lepilo, ustvarijo vrtoglav, opojen učinek, splošno pa veljajo za antidepresive (Hoffman 1975).

Tabela 1

Lastnosti glavnih kategorij psihoaktivnih substanc (WHO 2004, 110).

Kategorija	Primeri	Najpogostejši vedenjski učinki
Stimulansi	Amfetamin, kokain, ekstazi, nikotin	Stimulacija, vzburjenost, povečana energija in koncentracija, zmanjšan apetit, zvišan srčni utrip, pospešeno dihanje, paranoja, panika.
Antidepresivi	Alkohol, sedativi/hipnotiki, hlapna topila	Sprostitev, disinhibicija, motorične oslavitve, spominske in kognitivne oslavitve, anksioliza.
Halucinogeni	Kanabinoidi, LSD, halucinogeni	Halucinacije, povečano senzorično zavedanje, motorični in kognitivni primanjkljaji.
Opiati	Morfij, heroin	Evforija, analgezija, sedacija.

Posamezne PAS imajo različen potencial za nastanek odvisnosti. Na prvem mestu je tobak oz. nikotin, saj od njega postane odvisnih 32 % kadilcev. Sledijo mu heroin 23,1 %, kokain 16,7 %, alkohol 15,4 %, stimulansi 11,2 %, anksiolitiki, sedativi, hipnotiki 9,2 %, kanabis 9,1 %, psihedeliki 4,9 %, analgetiki 7,5 % in inhalanti 3,7 % (Anthony, Warner in Kessler 1994, 251).

Uporaba PAS je glede na njihov socialni status razvrščena v tri kategorije (WHO 2004, 2–4). V prvi so mnoge snovi, ki se uporabljajo kot zdravila, saj jih medicina uporablja za lajšanje bolečin, spodbujanje spanja ali budnosti ter lajšanje motenj razpoloženja. V drugi kategoriji uporabe so nezakonite ali nedovoljene snovi, kot so npr. opiat, kanabis, halucinogeni, kokain in številni drugi stimulansi, hipnotiki in sedativi. Kljub prepovedi je v mnogih družbah uporaba nedovoljenih PAS dokaj razširjena, še posebej med mladimi odraslimi, katerih običajni namen je uživanje in pridobivanje koristi PAS. Tretjo kategorijo uporabe predstavlja zakonita ali dovoljena uporaba, kjer namen uporabe PAS izbere potrošnik sam. Ti nameni so lahko zelo različni in niso nujno povezani s psihoaktivnimi lastnostmi snovi. Npr. alkoholna pijača je lahko vir prehrane, hlajenja ali ogrevanja telesa, vir odpravljanja žeje; lahko pa služi tudi simbolnemu

namenu v krogu nazdravljanja ali zakramentu. Kakršenkoli je namen uporabe, psihoaktivne lastnosti snovi neizogibno spremljajo njeno uporabo.

Najpogosteje uporabljene PAS so kofein in sorodni stimulansi, ki se navadno uporabljajo v obliki kave, čaja in gaziranih pijač; nikotin, trenutno najpogosteje uporabljen pri kajenju tobačnih cigaret in alkoholne pijače, ki prihajajo v različnih oblikah, vključno s pivom, vinom in žganimi pijačami. Medtem ko so inhalanti prav tako široko dostopni, se večinoma uporabljajo za psihoaktivne namene s strani tistih, ki so pod starostno mejo enostavnega dostopa do alkohola, tobaka in drugih PAS. Ker je uporaba kofeinskih snovi relativno neproblematična, je v nadaljevanju ne bomo več obravnavali (WHO 2004, 2–4).

Medtem ko je alkohol snov, ki ga uporablja večji delež posameznikov v različnih kulturah po vsem svetu (za razliko od mnogih nedovoljenih snovi), ker ima lahko globok učinek na čustva in kognicijo (za razliko od nikotina) in ker obstajajo kompleksne interakcije med pitjem, intoksikacijo in socialnim kontekstom, menimo, da je za nadaljevanje smiselni poudarek na alkoholu. Kot pri vseh drogah so seveda tudi pri alkoholu učinki odvisni od odmerka, torej od količine uporabljenega alkohola ali nastale koncentracije alkohola v krvi (Sher in Grekin 2007, 561; 575). Pri visokih odmerkih in med upadanjem krivulje odziva na odmerek alkohola etanol običajno ustvarja sedativom podobne učinke. Pri nizkih odmerkih in med naraščanjem krivulje odziva na odmerek alkohola pa ima etanol pogosto stimulansom podobne učinke (Holdstock in de Wit 1998, 1903).

Farmakološki agent, etilni alkohol, ima številne učinke na telesne sisteme, vendar se bomo tu omejili samo na možganske sisteme, ki vplivajo na čustva in kognicijo. Učinke alkohola lahko razvrstimo na tri širše razrede: (1) pozitivni ojačevalni učinki (npr. evforičnost in vzburjenost), (2) negativni ojačevalni učinki (npr. anksiolitičnost in antidepresivnost) in (3) kaznovalni učinki (npr. depresivnost). Tu je treba upoštevati dva širša razreda ukrepov: (1) neposredne učinke alkohola na možganske mehanizme, ki nadzirajo čustva (in na periferne organe, ki zagotavljajo proprioceptivne povratne informacije o vzburjenosti) in (2) posredne učinke alkohola na čustva, ki potekajo prek možganskih mehanizmov, ki uravnavajo kognicijo in zaznavanje (npr. pozornost, spomin in ocenjevanje). Večina pivcev pije zaradi takojšnjih učinkov, ki so najbolj

proksimalni s porabo in povezani z večjo nagrado, medtem ko kaznovalne, pomirjevalne učinke verjetneje doživijo težji pivci, a ti učinki nekoliko zamujajo. Ti dvofazni učinki vzpostavljajo neločljiv paradoks za pivca, ki uporablja alkohol kot strategijo modulacije odziva; čeprav lahko prinese kratkotrajno čustveno regulacijo, ima lahko tudi povraten učinek, da v končni fazi okrepi začetna negativna čustva. Nemedikamentozni vidiki pitja lahko služijo funkciji čustvene regulacije do te mere, da vplivajo na ocenitev oz. vrednotenje ali druge kognitivno čustvene regulacijske strategije (Sher in Grekin 2007, 561–563).

Obstoječe teorije o učinkih alkohola na čustva po navadi gledajo uživanje alkohola kot strategijo čustvenega uravnavanja, ki služi doseganju želenega čustvenega stanja. Hkrati pa ima močno uživanje alkohola kronične učinke na afekt in kognicijo, ki bi lahko, paradoksalno, ustvarili več čustvene disregulacije. Dejansko to lahko predstavlja jedro, patološki proces pri razvoju hude odvisnosti od alkohola. Čeprav so te čustvene spremembe povzročene prek kroničnega uživanja, domnevno posledica neurofarmakoloških sprememb v možganih, lahko zastrupitev z alkoholom vodi v vedenje, ki se zaključi v okviru velikih življenjskih stresorjev (npr. družbena zavrnitev, izguba delovnega mesta, pravne težave, zdravstvene težave in ponižanje) prav tako pa lahko vodijo do afektivne motnje (Sher in Grekin 2007, 568).

3.1 RAZVOJ IN KARAKTERISTIKE SINDROMA ODVISNOSTI OD PSIHOAKTIVNIH SUBSTANC

Sindrom odvisnosti je trenutna tehnična terminologija za koncept »zasvojenosti«. V središču tega koncepta je ideja, da je uporabnikov nadzor nad uporabo PAS izgubljen ali oslavljen. Posameznik o uporabi PAS ne odloča več preprosto zaradi njenih koristi, temveč je njena uporaba postala navada. Hlepenje (angl. *craving*) po ponovni uporabi droge pomeni, da uporabnik čuti, da navada ni več pod njegovim nadzorom. Uporabnikova odvisnost je tako videti kot pogonsko nadaljevanje uporabe navkljub škodljivim posledicam, ki bi lahko druge, ki niso odvisni, odvrnile od nadaljnje uporabe PAS (WHO 2004, 12).

Sindrom odvisnosti je skupek vedenjskih, kognitivnih in fizioloških pojavov, ki se razvijejo po ponavljajoči uporabi PAS. Običajno vključujejo močno željo po uporabi droge, težave pri nadzoru nad njeno uporabo, vztrajanje pri njeni uporabi kljub škodljivim posledicam in povečano toleranco. Značilno je, da je uporabi drog dana višja prioriteta kakor drugim aktivnostim in obveznostim, včasih pa so zaradi odtegnitve snovi prisotne tudi telesne motnje (WHO 2008, 306). Kot je opredeljeno v ICD-10 klasifikaciji duševnih in vedenjskih motenj (WHO 1992, 69–70), odvisnost od substanc vključuje šest kriterijev. Za diagnosticiranje sindroma odvisnosti morajo biti pozitivno izpolnjeni najmanj trije od naslednjih kriterijev, ki morajo biti doživeti ali izkazani skupaj v nekem trenutku preteklega leta:

1. kompulzivnost (močna želja ali občutek prisile) po uporabi substance;
2. težave pri nadzorovanju vedenja, ki zadeva jemanje snovi, v smislu njenega pojava, prenehanja ali ravni uporabe. Snov je pogosto uporabljena v večjih količinah ali v daljšem časovnem obdobju, kot je bilo nameravano, ali katerokoli neuspešno prizadevanje ali stalna želja zmanjšati ali nadzorovati uporabo snovi;
3. fiziološko stanje umika ob prenehanju ali zmanjšanju uporabe snovi, kot je razvidno iz značilnega sindroma odtegnitve od snovi ali rabe enake (ali tesno povezane) substance z namenom lajšanja ali izogibanja odtegnitvenih simptomov;
4. dokazi o toleranci, tako da so potrebni povečani odmerki psihoaktivne substance, da bi dosegli učinke, prvotno proizvedene z manjšimi odmerki;
5. preokupacija z uporabo substanc, ki se kaže kot postopno zanemarjanje alternativnih užitkov ali interesov zaradi uporabe psihoaktivnih substanc, povečana količina časa, ki je potreben za pridobitev ali jemanje substance ali za okrevanje od njenih učinkov;
6. vztrajanje pri uporabi snovi navkljub jasnim dokazom o očitno škodljivih posledicah, kot so škoda na jetrih zaradi prekomernega pitja, depresivna stanja razpoloženja kot posledica prekomerne uporabe snovi ali z drogo povezana oslabitev kognitivnega funkcioniranja. Za diagnosticiranje sindroma odvisnosti si je treba prizadevati za ugotovitev, da se uporabnik dejansko zaveda, ali se lahko pričakuje, da bi se lahko zavedal, narave in obsega škode.

Ziherl (1989) odvisnost od alkohola ločuje na (1) psihično odvisnost, pri kateri ljudje sežejo po alkoholu zato, da bi zadovoljili določeno psihično potrebo ali odpravili neprijetne občutke strahu, žalosti, notranje napetosti, groze, razočaranja, zavrženosti, brezizhodnosti, izdanosti, pa tudi občutja osamljenosti, nesamostojnosti, strahu pred bližino in intimnostjo, nezaželenosti, nevrednosti, neljubljenosti, nesamozavesti ipd. Če ljudje v teh čustvenih stanjih vedno ali pogosto sežejo po alkoholu, postane to način za odpravljanje ali lajšanje težav. Ko nekaj popijejo, jih ne boli več tako grozno, lažje prenašajo vse in jim postane vseeno. Pri teh ljudeh se v omenjenih čustvenih stanjih ob odsotnosti alkohola pojavijo abstinenčne krize, ki se kažejo v napetosti in vznemirjenosti, ki spodbujata nadaljnje pitje. Posameznik s psihično odvisnostjo lahko brez alkohola zdrži precej časa, le da ni notranje vznemirjen in razklan oz. kadar ga njegove življenjske težave ne mučijo preveč. (2) Organska ali kemično-hormonska odvisnost nastopi tedaj, ko je človeški organizem odvisen od alkohola in ga zahteva, da lahko normalno funkcionira, saj se je človekova organska presnova sčasoma spremenila do te mere, da brez alkohola ne more več delovati. Brez zadostne količine alkohola se pojavijo abstinenčne krize.

Problem zlorabe substanc pri kateremkoli posamezniku moramo razumeti v smislu multiplih linij njegovega razvoja. Ni dovolj, da enostavno gledamo zlorabo substanc kot način odigravanja nezavednega konflikta z avtoriteto, spoprijemanje z depresijo ali kot del kronično antisocialnega vzorca značaja. Za vsakega danega posameznika bi vsi ali nobeden od teh, lahko bil dejavnik. Pri proučevanju problema zlorabe substanc je potreben model, v okviru katerega je mogoče gledati osebnost iz več perspektiv hkrati. To je v skladu s psihoanalitičnim principom multiplih dejavnikov. Po tej tezi je vse vedenje produkt več dejavnikov, npr. nezavedni in zavedni kakor tudi genetski, adaptivni, strukturni in dinamični. Tako za danega posameznika uporaba zasvojitvene droge lahko obenem vključuje zadovoljitev nekaterih primitivnih impulzov in potreb, strukturni defekt v eni od substruktur ega, ki se spoprijema z impulzom ali regulacijo afekta in adaptacijo na izredno stresno okolje (Greenspan 1993, 73).

Pred začetkom kompulzivne uporabe drog obstajajo jasni znaki resne čustvene motnje, ki jo lahko imenujemo »bolezen zasvojenosti«. Izbruh te bolezni ima zlasti obliko kompulzivne uporabe drog, ampak ni vedno omejena na ta simptom. Večkrat je mogoče

opaziti kar nekaj ponavljajočih se ekvivalentov za odvisnost od drog, ki lahko zamenjajo ali vnaprej predvidevajo ta simptom (nasilje in druge oblike kriminala, depresija, anksioznost, napadi, motnje hranjenja) (Wurmser 1977, 42).

