

ISSN 2303-4912

BILTEN

JZU ZAVOD ZA BOLESTI OVISNOSTI ZENIČKO-DOBOJSKOG KANTONA

GODINA 9.

BROJ 14.

DECEMBAR 2014.



Izdavač:



JZU ZAVOD ZA BOLESTI OVISNOSTI
ZENIČKO-DOBOJSKOG KANTONA

antidroga

telefon 032 / 244 544

www.zedo-ovisnost.ba

*tel/fax 032 244 544, 032 201 320,
032 201 321, 032 201 322*



Poštovani čitatelji,

U novom broju Biltena, najobimnijem do sada, predstavljamo najznačajnije aktivnosti Zavoda u proteklih šest mjeseci, predstavljamo nekoliko radova naših pacijenata, kao i novosti u radu terapijskih zajednica (povećanje kapaciteta za rad sa ženama ovisnicima) te radu kluba lječenih ovisnika o kocki u Mostaru. Pored toga u Biltenu se nalazi i nekoliko vrijednih stručnih članaka.

Zadovoljstvo mi je najaviti i skoro proširenje kapaciteta bolničkog tretmana sa šest na deset ležećih mesta kao i novo istraživanje, ovaj put o ovisnosti o kompjuterima i internetu.

Dana 05.12.2014.godine Zavod će obilježiti punih devet godina postojanja. U tom periodu uvedene su najsavremenije metode tretmana ovisnosti, primjenjene obimne tehnike prevencije ovisnosti, definisani standardi rehabilitacijskog rada i uspostavljenе brojne profesionalne veze sa raznim ustanovama i nevladinim organizacijama.

Uposlenicima Zavoda čestitam godišnjicu sa željom da do naredne, desete, godišnjice nastave ovakvim tempom razvoja!

Urednik

Ambulanta u brojkama, oktobar 2014. godine

Ukupan broj registrovanih u Zavodu: **935**

Do **03.11.2014.** bilo je na kontroli **457** ovisnika (nisu ubrojane osobe koje se samo testiraju, saradnici u liječenju i druge psihijatrijske dijagnoze), od toga je **349** heroinskih ovisnika. Na kontroli je bilo **72** ovisnika o alkoholu. Broj heroinskih ovisnika na supstitionoj terapiji je **255**; na metadonu **200**, na Suboxonu **55 (21,57%)**. Na terenu van Zenice (ambulante domova zdravlja i zatvori) liječi se metadonom ili Suboxonom **87** pacijenata (**34,12%**).

U kazneno-popravnim ustanovama je **18** pacijenata na supstitionoj terapiji (17 u Zenici i jedan u Busovači).

U zadnjih nepunih osam godina više od **633** pacijenata liječeno je metadonom i **129** Suboxonom.

Najstariji pacijent na supstitionoj terapiji sada ima 56 godina, najmlađi 20 godina.

Prosjek godina heroinskih ovisnika na supstitionoj terapiji: **35**.

Prosjek godina ovisnika o alkoholu: **47**.

Prema mjestima terapiju za heroinsku ovisnost dobija:

- Zenica: **168**;
- Visoko: **17**;
- Tešanj: **20**;
- Breza: **9**;
- Kakanj: **11**;
- Dobojski Jug: **9**;
- Maglaj: **3**.

Vareš i Zavidovići trenutno nemaju pacijente na terapiji.

Pacijenti iz drugih kantona pregledaju se u Zenici, Visokom i Dobojskom Jugu. Hepatitis C ima **64** pacijenata od **179** testiranih (**35,75%**). Ove godine na hepatitis C testirano je **69** pacijenata, od čega su **21** pozitivna (**30,43%**). Pacijent se uključuje u program liječenja od hepatitis C interferonom, uznašu preporuku na Infektivnom odjelu Kantonale bolnice Zenica. Liječenje je besplatno. Hepatitis B imaju dva pacijenta (1,12%). Nema registrovanih HIV pozitivnih. Testiranja u avgustu mjesecu: ukupno testirano **485** osoba sa **781** testova. Opijati (heroin) su nađeni u **10,42%**, THC (marihuana) u **21,62%**, benzodiazepini (lijekovi za smirenje) u **40,00%**, amfetami u **23,08%**, tramadol u **8,99 %**, alkohol u **16,22%** testiranja.

Za sadržaj teksta odgovaraju autori teksta!

Inicijativa za formiranje zavoda za bolesti ovisnosti u Tuzlanskom kantonu

Prezentacija iskustava našeg Zavoda predočena tuzlanskim političarima

U Tuzli je 24.11.2014., u organizaciji Ministarstva za rad, socijalnu politiku i povratak, održan inicijalni sastanak u vezi sa pokretanjem inicijative za formiranje zavoda za bolesti ovisnosti.

Sastanku su prisustvovali: ministar zdravstva Alen Kamerić, ministar unutrašnjih poslova Midhat Dobrinjić, ministrica za rad, socijalnu politiku i povratak Meliha Bijedić, ministar obrazovanja, nauke, kulture i sporta Mirsad Kunić, predstavnici Ministarstva pravosuđa i uprave i Asocijacije Margini, Nataša Dedajić, izvršna direktorica organizacije i Denis Dedajić, predsjednik organizacije. Na žalost, nije bilo kolega neuropsihijatara.

Direktor našeg Zavoda, prim. dr. sci. med. Jasmin Softić, održao je predavanje u vezi sa organizacijom i finansiranjem Zavoda za bolesti ovisnosti. Tema je interesantna za političare koji treba da odluče o osnivanju i finansiraju takvog zavoda u Tuzli.

Živa diskusija pokazala je da su predstavnici ministarstava zainteresovani da se što prije krene u osnivanje ovakve ustanove. Ministar zdravstva dr. Alen Kamerić naglasio je da su u ovom poslu najvažniji ljekari neuropsihijatri i da bez njih nema Zavoda.

Treba naglasiti da Tuzla ima solidne resurse. Prije svega, ima iskusne visokospecijalizirane stručnjake u oblasti ovisnosti koji su, uz sve druge poslove na Klinici za psihijatriju, napravili vlastiti model u liječenju heroinske ovisnosti i formirali Centar za medicinsku prevenciju ovisnosti. Nadalje, Tuzla ima komunu u Smolućoj koja je postala kantonalna ustanova. (Sa ovom komunom sarađujemo i šaljemo pacijente na rehabilitaciju.) Nevladina organizacija Asocijacija Margini na svoj način doprinosi rješavanju problema ovisnosti. Preostaje samo dogovor na nivou Vlade Tuzlanskog kantona da se svi resursi organizuju. Kao i u mnogim oblastima, politika će odlučiti o osnivanju i finansiraju ustanove, a imaće težak zadatak s obzirom na aktuelno stanje u privredi. Mi im želimo uspjeh!



Posjeta Centru za mentalno zdravlje Goražde

Tokom avgusta mjeseca tekuće godine Zavod je educirao šest članova Centra za mentalno zdravlje Goražde o načinima rada sa ovisnicima o čemu smo pisali na našoj stranici (www.zedo-ovisnost.ba), kao i na facebook stranici. Sručni tim Zavoda je 29.10.2014.godine posjetio CMZ Goražde sa ciljem uručenja certifikata o završenoj obuci, ali i osiguravanja dodatne i besplatne podrške i pomoći kod pokretanja programa tretmana ovisnika. Pozitivno smo iznenađeni domaćinskim odnosom menadžmenta Doma zdravlja i uposlenika CMZ Goražde. Prijem je prvo obavljen kod direktorice Doma zdravlja, a istom su prisustvovali: prim.dr. Sabina Gušo, direktorka, dr. Olga Hasanbegović, pomoćnica direktorice, Lejla Efendić, glavna sestra kao i pomoćnica direktorice za ekonomski poslove. Potom smo posjetili Centar za mentalno zdravlje na čijem je čelu dr. Haris Mašnić, a na slikama se vidi kompletan tim centra. Sve aktivnosti su zabilježile naši fotoaparati ali i RTV BPK što možete pogledati na sljedećem linku: <https://www.youtube.com/watch?v=YNOFvTEPHYw#t=52>.



Simpozijum o bolestima zavisnosti sa međunarodnim učešćem

U organizaciji Zajednice klubova lečenih alkoholičara Srbije održan je XXX Simpozijum o bolestima zavisnosti sa međunarodnim učešćem na kojem je prisustvovalo pet uposlenika Zavoda. Simpozijum je održan na Fruškoj gori. S obzirom da je u toku procedura osnivanja kluba liječenih alkoholičara Zeničko-dobojskog kantona bilo je važno dobiti iskustva drugih klubova. Tako smo, između ostalog, dobili podatke o radu klubova u Somboru, Zemunu, Beogradu, Novom Sadu, Holandiji, Sloveniji, Makedoniji i Hrvatskoj. Također smo dobili informacije o tzv. odgovornom pijenju (projekat u Srbiji), kao i načinima borbe sa teškim alkoholizmom u Holandiji. Pored znanja dobijena je i mogućnost saradnje i umrežavanja sa drugim klubovima u regiji.



Socijalno psihijatrijski pristup u tretmanu alkoholizma

dr. Samir Kasper,
neuropsihijatar



Alkoholizam kao bolest predstavlja golemi javnozdravstveni problem, a ukoliko se tome pri-dodaju i brojne komplikacije ovog oboljenja, onda problem poprima alarmantne karakteristi-ke. JZU Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-do-bojskog kantona Zenica u sklopu svoje djelat-nosti pokušava da na ovaj problem odgovori na adekvatan način.

U cilju razmjene iskustava te implementacije primjera dobre kliničke prakse tim Zavoda u sastavu: dva neuropsihijatra, psiholog i dva me-dicinska tehničara uzeo je učešća u radu XXX simpozijuma o bolestima zavisnosti i skupštine udruženja KLA (Klubova liječenih alkoholičara) koji je održan na Fruškoj gori, Republika Srbija.

U toku rada simpozijuma ostvareni su brojni kontakti sa uglednim i renomiranim stručnjaci-ma iz oblasti alkohologije, kao što su prof.dr. Petar Nastasić iz Beograda i prof.dr. Zoran Zori-

čić iz Zagreba. Ovi kontakti su nam omogućili da izvršimo komparaciju programa tretmana alko-holizma u odnosu na slične institucije u bliskom socijalnom okruženju, te da shodno tomu i im-plementiramo neke pozitivne principe dobre kliničke prakse u našoj zdravstvenoj instituciji.

Ono što je uočeno je da je stav društva prema alkoholizmu kao bolesti marginalnih skupina i alkoholičaru kao socijalno oštećenoj osobi promi-jenjen. Ne samo da je alkoholičar prihvaćen kao bolesnik već je prihvaćen koncept alkoholizma kao bolesti cijele obitelji. Također, dosadašnja iskustva u tretmanu alkoholizma ukazuju da pri-mjena samo medicinskih metoda ne može dati adekvatan terapijski odgovor. Čak možemo reći da se postupno prevaziđaju i klasični sociopsihijatrijski pristup alkoholizmu i da se sve više pri-mjenjuje interdisciplinarni i multidimenzionalni pristup uz primjenu suvremenih i dokazanih kon-cepacija u radu kao i individualizacije tretmana alkoholičara. Suvremeni pristup alkoholizmu po-drazumijeva sveobuhvatne programe: prevenci-je, rane dijagnostike, liječenja i rehabilitacije.

U pristupu alkoholičaru u fokusu interesovanja terapeuta je pojedinac sa problematičnom kon-zumacijom alkohola (njegovo zdravstveno stanje) i sustavi u kojima živi i radi (odnose u kojima se nalazi) - radnu sredinu, obitelj i društvo. Pola-zimo od procjene stupnja oštećenja u okviru ovi-snosti o alkoholu zajedno s alkoholičarom i obi-telji, definiramo i postavljamo ciljeve liječenja uz uključivanje obitelji u liječenje, pa i šire zajednice, te insistiranje na kontinuitetu liječenja.





Liječenje alkoholizma provodi se istodobno s rehabilitacijom i resocijalizacijom. U postupku se preferiraju izvanbolnički oblici liječenja i dugo-trajni postupak u klubovima liječenih alkoholičara. Liječenje u bolničkim uvjetima indicirano je kod teških poremećaja ponašanja, u psihotičnim stanjima i onda kad su prisutna teška tjelesna oštećenja.

Zbog prirode ovog članka nećemo ići u pretjeranu širinu i zadržavati se na svim modalitetima tretmana alkoholizma. Tako npr. farmakoterapija ima istaknutu ulogu u liječenju alkoholičara tijekom prve godine apstinencije kada su alkoholne krize i recidivi najčešći. U kasnijoj fazi apstinencije žudnja za alkoholom slabi i u alkoholičara izlaze na vidjelo psihološki problemi. Recidiv je u toj fazi prvenstveno posljedica psiholoških i interpersonalnih odnosa. Negativna emocionalna stanja, interpersonalni konflikti i socijalni pritisci provokirajući su čimbenici za nastanak recidiva. Tada farmakoterapija sve više ustupa mjesto socioterapiji i psihoterapiji u liječenju alkoholičara.

Za postizanje terapijskog cilja nije dovoljno samo prestati konzumirati alkoholna pića. Ne-

ophodno je promijeniti stil života koji je i doveo do pojave i razvoja alkoholne bolesti. Iz grupe alkoholičara koji misle da je dovoljno prestati piti, a ne žele se promijeniti jer svaki pozitivan pomak zahtijeva veliki rad na sebi i na odnosima sa osobama iz okoline, regrutira se najveći broj recidivista. Promjena načina života ne događa se preko noći. Rehabilitacija i resocijalizacija alkoholičara u KLA traje najmanje 5 godina. U alkohološkoj literaturi još se sreće termin "mokroga recidiva", koji označava povratak pijenju te "suhi recidiv", koji označava povratak starim, napuštenim oblicima ponašanja. Klubovi liječenih alkoholičara (KLA) postoje upravo zbog sklonosti alkoholičara ponovnoj pojavi bolesti. O recidivu se može početi govoriti već onda kada alkoholičar prestane kontinuirano posjećivati matični klub liječenih alkoholičara (KLA), odlaziti na kontrolne pregledе i obiteljsku terapiju u nadležnu ustanovu i kada redovito ne uzima Disulfiram ili ga potpuno ukine.

JZU Kantonalni Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona Zenica imajući naprijed navedeno izvršio je neophodne predradnje tako da je u tijeku proces registriranja i formiranja Kluba liječenih alkoholičara koji će obuhvatiti ovisnike o alkoholu u remisiji za početak sa područja općine Zenica i Zeničko-dobojskog kantona za početak a u perspektivni i sa nešto šireg područja kao što su npr. općine iz rubnih dijelova Srednjjobosanskog kantona.

Na kraju da napomenemo da se kod ovisnika o alkoholu kod kojih je to indicirano (indikaciju utvrđuje stručni tim Zavoda) vrši upućivanje na sociorehabilitacioni proces u četiri terapijske zajednice (komune) sa kojima postoje potpisani ugovori o suradnji. Sigurno je da će dio štićenika iz terapijskih zajednica svoj sociorehabilitacioni proces nastaviti kroz klub liječenih alkoholičara.

Formiranje KLA predstavlja posljednju kariku u ekološki orijentiranom i sveobuhvatnom tretmanu alkoholizma u JZU Kantonalni Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona Zenica i nadamo se da će rezultati koji će postići opravdati njegovo postojanje o čemu ćemo pisati u narednom broju Biltena.

ALKOHOLIZAM.... DA LI DOVOLJNO ZNAMO?

Adila Softić, dipl.psiholog
Psihoterapeut TA p.s.



*Najprije čovjek počne da uzima piće, zatim piće traži piće, a onda piće uzima čovjeka.
Kineska narodna poslovica*

Od oktobra 2012. godine JZU Zavod za borbu protiv bolesti ovisnosti je dobio novi naziv JZU Zavod za bolesti ovisnosti ZDK. To kao da je bio znak svim osobama koje imaju bilo kakav oblik ovisnosti da dođu i da se liječe u našoj Ustanovi. U sve većem broju dolaze pojedinci sa problemom hemijske ili nehemijske ovisnosti.

Ovo se posebno odnosi na ovisnike o alkoholu, koji su ranije dolazili u Zavod kao sporadični slučajevi, te su najviše tretirani u Centru za mentalno zdravlje Zenica, ili na psihijatrijskom odjelu Kantonalne bolnice Zenica.

Kada govorimo o bolesti alkohola, u Zavodu je na liječenju 85 ovisnika o alkoholu. Pored ove brojke, važno je spomenuti da među ovisnicima o narkoticima na tretmanu ima 27% njih koji piju alkohol.

Alkoholizam je socijalno – medicinski problem koji nastaje zbog zloupotrebe alkoholnih pića u tolikoj mjeri da osoba koja pije zbog toga zapada u zdravstvene i druge probleme, a stvara probleme i u sredini u kojoj živi (prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji).

UZROCI RAZVOJA BOLESTI

Razlozi zbog kojih ljudi piju su različiti i ne možemo govoriti o jedinstvenim uzrocima nastajanjanja alkoholne bolesti. Istraživanja pokazuju da ne postoji ličnost koja je predodređena da postane alkoholičar. Ova bolest nastaje u sudjelovanju tri uzroka: ličnost pojedinca, sredina i alkohol.



Iako postoje podaci da je alkoholizam dva puta češći kod osoba koje su iz porodice alkoholičara, ne može se govoriti o alkoholizmu kao nasljednoj bolesti.

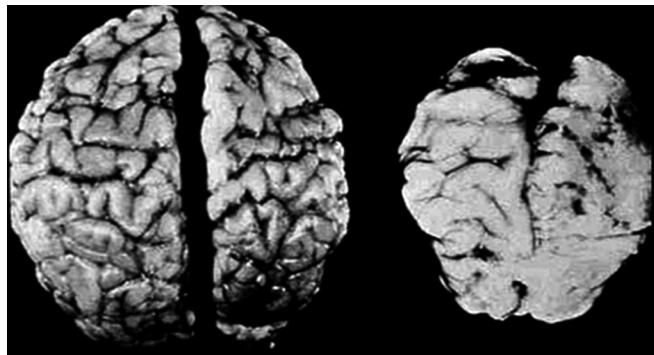
ZAŠTO LJUDI PIJU

Primarni alkoholizam: ljudi počinju piti društveno dozvoljene količine alkohola i piju niz godina, to im postaje sredstvo za smanjenje pritiska i stresa pri obavljanju zadataka, za rješavanje problema anksioznosti, da bi „poboljšali“ cirkulaciju, krvnu sliku, ritual uz obrok, da bi se opustili, jer je to dio kulture.

Sekundarni alkoholizam: jače izražen kod žena, većina njih pije zbog psihičkih teškoća ili poremećaja te se prekomjerna upotreba alkohola javlja na bazi primarne bolesti i uslovljena je struktrom ličnosti. Češće se u ovoj kategoriji pije žestoko piće jer brže djeluje. Pije se u samoći („solo – drinker“). Atmosfera u porodici i razne traume

doprinose razvoju bolesti. Kod žena ova vrsta alkoholizma se zove „ženski alkoholizam“.

Na slici su prikazana dva mozga od dvije tromješčne bebe. Manji mozak sa vidljivo izmijenjenom strukturon je ustanovljen kod bebe čija je mama pila alkohol za vrijeme trudnoće.



TIPOVI ALKOHOLIČARA PO JELINEKU

Poznati američki alkoholog Jelinek je klasificirao alkoholičare u pet grupa u kojima su tipovi alkoholičara označeni početnim slovima grčkog alfabeta.

