

ISSN 2303-4912

BILTEN

JU ZAVOD ZA BOLESTI OVISNOSTI ŽENIČKO-DOBOJSKOG KANTONA

GODINA 10.

BROJ 16.

Novembar 2015.

10 godina Zavoda
2005-2015

IZDAVAČ



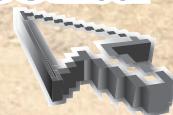
JU ZAVOD ZA BOLESTI OVISNOSTI
ŽENIČKO-DOBOJSKOG KANTONA

antidroga

telefon 032 / 244 544

www.zedo-ovisnost.ba

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



Deset godina

Ove, 2015.godine, obilježavamo deset godina od osnivanja Zavoda. U internoj periodizaciji tog perioda označili smo šest razdoblja koja se međusobno prepliću: proces formiranja, naći mjesto pod nebom, izgradnja sistema, razvoj resursa, brendiranje i nove etape.

Više inicijativa za formiranje specijalizovane ustanove iz oblasti ovisnosti je pokretano iz Centra za mentalno zdravlje Zenica. Jedna takva inicijativa je aprila 2004.godine dovela do pozitivnog ishoda. Upućena je ka Vladi Zeničko-dobojskog kantona sa kratkom analizom stanja u oblasti ovisnosti i tadašnja Vlada donosi odluku o formiranju tima koji će uraditi informaciju o prostituciji, alkoholizmu i narkomaniji. Informaciju Vlada usvaja i donosi novu odluku o formiranju ekspertnog tima za formiranje specijalizovane ustanove. Tim radi volonterski i konačno 05.12.2005.godine formira JZU Kantonalni zavod za borbu protiv bolesti ovisnosti. Članovi Ekspertnog tima su bili: Hasan Topalović, Adnan Brčić, Mirsad Ramić, Hajrudin Hedžić, Halima Hadžikapetanović, Torlak Bajro, Sedin Habibović, Samir Kasper, Željko Karač, Mirnes Telalović, Eduard Ubiparip.

Prvi direktor Zavoda je bio prim.dr. Adem Bureković. Preuzeo je Ustanovu i u tom periodu su definisani temelji rada, sistem rada, krenulo se se formiranjem Detoksa i daljem razvoju resursa. Drugi direktor Zavoda je bio dr. Ahmed Ćerim u čijem mandatu počinje sa radom hospitalna jedinica Detoks i razvija se cijeli niz aktivnosti. Treći, i aktuelni, direktor je prim. doc. dr sci. med. Jasmin Softić u čijem mandatu se zaokružuje sistem rada, proširuje Detoks, formira sistem tretmana u zatvorima i otvaraju nova područja djelovanja. Svi direktori su specijalisti neuropsihijatrije.

Za deset godina rada Zavod je postigao puno: uspostavljene su ambulante u svim općinama kantona u kojima se registrovani ovisnici, razvijen je Decentralizovani model rada, svake sedmice se provodi rad na terenu, uspostavljen je sistem tretmana u zatvorima Zenica i Busovača, uspostavljen je kontinuiran sistem edukacije u školama, uspostavljena je opsežna izdavačka djelatnost, riješena je zdravstvena zaštita ovisnika, uspostavljen sistem rehabilitacije sa posebnim osvrtom na odlaske u terapijske zajednice, bolnička jedinica je postala poznata i priznata te u 2015.godini imamo pacijente iz EU, itd.

Trenutno razvijamo i modele rada sa novim ovisnostima: ovisnosti o internetu, o igricama, fejsbuku, kockanju, itd. Nismo još uvijek riješili trajan smještaj Zavoda, jer smo i nakon deset godina podstanari.

Koristim priliku da uposlenicima Zavoda čestitam godišnjicu sa željom da nastave sa razvojem i dobrom radom. Parola da je jedan spašen život kao i spašen život svih stanovnika Zemlje je jedna od vodilja rada uposlenika

Ambulanta u brojkama oktobar 2015. godine

Ukupan broj registrovanih u Zavodu: 1047

Do 05.11.2015. bilo je na kontroli 488 ovisnika (nisu ubrojane osobe koje se samo testiraju, saradnici u liječenju i druge psihijatrijske dijagnoze), od toga je 381 heroinski ovisnik. Na kontroli je bilo 69 ovisnika o alkoholu. Broj heroinskih ovisnika na supstitucionoj terapiji je 298; na metadonu 240 na Suboxonu 58 (19,5%).

Na terenu van Zenice (ambulante domova zdravlja i zatvori) liječi se metadonom ili Suboxonom 114 pacijenata (38,2%). U kazneno-popravnim ustanovama je 25 pacijenata na supstitucionoj terapiji(17 u Zenici i 8 u Busovači).

U zadnjih nepunih osam godina više od 668 pacijenata liječeno je metadonom i 145 Suboxonom. Najstariji pacijent na supstitucionoj terapiji sada ima 57 godina, najmlađi 22 godina.

Prosjek godina heroinskih ovisnika na supstitucionoj terapiji: 36.

Prosjek godina ovisnika o alkoholu: 47.

Prema mjestima terapiju za heroinsku ovisnost dobija: Zenica: 183, Visoko: 24, Tešanj: 27, Breza: 12, Kakanj: 12, Doboј Jug: 9, Maglaj: 4. Vareš: 1 dok Zavidovići trenutno nemaju pacijente na terapiji. Pacijenti iz drugih kantona pregledaju se u Zenici, Visokom i Doboј Jugu.

Hepatitis C ima 67 pacijenata od 280 testiranih (24%). Ove godine na hepatitis C testirano je 56 pacijenata, od čega je 24 pozitivnih (42,9%). Pacijenti se uključuju na program liječenja od hepatitis C interferonom uz našu preporuku na Infektivnom odjelu Kantonalne bolnice Zenica. Liječenje je besplatno. Hepatitis B imaju tri pacijenta (1,1%). Nema registrovanih HIV pozitivnih.

Testiranja u oktobru mjesecu : Ukupno testirano 529 osoba sa 1059 testova. Opijati (heroin) su nađeni u 16,8 %, THC (marihuana) u 26%, benzodiazepini (lijekovi za smirenje) u 57,8%, amfetami u 9,7%, tramadol u 7,5 %, alkohol u 25% testiranja.



Dr.sc. Mirnes Telalović

DISFUNKCIONALNA PORODICA KAO ZNAČAJAN FAKTOR U FORMIRANJU PRESTUPNIČKOG PONAŠANJA DJECE I MLADIH

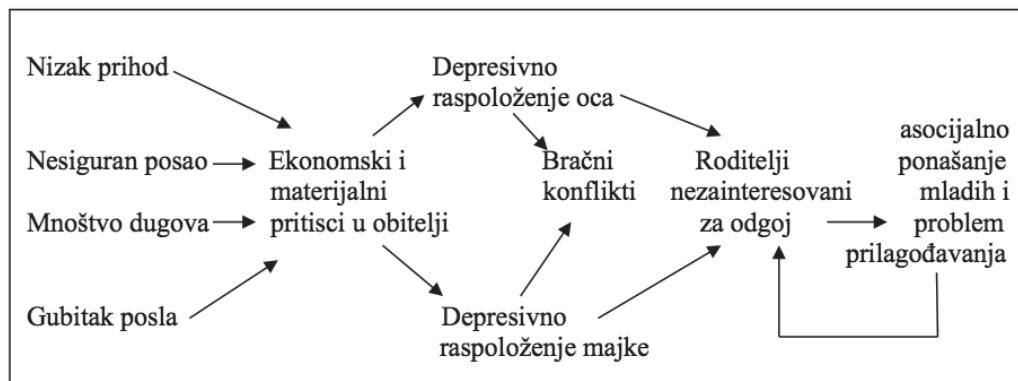
Ukoliko bi se površno posmatralo definisanje funkcionalnosti i disfunkcionalnosti porodice, onda bi se olako moglo zaključiti da je disfunkcionalnost porodice pojmovno i strukturalno u suprotnosti sa pojmovnim određenjem funkcionalne porodice. Međutim, kako je porodica, njena struktura i dinamika složena zajednica s mnoštvom interakcijskih procesa vjerovatno ovakva atribucija disfunkcionalne porodice bi bila pogrešna. „Kada se radi o porodici, posebnu pažnju istraživača zakuplja skoro čitav vek deficijentna, razbijena porodica, ona u kojoj (iz različitih razloga) nema jednog roditelja. Dugo se verovalo da maloletnici odrasli u takvoj sredini lakše postaju prestupnici od onih koji koji potiču iz kompletne porodice.“ (Ignjatović, 2003: 170)

Milosavljević (1997) ističe problem u samom definisanju dezorganizovane porodice, jer se ista često različito definiše. Autor se referira na Golubovića (1981) koji daje novu definiciju dezorganizovane porodice na osnovu sumiranja nepotpunih definicija dezorganizovane porodica, po kome je to: „porodica u kojoj nastaju takvi poremećaji u porodičnom životu koje karakteriše: 'nedostatak zajedništva, emocionalne povezanosti' i 'nemogućnost ispunjavanja bitnih porodičnih ciljeva!“ (Golubovića, 1981: 219, prema: Milosavljević, 1997: 133) U ovom definisanju uočavamo bitnim ispunjavanje porodičnih ciljeva, što nalazimo kod Alića (2012) kao jedan od ključnih elemenata za funkcionalnost porodice. Milosavljević (1997) smatra da dezorganizacija porodice može nastati razvodom braka ali navodi i druge vidove dezorganizacije porodice u koje se najčešće ubrajaju: bolest roditelja, trajne nesuglasice i sukobi roditelja, emocionalna otuđenost djece od roditelja, strah od mogućnosti da jedan od roditelja napusti porodicu, neželjeno dijete, različiti odnosi prema djeci u porodici, alkoholizam i drugi vidovi socijalne patologije, odsustvo roditelja iz mjesta boravka porodice, prevelik broj djece u porodici, prezaposlenost roditelja, teži materijalni uslovi porodice. U ovom kontekstu, kao uzrok dezorganizovanih porodica na našim prostorima, sigurno je protekli rat generirao uzroke degradiranih ili razorenih porodica, kao što su: razdvojenost porodice za vrijeme ratnih dejstava, rastava bračnih partnera uslijed dugotrajne razdvojenosti, gubitak jednog člana porodice uslijed ratnih dejstava, teške materijalne prilike kao posljedice rata, te alkoholizam, narkomanija i prostitucija.