3.2 ČUSTVOVANJE PRI OSEBAH, ODVISNIH OD PSIHOAKTIVNIH SUBSTANC

Osebe, odvisne od PAS, imajo težave v čustvovanju, natančneje pri spoprijemanju z emocijami, odnosih z drugimi ljudmi in trpijo za težjo patologijo v objektivnih odnosih. Zanje so značilni specifični problemi s toleriranjem čustev. S pomočjo uporabe PAS se branijo pred bolečimi in neprijetnimi čustvi. Slabe zmožnosti spoprijemanja pa imajo tudi s pozitivnimi čustvi, saj čustveno vznburjenje doživljajo kot neprijetno in ga le s težavo tolerirajo. Zanje je značilna aleksitimija oz. nezmožnost prepoznavanja, imenovanja in verbalizacije emocij. Osebe, ki trpijo za aleksitimijo, ne prepoznavajo osnovnih čustvenih stanj, kot sta npr. jeza in žalost. Pri njih se čustva pojavljajo v nediferencirani, nejasni in somatični obliki, saj namesto čustev doživljajo senzacije. Navadno imajo čustva vedno neki »pomen«, pripovedujejo zgodbo o notranjih stanjih in potrebah, osebe z aleksitimijo pa pomena določenih čustev ne znajo razvozlati ter le-ta doživljajo predvsem v smislu fizioloških stanj. Iz tega sledi, da pogosto ne znajo povedati, kako se počutijo, kaj doživljajo, ali so jezni, žalostni, utrujeni ali lačni. Tako namesto jeze doživljajo npr. fizično napetost in namesto žalosti telesno bolečino. Osebe, odvisne od PAS, svojih emocij ne morejo uporabiti kot signale za samorazumevanje (Khantzian 1993, 101–117; Winnicott 1953, 89–97; Morgenstern in Leeds 1993, 194–206; Krystal 1997, 109–146).

Pri posameznikih, ki zlorablajo PAS (Pinard in drugi 1996, 32–39), je aleksitimija stabilna osebna lastnost in se bistveno ne spreminja kot posledica abstinence, vsaj ne v kratkoročnem smislu. Aleksitimija kovarira z nivojem čustvene stiske in bi lahko bila posledica zgodnjih razvojnih pomanjkljivosti. V zvezi s tem Schafferjeva (1993) študija na področju odrasle navezanosti daje empirične dokaze, da je aleksitimija najmočneje povezana s stilom kompulzivnega iskanja skrbi nevarne navezanosti, ki je

podtip ambivalentne navezanosti in sekundarno s stilom kompulzivne samozadostnosti, ki je podtip izogibajoče navezanosti. Ne glede na tip navezanosti, pa zelo aleksitimični posamezniki težijo k oralnemu ali somatičnemu stilu regulacije afekta kot je prenažanje s hrano ali razvoj somatskih simptomov. V študiji omenjeni stili regulacije afekta niso bili posebej učinkoviti. Varno navezani posamezniki so pokazali nižje nivoje aleksitimije in so vključevali medosebno vedenje ter fantazije o pogovoru s skrbno osebo, da bi jim pomagala regulirati afekt. Takšni stili regulacije afekta so bili uspešni.

Odvisniki v primerjavi s kontrolno skupino neodvisnikov poročajo o pomembno višji stopnji stresa, anksioznosti, depresijah in afektivnih napetostih ter o nižji stopnji regulacije negativnega razpoloženja. Samoregulacija razpoloženja je pri odvisnikih oslABLJENA. Nizka stopnja regulacije negativnega razpoloženja in visoka intenzivnost afekta lahko predisponira zlorabo substanc ali zasvojenost ali pa lahko odraža kronično, z drogo povzročeno afektivno disregulacijo (Thorberg in Lyvers 2006a, 811).

Po Wurmserju (1977, 48–49) imajo vsi kompulzivni uporabniki drog skupne naslednje afekte: razočaranje, bes, sram, osamljenost, panično mešanico groze in obupa. Ta občutja, ki so neposreden rezultat narcisistične frustracije odvisniki želijo izločiti z vsemi razpoložljivimi sredstvi (ne samo z drogo), saj občutja nenadoma in neustavljivo postanejo preplavljajoča in strašljivo izpod nadzora. Kot je že bilo rečeno, teh občutij besede ne morejo opisati, niti jih ni mogoče jasno razlikovati med seboj, saj se vsa medsebojno »prelivajo«. Nekatera naštetá občutja so značilnejša za eno uporabo drog, druga za drugo, ampak so v glavnem vsa prisotna:

1. Uporabnik narkotikov se verjetno spopada s čustveno bolečino in anksioznostjo, ki teče iz celotne palete zgoraj omenjenih afektov. Med njimi so bes, sram in osamljenost posebno pomembni. Uporabnik narkotikov želi doseči občutek zaščite, varnosti, topline in združitve samozavesti ter samokontrole.
2. Uporabnik berbituratov in drugih sedativov ima opravka s skoraj enako nalogo. Pri njem so še posebej izrazita občutja ponižanja, sramu in besa ter potrebujejo najmočnejšo obliko zanikanja, torej tisto, ki vsebuje odtujenost (delna ali popolna depersonalizacija in derealizacija).
3. Pri uporabnikih psihadelikov so zanikani glavni afekti, razpoloženja dolgočasja, praznine, pomanjkanje smisla. Iz primarnega seznama sta predvsem razočaranje

in osamljenost tisto, kar je »obzidano« s pomočjo droge. Doseženo zadovoljstvo je občutek smisla, vrednosti, občudovanja in pasivne združitve selfa in idealov.

4. Uporabniki stimulansov, spet zunaj primarnega seznama, se borijo zoper posebno intenzivno obliko depresije, obupa, žalosti in izgube. Sram glede šibkosti in ranljivosti, dolgočasja ter praznine so precej razvidni. Narcisistična korist je v občutjih moči, zmage, nepremagljivosti in neranljivosti, ki dosega skoraj manično stanje. Pomembnost magične kontrole, navzoče v vseh kategorijah, je posebno izrazita v tej skupini.
5. Alkoholiki so manj predmet zgoraj naštetih primarnih občutij. Glavni zanikani občutki sta krivda in osamljenost, katerima se pri mnogih pridružujejo sramežljivost, sram in socialna izolacija. Narcisistično zadovoljstvo alkoholika je v izrazu, ne v zanikanju jeze, ki je bila dolgo potlačena ali zatrta. Mnogim je v zadovoljstvo tudi občutje družbe in skupnosti, premagovanje izobčenosti, ko so alkoholizirani.

Zasvojenost z alkoholom, ki je ena izmed najpogostejših zasvojenosti (Gostečnik 2006, 299–300) se kaže v zelo specifičnih oblikah in vedenjih posameznika. Le-ta v alkoholu išče razrešitev svojih globokih ran. Ni se sposoben vključiti oz. vzpostaviti zdravih odnosov, saj je preobčutljiv in nesposoben ustreznega izražanja čustev. Gre za iskanje nadomestka za odnos z drugimi, ker je ta preveč boleč in ker ga spremlja negotovost vase, kar posledično vodi v tesnobo, ogroženost, napadalnost in zelo nizko samospoštovanje.

Odvisniki droge uporabljajo kot zamenjavo za manjkajoče ego obrambne mehanizme. Motnje in primanjkljaji obramb so zelo povezani s problemi internalizacije, tj. s procesom, s katerim si otrok pridobi določene funkcije staršev, ki mu omogočajo skrbeti za samega sebe. Kako uspešen je proces internalizacije, je odvisno od tega, ali otrok živi v »dovolj dobrem okolju« oz. ob »dovolj dobri materi«. Zaradi motenj v procesu internalizacije imajo odvisniki moteno globalno ego funkcijo, ki se kaže v skrbi zase in v samoregulaciji. Odvisniki znakov nevarnosti, ki bi povzročili anksioznost pri večini ljudi, ne prepoznavajo. Funkcija »skrbi zase« posamezniku omogoča realistično presojo različnih nevarnosti in groženj (Khantzian 1993, 101–117; Winnicott 1953, 89–97).

Pri zasvojenosti (Gostečnik 2006, 290) gre v vsej njeni najgloblji dimenziji in dinamiki, za nezaveden krik po odnosu in za nadomestek za neuresničen odnos. Zasvojenost v svojem jedru nikoli ne nastane zaradi navezave na določeno osebo, objekt ali aktivnost, ampak je posledica oz. zunanji odraz izjemno globokega hrepenenja po razrešitvi. Zasvojenost je zadnja bilka, na katero se zasvojena oseba opre, da bi razrešila svoje notranjepsihično stanje, ki je neznosno in ga ne obvlada več. Zasvojenost je ponovno iskanje odnosa, ki je bil primarno vzpostavljen, lahko še tako boleč in destruktiven, in je psihični odraz razbolelosti, strahu, praznine, negotovosti, groze, pomanjkanja samospoštovanja, samozavesti idr. Paradoksalno je zasvojenost boj proti odnosom (obramba strahu in groze pred intimnostjo odnosov) in obenem odraz najmočnejše želje po odnosu, intimnosti in bližini.

Wurmser (1977, 42–47) v zvezi s tem govori o začaranem krogu, seriji konfliktov, ki se aktivira v akutni krizi, ki tvori sledečo krožno konstelacijo, sestavljeno iz sedmih točk. Te so že vsaka sama v sebi kompromisna formacija, derivat impulzov, obramb in defektov ali pomanjkljivosti. Potek začaranega kroga:

1. Akutna narcisistična kriza, ki jo najbolj zaznamuje nenaden upad samozavesti, se začne s kakršnimkoli velikim dogodkom – uspehom ali porazom –, ima enake posledice: žalost, osamljenost, razočaranje (realistično ali domišljijsko), upad od pričakovanja, ki je lahko upravičeno ali pogosto močno pretirano, pričakovanje lastne veličine. Manj pogosto gre za razočaranje glede nekoga drugega.
2. Regresija afekta. Afekti in občutja postanejo preplavljajoča, globalna, arhaična, fizično čuteča in jih ni mogoče artikulirati z besedami. Na tej točki poteka regresija afekta, totalizacija in radikalizacija občutij. Pojavi se nenadzorljiv, intenziven občutek besa, sramu, obupa itd. Gre za seštevanje teh zelo arhaičnih, pogosto predverbalnih afektov. Tu pride do razčlenitve afektivne obrambe.
3. Iskanje afektivne obrambe, v glavnem z uporabo zanikanja in razcepa. Afekt izgine, ostane pa nejasna, neznosna napetost. Prisotno je divje iskanje vznemirjenja in olajšanja, občutek brezcilnosti, nevzdržnega nemira, hlepenje. Intelktualni, opazovalni del ni optimalno aktiven. Z usmerjenimi obrambami pred afekti je tesno povezan fenomen razcepljanja ega in fragmentacije: obramba, predvsem v obliki zanikanja, zatiranja in drugih »mehanizmov«

nastane delno prek psiholoških sredstev samih, delno in sekundarno pa prek farmakološkega podpiranja. Ta razcep spominja na tistega, ki ga je mogoče opaziti pri hudih stanjih depersonalizacije. Razcep se ponavlja v več oblikah. Gre za zadrževanje najtežavnejših občutij, njihovo potlačevanje in neupoštevanje, obenem pa so pri posamezniku na splošno prisotne notranje težave ter navzven prikazana iluzija prepričanja, da je v redu. Razcep zahteva predvsem množično zanikanje notranje realnosti, zlasti preplavljajočih afektov. Zdi se, da druge obrambe, kot so npr. zanikanje, izogibanje, represija in projekcija, prav tako delujejo, vendar poleg vloge zanikanja nekako bledijo.

4. Eksternalizacija kot obramba (prek magične moči). Zanikanje zahteva dodatno obliko obrambe, najbolj specifičen element v seriji sedmih – obramba prek eksternalizacije, pomembnost ponovne potrditve magične (narcisistične) moči prek zunanjega dejanja, vključno z jemanjem droge. Pri tem koraku se pojavi divja gnanost za ukrepanje, iskanje zunanje konkretne rešitve za notranji in zanikan konflikt. Nasilje, aretacija, droge – specifičen modus obrambe prek eksternalizacije za posameznika v danem trenutku sploh ni tako pomemben, saj je zanj tisto, kar šteje, obramba prek konkretnega dejanja na zunaj, ki čudežno spremeni življenje.
5. Mobilizirana in uporabljena agresija. Ta ponovna potrditev moči prek eksternalizacije zahteva uporabo arhaičnih oblik besa, agresije, napadanja drugih, še zlasti pa samodestruktivne oblike sadomazohizma, prekoračitve mej, kršenje družbenih omejitev, uničevanje samega sebe, povzročanje bolečin sebi in drugim, poniževanje drugih in sramovanje samega sebe.
6. Razcep superega. »Utapljajoči« človek običajno malo upošteva vprašanja etike, integritete. Vest postane skrajno nepomembna, zaupljivost, zanesljivost, zavezanost drugim pa so priznane, a brez pravega pomena ali pomembnosti. Globok in nenaden razcep superega po navadi spremljajo predvsem zanikanje, projekcija in eksternalizacija. Nobena kompulzivna uporaba drog ne deluje brez tega razcepa superega.
7. Zadovoljstvo. Končno točko kroga tvorita enormna užitek in zadovoljstvo, ki prinaša ta kompleks kompromisnih rešitev različnih instinktivnih gonov z različnimi obrambami. Najpomembneje je, da se akutni narcisistični konflikt za

trenutek prikaže kot razrešen. Posameznik ni niti približno na točki, kjer je začel, temveč je na veliko nižjem nivoju samozavesti.

Posamezniki, ki poročajo, da pijejo za čustveno olajšanje ali osvoboditev samih sebe od skrbi, so nagnjeni k močnemu uživanju alkohola in doživljanju z alkoholom sorodnih težav. Pitje z namenom reguliranja negativnih čustev je verjetno najmočnejši motivacijski korelat problematične vpletenosti alkohola. Uživanje alkohola lahko predstavlja ali kognitivno strategijo ali tip situacijske spremembe. Učinkovitost uporabe alkohola kot strategije čustvene regulacije je lahko odvisna od družbenega konteksta, pri čemer je samotno pitje (samo po sebi pokazatelj problematičnega pitja) manj učinkovita strategija uravnavanja čustev kot pitje v družbi (Sher in Grekin 2007, 561; 570–571).