Alfa – alkoholizam: kontinuirana psihička ovisnost od efekata alkohola koji čovjek pije da bi se oslobođio bola ili ublažio emocionalnu patnju.

Beta – alkoholizam: oblik alkoholizma koji dovodi pretežno do tjelesnih komplikacija kao što su upala perifernih živaca, oboljenja želuca do ciroze jetre. U ovoj grupi su prisutni veliki socijalni problemi.

Gama – alkoholizam: teža vrsta alkoholizma. Povišena tolerancija tkiva na alkohol i adaptacija ćelijskog metabolizma na prisustvo alkohola. Ne mogu se zaustaviti na jednoj čaši.

Delta – alkoholizam: povećana tolerancija na alkohol, upadni simptomi psihičke i fizičke ovisnosti i nesposobnost apstinencije. Može da kontrolira količinu alkohola koji unosi ali ne može da podnese apstinenciju. Mora da bude uvijek pod dozom alkohola.

Epsilon – alkoholizam: radi se o periodičnom opijanju tzv. dipsomanija, opijanje je karakteristično za period vikenda ili praznika.

Prema mišljenju Jelineka, alfa i beta alkoholizam je čest u vinorodnim zemljama, dok u zemljama gdje se piju žestoka pića je češći gama i delta alkoholizam.

SOCIJALNI STATUS ALKOHOLIČARA

Ovisnici o alkoholu uobičajeno nemaju podrške od porodice, svi su digli ruke od njih, izgubili su posao ili su na bolovanju, ili su pred otkaznim statusom, zaduženi su, u društvu su sebi sličnih ovisnika, kreću se po zapuštenim kućama ili ruševinama, kladionicama, ali i mjestima kojih se ne sjećaju.

Alkoholizam predstavlja hronično psihosocijalno i zdravstveno stanje. Sve posljedice ove bolesti vezane za socijalni status su dugotrajne. Nastaje problem za problemom. Prvo se pogoršava zdravstveno stanje osobe koja pije, zatim nastaju finansijski problemi. Na trećem mjestu jeste da okruženje gubi povjerenje u njega, četvrto gubi radno mesto, razvodi se ili rastura brak.

Alkoholičari se karakterno mijenjaju. Dok su ranije bili vrijedni radnici i dobri domaćini u svojim porodicama, oni postepeno gube osjećaj odgovornosti prema radu i porodičnim obavezama. Sve više potajno piju i svu pažnju koncentrišu na to kako da nabve alkohol. Drugovi koji uočavaju njegovovo propadanje, sve češće ga napuštaju. Drugove sa kojima pije i koji žele da dođu, neće da prima njegova žena. Na taj način porodica alkoholičara godinama funkcioniše kao usamljena i okružena šutanjem i obostranim izbjegavanjima. Tolerantnost okoline na opijanje je vrlo visoka. Tako, od unošenja malih doza alkohola do kliničkih i tjelesnih znakova intoksikacije, protekne mnogo dragocjenog vremena. Okolina kasno stupa na scenu svojim sistemom osuda i izolacija. Alkoholizam je nažalost prihvaćen ali i neshvaćen ozbiljno sa svom težinom problema.

PSIHIČKI POREMEĆAJI ALKOHOLIČARA

- **Akutna intoksikacija alkoholom** – ovakva intoksikacija najsnažnije djeluje na centralni nervni sistem što se ogleda kroz depresiju gotovo svih psihičkih funkcija. Javljuju se lažna hrabrost i lažno samopouzdanje. Postoje i oštećenja psihičkih funkcija u sferi nagona i emocija. Slabi pažnja i zapažanje. Alkohol se koristi i kao sredstvo za samoubistvo.
- **Patološko pijano stanje** – manifestuje se kroz ekstremno uzbuđenje do ubilačkih nastojanja. Nastaje i poslije uzimanja malih količina alkohola. Osim zamućenja svijesti dolazi i do psihomotorne uzbuđenosti, jake

emocionalne napetosti do paničnih napada. Na najmanji povod postaje osoba agresivna. Nije isključeno samopovređivanje. Pacijent često zapada u san iz kojeg se budi iscrpljen i ne sjeća se ničega. Svako naredno uzimanje alkohola može ga dovesti u teži duševni poremećaj.

- **Delirijum tremens** (alkoholno ludilo) –česta psihoza kod alkoholičara uslijed prekomjernog opijanja. Simptomi se nekada razvijaju postepeno, tokom nekoliko dana. Strah, nemir, poremećaj sna, halucinacije, grčevi, trzanje. Ako se ovakvo stanje ne prekine medicinskom intervencijom, delirijum tremens počinje dramatično, sa jakim krikom nakon čega nastupa epileptični napad. Dezorganiziran i dezorientiran, grub tremor te intenzivirani svi ranije spomenuti simptomi. Ovakvo stanje može trajati od nekoliko sati do dvije sedmice, najčešće dva do pet dana. Liječenje isključivo bolničko.



- **Korsakovljeva psihoza** – bolest nastaje nakon dugogodišnjeg pijenja, opisao ju je ruski psihijatar Sergej Korsakov. Češće nastaje kod žena. Jedan od glavnih simptoma je poremećaj pamćenja koji se ispoljava kao nesposobnost ponavljanja novoprimaljenih saznanja iako je pažnja očuvana. Ne opažaju taj poremećaj. Pokazuju afektivnu labilnost. Glavni poremećaj nastaje u području inteligencije i emocija. Liječenje obavezno bolničko.
- **Psihoza ljubomore** (paranoja alkoholičara) – žena alkoholičara sve češće postaje objekat optužbi i ljubomore zbog svih muškaraca sa kojima kontaktira. Kako razvoj alkoholne bolesti, prati slabljenje seksualne moći, alkoholičar počinje optuživati ženu zbog navodne preljube. U početku je prisutna sumnjičavost. Vremenom, patološke ideje postaju trajne i ne prolaze ni

kada je trijezan. Na početku bolesti seksualna želja i moć imaju prividan porast. Međutim, vremenom, to postaje samo seksualna želja koja nema mogućnost da se realizira što uslovjava agresivno ponašanje i fizičke obraćune. Sve to može da dovede do pravih okršaja i tuča, a nekad i do ubistva. Ova bolest traje sve dok se ne uspostavi stabilna apstinencija od alkohola. Nekad je potrebno i dugo bolničko liječenje.

KADA OVISNIK O ALKOHOLU DOLAZI NA LIJEĆENJE?

Ovisnik o alkoholu se javlja na liječenje zbog sljedećih razloga:

- zdravstvenog stanja;
- uslovljavanja firme ili
- uslovljavanja porodice;
- uslovljavanje sudskom odlukom.

Na liječenje dolaze uglavnom u poodmaklom stadijumu ovisnosti kada su se razvile različite psihofizičke teškoće i poremećaji – najčešće sa razvijenim sekundarnim alkoholizmom, prema Jelineku dolaze svi tipovi alkoholičara. Gubljenje ranijeg ugleda i zaposlenja dovodi do izrazito moralne i socijalne degradacije oboljelog, te ih se posmatra kao sa nekom vrstom socijalnog žiga.

Nama je važno da je pacijent došao na liječenje. I to je veliki korak. A svaki dan bez alkohola, bez obzira zbog čega i koga nije pio je ogroman uspjeh.

LIJEĆENJE

Liječenje ovisnika o alkoholu u Zavodu započinje sa inicijalnim kliničkim intervjouom i pregledima kod neuropsihijatra. Pri tome se uspostavlja dijagnoza i određuje medikamentozna terapija. Dinamika kontrolnih pregleda je individualno određena za svakog pacijenta. Također, važnost smještaja na hospitalni tretman se određuje u skladu sa psihofizičkim stanjem pacijenta.

Timskim radom dogovaramo multidisciplinarni pristup pacijentu i njegovom problemu kao i saradnju sa porodicom.

U toku liječenja porodična atmosfera se mijenja. Članovi porodice obraćaju veću pažnju na bolesnika. On probleme, koje ranije nije primjećivao sada rješava- brine o porodici i preuzima svoju ulogu u njoj i ostvaruje svoj autoritet u porodici. Prijatelji alkoholičara sa kojima je on dijelio sudbinu poslednjih godina, probaju da ga vrate u svo-

je društvo, i ako ne uspiju, bježe od njega. Stari prijatelji koji su napustili i njega i porodicu zbog njegovog pijenja, spremni su da se vrate.

Međutim, staro drugarstvo se može obnoviti jedino ako apstinencija počne otvoreno da razgovara o svojoj bolesti, o alkoholizmu, i ako se ne ustručava kazati da ne drži alkohol u kući. Time će barijere biti srušene i porodica neće više biti izolovana.

PSIHOTERAPIJA

U liječenju alkoholizma veoma važno mjesto ima psihoterapija. Primjenjuje se individualna i grupna psihoterapija paralelno sa medikamentoznom terapijom. Ovakva terapija je od velike koristi za pacijenta i može se primjenjivati i u ambulantni i u stacionarnom odjelu.

Pri prvom dolasku klijenta na liječenje, započinje zapravo individualna psihoterapija. Izuzetno je važan psihoterapijski odnos između terapeuta i klijenta te formiranje plana tretmana.

Ukoliko se pacijent pridržava jasnog plana tretmana koji je dogovorio sa psihologom, prognoze liječenja su povoljne.

Pacijent treba da prihvati da je 50 % odgovornosti na njemu, što znači da i od njega zavisi uspjeh u liječenju.

Važno je da uz pomoć terapeuta, pacijent stekne uvid zašto mu je važan alkohol, šta mu znači, koja stanja prekriva ili maskira te koje emocije stišava korištenjem alkohola. Postepenim sticanjem uvida u problem i prihvatanjem težine problema, za tok liječenja već možemo reći da je uspješan.

Često smo u situaciji da kažemo da je ogroman korak da je došao da se liječi svaki ovisnik o alkoholu. Važna je njegova lična volja za promjenom a zajedničkim radom dolazimo do konstruktivnih rješenja kao zamjenskih za dotadašnji stil življjenja.

Uz pomoć različitih tehnika i terapijskih metoda, terapeut i pacijent zajedno rade na postizanju psihoterapijskog cilja. Dotadašnju odluku (biti alkoholisan, pijan, bježim ili rješavam problem, nisam važan, nisam sposoban, agresivan znači biti jak...) važno je zamijeniti donošenjem nove odluke koja je zdrava i konstruktivna. Tada je fokus na pronalasku opcija za novi stil življjenja te birati okruženje u kontekstu nove odluke.

Izkustvo profesionalaca u ovoj oblasti je od izuzetnog značaja.

Postepenom stabilizacijom i uspostavom određenog nivoa motivacije za liječenje, pacijentu se može pred-

ložiti učešće u grupama (osnovan Klub liječenih alkoholičara). Grupna psihoterapija je oblik rada sa ovisnicima koja također ima ogroman značaj u liječenju. Izkustva profesionalaca ukazuju na izuzetan uticaj grupnog rada i samih članova grupe na ovisnika o alkoholu. Prvenstveno je važna vještina terapeuta koji vodi grupu. Veliki značaj zapravo je za pacijenta kakvo je njegovo mjesto u grupi, jedan drugom postaju ogledalo i da saznaju kako su viđeni očima drugih, lakše stiče uvid u realnost, prihvata težinu problema, nije jedini sa takvim problemom, nije jedini koji se susreće sa poteškoćama tokom liječenja, grupa pruža moralnu podršku i samopouzdanje.

Paralelno sa psihoterapijskim radom sa ovisnikom, neophodno je raditi sa članovima njegove porodice.

U radu sa ovisnicima može se očekivati pojавa problema oko stanja trezvenosti, potajnog uzimanja alkohola, varanja, ovisnosti, poremećaji u sposobnosti da se kontroliše i sklonost ekting autu pa i može biti upitan uopšte dolazak na tretman.

Uspješno liječenje je moguće samo u socijalnim sredinama za koje je važnija apstinencija alkoholičara od važećih socijalnih normi. To mogu biti socijalne mikrosredine u kojima žive rođaci i prijatelji oboljelog.

KLUB LIJEČENIH ALKOHOLIČARA

Od prije mjesec dana, na inicijativu Zavoda za bolesti ovisnosti, osnovan je Klub liječenih alkoholičara. Članstvo u Klubu je dobrovoljno. Sadržaj rada Kluba je prilagođen svim ljudima koji se u njemu sastaju, a osnovni smisao je stvaranje zajedništva u smislu navikavanja na život bez alkohola. To je i osnovni razlog postojanja ovakvih klubova. Rad kluba se odvija na principu grupne terapije i terapijske zajednice. Sastanci se održavaju uvijek u isto vrijeme i na istom mjestu.

I na kraju ovog članka odgovor na pitanje iz naslova. Ove najosnovnije informacije o alkoholizmu mogu biti dovoljne za upoznavanje suštine bolesti. Dakle, ne možemo baš sve znati, ali možemo nadograditi svoje znanje, u zavisnosti od potrebe pojedinca ali i zbog opće informiranosti i prevencije problema.

Literatura:

- E. Kapetanović – Bunar (1985) *Alkoholizam – život na dva kolosijeka*. Zagreb: Globus
- D. Jongeword and M. James (2010) *Rođeni pobjednik*. Zagreb: Mozaik knjiga

Averzivna terapija alkoholizma u JZU Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko - dobojskog kantona

dr. Samir Kasper,
neuropsihijatar



Averzivna terapija alkoholizma nije terapijska novost pošto se u svijetu koristi već nekliko desetljeća. Lijek disulfiram otkriven je 1947. godine i nedugo nakon toga počeo se koristiti u kliničkoj praksi za održavanje apstinencije kod alkoholičara. Od šezdesetih godina prošlog stoljeća ovaj vid terapije se široko primjenjivao i na prostorima bivše Jugoslavije naročito nakon što se otpočelo sa primjenom principa socijalne psihijatrije i zagrebačke alkohološke škole prof. Hudolina u tretmanu alkoholizma.

To nije lijek u pravom smislu riječi, već sredstvo koje pomaže alkoholičaru, koji je prihvatio apstinenciju kao sastavni dio svog novog načina života, da održava apstinenciju na osnovi straha od neželjenih posljedica ako se uz disulfiram uzima alkohol. Naime, pri unosu alkohola, na već uzeti disulfiram, kod takve se osobe stvaraju neželjeni efekti (učinci), na primjer, pojačano znojenje, osjećaj topline, osjećaj gušenja, pritisak u prsim, povišeni krvni tlak, ubrzani rad srca, glavobolja, mučnina, povraćanje, a u nekim slučajevima može nastupiti i smrt. Treba naglasiti da, kad je riječ o uzimanju disulfirama, svaka osoba samostalno donosi odluku o njegovom uzimanju i ne može ju se prisiliti na to, ili da joj se, bez njenog znanja, on daje na neki drugi način.

No, nema čarobnog ni tako efikasnog lijeka koji će prekinuti pijenje bez odluke svakog pojedinca, koji treba sam odlučiti o prestanku pijenja. Jednako tako, svatko treba čvrsto odlučiti hoće li započeti provoditi kompleksni socioterapijski program lječenja.

U godinama nakon ratnih dešavanja u BiH primat preuzimaju neke nove ovisnosti dok se alkoholizam, iako problem nije bio ništa manji, lagano zaboravlja. Ovome je dijelom doprinijelo i gašenje nekad velikih bolničkih kapaciteta za tretman alkoholizma zbog reforme sustava zaštite mentalnog zdravlja budući da je u novonastalim uvjetima bilo neracionalno, neučinkovito a i financijski neodrživo na ovaj način tretirati alkoholizam.

Ukratko poslijeratni period u BiH karakterizira nedostatak zdravstvenih kapaciteta, napose stacionarnih, a terapijske procedure su se svodile najčešće na tretman komplikacija alkoholne bolesti, tretman akutnih stanja, dok se alkoholnom ovisnošću kao bolesti sui generis nije bavio skoro nitko.

JZU Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona Zenica kao primarno adiktologiski centar nije

bio iznimka od ovog pravila. Ipak nakon provedenih epidemioloških istraživanja ovaj problem se nije mogao dalje ignorirati, te je u našoj zdravstvenoj instituciji otpočet i ambulantni i stacionarni tretman alkoholizma uz pokušaj da se implementiraju sve dobre strane nekadašnjeg sustava, a ujedno i da se primijene dostignuća suvremene alkohologije.

Uz primjenu psiho i socioterapijskih procedura, primjenu opijatnih antagonistika, važan segment tretmana alkoholizma u našoj zdravstvenoj ustanovi predstavlja i primjena disulfirama. Da bi ova terapijska procedura imala smisla tj. da bi se maksimalizirao koristan učinak, a potencijalni rizici sveli na minimum, vrši se stroga selekcija pacijenata koji će se tretirati na ovaj način.

Aplikaciji disulfirama prethodi detaljna dijagnostička obrada pacijenta kako bi se isključile eventualne kontraindikacije za ovaj vid tretmana te farmakoterapijske, psiho i socioterapijske procedure kojima se stabilizira stanje pacijenta. Odluku o uključenju u ovaj vid tretmana donosi pacijent potpuno dobrovoljno bez ikakve prisile, a nakon toga se potpisuje informirani pristanak za provođenje terapije disulfirarama kojeg potpisuju pacijent, suradnik u lječenju i terapeut. Iako ne postoje nikakve prepreke za sada se iz sigurnosnih razloga terapija disulfiraram otponjene na bolničkom odjeljenju.

Do sada nismo imali značajnih komplikacija u terapiji disulfiraram. Kod najvećeg broja pacijenata postignuta je kvalitetna remisija uz bitno poboljšanje socijalnog funkcioniranja. Vjerojatno je tomu razlog i adekvatna selekcija pacijenata za ovaj vid tretmana. Prije 3 mjeseca u našoj zdravstvenoj po prvi put u BiH je izvršena aplikacija i depo preparata disulfirama.

Svjesni smo da je alkoholizam složena, prvenstveno socijalna bolest i da je za postizanje adekvatnog terapijskog odgovora potrebno primijeniti širok dijapazon procedura kojima valja tretirati oboljelog, a ponekad i njegovo bliže i dalje socijalno okruženje. Stoga ni averzivna terapija alkoholizma, iako značajna i važna, nije i svemoguća i zahtijeva adekvatan rad na sebi i motiviranost pacijenta za očuvanje apstinencije.

Struktura pacijenata na supstitucionoj terapiji 2014. godine

**Prim. dr sci. med. Jasmin Softić,
neuropsihijatar,
direktor Zavoda za bolesti ovisnosti**



Na kraju godine dajemo strukturu pacijenata prema novom protokolu koji se koristi standardno u Evropskoj uniji, TDI.

Pokazatelj potreba za liječenjem (Treatment demand indicator (TDI)) evropski je upitnik kojim se prikupljaju osnovne informacije o broju i profilu ljudi koji ulaze u proces liječenja svake godine. Ove informacije su tako usklađene i uporedive za sve države članice.

Evropski centar za praćenje droga i zavisnosti od droga (EMCDDA) osnovan je 1994. godine u Lisabonu, prikuplja i analizira podatke i tako pomaže da se ovaj problem rješava, odnosno da se za svaku promjenu nađe odgovarajući odgovor i tretman.