Stoga uglavnom preovladava mišljenje „da degradirana porodica generira kriminalno ponašanje, pogotovo maloljetničku delinkvenciju. Nedovoljna posvećenost roditelja djeci, stalni porodični konflikti, ili, pak nedostatak porodičnog odgoja uslijed gubitka oba roditelja, mogu ostaviti trajne negativne posljedice u odgoju djece koja se odaju činjenju krivičnih djela i sociopatoloških pojava.“ (Petrović, Meško, 2004: 155)

Kao rizični faktori koji utiču na njenu funkcionalnost Marković (1973) smatra da su to prije svega: transformacija koju proživljava savremena porodica, emancipacija žene, vrsta odgojnog stila u porodici, zaposlenost roditelja, zakonodavstvo te ekomska pozicija porodice. Među faktore koji utiču na disfunkcionalnost porodice Pašalić-Kreso (2004), između ostalog, navodi i lošu komunikaciju u porodici i siromaštvo. „Bez sumnje siromašni ljudi imaju više problema nego drugi, a to utiče na ukupan obiteljski život kao i na podizanje djece. Nedostatak novca, život u malom prostoru (najčešće prenatrpanim) bez dovoljno hrane, odjeće i obuće za sve, te slabom medicinskom zaštitom čini ove roditelje stalno napetim i pod stresom zbog nemogućnosti uspješnog rješavanja egzistencijalnih problema.“ Autorica u daljem tekstu navodi kako je „Rand Conger razradio hipotezu 'ekomske potištenosti' gdje je našao vezu između teške ekomske situacije u obitelji i roditeljske nezainteresovanosti za djecu i odgoj, te slabih odgojnih rezultata kod adolescentnog uzrasta.“ (Pašalić-Kreso, 2004: 305)

Šema. 1. Dominantna situacija i klima u porodici pod ekonomskim stresom koja s velikom vjerovatnoćom dovodi do devijacija u ponašanju djece i mladih:



Izvor: Shafer, D.R.: *Developmental Psychology, childhood and adolescence*, 1996. str. 613, prema: Pašalić-Kreso, (2004: 305)

Da je socioekonomski status bitan faktor u funkcionalnosti porodice i da ima uticaj na ponašanje djece i mladih smatra i Pehar-Zvačko (2003: 277) navodeći kako je „jedan od pokazatelja socioekonomskog statusa jeste kvaliteta stanovanja, koja je u vezi sa kvalitetom međuljudskih odnosa, socijalizacijom i društvenim uticajima na djecu.“ Autorica smatra da loši stambeni uslovi dovode do pojave da djeca provode više vremena izvan kuće, na ulici, čime su izloženi brojnim negativnim uticajima. Očigledno da ovaj faktor doprinosi, pored uticaja subkulturalnih grupa, utiče i na funkcionalnost porodice.

Upućujući na fenomenološka obilježja maloljetnih prestupnika, Jašović (1991: 242) navodi kao „najviše njih dolazi iz porodica sa nižim socijalnim statusom. Još bliži uvid u materijalni a time i društveni status njihovih porodica pružaju podaci o imovnom stanju, stambenim prilikama i zaposlenosti roditelja. Ovi podaci su, [...] mnogo pouzdaniji indikatori o povezanosti socijalnog statusa porodice sa delinkvencijom mladih.“

Kao indikatore disfunkcionalnosti porodice, možemo smatrati sve one uzroke kojima se nastoji objasniti delinkventno ponašanje mladih. U takvom objašnjenju uzroka Buljubašić (2005: 68) ukazuje na uzroke koji su istovremeno mogu biti i pokazatelji naraušenja funkcionalnosti porodice, od njene strukture pa do nepovoljnih stambenih uslova. Također, neki od indikatora disfunkcionalnih porodica jesu postojanje sukoba i agresije a odnosi među njezinim članovima su hladni i zanemarujući. Među raznim faktorima nepovoljne uvjete najviše potiču roditeljski sukobi, neadekvatno roditeljstvo (nemar, nebriga, emocionalna nedostupnost, izostanak potpore) i novčane teškoće obitelji. Nekvalitetno roditeljstvo potiče agresivnost i delinkventno ponašanje a novčane teškoće anksioznost i agresiju djece.

Očito je da sve navedeno ukazuje na to da porodica, odnosno njena disfunkcionalnost predstavlja značajan porodični faktor u determinizmu i uzrokovajući sociopatološko ponašanje djece i mladih. Opasnost ekspanzije negativnog ponašanja posebno je rizična u bosanskohercegovačkom društvu s obzirom na nedavna ratna dešavanja. U tom smislu zabrinjavajući su podaci o broju djece bez oba ili jednog roditelja. „Samo u gradu Sarajevu bez oba roditelja ostalo 350 djece, a bez jednog roditelja preko 3500 djece [...] Prema najnovijim podacima djece bez oba roditelja na području Federacije ima 2.800.“ (Dervišbegović, 1998: 66-67)

Stoga, savremeni teorijski pristup prestupničkom ponašanju djece i mladih treba da doprinese boljem razumijevanju uzroka koji dovode do disfunkcionalnosti porodice i iznalaženju preventivnih mjera i akcija na očuvanju njene fukcionalnosti, kao jedinstvene društvene institucije i cjeline. Svakao, bitno je naglasiti da porodica nije jedini niti presudni faktor u formiranju prestupničkog ponašanja djece i mladih. I da je ona (porodica), danas izložena mnogim snažnim društvenim uticajima koji prijete njenoj stabilnosti i funkcionalnosti.

Literatura

- Alić, A. (2012). *Struktura i dinamika obiteljske kulture*. Sarajevo: Dobra knjiga.
- Buljubašić, S. (2004). *Socijalna integracija djece bez roditeljskog staranja*. Sarajevo: DES.
- Buljubašić, S. (2005). *Maloljetnička delinkvenčija*. Sarajevo: ARKA PRESS.
- Čudina-Obradović, M., Obradović, J. (2006). *Psihologija braka i obitelji*. Zagreb: Golden marketing, Tehnička knjiga.
- Dervišbegović, M. (1998). *Socijalni rad teorija i praksa. II dopunjeno i izmjenjeno izdanje*. Sarajevo: Studentska štamparija.
- Ignjatović, Đ. (2007). *Kriminologija. Osmo izmenjeno i dopunjeno izdanje*. Beograd: Dosije.
- Jašović, Ž. (1991). *Kriminologija maloletičke delinkvencije*. Beograd: Naučna knjiga.
- Marković, T. (1973). *Maloljetnička delinkvenčija i njezino suzbijanje*. Beograd: GIP „PROSVETA“.
- Milosavljević, B. (1997). *Socijalna patologija i društvo*. Beograd: Institut za kriminološku i sociološku istraživanja.
- Pašalić - Kreso, A. (2004). *Koordinate obiteljskog odgoja*. Sarajevo: Jež.
- Pehar-Zvačko, L. (2003). *Slobodno vrijeme mladih ili... Zenica: „Dom štampe“*, d.d.
- Petrović, B., Meško, G. (2004). *Kriminologija*. Sarajevo: Pravni fakultet Univerziteta u Sarajevu.



Prim. doc. dr sci. med.
Jasmin Softić

Akademска zvanja i subspecijalizacija bolesti ovisnosti u Zavodu za bolesti ovisnosti

Senat Univerziteta u Zenici je na svojoj sjednici 30.9.2015. godine donio odluku o izboru prim. dr. sci. med. Jasmina Softića u nastavno-naučno zvanje docent za predmete: Medicinska psihologija i psihopatologija i Neurologija sa njegovom II na Zdravstvenom fakultetu.

Ove godine je prim. dr. sci. med. Jasminu Softiću Federalno ministarstvo zdravstva priznalo subspecijalizaciju bolesti ovisnosti. To je prvo akademsko zvanje i prva subspecijalizacija bolesti ovisnosti u našoj ustanovi a očekujemo i sljedeće za ostale uposlenike. U Zavodu sada rade: dva doktora nauka, četiri magistra nauka koji rade na izradi doktorskih disertacija, dva magistranta, jedan subspecijalista bolesti ovisnosti. Svaki šesti uposlenik ima magisterij ili doktorat!



Rad napisala:
magistar psiholoških nauka
Mujčinović Nermana

Psihoterapijski značaj Jutarnjeg raporta na Detox-odjelu

Na Detox-odjelu JZU KZZBO ZDK, koji je namjenjen za stacionarni tretman bolesti ovisnosti, principi rada se značajno razlikuju od principa rada klasičnih bolničkih Odjela. U potpunosti svjesni kompleksnosti bolesti koju tretiramo morali smo misliti na tri segmenta koji ovu bolest svrstavaju u grupu najtežih za liječenje. Tu prvenstveno mislimo na specifičnost metabolizma, karakteristike ličnosti i različite socijalne okolnosti u kojima naši pacijenti žive. Ukratko, da bi se ovisnik uspješno liječio i izlijеčio potrebno je raditi na tri različita polja: biološkom, psihološkom i socijalnom.

Program liječenja ovisnosti kakvog provodimo na Odjelu za stacionarni tretman našeg Zavoda je složen proces koji se sastoji od više komponenti i koji se odvija u fazama i provodi na multidiplinarnan način. Ovaj program sadrži: razvoj motivacije za liječenje, farmakološku terapiju, individualnu psihoterapiju sa naglaskom na kognitivno-bihevioralnoj terapiji, porodično savjetovanje XE „savjetovanje“ , okupacionu terapiju, muzikoterapiju, grupnu psihoterapiju i socijalnu terapiju, edukaciju o terapijskim zajednicama itd

Kada govorimo o psihoterapijskom procesu, jedan od segmenata rada na našem Detox-odjelu, a koji smo kao primjer dobre prakse preuzeли od kolega koji su u ovom polju duže od nas, je održavanje Jutarnjeg raporta. Jutarnji raport je aktivnost koja je suštinski oslonjena na kognitivno-bihevioralni psihoterapijski pristup. Forsira se aktivan stav pacijenata u tretmanu, a postiže se zadavanjem zadaća koje pacijenti svakodnevno rade sami.

U procesu pripreme i realizacije ove aktivnosti pacijentima se dodjeljuju uloge koje oni moraju „odigrati“ na najbolji mogući način da bi zaslužili pozitivno verbalno potkrepljenje u obliku javne pohvale. Istovremeno, igrajući ove uloge i poštujući pravila grupnog rada pacijenti treniraju socijalne vještine i jačaju kompetencije.

Iako proveden uz našu pomoć i nadzor, Jutarnji raport kreiraju i vode pacijenti. To je redovna dnevna aktivnost na Odjelu koja započinje u definisano vrijeme (09:00 h) nakon što pacijenti završe doručak, jutanju vizitu i podjelu terapije. U ovoj aktivnosti učestvuju svi ležeći pacijenti te članovi stručnog tima Odjela i medicinski kadar. Svi pacijenti pritom imaju zaduženja (uloge) koje trebaju obaviti. Uloge pacijentima dodjeljuju članovi stručnog tima Odjela u toku sastanka terapijske zajednice dva puta sedmično.

Jutarnji raport svojim obraćanjem započinje Domaćin. Uloga Domaćina je najzahtjevija uloga i podrazumijeva da je obavlja osoba koja je u datom momentu najkompetentnija te najodgovornija. Biti Domaćin grupe pacijenata predstavlja čast i sa sobom nosi odgovornost. Domaćin čita izvještaj od prethodnog dana u kojem nas informiše o svim aktivnostima Odjela. Nakon toga, Domaćin daje riječ svima pojedinačno, pa u toku Jutarnjeg raporta dobijamo izvještaće o dešavanjima u svijetu i kod nas, o sportskim dešavanjima, vremensku prognozu, informacije o higijeni na Odjelu, poštovanju pravila u kabini za pušenje, stanju dvorišta, stanju unutar grupe pacijenata i na kraju, informaciju o planiranom dnevnom rasporedu aktivnosti za taj dan. Svaka od ovih uloga nosi određenu težinu ali i mogućnost da se pacijenti pokažu u najboljem svjetlu te zasluže pohvalu. Pravila koja se u toku Jutarnjeg raporta moraju ispoštovati su jednaka pravilima grupnog terapijskog rada. To su: poštovati dogovoren vrijeme rada, ponašati se adekvatno, ne upadati drugima u riječ, poštovati izlaganje drugih, ne uvrijediti nikoga svojim izlaganjem, ne kritizirati itd.

Nakon što pacijenti završe sa izlaganjima, Domaćin zamoli stručni tim i medicinsko osoblje da prokomentiraju sve prezentirano, te nakon toga, zaključi Jutarnji raport.