Težave pri uravnavanju čustev in skrbi zase sta dva izmed najosnovnejših in bistvenih dejavnikov, ki povezujejo in verjetneje pripomorejo, da posameznik eksperimentira in postane odvisen od zasvojitvene substance. Neurejen občutek za samega sebe in neurejeni odnosi na pomembne načine prispevajo k zasvojitvenemu procesu, vendar sta neurejeno čustveno življenje in skrb zase tista, ki združujeta ter postaneta glavni determinanti motnje zlorabe substanc (Khantzian 2003, 14).

4. RAZISKOVALNI PROBLEM IN RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

4.1 RAZISKOVALNI PROBLEM

Iz strnjenege opisa regulacije afekta in sindroma odvisnosti od PAS je razvidno, da se omenjena koncepta prepletata ter povezujeta.

Zaradi pogostosti uporabe in zdravstvenih ter socialnih posledic so alkohol, tobak in prepovedane droge v Sloveniji velik javnozdravstveni problem. Med prebivalci Slovenije (Nacionalni inštitut za javno zdravje 2015, 15), starimi 15–64 let je uporaba PAS precej razširjena. Vsak deseti prebivalec pije alkoholne pijače v čezmernih količinah in se je v letu 2015 vsaj enkrat visoko tvegano opil. Vsak četrti prebivalec kadi tobak. Najbolj razširjena prepovedana droga je konoplja, tej pa sledijo ekstazi ali amfetamin, kokain in heroin. Vsak šesti prebivalec je vsaj enkrat v življenju uporabil katero izmed prepovedanih drog ali novo PAS. Vsak peti uporablja kombinacijo tobaka, alkohola ali konoplje.

V obdobju 2010–2014 (Nacionalni inštitut za javno zdravje 2016, 27–31) je uporaba heroina upadla, uporaba kokaina in alkohola povečala, zmanjšal pa se je delež injiciranja. Leta 2014 je v programe zdravljenja vstopilo 419 uporabnikov, od tega 110 prvič, 301 uporabnik ponovno, za osem uporabnikov pa tega podatka ni bilo mogoče ugotoviti. 79 % vstopnikov v programe je bilo moških. Uporabniki so tovrstno pomoč iskali predvsem zaradi opioidov, kjer prevladuje heroin, temu pa sledita konoplja in kokain. V obdobju 2005–2014 se je povečal delež uporabnikov, ki so v program zdravljenja vstopili zaradi težav s konopljo.

Zaradi kompleksnosti področja in širjenja problematike uporabe PAS je temu področju, tudi na področju znanstvenega raziskovanja, smiselno posvetiti več pozornosti.

Osebe, ki trpijo za sindromom odvisnosti od PAS, imajo težave pri spoprijemanju z emocijami, pri odnosih z drugimi ljudmi in trpijo za težjo patologijo v objektivnih odnosih. Ker imajo težave pri toleriranju čustev, se z uporabo PAS branijo pred

bolečimi in neprijetnimi čustvi, obenem pa se spopadajo tudi s pozitivnimi čustvi, katerih vzburjenje doživljajo kot neprijetno in ga težko tolerirajo.

Težave pri uravnavanju čustev in skrbi zase sta dva izmed najosnovnejših ter bistvenih dejavnikov, ki povezujejo in verjetneje pripomorejo k posameznikovemu eksperimentiranju s PAS in posledično razvoju odvisnosti.

Samoregulacija razpoloženja je pri odvisnikih oslABLJENA. Odvisne osebe v primerjavi z neodvisnimi (Thorberg in Lyvers 2006a, 811) doživljajo pomembno višjo stopnjo stresa, anksioznosti, depresije in afektivne napetosti ter nižjo stopnjo regulacije negativnega razpoloženja. Temu se pridružuje visoka intenzivnost afekta, ki lahko predstavlja predispozicijo za zlorabo substanc ali zasvojenost, po drugi strani pa lahko odraža kronično z drogo povzročeno afektivno disregulacijo.

Zato nas v naši raziskavi zanima, kakšne so razlike v regulaciji bolečih čustvenih stanj med osebami, ki se zdravijo zaradi odvisnosti od PAS in med tistimi, ki se ne zdravijo zaradi odvisnosti od PAS.

Motnje in primanjkljaji obramb so zelo povezani s problemi internalizacije, tj. s procesom, s katerim si otrok pridobi določene funkcije staršev, ki mu omogočajo, da skrbi za samega sebe. Uspešnost tega procesa je odvisna od tega, ali otrok živi v »dovolj dobrem okolju« oz. ob »dovolj dobri materi«. Motnje v procesu internalizacije se pri odvisnih osebah kažejo predvsem v skrbi zase in v samoregulaciji, kjer funkcija »skrbi zase« posamezniku omogoča, da realistično presodi različne nevarnosti in grožnje (Khantzian 1993, 101-117; Winnicott 1953, 89-97).

Posledica zgodnjih razvojnih pomanjkljivosti bi lahko bila tudi aleksitimija, ki kovarira z nivojem čustvene stiske, stilom navezanosti in stilom regulacije afekta (Pinard in drugi 1996, 32-39; Schaffer 1993)

4.2 RAZISKOVALNI CILJI IN HIPOTEZE

Namen raziskave je odgovoriti na raziskovalno vprašanje, ali se osebe, ki se zdravijo zaradi odvisnosti od PAS, v strategijah regulacije negativnega afekta ter stopnji aleksitimije statistično pomembno razlikujejo od oseb, ki se ne zdravijo zaradi odvisnosti od PAS.

Naša predpostavka je, da se obe skupini med seboj statistično pomembno razlikujeta na vseh merjenih značilnostih. V zvezi s tem smo želeli preveriti naslednje hipoteze:

HIPOTEZA 1: Skupina, ki se ne zdravi zaradi odvisnosti od PAS, kaže manjše tveganje za zlorabo substanc kakor skupina, ki se zdravi zaradi odvisnosti od PAS (merjeno z vprašalnikom SSI-SA).

HIPOTEZA 2: Skupina, ki se zdravi zaradi odvisnosti od PAS, se od skupine, ki se ne zdravi zaradi odvisnosti od PAS, razlikuje v strategijah regulacije negativnega afekta (merjeno z vprašalnikom NARQ). Stopnja uporabe funkcionalnejših strategij regulacije negativnega afekta je višja pri skupini, ki se ne zdravi zaradi odvisnosti.

HIPOTEZA 3: Skupina, ki se zdravi zaradi odvisnosti od PAS, ima višji nivo aleksitimije kakor skupina, ki se ne zdravi zaradi odvisnosti od PAS (merjeno z vprašalnikom TAS-20).

4.3 RAZISKOVALNE METODE

4.3.1 UDELEŽENCI

V raziskavi je sodelovalo 225 udeležencev. Od tega je bilo 55 udeležencev, ki so se zdravili zaradi odvisnosti od PAS in 175 udeležencev, ki se niso. Primerjani skupini smo izenačili glede na spol in starost ter s tem vzeli vzorec 110 udeležencev. Od tega je bilo 24 žensk in 86 moških. Stari so bili 16–64 let. Povprečna starost udeležencev je bila 31 let, standardna deviacija pa 10,7 leta.

Udeleženci so bili razdeljeni v dve skupini: skupino, ki se zdravi zaradi odvisnosti od PAS in skupino, ki se ne zdravi zaradi odvisnosti od PAS. V skupini, ki se zdravi zaradi odvisnosti od PAS, je bilo 55 udeležencev (43 moških in 12 žensk), v skupini, ki se ne zdravi zaradi odvisnosti od PAS, pa prav tako 55 udeležencev (43 moških in 12 žensk). Povprečna starost v skupini, ki se zdravi zaradi odvisnosti od PAS, je bila 30,42 leta (SD = 10,46), povprečna starost v skupini, ki se ne zdravi zaradi odvisnosti od PAS pa 31,7 leta (SD = 11,03).

Tabela 2

Primerjava značilnosti udeležencev v skupini, ki se zdravi zaradi odvisnosti od PAS, in skupini, ki se ne zdravi zaradi odvisnosti od PAS.

	Skupina, ki se zdravi zaradi odvisnosti od PAS	Skupina, ki se ne zdravi zaradi odvisnosti od PAS
Spol udeležencev	43 moških, 12 žensk	43 moških, 12 žensk
Povprečna starost udeležencev	30,42 leta	31,74 leta
Dosežena stopnja izobrazbe	41,8 % osnovnošolska; 20 % poklicna; 30,9 % srednješolska; 5,5 % višješolska, visokošolska ali izobrazba prve bolonjske stopnje; 1,8 % univerzitetna izobrazba ali izobrazba druge bolonjske stopnje	3,6 % osnovnošolska; 7,3 % poklicna; 34,5 % srednješolska; 21,8 % višješolska, visokošolska ali izobrazba prve bolonjske stopnje; 23,6 % univerzitetna izobrazba ali izobrazba druge bolonjske stopnje; 7,3 % specializacija/ magisterij znanosti; 1,8 % doktorat
Trenutni status udeležencev	9,1 % študenti; 67,3 % brezposelne osebe; 9,1 % zaposlene osebe; 14,5 % drugo	27,3 % študenti; 1,8 % brezposelne osebe; 61,8 % zaposlene osebe; 9,1 % drugo
Trenutni zakonski stan udeležencev	76,4 % samski; 3,6 % poročeni; 12,7 % neporočeni/v partnerski zvezi; 5,5 % ločeni; 1,8 % ovdoveli	47,3 % samski; 36,4 % poročeni; 16,4 % neporočeni/v partnerski zvezi

Število preteklih zdravljenj odvisnosti od PAS	16,4 % enkrat; 20 % dvakrat; 9,1 % trikrat; 16,4 % štirikrat; 38,2 % nikoli	100 % nikoli
Trenutno trajanje abstinence udeležencev	2 tedna 10,9 %; manj kot 1 mesec 14,5 %; 1–3 mesece 10,9 %; 3–6 mesecev 18,2 %; 6 mesecev–1 leta 21,8 %; več kot 1 leto 14,5 %; več kot 3 leta 9,1 %	
PAS zaradi katere je udeleženec trenutno ali je bil v preteklosti vključen v zdravljenje odvisnosti	Marihuana, hašiš 23,6 %; opij, heroin, morfin, kodein, metadon, levorfanol, pentazocin 25,5 %; barbiturati, benzodiazepini 18,2 %; kokain, crack 9,1 %; Speed, Ice-Led, Ecstasy, XTC, LSD, meskalin, psilocibin 5,5 %; aceton, lepila, razredčila 9,1 %; alkoholne pijače 3,6 %; tablete, zdravila, pomirjevala 1,8 %; tobak, cigarete 3,6 %	

4.3.2 MERSKI PRIPOMOČKI

V raziskavi so bili uporabljeni trije merski pripomočki:

- enostaven presejalni instrument za zlorabo snovi (angl. *Simple Screening Instrument for Substance Abuse; SSI-SA*; CSAT 2005, 497–512);
- vprašalnik spoprijemanja z negativnimi afekti (angl. *Negative Affect Repair Questionnaire; NARQ*; Scherer in drugi 2013, 1–10);
- torontska lestvica aleksitimije (angl. *The 20-Item Toronto alexithymia scale; TAS-20*; Bagby, Parker in Taylor 1994a, 23–32).

4.3.2.1 ENOSTAVEN PRESEJALNI INSTRUMENT ZA ZLORABO SNOVI

Enostaven presejalni instrument za zlorabo snovi (angl. *Simple Screening Instrument for Substance Abuse*; SSI-SA) je razvila skupina strokovnjakov, ki jo je sklical Center for Substance Abuse Treatment (CSAT 2005, 497–512). Lestvica je merski pripomoček samoocenjevalnega tipa in predstavlja vsebino petih področij, ki vključujejo (1) porabo substance, (2) prepoznavanje oz. priznavanje težav, (3) preokupacijo in izgubo nadzora, (4) škodljive posledice ter (5) toleranco in umik.

Lestvica je sestavljena iz 16 vprašanj, ki skupaj merijo širok spekter znakov in simptomov zlorabe substanc, ki so povezani z motnjami rabe substanc. Za lažje točkovanje in čim manjšo subjektivno interpretacijo rezultatov je lestvica zasnovana z uporabo binarnega tipa odgovarjanja (Da/Ne).

Od skupno 16 vprašanj sta dve vprašanji zgolj informativne narave, kar pomeni, da seštevek 14 postavk vprašalnika prinaša rezultat z razponom 0–14. Pri tem mejni rezultat 4 ali več (pri ameriški populaciji) (CSAT 2005, 497–512) označuje prisotnost motnje rabe alkohola ali drugih drog. Pri interpretaciji rezultatov vprašalnika glede tveganja zlorabe alkohola ali drugih drog rezultat 0–1 kaže, da ni tveganja ali da je nizko tveganje, 2–3 kaže minimalno tveganje, medtem ko rezultat > 4 kaže zmerno do visoko tveganje in potrebo po nadaljnji oceni.

SSI-SA ima odlično notranjo skladnost ($\alpha = 0,85$) (Boothroyd in drugi 2013, 1–25) in močno veljavnost, saj razlikuje med posamezniki, ki imajo/nimajo potrebo po zlorabi substanc.

Na temelju podatkov našega večjega vzorca 225 udeležencev se je pokazalo, da je vprašalnik zanesljiv merski pripomoček – Cronbachov alfa za celoten vprašalnik znaša 0,85.