Od 1991. godine postoji upitnik Pompidu grupe koji je u izmijenjenom obliku prihvaćen i u BiH zadnjih godina. Upitnik TDI je jednostavniji za upotrebu i rutinski se koristi od 2001. godine u Evropi kao jedan od pet ključnih epidemioloških indikatora. (Ostali su: korištenje droga u općoj populaciji, visokorizično korištenje droga, smrti povezane sa drogama i infektivne bolesti povezane sa drogama.)

Prema novom protokolu koji se koristi standardno u Evropskoj uniji, **TDI, verzija 3**, uradili smo anketiranje **251** pacijenta. Napominjemo da se informacije koje pacijenti daju u vezi sa uzimanjem droge odnose na vrijeme početka liječenja.

Prema mjestu liječenja 210 pacijenata je iz vanbolničkog centra za liječenje odnosno Ambulante Zavoda (83,67%), 18 pacijenata je iz stacionarnog dijela Zavoda (7,17%) a 23 pacijenta je iz zatvora (9,16%).

1. Većina pacijenata, njih 228 (90,84%) ranije je liječeno od ovisnosti, samo njih 23 (9,16%) nikad prije nisu liječeni.
2. Pacijenti dolaze samoinicijativno ili ih upućuju članovi porodice i prijatelji (86,45%), ljekari opće prakse upućuju pacijenta u 4,38%, drugi centar za liječenje ili zdravstvena ustanova u 7,59% slučajeva.
3. Prema spolu najviše je muškaraca, 91,63%.
4. Na liječenje dolaze sa punih 27 godina.
5. Naši pacijenti žive sa roditeljima u 56,57% slučajeva, sami su u 18,33% a sa partnerom u 15,14%.
6. Djecu ima 39% pacijenata; sa svojom djecom živi tek svaki drugi pacijent (53%).
7. Stabilan smještaj ima 86,45% pacijenata, u pritvoru je 9,16%, a samo 4,38% njih ima nestabilan smještaj ili su beskućnici.
8. Nezaposlenost je veća nego u općoj populaciji, 63,35% pacijenata nije zaposleno, povremeno zaposlenje ima 15,54%, a redovno zaposlenje ima 15,94% pacijenata. Tu je i 4,78% pacijenata koji imaju penziju ili prima stalnu socijalnu pomoć.
9. Većina ima završenu srednju školu (74,5%), samo osnovnu 21,51%, bez završene osnovne škole je 1,59%, a visoko obrazovanje ima 2,39% pacijenata.
10. Heroin je osnovna droga za 91,24% pacijenata, drugi opioidi 3,19% (tramadol), amfetamini 1,2%, benzodiazepini 1,2%, marihuana 2%.
11. Više od polovine pacijenata ubrizgava drogu intravenozno (54,98%), puši ili udiše drogu njih 7,97%, ušmrkava 31,87%.
12. Osnovnu drogu svakodnevno uzima 97,61% pacijenata.
13. Pacijenti su svoju osnovnu drogu počeli uzimati sa 20 godina.
14. Dodatne droge su najčešće stimulansi (45,45%), kanabis (31,4%), kokain (16,53%), hipnotici (2,89%), LSD 2,07%.
15. Više droga odjednom uzima 62,55% pacijenata.
16. Samo 7,17% anketiranih pacijenata nikad nije bilo na opijatskoj supstitucionoj terapiji.
17. Supstitucionu terapiju u prosjeku su započeli u svojoj 28-oj godini.
18. Drogu je ubrizgavalo intravenozno 70% ovisnika, među njima je samo njih 13,14% ubrizgavalo u zadnjih mjesec dana.
19. Intravenozno korištenje droge počinje sa nepunih 22 godine.
20. Na HIV je testirano 89,16% pacijenata. (Nemamo pozitivnih na HIV.)
21. Na hepatitis C testirano je 90,8% pacijenata. (Pozitivno je 36% pacijenata na supstitucionoj terapiji.)
22. Iglu ili špric dijelilo je 54% pacijenata, od tog broja 91,49% njih navodi da su dijelili prije više od godinu dana.

Provjera zadovoljstva pacijenata

Mr.sc.Sedin Habibović, dipl.psiholog

Prim.dr.sci.med Jasmin Softić, mr.sc.Meliha Brdarević, dr.med. Samir Kasper, Sanel Hamzić



Cilj istraživanja je ispitati kako pacijenti doživljavaju osoblje JZU Zavoda za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona kako bi se dobijeni rezultati koristili za unaprijeđenje rada Ustanove. Istraživanje se može dovesti i u vezu sa budućim procesom akreditiranja centara/zavoda za bolesti ovisnosti. U istraživanju je sudjelovao 81 opijatski ovisnik na liječenju u ambulantni i/ili detoksu. Istraživanje je koncipirano kao empirijsko neeksperimentalno istraživanje. U radu se koriste: SERQUAL skala za zdravstvene servise. Rezultati sugeriraju da pacijenti pozitivno procjenjuju rad Zavoda.

Ključne riječi: opijatska ovisnost, zadovoljstvo pacijenata, evaluacija

UVOD

JZU Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona pruža mogućnost pacijentima da daju povratnu informaciju o uslugama koje dobijaju. Od 2012. godine u hodniku Zavoda, na vidnom mjestu, se nalazi tzv. sanduče za primjedbe i pohvale pacijenata. Formirana je i Komisija za prigovore pacijenata čiji je zadatak analizirati pristigne kritike i pohvale, te ponuditi mjere za oticanjanje nedostataka i unaprijeđenje rada (Zavod, 2012). Tokom 2014. godine dizajniran je program pod nazivom *Istraživanje zadovoljstva pacijenata uslugama Zavoda* (Zavod, 2014). Njime je predviđeno da se jednom godišnje provodi anketiranje svih pacijenata anketnim upitnikom, na bazi dobrovoljnosti i anonimnosti. Prikupljanje upitnika će trajati jedan mjesec, a pacijenti će popunjene upitnike moći ubaciti u zatvorenu kutiju. Ista će se poslije komisijski otvoriti, a rezultati analizirati.

Poboljšanje kvaliteta usluga u zdravstvu je i zakonski definisano kroz Zakon o sistemu poboljšanja kvaliteta, sigurnosti i o akreditaciji u zdravstvu (Službene novine FBiH, 2005). Zakonom je predviđeno formiranje Agencije za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu u Federaciji Bosne i Hercegovine. Agencija je svojim aktima propisala niz procedura, a neke od njih su *Metodi poboljšanja kvaliteta, Indikatori izvršenja, Mjerenje iskustva i zadovoljstva pacijenata, Sistem žalbi*, itd. Iako se trenutno ne provode procedure akreditacije centara/zavoda za ovisnosti JZU Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona je pokrenuo niz aktivnosti na uspostavi standarda kvalitete. Jedan od njih je i mjerenje zadovoljstva pacijenata uslugama Zavoda.

METODE ISTRAŽIVANJA I REZULTATI

Istraživanje je koncipirano kao empirijsko neeksperimentalno terensko istraživanje transverzalnog tipa.

UZORAK ISPITANIKA

Istraživanjem je obuhvaćen 81 ispitanik od čega je 69 na tretmanu u ambulantama a 12 ispitanika je anketirano u Detoks odjeljenju. U ukupnom uzorku 7 je ženskih ispitanica (8,6%) i 69 muških ispitanika (85,2%), dok se 5 ispitanika nije izjasnilo o spolu (6,2%). Prosječna starost ispitanika u uzorku je 35,43 godine. Prema mjestu stanovanja uzorkom je obuhvaćeno 11 općina.

INSTRUMENTI

Za potrebe istraživanja korišteni su sljedeći instrumenti
a) *Upitnik SERQUAL*

Za procjenu zadovoljstva pacijenata korišten je SERQUAL upitnik za zdravstvene servise (Babakus and Mangold, 1992). Sadrži 15 čestica. Sastoje se od pet subskala: opipljivost (3 čestice), pouzdanost (3 čestice), odgovornost (3 čestice), povjerenje (4 čestice) i empatija (2 čestice). Također će se koristiti i kao opća mjera zadovoljstva. Originalna primjena upitnika vezana je za dvokratno anketiranje: tokom prvog anketiranja procjenjuje se očekivanje pacijenata od usluga, a tokom drugog anketiranja utvrđi se kakva je stvarna percepcija usluga. Potom se utvrđi razlika između prvog i drugog mjerenja. U ovom istraživanju smo mjerili isključivo stvarnu percepciju zadovoljstva uslugama. Upitnik je već korišten u Bosni i Hercegovini (Huseinspahić, 2011).

Alternative odgovora na skali Likertovog tipa od pet stepena su: ne slažem se, uglavnom se ne slažem, kako kada, uglavnom se slažem, u potpunosti se slažem. Sve čestice su orientirane u pozitivnom smjeru. Veći skor na skali označava veće zadovoljstvo uslugama Zavoda.

b) *Sociodemografski podaci*

Za potrebe istraživanja ponuđeno je pet čestica: spol, godište, mjesto stanovanja, vrsta terapije (aktivan na terapiji ili je završio sa terapijom) i uloga u procesu liječenja (pacijent ili saradnik).

c) *Prijedlozi*

Ispitanicima su ponuđena dva pitanja otvorenog tipa: kritike i pohvale.

POSTUPAK

Istraživanje je provedeno na osam lokacija: sedam ambulanti Zavoda (Zenica, Tešanj, Dobojski Brod, Maglaj, Kakanj, Breza i Visoko) i na bolničkom odjelu Zavoda (Detoks odjeljenju). Istraživanje je provedeno u julu i avgustu 2014. godine. Svi ispitanici su dobrovoljno učestvovali u istraživanju. Ispitanicima je data uputa da se radi o anonimnom istraživanju. Ispitanicima je ponuđen anketni upitnik kojeg su, nakon popunjavanja, ubacivali u kutiju za upitnike. Kutija je bila zatvorena te su ispitanici dobili potvrdu da se radi o anonimnom istraživanju. Prosječno je bilo potrebno 5 minuta za popunjavanje upitnika.

Za obradu podataka je korišten statistički paket SPSS 16.0. U obradi podataka korištene su mjere deskriptivne statistike i hi-kvadrat test.

REZULTATI

U radu prvo dajemo deskriptivne pokazatelje, a potom i parametrijske i neparametrijske obrade podataka.

Deskriptivna statistika

U radu smo prvo deskriptivno pogledali ukupne rezultate na subskalama i općem zadovoljstvu pacijenata a rezultati su prikazani u tabeli 1:

Tabela br. 1. Aritmetičke sredine, standardne devijacije, minimum i maksimum na skali i subskalama u odnosu na ukupan uzorak

		Opipljivost	Pouzdanost	Odgovornost	Povjerenje	Empatija	Opće zadovoljstvo uslugama
N	Odgovoreno	73	75	73	76	79	63
	Nije odgovoreno	8	6	8	5	2	18
	AS	13.74	13.96	14.05	17.62	9.15	69.27
	SD	1.59885	1.72768	1.35288	2.76631	1.41502	6.26101
	Minimum	8	8	10	7	3	45
	Maksimum	15	15	15	20	10	75

Subskale imaju sljedeća značenja: *opipljivost* se odnosi na fizičku dimenziju usluge, *pouzdanost* na konzistentnost kvaliteta usluge, *odgovornost* na spremnost zaposlenika da u pojedinom trenutku pruži uslugu, *povjerenje* podrazumijeva znanja, ljubaznost te sposobnost profesionalaca da ulijevaju povjerenje i pouzdanje, a *susretljivost ili empatičnost* se odnosi na brižnost i individualiziran odnos prema klijentu (Lassar, Manolis i Winsor, 2000, prema Safakli, 2007).

Iz tabele 1. uočavamo da su aritmetičke sredine dobijenih subskala i kompletne skale visoke i neznatno ispod maksimuma (naprimjer, *odgovornost* iznosi 13,96 od mogućih 15 bodova).

Analiza pojedinih čestica je prikazana u tabeli 2.

Tabela br. 2. Aritmetičke sredine, standardne devijacije, minimum i maksimum čestica

	N	Min	Max	AS	SD
Zavod ima opremu (testovi, instrumenti i sl.) prilagođenu vremenu u kojem živimo	80	1	5	4.40	.908
Interijer u Zavodu je vizuelno privlačan	81	1	5	4.35	.839
Zaposlenici u Zavodu izgledaju uredno	74	3	5	4.88	.368
Zavod pruža svoje usluge u vrijeme kako je to i predviđeno radnim vremenom	80	2	5	4.61	.834
Kada pacijent ima neki problem, uposlenici Zavoda pokazuju saosjećanje i ohrabruju pacijenta	79	3	5	4.63	.644
Usluge Zavoda su besplatne	78	1	5	4.64	.897
Upozlenici Zavoda kažu pacijentima kada će im neka usluga biti pružena	75	3	5	4.72	.508
Realno je očekivati da će upozlenici Zavoda pružiti brzu uslugu pacijentima	80	2	5	4.53	.656
Upozlenici Zavoda su uvijek spremni da pomognu pacijentu	77	3	5	4.75	.517
Pacijenti osjećaju da je komunikacija sa upozlenicima Zavoda povjerljiva	78	1	5	4.49	.990
Upozlenici Zavoda imaju dovoljno znanja	80	2	5	4.51	.693
Upozlenici Zavoda su susretljivi	78	2	5	4.58	.748
Upozlenici Zavoda imaju dovoljnu podršku od strane institucija kantona kako bi dobro obavljali posao	77	1	5	4.06	1.151
Upozlenici Zavoda posvećuju pažnju pacijentu kao osobi	80	2	5	4.68	.652
Zavod ima stalno u fokusu ono što je najbolje za pacijenta	80	1	5	4.49	.886

Iz tabele se uočava kako se na svakoj čestici Zavod percipira na maksimalnom rangu, tj. između 4 i 5, što je visoka percepcija kvalitete usluga u Zavodu.

POVEZANOST ZADOVOLJSTVA PACIJENATA I STAROSTI

Ispitivali smo da li postoji povezanost između starosti i procjene zadovoljstva uslugama, a rezultati su prikazani u tabeli 3:

Tabela br. 3. Povezanost varijabli zadovoljstva pacijenata i starosti

		Opće zadovoljstvo uslugama	Opipljivost	Pouzdanost	Odgovornost	Povjerenje	Empatija
starost	Pearson Correlation	-.179	-.114	.038	-.103	-.235*	.022
	Sig. (2-tailed)	.172	.347	.754	.401	.049	.854
	N	60	70	70	69	71	74

Rezultati pokazuju da postoji povezanost između *povjerenja i starosti* ali je korelacija negativnog predznaka. Mlađi pacijenti imaju veće povjerenje u prema osoblju Zavoda. Podatak nije iznenađujući s obzirom da stariji pacijenti imaju veće zahtjeve prema Zavodu (traže veće povlastice, ne žele se često testirati i sl.). Ipak, stvarni nivo dobijene korelacije je nizak (0,235). Ostale korelacije su niske i neznačajne s tim da su još i *opipljivost, odgovornost i opće zadovoljstvo* u negativnoj korelaciji u odnosu na starost.

RAZLIKE U ZADOVOLJSTVU PACIJENATA U ODNOSU NA ODJELJENJE GDJE SE LIJEĆE

Također smo željeli utvrditi da li se nivo zadovoljstva pacijenata razlikuje u odnosu na odjeljenje u kojem se liječe, te smo pomoću Man-Vitnijevog U testa ispitali te razlike. Ovaj test smo primijenili zato što je u detoks jedinici bio mali uzorak (10 pacijenata je dalo potpuni odgovor). Rezultati su prikazani u tabeli 4 iz koje vidimo da nema statistički značajne razlike na varijablama u odnosu na odjeljenje gdje se liječe. Dakle podjednako percipiraju usluge Zavoda.

Tabela br. 4. Man-Vitnijev U test u odnosu na odjeljenje u kojem se pacijenti liječe

	Opće zadovoljstvo uslugama	Opipljivost	Pouzdanost	Odgovornost	Empatija	Povjerenje
Mann-Whitney U	221.500	256.000	348.500	324.500	399.500	251.500
Wilcoxon W	276.500	311.000	2364.500	2215.500	477.500	329.500
Z	-.828	-.998	-.483	-.676	-.039	-1.939
Asymp. Sig. (2-tailed)	.408	.318	.629	.499	.969	.053

RAZLIKE U ZADOVOLJSTVU PACIJENATA U ODNOSU NA SPOL

Isto tako smo ispitivali i da li postoje razlike u percepciji usluga u odnosu na spol a kao i u prethodnom primjeru podatke smo analizirali uz pomoć Man-Vitnijev U testa, a rezultati su prikazani u tabeli 5 iz koje se uočava da nema značajnih razlika, tj. muški i ženski pacijenti podjednako percipiraju kvalitet usluga u Zavodu.

Tabela br. 5. Man-Vitnijev U test u odnosu na spol pacijenata

	Opće zadovoljstvo uslugama	Opipljivost	Pouzdanost	Odgovornost	Empatija	Povjerenje
Mann-Whitney U	114.500	194.500	129.500	186.000	172.500	219.000
Wilcoxon W	129.500	222.500	150.500	2202.000	200.500	247.000
Z	-.565	-.473	-.1486	-.070	-.1307	-.099
Asymp. Sig. (2-tailed)	.572	.636	.137	.944	.191	.921

U anketnom upitniku je ponuđena mogućnost pacijentima da upiše pohvale i kritike. Šest pacijenata je dalo kritike a 34 pohvale. Od kritika izdvajamo dvije: "više povlastica", "hrana bi mogla biti bolja i raznolika, iako je dobra". Od pohvala izdvajamo, također, dvije: "Padnemo na dno-vi nešto brzo smislite (rješenje)", "Da nije ove ustanove mnogi bi ili bili mrtvi ili u zatvoru".

ZAKLJUČNA RAZMATRANJA

Istraživanje koje smo proveli za stručni tim Zavoda predstavlja polaznu tačku u postupcima unapređenja rada. Istraživanje je provedeno poštujući principe objektivnosti i anonimnosti. Iako su dobijene visoke ocjene na varijablama zadovoljstva potrebno je nastaviti sa unapređenjem kvaliteta usluga. Istraživanje je pokazalo da pacijenti imaju pozitivnu percepiju Zavoda neovisno o spolu ili mjestu liječenja. U daljem radu ćemo analizirati kritike i pohvale i zaključke uključiti u rad Zavoda. Isto tako se u SERVQUAL metodologiji pitanje fizičkih dimenzija usluge uključuju u evaluaciju a Zavod je svjestan tih nedostaka: potrebe za proširenjem kapaciteta Detoks odjeljenja (u toku su radovi na proširenju kapaciteta) kao i nemoćućnosti savjetodavnog i rehabilitacionog rada (Zavod trenutno nema prostorije za grupne oblike rada u Savjetovalištu, za predavanja, nema kapacitete za radno-okupacionu terapiju, kao i za brojne druge planirane aktivnosti). U tom smislu zapažanja pacijenata predstavljaju vrijedne informacije i utjecati će na naredne planove stručnog tima.

Prikaz slučaja

**Mr. sc. med. dr. Hassan Awad, neuropsihijatar
šef Odjeljenja za ambulantni tretman**



Pacijent K.A. ima 44 godine i ovisnik je o opijatima preko 20 godina. Na metadonu je skoro 20 godina. Prvo se počeo liječiti u Centru za mentalno zdravlje Zenica sve do 2006. godine kad je došao kod nas u Zavod. Sva testiranja na opijate obavljena kod nas su negativna osim dva pozitivna nalaza u 2009. godini.