Po ulasku na naš Odjel, pacijenti koji su po prvi put tu, budu iznenađeni ovim aktivnostima. Naviknuti na potpuno pasivnu ulogu pacijenata na drugim bolničkim Odjelima, na cjelodnevno ležanje u krevetima i nemogućnost aktivnog uticaja na proces liječenja, ponekad pokazuju zbumjenost što se od njih očekuje da nešto i oni rade. Kada im se saopšti da će biti u obavezi da nešto napišu ili pročitaju često pokažu otpor jer po njihovim riječima: „Godinama nisam držao olovku u ruci, zaboravio sam pisati“.

U ovom momentu se mora pristupiti psihoedukaciji o simptomima bolesti ovisnosti. Treba ukazati na amotivacioni sindrom koji je karakteristika bolesti, potpunu pasivizaciju koja se generalizira na sve aspekte života osim po pitanju nabavke narkotika te da se ovaj stav mora mijenjati ako se želi zdravljie. Zatim, potrebno im je ukazati da svakodnevne obaveze zdravog, aktivnog stanovništva često podrazumijevaju ne samo držanje olovke i pisanje, nego takođe izlaganje nekog materijala i prisustvovanje sastancima, te da je Jutarnji raport jedna lagana prilika da se u tim aktivnostima treniraju u podržavajućem i sigurnom okruženju.

Nakon što se o svemu tome educiraju pacijenti su potpuno spremni prihvati ovu aktivnost i gotovo nikada se ne desi da otpor duže traje.

Važan aspekt ove aktivnosti je i tačno precizirano vrijeme u kojem se odvija. Svi zaposleni na Odjelu se trude da sve dotadašnje aktivnosti na Odjelu budu završene tačno na vrijeme i da se dogovoren termin rada ničim ne poremeti. Sve to ima svoje duboke terapijske razloge. Ovisnici generalno pokazuju iskrvljenu percepciju vremena i nisu u stanju vremenski planirati aktivnosti niti su motivirani da se pridržavaju rokova. Veoma često zbog toga zapadaju u probleme i sukobe sa uređenim socijalnim sistemima na svim nivoima ali i unutar interpersonalnih relacija. Oni kasne sa prijavljivanjima na Biro za zapošljavanje, ovjeru zdravstvene knjižice, vađenje lične karte, kasne na psihoterapijske seanse, kasne na preglede, druženje sa prijateljima, eventualne odlaske na posao itd. Jutarnji raport je aktivnost koja ih trenira da misle o protoku vremena te da se što bolje pripreme da u tačno određeno vrijeme iskažu svoje kompetencije. Osim toga, tačno precizirano vrijeme i pridržavanje plana stvara osjećaj sigurnosti, smanjuje anksioznost povećanjem osjećaja kontrole nad životnim okolnostima i utiče na generalnu percepciju života.

Zbog prirode bolesti ovisnosti koja pacijente tjera da se osjećaju bespomoći i nesposobni, ponekad pokažu istinsku brigu kako će obavljati neku od zahtjevnijih uloga, a pogotovo ulogu Domaćina. Tada ih treba podržati, objasniti da dodjela zahtjevne uloge nije slučajna nego je proizvod procjene stručnjaka o kompetencijama pacijenta i pozitivnom momentu toka liječenja te da su strah od neuspjeha ili osjećaj da ulogu neće moći odraditi neosnovani. Nakon protoka dan-dva od preuzimanja uloge, nakon verbalnih potkrepljenja od strane tima, pacijenti pokazuju vidan napredak po pitanju spoznaje o vlastitim sposobnostima, a to značajno utiče na podizanje samopouzdanja, jačanje svijesti o mogućnostima prevladavanja bolesti ovisnosti i o vlastitim sposobnostima.

Proširenje kapaciteta Detoks odjeljenja

Za ovaj broj Biltena prenosimo informacije kako su i pisane u vrijeme otvaranja Odjeljenja:

Sa naše fejsbuk stranice: Prigodom ceremonijom je ozvaničeno okonačnje poslova na adaptaciji i proširenju Detoks odjeljenja Zavoda za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona. Odjeljenje, koje se nalazi u krugu Kantonalne bolnice Zenica, jedan je od važnijih segmenta u procesu liječenja ovisnika o narkoticima i alkoholu. RTV Zenica: Detoks odjeljenje hospitalni je dio cjelovitog programa liječenja bolesti ovisnosti. Počeli smo u krajnje neuslovnom prostoru i sa šest kreveta za pacijente što se vrlo brzo pokazalo kao nedovoljno, istakao je Jasmin Softić, direktor Zavoda za bolesti ovisnosti ZDK. Kancelarija UNDP-a u BiH izrazila je razumijevanje za naše potrebe i odobrila sredstva neophodna za adaptaciju i proširenje Detoksa. Sada imamo deset kreveta i nove pomoćne prostorije što je osnovna jedinica detoksa po najnovijim evropskim standardima, naglašava Softić. Od osnivanja detoks odjeljenja, u kojem je dolazak, boravak i odlazak pacijentata potpuno dobrovoljan, bilježimo konstantan porast interesa osoba koje žele pobijediti svoju ovisnost, ističe neuropsihijatar Samir Kasper, načelnik Medicinske službe Zavoda za bolesti ovisnosti. Do prvog maja, kroz ovaj prostor prošlo je njih 518. Proširenje i uređenje Detoks odjeljenja, po njegovom mišljenju, daće poticaj ovom trendu. Presjecanju crvene vrpce obnovljenog Detoks odjeljenja prisustvovali su i zvaničnici kantonalne Vlade, premijer i ministar zdravstva. Premijer, Miralem Galijašević kaže kako je Zavod za bolesti ovisnosti ispunio cilj zbog kojeg je osnovan. U radove adaptacije i proširenja Detoks odjeljenja, UNDP je uložio oko 60 hiljada KM a Zavod za bolesti ovisnosti ZDK 20 hiljada maraka vlastitih sredstava.



Uzmi ispruženu ruku tebi

U svakoj ljudskoj nesreći čovjek traži spasenje duše, spasenje tijela oronulog življnjem koje nije dostojno ljudskosti bitisanja na ovom svijetu, koji ne prašta naše greške, naše gluposti, ne opršta. A bilo ih je previše. Čovjek nije jak kao što se čini, da sam nađe izlaz iz pakla u koji je ušao, da li svjesno ili nesvjesno.

Čovjek traži ruku da ga spasi, ali često ne zna gdje je ta ruka u magnovenju, ne razumije da li je to ruka spasa ili mu to neko flašu pruža da mu se razbistri pogled. A pogled je sve mutniji, noć, nigdje zore ni bijela dana. Ne vidi se ni prst pred okom, a u duši želja da svane dan, da sunce grane i ugrije tijelo davno zamrznuto, utrnulo od alkohola.

Želja postoji, ali treba i hrabrosti, sam sebi priznati ko si i šta želiš od svog života. Treba hrabrosti naći u sebi i priznati, stati na vjetrometinu života i upaliti luč, zapaliti one stare životne vatre, žeravice je ostalo.

Znamo, za svako spasenje duše čovjek treba nekog, treba savjet, treba da taj savjet posluša i da ostane dosljedan. Dosljednost je najbitnija, obećanje dato samom sebi. Postoje ljudi kojima je posao pomagati ljudima koji su skrenuli s normalnog kolosijeka, koji znaju gdje je skretnica ka boljem životu. A bolji život te čeka tu negdje. U tom nastojanju niko neće primjeniti silu, jer sve je to na dobrovoljnoj bazi, stvar dobre volje, twoje dobre volje, twoje želje. Jer ako nema twoje volje, twoje jake želje za liječenjem, jer alkoholizam je bolest, ne samo bolest ovisnosti, već je to i psihička bolest, psihička labilnost davnih trauma iz djetinjstva.

Uzmi tu ruku, prihvati je, izvući će te iz blata, iz dubine. Ne budi lijen, potraži ustanovu u svom gradu, obrati se ljekaru, pokazati će ti put, put spasenja. Naći će se poneki stari prijatelj, pravi prijatelj koji će ti pomoći. Ne odbijaj tu pomoć, jer teško je naći pravog prijatelja. Svi ostali će biti u nevjericu, reći će: „Čuj ti pjano ostavio alkohol“. Neće vjerovati. Neće shvatiti da nisi više onaj što je molio za pola marke za polovku brlje.

Da, budi jak, budi drugi čovjek i tad kad budeš trijezan, kad budeš gledao svojim očima, kada tvoj hod bude prav, vidjet ćeš ko ti je prijatelj, ko će te „novog“ pozdraviti. Mnogima će trebati dugo da shvate da si u susretu s njima nov čovjek, da si trijezan, da imaš nova saznanja šta je život, novi život. Prolazit ćeš onim starim stazama i sretati svoje „bijše prijatelje“, ni oni shvatiti neće, neće vjerovati, da u susret im ide drugi čovjek.

I zato uzmi ispruženu ruku, spasi se. Obrati se u zdravstvenu ustanovu sebe radi, spasi se čovječe. Pokaži svoju hrabrost samome sebi, drugi nisu važni. Liječenjem stičeš nove prijatelje s istom ili možda gorom životnom pričom, ali su bili hrabri i prznali ko su, šta su. Našli su hrabrost, prihvatali ruku i sada žive normalnim životom.

Čovječe, budi „gord i budi jak“, u novu budućnost kreni novim putem, širim kolosijekom. Neće biti lako, izdrži.

Našim putevima ne posipaju cvijeće, jer mi smo bivši alkoholičari, pijanice, probisveti. Dokaži prijatelju da to možeš, prošlost nek bude iza tebe. Pratiti će te etiketa „pjano“, a ti uzmi ispruženu ruku spasa i hodaj visoko dignuta čela.

„Koračaj!“



Jozic Mile Benicka

Istorija adiktologije na području Zeničko-Dobojskog Kantona



Dr Samir Kasper
spec.neuropsihijatar

Povijest adiktologije na području Zeničko-Dobojskog Kantona seže daleko u prošlost i prije formiranja zvaničnih medicinskih institucija koje bi se bavile rješavanjem ovog problema. Tako su sa dolaskom Austro-Ugarske na ove prostore počela da se formiraju trezvenjačka društva koja su najčešće bila vezana uz religijske ili kulturno prosvjetne organizacije.

Ipak pravi zamah u razvoju adiktologije započinje nakon drugog svjetskog rata kada se formira Regionalni Medicinski Centar u Zenici te ustrojava posebna Služba za Neuropsihijatriju u sklopu ove institucije. Sve do ratnih dešavanja u Bosni i Hercegovini ova institucija predstavlja glavnog nositelja preventivnih i terapijskih aktivnosti vezanih za alkoholizam kao tada predominantan vid ovisnosti. U drugoj polovini osamdesetih godina dvadesetog vijeka u Zenici se počinje primjenjivati i metadonska supstituciona terapija u tretmanu ovisnika o opijatima. Ovaj vid tretmana se tada provodio pod supervizijom Klinike za bolesti zavisnosti u Beogradu kao tada jedine relevantne institucije za provođenje ovog vida tretmana u bivšoj SFRJ. Iako je broj ovisnika o opijatima u tom periodu bio neusporedivo manji ovaj program je imao veliki značaj u prihvatanju ovisnosti o opijatima kao bolesti te razbijanju stigma vezanih za ovo oboljenje.