4.3.2.2 VPRAŠALNIK SPOPRIJEMANJA Z NEGATIVNIMI AFEKTI

Vprašalnik spoprijemanja z negativnimi afekti (angl. *Negative Affect Repair Questionnaire; NARQ*; Scherer in drugi 2013, 1–10) meri strategije regulacije negativnih afektov. Sestavljajo ga tri lestvice: (1) prevrednotenje ali ponovna ocenitev (angl. *reappraisal*), (2) potlačitev (angl. *suppression*), (3) strategije eksternalizacijskega vedenja (angl. *externalizing behavior strategies*).

Lestvica je merski pripomoček samoocenjevalnega tipa, sestavljen iz 17 postavk, ki opisujejo različne strategije reguliranja bolečih afektov. Vprašalnik sprašuje specifično po stvareh, ki bi jih posameznik storil, da bi se počutil bolje. Anketirani na podlagi 5-stopenjske Likertove lestvice (1 – nikoli, 2 – redko, 3 – včasih, 4 – pogosto, 5 – vedno) oceni, kako pogosto uporabi navedene strategije.

Notranja zanesljivost vprašalnika je zadovoljiva. Ocena zanesljivosti (Cronbahov α) se za tri NARQ-lestvice, kot poročajo avtorji vprašalnika, giblje med 0,71 in 0,80. Natančneje: $\alpha = 0,73$ za Prevrednotenje, $\alpha = 0,80$ za Potlačitev in $\alpha = 0,71$ za Strategije eksternalizacijskega vedenja (Scherer in drugi 2013, 5).

Na temelju podatkov našega večjega vzorca 225 udeležencev se je vprašalnik izkazal kot primerno zanesljiv merski pripomoček – Cronbachov alfa za celoten vprašalnik znaša 0,53. Na temelju podatkov našega manjšega vzorca 110 udeležencev smo pri izračunu zanesljivosti celotnega vprašalnika dobili Cronbachov alfa 0,57, pri posameznih poddimenzijah pa smo dobili naslednje vrednosti: $\alpha = 0,59$ za Prevrednotenje, $\alpha = 0,79$ za Potlačitev in $\alpha = 0,77$ za Strategije eksternalizacijskega vedenja.

4.3.2.3 TORONTSKA LESTVICA ALEKSITIMIJE

Torontska lestvica aleksitimije (angl. *The 20-Item Toronto alexithymia scale, TAS-20*; Bagby, Parker in Taylor 1994a, 23–32; Taylor, Bagby in Parker 1997, 60–66) je merski pripomoček samoocenjevalnega tipa, ki na 5-stopenjski lestvici Likertovega tipa (1 – sploh se ne strinjam, 2 – v glavnem se ne strinjam, 3 – niti se ne strinjam niti strinjam, 4 – v glavnem se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam) meri raven aleksitimije, pri čemer anketiranec oceni stopnjo strinjanja z vsako od navedenih trditev.

TAS-20 je sestavljen iz treh faktorjev (Bagby, Taylor in Parker 1994b, 33–40; Parker in drugi 1993, 221–232; Taylor, Bagby in Parker 1997, 60–66):

- Faktor 1 (Težave z identifikacijo čustev) ocenjuje sposobnost prepoznavanja čustev in njihovega razlikovanja od somatskih senzacij, ki spremljajo čustveno vzburljenje.
- Faktor 2 (Težave z opisovanjem čustev) ocenjuje sposobnost opisovanja čustev drugim ljudem.
- Faktor 3 (Navzven usmerjeno mišljenje) ocenjuje navzven usmerjeno mišljenje.

TAS-20 ima dobro notranjo skladnost ($\alpha = 0,81$), trifaktorska struktura pa je teoretično skladna s konstruktom aleksitimije (Taylor, Bagby in Parker 1997, 60–66) in ocenami opazovalcev aleksitimije (Bagby, Taylor in Parker 1994b, 33–40).

Na temelju podatkov našega večjega vzorca 225 udeležencev se je pokazalo, da je vprašalnik zanesljiv merski pripomoček – Cronbachov alfa za celoten vprašalnik znaša 0,70. Na temelju podatkov našega manjšega vzorca 110 udeležencev smo pri izračunu zanesljivosti pri posameznih poddimenzijah dobili naslednje vrednosti: $\alpha = 0,89$ za Težave z identifikacijo čustev, $\alpha = 0,71$ za Težave z opisovanjem čustev in $\alpha = 0,65$ za Navzven usmerjeno mišljenje.

4.3.3 POSTOPEK RAZISKAVE

Vprašalnice smo objavili na več spletnih forumih in jih po sistemu »snežne kepe« prek e-pošte naključno razdelili posameznikom, ki se ne zdravijo zaradi odvisnosti od PAS (Skupina, ki se ne zdravi zaradi odvisnosti od PAS). Uporabnikom oz. osebam, ki so se v različnih ustanovah zdravili zaradi odvisnosti od PAS (Skupina, ki se zdravi zaradi odvisnosti od PAS), pa smo ob njihovi prostovoljni privolitvi k izpolnjevanju v tiskani obliki razdelili vprašalnik z dovoljenji vodij ustanov za zdravljenje odvisnosti. Za pristop k izpolnjevanju vprašalnika so subjekti skupine, ki se zdravi zaradi odvisnosti od PAS, morali izpolnjevati pogoj minimalno 14-dnevne abstinence (na podlagi testov, ki jih izvede osebje ustanove ob sprejemu uporabnika v program).

Namen raziskovalnega dela in navodila za lažje razumevanje so bila opisana na vrhu prve strani vsakega vprašalnika. Zbiranje podatkov prek vprašalnikov je trajalo približno štiri mesece.

5. REZULTATI RAZISKAVE

5.1 MERE TVEGANJA ZA ZLORABO SUBSTANC

Podatke za izračun tveganja za zlorabo substanc smo pridobili s pomočjo 110 udeležencev. Za izračun povprečne vrednosti, ki so jo udeleženci dosegli na tej meri, smo uporabili aritmetično sredino, ki za skupino, ki se zdravi zaradi odvisnosti od PAS (N = 55), znaša 9,24 točke, medtem ko aritmetična sredina za skupino, ki se ne zdravi zaradi odvisnosti od PAS (N = 55), znaša 1,87 točke. Rezultat 0–1 kaže, da ni tveganja ali da je nizko tveganje, 2–3 kaže minimalno tveganje, medtem, ko rezultat > 4 kaže zmerno do visoko tveganje in potrebo po nadaljnji oceni.

Za izračun razpršenosti podatkov smo uporabili standardno deviacijo, ki za skupino, ki se zdravi zaradi odvisnosti od PAS, znaša 3,3 točke, za skupino, ki se ne zdravi zaradi odvisnosti od PAS, pa znaša 2,1 točke.

PREVERJANJE HIPOTEZE ŠTEVILKA 1

Hipoteza 1: Skupina, ki se ne zdravi zaradi odvisnosti od PAS, kaže manjše tveganje za zlorabo substanc kakor skupina, ki se zdravi zaradi odvisnosti od PAS (merjeno z vprašalnikom SSI-SA).

S Kolmogorov-Smirnovim testom smo ugotovili, da stopnja tveganja za zlorabo PAS statistično pomembno odstopa od normalne distribucije – tako v skupini udeležencev, ki se ne zdravi za zlorabo substanc kot tudi v skupini udeležencev, ki se zdravi zaradi odvisnosti od PAS ($p = 0,000$). Zato smo za preverjanje razlik med skupinama v stopnji tveganja za zlorabo PAS uporabili neparametrični test za neodvisne vzorce – Mann-Whitneyev U-test.

Tabela 3

Mann-Whitneyev U-test razlik na lestvici tveganja zlorabe substanc med skupino, ki se zdravi zaradi odvisnosti od PAS in skupino, ki se ne zdravi zaradi odvisnosti od PAS.

Lestvica tveganja za zlorabo substanc	N	M	SD	p
Skupina, ki se zdravi zaradi odvisnosti od PAS	55	9,24	3,33	0,000
Skupina, ki se ne zdravi zaradi odvisnosti od PAS	55	1,87	2,13	

Opombe. N – število udeležencev; M – povprečna vrednost; SD – standardna deviacija; p – statistična pomembnost v razlikovanju.

S pomočjo Mann-Whitneyevega U-testa smo ugotovili, da med skupino, ki se zdravi zaradi odvisnosti od PAS (M = 9,24, SD = 3,33) in skupino, ki se ne zdravi zaradi odvisnosti od PAS (M = 1,87, SD = 2,13), obstaja statistično pomembna razlika (p = 0,000). Iz rezultatov vidimo, da je stopnja tveganja za zlorabo PAS pri skupini, ki se zdravi zaradi odvisnosti od PAS, pomembno višja kot pri skupini, ki se ne zdravi zaradi odvisnosti od PAS, kar pomeni, da ima skupina, ki se zdravi zaradi odvisnosti od PAS večje tveganje za zlorabo PAS in poroča o širšem spektru znakov in simptomov zlorabe substanc.

Rezultati skupine, ki se zdravi zaradi odvisnosti od PAS, kažejo višji nivo tveganja za zlorabo PAS, medtem ko rezultati skupine, ki se ne zdravi zaradi odvisnosti od PAS, kažejo nizko do minimalno tveganje za zlorabo PAS.

Na temelju dobljenih rezultatov smo hipotezo številka ena potrdili.

5.2 MERE STRATEGIJ REGULACIJE NEGATIVNEGA AFEKTA

Podatke za izračun tveganja za zlorabo substanc smo pridobili s pomočjo 110 udeležencev. Izračunana aritmetična sredina za skupino, ki se zdravi zaradi odvisnosti od PAS (N = 55), znaša 46,14 točke, medtem ko aritmetična sredina za skupino, ki se ne zdravi zaradi odvisnosti od PAS (N = 54), znaša 43,65 točke (tabela št. 4).

Za prikaz razpršenosti podatkov smo uporabili standardno deviacijo, ki na celotni lestvici strategij regulacije negativnega afekta za skupino, ki se zdravi zaradi odvisnosti od PAS, znaša 6,12 točke, za skupino, ki se ne zdravi zaradi odvisnosti od PAS, pa znaša 5,82 točke (tabela št. 4).

PREVERJANJE HIPOTEZE ŠTEVILKA 2

Hipoteza 2: Skupina, ki se zdravi zaradi odvisnosti od PAS, se od skupine, ki se ne zdravi zaradi odvisnosti od PAS, razlikuje v strategijah regulacije negativnega afekta (merjeno z vprašalnikom NARQ). Stopnja uporabe funkcionalnejših strategij regulacije negativnega afekta je višja pri skupini, ki se ne zdravi zaradi odvisnosti.

S Kolmogorov-Smirnovim testom smo ugotovili, da rezultati tako na celotni lestvici strategij regulacije negativnega afekta kot tudi podlestvicah statistično pomembno ne odstopajo od normalne distribucije, in sicer v obeh skupinah:

- prevrednotenje (skupina, ki se zdravi ($p = 0,139$); skupina, ki se ne zdravi ($p = 0,305$));
- strategije eksternalizacijskega vedenja (skupina, ki se zdravi ($p = 0,691$); skupina, ki se ne zdravi ($p = 0,123$));
- potlačitev (skupina, ki se zdravi ($p = 0,650$); skupina, ki se ne zdravi ($p = 0,818$)).

Levenov test je pokazal, da so razlike med variancama obeh skupin statistično nepomembne v vseh poddimenzijah in v celotni lestvici: Prevrednotenje ($p = 0,843$), Strategije eksternalizacijskega vedenja ($p = 0,262$), Potlačitev ($p = 0,653$); Celotna

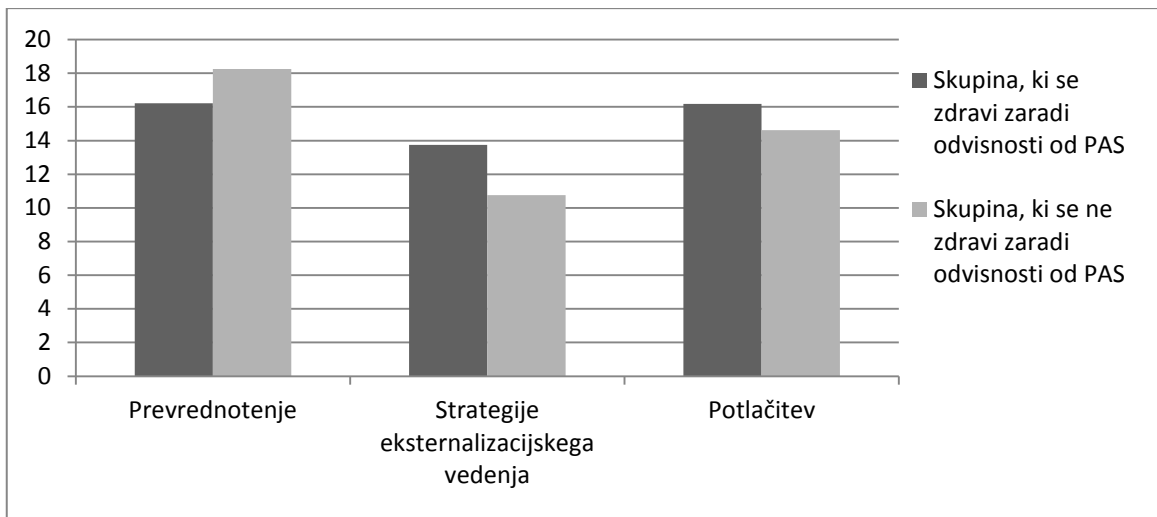
lestvica strategij regulacije negativnega afekta ($p = 0,474$). Zato smo za izračun razlike med obema skupinama pri vseh poddimenzijah vprašalnika uporabili t-test za neodvisne vzorce s predvidevanjem o enaki varianci.

Tabela 4

Rezultati t-testa za neodvisne vzorce s predvidevanjem o enaki varianci in povprečne vrednosti ocen na posameznih dimenzijah lestvice strategij regulacije negativnih afektov v skupini, ki se zdravi zaradi odvisnosti od PAS in skupini, ki se ne zdravi zaradi odvisnosti od PAS.