Godine 2011. testiranja na amfetamine su pokazala više pozitivnih nego negativnih nalaza dok se 2014. godine stanje pogoršalo pa su sva testiranja bila pozitivna. Tokom liječenja u Zavodu njegova doza je bila 100 mg metadona, sve do kraja 2013. kad je povećana na 120 mg, ali zbog rezultata testiranja na amfetamine povećana je tako da je u julu 2014. dostigla 135 mg.

Tokom 2014. sa pacijentom se vodi psihoterapijski tretman zbog dodatne konzumacije amfetamina. Uključeni su u liječenje antidepresivi i sedativi (Paroksetin 20 mg i Apaurin 5 mg 2x1). Do sada se ovakva terapija pokazala uspješnom, jer su svi testovi na amfetamine od juna mjeseca 2014. negativni.

Pacijent prema Pravilniku Zavoda ima pravo na veliku povlasticu (pravo na nju imaju svi pacijenti koji su više od 5 godina na tretmanu i imaju screening testove na opijate negativne više od godinu dana) ali je nije koristio sve do 14.7.2014. kad je počeo uzimati terapiju jednom sedmično (do tad je koristio vikend povlasticu).

31.8.2014. godine (nedjelja je) pacijent u 19 sati dolazi na detoks, priča nejasno, ne zna se šta hoće. Tehničar je razumio da je pacijent popio dvije doze odjednom koje je dobio, s obzirom da ima povlasticu. Kontaktira se dežurni doktor koji ga upućuje odmah na urgentni blok. Doktor koji radi na Urgentnoj prenosi sliku pacijenta da je svjestan, orijentisan, samostalno pokretan, kardiopulmonalno kompenzovan i pita šta dalje da radi sa pacijentom. Konsultuje se sa našim doktorom koji savjetuje da otpusti pacijenta i da dode sutradan na kontrolu u ambulantu. Nakon sat vremena to jeste u 20 sati dolazi pacijent ponovo na detoks, ulazi u ambulantu tako da ga tehničar nije mogao zaustaviti i počinje nešto tražiti. Izgledao je zbnjeno i tražio je doktora. Doktor je brzo stigao na odjel. Prvo je smirio pacijenta, zatim ga pregledao i zaključio da su kod pacijenta jako izraženi simptomi apstinencijalne krize. Nakon dobro uzete anamneze ispostavlja se da je pacijent 48 sati bez metadona, jer je htio na svoju ruku da napravi transfer (da se prebací) sa metadona na suboxon. Isti dan je uzeo 8 mg suboxona. Ovo je izazvalo jaku apstinencijalnu krizu, jer suboxon je parcijalni opijatski agonist i ima u sastavu naloxon koji je opijatski blokator.

Metadon je visoko toksičan za svakoga ko nema toleranciju na opoide; 50 do 100 mg može ugroziti život osobama koje nemaju toleranciju, a 10 mg može dovesti do teškog trovanja i može biti fatalno kod djece. Terapijska doza metadona je između 60-120 mg što je u prosjeku 80 mg dnevno. Najveća terapijska doza zabilježena u USA je oko 200 mg na dan. Najveća doza metadona za koju smo čuli da su je

pacijenti na Zapadu koristili kao zloupotreba je oko 350-400 mg.

Ono što je bilo šokantno doktoru i nije mogao vjerovati je da je pacijent izjavio da je trošio preko 900 mg metadona dnevno. U našem slučaju pacijent je zvanično imao 135 mg metadona dnevno.

Nakon što je konstatovano da je u pitanju apstinencijalna kriza zbog toga što pacijent nije konzumirao metadon 48 sati, ali je već uzeo 8 mg metadona, također test na benzodijazepine je bio pozitivan i nismo sigurni koliko je pacijent uzeo metadona, doktor je odlučio da opservira pacijenta na detoksu. Postepeno je aplicirao metadon tako da je dao 70 mg i čekao 60 min. I dalje su bili prisutni simptomi apstinencijalne krize, dodao je još 40 mg i čekao još sat vremena ali se pacijent i dalje žalio i dalje su bili prisutni simptomi krize. Doktor je koristio sugestiju kao placebo efekat i dodao još 20 mg. Pacijent sve vrijeme nije bio upoznat sa dozom metadona koju dobija i njemu je sugerisano da dobija mnogo veću dozu nego što jeste. Nakon dva i po sata pacijent je bio bolje, bez simptoma apastinencijalne krize i bez tegoba i otpušten je kući, s tim da se javi sutradan doktoru u ambulantu za metadon. Sutradan ljekarska komisija odlučuje da hitno primi pacijenta na detoks radi stabilizacije općeg stanja, uspostavljanja i apliciranja odgovarajuće doze. Tamo je tretiran na sljedeći način: ujutro je dobio 130 mg metadona nekoliko sati kasnije dobija još 50 mg, popodne ga je doktor opet pregledao i konstatovao da pacijent ima simptome krize i da aplicirana doza još uvjek nije dovoljna pa ordinira još 50 mg uz aplikaciju Apaurina od 5 mg, vitamine i 10 mg Sanvala za spavanje. Ukupna doza metadona na detoksu prvi dan je bila 235 mg+5mg Apaurina + 10mg Sanvala. Sutradan dežurni tehničar izvještava da je pacijent cijelu noć bio pod krizom i nije zaspao ni minut. Rano ujutro dobija 170 mg metadona i 50 mg Eglonila (blagi neuroleptik) tri puta na dan. Tehničar je cijeli dan pratilo vitalno stanje pacijenta i popunjavao listu praćenja pa se na osnovu toga konstatovalo da je i dalje u krizi pa dobija poslijepodne dodatnih 130 mg. Drugu noć pacijent je djelimično spavao što znači da doza metadona nije dovoljna. Treći dan se aplicira 250 mg metadona odjednom pored Eglonila i Apaurina kako je i propisano. U prijepodnevnim satima pacijent je bio prilično miran i zadovoljan. Poslijepodne ponovo uznemiren sa simptomima krize. To navodi dežurnog doktora da aplicira dodatnih 50 mg metadona. Pacijent je na ovoj dozi (300 mg) metadona proveo još 10 dana u bolnici uz dodatnu faramakoterapiju, već spomenuto, psihosocijalni tretman i druge oblike terapije nefarmakološkog tipa (art terapija, muzikoterapija i sl.). 11. dan nakon stabilizacije pristupa se postepenoj redukciji doze metadona i pacijent se 22. dana otpušta na 250 mg metadona dnevno.

Prezentiramo ovaj slučaj jer do sada nije zabilježena, na teritoriji BiH, terapijska dnevna doza metadona od 300mg. Do sada je najveća zabilježena doza bila 175 mg i to kod pacijenta koji je došao iz inostranstva.

TEHNIKE ZA "RAD NA SEBI"

**Adila Softić, dipl.psiholog
Psihoterapeut TA p.s.**



TEHNIKA "BUTTERFLY" (LEPTIR)

Ova metoda koristi se umirivanje djece i odraslih, za smanjenje stresa i napetosti, straha i slično. Međutim, može se koristiti i za jačanje ugodnih osjećaja kao što su npr. još veće samopouzdanje, samopoštovanje, stabilnost, mirnoća i slično.

Možete je koristiti u različitim situacijama:

Kad se uz nemirite, kad ste pod stresom, prije nekog javnog nastupa, prije nekog događaja, pri uspavljanju, prije ulaska u ordinaciju kod ljekara, zubara...

U zavisnosti od situacije, prilagodite način primjene.

1. Legnite ili udobno se smjestite na stolici ili fotelji ili samo mirno stojite. Zatvorite oči i uživite se u događaj koji vas je uz nemirio ili stvorio neugodu. Doživite ga što je intenzivnije moguće - zapazite slike, zvukove, osjećaje, osjete u tijelu koji se javljaju dok mislite na tu situaciju. Želite li ojačati ugodan osjećaj, na isti se način uživite se u njega.
2. Prekrizite podlaktice na prsima tako da vrhovima prstiju dodirujete rame - lijevom rukom desno rame, desnom rukom lijevo rame. Dlanovima ili prstima laganim naizmjenično tapkajte po ramenima tako da u 1 sekundi dodirnete jedno i drugo rame.

Provodite vježbu oko 2-5 minuta.

Ova vježba funkcioniše po principu naizmjenične stimulacije desne i lijeve moždane hemisfere.

Stimulacija se provodi tapkanjem prstima po ramenima ili koljenima a i puštanjem lagane muzike.

TEHNIKA "SANJARENJA" ZA OPUŠTANJE I STVARANJE UGODNE ATMOSFERE

Ova tehnika je izuzetno neupadljiva, vrlo lako se koristi i po tome se razlikuje od drugih. Možete je primijeniti u svakom trenutku, pa čak i dok razgovarate s nekim.

1. širom otvorite oči
2. pogledajte lagano u daljinu i pri tome ne gledajte fokusirano.

Utvrđit ćete kako pogledom možete obuhvatiti vrlo široki radius i bez pomicanja očiju moći ćete gledati lijevo i desno obuhvatajući vrlo široko područje. I vaši sagovornici nesvesno reagiraju vrlo pozitivno na ovakav način gledanja. Sagovornika gledajte opuštenim pogledom i opazite periferni prostor koji ga okružuje. Vaš će sagovornik takav pogled doživjeti prijateljskim i toplim. Eksperimentima je dokazano da ukočeni pogled pun stresa može kod sagovornika izazvati osjećaj napetosti pa čak i osjećaj straha. Opušteni pogled pomaže da se uspostavi ugodna atmosfera za komunikaciju.

Opušteni i živahan pogled istovremeno razbuđuje, opušta, proširuje radius opažanja i za vas otvara nove mogućnosti za savladavanje stresa. Automatski djeluje oslobađajuće i opuštajuće. Ciljana vježba pokretima očiju idealna je i za mentalno osvježenje u pauzi za pisaćim stolom ili na radnom mjestu.

Ukoliko je pogled „otvoren“, misli, osjećaji i riječi ponovno mogu optimalno teći.

Iz pera pacijenata

Ovaj put u *Biltenu* imamo i tri pjesme dva pacijenta.

BIJELI OBZORI

PEJZAŽI BIJELE NOĆI,
ISCRTANI NA OKNIMA SOBE
ZA NEDERIGIRANO
ODUMIRANJE.
ISKRIČAVI PERIFERNI OBZORI
OSVJETLJAVAJU TOKOVE OVE
NOĆI,
U ČIJEM VRTU JE ISKLJAO
BLJEŠTEĆI MRAK.
UZ LIJEHE TATULE,
I ŽENSKE MANDRAGORE.
GLEDAJ!
GLEDAJ TAJ PLAM.
TO BUKTI MRAK. NI MAK
VIŠE UTJEHA NIJE.
...TIK-TAK..TIK-TAK...TIK-TAK...
TO VRIJEME TUĐE JE.
SAMA SI. I GOLA SI. GLEDAŠ
KAKO GORE GOLI HORIZONTI.
A VANISKI VEOMA POPLAVNO.
POKISLI SMO. MOKRI.
ZBUNJENI.
VAN OPRAVDANJA,
VAN SEBE I SMISLA.
NIJEMI, SAMI, KISNEMO,
NEPRILAGOĐENOSTIMA
SVOJIM
NA STARANJE PREDANI.
METAPRETERIT ZAGROBNE
NOĆI.
GLUHONOĆNO
VUKODLAČENJE,
TRENI USPUTNOG NEUMLJA
RASTAČU ME KROZ SRSE
TJELESNOSTI.
TO SU CRVENI MRAVI KRVI.
STUD.
TAMA.
OSAMA.
ČOVJEK,
I NAUMLJE ŽIVOTA.
STRAH, MOĆAN I TEĆAN.
PEĆINA PRA-PRAZNINE.
LIMB.
ZGUSNUTOST VREMENA.
TIK-TAKANJE UŽASA
ČINI SE, VEĆ I KRV POČINJE DA
BOLI. (K.A)

CENTAR ZA REHABILITACIJU OVISNIKA O PSIHOAKTIVnim SUPSTANCAMA SMOLUĆA

Centar je socijalna ustanova otvorenog tipa sa osnovnim zadatkom pružanja pomoći licima koja su ovisna o psihoaktivnim supstancama. Život mlađih ljudi prilagođava se njihovim interesima ali prema utvrđenim pravilima, redu i organizaciji. Centar pruža mirnu i zdravu atmosferu za mlade ljude da pronađu i razviju poštovanje i smisao za život. Osnovni cilj Centra je potpuna rehabilitacija ovisnika o psihoaktivnim supstancama koja podrazumijeva usvajanje društvenih vrijednosti i formiranje zdrave ličnosti te resocijalizaciju i njihovo uključivanje u redovne društvene (životne) tokove. Centar za rehabilitaciju ovisnika je 24.08.2004. godine osnovao Sabor Islamske zajednice u Bosni i Hercegovini. Od 2013. godine Vlada Tuzlanskog kantona je preuzeila dio suosnivačkih prava i obaveza i time je Centar stekao status Javne ustanove. Do sada je u Centru boravilo preko 350 štićenika iz cijele Bosne i Hercegovine, regionala i inostranstva. Smještajni kapacitet je 20 kreveta, a trenutno u Centru boravi 18 štićenika. Rehabilitacijski proces se svakodnevno provodi u vidu nekoliko oblika terapija.

Psihološka podrška psihoedukativnim i terapijskim grupama, kao i individualna terapija. Sve ove aktivnosti realizuje stručno osoblje Centra (pedagog, psiholog, grupni terapeut). Muzikoterapija igra veliku ulogu u nekoliko karakteristika tokom liječenja ovisnika. Na području emocija, odgovarajući izbor muzike pomaže otklanjanju lošeg raspoloženja, izbjegava se osjećaj anksioznosti, oslobađaju se osjećaji, dolazi do emocionalne relaksacije. U socijalnom smislu, pomoći muzike olakšava se komunikacija, rješavaju se interpersonalni problemi, izbjegava se osjećaj dosade, rješavaju se pojedini kognitivni problemi i u kreativno-estetskom smislu poboljšava se kreativnost pojedinca.



Kreativno izražavanje slikanjem-tehnika pomoći koje dolaze do izražaja neverbalni simboli koji se pojavljuju u kreativnom procesu i koje je ponekad teško verbalno izraziti riječima. Kroz kreativne procese moguće je otkriti skrivene misli i osjećanja i na taj način omogućiti bolje samorazumijevanje i razumijevanje sopstvenih načina ophođenja sa okolinom.

Radno-okupaciona terapija podrazumijeva cjelodnevnu organizaciju radnih aktivnosti unutar Centra. Grupe štićenika dobijaju različita radna zaduženja u toku dana i od njih se zahtijeva adekvatno, racionalno i, prije svega, temeljito, ispravno i odgovorno obavljanje svih aktivnosti. Cilj ove terapije je navikavanje štićenika na život pod obavezama, navikavanje na stil života unutar kojeg postoji jedan poseban red i organizacija radnih navika potrebnih za stvaranje uvjeta za samostalan život.

Slobodno vrijeme se provodi u raznim sportskim aktivnostima kao što su fudbal, košarka, stolni tenis, rekreacija u teretani i sl. Ovime se pokušava potaći štićenike na jedan zdravi način provođenja slobodnog vremena, da shvate prednosti sporta u očuvanju psihofizičkog zdravlja. Pored navedenog štićenici svakodnevno svoje slobodno vrijeme mogu provoditi uz tv, računare, šetnju prirodom, a nerijetko se organiziraju i jednodnevni izleti u prirodu kako ljeti, tako i zimi. Česti su odlasci i na razne kulturne i vjerske manifestacije, posjete kinima i sl.

Programom duhovne terapije nastojimo se baviti čovjekovom duhovnom dimenzijom, patologijom njegove duše, unutar koje se razvijaju razni oblici duhovnih bolesti koje razaraju njegovu ličnost, a sve pod uticajem stila života koji je vodio kao ovisnik. Duhovna terapija je primjenjiva za sve ljude, i pripadnike svih vjera i naroda.



Duhovna terapija nije isključivo islamska, kršćanska, niti bilo koje druge religije niti je isključivo molitvena terapija, ona je prirodna terapija jer je religija sama po sebi u prirodi ljudskog bića. Duhovnu terapiju nastojimo zasnovati na prirodnom moralnom zakonu. Bog je stvorio moral i naredio ga čovjeku, i u njega utisnuo moralni zakon. On mu je dao razum i prirodu dobra, ali i slobodnu volju da odabere ono što je priroda božanskog u čovjeku - DOBRO, ili ono sto je od sotone-šejtana – ZLO. Ako čovjek odabere zlo on postaje nesretan i besmislen a da ponekad nije ni svjestan toga. Onaj čovjek koji odabere božansku prirodu - DOBRO, on je duhovno zdrav čovjek, a takav čovjek je pošten, hrabar, on voli a ne mrzi, on se nada i teži boljem. Onaj čovjek koji odabere šejtanski-sotonski put zla, on mrzi, nestrljiv je, ogovara, on nema nikakve nade, on je očajan, razočaran, on gubi nadu u život, on je bolestan i njega treba liječiti. Ovisnost je jedan od simptoma duhovne bolesti. Postoje razni oblici duhovnosti, za koje nekada nismo ni svjesni. Kod ovisnosti je zarobljena sloboda volje. To znači da je razorenja vrijednost slobode koju je Bog dao čovjeku i ta sloboda više ne može funkcionišati, pa ovisnik funkcioniše voljom heroina i za njega to postaje jedina vjera i religija. Pored rehabilitacijske funkcije, CROPS je kontinuirano od 2006. godine aktivni sudionik u programu prevencije sa ciljem razvijanja svijesti o posljedicama konzumiranja psihoaktivnih supstanci kod mlađih, prvenstveno kod učenika osnovnih i srednjih škola. Objedinjenjem inicijativom CROPS-a, Ministarstva za rad i socijalnu politiku, kao i Ministarstva obrazovanja u Vladi Tuzlanskog kantona, ovaj program već osam godina daje značajne rezultate. Jedna novina u radu Centra jeste i ta da je ove godine na 26. Juni Svjetski i dan borbe protiv bolesti ovisnosti otvoreno i Savjetovalište za bolesti ovisnosti u gradu Tuzli, čija je zadaća pružanje savjetodavne, edukativne i psihološke pomoći svima onima koji na bilo koji način imaju problema sa ovom bolešću.



VRIJEME KAD' BOL CVJETA

MONOHROMNI OBZORI.
VRIJEME KAD' BOL CVJETA.
DOHRANJIVANJE
PUNOLJETNOG
NEDONOŠČETA,
BESKRVNOG I BLIJEDOG,
SVETOG, A UKLETOG,
IZ BIJELOG NEVIDJELA
OTETOG,
IZ PREDJELA MOJIH TAMA,
GDJE SAM – ZNAČI SAM,
I SAMA – ZNAČI SAMA.
DRAMA NOĆNIH COLORA,
U TRI PRECJENJENA ČINA.
SINA SVOGA PORODIO SAM
IZ SUZE SVOJE SUHE. IZ OKA,
TAKO LIJEPOG, A SLIJEPOG,
IZ ŽIVOTA MRTVE ZJENE.
NEKADA GDJE BJEŠE ŽIVO,
NOĆAS PLEŠU BIJELE SJENE.
SINE. (K.A.)

MELEM

SVI MOJI STIHOVI SU MOJIH
MISLI SJENE
PERLE U NIZOVE NANIZANE, U
REDOVI RIJEĆI POREDANE

NISAM NIZAČ PERLI OREOL
DA MI PRAVE
JA NE REDAM RIJEĆI EGO DA
MI HRANE
NIT' STIHOVE PIŠEM DA ME
PJESME SLAVE
JA SAM JEDAN NIKO, PLOD
USNULE SUHE GRANE.