Postratni period je donio velike promjene u društvenom uređenju što se odrazilo i na zdravstveni sistem. U Zenici je formiran Centar za mentalno zdravlje koji je pored novog pristupa mentalnog zdravlja u zajednici preuzeo i brigu o ambulantnom tretmanu ovisnika o opijatima. Tako je ponovno implementiran i program opijatne supstitucione terapije i to među prvima u nezavisnoj BiH i prije nego što je to učinjeno i u razvijenijim medicinskim centrima. Voditelj programa u tom periodu je bio dr Edin Bjelošević koji je praktično sam organizovao i terapijske i preventivne aktivnosti te uspostavio suradnju sa Zavodom za alkoholizam i druge toksikomanije u Sarajevu gdje se vršio stacionarni tretman ovisnika o opijatima. Nakon dr Bjeloševića poslove i radne zadatke iz ove oblasti preuzima dr Samir Kasper i obavlja ih sve do formiranja JZU Zavod za bolesti ovisnosti.

Ratna dešavanja, velike demografske promjene, postratna ekomska kriza te tranzicijski procesi na području Zenice i okolnih općina dovode do velikog porasta incidence i prevalence bolesti ovisnosti tako da dotadašnji zdravstveni kapaciteti nisu bili dostačni da odgovore naraslim potrebama. Zbog toga Kantonalna vlada u tadašnjem sazivu formira ekspertnu grupu čiji je zadatak bio da sačini informaciju sa predlozima mjera za prevazilaženje postojećeg stanja. Na osnovu prijedloga mjera ekspertne grupe poduzete su odgovarajuće aktivnosti te je 5.12.2005. godine formiran JZU Kantonalni Zavod za borbu protiv bolesti ovisnosti Zenica kao krovna institucija koja će se baviti prevencijom, tretmanom i rehabilitacijom ovisnika o psihohaktivnim tvarima. U prvim fazama razvoja ustanove akcenat je stavljen na tretman ovisnika o psihohaktivnim supstancama najviše opijatima.

Razvoj ustanove se može podijeliti u nekoliko faza.

Prva faza traje od osnivanja ustanove do 12. maja 2008. godine. Ovu fazu karakterizira ustrojavanje i kadrovsko jačanje ustanove. Po prvi put u istoriji započinje se supervizirana podjela opijatne supstitucione terapije najprije na području Zenice 30. aprila 2006. godine a nakon toga i na drugim općinama Kantona preko lokalnih zdravstvenih ustanova (Domova Zdravlja). Ovo je do danas unikatan primjer i u praksi je poznat kao tzv. Zenički model koji po našem mišljenju ima optimalan odnos decentralizacije i supervizije nad tretmanom. Za potrebe stacionarnog tretmana ovisnika i dalje se koriste bolnički kapaciteti Zavoda za alkoholizam i druge toksikomanije Kantona Sarajevo.

Druga faza u razvoju ustanove počinje sa otvaranjem stacionarnog detoxa 12. maja 2008. i traje do druge polovine 2012. godine. U ovoj fazi otpočinje stacionarni tretman ovisnika o opijatima uz dalje kadrovsko jačanje i inovativne terapijske procedure u ambulantno-polikliničkom i stacionarnom dijelu ustanove. Kvalitet rada je brzo prepoznat pa su osim pacijenata sa područja našeg Kantona zdravstvene usluge počeli tražiti i pacijenti iz susjednog Srednjobosanskog ali i udaljenijih kantona kao što su Unsko-Sanski, Posavski, Tuzlanski, Bosansko-Podrinjski. Glavni limitirajući faktor u daljem razvoju ustanove postaje prostorni problem i u ambulantnom i u stacionarnom dijelu.

Treća faza u razvoju ustanove počinje u drugoj polovini 2012. godine. Ovu fazu karakterizira intenzivniji rad na prevenciji i tretmanu alkoholizma te tako naša zdravstvena ustanova postaje i alkohološki centar. Ovome su naravno prethodile obimne pripreme i predradnje uključujući i certificiranu edukaciju uposlenika iz oblasti alkoholizma koju su predvodili renomirani stručnjaci iz ove oblasti prim. dr. Hajrudin Hasečić specijalista neuropsihijatar i prof. Zineta Dvizac psiholog. U ambulantno-polikliničkom dijelu došlo je do velikog povećanja broja tretiranih ovisnika o alkoholu a u bolničkom dijelu su se počeli primjenjivati svi suvremeni principi tretmana alkoholizma uključujući tu i adverzivnu terapiju alkoholizma te aplikaciju depo pripravaka u svrhu prevencije relapse alkoholizma. Ukrzo je i u ovoj oblasti Zavod postao regionalni lider i jedna od vodećih ustanova na području BiH što se očitovalo i kroz izrazito povećanje broja tretiranih pacijenata iz drugih geografskih područja.

Posljednja faza u razvoju ustanove počinje u maju ove godine sa proširenjem smještajnih kapaciteta na 10 kreveta u bolničkom dijelu ustanove. Građevinski radovi na anexu Detoxa su realizirani zahvaljujući grantu UNDP-a. Ranije dostignuti nivo pružanja zdravstvenih usluga se održava uz kvalitativno povećanje broja pruženih usluga ali trendovi porasta ukazuju da će u budućnosti najvjerojatnije biti neophodno dalje širenje smještajnih kapaciteta ali ujedno i prostorno proširenje zbog boljeg i adekvatnijeg povođenja terapijskih procedura.

Adiktologija na području Zeničko-Dobojskog Kantona i nekadašnje regije Zenica je prošla dug put od volonterskih udruga do razvoja specijalizovane i prepoznatljive ustanove. Danas je Zavod visokospecijalizovana ustanova koja zahvaljujući svojim kadrovskim potencijalima pruža najsloženije zdravstvene usluge iz oblasti adiktologije i srodnih medicinskih nivoa koje pripadaju sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene zaštite tj. ustanova kliničkog ranga. Te zdravstvene usluge uključuju: provođenje svih varijeteta opijatne supstitucione punim i parcijalnim opijatnim agonistima, provođenje detoksifikacionog procesa kod svih kemijskih ovisnosti, tretman ovisnika sa dvojnim i trojnim dijagnozama, forenzičke ekspertize i tretman forenzičkih pacijenata, kompletan i integriran tretman svih kemijskih i behavioralnih ovisnosti u ambulantno-polikliničkom i po potrebi u stacionarnom dijelu Zavoda, tretman kroničnih komplikacija bolesti ovisnosti, široku lepezu preventivnih aktivnosti namjenjenih svim dobnim skupinama, sociorehabilitacione procedure i suradnju sa terapijskim zajednicama.

Glavni limitirajući faktor za dalji razvoj je sigurno problem prostora. Zbog naglog i ubrzanog razvoja institucije sadašnja prostorna rješenja i u ambulantno-polikliničkom i u stacionarnom dijelu ustanove su nedostatna a pogotovo se to odnosi na prostorije u kojima bi se trebali provoditi ratličiti oblici terapijskih intervencija koje postaju sve složenije shodno tome kako se i patologija tretiranih pacijenata usložnjava. Usprkos svim problemima Zavod perzisitira kao regionalni lider i jedna od vodećih institucija u oblasti adiktologije na području BiH u kojoj su ove godine tretirani i prvi pacijenti iz inostranstva.



Adila Softić, diplomirani psiholog
Psihoterapeut transakcione analize p.s.

ŽIVOTNI SCENARIO OVISNIKA O ALKOHOLU

Genetičari su skloni izjavama da je ličnost čovjeka stoprocentno genetička, odnosno da ni jedna crta ličnosti nije bez uticaja gena. Sociolozi s druge strane kažu da je ličnost stoprocentno proizvod sredine, da sredina utiče na svaki čin. Ipak, ne bismo trebali biti isključivi te uzimamo u obzir oba stanovišta, pogotovo kada se radi o ovisnostima. Psihološko ustrojstvo iz kojeg proističu motivi našeg ponašanja, doživljaj samog sebe i svijeta u kojem živimo, proističu iz veoma složene interakcije genetskih datosti, uslova ranog odrastanja tokom kojeg dominantnu ulogu ima uža porodica, da bi se konačno ličnost formirala pa i kontinuirano modificirala u okviru specifične konstellacije društvene zajednice.

Dakle, razvoj ličnosti počinje od momenta začeća do poroda, pa zdrave simbiotske zavisnosti u djetinjstvu od majke i bližnjih, kroz sve veću nezavisnost u mladosti, da bi u zreloj dobi dostigla stepen pouzdanosti i odgovornosti.

O ranom periodu našeg života i uticaju različitih faktora na razvoj ličnosti, na pitak način govori psihoterapijski pravac nazvan transakciona analiza (u daljem tekstu TA).

Transakciona analiza govori o životnoj prići koju svaki pojedinac „piše“ od rođenja. Eric Berne koji je osnivač TA, kazuje „o nesvesnom životnom planu napravljenom u djetinjstvu, koji su roditelji potvrdili, naknadni događaji opravdali i koji je kulminirao odabranim izborom“. Taj odabrani izbor su rane odluke o sebi i drugima. Rane odluke su posljedica osjećanja djeteta, najčešće još prije govornog vremena. Ovakav životni plan je nazvan životni scenario ili skript.



Svako dijete filtrira i donosi odluke o sebi i drugima prema verbalnim i neverbalnim porukama pri čemu više posvećujemo pažnju toksičnim porukama roditelja u ranom djetinjstvu. To su zabrane (poruke koje upućuje roditelj a koje proističu iz bola i patnje koje je sam roditelj iskusio: osjećanja nesreće, strepnje, razočarenja) i drajveri (zapovjesti ili upute - dijete osjeća prisilu

da slijedi naredbe i pretstavljuju niz ponašanja koji su okarakterisani riječima i gestikulacijom) prema kojim se formiraju programi življenja. Najčešće zabrane:

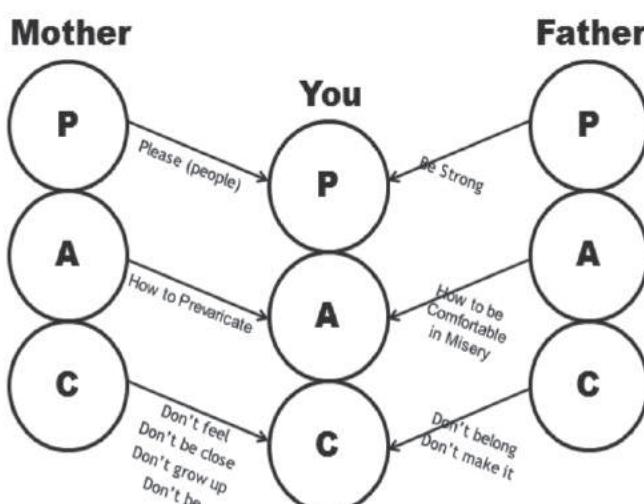
Nemoj postojati, Nemoj biti dijete, Nemoj biti svog spola, Nemoj da odrasteš, Nemoj da uspiješ, Ne budi važan, Ne pripadaj, Ne budi blizak, ne osjećaj. Najčešći drajveri: Budi jak! Budi savršen! Radi naporno! Ugodi drugima! Požuri!



Životni scenario može biti: Gubitnički – pojedinci nanose najviše štete sebi ali i drugima, on ne zna šta će uraditi kada izgubi, Gubitnički, skript može kulminirati smrću, povredom ili bolesću, zatvorom;

Pobjednički skript - ostvaruje svoj namjeravani cilj, ispunjava ugovorne obaveze prema sebi i drugima; Banalni skript - osoba sa ovakvim skriptom "drži se sredine", ne preuzima rizike, nema posebnih gubitaka ali ni pobjeda, učestvovat će u igri ali nikada „blizu lopte“.