Dimenzije lestvice strategij regulacije negativnega afekta		N	M	SD	t	df	p
Prevrednotenje	Skupina, ki se zdravi	55	16,22	2,79	-3,92	107	0,000
	Skupina, ki se ne zdravi	54	18,26	2,64			
Strategije eksteralizacijskega vedenja	Skupina, ki se zdravi	55	13,74	4,30	3,93	108	0,000
	Skupina, ki se ne zdravi	55	10,76	3,63			
Potlačitev	Skupina, ki se zdravi	55	16,18	3,84	2,26	108	0,026
	Skupina, ki se ne zdravi	55	14,62	3,40			
Celotna lestvica strategij regulacije negativnega afekta	Skupina, ki se zdravi	55	46,14	6,12	2,18	107	0,031
	Skupina, ki se ne zdravi	54	43,65	5,82			

Opombe. N – število udeležencev; M – povprečna vrednost; SD – standardna deviacija; p – statistična pomembnost v razlikovanju.



Slika 1. Prikaz povprečnih stopenj ocen strategij regulacije negativnega afekta pri skupini, ki se zdravi zaradi odvisnosti od PAS in pri skupini, ki se ne zdravi zaradi odvisnosti od PAS.

Ugotovili smo, da se skupini statistično pomembno razlikujeta v strategijah regulacije negativnega afekta. Skupina, ki se ne zdravi od PAS, uporablja statistično pomembno več strategij prevrednotenja, skupina, ki se zdravi, pa več strategij eksternalizacijskega vedenja in potlačitve. Največjo razliko med skupinama smo zabeležili pri faktorju Strategije eksternalizacijskega vedenja.

Tudi v skupnem rezultatu na lestvici strategij regulacije negativnega afekta je med skupino, ki se zdravi zaradi odvisnosti od PAS ($M = 46,14$, $SD = 6,12$), in skupino, ki se ne zdravi zaradi odvisnosti od PAS ($M = 43,65$, $SD = 5,82$), statistično pomembna razlika ($t(107) = 2,182$, $p = 0,031$). Iz rezultatov vidimo, da je stopnja regulacije bolečih afektov pri skupini, ki se zdravi zaradi odvisnosti od PAS, pomembno višja kot pri skupini, ki se ne zdravi zaradi odvisnosti od PAS.

Na podlagi dobljenih rezultatov potrjujemo hipotezo številka dve. Skupini se v strategijah regulacije negativnega afekta statistično pomembno razlikujeta. Skupina, ki se ne zdravi zaradi odvisnosti od PAS, poroča o višji stopnji uporabe funkcionalnejših strategij regulacije negativnega afekta.

5.3 MERE NIVOJA ALEKSITIMIJE

Podatke za izračun tveganja za zlorabo substanc smo pridobili s pomočjo 110 udeležencev. Izračunana aritmetična sredina za skupino, ki se zdravi zaradi odvisnosti od PAS (N = 55), znaša 56,02 točke, medtem ko aritmetična sredina za skupino, ki se ne zdravi zaradi odvisnosti od PAS (N = 55), znaša 46,33 točke (tabela št. 5).

Za prikaz razpršenosti podatkov smo uporabili standardno deviacijo, ki na celotni lestvici strategij regulacije negativnega afekta za skupino, ki se zdravi zaradi odvisnosti od PAS, znaša 13,26 točke, za skupino, ki se ne zdravi zaradi odvisnosti od PAS, pa znaša 10,78 točke (tabela št. 5).

PREVERJANJE HIPOTEZE ŠTEVILKA 3

Hipoteza 3: Skupina, ki se zdravi zaradi odvisnosti od PAS, ima višji nivo aleksitimije kakor skupina, ki se ne zdravi zaradi odvisnosti od PAS (merjeno z vprašalnikom TAS-20).

Kolmogorov-Smirnov test je pokazal, da naša distribucija za celotno lestvico aleksitimije, kot tudi njenih podlestvic, statistično pomembno ne odstopa od normalne distribucije:

- težave z identifikacijo čustev (skupina, ki se zdravi ($p = 0,857$); skupina, ki se ne zdravi ($p = 0,279$));
- težave z opisovanjem čustev (skupina, ki se zdravi ($p = 0,470$); skupina, ki se ne zdravi ($p = 0,624$));
- navzven usmerjeno mišljenje (skupina, ki se zdravi ($p = 0,405$); skupina, ki se ne zdravi ($p = 0,440$)).

Zato smo za izračun razlik med obema skupinama uporabili t-test za neodvisne vzorce. Levenov test je pokazal, da so razlike med variancama obeh skupin statistično pomembne pri poddimenziji Težave z identifikacijo čustev ($p = 0,048$) in pri celotni lestvici TAS-20 ($p = 0,032$), pri poddimenzijah Težave z opisovanjem čustev ($p =$

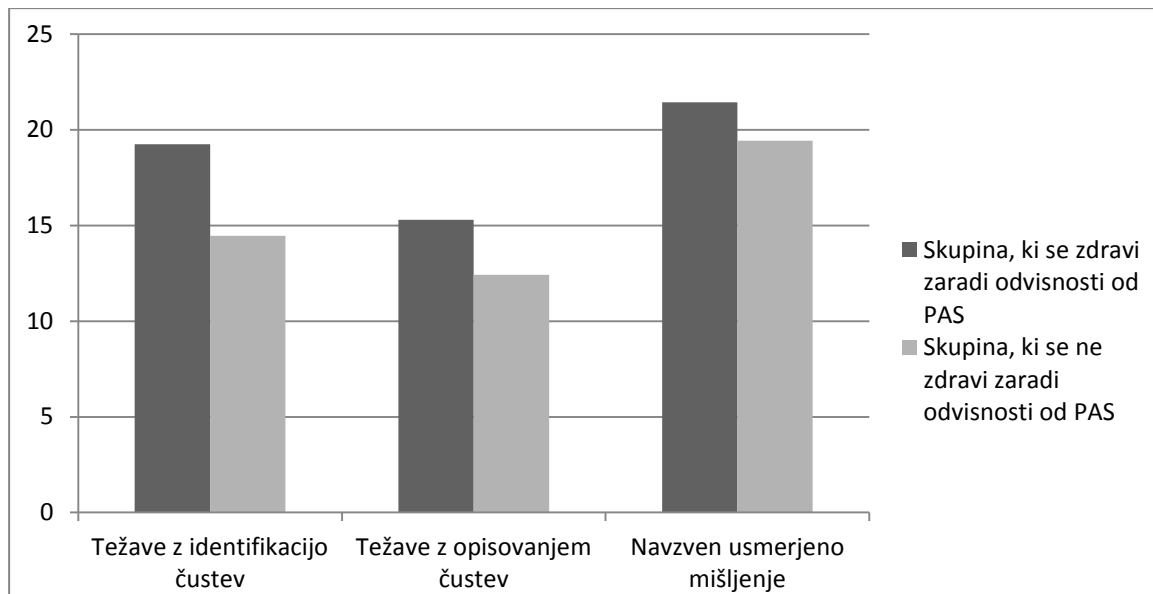
0,235) in Navzven usmerjeno mišljenje ($p = 0,488$) pa ne. Na podlagi rezultatov Levenovega testa smo pri poddimenziji Težave z identifikacijo čustev in pri celotni lestvici uporabili t-test za neodvisne vzorce s predvidevanjem o neenaki varianci. Pri ostalih dveh poddimenzijah pa smo uporabili t-test za neodvisne vzorce s predvidevanjem o enaki varianci.

Tabela 5

Rezultati t-testa za neodvisne vzorce s predvidevanjem o enaki^a ali o neenaki^b varianci in povprečne vrednosti ocen na posameznih dimenzijah lestvice nivoja aleksitimije v skupini, ki se zdravi zaradi odvisnosti od PAS ter skupini, ki se ne zdravi zaradi odvisnosti od PAS.

Dimenzije lestvice nivoja aleksitimije		N	M	SD	t	df	p
Težave z identifikacijo čustev^b	Skupina, ki se zdravi	55	19,25	7,15	3,91	102	0,000
	Skupina, ki se ne zdravi	55	14,47	5,59			
Težave z opisovanjem čustev^a	Skupina, ki se zdravi	55	15,31	3,99	3,89	108	0,000
	Skupina, ki se ne zdravi	55	12,42	3,78			
Navzven usmerjeno mišljenje^a	Skupina, ki se zdravi	55	21,45	5,13	2,12	108	0,037
	Skupina, ki se ne zdravi	55	19,44	4,87			
Celotna lestvica nivoja aleksitimije^b	Skupina, ki se zdravi	55	56,02	13,26	4,20	103	0,000
	Skupina, ki se ne zdravi	55	46,33	10,78			

Opombe. N – število udeležencev; M – povprečna vrednost; SD – standardna deviacija; p – statistična pomembnost v razlikovanju.



Slika 2. Prikaz povprečnih stopenj ocen nivoja aleksitimije pri skupini, ki se zdravi zaradi odvisnosti od PAS in pri skupini, ki se ne zdravi zaradi odvisnosti od PAS.

Ugotovili smo, da se skupini statistično pomembno razlikujeta tako v posameznih dimenzijah aleksitimije kot tudi v aleksitimiji na splošno, pri čemer ima skupina, ki se zdravi zaradi odvisnosti od PAS, statistično pomembno višje vrednosti. Med skupino, ki se zdravi zaradi odvisnosti od PAS ($M = 56,02$, $SD = 13,26$) in skupino, ki se ne zdravi zaradi odvisnosti od PAS ($M = 46,33$, $SD = 10,78$), smo tako npr. dobili statistično pomembno razliko ($t(103) = 4,206$, $p = 0,000$).

6. INTERPRETACIJA

6.1 RAZLIKOVANJE V TVEGANJU ZA ZLORABO SUBSTANC

Rezultati raziskave so pokazali, da ima skupina, ki se zdravi zaradi odvisnosti od PAS, statistično pomembno višjo stopnjo tveganja za zlorabo PAS. Medtem ko rezultati skupine, ki se ne zdravi zaradi odvisnosti od PAS, dosegajo minimalno tveganje za zlorabo substanc, rezultati skupine, ki se zdravi, dosegajo nivo od zmernega do visokega tveganja za zlorabo substanc. Skupina, ki se ne zdravi, ne dosega rezultata, ki bi spadal na nivo, ki kaže, da ni tveganja ali da obstaja nizko tveganje za zlorabo substanc. Menimo, da more biti takšen rezultat posledica razširjenosti in dostopnosti PAS v Sloveniji ter s tem posledično večjega števila udeležencev raziskave, ki ima tvegane vzorce uporabe PAS.

Na podlagi raziskave Nacionalnega inštituta za javno zdravje (2015, 15) lahko rečemo, da so prepovedane droge, alkohol in tobak zaradi pogostosti uporabe, zdravstvenih in socialnih posledic v Sloveniji velik javnozdravstven problem. Vsak deseti prebivalec Slovenije pije alkoholne pijače v čezmernih količinah in se je v letu 2015, ko je potekala zadnja tovrstna raziskava, vsaj enkrat visoko tvegano opil. Vsak četrti prebivalec kadi tobak, medtem ko je najbolj razširjena prepovedana droga konoplja. Vsak šesti prebivalec je vsaj enkrat v življenju uporabil katero izmed prepovedanih drog ali novo PAS. Vsak peti kombinira tobak, alkohol ali konopljo.

Po podatkih Nacionalnega inštituta za javno zdravje (2016, 27–31) so uporabniki leta 2014 v programih zdravljenja iskali pomoč predvsem zaradi opioidov, kjer prevladuje heroin, temu pa sledita konoplja in kokain. V obdobju 2014–2015 se je povečal delež uporabnikov, ki so v program vstopili zaradi težav s konopljo.

Po podatkih naše raziskave so uporabniki tovrstno pomoč poiskali na prvem mestu zaradi marihuane in hašiša (23,6 %). Na drugem mestu so opij, heroin, morfin, kodein, metadon, levorfanol in pentazocin (25,5 %). Na tretjem mestu so barbiturati, benzodiazepini (18,2 %), na četrtem sta kokain in crack (9,1 %), na petem so speed, Ice-

Led, Ecstasy, XTC, LSD, meskalin in psilocibin (5,5 %). Aceton, lepila, razredčila (9,1 %) so na šestem mestu, medtem ko si sedmo mesto delijo alkoholne pijače (3,6 %), tobak in cigarete (3,6 %). Sledijo jim tablete, zdravila in pomirjevala (1,8 %).

Med raziskovanjem smo najbolj pogrešali aktualnejše rezultate tovrstne raziskave na nacionalnem nivoju. Menimo, da je redno letno spremljanje stanja uporabe PAS, kolikor je to seveda mogoče, lahko zelo v pomoč pri zmanjševanju razširjenosti uporabe drog, saj lahko na podlagi tega učinkovitost izbranih preventivnih in kurativnih strategij ter te glede na rezultate ustrezno prilagajamo.

V praksi te ugotovitve pomenijo, da je pri osebah, ki se zdravijo zaradi odvisnosti od PAS, večja možnost, da bodo ponovno uporabile PAS. Do razlik med skupinama prihaja, ker skupina, ki se zdravi zaradi odvisnosti od PAS, poroča o širšem spektru znakov zlorabe substanc.

Ko govorimo o pomanjkljivosti raziskave, je pomembno opozoriti, da uporabljen merski instrument ni bil standardiziran za slovensko populacijo.

6.2 RAZLIKOVANJE V STRATEGIJAH REGULACIJE NEGATIVNEGA AFEKTA

Rezultati naše raziskave so pokazali, da se skupini v strategijah regulacije bolečih afektov statistično pomembno razlikujeta. Skupina, ki se ne zdravi zaradi odvisnosti od PAS, uporablja funkcionalnejše strategije regulacije bolečih afektov, saj v večji meri uporablja strategije prevrednotenja, medtem ko se skupina, ki se zdravi zaradi odvisnosti od PAS, pogosteje poslužuje strategij potlačitve in eksternalizacijskega vedenja. Največjo razliko med skupinama smo zabeležili pri faktorju Eksternalizacijo vedenje, v katerega avtorji merskega instrumenta NARQ (Scherer in drugi 2013, 1–10) uvrščajo vedenja, kot so samopoškodovanje, agresija do sebe in drugih, zloraba substanc ipd.