STIHOVI SU MENI MELEM ZA
SUMORNU DUŠU MOJU
ČUDOTVORNI SU ZAVOJI ZA
ŽIVOTNE OŽILJKE I RANE
DA MI MINU BOLI, DA
PRIZOVU NOVE, SRETNE DANE

KAP SU RADOSTI U MOM
MORU TUGE
U TAMU SU TRAČAK SVJETLA
DA OBASJAJU OVE CRNE
DANE
DA NOVO JUTRO SVANE
DA ME BOLEST MINE
DA MI SUNCE SINE
DA MI SE DUŠA VINE
U NOVE, SLOBODNE VISINE.
(M.B.)

Percepcija socijalne podrške ovisnika o heroinu

mr.sc. Nermana Mujčinović,
psiholog



Višegodišnja praksa u radu sa ovisnicima o heroinu jasno pokazuje kako je liječenje ovih pacijenata dugotrajan, težak i neizvjestan proces. Psihološki profili ovih pacijenata, nedostatak kvalitetne socijalne podrške od strane porodice i prijatelja, te često odustajanje od procesa liječenja mogu da odrede kakav će biti ishod usmjerenih psihoterapijskih intervencija.

Zbog svega toga stalno istražujemo kako unaprijediti naše razumijevanje ove kompleksne bolesti, kako prevenirati loš uticaj pojedinih faktora i kako im umanjiti posljedice.

Socijalna podrška se definiše kao postojanje ili dostupnost osoba na koje se oslanjamo, koje nam daju do znanja da o nama brinu, vole nas i cijene. Ona je važna funkcija interpersonalnih odnosa i zainteresovala je brojne autore u svijetu i kod nas te su nastale brojne operacionalizacije tog pojma, naročito u zadnjih dvadeset godina. Glavni razlog tome bilo je opažanje da socijalna podrška pozitivno utiče na zdravlje i prilagođavanje pojedinca, te da su ljudi koji žive u porodičnom okruženju, u braku, koji imaju prijatelje od kojih mogu očekivati materijalnu i psihološku podršku, boljeg zdravlja nego ljudi s manje kontakata i podrške. Neke od najčešćih karakteristika ličnosti heroinskih ovisnika: niska tolerancija na frustracije, nizak nivo samopoštovanja, depresivnost, otežano iskazivanje emocija i stvaranja kontakata su posljedica percipiranja socijalne podrške pogotovo od strane porodice kao nedovoljne i loše. U svakodnevnom radu sa heroinskim ovisnicima i članovima njihove porodice shvatamo koliko je ova problematika složena i višeslojna. Faktor porodice je vjerovatno najbitniji okolinski faktor koji može dovesti do bolesti ovisnosti. Uticaj odnosa unutar porodice na konzumaciju psihoaktivnih sredstava opisuju Sakoman, Brajša-Žganec i Glavak, te kao rizične faktore navode poremećene odnose sa roditeljima, nepoštivanje vlastitih roditelja, te poremećene odnose između roditelja samih, a s tim u vezi je i pitanje socijalne podrške koju pojedinac percipira.

Kvantiteta socijalne podrške manje je važna od kvalitete. U sklopu šireg konstruktua socijalne podrške je i percepcija socijalne podrške. Većina istraživanja ove oblasti pokazuje da subjektivna procjena o pruženoj socijalnoj podršci, odnosno percipirana adekvatnost, ima značajniju ulogu u reagiranju osobe na stresnu situaciju nego

što je stvarno dostupna ili pružena podrška.

Razlikuju se mjere percipirane i dobivene podrške. Očekivano percipirana podrška mjeri se tako da se ispitanike pita šta misle koliku pomoć i podršku mogu dobiti u situacijama, a dobivena pomoć se mjeri retrospektivno. Percipirana adekvatnost dostupne podrške važnija je nego dostupnost sama po sebi. Sa druge strane, socijalna mreža može biti izvor stresa i konflikata te može zbog toga dovesti do povećanja simptomatologije, a ne smanjenja. Moguće je da se najefikasnija socijalna podrška dobiva u kontekstu svakodnevnog druženja. Mnogi autori nalaze da je socijalna podrška važan faktor u procesima uticaja stresnih događaja na zdravlje. Po njima kvalitetni interpersonalni odnosi mogu zaštititi osobu od opasnih posljedica stresa. Kad su suočeni sa stresnim događajem osobe s više socijalne podrške percipiraju stres manjim te se lakše nose s takvim iskustvom. Utvrđeno je i da su ljudi s malo izvora socijalne podrške i bez razvijene socijalne mreže anksiozniji u socijalnim situacijama i netolerantniji, imaju niže samopoštovanje, neurotičniji su, češće odbacuju pomoć koju im drugi nude i imaju manje povjerenja u druge. Prema Rappaport i Seidman kvaliteta socijalne podrške se ne može povećati jednostavnim povećanjem broja socijalnih kontakata ali veći broj socijalnih kontakata znači poboljšanje u strukturi socijalne mreže. Lični stil pojedinca može loše uticati na ovu strukturu te hostilne osobe imaju manje koristi od proširenja socijalne mreže, od prijateljski orijentiranih pojedinaca. Gottlieb identificira dvije različite strategije za poboljšanje socijalne mreže. Jedna je postati otvoreniji i sam pružati podršku drugima da bi je od njih primio, a druga je pridružiti se grupama samopomoći u kojima ostali učesnici imaju sličan problem (liječeni ovisnici, porodice hronično bolesnih i sl.).

Korištena literatura:

- Rappaport, J., Seidman, E. (1999). *Handbook of Community Psychology*. New York: Kluwer/Plenum Publishers
 Sakoman, S., Brajša-Žganec, A., Glavak, R. (2002). *Indicators of early recognition among Croatian youth at high risk of substance use*. Društvena istraživanja
 Šincek, D., Vučetić, G. (2011). *Važnost socijalne podrške za kvalitetu života – Istraživanje kvalitete života emigranata i osoba koje žive u vlastitoj domovini. Kvaliteta života i zdravlje*, Hrvatska zavjetna za znanost, Filozofski fakultet Sveučilišta u Osijeku
 Živčić-Bećirević, I. (1995/96). *Konstrukcija skale percipirane socijalne podrške za djecu*. Godišnjak Zavoda za Psihologiju. Rijeka: Pedagoški fakultet Sveučilišta u Rijeci, 91-98.

Savremeno društvo bez droga: realnost ili utopija?

mr.sc. Mirnes Telalović, dipl.scr.



Potrošnja psihoaktivnih sredstava ne samo u povijesti čovječanstva, već i u životinjskom svijetu je fenomen poznat još od antike. Lijekovi su dio ljudske kulture hiljadama godina. Postoje mnogi običaji u životu ljudi koji su slučajni, oni su najčešće bili prisutni u vjerskim i duhovnim ceremonijama. To je uglavnom poznato još od prapovijesti. Korczack D. (1986) i sam piše: "Mora postojati opća briga i usredotočiti se, s rasprave o različitim oblicima ovisnosti, ne može se samo zaboraviti da su ljudi u svim vremenima i u svim kulturama uvijek čeznuli za boljim, ponekad su život osjećali manje problematičnim i imali želju - barem djelomično". U ovom radu pod pojmom psihoaktivne supstance podrazumijevaju se supstance prirodnog ili vještačkog porijekla čijom upotrebljom se mogu stvoriti stanja ovisnosti ili navike, i koje mogu izazvati oštećenja zdravlja ljudi ili na drugi način ugroziti ljudski integritet u tjelesnom, psihičkom ili socijalnom smislu. To znači da je psihoaktivna supstanca svaka supstanca prirodnog ili sintetizovanog porijekla koja unijeta u organizam izaziva promjene jedne ili više psihičkih ili somatskih funkcija organizma. Mi danas živimo u dopustivom i djelimično legalnom, ovisnički prijateljskom društvu.

Naš život, u dobrom dijelu, određuju ovisnosti, one su jedan od rituala svakodnevice, u kulturnom obliku i društveno su prihvaćene: šoljica kafe, čaša vina za večeru, šampanjac, proslava, pivo, cigareta uz kafu, tableta aspirina. Svaka od tih radnji temelji se na normama društveno prihvatljivog načina. S obzirom na ponudu i propagandno „bombardovanje“ za konzumaciju legalnih sredstava ali i nametanje porodično „modernog“ ponašanja, a mi nemamo slobodu da imamo mogućnost izbora, gubimo kontrolu, i ono što mi radimo postaje nagonski, reklo bi se često „zombijevski“. Naravno tada postajemo zarobljeni u ovisnosti, ali i nametnutim normama modernog ponašanja ili nametnutim stilovima ponašanja. Koliko je ovo opasno govori nam da je „procenat prvog kontakta s drogama u adolescenciji čak 97%“. (Đukanović, 1999:87) Ako znamo opasnost droga i brzinu kojom one izazivaju ovisnost na osnovu svojih farmakoloških osobina (pogotovo ako su pogodni faktori ličnosti i socijalni faktori) onda je jasno kolika je opasnost na nastavak delikventnog ponašanja u maloljetničkom razdoblju, ali i nastanku ovisnosti u zrelog dobu, što naravno uzrokuje raznovrsne i teške posljedice. Jedan od najsloženijih i najsistematičnijih historijskih prikaza

upotrebe droga daje Milosavljević, (2003): „Istorijski izvori pominju veoma ranu upotrebu prije svega prirodnih droga. Istorijski gledano, prva upotreba droga vezana je za određene mitsko-religijske obrede, što znači da se droga koristila u izuzetnim religijskim prilikama i pritom nije bila dostupna svim u društvu. Tako su, na primjer, još prije 5000 godina Sumeri koristili određene droge, prije svega opijatske droge u religijske svrhe prilikom mitsko-religijskih ceremonija“. Pored ovih ciljeva droga se veoma rano koristila i u medicinske svrhe. Hajduković, (1975) navodi: „Prema zapisima starogrčkog pjesnika Homera, još 2500 godina prije nove ere, Zevsova kćerka Helena je, mješajući neku biljnu drogu sa vinom, pravila napitak koji je davala vojnicima sa ciljem da zaborave svoje brige i postanu borbeni u sukobu sa neprijateljem. Hašiš je, kasnije, naročito u doba krstaških ratova, uveliko davan vojnicima prije polaska u borbu, jer pod njegovim djelovanjem vojnici su zapadali u stanje neustrašivosti i borbenog fanatizma do te mjere da nisu mogli sagledati realne opasnosti po svoj život. U takvom ekstatičnom stanju oni su jurišali u smrt bez ikakvog straha i neophodne opreznosti“.

Današnje savremeno globalno i neoliberalno društvo nameće nam upotrebu bilo koje tvari i na taj način utiče na indirektno ovisničko ponašanje čitavog društva. Postavlja se pitanje zbog čega i da li je to slučajno ili pak namjerno? S druge strane, moramo znati da je danas doba globalnih procesa što nas u konačnici dovodi do biznisa, surovo ne obraćajući pažnju na pojedinca i porodicu kao i njenu strukturu, a prije svega funkcionalnost. Ljudska želja za prijestupom, proširenje svijesti, ekstaza i izbjegavanja odgovornost raste u mjeri koju je skoro i teško mjeriti. To pograđa mlade ljudi ali i odrasle isto tako. Hašiš, heroin, alkohol, droga, televizija, nasilje, itd. nameću nam se kao pomoći da bismo se oslobođili od stvarnosti. Uzimajući u obzir „nametnanje takvih stilova života“ možemo se zapitati gdje je tu današnja porodica, koliko, čime i da li je ona zaštićena? Naravno, odgovori su jasni, porodica se sve manje štiti i sve je više izložena nametnutim novim socijalno „prihvatljivim“ stilovima života, čime se ugrožavanjem pojedinca ugrožava i društvena grupa, pa i cijeli društveni ambijent, te upravo ugrožavanjem porodice kao jednog od važnih socijalnih faktora, prestupništvo i maloljetnička delinkvencija dobijaju mogućnost ekspanzije i manje kontrole. Dakle, ukoliko pogledamo iz jednog šireg aspekta, možemo primjetiti da mi ustvari živimo

u društvu (nametnutom) slobodne ovisnosti i ona je postala prihvatljiv stil života iako mi to ustvari ne želimo priznati. Korczak (1986) tvrdi "govoriti cijelom društvu o odricanju umjesto umjerenosti, to je samo još jedan oblik ovisnosti" i Amendt (1992) objašnjava: "problem droga nije rješiv - to je samo ublažavanje. Jedino rješenje za problem droga je da se oprostim za iluziju nepostojanja droga u slobodnom društvu." „U Bosni i Hercegovini za porast ovisnosti o drogama najznačajniji je uticaj socijalnih faktora, kao što su: teško stanje u privredi, ratna zbivanja, porast kriminala i dostupnost droga, migracija stanovništva, i brojna druga sociološka zbivanja“. (Šarić, 2010:53) Jugović (2013), koji je „stavio pod lupu“ svakodnevnicu zemalja nastalih na prostoru bivše Jugoslavije, ukazuje na pojave iz proteklih deset godina koje društvo mogu da definišu kao patološko i koje ujedno mogu da budu prepreke društvenim promjenama. On navodi tri vidljive kategorije: „lako među naučnicima i političarima postoji nesaglasje oko toga šta su uzroci naše sveopšte društvene krize, nesumljivo je da su indikatori patologije društvenih odnosa realne i vidljive kategorije“. (Jugović, 2013) Patologija jednog društva ne ogleda se samo u rasprostranjenosti i težini društvenih devijacija i socijalnim problemima koji pogode neku zajednicu, već i izvitoperenosti ljudskih aktivnosti koje mogu da spadaju u sferu svakodnevnog života. „U nekim krajevima alkoholna pića (naročito rakija, vino i pivo) konzumiraju se tokom čitavog života. Pije se za vrijeme praznika, radnim danima na radnom mjestu, kod kuće uz ručak i večeru, kao i periodu odmora. Čovjek pije kada se neko rodi, ženi ili umire, kada je tužan ili veseo. Mnoge životne situacije koriste se za uzimanje alkoholnih pića. Kod nas služenje alkoholnih pića gotovo je obavezno u svim prilikama. Uobičajeno je da se gost posluži rakijom, a negdje, uvreda je za dom i domaćina ako se čaša odbije. U mnogim društvenim situacijama prisutna je predrasuda: 'Red je' da se nešto popije, pa čak etikecija propisuje šta, kad i kako. Onaj ko odbije postaje neko neučitiv i nezgodan u društvu“. (Šarić, 2010:52)

S obzirom na ovo iluzija o društvu bez droga bilo je, jest i vjerovatno će ostati utopija!

LITERATURA

- Ajduković, M. (2002.): *50 godina Studija za socijalni rad*. Studijski centar socijalnog rada Pravnog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb.
- Amendt, G. (1992): *The life of the unwanted children* (In Germn), University of Bremen, Bremen.
- Buljubašić, S. (2005): *Meloljetnička delinkvencija*, ARKA PRESS, Sarajevo.
- Đukanović, B. (1999): *Porodice narkomana*, Kaligraf, Sarajevo.
- Jugović, A. (2013): *Teorija društvene devijantnosti*, Partenon, Beograd.
- Korczak, D. (1986): Spotkanie, Mieszanka Firmowa, PRZEKRÓJ, Kraków.
- Milosavljević, M. (2003): *Devijacije i društvo*, Draganić, Beograd.
- Šarić, H., (2010). *Socijalni rad s ovisnicima*. OFF-SET, Tuzla.

RECI MI SVOJ RAZLOG

*„Dan je tmuran Ja mamuran“
Bora Đorđević*

Svi koji piju, da li malo ili su hronične pijanice, imaju svoj „neki“ razlog za pijenje i opijanje. Nekog je ostavila žena, vječiti razlog da se posegne za čašom a bogami i flašom, jer kada se uplovi u te vode teško je naći slamku spasa. Nekom je razlog što posla se nema a godine leti. U poznim godinama nikog ga primiti neće da radi. Uzalud je grijao klupu...

Mnoga životna razočarenja spustila su se na pleća mladog čovjeka. Treba naći nešto da se sve zaboravi ali, avaj, svaki novi nova epizoda. Isti su glumci, život režiser.

Mnogo se gubi a malo dobija. Teška su mamurna jutra. Popravak danas, pa opet sutra. Vječita runda. Kružnica bez prekida. U nedogled iste priče, ista radnja. Niko ni ruku da pruži starom kolegi, velika zaobilaznica na drumu života, zaboravljen, semafor ugašen. I ja sam tumarao svijetom, u sebi govorio imam razlog, možda sam tada i imao, možda. Ali sa mamurnim jutrom govorio si ovako više ne ide a noge su same isle, noge programirane u istu kafanu za isti sto. Konobar je znao šta se pije, nosio je imao ja para ili ne. Imao sam posao. Plata je bila dobra i slobodnog vremena na pretek. Peviše praznog hoda. Ženio se, rastavlja i nalazio razloge sasvim nove za odlazak u istu kafanu, za isti sto.

Konobari sretni, vratio se među žive, a koliko sam bio živ samo sam ja znao. Tad ni pomisljao nisam što gubim, što sam izgubio. Ni stana imao nisam, ni garderobe, ništa imao nisam. Prest'o sam i raditi i spas bijaše u liječenju.

Još me samo doktorica razumjela i uputila tamo gdje sam davno trebao biti. Ni to pomoglo nije. Ista meta isto odstojanje. Nastavak serije, doček dostojanstven u staroj kafani, konobarska svita postrojena i svi u moju čast nose piće. Ponovo sam našao posao i ženu kojoj sam ispričao svoj život i prihvatala me takvog, ali, avaj, ista priča se ponavlja. Tjerao sam je od sebe, ne jednom. Nije bila sama, dvoje djece je islo s njom. A mene je ubijala tišina i misli, zašto, dokle ovako.

I riješio sam u samom sebi taj životni rebus, životni anagram i sve ukrštene riječi i režisera života rekao „Kraj“. Više nema priča, ni jutra mamurnih, ni svađa u kući, zagrli svoju djecu, ta ti si im otac, ako te mogu tako zvati poslije svega što si radio. Ne moraš se izvinjavati nikom ali drugu priču piši, novu s novim glumcima a isti režiser, novi scenario, nova tema, nova ideja, nova rolna filma neka se snima.

Priznaj sebi ko si bio i kreni, još izvora ima osim rakijskog kazana, još ljudi ima koji će prihvatići ne pitajući za prošlost. Niko ti neće vjerovati da si stao na loptu da novi život živiš, ali morat će se naviknut, jer zaboravio si svoje razloge za sva pjanstva i gluposti koje si činio.

Ni rodbina vjerovat neće da taj pjano više popiti neće a sjedi s njima i smije se nekom svom sebi od prije.

Govoriće za njega, jest ga žena sredila papučar je postao a taj svoj put vodi svojom trakom na autoput života, vozi bez žmigavaca i semafora.

Sad razlog svoj imam da živim uz ženu „kakva je da je moja je“ uz djecu koja su me prihvatile.

Sviču predivna jutra.

A kada ti svane divno jutro i dan mora takav biti.

J.M.