Životni scenario se može prikazati dijagramom koji se naziva Skriptna matrica.



Script matrix (Steiner,C.1974.)

U psihoterapiji se radi analiza životnog scenarija te nam je to važan koncept ili metod u radu. Zajedno sa klijentom, analizirajući njegov životni scenario, dolazimo do velikog broja podataka i klijentovih spoznaja. Sve to teče lagano, spontano, bez forsiranja. Za neke klijente je to bolno jer nosi veliki emocionalni rizik zbog prisjećanja na ranije godine svog života i glavnih aktera.

Čemu služe i zašto rane odluke donosimo tako rano u djetinjstvu postoje dva razloga za to:

- rane odluke su najbolja strategija djeteta za opstanak u neprijateljskom okruženju
- rane odluke se donose na osnovu djetetovih emocija i sposobnosti da razumije realnost.

Nakon ovakve analize, planiramo daljnji tretman čiji je glavni cilj donošenje novih odluka i življenje u skladu sa njima.

Ovaj metod je vrlo koristan u radu sa ovisnicima te ovom prilikom će biti prikazan jedan tipičan životni scenario ovisnika o alkoholu.

Tipični životni scenario ovisnika o alkoholu najčešće uključuje:

• Otac često ovisnik o alkoholu, puno radi ili je pak neostvaren u poslu, agresivan je prema djeci i majci, sklon nasilju, strog, grub, ne pokazuje ljubav. Otac svojom verbalnom i neverbalnom komunikacijom upućuje poruke djeci: Zabrane - na egzistenciju, mišljenje, važnost, osjećanja, ne budi dijete. Poruke zvane Drajeri od oca su: budi jak! radi naporno! Ugadaj mi! Požuri! Otac najčešće nosi težinu svog životnog scenarija te ni sam nije osjetio ljubav svojih roditelja.

• Majka najčešće domaćica, tiha i blaga, topla, zaštitničkog ponašanja, sklona prihvatanju nasilja i strahuje od promjena. Svojim ponašanjem odašilje poruke djeci: Zabrane - ne odrasti, ne uživaj, ne budi blizak. Takoder, majka upućuje poruke zvane drajeri: ugadaj drugima! Budi ljubazan! budi savršen! Za majku također važi da ima svoj životni scenario, da je njen mehanizam preživljavanja formiran još u njenom djetinjstvu te se nije mijenjao. • Često roditelji zahtijevaju od djeteta određeno ponašanje, a svojim modelom ponašanja odašilju suprotne signale. Kažu: Ti nisi ok, glup si, vidite kakav si, neću te voljeti i ne vrijediš ako ne uradiš; moraš biti dobar – a otac maltretira majku, djecu i pije, ono što zaradi novca ne daje u porodici ili sasvim malo, ne pokazuje ljubav. Tako nastaje Program življenja koji sa sobom nosi patologiju. Dijete o sebi stvara predstavu da nije ok, da nije važno u porodici, da ne zna razmišljati. Ne vjeruje u sebe, svoje sposobnosti, ne voli sebe. Program življenja pod uticajem majke: Porodica se ovako drži na okupu, moraš ugađati drugima da te vole, budi ljubazan i zanemari sebe.

Program življenja pod uticajem oca: ne budi dijete, radi, ne budi slabici, ako ne budeš jak kao ja nećeš vrijediti i neću te voljeti. U Skriptu, u tom scenarioju, ovisnik živi. Iako je rođen kao pobjednik, kao zdrav. Razvija program življenja onako kako to roditelji verbalno i neverbalno nameću. Tako kao dijete odluči nesvesno, da li će biti sretan ili depresivan, pobjednik, jak ili zavistan, i nakon što je odlučio, on provodi ostatak svog života u obistinjavanju odluke koju je donio u ranom djetinjstvu. Pronalazi sebi društvo u kojem će biti jednak, biti važan. Da bi skrenuo pažnju na sebe, roditeljima uporno šalje signale za pomoć. To su slabe ocjene u školi, snijegno vladanje, sklonost tučama pa i krađama postepeno. Korištenje duhana pa i marihuane. Postaju i progonitelji i žrtve. Kako roditelji više zanemaruju signale ili ih ne primjećuju, dijete se sve više posvećuje radnjama koje bi privukle pažnju roditelja makar to bila opet kazna. Traže bilo kakav kontakt sa roditeljima gdje će oni biti posvećeni samo njemu. Delinkventno ponašanje može i da se zaustavi na neko vrijeme. Osoba osniva porodicu i posvećuje se poslu. Međutim, idila kratko traje jer je patologija koju nosi preteška. Zapada opet u probleme i traži utjehu u alkoholu. Problemi u porodici se razvijaju. Zanemaruje svoj izgled. Posao visi o koncu. Zapada u totalnu socioemocionalnu krizu.

Najčešće se tada javljaju na liječenje.

Za one koji se odluče za gubitnički skript, da ostane u alkoholu jer je to lakši put da izbjegne realnost i eventualne poteškoće i probleme, posljedice mogu biti katastrofalne.

Naravno, završava u bolnici a moguće i letalno, ukoliko ne napravi svjesnu i zrelu odluku za promjenom.

Pojedinci koji se odluče na novi život sa Novim odlukama, trezvenost/apstinencija dolazi u prvi plan te pravi strategiju liječenja odnosno rehabilitacije u dogовору sa stručnim osobama. On piše novi životni scenario.

Tretman Medikamentozna terapija provodi se paralelno sa psihoterapijom.

U transakcionaloj analizi tretman teče kroz empatičnu komunikaciju i spontanost, tempom koji klijentu odgovara. A svaka tehnika koja se primjeni je adekvatna upravo za tog klijenta.

Cilj je jasan - ovisnik o alkoholu spoznaje sebe – svoj životni scenario, svoju ličnost i priznaje sebi da je ovisnik, donosi Nove odluke o promjeni, o životu te postiže autonomiju.

Nova odluka se ne donosi naglo. To je proces. Održavanje apstinencije je proces. Važno je uključenje porodice tj. njihova podrška i prihvatanje odgovornosti ovisnika za svoje postupke da bi došao do izlječenja i novog života.

Postoje tri vrste završetka terapije:

• Slučajni – lako može biti neka vrsta nesvesnog procesa, klijent jednostavno prestane dolaziti zbog nekih obaveza. Zapravo želi indirektno izbjegići terapiju. Ali ne mora biti to pravilo.

• Završetak u otporu – klijent iznenada napušta terapiju bez objašnjenja. Ponekad sa izvinjenjem.

• Terapijski – najpoželjniji tip završetka, tada su ciljevi postignuti, uz dogovor terapeuta i klijenta. Završetak psihoterapijskog rada sa ovisnicima o alkoholu su često završeci u otporu jer nisu zapravo spremni da se suoče sa odgovornošću i novim promjenama. Često se desi da verbalizuju motivaciju za promjenom a zapravo njihova želja je da ostanu isti jer ih je strah živjeti drugačije.

Svakako, ima i terapijskih završetaka, s tim da radimo laganim tempom, sa vraćanjem na prethodnu etapu tretmana ako je to potrebno.

Zaključak: naš rad sa ovisnicima o alkoholu može biti težak i dugotrajan. Važno je da je uspjeh mogući i da u procesu izlječenja aktivno učestvuju tri strane – klijent – porodica - terapeut. U našem radu postoje blaga odstupanja od teorija koje se bave problemom ovisnosti zbog eventualnih nepredviđenih poteškoća u radu. Međutim, transakcionala analiza kao humanistička teorija upravo kroz humanistički pristup daje dovoljno prostora i vremena pojedinцу da ostanе pobjednik kao što je i rođen, te to svakako pokazuje i naša praksa.

Motivacija u liječenju bolesti ovisnosti

*Isak Jaganjac,
glavni med.tehničar Detoksa*

Motivacija igra veoma važnu ulogu u liječenju ovisnosti. Bitno je utjecati na pacijente, da traže, pridržavaju se, izvrše i završe terapijski proces uz korjenite promjene u svom načinu života. Motivacija je najbitniji dio liječenja ovisnosti. Veoma je važan prvi korak prema bilo kakvoj akciji ili promjeni ponašanja. Veoma često sam pacijent samostalno nije u stanju da sagleda cijelokupnu situaciju svoga trenutnog zdravstvenog, socijalnog ili duhovnog stanja. U tim slučajevima potreban je multidisciplinarni pristup.

Dolazak na liječenje je za većinu ovisnika jedan od načina izlaska iz raznih kriza: porodičnih, poslovnih, zdravstvenih, itd. Ovisnik i kada dođe na liječenje i uđe u terapijski proces veoma često izgubi osnovno interesovanje, te postepeno izbjegava osnovnu saradnju i gubi želju za uspjehom. Ovisnost je hronična recidivirajuća bolest. Da bi se broj recidiva jednog pacijenta smanjio, da bi se uspješno liječio i održao apstinenciju, bitna je kontinuirana i trajna motivacija.

Ovisnik nikada ne dolazi na liječenje dobrovoljno. On se odlučuje na to:

- zbog ugroženog zdravlja
- pod prilicom porodice
- problemi na radnom mjestu
- zbog sudskega organa koji su mu izrekli kaznu i mjeru obaveznog.

Kada pacijent pristane na liječenje pod gore navedenim razlozima, počinje osnovna ili početna motivacija. Ovisnik rijetko i shvata potrebu za trajnim tretmanom. Veoma često smatraju da samo trebaju malo odmoriti svoje tijelo od konstantnog trovanja određenom supstancom.

Često misle da par razgovora sa doktorima ili psihologima može riješiti sve njihove probleme i da ti problemi i nisu toliko veliki kako izgledaju.

Oni sebe još uvijek ne vide kao bolesne ljude, ovisnike o određenoj PAS. Smatraju da nakon tog osnovnog tretmana mogu da se vrate starim navikama. Druga faza u motivisanju pacijenta i njegovih suradnika, koji su važan faktor u uspješnoj apstinenciji odvija se tokom intenzivne faze liječenja, usmjerene na izgradnju stvarne motivacije. Do nje se stiže tek kada pacijent i njegovi suradnici u liječenju steknu kvalitetan i potpun uvid u težinu problema ovisnosti jednog pacijenta.

Postoje razni pokušaji da se pacijent stavi u program liječenja. Da se pokuša motivisati želja za normalnim životom i obezbjedio uspjeh u liječenju, bitno je osnovno priznanje. To je priznanje ovisnika samome sebi. Prihvatanje sebe kao ovisnika kojem je potrebna pomoć.

U koliko priznanje bude iskreno, pacijent ulazi u određenu fazu razmatranja, gdje pokušava promijeniti svoje ponašanje, i konstantno odbijanje pomoći.

Nakon što se pacijent opredijeli za liječenje, postepeno se ulazi u pripremu pacijenta. Ohrabruje se za učinjeni korak. Pohvaljuje se njegova pozrtvovanost i želja za promjenom. Objasnjava mu se osnovni koraci u liječenju njegove bolesti. Za vrijeme trajanja liječenja pacijent se postepeno provodi kroz cijelokupan tretman njegovog tjelesno-psihičkog napretka. Ohrabruje se njegov uspjeh i svaki korak učinjen prema apstinenciji. Svaki dan bez supstance za njega je pobeda.