Podobno sta v svoji raziskavi ugotovila tudi Thornberg in Lyvers (2006a, 811), ki sta skupino oseb, vključenih v zdravljenje odvisnosti, primerjala s skupino neodvisnih oseb.

Rezultati njune raziskave so pokazali, da je skupina odvisnih oseb poročala o pomembno višji stopnji stresa, anksioznosti, afektivne napetosti in depresije ter nižje stopnje regulacije negativnega afekta. Tako kot avtorja omenjene raziskave tudi mi ugotavljamo, da je samoregulacija razpoloženja pri odvisnih osebah oslABLJENA. S tem v zvezi se nam zastavljajo vprašanja kot posledica česa sta nizka stopnja regulacije bolečih afektov in visoka intenzivnost negativnega afekta. Ali je bila skupina udeležencev, ki se zdravijo zaradi odvisnosti od PAS že od nekdaj slabše opremljena s sposobnostmi za samoregulacijo ali je to posledica uporabe PAS? Gre morda za odraz kronične, z drogo povzročene afektivne disregulacije? Ta vprašanja ostajajo odprta, a menimo, da gre lahko pri uporabi PAS za dinamiko, ki v smislu začaranega kroga spodbuja k ponavljanju, tako da uporaba PAS povzroča negativni ali pozitiven afekt, ta dva pa kličeta k novi ponovitvi – pri negativnem afektu, da bi PAS lajšale boleče afekte oz. slabo počutje, pri pozitivnem afektu pa, da bi uporaba PAS ponovila občutja ugodja.

To ugotavljata tudi Diaz in Fruhauf (1991), ki na negativni afekt gledata kot na provokativni faktor v rabi drog, le-to pa razumeta kot razvoj disfunkcionalne prilagoditvene strategije. Ugotavljata, da so posamezniki z nizkim nivojem samoregulacije dovzetnejši za uporabo drog, ki jim služi kot metoda za spopadanje s težavami, ker jim primanjkuje zadostnih spretnosti za uravnavanje svojih čustev in se posledično zanašajo na zunanje dejavnike.

Na podlagi slednje trditve in naših rezultatov se nam postavlja vprašanje o uporabi PAS kot metodi samomediacije, o kateri govori Khantzian (1997, 231) ter ostajamo pri odprtem vprašanju, v kolikšni meri bi lahko na strategije regulacije bolečih afektov gledali kot na zaščitni dejavnik pred zlorabo PAS.

Da so pri odvisnih osebah oslABLJENI samonadzor, sposobnosti čustvenega predelovanja in čustvene samoregulacije, v prav tako primerjalnih raziskavah, kot je naša, ugotavljajo tudi drugi avtorji (Bakhshani in Hossienbor 2013, 40–45; Verdejo-Garcia in drugi 2007, 139; Ghalehban in Besharat 2011, 38).

Ugotovitve v praksi pomenijo, da imajo odvisniki oslABLJENE sposobnosti samoregulacije bolečih afektov – ker so bili predisponirani zaradi genetike ali okolja, travm ali ker je to posledica dolgotrajne uporabe PAS. V začetni abstinenci, prvih fazah

zdravljenja je njihovo doživljanje bolečih afektov še intenzivnejše, saj so sami oz. med neznanimi ljudmi, dolžni sodelovati v programu zdravljenja, predvsem pa so neopremljeni za regulacijo stiske. Posledica tega so lahko agresije do sebe ali drugih, izstop iz programa, recidiv in tudi predoziranje ter smrt.

Dobljeni rezultati so za teorijo in prakso pomembni v smislu prispevka k razumevanju raziskovalnega področja uporabe PAS ter čustvenega uravnavanja. Rezultati raziskave osvetlijo oslABLJENOST sposobnosti čustvene regulacije pri osebah, odvisnih od PAS in opozarjajo na vlogo čustev pri razvoju, vzdrževanju ter zdravljenju odvisnosti.

Pomanjkljivost raziskave je premajhen vzorec.

6.3 RAZLIKOVANJE V NIVOJU ALEKSITIMIJE

V naši raziskavi se je pri merjenju nivoja aleksitimije med skupinama pokazala statistično pomembna razlika. Pri skupini, ki se zdravi zaradi odvisnosti od PAS, smo zabeležili pomembno višji nivo aleksitimije kot pri skupini, ki se ne zdravi zaradi odvisnosti od PAS. Iz tega sledi, da skupina, ki se zdravi zaradi odvisnosti od PAS, doživlja več za aleksitimijo značilnih lastnosti.

Do podobne ugotovitve sta v svoji raziskavi prišla tudi Ghalehban in Besharat (2011, 38), ki sta odkrila, da pacienti z motnjo zlorabe substanc na lestvici aleksitimije dosegajo pomembno višji nivo od običajnih posameznikov, po drugi strani pa le-ti na lestvici samoregulacije dosegajo višji nivo od posameznikov z motnjo zlorabe PAS. Razmerje med aleksitimijo in zlorabo PAS avtorja pojasnujeta v smislu več mehanizmov, vključno z distanco od negativnih čustev, samomedikacijo ter omogočanjem ali lajšanjem verbalne in čustvene komunikacije. Za aleksitimijo so namreč značilne težave z identifikacijo čustev, opisovanjem čustev in navzven usmerjeno mišljenje.

Vprašanje, ki se nam v zvezi s tem postavlja, je, ali je aleksitimija s svojimi značilnostmi pri osebah, odvisnih od PAS prisotna iz časa, ko še niso uporabljali PAS, in ali lahko njen razvoj razumemo kot posledico uporabe PAS.

Do neke mere na naše vprašanje s svojimi ugotovitvami odgovarjajo Pinard in drugi (1996, 32–39), ki trdijo, da je aleksitimija pri posameznikih, ki zlorablajo PAS, stabilna osebna lastnost in se bistveno ne spreminja kot posledica abstinence, vsaj ne v kratkoročnem smislu. Kot poročajo omenjeni avtorji aleksitimija kovarira z nivojem čustvene stiske in bi lahko bila posledica zgodnjih razvojnih pomanjkljivosti.

Da posamezniki z odvisnostjo od PAS pogosto kažejo znake oslabljenega čustvenega predelovanja, samoregulacije in odločanja, so podobno našim rezultatom ugotovili tudi Verdejo-Garcia in drugi (2007, 139), ki dodajajo, da je tako tudi po daljši abstinenci od uporabe drog in delnem okrevanju drugih nevropsiholoških funkcij.

Naše ugotovitve v praksi pomenijo, da si odvisni posamezniki z zlorabo PAS, kot s strategijo regulacije negativnega afekta pomagajo pri spoprijemanju z bolečimi, ne/prijetnimi čustvi, ki jih ne zmorejo identificirati, opisati ali izraziti.

Dobljeni rezultati raziskave prispevajo k razumevanja čustvenega doživljanja pri odvisnih osebah, saj lahko iz njih izpeljemo ugotovitev, da se odvisne osebe k uporabi PAS zatekajo zaradi stisk, ki jih doživljajo.

Pomanjkljivost raziskave je premajhen vzorec.

6.4 POVZETEK REZULTATOV IN NJIHOV POMEN ZA TEORIJO IN PRAKSO

Rezultati raziskave so v večini merjenih lastnosti pokazali statistično pomembno razlikovanje med obravnavanima skupinama.

Na podlagi dobljenih rezultatov lahko trdimo, da ima skupina, ki se zdravi zaradi odvisnosti od PAS, statistično pomembno višjo stopnjo tveganja za zlorabo PAS.

Prav tako se skupini na podlagi rezultatov raziskave statistično pomembno razlikujeta v strategijah regulacije bolečih afektov. Skupina, ki se ne zdravi zaradi odvisnosti od PAS, v večji meri uporablja strategije prevrednotenja, medtem ko se skupina, ki se zdravi zaradi odvisnosti od PAS, bolj poslužuje strategij potlačitve in

eksternalizacijskega vedenja. V slednjem faktorju, ki vključuje vedenja, kot so samopoškodovanje, agresija do sebe in drugih, zloraba substanc idr., se skupini najbolj razlikujeta.

Statistično pomembno razliko med skupinama smo izmerili tudi pri merjenju nivoja aleksitimije. Skupina, ki se zdravi zaradi odvisnosti od PAS, je poročala o pomembno višjem nivoju aleksitimije.

Na podlagi ugotovitev naše raziskave in ob upoštevanju teoretičnih spoznanj in ugotovitev tujih raziskav moremo potrditi kompleksnost, ki je lastna bolezni odvisnosti. Osebe, ki se zdravijo zaradi odvisnosti od PAS, se v primerjavi z osebami, ki niso odvisne od PAS, razlikujejo v čustvovanju, spoprijemanju z emocijami in situacijami, ki jih doživljajo v vsakdanjem življenju in odnosih. Osebe, ki se zdravijo, izbirajo strategije uravnavanja bolečih afektov, za katere ne moremo reči, da jim dolgoročno pomagajo, čeprav sta pomoč in lajšanje bolečih občutij njihov glavni namen.

Ugotovitve raziskave v praksi ne pomenijo le, da si odvisni posamezniki z zlorabo snovi pomagajo pri spoprijemanju z bolečimi, ne/prijetnimi čustvi, temveč obenem s težavo prepoznavajo in izražajo čustva, saj se ta pojavljajo v nejasni, somatični obliki.

Dobljeni rezultati raziskave so pomembni za razumevanje čustvenega doživljanja odvisnih oseb. To za klinično prakso, družbo in načrtovanje preventivnih programov na raziskovalnem področju pomeni, da bi bilo odvisnim osebam smiselno in potrebno pomagati pri učenju čustvovanja, torej prepoznavanju, izražanju in reguliranju čustev. V zvezi s tem je še posebej pomembna pomoč odvisnim osebam, ko se ob vstopu v program zdravljenja soočajo s stisko – ne samo v čustvenem smislu, ampak tudi v smislu fizioloških simptomov odvisnosti. Po vstopu v program zdravljenja se znajdejo med neznanimi ljudmi, pravili, zahtevami, pogrešajo svoje bližnje ipd., s čimer je povečana intenzivnost negativnih afektov ter s tem možnost za agresivnost do sebe in drugih, izstop iz programa zdravljenja, recidiv, predoziranje ter smrt. Prav tako stresna za zdravljenе odvisnike pa more biti reintegracija v svoj domač življenjski prostor.

Dobljene rezultate bi lahko uporabili pri načrtovanju preventivnih programov, zlasti med mladostniki in adolescenti, ki so najbolj izpostavljeni dejavnikom tveganja za nastanek odvisnosti. V šolstvu bi bilo smiselno dati večji pomen in vrednost

čustvenemu doživljanju in prepoznavanju ter učenju funkcionalnih in zdravih strategij regulacije bolečih afektov. Podobno bi bile koristne tudi delavnice čustvene regulacije za odvisnike. Tu je treba upoštevati, da bi se pri odvisnih posameznikih lahko pojavile težave v začetni fazi abstinence, ko so odvisniki še pod vplivom PAS ali zdravil, so manj dovzetni za sprejemanje znanja in aktivnosti. Tovrstne delavnice bi lahko pripomogle pri učenju prepoznavanja čustev, senzacij in strategij in jih učile novih, za njihovo dobrobit boljših strategij. Morda bi bile takšne delavnice zanimive tudi za zdravljenе odvisnike, ki zapuščajo program zdravljenja, komuno in bi jim s tem omogočili lažje soočanje s pritiski, spremembami ob vrnitvi v svoje domače okolje.

Ko govorimo o pomanjkljivosti raziskave, je pomembno opozoriti, da uporabljeni merski instrumenti niso bili standardizirani za slovensko populacijo in da zaradi premajhnega vzorca generaliziranje rezultatov na splošno slovensko populacijo ni mogoče.

Za nadaljnje raziskovanje bi bilo smiselno raziskati intenzivnost afektov, strategije in stopnjo čustvene regulacije pri odvisnih posameznikih, in sicer ob vstopu v program zdravljenja, ob koncu procesa zdravljenja ter po določenem obdobju reintegracije.

Z raziskavo smo želeli prispevati k osvetlitvi dinamike čustvovanja pri odvisnih osebah. Menimo, da je za učinkovito preprečevanje in zdravljenje odvisnosti pomembno tudi upoštevanje in razumevanje notranjih, osebnostnih faktorjev, ki so prispevali k nastanku ali vzdrževanju odvisnosti.

SKLEP

Z magistrskim delom smo želeli ugotoviti, ali se skupina, ki se zdravi zaradi odvisnosti od PAS razlikuje od skupine, ki se ne zdravi zaradi odvisnosti od PAS:

- v strategijah regulacije negativnega afekta;
- v stopnji tveganja za zlorabo substanc;
- v stopnji aleksitimije.

Na podlagi rezultatov raziskave lahko sprejmemo zaključke, da se skupina, ki se zdravi zaradi odvisnosti od PAS, v primerjavi s skupino, ki se ne zdravi zaradi odvisnosti od PAS, razlikuje po tem, da:

1. kaže večje tveganje za zlorabo PAS;
2. uporablja manj funkcionalne strategije regulacije negativnega afekta;
3. kaže višji nivo aleksitimije.

Ob tem je treba omeniti nekatere omejitve raziskave. Uporabljeni merski instrumenti niso bili standardizirani za slovensko populacijo in zaradi premajhnega vzorca, rezultatov na splošno slovensko populacijo ni mogoče generalizirati.

Rezultati raziskave lahko služijo kot osvetlitev področja čustvovanja pri odvisnih osebah in nudijo smernice pri oblikovanju terapevtskih skupin, ki potekajo v centrih za zdravljenje odvisnosti. Glede na pomembnost krepitev sposobnosti čustvene regulacije v posameznikovem procesu zdravljenja bi bilo smiselno v programe zdravljenja vključiti tudi zakonske in družinske terapevte, ki lahko s svojimi kompetencami pomembno pripomorejo k spremembi posameznikovega čustvovanja.