Klub liječenih ovisnika o kocki - Mostar „Uništio sam sve što se moglo uništiti“ Iskustva u radu Kluba liječenih ovisnika o kocki (KLOK)

**Marko Romić, specijalist traumatske psihologije,
voditelj Kluba KLOK**



OSNIVANJE KLUBA

Klub liječenih ovisnika o kocki utemeljen je 2010. godine, tako što su, u do tada postojeće klubove liječenih ovisnika o alkoholu, pri Zajednici klubova liječenih ovisnika o alkoholu „Dr. Vladimir Hudolin“ – Mostar, počeli su dolaziti ljudi, koji su osim s alkoholom, imali problem s ovisnošću o kockanju. Tako smo dobili novi, zaseban klub – Klub liječenih ovisnika o kocki. Prema našim saznanjima, ovaj Klub je jedini takve vrste u Bosni i Hercegovini. To znamo po čestim pozivima i molbama za stručnu pomoć ljudi iz drugih gradova naše zemlje.

OSNOVNI PRINCIPI RADA

Tretman ovisnosti o kocki koji mi provodimo je izvanbolnički tretman, zasnovan na principima škole dr. Valadimira Hudolina. U našemu radu primjenjujemo sustavan stručni tretman, koji podrazumijeva detaljan pregled i, prema potrebi tretman psihologa, psihijatra, socijalnog radnika i drugih stručnih osoba koje djeluju u Zajednici klubova Liječenih ovisnika o alkoholu i kocki. Uz ovo, problem kockanja tretiramo kroz tretman obitelji, što uz patološkog kockara, uključuje obvezu članova obitelji (supruga, roditelji ili druge bliske osobe) da sudjeluju u redovitim tjednim sastancima Kluba.

Pri uključenju Klub, naši članovi prolaze Obiteljsku školu, u kojoj se stječu osnovna znanja o raznim temama, kao što su različiti aspekti ovisnosti, obiteljskih odnosa, problemi u komunikaciji i dr., koju vodi gospođa Nada Matović i ja.

TKO SU ČLANOVI KLUBA LIJEČENIH OVISNIKA O KOCKI?

Članovi Kluba liječenih ovisnika o kocki su mladići od dvadeset godina, pa do ljudi u pedesetim godinama. Među njima ima onih koji su neoženjeni, ima oženjenih, ali većini njih brakovi su na rubu ponora, a ima i onih čiji su brakovi propali – upravo radi kocke. U Klubu ima onih koji imaju visoku stručnu spremu, koji

su nekada imali visoko odgovorne poslove, ima onih sa srednjom stručnom spremom, te jedan broj studenata, čiji studij je u zastoju ili je bio prekinut radi problema s kockom. Kroz Klub je, od osnutka, prošlo oko četrdeset obitelji, a trenutno u Klubu imamo petnaest aktivnih članova. U zadnje vrijeme imamo sve više mladih ljudi, mladića u ranim dvadesetim godinama, koji na poticaj roditelja, dolaze u Klub.

Često je, uz ovisnost o kocki, kod ovih ljudi prisutan i neki drugi problem, kao što su ovisnost o alkoholu, drogi, razni problemi anksioznosti, depresije i slično.

KAKO I KADA LJUDI DOLAZE U KLUB LIJEČENIH OVISNIKA O KOCKI?

Ono što je zanimljivo reći je da u Klub liječenih ovisnika o kocki ljudi nikada ne dolaze sami, ni samoinicijativno. Uvijek se radi o nekom od oblika prisile, najčešće bliskog člana obitelji, kao što je supruga ili kao što su roditelji, koji više ne mogu i ne žele trpjeti probleme uzrokovane kockanjem muža ili sina. Na žalost, obično dođu kasno, onda kada je napravljena ogromna materijalna šteta ili kada su obiteljski odnosi značajno narušeni.

U svome radu, primijetio sam da, u jednom značajnom broju slučajeva, jedan ili oba roditelja ili supruga značajno doprinesu održavanju kockarske ovisnosti tako što ne reagiraju na vrijeme, ne prepoznaju i ne vide problem ili ga jednostavno ne žele vidjeti. Također, ima puno slučajeva kada, unatoč ogromnoj šteti koju pravi patološki kockar, obitelj ne traži stručnu pomoć, nadajući se i naivno vjerujući da će se kockar promijeniti i popraviti sam od sebe i da će se problem riješiti sam. U tim situacijama obitelj često vraća i pokriva dugove kockara sve dok imaju mogućnosti za to. Tek kada shvate da više nemaju kuda, počnu tražiti stručnu pomoć.

Za ovaj vid stručne pomoći ljudi saznavaju na različite načine. Jedan dio njih upućuju ljekari obiteljske medicine ili psihijatri, kada im se obrate za pomoć radi drugih problema, dio njih za nas je saznao putem medija ili prijatelja i poznanika.



KOJA SU OBILJEŽJA PATOLOŠKIH KOCKARA?

U ovih par godina koliko radim s tim ljudima uočio sam neke sličnosti među tim ljudima. Većina njih počela je kockati u ranoj dobi, najčešće u srednjoj školi, trošeći novac koji su dobijali od roditelja za sendvič na kladioniku i druge oblike kocke. U početku su to bili mali ulozi, koji su postupno rasli. Vremenom većina počinje zanemarivati svoje osnovne obveze, školu, studij, obitelj, posao, prijatelje, počinju uzimati novac roditelja ili supružnika, zadužuju se kod prijatelja, a kasnije u mikrokreditnim organizacijama, bankama, kod kamatara. Na kraju, često gube posao, ostaju bez prijatelja, napuste studij, propadne im brak. Paralelno sa ovim razvijaju se simptomi anksioznosti i depresije i sve rezultira potpunom propašću osobe. Patološki kockar je osoba koja ne uviđa svoj problem, ne želi ga priznati onda kada mu drugi ukazuju na problem i ne želi poduzeti samoinicijativno ništa da ga riješi. Tek kada padne na dno, kada mu se učini da više nema izlaza i kada je pritisnut zahtjevima bračnog partnera ili roditelja, tek tada nevoljko pristaje na liječenje. U velikom broju slučajeva patološki kockari razmišljaju o samoubojstvu, ako jedinom rješenju, a jedan broj njih to i učini.

NA KOJI NAČIN VI POMAŽETE PATOLOŠKIM KOCKARIMA?

Klub liječenih ovisnika o kockanju podrazumijeva obiteljski i individualni pristup. Članovi obitelji dobiju pomoć stručne osobe, a također i pomoć drugih članova Kluba, koji su već prošli ili prolaze isti ili sličan problem. Na taj način stvara se mreža potpore koja ima izuzetno veliku ulogu i, prema onome što sam zapazio, ima veliku moć potpore. Supruge, majke, očevi prenose jedni drugima svoja iskustva, hrabre jedni druge, pokazuju jedni drugima da nisu sami u svom problemu. Oni istovremeno stječu i potrebna znanja o tome kako se postavljati u problematičnim situacijama, kako se suočavati s problemom, kako se postavljati prema

patološkom kockaru. Na drugoj strani, sami kockari također mogu vidjeti da nisu sami, da postoje oni koji razumiju njihov problem, koji ih neće osuditi i koji im žele pomoći. Uz sve, za sve od njih stalno je otvorena mogućnost individualne terapije.

SAVJET PATOLOŠKIM KOCKARIMA I ČLANOVIMA NJIHOVIH OBITELJI

Patološko kockanje je težak poremećaj. U stručnim krugovima ubrajamo ga u poremećaje kontrole impulsa. Osobe koje imaju naviku kockati trebale bi znati da ta njihova navika, koliko god izgledala bezazlena, može u bilo kojem trenutku prerasti u težak problem. U početku ljudi toga nisu svjesni, a postaju svjesni najčešće prekasno. U slučajevima kada vidiemo da gubimo kontrolu nad svojim ponašanjem, kada trošimo novac i vrijeme na kocku, treba tražiti stručnu pomoć. Na žalost, najčešće prođe previše vremena i učine se velike materijalne štete, naruše se međuljudski i obiteljski odnosi, prije nego se zatraži pomoć.

Kada već odluče tražiti pomoć, kockari bi trebali znati da moraju otvoreno reći sve svoje dugove, koliki god oni bili. Naša iskustva govore da kockari gotovo uvijek prešute dio duga. Nikada ne kažu sav dug. To uvijek dovede do novih velikih problema. Jer, nekada, kada supruga ili roditelji saznaju za neki „novi“ dug, makar se radilo o malom iznosu, to djeluje jednak razorno kao da se radi o jako velikim sredstvima. Ovdje se radi o povjerenju odnosno nepovjerenju. Zato, kockari trebaju „ići na stol“ sa svim dugovima odmah.

Za obitelj je jako važno znati da mora imati potpunu kontrolu nad novcem patološkog kockara. Sva primanja i svi rashodi moraju se jasno znati. Pitanja povjerenja je jedno od ključnih pitanja u obiteljima s ovim problemom. Na jednoj strani, članovi obitelji koji su varani godinama ili stotinama puta nemaju više povjerenja u osobu koja kocka. Na drugoj strani, kockar bez minimuma povjerenja i potpore obitelji ne može sam izaći iz ponora u kojem se nalazi. Jedan od ključeva uspjeha u prestanku kockanja je upravo to, balans između povjerenja i nužnog opreza. U kakvom se stanju i razmišljanjima nalaze kockari dobro ilustrira primjer jednog patološkog kockara koji kaže: "Dug je put do izlječenja, a još je duži put onaj koji moram prijeći kako bih vratio povjerenje svoje obitelji i najbližih. Uništio sam sve što se dalo uništiti. Sada sam na dnu. Svaki dan je stepenica posuta trnjem". Stoga je važno znati i razumjeti osnovne činjenice o problematici kockarske ovisnosti i onome kroz što prolaze oni i članovi njihovih obitelji, kako bi mogli pružiti barem minimum potrebne pomoći. Jer, nije najveći problem u tome da padnemo ili napravimo neku štetu, problem je ako ne znamo ili ne želimo ustati.

Kemijske i bihevioralne ovisnosti slične ili sasvim različite bolesti?

dr. Samir Kasper,
neuropsihijatar



Ovisnosti su dugo vremena bile sinonim za zlouporabu različitih legalnih ili ilegalnih psihotaktivnih tvari i njihovog djelovanja na organizam. Shodno tomu i u međunarodnoj klasifikaciji bolesti, povreda i uzroka smrti X revizija, koja je još uvijek na snazi u sekciji F (bolesti živčanog sustava) klasificirane su samo kemijske ovisnosti i to: alkoholizam (F10), opijatna ovisnost (F11), ovisnost o kanabinoidima (F12), ovisnost o sedativima (F13), ovisnost o kokainu (F14), ovisnost o stimulansima (F15), ovisnost o halucinogenima (F16), ovisnost o nikotinu (F17), ovisnost o isparljivim otapalima (F18) i politoxicomania (F19). Shodno tomu u ovoj klasifikaciji su uspostavljeni i kriteriji za dijagnosticiranje ovih patoloških stanja.

Klinička praksa je međutim počela demantirati klasifikacije. U psihijatrijskim ordinacijama i specijaliziranim ustanovama za tretman ovisnosti sve je više korisnika usluga koji se javljaju za pomoć zbog tzv. nekemijskih ili bihevioralnih ovisnosti (ovisnost o internetu, patološko kockanje i sl.). Možemo reći da medicinska struka nije baš najspremniye reagirala na pojavu ovih ovisnosti. Umjesto odgovora na postavljene probleme javile su se jalove stručne rasprave poput onih što je mentalni poremećaj a što nije, što je ovisnost a što poremećaj kontrole impulsa i sl.

Profesionalci iz kliničke prakse nisu naravno mogli čekati da se okončaju akademske rasprave nego su se uhvatili u koštač sa ovim problemom, te su se tako počele kristalizirati osnovne dijagnostičke smjernice za postavljanje dijagnoze bihevioralnih ovisnosti, kao i poželjni terapijski pravci u procesu njihovoga liječenja. Ovdje ćemo se samo ukratko osvrnuti i na najraširenije bihevioralne ovisnosti.

PATOLOŠKO KOCKANJE ILI OVISNOST OD IGARA NA SREĆU

Patološko kockanje je često učestvovanje u igrama na sreću što dominira u životu individue i vodi

do spuštanja socijalnih, profesionalnih, materijalnih i obiteljskih vrijednosti.

SIMPTOMI ZAVISNOSTI OD KOCKE

- Konstantna zainteresiranost i gubitak osjećaja za vrijeme tijekom igre
- Promjena kruga interesovanja, konstantne misli o igri, fantaziranje o kockanju
- Gubitak kontrole, izražena nesposobnost da se prestane sa kockanjem kako poslije velikog dobitka, tako i poslije niza gubitaka
- Stanja psihološkog diskomforta, razdražljivosti, nervoze, nemira u relativno kratkim vremenskim periodima poslije još jednog učestvovanja u igri i neodoljivom željom da se ponovo kocka. Takva stanja po nekim simptomima podsjećaju na narkomansku apstinenciju: glavobolja, poremećaj sna, nemir, loše raspoloženje, poremećaj koncentracije.
- Karakteristično postepeno povećavanje učestalosti kockanja i nagon za sve većim rizicima
- Periodična napetost koja je praćena uzbudnjem vezanim za igru, neodoljiva želja da se ponovo učestvuje u kockanju
- Brzorastuće opadanje sposobnosti protivljenja iskušenju. Individua donosi odluku da jednom zauvijek prestane da se kocka, a pri najmanjoj provokaciji (susret sa drugovima, razgovor o kocki, blizina kazina) kockanje se ponavlja.

ZAVISNOST OD KOMPJUTERSKIH IGARA I RADA NA KOMPJUTORU

Simptomi zavisnosti od kompjuterskih igara su:

- Dobro raspoloženje ili euforija za kompjutorom

- Individua ne želi da se odvoji od posla ili igre na kompjutoru
- Razdražljivost pri prinudnom odvajanju od kompjutora
- Nesposobnost planiranja završetka rada ili igre na kompjutoru
- Trošenje velike količine novca na kupovinu dodatnih kompjutorskih komponenata i programa
- Zaboravljanje obveza u kući, na poslu, u školi i na dogovorene sastanke tijekom rada ili igraanja na kompjutoru
- Nemarnost prema zdravlju, higijeni i snu u korist provođenja više vremena za kompjutorom
- Individua često jede za kompjutorom
- Razgovor na temu kompjutora, igara

Posljedice zavisnosti od kompjutorskih igara su:

- Sindrom karpalnog tunela – bilo da je pogrešan stav, ponavljajući otkucaji na tastaturi ili jednostavno nedostatak dobre ergonomije, više sati provedenih pored tastature može da rezultira sindromom karpalnog tunela. Sindrom karpalnog tunela se javlja kada se prignjeći živac koji ide iz podlaktice u šaku. Osnovni simptomi su sijevajuća bol i trnjenje prstiju i šake.
- Nesanica
- Dehidracija
- Deformati izazvani ponavljanjem pokreta – degeneracija izazvana stalnom uporabom jedne iste grupe mišića. Jedan od najuobičajenijih primjera deformiteta izazvanih ponavljanjem pokreta je kucanje na tastaturi, što izaziva oštećenje tetiva, živaca i mišića u prstima, palcu, ručnom zglobu, rukama, podlaktici, laktovima, nadlaktici, vratu, ramenima i gornjem dijelu leđa. Glavobolja – bilo da je u pitanju stres, deformacija oka ili čak nedostatak kofeina, glavobolja je uobičajena kod ljudi koji pretjerano koriste računar.
- Dijabetes
- Glaukom – studije su pokazale da je 50 procenata korisnika koji pretjeruju u uporabi računara iskusila neku vrstu deformacije oka, vide mutno ili dvostruko i tako dalje. To međutim dovodi do povećanja rizika od pojave glaukoma. To je vrsta bolesti oka koja zbog poveća-

nja intraokularnog tlaka izaziva oštećenje očnog živca i može da dovede do sljepila ako se ne liječi.

- Gojaznost – dugo sjedenje za računarom bez pravljenja pauza i vježbi istezanja – što je veoma važno – može da dovede do gojaznosti.
- Bolovi u vratu
- Bolovi u leđima – sjedenje po cijel dan, ponekad u lošoj poziciji, izaziva bol u leđima koji može da bude veoma uporan i neizdržljiv, a vremenom može da postane i kroničan.

U novoj verziji *Klasifikacije bolesti,povreda i uzroka smrti* bit će uvrštene ove a i neke druge bihevioralne ovisnosti (patološka ovisnost o seksu, šopingu, patološka ovisnost o vježbanju, ortorrhexia i sl.). Shodno tomu bit će neophodno osmislati i adekvatne načine da profesionalci u oblasti mentalnog zdravlja i adiktologije odgovore na ove izazove.

Ključno pitanje je da li postojeće institucije u oblasti adiktologije mogu odgovoriti na ove probleme. Kao i uvijek postoji strah od tretmana nečeg novog kao što je i ranije bio problem tretirati ovisnike o ilegalnim psihoaktivnim susptancama, iako su osnovni principi rada bili skoro pa identični onim koji su se primjenjivali u oblasti alkohologije.

Subjektivno mišljenje autora je da su naročito specijalizirane institucije u oblasti ovisnosti spremne da se uhvate u koštac sa ovim problemom. Naravno da će to zahtijevati izvjesnu dodatnu edukaciju u vezi sa specifičnim psihoterapijskim procedurama koje bi se trebale provoditi u tretmanu ovih ovisnosti kao što je npr. liječnicima adiktologizma nepohodno da usvoje nova znanja kako bi na uspješan i adekvatan način tretirali ovisnost o novim kemijskim supstanama koje na organizam utječu na bitno drugačiji način od heroina.

JZU Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona je najvećim dijelom izvršio neophodne predradnje ,izvršio epidemiologiska istraživanja kojima je procijenjena veličina problema, te su shodno nalazima implementirane strategijske mjere u prevenciji i tretmanu ovih tzv.novih ovisnosti. Nadamo se da ćemo i u ovoj oblasti rada opravdati povjerenje šire društvene zajednice i postići rezultate koji će ovo povjerenje opravdati.

Deveti sportski susreti Kliničkih centara i bolnica BiH

Proglašenjem pobednika i dodjelom pehara najuspješnjima, završeni su IX sportski susreti Kliničkih centara i bolnica u BiH, koji su od 18.9.-21.9.2014. godine održani u Neumu. Domaćin i organizator susreta ove godine je bila JZU Kantonalna bolnica Zenica, a učešće je uzelo preko 480 takmičara iz 19 zdravstvenih ustanova iz cijele BiH. Po prvi put, susreti su imali i međunarodni karakter, sa predstavnicima Doma zdravlja Danilovgrad iz Crne Gore. Treba naglasiti da, drugu godinu zaredom, na susretima učestvuju i predstavnici JZU Zavod za bolesti ovisnosti ZE-DO kantona. Ove godine, naši predstavnici su bili: Sejdinoski Musa, Bajrić Nermin, Skeledžija Edin, Muračević Naim, Hadžikapetanović Haris, Sarajlić Amri i Jaganjac Isak. Takmičili su se u malom nogometu, košarcii i odbojci na pijesku. Postigli su solidne rezultate. Naši tehničari su dobro predstavljali Zavod i kantona, te uz druženje i zabavu ostvarili kontakte sa kolegama iz cijele zemlje i, što je bitno naglasiti, prezentovali rad naše ustanove za koju je vladalo veliko interesovanje. Namjera je da se ovo pozitivno iskustvo ponovi i naredne godine, uz nadu da će se tada u Zenicu vratiti sa trofejom. U „sportskom duhu“ dva naša predstavnika Bajrić Nermin i Zlatarević Emir do Hutovog blata stigli su BICIKLIMA.