Na kraju jednog takvog uspješnog procesa i uspostave apstinencije, bitan je motivacioni faktor održavanja pacijenta u apstinenciji. Motivisati pacijenta da izbjegne recidiv razvijanjem stila života koji podrazumjeva promjene u životu. Motivacija je osnova kojom počine liječenje, održava se apstinencija i izbjegava recidiv.

Saradnja sa opština Novi Grad

Zavod u kontinuitetu realizuje preventivne aktivnosti. Svake sedmice smo u minimalno pet škola na području Zeničko-dobojskog kantona a posebno smo ponosni na poziv za saradnju koji nam je uputila Skupština Novog Grada. Pozivu smo se rado odazvali i 5. i 6. novembra smo bili u toj opštini. Uradili smo nekoliko predavanja, gostovali na lokalnoj radio-stanici, obavili niz konsultativnih sastanaka sa lokalnom administracijom a posebno sa Timom za prvcenju droge opštine Novi Grad. U prilogu slike sa pismom zahvale:



Zimbra https://zimbra.bih.net.ba/zimbra/h/printmessage?id=C:-12400&tz=Euro...
Zimbra zdkovisnosti@bih.net.ba
zahvalnost za pruzenu strucnu pomoc Timu

Od : Lela Savanovic <lela.savanovic@opština-novigrad.com> **Fri, Nov 06, 2015 07: 11**
Tema : zahvalnost za pruzenu strucnu pomoc Timu
Za : zdkovisnosti@bih.net.ba

Prim.dr.sc.med.Jasmin Softić,
Potovani direktore,
Zadovoljni onim to su uradili Vai saradnici u pruanju stručne pomoći: javnim nastupom na Radiju i odranim radionicama u srednjoj i osnovnim kolama, elimo joj jedanput da se sruđeno zahvalimo Vama i Vaim saradnicima. Treba istaći da je nastup na Radiju bio kvalitetan, stručan i moglo bi se reći koncipiran na naučnim i istaknutim metodama. Slušnost emisije je bila jako velika, to govor i veliki broj poziva od građana (slušaoca) koji su poхvalili emisiju u kojoj su Vai saradnici govorili o prevenciji od bolesti ovisnosti. Odrane radionice u kolama su odlično prihvачene od učenika i nastavnika: pedagoga, psihologa koji su iskazali veliku zainteresovanost za organizacijom seminara koji bi trebalo organizovati u 2016.godini. Na kraju, ne mogu da zaobiđem i ne poхvalim Vau angaovanost u pruanju stručne pomoći Timu za borbu protiv druge, alkohola i puerja.
S potovanjem,

Predsjednik Skupštine optine, Mirko Zgonjanin
Potpredsjednik Skupštine optine, Selim Ekić

Novosti iz adiktologije

Poštovani čitaoci Biltena! U ovom i narednim člancima biće ukratko prikazano ponešto od novih naučnih saznanja u nauci o ovisnosti (adiktologija). Nekad je dovoljno pročitati naslov, nekad sažetak rada a oni više zainteresovani upućuju se na originalni izvor informacije.

Stopa smrtnosti od alkohola i zloupotrebe droga alarmantno je velika kod bivših zatvorenika.

Alkohol i zloupotreba droga odgovorni su za oko trećinu od svih smrti kod bivših zatvorenika i za polovinu smrti bivših zatvorenica.

To pokazuje nova studija na gotovo 48 000 bivših zatvorenika/zatvorenica. Istraživanje je urađeno sa zatvorenicima otpuštenim iz zatvora u Švedskoj od početka 2000. do kraja 2009. godine. Oko 6% njih umrlo je u periodu od pet godina po izlasku iz zatvora.

Za značajan procenat ovih smrti moguće je prevenirati uzrok.

Liječenje od ovisnosti o alkoholu i drogama treba omogućiti i poslije izlaska iz zatvora.

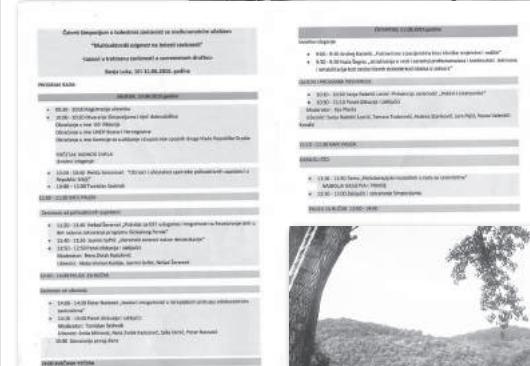
Izvor: The Lancet Psychiatry, 2015.



Prim. doc. dr sci. med.
Jasmin Softić

IV simpozijum o bolestima zavisnosti sa međunarodnim učešćem Banja Luka, 10. i 11. 6.2015. god.

Iako radimo dugo i organizujemo veliki broj predavanja i radio-nica, ne zapostavljamo ni razmjenu iskustava sa kolegama i učenje na praktičnim primjerima. U tom smislu smo bili na IV simpozijumu o bolestima zavisnosti sa međunarodnim učešćem Banja Luka, od 10. do 11.06.2015. god. Naše impresije su pozitivne. U nastavku galerija slika.



Upotreba nikotina povećava kompulsivno pijenje alkohola

Na animalnom modelu pokazalo se da izlaganje nikotinu pospešuje ovisnost od alkohola. To je začarani krug, istraživači su pokazali da kombinacija nikotina i alkohola aktivira grupu neurona i pozitivno potkrepljuje kontinuirano korištenje alkohola i nikotina.

Izvor: The Journal of Neuroscience, 2015.

Pušenje i veća smrtnost muškaraca

Nađena je veza između pušenja i gubitka Y hromozoma u krvnim ćelijama prema novijem istraživanju. Ranije je nađeno da je gubitak Y hromozoma povezan sa karcinomom.

Pušenje je faktor rizika za različite bolesti, ne samo za karcinom pluća. Epidemiološki podaci pokazuju da muškarci pušači imaju veći rizik da obole od karcinoma izvan disajnog trakta nego žene pušači.

Pošto samo muškarci imaju Y hromozom ovi rezultati mogu objasniti zašto je pušenje veći faktor rizika za karcinom za muškarce nego za žene i, u široj perspektivi, zašto muškarci kraće žive.

Izvor: materijal sa Uppsala univerziteta, ScienceDaily, 2014.

Održana doktorske disertacije dr.sc. Mirnesa Telalovića



Mirnes Telalović odbranio je 23.10.2015. godine doktorsku disertaciju pod nazivom „Savremeni teorijski pristupi prestupničkom ponašanju kod djece i mlađih“.

Telalović je doktorirao na Fakultetu političkih nauka Univerziteta u Sarajevu pod mentorstvom prof.dr. Suade Buljubašić. Predsjednik Komisije pred kojim je Telalović odbranio disertaciju bio je ugledni sociolog prof. dr. Jusug Žiga. Do sada je objavio jednu knjigu i nekoliko stručnih radova. Pokretač i Glavni urednik stručnog časopisa „Socijalni rada“. Aktivan je u nevladinom sektoru. Izabran je za predsjednika Saveza socijalnih radnika Federacije BiH i Društva socijalnih radnika Ze-Do kantona. Ponosni smo da u našem kolektivu imamo takve članove i istraživače. Kolegi čestitamo i želimo uspješan rad.

Kolektiv Zavoda



Dr.sc. Mirnes Telalović

ULOGA I ZNAČAJ PREVENCIJE SOCIOPATOLOŠKIH POJAVA

Prevencija je izuzetno značajna u sprečavanju sociopatoloških pojava. Otkrivanjem najznačajnijih faktora u nastanku lošeg ponašanja, posebno djece i mlađih, stvaraju se realne pretpostavke za izrade kvalitetnih strateških programa prevencije. Delinkventno ponašanje djece i mlađih javlja se kao posljedica niza uzroka, prevencija daje najbolje rezultate kada se uzroci identifikuju i daljnje aktivnosti usmjerje ka njihovom potpunom otklanjanju ili ublažavanju. Osnovni cilj prevencije jeste da se otklene uzroci koji mogu dovesti djecu i mlađe do aktivnosti koje su u suprotnosti s pozitivnim zakonskim propisima, ili drugačije rečeno, cilj prevencije jeste da se osigura da djeca i mlađi ne dođu u sukob sa zakonom. Prevencija nije jednostavna aktivnost, ona nije samo puka edukacija, ona je splet kompleksnih mjera i akcija, koje zahtjevaju multidisciplinarni pristup i nisu odgraničene određenim okvirima.

U Priručniku o prevenciji alkoholizma, narkomanije i pušenja (2002) koji je odobrila radna grupa pri Pompiduu, a pod pokroviteljstvom Vijeća Evrope za oblast zdravstva i socijalne zaštite navodi se: „Cilj preventivnog rada je poboljšati javno i mentalno zdravlje.“ (Stel, 2002: 37) U istom Priručniku navode se tri nivoa prevencije: primarni, sekundarni i tercijarni.

Primarna prevencija uglavnom podrazumijeva ranu intervenciju, odnosno intervenciju takve vrste koja će doprinijeti sprečavanju određenih društvenih ili individualnih problema. Primarna prevencija se djelimično bavi uticajem na ponašanje i stavove ciljne grupe. U procesu primjene primarne prevencije ključni elementi su obrazovanje i informiranost ciljnih grupa. U ovom procesu postavljaju se kratkoročni, srednjoročni i dugoročni ciljevi.

Stel (2002: 37) sekundarnim preventivnim radom smatra rano otkrivanje problema i tvrdi da se ranom intervencijom mogu poboljšati mogućnosti rješenja problema. Ovaj nivo u osnovi podrazumijeva konkretni tretman u rješenju nastalog problema.

Rasprave o preventivnim programima i mjerama, posebno usmjerenе prema djeci i mlađima, proizlaze, prije svega iz opšte zabrinutosti društva zbog opsega pojave prestupničkog ponašanja. „Ova pojava poprima takav obim i intezitet da ozbiljno ugrožava društvena dobra i vrednost, a posebno same aktere takvog ponašanja.“ (Jašović, 1991: 281) Za razliku od većine autora Jašović (1991) predlaže podjelu prevencije na primarnu i sekundarnu kao uže pojmove.

Kao opšti pojam predlaže prevenciju prestupničkog ponašanja mlađih. U nastavku rada dat ćemo jedan kraći osvrti na prevenciju i njeno provođenje na način koji predlaže Jašović.

Naime, Jašović (1991: 282) ulogu krivično pravnog sistema koji se odnosi na maloljetnike vidi kao jedan vid prevencije, jer u savremenom krivičnom reagovanju prema maloljetniku centralno mjesto zauzimaju odgojne mjere. Po njemu, „cilj krivičnog postupka prema maloletnicima, koji po pravilu vode specijalizovani sudovi ili posebna sudska veća, 'nije utvrđivanje krivičnog djela ili krivične odgovornosti učinioца radi njegovog privođenja pravednoj kazni, već utvrđivanje okolnosti o djelu, ličnosti i prilikama maloljetnik, koji su uvjetovali delinkventno ponašanje kako bi se izabrao najpogodniji tretman prema njemu.'“ (Jašović, 1991: 283) U daljem dijelu vidjet ćemo kao ovaj oblik djelovanja institucija društva on svrstava u sekundarnu prevenciju, jer ih smatra posebnim mjerama koje institucije poduzimaju prema maloljetnicima, a ne kao primjerenu mjeru za počinjeno djelo. Bez obzira na određene razlike u zemljama Jašović (1991) pozivajući se na Lazarevića (1965), sve ove odgojne mjere svrstava u šest osnovnih grupa.