POVZETEK

Za doseganje ciljev in želja glede svojega psihofizičnega počutja, človek uporablja različne strategije čustvenega uravnavanja. Ena izmed teh je uporaba psihoaktivnih snovi (v nadaljevanju PAS). Ob posameznikovi pogosti, ponavljajoči uporabi PAS se lahko razvije odvisnost, pri kateri se mu spremenijo različni možganski mehanizmi in ključne funkcije pri uravnavanju afektivnih stanj. Primanjkljaje v kognitivno-izkustveni domeni sistemov čustvenih odzivov in na nivoju medosebne regulacije čustev zajema koncept aleksitimije, ki je značilna za odvisne posameznike. Ker so nezmožni natančnega prepoznavanja svojih subjektivnih občutkov, drugim ljudem svojo čustveno stisko verbalno izražajo zelo nezadovoljivo. Posledično drugih ne morejo pridobiti za vire pomoči ali tolažbe.

Magistrsko delo poskuša odgovoriti na raziskovalno vprašanje, ali se osebe, ki se zdravijo zaradi odvisnosti od PAS, razlikujejo od oseb, ki se ne zdravijo zaradi odvisnosti od PAS, in sicer na področju strategij regulacije bolečih afektov – v nivoju tveganja za zlorabo PAS ter v nivoju aleksitimije. Pričujoče magistrsko delo ima tri teoretična poglavja, ki predstavljajo koncept regulacije pozitivnega in negativnega afekta, nabor ter učinkovitost različnih strategij regulacije afekta. Magistrsko delo predstavlja različne PAS, sindrom odvisnosti od PAS in čustvovanje pri odvisnih osebah. V empiričnem delu je predstavljena metodologija raziskave, rezultati in razprava o dobljenih rezultatih. Rezultati raziskave so med skupinama pokazali statistično pomembno razlikovanje v nivoju tveganja za zlorabo substanc, nivoju aleksitimije in strategijah regulacije bolečih afektov.

Magistrsko delo pripomore k boljšemu razumevanju vloge afektivne dis/regulacije pri osebah, ki se zdravijo zaradi odvisnosti od PAS, predstavi notranje, osebne dejavnike, ki so prispevali k nastanku odvisnosti ter kaže na pomembnost in vlogo čustvene regulacije v procesu zdravljenja oseb, odvisnih od PAS.

KLJUČNE BESEDE: odvisnost, psihoaktivne substance, strategije regulacije, negativni afekt, aleksitimija.

ABSTRACT

In order to achieve goals and wishes regarding one's own psychophysical wellbeing, humans use different strategies of emotional balancing. One of these is also the use of psychoactive substances (hereinafter PAS). In case of individual's common use of PAS, dependency can develop where individual's various brain mechanisms and functions, which are essential in balancing affect conditions, can be altered. The concept of alexithymia, which is characteristic for addicts, includes deficits in the cognitive-experiential domain of emotional responses and on the level of interpersonal regulation of emotions. Incapable of distinctly recognizing their own subjective feelings, the addicts communicate their own emotional distress to other people very unsatisfactorily. Consequentially, they cannot obtain others as sources of help or comfort.

The master's thesis tries to answer the research question whether the persons being treated for the dependency of PAS are different from the persons who are not treated for the dependency of PAS, i.e. in the field of the painful affects regulation, on the level of the risk of the abuse of PAS, and on the level of alexithymia. The master's thesis is divided into three theoretical chapters, which represent the concept of regulation of the positive and negative affect, the collection and the efficiency of various affect regulation strategies. The master's thesis represents various PAS and also the syndrome of dependency of PAS as well as emotions in the addicts. The methodology of research, the results, and the discussion on the acquired results are presented in the empirical part. The results of the research showed statistically significant differences between the groups on the level of the risk of the abuse of PAS, on the level of alexithymia, and in painful affects regulation strategies.

The master's thesis contributes to better understanding of the role of the affective dis/regulation in persons treated for the dependency of PAS. It presents inner, personal factors which contributed to the emergence of the dependency. It shows the importance and the role of emotional regulation in the process of treating persons addicted to PAS.

KEYWORDS: dependency, psychoactive substances, regulation strategies, negative affect, alexithymia.

REFERENCE

- Adan, Ana. 1994. Chronotype and personality factors in the daily consumption of alcohol and psychostimulants. *Addiction* 89, št. 4:455–462.
- Anthony, James C., Lynn A. Warner in Ronald C. Kessler. 1994. Comparative epidemiology of dependence on tobacco, alcohol, controlled substances, and inhalants: Basic findings from the national comorbidity survey. *Experimental and clinical psychopharmacology* 2, št. 3:244–268.
- Aspinwall, Lisa G. in Shelley E. Taylor. 1993. Effects of social comparison direction, threat, and self-esteem on affect, self-evaluation, and expected success. *Journal of personality and social psychology* 64, št. 5:708–722.
- Augustine, Adam A. in Scott H. Hemenover. 2009. On the relative effectiveness of affect regulation strategies: A meta-analysis. *Cognition and emotion* 23, št. 6:1181–1220.
- Bagby, R. Michael, James D. A. Parker in Graeme J. Taylor. 1994a. The Twenty-item Toronto alexithymia scale – I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of psychosomatic research* 38:23–32.
- Bagby, R. Michael, Graeme J. Taylor in James D. A. Parker. 1994b. The Twenty-item Toronto alexithymia scale – II. Convergent discriminant, and concurrent validity. *Journal of psychosomatic research* 38:33–40.
- Bakhshani, Nour Mohammad in Mohsen Hossienbor. 2013. A comparative study of self-regulation in substance dependent and non-dependent individuals. *Global journal of health science* 5, št. 6:40–45.
- Balint, Michael. 1989. *The basic fault: therapeutic aspects of regression*. London; New York: Tavistock/Routledge.
- Baumeister, Roy. F., Ellen Bratslavsky, Cartin Finkenauer in Kathleen D. Vohs. 2001. Bad is stronger than good. *Review of general psychology* 5, št 4:323–370.
- Bell, Carl C. in Dominica F. McBride. 2010. Affect regulation and prevention of risky behaviors. *JAMA* 304, št. 5:565–566.
- Boothroyd, Roger A., Roger H. Peters, Mary Armstrong, Sarah Rynearson-Moody in Michael Caudy. 2013. The psychometric properties of the simple screening instrument for substance abuse. *Evaluation & the health professions* 38, št. 4:1–25.

- Briere, John. 1992. *Child abuse trauma: Theory and treatment of the lasting effects*. Newbury Park, CA: Sage Publications. Navaja Robert Cvetek, *Bolečina preteklosti: travma, medosebni odnosi, družina, terapija*. Celje: Celjska Mohorjeva družba, 2009.
- Bushman, Brad J. 2002. Does venting anger feed or extinguish the flame? Catharsis, rumination, distraction, anger, and aggressive responding. *PSPB* 28, št. 6:724–731.
- Cartwright, Rosalind, Alice Luten, Michael Young, Patricia Mercer in Michael Bears. 1998. Role of REM sleep and dream affect in overnight mood regulation: A study of normal volunteers. *Psychiatry Research* 81, št. 1:1–8.
- CSAT. 2005. *Substance abuse treatment for persons with co-occurring disorders: A treatment improvement protocol (TIP) series, No. 42*. Rockville, MD: U.S. Department of health and human services.
- Cvetek, Mateja. 2014. *Živeti s čustvi: čustva, čustveno procesiranje in vseživljenjski čustveni razvoj*. Ljubljana: Teološka fakulteta.
- Cvetek, Robert. 2009. *Bolečina preteklosti: Travma, medosebni odnosi, družina, terapija*. Celje: Društvo Mohorjeva družba, Celjska Mohorjeva družba.
- Čebašek - Travnik, Zdenka. 2005. Raba, zloraba in odvisnost od psihoaktivnih snovi. *Zdrav Var*, 44:99–103. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
- Davidson, Richard J. 2000. Affective style, psychopathology, and resilience: Brain mechanisms and plasticity. *American psychologist* 55, št. 11:1196–1214.
- Davidson, Richard J. 2002. Toward a biology of positive affect and compassion. V: Davidson, Richard J., ur. in Anne Harrington, ur. *Visions of compassion: Western scientists and Tibetan buddhists examine human nature*, 107–130. London: Oxford University Press.
- Davidson, Richard J., Daren C. Jackson in Ned H. Kalin. 2000. Emotion, plasticity, context, and regulation: Perspectives from affective neuroscience. *Psychological bulletin special issue: Psychology in the 21st century* 126, št. 6:890–909.
- Diaz, R. M. in A. G. Fruhauf. 1991. *The origins and development of self-regulation: A developmental model on the risk for addictive behaviour* V: Heather N., W. R. Miller in J. Greeley, ur. *Self-control and the addictive behaviours*, 83–106. Sidney: Maxwell Macmillan Publishing Australia. Navajata: Bakhshani, Nour Mohammad in Mohsen Hossienbor. 2013. A comparative study of self-regulation in substance

- dependent and non-dependent individuals. *Global journal of health science* 5, št. 6:40–45.
- Diener, Ed in Martin E. P. Seligman. 2002. Very happy people. *Psychological science* 13, št. 1:81–84.
- Dobson, Keith S. in Risha Joffe. 1986. The role of activity level and cognition in depressed mood in a university sample. *Journal of clinical psychology* 42, št. 2:264–271.
- Eberle, Nicole. 2009. Negative affect repair questionnaire (NARQ): Development and validation of an instrument assessing negative affect regulation strategies. Doktorin dissertation. Die Medizinischen Fakultät, der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule Aachen.
- Ekkekakis, Panteleimon, Eric E. Hall, Lisa M. VanLanduyt in Steven J. Petruzzello. 2000. Walking in (affective) circles: Can short walks enhance affect? *Journal of behavioral medicine* 23, št. 3:245–275.
- Emmons, Robert A. in Charles M. Shelton. 2002. Gratitude and the science of positive psychology. V: Snyder C. R., ur. in Shane J. Lopez, ur. *Handbook of positive psychology*, 459–471. New York: Oxford University Press.
- Fichman, Laura, Richard Koestner, David C. Zuroff in Gordon, Laurel. 1999. Depressive styles and the regulation of negative affect: A daily experience study. *Cognitive therapy and research* 23, št. 5:483–495.
- Fosha, D., Siegel, D. J. in Solomon, M. F. 2009. *The healing power of emotion: Affective neuroscience, development, and clinical practice*. New York: W. W. Norton & Company.
- Geen, Russell G. in Michael B. Quany. 1977. The catharsis of aggression: An evaluation of a hypothesis. V: Leonard Berkowitz, ur. *Advances in experimental social psychology* 10:1–37. New York: Academic Press.
- Ghalehban, Maryam in Mohammad Ali Besharat. 2011. Examination and comparison of alexithymia and self-regulation in patients with substance abuse disorder and normal individuals. *Procedia – Social and Behavioral Sciences* 30:38–42.
- Gostečnik, Christian. 2006. *Neustavljivo hrepenenje*. Ljubljana: Brat Frančišek in Frančiškanski družinski inštitut.
- Gostečnik, Christian. 2013. *Relacijska paradigma in klinična praksa*. Ljubljana: Brat Frančišek: Frančiškanski družinski inštitut.

- Greenspan, Stanley I. 1993. Substance abuse: An understanding from psychoanalytic developmental and learning perspectives. V: Jack D. Blaine, ur. in Demetrios A. Julius, ur. *Psychodynamics of drug dependence*, 73–87. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Gross, James J., in Ricardo F. Muñoz. 1995. Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2, št. 2:151–164.
- Gross, James J. 1998. The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology* 2, št. 3:271–299.
- Gross, James J. 1999. Emotion regulation: Past, present, future. *Cognition and Emotion* 13, št 5:551–573.
- Gross, James J. in Oliver P. John. 2003. Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology* 85, št. 2:348–362.
- Gross, James J., ur. in Ross A. Thompson. 2007. Emotion regulation: Conceptual foundations. V: *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford Press.
- Hoffman. 1975. Navaja Daniel L., Yalisove, *Essential papers on addiction*, 6–7, op. 44. New York: New York University Press, 1997.
- Holdstock, Louis in Harriet de Wit. 1998. Individual differences in the biphasic effects of ethanol. *Alcoholism: Clinical and experimental research* 22, št. 9:1903–1911.
- John, Oliver P. in James J. Gross. 2004. Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and life span development. *Journal of Personality* 72, št. 6:1301–1334.
- Kaliterna Lipovčan, Ljiljana, Zvezdana Prizmić in Renata Franc. 2009. Age and gender differences in affect regulation strategies. *Druš. Istraž. Zagreb* 6, št. 104:1075–1088.
- Khantzian, Edward J. 1993. The ego, the self, and opiate addiction: Theoretical and treatment considerations. V: Blaine, Jack D. in Demetrios A. Julius, ur. *Psychodynamics of drug dependence*, 101–117. Washington: U.S. Government Printing Office.
- Khantzian, Edward J. 1997. The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry* 4, št. 5:231–244.