Rad sa roditeljima u okviru Savjetovališta

Emina Babić, dipl.soc.pedagog
Odjeljenje za rehabilitaciju i resocijalizaciju



Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona u Savjetovalištu organizuje rad sa roditeljima pacijenata koji se liječe u našoj ustanovi. Naime, roditelji kao i prvi saradnici u liječenju okupljaju se svakih petnaest dana u terminima od 15 do 17 sati, četvrtkom.

Cilj ovakvih okupljanja i obiteljske terapije je da se roditeljima i saradnicima olakša svakodnevni život. Također, cilj je i da se, uvidjevši da nisu sami u problemima ovisnosti, bolje razumiju šta se događa oko njih i u konačnici da, kada dobiju adekvatnu podršku stručnog osoblja i drugih roditelja, mogu bolje razumjeti bolest ovisnosti sa kojom se bore njihova djeca. Samom pomoći i motivacijskim radom sa roditeljima povećava se šansa za izlječenjem kao i motivacija za uspostavljanje kvalitetne apstinencije njihove djece.

Bolest ovisnosti o psihoaktivnim supstancama kao i alkoholu, je svakako iscrpljujuća za osobu koja je konzument svega navedenog ali je podjednako iscrpljujuća, ako ne i više, za porodicu u kojoj ovisnik živi. Porodični život sa ovisnikom biva svakako narušen, porodica postaje disfunkcionalna i s vremenom gubi snagu da se izbori sa ovom teškom, recidivirajućom i opasnom bolešću.

Možemo slobodno reći da porodica, spoznajom da je neki njen član ovisnik o bilo kojoj sup-

stanci opijatskog karaktera, više ne funkcioniše prirodno i da se u potpunosti mora prilagoditi bolesnoj osobi što svakako ostavlja tragove u vidu mentalnih i zdravstvenih poteškoća svih njenih članova. Roditelje posebno razara činjenica da je baš njihovo dijete ovisnik, javlja se osjećaj krivnje, nedovoljnog razumijevanja gdje su pogriješili, u trenutku osjećaju da se čitav njihov svijet ruši.

Zbog svega navedenog rad sa roditeljima ne gubi na intenzitetu, nego naprotiv! Roditelji na grupama uviđaju da *NISU SAMI* te da i drugi roditelji imaju isti problem odnosno da svi na grupi imaju zajednički *CILJ*-zdravlje i put uspostavljanja apstinencije njihove djece. Redovnim dolascima na grupu za roditelje, oni svaki put iznosu svoje poteškoće u svakodnevnom životu, te grupa, zajedno sa stručnim osobljem, pronalazi adekvatno rješenje u postupanju i ophođenju roditelja prema djeci (u ovom slučaju ovisnika) ili osobe koja se već liječi te je u procesu uspostavljanja adekvatne apstinencije.

Potrebno je i naglasiti da se briga o roditeljima i saradnicima u liječenju, osobe kojoj je dijagnosticirana bolest ovisnosti, nastavlja savjetovanjem i obiteljskom terapijom u stacionarnim uslovima, tačnije na Detox Odjelu. Kada stručni tim Zavoda procijeni da je osobi potreban stacionarni tretman liječenja nastavlja se obiteljska terapija u datim uslovima, također četvrtkom, i veoma često u prisustvu osobe koja se liječi.

Svime navedenim je terapijski u potpunosti pokriven rad sa roditeljima ovisnika u ambulantnim i stacionarnim uslovima rada.

Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona će nastaviti sa svojim djelovanjem u organizovanju grupa pomoći za roditelje i u budućnosti, a sve sa konačnim ciljem da se pomogne mladim ljudima i njihovim porodicama, da nastave svoj život bez opijatskih supstanci u pozitivnom smjeru.



ULOGA NASTAVNIKA U PRIMARNOJ PREVENCIJI OVISNOSTI

Mr.sc. Meliha Brdarević



UVOD

Od svih institucija unutar društvene zajednice škola ima najveću mogućnost da putem primarne prevencije omogući zaštitu djece i mlađih od svih oblika rizičnih ponašanja, pa i od onih oblika ponašanja koji mogu dovesti do ovisnosti. Jedan od osnovnih modela primarne prevencije, kako rizičnih oblika ponašanja, tako i ovisnosti jeste razvijanje zdravih stilova života kod mlađih. Svaka škola svojim Godišnjim planom i programom planira realizaciju ovih tema na časovima odjeljenjske zajednice.

Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona kontinuirano već dugi niz godina sprovodi aktivnosti primarne prevencije ovisnosti edukacijom, radionicama i istraživanjama rizičnih oblika ponašanja u školama. Do sada su educirani gotovo svi nastavnici i pedagozi na prostoru Zeničko-dobojskog kantona, a svake godine vrši se i edukacija učenika.

UPOTREBA SREDSTAVA OVISNOSTI

Upotreba sredstava ovisnosti je sve prisutniji zdravstveni, psihopatološki i sociopatološki problem savremenog društva. Prije svega, sve više se odbacuju tradicionalne vrijednosti, porodica kao institucija sve više gubi na vrijednosti, sve liberalniji odgojni pristup čini djecu i mlade izgubljenima i nesretnima. U disfunktionalnim i raspadnutim porodicama, kojih je danas sve više, mlađi veoma teško mogu da grade samopouzdanje i emocionalne kompetencije. Ovo su samo neki od niza razloga zbog kojih mlađi mogu da počnu, a kasnije i nastave, sa razvojem određenih ovisničkih ponašanja do potpunog gubljenja kontrole. Upotreba sredstava ovisnosti uslovljena je sa tri faktora: porodica ili odgoj, genetski faktori i okruženje u kojem dijete odrasta (dostupnost sredstava ovisnosti).

Mladalaštvo, samo po sebi, nosi niz faktora koji mogu uticati na početak eksperimentisanja ili ovisničkog ponašanja. To može da bude težnja mlađih za nezavisnošću i slobodom da samostalno donose odluke, kao i kriza identiteta koja može da se javi u ovom periodu života. Mlađi prolaze kroz burno razdoblje gdje treba da oblikuju vlastite stave, filozofiju i životne stilove. Uloga porodice (roditelja) i škole (nastavnika) veoma je bitna kada govorimo o funkcionalnosti odgoja i odgojnih metoda koji se primjenjuju. Dakle, nastavnici osim roditelja i drugih ustanova koje se bave ovom problematikom imaju značajnu ulogu u prevenciji rizičnih oblika ponašanja, a samim time i ovisnosti kod djece i mlađih.

NAJČEŠĆE GREŠKE ODGOJNOG PRISTUPA DJETETU

Postoji određeni broj djece koji su teže odgojivi zbog tzv. teške naravi. Potrebno je prilagoditi odgojni pristup prema takvoj djeci. Najčešće ovakve informacije o djetetu nastavnici mogu dobiti od roditelja, a zbog roditeljske subjektivnosti ponekad je potrebno da nastavnik prepozna i upozori roditelja na određene probleme kod djeteta. Osim u porodici dijete može i u školi da bude izloženo bolesnim interpersonalnim odnosima na relaciji dijete-odgajatelj. U takvim slučajevima kod djece sejavlja patnja i frustracija. Odgojni pristup ponekad nije prilagođen individualnim potrebama djeteta. Svako dijete je ličnost za sebe i ne možemo očekivati da će jedna odgojna metoda biti jednakо učinkovita i pozitivna za svako dijete. Također, odgoj treba biti prilagođen dobi djeteta, odnosno razvojnoj fazi djeteta. Osim edukacije o ovoj problematiki saradnja i komunikacija između nastavnika i roditelja je najvažniji segemenat izostanka ovakvih odgojnih grešaka.

DIREKTNA ULOGA NASTAVNIKA I ŠKOLE NA PREVENCIJI OVISNOSTI

Škola sa svojim stručnim resursima može ojačati poželjan preventivni uticaj. Prije svega škola može dati informacije mlađima o rizicima sa kojima mogu da se susreću kao i štetnim posljedicama takvih rizika po njihov razvoj. Odnosno škola i nastavnici kroz nastavu mogu da nauče djecu (učenike) zdravim stilovima života i da im pomognu u donošenju kvalitetnih odluka. Poznato je da se na časovima odjeljenjske zajednice ovakve teme i obrađuju. Nastavnici razgovaraju sa učenicima o vrijednostima kojima teže u životu, njihovim emocionalnim i socijalnim vještinama. Na ovaj način nastavnik rano otkriva i može da spriječi štetne vanjske, ali i lične uticaje kojima je dijete izloženo. Veoma je bitno da se ovakve teme pažljivo prolaze sa učenicima u školama i da se one ne zapostavljaju i ne zanemaruju. Ako se tokom odgoja kod djeteta razvije osjećaj za granicu između onoga što smije i što ne smije, između dobrog i lošega, zdravog i bolesnog, rizičnog, štetnog i pozitivnog i prihvatljivog, što bi trebalo da bude dio školskog savjetovanja, rizični oblici ponašanja kod djeteta znatno se smanjuju. Osim toga škola bi se kadrovske trebala ojačati angažovanjem što većeg broja stručnjaka dobro upućenih u psihologiju odrastanja i odgoja.

ZAKLJUČAK

Sa prevencijom je potrebno početi veoma rano kao i poduzimati dobro planirana naučna istraživanja iz ove oblasti. Svakodnevno govorimo o potrebama i odgojnim zadacima roditelja, te sa odgojnim izazovima sa kojima se oni susreću. Dakle, pored roditelja i stručnih institucija koji se bave primarnom prevencijom ovisnosti škola, također, ima veliku i značajnu ulogu u prevenciji ovisnosti i rizičnim oblicima ponašanja mladih. Moramo biti objektivni i reći da su nastavnici izloženi raznim izazovima u svome radu, kao što je nedostatak materijala i uslova za kvalitetno obavljanje profesije. Ipak pored svih tih teškoća potrebno je da u školi rade profesionalni kadrovi koji zaista žele i mogu da se bave ovom profesijom. Ako uzmemu u obzir sve teškoće sa kojima se susreću nastavnici u svome radu stručno posvećivanje temama koje se obrađuju na časovima odjeljenske zajednice može biti dovoljno za preveniranje rizika u ponašanju. Prilikom realizacije ovih tema i u svakodnevnom radu i susret sa učenicima nastavnici prepoznaju učenike koji su izloženi rizicima ili koji su počeli sa rizičnim oblicima ponašanja, te mogu uključiti roditelje i stručne kadrove u rano prepoznavanje i djelovanje na probleme kod mladih.

Poboljšavanje kvalitete i perspektive života mladih, poboljšavanje stručnosti specifičnih edukacijskih programa primarne prevencije rizičnih ponašanja usmjerenih prema djeci i mladima, ali i roditeljima, nastavnicima i odgajateljima, te organizovanje djetotvornog sistema za rano prepoznavanje simptoma i otkrivanje rizičnih ponašanja jedan je od zahtjeva pred kojim se nalazi i savremena pedagogija.

Literatura:

1. Bašić, J.(2009): *Teorije prevencije-prevcenca poremećaja u ponašanju i rizičnih ponašanja djece i mladih*. Zagreb: Školska knjiga.
2. Hawkins, J. D. et al. (1999). *Preventing adolescent health-risk behaviors by strengthening protection during childhood*. Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 153 (3): 226–234.
3. Jessor, R. (1996). *Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action*. In: D.E. Rogers i E. Ginzburg (ed.) *Adolescents at Risk*:
4. Medical and Social Perspectives. Boulder: Westview Press, str. 19-34.
5. Liddle, H. A. et al. (2001). *Multidimensional family therapy for adolescent drug abuse: Results of randomized clinical trial*. American Journal off Drug and Alcohol Abuse, 27 (4): 651–687.
6. Sakoman, S. (1995). *Zloupotraza droga u Hrvatskoj i pristup njenizu subžbijanju*, uvodna studija. U: R. Schwebel, *Reči ne nije dovoljno*, SysPrint, Zagreb,
7. Sakoman, S. (2002). *Obitelji i prevencija ovisnosti*, SysPrint, Zagreb.
8. Sakoman, S., Brajša-Žganec, A., Glavak, R. (2002). *Indikatori ranog prepoznavanja visokorizične populacije hrvatske mlađe u odnosu na zloupotrazu sredstava ovisnosti*. Društvena istraživanja, 2-3 (58-59): 291-310.
9. Sakoman, S. (2005). *Društvo bez droga?* Hrvatska nacionalna strategija, II. izdanje, Institut društvenih znanosti Ivo Pilar, Zagreb. (reprint 2008)
10. Sakoman, S. (2008). *Etiologija i razvoj ovisnosti, Suvremenii pristup liječenju opijatice ovisnosti*, priročnik, Zagreb
11. Volkow, N. D. (2003). *Bringing research and practise together to improve drug abuse prevention*. NIDA Notes 18 (3): 3-4.
12. Volkow, N.D. (2004). *Exploring the why's of adolescent drug abuse*. NIDA Notes. 19(3): 1-2. URL: http://www.nida.nih.gov/NIDA_notes/NNvol19N3/DirRepVol19N3.html

Seminar na temu Zakona o zaštiti od nasilja u porodici

**mr.sc. Nermana Mujčinović,
psiholog**



Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona je aktivno uključen u programe kojima je cilj preveniranje nasilja u porodici i odgovarajuće uređenje institucionaliziranog odgovora na ovo pitanje. Nasilje u porodici je bilo koje djelo koje nanosi fizičku, psihičku, seksualnu ili ekonomsku štetu ili patnju jednom članu porodice od strane drugog člana porodice. U aprilu ove godine je održan seminar na Vlašiću u organizaciji UG *Medica* pod nazivom „Nasilje u porodici u skladu sa Zakonom o zaštiti od nasilja u porodici“, a seminaru su prisustvovali uposlenici našeg Zavoda mr.sc. Mirnes Telalović, socijalni radnik i mr.sc. Nermana Mujčinović, psiholog.

Ono što je svakako najbitnije za naš Zavod je pitanje provođenja zaštitnih mjer obavezogn liječenje ovisnika. Za razliku od pacijenata koji boluju od raznih drugih bolesti, ovisnici nemaju intrinzični motiv za liječenje tako da porodica, prijatelji, socijalno okruženje ili sud moraju izvršiti pritisak na ovisnika da liječenje započne. Izricanje zaštitnih mjer obavezogn liječenja od ovisnosti je dobar način da dođemo do onih ovisnika koji nam se inače dobrovoljno ne bi javili, a potrebna im je stručna pomoć. Osim svega toga, ovisnici koji su počinoci nasilja u porodici tek uz dobijenu kvalitetnu stručnu pomoć imaju šansu da se izlječe, a samim tim i prestanu sa nasiljem.

Na održanom seminaru je bilo preko šezdeset učesnika. Tu su bili predstavnici policije, općina, centara za socijalni rad, sudstva, zdravstvenih ustanova itd., sa područja cijelog Kantona. Fokus rada je bio na što boljjoj zaštiti žrtava nasilja i uvezivanju svih relevantnih faktora koji to mogu omogućiti. Cilj je bio formiranje koordinacionih odbora u svim općinama našeg Kantona, a sve po uzoru na Koordinacioni odbor Općine Zenica čije je osnivanje inicirano od strane UG *Medica*.

Mr.sc. Nermana Mujčinović je imala uvodnu prezentaciju o radu u našoj Općini te je upoznala prisutne i sa radom u našem Zavodu i mjerama obavezogn liječenja.

Ono što je posebno naglašeno u toku seminara, a tiče se mjer obavezogn liječenja od ovisnosti, je nedostatak sigurnog finansiranja za provđebu ove mjeri i nepostojanje posebnog fonda pri sudstvu koji bi se koristio u te svrhe. U zaključcima je moderatorica izlaganja iznijela i neke nove podatke i trendove bitne za naš rad. S obzirom da se prema Zakonu o izvršenju krivičnih sankcija u BiH sva izvršenja mjer obavezogn liječenja u zdravstvenim ustanovama za zdravstveno osigurana lica stavljuju na teret nadležnog Zavoda za zdravstveno osiguranje, za očekivanje je da će se veoma brzo finansiranje mjer obavezogn liječenja od ovisnosti i mjer obavezogn psihosocijalnog tretmana od strane sudova prebaciti na Zavod zdravstvenog osiguranja. Osim navedenog, za naš Zavod je bitno i da su predstavnici iz svih općina Kantona još jednom dobili informaciju o našem Zavodu i uslugama koje nudimo.



Stigmatizacija kao problem uspješne resocijalizacije

Džankić Ermin, dipl.soc. pedagog



Prilikom ispitivanja bilo koje društvene pojave neophodno je ispitati etiologiju njenog nastanka. Kada su u pitanju liječeni ovisnici jedan od razloga za razvoj stigmatizacije vidimo u društvenom problemu neinformisanosti, prije svega zato što samo mali broj ljudi zna da je ovisnost o psihosocijalnim supstancama u stvari bolest. Ovisnost je bolest pojedinca, obitelji i društva, a ne unaprijed određen životni tok nekoga ko je po svojoj prirodi devijantan. Kao posljedica društvene neinformisanosti često se dolazi do zaključka da je ovisnik sam kriv za svoje stanje, isključujući bilo kakav vid društvene odgovornosti.

Kako bi se što uspješnije bavili problemom stigmatizacije neophodno je da se pobliže upoznamo sa samim pojmom stigme. Stigma je riječ grčkog porijekla koja predstavlja oznaku ili biljeg koji se na koži utiskivao robovima, označavajući vlasništvo nad njima i njihov inferiorni status. Goffman definiše stigmu kao etiketu koja razlikuje osobu ili grupu osoba od drugih na diskreditujući način. Link i Phelan su ukazali da je koncept stigme kritikovan jer je bio previše individualno fokusiran i labavo definisan. Zato daju novu definiciju stigme koja se sastoji iz komponenata označavanja, stereotipizacije, separacije, gubitka statusa i moći i diskriminacije. Do stigmatizacije dolazi kada grupa koja ima socijalnu moć omalovažava manje moćnu grupu. Ključno je da stigmatizacija nije samo produkt kognitivnog procesa, već postoji i nastaje u kontekstu socijalne nejednakosti. Stigma može biti doživljena, kada predstavlja aktuelno iskustvo diskriminacije, ili internalizovana, kada ukazuje na strah od diskriminacije ili osjećanje sramote, stida, skrivanja, povlačenja uslijed toga što se negativni stereotipi prihvata.

U savremenom kontekstu stigmatizacija je društveni proces etiketiranja i diskriminiranja svih onih grupa i pojedinaca kao njihovih pripadnika, koje se razlikuju od „normalnosti“ većine u svom društvenom okruženju, a gdje upravo ta sredina diktira pojам društvene prihvatljivosti, bilo da je u pitanju etnička, moralna ili bilo koja druga različitost.

Kada govorimo o posljedicama stigmatizacije neizostavno je naglasiti da stigmatizacija ima mnoge negativne posljedice za stigmatiziranu osobu. Ona uvijek na neki način ugrožava kako psihološko zdravlje pojedinca tako i njegovo pravilno psihosocijalno funkcionisanje.

Stigma proizvodi promijene u osjećanjima, stavovima i ponašanju kod osoba koje su predmet stigme (nisko samopoštovanje, socijalno povlačenje, nevođenje računa o sebi) kao i kod članova njihove obitelji.