Šire o ovome: Stel, (2002)

Kao osnovne, relevantne faktore u prevenciji Jašović (1991) vidi prije svega privatne, vjerske, društvene i državne činioce prevencije. U privatnim činocima vidi čitav niz privatnih ustanova koje su se specijalizovale za pružanje socijalne i druge zaštite djece i mladih sa poremećajima u ponašanju. Veliki broj takvih ustanova je npr. u Njemačkoj i Belgiji. Vjerske institucije također, mogu biti značajan faktor provođenja preventivnih programa, posebno na lokalnim nivoima. Autor kao značajne faktore društvenih institucija navodi čitav niz profesionalnih udruženja, kolektiva, organizacija i sl., a koja su prvenstveno usmjerana na pravilan, društveno prihvativljiv razvoj djece i mladih. One djeluju kroz nizu akcija koje poduzimaju državne ustanove kao npr. policija, sudovi itd., koji svojim djelovanjem utiču na otkrivanje uzroka i smanjenje ove pojave ne samo represivnim mjerama.

S obzirom da je evidentno da preventivne mjere koje se poduzimaju ne daju dovoljan ili zadovoljavajući efekat, Jašović (1991: 296) uočava nedostatke koji doprinose lošim rezultatima. Smatra da su to prije svega nedovoljna međusobna saradnja aktera i nedovoljna primjena naučnih saznanja u kreiranju preventivnih programa.

Zbog nedovoljnog učinka preventivne politike u većem broju zemalja pristupilo se formiranju raznih koordinacionih tijela na lokalnom i širem nivou. Putem ovih tijela formiraju se preventivni programi. Isteči značaj ovakvih preventivnih programa, prvenstveno jer mogu obezbjediti spoj nauke i praktičnih znanja, sinhronizaciju i međusobno usaglašeno djelovanje, fiksiraju obaveze i njihove nosioce, i dinamičnost i otvorenost u promjenama provođenja aktivnosti.

Jedan od najpoznatiji od ovakvih programa jeste Projekat za oblast Čikaga. Provodi se od 1934. godine na lokalnom nivou i provodile su ga lokalne institucije koje imaju značajnu ulogu u životu građana. Takve ustanove su npr. škole, vjerske ustanove, centari za socijalni rada, policija itd. Treba napomenuti da ovakv program ima temelje u teoriji diferencijalne asocijacije, te ih stoga podržava Sutherland.

Jašović (1991: 302) ističe da se „suprotstavljanje prestupništvu mladih [...], ostvaruje preko dve osnovne grupe mera ili dva osnovna vida tog suprotstavljanja, i to: a) antidelinkventnog delovanja i b) postdelinkventne intervencije.“ Također, smatra da prvu grupu čine mjere koje su „usmerene u pravcu sprečavanja – predupređenja delinkventnog ponašanja. Ovaj se vid suprotstavljanja najčešće označava izrazom 'prevencija'. U istom značenju se koriste izrazi 'predupređenje' i 'sprečavanje'“.

S obzirom da savremena kriminološka politika „stavlja poseban naglasak na predupređenje, tj. da taj oblik suprotstavljanja smatra osnovnim, to se čini još pogodnijim da se antidelinkventno delovanje označi izrazom 'primarna prevencija',“ s druge strane „smisao svih mera i akcija koje se preduzimaju prema mladima sa već ispoljenim prestupničkim ponašanjem sadržan je u nastojanju da se takvo ponašanje suzbije. I zaista, pojave koje su već dobile manifestni izraz mogu biti jedino suzbijane a ne nikako i sprečene. Idući tom logikom, postdelinkventne mere se mogu odrediti kao mere suzbijanja prestupništva mladih.“ (Jašović, 1991: 302-303) U daljem objašnjenju, autor smatra da „suzbijanje“ nije ništa drugo već isključivo sprečavanje daljeg širenja i pojave recidiva prestupničkog ponašanja mladih. Posebno se ističe da reagovanje društvenih institucija u sekundarnoj prevenciji prvenstveno ima za cilj da se mladima pruži pomoć u njihovom socijalizatorskom ili ličnom rješavanju problema, prije svega u provođenje pravnih, socijalnih, zdravstvenih, i drugih mjera. Stim u vezi Jašović (1991) je mišljenja da se svi postupci i mjere koje se preduzimaju prema mladima kod kojih je već došlo do devijacija u socijalnom ponašanju, odnosno koji su izvršili neko krivično djelo ili drugi prestupnički akt, odrede kao „sekundarna prevencija“

Lazarević, Lj. (1965). Neke karakteristike tretmana maloletnih učinilaca krivičnih dela u savremenom krivičnom pravu. Jugoslovenska revija za kriminalistiku i krivično pravo. Broj 1/65, str. 24.

Po Lazareviću to su a) mjere pokora, b) mjere kojima se nameću odgovarajuće obaveze c) disciplinske mjere, d) mjere nadzora, e) Zavodske mjere. Šire o ovome: Jašović, (1991: 284-285)

Ibid, str. 296-300

Opštim pojmom prevencije obuhvataju se „mere i aktivnosti koje teže onemogućavanju nastanka neke pojave, tako i mere koje imaju za cilj da već ispoljenu pojавu suzbiju kako se ona ne bi razvila i ponavljala“, te ovaj opšti pojam definiše kao „prevencija prestupničkog ponašanja mladih predstavlja (jesti) celokupan sistem međusobno usaglašenih mera i aktivnosti kojima se društvo i njegovi organizovani delovi suprotstavljeni ovoj pojavi - njenom javljanju, ponavljanju i prerastanju u teži oblik.“ (Jašović, 1991: 304) U daljem dijelu autor, mjeru provođenja prevencije dijeli na preventivne i sekundarne mjere.

U preventivne mjere ubraja opšte, posebne i pojedinačne. Sekundarne mjere također imaju čitav nizu aktivnosti sa osnovnim ciljem ranog otkrivanja patologije. Neke od tih mjeru usmjerene su na uklanjanju objektivnih uslova i uzroka delinkventnog ponašanja dok su druge usmjerene ka ličnosti prestupnika.

U izvještaju UNICEF-a o procjeni maloljetničkog pravosuđa u Bosni i Hercegovini (2011) navodi se da je Bosna i Hercegovina u 2009. godine usvojila Strategiju protiv maloljetničkog prestupništva u Bosni i Hercegovini za period 2006-2010. godina, sa definisanim ciljevima i zadacima. Usvajanjem ovog dokumenta osnovano je i Koordinaciono tijelo za maloljetničko pravosuđe. U UNICEF-ovom Izvještaju navodi se da je provođenje Strategije protiv maloljetničkog prestupništva ograničeno. Da su uzroci koji ograničavaju provođenje Strategije složena struktura zemlje i finansijska ograničenja, ali velikim dijelom nedostatak političke volje. Prema istom Izvještaju navodi se: „Podaci o prestupima maloljetnika i maloljetničkom pravosuđu u FBiH se objavljaju redovno od početka decenije. Oni ukazuju na porast prijavljenih prestupnika od 70% u periodu od 2001. do 2007. Međutim, porast broja maloljetnika protiv kojih je vođen postupak u ovom periodu je znatno manji – 21%, a samo 6% u periodu od 2000. do 2008. Broj osuđenih maloljetnika u Federaciji je opao tokom ovog perioda, i to sa 375 u 2001. na 279 u 2007. godini.“ (UNICEF, 2011: 5)

Sve ovo ukazuje na potrebu adekvatnih i realno provodivih programa prevencije, prilagođenih društvenom ambijentu i potrebama mladih. Jedna od pretpostavki uspješnog provođenja preventivnih programa, jeste poznavanje i praćenje, prije svega naučno zasnovanih etioloških faktora u problemu prestupništva djece i mladih. U prevenciji trebaju biti uključeni svi društveni faktori od pojedinca, porodice do relevantnih državnih institucija kako na lokalnom tako i širem nivou.

Literatura:

- Jašović, Ž. (1991). *Kriminologija maloletničke delinkvencije*. Beograd: Naučna knjiga.
- Lazarević, Lj. (1965). Neke karakteristike tretmana maloletnih učinilaca krivičnih dela u savremenom krivičnom pravu. Jugoslovenska revija za kriminalistiku i krivično pravo. Broj 1/65, str. 24.
- Stel. J. (2002). *Priručnik o prevenciji alkoholizma, narkomanije i pušenja: Kako olakšati svakodnevni život*. Prijevod: Ešref Kenan Rašidagić, Ensar Eminović, Sarajevo: RABIC.
- UNICEF Regionalno sjedište UNICEF-a za Srednju i Istočnu Evropu/Zajednicu nezavisnih država. (2011). *Procjena maloletničkog pravosuđa u Bosni i Hercegovini*. Dostupno na: http://www.unicef.org/bih/ba/UNICEF__JJBosnia_2011_BOS_Web.pdf

XXXI Simpozij o bolestima ovisnosti sa međunarodnim učešćem



I ove godine smo prisustvovali Simpoziju kojeg organizuje Zajednica klubova lečenih alkoholičara Srbije. Smatramo važnim pratiti iskustva drugih u tretmanu alkoholizma, ali i saznati o novim pristupima. Skup je imao nekoliko važnih izlaganja i izdvajamo izlaganja dr Sedmaka, Zorana Zoričića, Branka Čorića kao i Nere Zivlak-Radulović. U nastavku nekoliko slika:



26.06. Međunarodnog dan borbe protiv droga



U okviru obilježavanja 26.06. Međunarodnog dana borbe protiv droga realizovali smo niz aktivnosti. Između ostalog je u Areni Zenica 27.06.2015. godine održan 2. „Sportzdk Table tennis open“ kojeg su uspješno organizovali Stonoteniski klub „Mladost“ iz Zenice i Udruženje „Sport Media“. Već drugu godinu za redom JU Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona učestvuje u ovim sportskim aktivnostima, s ciljem prevencije ovisnosti među mladima. Također smo realizovali šest punktova u različitim općinama kantona kojom prilikom smo dijelili preventivni materijal i razgovarali sa građanima. U nastavku galerija slika.



3.Volleyball Open

Bili smo i na 3. Volleyball Open Sportzdk Tešanj 2015.godine. Radili smo preventivno zajedno sa Udruženjem Sport Media. Citiramo iz izvještaja UG Sport Media: Organizatori turnira ovom prilikom zahvaljuju se ekipama učesnicama na odzivu za učešće, kao i na fer i korektnom ponašanju. Zahvalnost dugujemo i načelniku Općine Tešanj, mr. Suadu Huskiću koji je generalni pokrovitelj turnira u čijoj organizaciju su nam još pomogli JP BH Pošta d.o.o., kompanija ArcelorMittal Zenica, Javna zdravstvena ustanova Zavod za bolesti ovisnosti ZDK i Turistička zajednica Zeničko – dobojskog kantona. Upoznajte rad kroz slike:



<http://www.sportzdk.ba/>



<http://www.sportzdk.ba/>

NEMILSKA ALKA 2015

JU Zavod za bolesti ovisnosti i ove godine popratio je, u sklopu preventivnih aktivnosti, manifestaciju Nemilska alka. Nemilska alka je Međunarodno izviđačko takmičenje koje organizuje odred izviđača „Safet Ribić“ Nemila, u krugu i prostorijama omladinskog naselja Nemila. Omladinsko naselje u Nemili, tradicionalno okupljalište izviđača iz svih krajeva Bosne i Hercegovine, kao i iz zemalja okruženja Hrvatske, Srbije, Crne Gore i drugih. Ovogodišnja Nemilska alka organizovana je kao kros-orientaciono kretanje u prirodi s preprekama. Takmičenje za starije izviđače i planinke, je održano 12., 13. i 14. juna u Omladinskom naselju - Nemila. U sklopu preventivnih aktivnosti podjelili smo promotivne materijale Zavoda i učesnicima i organizatorima ove manifestacije.