- Khantzian, Edward J. 2003. Understanding addictive vulnerability: An evolving psychodynamic perspective. *Neuropsychoanalysis: An Interdisciplinary Journal for Psychoanalysis and the Neurosciences* 5, št. 1:5–21.
- Kokkonen, Marja in Lea Pulkkinen. 2001. Examination of the paths between personality, current mood, its evaluation, and emotion regulation. *European Journal of Personality* 15, št. 2:83–104.
- Kompare, Alenka, Mihaela Stražišar, Tomaž Vec, Irena Dogša, Norbert Jaušovec in Janina Curk. 2005. *Psihologija: spoznanja in dileme*. Ljubljana: DZS.
- Koole, Sander L. 2009. The psychology of emotion regulation: An integrative review. V: De Houwer, Jan in Dirk Hermans, ur. *Cognition and emotion reviews of current research and theories*, 128–167. New York: Psychology Press.
- Krystal, Henry. 1997. Self representation and the capacity for self care. V: Daniel L. Yalisove, ur. *Essential papers on addiction*, 109–146. New York: New York University Press.
- Lamovec, Tanja. 1991. *Emocije*. Ljubljana: Filozofska fakulteta.
- Larsen, Randy J. 1993. Mood regulation in everyday life. V: D. M. Tice. *Self-regulation of mood and emotion*. Symposium conducted at the 101st annual convention of the American Psychological Association, Toronto. Navajata Randy J. Larsen in Zvezdana Prizmic. 2004. Affect regulation. V: Baumeister, Roy F. in Kathleen D. Vohs, ur. *Handbook of self-regulation: research, theory, and applications*, 40–61. The Guilford Press: New York.
- Larsen, Randy J. 2000a. Toward a science of mood regulation. *Psychological Inquiry: An International Journal for the Advancement of Psychological Theory* 11, št. 3:129–141.
- Larsen, Randy J. 2000b. Maintaining Hedonic Balance: Reply to Commentaries. *Psychological Inquiry* 11, št. 3:218–225.
- Larsen, Randy J. 2002. Differential contributions of positive and negative affect to subjective well-being. V: J. A. Da Silva, E. H. Matsushima in N. P. Riberio-Filho, ur. *Annual Meeting of the International Society for Psychophysics*, 18:186–190. Rio de Janeiro: Editora Legis Summa Ltda. Navajata Randy J. Larsen in Zvezdana Prizmic. 2004. Affect regulation. V: Baumeister, Roy F. in Kathleen D. Vohs, ur. *Handbook of self-regulation: research, theory, and applications*, 40–61. The Guilford Press: New York.

- Larsen, Randy. J. in Zvezdana Prizmic. 2004. Affect regulation. V: Baumeister Roy F. in Kathleen D. Vohs, ur. *Handbook of self-regulation: Research, theory and applications*, 40–61. New York: Guilford Press.
- Lefcourt, Herbert M. 2002. Humor. V: Snyder C. R. in Shane J. Lopez, ur., *Handbook of positive psychology*, 619–631. New York: Oxford University Press.
- Lewis, Dana in Blevins. 1994. Navaja Daniel L., Yalisove, *Essential papers on addiction*, 6–7, op. 43. New York: New York University Press, 1997.
- Lockwood, Penelope. 2002. Could it happen to you? Predicting the impact of downward comparisons on the self. *Journal of Personality and Social Psychology* 82, št. 3:343–358.
- Maroda, Karen J. 2010. *Psychodynamic techniques: working with emotion in the therapeutic relationship*. New York: Guilford Press.
- Morgenstern, Jon in Leeds, Jeremy. 1993. Contemporary psychoanalytic theories of substance abuse: A disorder in search of a paradigm. *Psychotherapy* 30, št. 2:194–206.
- Morris, William N. in Nora P. Reilly. 1987. Toward the self-regulation of mood: Theory and research. *Motivation and Emotion* 11, št. 3:215–249.
- Nacionalni inštitut za javno zdravje. 2015. Uporaba tobaka, alkohola in prepovedanih drog med prebivalci Slovenije ter neenakosti in kombinacije te uporabe. Ljubljana: NIJZ.
- Nacionalni inštitut za javno zdravje. 2016. Stanje na področju prepovedanih drog v Sloveniji 2015. Ljubljana: NIJZ.
- Nolen-Noeksema, Susan in Jannay Morrow. 1993. Effects of rumination and distraction on naturally occurring depressed mood. *Cognition and Emotion* 7, št. 6:561–570.
- Nolen-Hoeksema, Susan in Amelia Aldao. 2011. Gender and age differences in emotion regulation strategies and their relationship to depressive symptoms. *Personality and Individual Differences* 51, št. 6:704–708.
- Nolen-Hoeksema, Susan. 2012. Emotion regulation and psychopathology: The role of gender. *Annual Review of Clinical Psychology* 8:161–187.
- O'Neill, Jan, Lisa Bergstand, Karen Bowman, Katherine Elliott, Leslie Mavin, Sue Stephenson in Claire Wayman. 2010. The SCERTS model: Implementation and evolution in a primary special school. *Good Autism Practice* 11, št 1:7–15.

- Parker, James. D. A., R. Michael Bagby, Graeme J. Taylor, Norman S. Endler in Paul Schmitz. 1993. Factorial validity of the 20-item Toronto alexithymia scale. *European Journal of Personality* 7, št. 4:221–232.
- Parkinson, Brian in Peter Totterdell. 1999. Classifying affect-regulation strategies. *Cognition and Emotion* 13, št. 3:277–303.
- Pinard, Louis, Juan Carlos Negrete, Lawrence Annable in Nathalie Audet. 1996. Alexithymia in substance abusers: Persistence and correlates of variance. *American Journal on Addictions* 5, št. 1:32–39.
- Prizmic, Zvezdana. 1997. *Mood regulation strategies for positive mood*. Neobjavljeno gradivo. Navajata Randy J. Larsen in Zvezdana Prizmic. 2004. *Affect regulation*. V: Baumeister, Roy F. in Kathleen D. Vohs, ur. *Handbook of self-regulation: research, theory, and applications*, 40–61. The Guilford Press: New York.
- Prizmic, Zvezdana. 2000. Mood regulation strategies and subjective health. Unpublished doctoral dissertation, University of Zagreb, Croatia. Navajata Randy J. Larsen in Zvezdana Prizmic. 2004. *Affect regulation*. V: Baumeister, Roy F. in Kathleen D. Vohs, ur. *Handbook of self-regulation: research, theory, and applications*, 40–61. The Guilford Press: New York.
- Rothschild, Babette. 2006. *Help for the helper: The psychopathology of compassion fatigue and vicarious trauma*. New York: W. W. Norton & Company. Navaja Christian Gostečnik, *Inovativna relacijska družinska terapija*. Ljubljana: Brat Frančišek, Teološka fakulteta in Frančiškanski družinski inštitut, 2011.
- Rothschild, Babette. 2010. *8 keys to safe trauma recovery*. New York: W. W. Norton & Company. Navaja Christian Gostečnik. *Relacijska paradigma in klinična praksa*. Ljubljana: Brat Frančišek: Frančiškanski družinski inštitut, 2013.
- Rusting, Cheryl L. in Tracy DeHart. 2000. Retrieving positive memories to regulate negative mood: Consequences for mood-congruent memory. *Journal of Personality and Social Psychology* 78, št. 4:737–752.
- Schaffer, C.E. 1993. The role of adult attachment in the experience and regulation of affect. Doctoral dissertation, Yale University. Navajata Michael Bagby in Graeme Taylor. 1997. *Affect dysregulation and alexithymia*. V: Taylor, Graeme J., R. Michael Bagby in James D.A. Parker. *Disorders of affect regulation: alexithymia in medical and psychiatric illness*, 26–45. Cambridge: Cambridge University Press.

- Scherer Anne, Nicole Eberle, Maren Boecker, Claus Vögele, Siegfried Gauggel in Thomas Forkmann. 2013. The negative affect repair questionnaire: factor analysis and psychometric evaluation in three samples. *BMC Psychiatry* 13, št. 16:1–10.
- Schore, Allan N. 2003. *Affect regulation and the repair of the self*. New York: W. W. Norton & Company. Navaja Christian Gostečnik, *Inovativna relacijska družinska terapija*. Ljubljana: Brat Frančišek, Teološka fakulteta in Frančiškanski družinski inštitut, 2011.
- Schore, Allan N. 2012. *The science of the art of psychotherapy*. New York: W. W. Norton & Company. Navaja Christian Gostečnik, *Relacijska paradigma in klinična praksa*. Ljubljana: Brat Frančišek: Frančiškanski družinski inštitut, 2013.
- Sher, Kenneth J. in Emily R. Grekin. 2007. Alcohol and affect regulation. V: James Gross, ur. *Handbook of emotion regulation*, 560–580. New York: The Guilford Press.
- Simmons, Roberta G., Kathleen Hickey, Carl M. Kjellstrand in Richard L. Simmons. 1971. Donors and non-donors: The role of the family and the physician in kidney transplantation. *Seminars in Psychiatry*, 3:102–115. Navajata Randy J. Larsen in Zvezdana Prizmic. 2004. Affect regulation. V: Baumeister, Roy F. in Kathleen D. Vohs, ur. *Handbook of self-regulation: research, theory, and applications*, 40–61. The Guilford Press: New York.
- Snyder, C. R. in Shane J. Lopez, ur. 2002. *Handbook of positive psychology*. London: Oxford University Press. Navajata Randy J. Larsen in Zvezdana Prizmic. 2004. Affect regulation. V: Baumeister, Roy F., in Kathleen D. Vohs, ur. *Handbook of self-regulation: research, theory, and applications*, 40–61. New York: The Guilford Press.
- Strongman, Kenneth T. 2006. *Applying Psychology to Everyday Life – A beginner's Guide*. West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.
- Šadl, Zdenka. 1999. *Usoda čustev v zahodni civilizaciji*. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče. Navajajo Alenka Kompare, Mihaela Stražišar, Tomaž Vec, Irena Dogša, Norbert Jaušovec in Janina Curk, *Psihologija: spoznanja in dileme*. Ljubljana: DZS, 2005.
- Taylor, Graeme J., R. Michael Bagby in James D. A. Parker. 1997. *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Thayer, Robert E. 1987. Energy, tiredness, and tension effects of a sugar snack versus moderate exercise. *Journal of Personality and Social Psychology* 52, št. 1:119–125.
- Thayer, Robert. E., Robert J. Newman, in Tracey M. McClain. 1994. Self-regulation of mood: Strategies for changing a bad mood, raising energy, and reducing tension. *Journal of Personality and Social Psychology* 67, št. 5:910–925.
- Thayer, Robert E. 2001. *Calm energy: How people regulate mood with food and exercise*. London: Oxford University Press.
- Thompson, R. A. 1990. Emotion and self regulation. V: R. A. Thompson, ur. *Socioemotional development. Nebraska symposium on motivation*, 36:367–467. Lincoln: University of Nebraska Press.
- Navaja James J. Gross. 1998. The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology* 2, št. 3:271–299.
- Thorberg, Fred Arne in Michael Lyvers. 2006a. Negative mood regulation (NMR) expectancies, mood, and affect intensity among clients in substance disorder treatment facilities. *Addictive Behaviors* 31, št. 5:811–820.
- Thorberg, Fred Arne in Michael Lyvers. 2006b. Attachment, fear of intimacy and differentiation of self among clients in substance disorder treatment facilities. *Addictive Behaviors* 31, št. 4:732–737.
- Tice, D. M. in R. F. Baumeister. 1993. Controlling anger: self-induced emotion change. V: D. M. Wegner in J. W. Pennebaker, ur., *Handbook of mental control*, 393–409. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.
- Navajata Larsen, Randy J. in Zvezdana Prizmic. 2004. Affect regulation. V: Baumeister, Roy F. in Kathleen D. Vohs, ur. *Handbook of self-regulation: research, theory, and applications*, 40–61. The Guilford Press: New York.
- Totterdell, Peter in Parkinson, Brian. 1999. Use and effectiveness of self-regulation strategies for improving mood in a group of trainee teachers. *Journal of Occupational Health Psychology* 4, št. 3:219–232.
- Vaillant, G. E. 1977. *Adaptation to life*. Boston: Little, Brown.
- Navajata Randy J. Larsen in Zvezdana Prizmic. 2004. Affect regulation. V: Baumeister, Roy F. in Kathleen D. Vohs, ur. *Handbook of self-regulation: research, theory, and applications*, 40–61. The Guilford Press: New York.
- van Dijke, Annemiek. 2008. The clinical assessment and treatment of trauma-related self and affect dysregulation. V: Vingerhoets, Ad, Ivan Nyklíček in Johan Denollet,

- ur. *Emotion regulation: Conceptual and clinical issues*, 150–169. New York: Springer Science+Business Media.
- Verdejo-Garcia, Antonio, Cristina Rivas-Perez, Raquel Vilar-Lopez in Miguel Perez-Garcia. 2007. Strategic self-regulation, decision-making and emotion processing in poly-substance abusers in their first year of abstinence. *Drug and Alcohol Dependence* 86, št. 2–3:139–146.
- Volkan, Kevin. 1994. *Dancing among the maenads: The psychology of compulsive drug use*. New York: Peter Lang Publishing.
- Webb, Thomas L., Inge Schweiger Gallo, Eleanor Miles, Peter M. Gollwitzer in Paschal Sheeran. 2012. Effective regulation of affect: An action control perspective on emotion regulation. *European review of social psychology* 23, št. 1:143–186.
- Wegener, Duane T. in Richard E. Petty. 1994. Mood management across affective states: The hedonic contingency hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology* 66, št. 6:1034–1048.
- WHO. 1992. *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. 2004. *Neuroscience of psychoactive substance use and dependence*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. 2008. *ICD-10: International statistical classification of diseases and related health problems. – 10th revision, 2008 edition*. Volume 1. Geneva: World Health Organization.
- Winnicott, D. W. 1953. Transitional objects and transitional phenomena – A Study of the First Not-Me Possession. *International Journal of Psychoanalysis* 34, št. 2:89–97.
- Wurmser, Leon. 1977. Mr. Pecksniff's Horse? Psychodynamics in compulsive drug use. V: Jack D. Blaine in Demetrios A. Julius, ur. *Psychodynamics of drug dependence*, 36–72. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Ziherl, Slavko. 1989. *Kako se upremo alkoholu*. Ljubljana: Mladinska knjiga. Navaja Christian Gostečnik, *Neustavljivo hrepenenje*, 299–302. Ljubljana: Brat Frančišek: Frančiškanski družinski inštitut, 2006.
- Žvelc, Gregor. 2001. Odvisnost kot poskus samoregulacije (sodobne psihoanalitične teorije odvisnosti). *Psihološka obzorja* 10, št. 3:57–74.