Diskriminacija kao jedan od „proizvoda“ stigmatizacije dovodi do izostajanja traženja pomoći, do nepristupa tretmanu, kao i do materijalnog siromaštva i socijalne marginalizacije. Najdrastičnija posljedica stigmatizacije proizlazi iz njene trajnosti jer ona, kao i predrasude općenito, nije privremena već trajna kategorija koja vremenom postaje dominantna odrednica ličnosti stigmatizirane osobe.

Stigmatizaciju možemo definirati još i kao pojavu koja značajno diskreditira pojedinca u očima drugih ljudi. Posljedice stigme također značajno djeluju na način na koji pojedinci doživljavaju sami sebe. Najčešće stigmatizirane osobe su upravo one osobe koje se svojim ponašanjem odnosno socijalnim djelovanjem najviše razlikuju od društveno prihvatljivih normi ponašanja. Kada govorimo o stigmatizaciji u globalu, grupe koje su ponajviše izložene društvenoj stigmatizaciji su: ovisnici o psihosocijalnim supstancama, mentalni bolesnici, alkoholičari, osobe sa teškim traumama, bolesnici zaraženi nekim od infektivnih bolesti prije svega HIV-om, i drugi duševni bolesnici. Osim „nošenja“ etikete liječenih ovisnika, etiketirane osobe su dovedene na samu marginu društva zbog čega im je otežan ili onemogućen pristup: društvenim dobrima, uslugama, ostvarivanju prava (jednake šanse zapošljavanja) i drugim pogodnostima koje nudi jedna „zdrava“ socijalna sredina, što u konačnici dovodi do potpune socijalne isključenosti.

Kako bi uspješno definirali pojam resocijalizacije neophodno je prevashodno definirati sam pojam socijalizacije. Pod pojmom socijalizacija podrazumijevamo proces normalnog prilagođavanja čovjeka društvenoj sredini. U zavisnosti od stepena razvoja društva, ona ima specifične etičke, običajne, društveno ekonomiske, kulturne, socijalne, pravne i druge karakteristike. Čovjek aktivno učestvuje u formiranju normi i odnosa ali se i sam njima prilagođava.

Za razliku od socijalizacije proces resocijalizacije podrazumijeva ponovno socijalno uključivanje čovjeka.



Ovisnost privremeno ili trajno mijenja čovjekov integritet u fizičkom, funkcionalnom i psihičkom smislu. Između ovisnika i sredine dolazi do uspostavljanja posebnih odnosa. Zbog liječenja i rehabilitacije ovisnik se izdvaja iz porodice i sredine u kojoj je živio i radio i u kojoj su postojali međusobni odnosi. Sama izoliranost iz primarne socijalne sredine dovodi do poremećaja ranije izgrađenih odnosa. Naravno, kada govorimo o periodičnoj izoliranosti podrazumijevamo je kao jedan neizostavan korak u rehabilitaciji i koji treba da dovede do stabilizacije ovisnika.

U rehabilitacionom procesu, pored mjera socijalne i profesionalne rehabilitacije, podrazumijevaju se i druge socioterapijske metode i postupci radi ponovnog prilagođavanja i uspostavljanja novih odnosa između liječene osobe i sredine u koju se vraća. Te mjere se nazivaju procesom resocijalizacije. Jedan od bitnih segmenta koliko će biti uspješan odnosno neuspješan proces resocijalizacije liječenih ovisnika je sama stigmatizacija društva naspram ovisnika.

Pošto se sama ovisnost posmatra u kontekstu psihološkog i socijalnog deficit-a pojedinca u procesu resocializacije neophodno je raditi na jačanju lične odgovornosti, kao i društveno produktivnom radu liječenih ovisnika.

Kako bi se u što većoj mjeri izbjegla stigmatizacija neophodno je u samom procesu rehabilitacije raditi na doškolovanju budući da većina liječenih ovisnika nije adekvatno kvalifikovana da bi konkurisala na tržištu rada. Pored individualnog pristupa problemu stigmatizacije mogu se preduzeti i kolektivne akcije: organizovanje edukacije (smanjenje stigme osiguravanjem tačnih informacija), direktni kontakt sa liječenim ovisnicima. Efikasan pristup u rješenju problema stigmatizacije na

nacionalnom nivou uključuje uvođenje pitanja od značaja za lječeće ovisnike u štampane i elektronske medije i promjene u zakonskim regulativama. Neophodno je uvođenje antistigma programa koji će biti teorijski osmišljeni i empirijskim podacima podržana koncepcija o tome šta stigmu prema marginalnim grupama čini tako duboko ukorijenjenim fenomenom, koje su to emocije koje održavaju ovu pojavu, odnosno u kojoj su mjeri svjesne, a u kojoj mjeri nesvjesne, prikrivene ili prekrivene drugim emocijama. Također mi se čini značajnim i da se utvrde mogući društveni faktori koji podržavaju ove oblike stigmatizacije.

Treba se uvijek imati na umu da resocijalizaciju kao i bilo koji oblik pomoći nije moguće sprovesti prinudno, pa je stoga neophodna lična motivacija pacijenta kao i uključivanje njegove obitelji u sam proces. Naravno, osim obitelji, a ciljem što kvalitetnijeg toka samog procesa resocijalizacije neophodno je u što većoj mjeri uključiti lokalnu zajednicu. Prilikom ovakvih oblika resocijalizacije neizostavno je uključivanje i državnih institucija kao i nevladinog sektora kako bi se javnosti u što većoj mjeri prezentovala činjenica da je resocijalizacija tj. ponovno uključivanje liječenih ovisnika u socijalnu sredinu itekako moguće.

Međutim, predrasude imaju i opravdane uzroke svog nastanka, koje prije svega leže u manifestacijama po-remecaja ličnosti ovisnika, a koje nisu nevidljive široj zajednici, već su u stvari u prvom planu osude društva. Reakcija društva na ovisnost od droga (a samim time i liječenje od istih) je kulturno uslovljena, zavisi od konkretnih socijalnih i ekonomski uslova datog društva. Savremeno društvo i veliki globalizacijski uticaj na stigmatizaciju, ima za posljedicu nestrpljivo poticanje tre-nutačnog zadovoljenja i manjak svake odgovornosti. Smatramo da veliku ulogu u samom procesu resocijalizacije imaju upravo sami liječeni ovisnici. Ispunjavanjem svojih društvenih obaveza, pravilnim socijalnim funkcionisanjem. Doprinosom koji mogu dati društvu, trebaju usloviti društvo na prihvatanje svih rizičnih grupa, kao ravноправnih članova socijalne sredine.

Nikada ne treba zaboraviti da je cilj svake resocijalizacije uspostavljanje trajne apstinencije.

Literatura:

- Literatura:**

Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spiled Identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice –Hall.

Falk, G. (2001). *Stigma: How we treat Outsiders*. New York: Prometheus Books.

Link, B. & Phelan, C. (2001). *Conceptualizing stigma*. Annual Review of Sociology

Corrigan, P. (1998). *The impact of stigma on severe mental illness*. Cognitive and Behavioral Practice.

Telalović, M. (2012). *Delikvencija i ovisnost u socijalnom radu*, Društvo socijalnih radnika Ze-DO kantona.

Corrigan, P., Penn, D. (1999). *Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma*, American Psychologist

Ivona Milačić-Vidojević, Dragojević N. (2011). *Stigma i diskriminacija prema osobama s mentalnom bolešću i članovima njihovih porodica*, Specijalna edukacija i rehabilitacija (Beograd), Vol. 10, br. 2. 319–337, 2011

TZ «Izvor» nalazi se na brežuljkastom naselju Plehanu, općina Derventa. Prvi klijent koji je uključen u program stigao je 2010. god. u zajednicu. Program rada koji se implementira je psihosocijalni tretman «Projekt Čovjek» koji se već desetljeće koristi na području BiH kao jedan od modela rada terapijskih zajednica.

Sam naziv programa upućuje da je u središtu pažnje čovjek sa svim svojim dimenzijama.

«Projekt Čovjek» ne smatra da je ovisnost problem, nego simptom. Kao što je povišena tjelesna temperatura simptom i upozorenje da se u organizmu nešto dogada, isto tako je i droga simptom da se u društvu događa nešto loše. Ovisnika teba smatrati normalnom osobom, s jednim problemom više. Program rehabilitacije je namijenjen ovisnicima o teškim drogama, alkoholu i kocki (kokain, heroin i ostale psihotaktivne supstance) i traje maksimalno dvije godine, uz šest mjeseci resocializacije. Više od devedeset posto bivših ovisnika koji su završili program danas normalno žive i rade.

„Projekt Čovjek“ nije jedna od terapija niti je tek jedna od metoda: on je prije svega, ponuda da se ljudska osoba postavi u centar svega, kao protagonista oslobođen od svakog ropstva, usmjeren prema obnovi, u potrazi za dobrom, za slobodom i pravdom. Kada kažemo da nas „Projekt Čovjek“ nadahnjuje, mi potvrđujemo da vjerujemo u svako ljudsko stvorenje, neovisno o njegovim kvalitetama, kulturi, društvenom položaju te ekonomskoj i političkoj moći.

Glavni cilj oporavka u TZ je promjena ličnosti. Promjene moraju biti multidimenzionalne i nastat će i razviti se procesom socijalnog učenja zasnovanog na samopomoći u socijalnom kontekstu.

Mnogi ovisnici nikad nisu imali funkcionalan život. Zloupotreba psihotaktivnih sputstanci i kockanja doprinijela je velikim psihološkim disfunkcijama, kao i socijalnom deficitu u smislu problema na poslu, u školi, te je doprinijela općenito promjenama socijalnih vještina. Ovisnici su najčešće antisocijalni, stigmatizirani ili imaju problema da prihvate vrijednosti «normalnog života».

Za ovisnika uključivanje u program se čini kao da je to prvo uključivanje u život u kojem postoji red. Program podrazumijeva radno-okupacijsku terapiju i grupnu psihoterapiju. Promjena životnog stila i identiteta su povezani, za ovisnika proces kroz koji prolazi tijekom programa podrazumijeva i promjenu doživljaja samog sebe. Prihvaćajući život zajednice i njene vrijednosti postepeno ovisnik prihvata i mijenja sebe.



Koncept samopomoći je filozofija i zahtjev za svaku osobu koja se uključi u program terapijske zajednice. Primarno, ovisnik se uči preuzeti odgovornost za samog sebe i za svoj oporavak. Ulazak u TZ je uvijek dobrovoljan, odnosno slobodan izbor i osoba ima izbora napustiti program u svakom trenutku.

Do kolovoza 2014.god. TZ «Izvor» je radila isključivo kao zajednica namijenjena osobama muškog spola, a u kolovozu smo započeli rad s primanjem osoba ženskog spola te sada djelujemo kao mješovita terapijska zajednica. Na ovaj način upotpunili smo našu ponudu rehabilitacije za sve ovisnike bez obzira na spol. Tijekom rada često su nam se javljale djevojke/žene kojima je trebala pomoći, a ponuda za žensku terapijsku zajednicu činila se nedovoljna. Iz ove potrebe je potekla i ideja da pokušamo da osiguramo uvjete za rad i sa osobama ženskog spola, u čemu smo i uspjeli.

Također, konstantno ulažemo napor da unaprijedimo naš program prateći trendove i promjene koje se događaju u našoj državi, a i u zemljama oko nas. Na ovaj način smo unaprijedili i psihoterapijski rad. S obzirom da klijent u programu prolazi kroz nekoliko faza kako bi se uspostavila stabilnost i osigurala promjena na nivou ličnosti, u fazi kada je tema obiteljski odnosi, započeli smo da prakticiramo psihoterapijsku metodu sustavne obiteljske konstelacije u okviru psihoterapijskog rada.



Obiteljska konstelacija je terapijski postupak koji se primarno koristi u okviru grupnog terapijskog rada. Pokazala se kao izuzetno učinkovita u razumijevanju transgeneracijskih prijenosa nerazriješenih konflikata, trauma, iskustava i osjećanja unutar obiteljskog sustava, te pruža dodatni pogled razumijevanja različitih oblika neprilagođenog ponašanja.

Zasniva se na empirijskom doživljaju da obiteljski sustav ima grupnu savjest koja zahtijeva da u tom sustavu vlada red i da postoje zakoni koji u okviru sustava djeluju kako bi se taj red osigurao. Kada se zakon prekrši javlja se simptom.



Sve navedeno dodatno pomaže i omogućava klijentu da na što kvalitetniji način prebrodi psihološke krise, napravi dobre uvide i promjene gdje je to moguće.

Sve navedeno bilo bi nemoguće bez entuzijazma i kvalitetnog tima kojima su klijenti uvijek na prvom mjestu, a o tome svjedoče mnogobrojni klijenti i njihove obitelji koji su uspješno završili program i «preživjeli».

Da li se ovisnost o nikotinu liječi medikamentima?

Konsumacija nikotina je najrasprostranjenija bolest ovisnosti u svijetu a ujedno i najveći preventabilni čimbenik bolesti, invalidnosti i prijevremene smrti. Svake godine od posljedica konzumacije nikotina umre oko 5 milijuna osoba ili 13 000 osoba dnevno. Ovaj oblik ovisnosti je široko društveno i socijalno prihvaćen iako snažno ošteće zdravlje.

Iako se radi o široko rasprostranjenom oboljenju terapijske mogućnosti nisu baš adekvatne, a niti dostupne. Stvar pogoršava i to što se stupanj ovisnosti o nikotinu često potcjenjuje čak i u stručnim krugovima. Ovisnost o nikotinu teže je pobijediti nego o kokainu ili heroinu. Nakon dužeg vremena pušenja ljudi postanu fizički i psihički ovisni, a kako je nikotin legalan i može se kupiti gotovo svuda, teško je održati apstinenciju. Mnogi liječeni ovisnici o alkoholu ili drogi koji apstimiraju ne mogu prestati pušiti baš zbog dostupnosti i raširenosti cigareta. Oko 20% Amerikanaca puši, što je otprilike 48 milijuna ljudi. Od njih 70% koji bi htjeli prestati, više od 50% odustane u toj namjeri. Tek svaki deseti pušač uspije prestati pušiti.

U duhanskem dimu ima oko 4000 sastojaka od kojih je velik broj štetan po zdravlje. Duhanski dim sadrži teške metale, oko 200 otrovnih plinova i preko 50 kancerogenih tvari. Najštetnija od tih tvari je nikotin, prirodni alkaloid koji na ljudsko tijelo može djelovati kao stimulator ili sedativ, što zavisi od dužine pušačkog staža i količine unesenog nikotina u tijelo. Nakon izlaganja nikotinu dolazi do povišenja krvnog tlaka, ubrzava se srčani ritam i disanje te dolazi do naglog otpuštanja glukoze u krv, tako da se u pušača može naći blago povišena razina šećera u krvi, što dovodi do poremećaja metabolizma i gubitka apetita. Veće doze nikotina imaju sedativan učinak (pad koncentracije i sposobnosti pamćenja).

Nikotin je spoj vrlo snažnog adiktivnog svojstva te je odgovoran za razvijanje ovisnosti koja se smatra vrlo teškom, čak težom od ovisnosti o teškim drogama (heroinu). Katran je proizvod suhe destilacije lišća duhana, visoko kancerogena materija koja se taloži u plućima i odgovorna je za razvoj pušačkog malignoma. Ugljični monoksid je otrovni plin, bez boje, mirisa i okusa, koji nakon udisaja iz duhanskog dima izaziva ubrzan rad srca, veže se za eritrocite, te ometa normalan prijenos kisika kroz krv. Krv "težih" pušača ima čak 15% ugljičnog monoksida umjesto kisika. Olovo, kadmij i benzen su također vrlo štetni sastojci duhanskog dima, pogubnog djelovanja na pušače i na ljude iz njihove okoline. Milijuni ljudi prestali su pušiti i sami su se izborili da prevladaju sve zamke procesa odvikavanja koji može biti vrlo dug. Akutni fizički simptomi sustezanja pri odvikavanju od nikotina relativno su blagi u uspored-

**dr. Samir Kasper,
neuropsihijatar**



bi sa smetnjama sustezanja pri apstinenciji od drugih adiktivnih sredstava (poput alkohola i droge) te traju svega 3-5 dana. Ipak, dug je put nošenja i borbe sa psihičkom ovisnosti čiji se simptomi aktualiziraju u raznim životnim okolnostima i situacijama, poglavito onima koji su vezani uz rituale pušenja i situacije u kojima je bivši pušač gotovo automatski posezao za cigaretom.

Većina pušača u svom pušačkom stažu ima nekoliko pokušaja apstinencija, ali što više pokušaja, to je zapravo više recidiva koji upravo ukazuju na jačinu adiktivnog svojstva nikotina. Premisa procesa odvikavanja od pušenja bi trebala biti "postati i ostati nepušač", dakle održati apstinenciju i promijeniti svoj životni stil pušača u životni stil života nepušača.

Ključ za uspjeh je dobra motivacija klijenta i ukoliko ovaj preduvjet ne postoji ne može se očekivati uspjeh tretmana i uspostavljanje kvalitetne remisije. Psihoterapija je suveren terapijski pristup u tretmanu ovisnika o nikotinu. Koriste se različiti psihoterapijski pristupi u širokom dijapazonu od suportivne do hipnoterapije. U posljednje vrijeme na tržištu se pojavljuju i preparati čija je osnovna indikacija tretman nikotinske ovisnosti. Kao i u mnogo čemu drugom i ovim preparatima se pridaju upravo čudotvorne osobine koje oni realno nemaju. Radi se o lijekovima iz skupine antidepresiva koji su specijalno dizajnirani da utječu na fizičku komponentu a dijelom i na psihičku komponentu (loše raspoloženje, disforija) ovisnosti o nikotinu. Posebno dizajniran lijek je vareniklin koji je u dosadašnjim dvostrukim sljepim studijama pokazao i najbolje rezultate 30-70% u odnosu na placebo. Također se primjenjuje i tzv. nadomjesna terapija nikotina koja se aplicira u vidu flastera, sprejeva, žvakačih guma i sl.

Ne želete vršiti reklamiranje farmaceutske industrije moramo konstatirati da ovi preparati ipak imaju značajan terapijski učinak, ali istodobno imaju i neke nuspojave, te se stoga terapija mora provoditi pod liječničkim nadzorom. Osim toga ni nujučinkovitija farmakoterapija nije dobastna za postizanje terapijskog cilja bez prisustva adekvatne motivacije, te bar suportivne psihoterapije.

Subjektivno mišljenje autora dijelom potkrijepljeno nalazima znanstvenih studija je da medikamenti imaju svoje mjesto u tretmanu nikotinske ovisnosti, ali da bi njihovu primjenu trebalo rezervirati za teže slučajevе ovisnosti praćene ozbiljnim intoksikacijama. U svim ostalim slučajevima adekvatna motivacija uz primjenu adekvatnog psihoterapijskog procesa ostaje suverena metoda tretmana.

RADNO-OKUPACIONA TERAPIJA



JZU Zavod za bolesti ovisnosti ZENIČKO-DOBOSKOG Kantona

Za izdavača: Jasmin Softić, Urednik: Sedin Habibović,
Urednički odbor: Samir Kasper, Mirnes Telalović, Eduard Ubiparip,
Adila Softić, Hassan Awad, Nermana Mujčinović,
Emina Babić, Meliha Brdarević
Lektor i korektor: Muris Bajramović

Adresa: Aska Borića 28, 72000 Zenica,
web: www.zedo-ovisnost.ba,

e-mail: zdkovisnost@bih.net.ba

DTP i štampa: Scan Studio DURAN, Zenica