Mr.sc. Sedin Habibović,
dipl. psiholog

Emocionalne kompetencije i ovisnost: mogućnost primjene u prevenciji

Sažetak

Cilj istraživanja je ispitati odnos između emocionalnih kompetencija i opijatske ovisnosti. U istraživanju je sudjelovalo 109 studenta prve godine Univerziteta u Zenici, 59 opijatskih ovisnika na liječenju u JZU Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona i 58 opijatskih ovisnika koji se nalaze u tri terapijske zajednice (TZ Marjanovac, TZ "Ivor" Derventa i TZ CROPS Smoluća). Istraživanje je koncipirano kao empirijsko neekperimentalno istraživanje. U radu se koriste: Upitnik emocionalnih kompetencija (UEK-45), Upitnik emocionalne regulacije i kontrole (ERIK), Rosenbergova Skala samopoštovanja i E-Upitnik: Skala emocionalne empatije i skala mašte. Rezultati su pokazali da studenti imaju značajno viši nivo sposobnosti izražavanja i imenovanja emocija, sposobnosti upravljanja i reguliranja emocijama, samopoštovanja, emocionalne empatije i mašte u uporedbi s opijatskim ovisnicima. Rezultati upućuju na mogućnost primjene preventivnih programa zasnovanih na modelima emocionih kompetencija.

Ključne riječi: opijatska ovisnost, emocionalne kompetencije, samopoštovanje, empatija, prevencija

Uvod

Ljudska civilizacija je prva iskustva sa psihoaktivnim supstancama imala već u mlađem paleolitu (40.000 – 10.000 godina prije nove ere) (Petrović, 2003), a drevni narod Sumerci su nam ostavili i zapis na glinenenim tablicama kako pripremiti opijum i to prije 5000 godina (Davidson i Neale, 1999). Drevni narodi su psihoaktivne supstance koristili za omamljivanje ljudskih žrtava u religijskim obredima kod Maja i Asteka pa sve do dovođenja šamana i videovnjaka u stanje transa (Cerić, Mehicić-Basara, Oruč i Salihović, 2007). Tokom 13.vijeka krstaši donose opijum sa Bliskog istoka u Evropu. Tokom 1842. godine i 1857. godine vode se opijumski ratovi čiji je cilj bio otvaranje kineskog tržišta britanskom opijumu (Radetić-Lovrić, 2011). Čuveni Paracelzus je bolesnicima davao opijum (Bjelošević i Habibović, 2006). Psihoaktivne supstance dolaze intenzivnije u kontakt sa adolescentima tokom 60-tih i 70-tih godina prošlog vijeka i predstavljaju revolt mladih i studenata protiv političkih, socijalnih i moralnih vrijednosti svijeta odraslih u SAD-u (Wenar, 2003). Heroin je bio sastojak brojnih lijekova koji su se ranije dobijali bez recepta (Davidson i Neal, 1999). Lijekovi su se davali i djeci a poznato je i da je prvobitno Coca-cola u svom sastavu sadržavala kokain.

Do 1970. godine problem ovisnosti u tadašnjoj SFR Jugoslaviji i SR Bosni i Hercegovini bio je minoran (Vučković, 2007). Tada dolazi do godina eksplozije. Radetić-Lovrić (2011) navodi podatak da je u 1985. godini u SR Bosni i Hercegovini bilo registrovano 90 ovisnika od droga a nakon deset godina broj je iznosio 1000. Razvoju bolesti ovisnosti u Bosni i Hercegovini pogodovao je period od 1992.g. do 1995.g. kada preko BiH prelazi glavna tranzitna ruta ka srednjoj i sjevernoj Evropi a krijumčari koriste ratom pogođeno područje. Krijumčarski kanal ide iz Turske preko Albanije i Crne Gore. Jedan dio droge ostaje u entitetima a zatim se ruta dijeli na Hrvatsku i Srbiju. Drugi krijumčarski kanal ide iz Hrvatske preko luke Ploče do Bosne i Hercegovine a zatim dalje u Evropu (Cerić i sar., 2007).

Preventivno djelovanje u Bosni i Hercegovini je uglavnom bilo zasnovano na individualnim projektima nevladinih organizacija i pojedinih zdravstvenih i školskih ustanova. Odjeljenje prevencije bolesti ovisnosti postoji samo u JZU Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona. U periodu pisanja ovog rada zabilježeno je da ne postoji aktuelna strategija preventivnog djelovanja na nivou Bosne i Hercegovine jer je Državna strategija nadzora nad opojnim drogama, sprječavanja i suzbijanja zloupotrebe opojnih droga u Bosni i Hercegovini bila predviđena za period 2009-2013 (MSB, 2014). U planiranju preventivnih programa rezultati istraživanja mogu dati smjernice kojim faktorima nastanka ovisnosti dati prioritet.

U stručnoj literaturi se mogu naći podaci o preventivnim programima koji su se pokazali efikasnim u prevenciji bolesti ovisnosti te bi primjena takvih programa bila poželjna i u BiH. Primjena evaluiranih programa prevencije je ne samo poželjna nego i, u odnosu na vrijeme, novac i efekte, nužna. Istraživnja pokazuju da programi zasnovani na učenju emocionalnih i socijalnih kompetencija vode ka prevenciji alkohola i drugih droga, nasilja i drugih problemima mladih koji otežavaju proces učenja ili promovišu visokorizično ponašanje (Coelho, 2012). Samarin i Takšić (2009) citiraju podatke Saloveya, Mayera i Carusa iz 2000. godine o postojanju preko 300 programa zasnovanih na socijalnom i emocionalnom učenju u američkim školama, te oko 150 programa emocionalne pismenosti. Udrženja za akademsko, socijalno i emocionalno učenje (The Collaborative for Academic, Social and Emotional Learning, CASEL, 2005, prema Samarin i Takšić, 2009) je identificiralo pet skupina kompetencija uključenih u preventivne programe: samosvijest, upravljanje sobom, socijalna svijest, socijalne vještine i odgovorno donošenje odluka. Pomenuti autori nam ukazuju na generalni zaključak analize koji kaže da programi SEU (socijalno-emocionalnog učenja) pospješuju socio-emocionalne vještine, poboljšavaju stavove učenika o sebi i drugima,

povećavaju osjećaj povezanost prema školi, potiču prosocijalno ponašanje i akademsku izvedbu te smanjuju emocionalne teškoće i problematična ponašanja. Emocionalne kompetencije se mogu učiti i razvijati. Uvažavajući kulturne specifičnosti činilo se naučno i praktično opravdanim ispitati da li se pojedine varijable emocionalnih kompetencija kvantitativno razlikuju između ovisnika i osoba koje nisu probale drogu. Postojanje razlika bi moglo ukazati na potrebu primjene programa prevencije zasnovanih na socijalno-emocionalnom učenju.

Metode istraživanja i rezultati

Istraživanje je koncipirano kao empirijsko neeksperimentalno terensko istraživanje transverzalnog tipa. Prikazani rezultati predstavljaju izvod iz magistarskog rada autora Povezanost emocionalnih kompetencija sa opijatskom ovisnošću i progresom u njenom liječenju.

Uzorak ispitanika

Istraživanjem je obuhvaćeno 226 ispitanika od čega je 59 ovisnika uključenih u tretman u JZU Zavodu za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantaon, 58 ovisnika u procesu resocijalizacije i rehabilitacije u terapijskim zajednicama i 109 studenata Univerziteta u Zenici. U ukupnom uzorku 75 je ženskih ispitanica (33,2%) i 151 muških ispitanika (66,8%). U uzorku studanata imamo ravnomjerniju distribuciju ispitanika u odnosu na spol (53,2% ženskih i 46,8% muških ispitanika), dok je u uzorku ovisnika u Zavodu i terapijskim zajednicama distribucija neravnomjerna u korist muških ispitanika. Neravnomjerna distribucija u odnosu na spol nalazi se i u populaciji registrovanih ovisnika u Zeničko-dobojskom kantonu. Prema podacima JZU Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona u decembru 2013.godine registrovano je 8,61% žena ovisnica, a na metadonskoj terapiji je 7,57% žena ovisnica.

Instrumenti

Za potrebe istraživanja korišteni su slijedeći instrumenti

a) Upitnik emocionalne kompetentnosti (UEK-45)

Za procjenu emocionalnih kompetencija korišten je Upitnik emocionalnih kompetencija (Takšić, 1998, 2002, 2006). Radi se o skraćenoj verziji Upitnika emocionalne kompetentnosti UEK-136. UEK-45 sadrži tri subskale za samoprocjenu sposobnosti:

- Skala sposobnosti uočavanja i razumijevanja emocija (15 čestica),
- Skala sposobnosti izražavanja i imenovanja emocija (14 čestica),
- Skala sposobnosti regulacije i upravljanja emocijama (16 čestica).

Alternative odgovora na skali Likertovog tipa od pet stepena su: uopće ne, uglavnom ne, kako kada, uglavnom da i u potpunosti da. Veći skor na skali označava veću sposobnost odnosno veću mjeru emocionalne kompetentnosti. Sve čestice su orijentirane u pozitivnom smjeru.

b) Upitnik emocionalne regulacije i kontrole (ERIK)

Emocionalna regulacija i kontrole je jedna od komponenti emocionalne kompetencije, a Upitnik ERIK nastao je izborom čestica iz komponente regulacije i kontrole emocija dobivene faktorizacijom skala samoprocjene.

		Uzorak ispitanika			
		Ovisnici Zavod	Ovisnici u TZ	Studenti	Cijeli uzorak
Spol	Žensko	Fr	9	8	58
		% u odnosu na spol	12,0%	10,7%	77,3%
		% u odnosu na uzorak	15,3%	13,8%	53,2%
Muško		Fr	50	50	151
		% u odnosu na spol	33,1%	33,1%	33,8%
		% u odnosu na uzorak	84,7%	86,2%	46,8%
Ukupno		Fr	59	58	226
		% u odnosu na spol	26,1%	25,7%	48,2%
		% u odnosu na uzorak	100,0%	100,0%	100,0%

Skala sadrži tvrdnje kojima je cilj procjena (negativnih) efekata emocija i raspoloženja na mišljenje, pamćenje i ponašanje, kao i sposobnost emocionalne kontrole (Takšić, 2003). Upitnik se sastoji od slijedećih skala:

- Skala utjecaja emocija i raspoloženja na mišljenje (8 čestica),
- Skala utjecaja emocija i raspoloženja na pamćenje (6 čestica), i
- Skala kontrole emocionalnih reakcija (6 čestica).

Alternative odgovora na skali Likertovog tipa od pet stepena su: uopće ne, uglavnom ne, kako kada, uglavnom da i u potpunosti da. Veći skor na skali označava veći efekat negativnih emocija i raspoloženja na pamćenje, mišljenje i ponašanje pojedinca, te slabiju kontrolu negativnih emocija i raspoloženja.

c) Rosenbergova skala samopoštovanja

Rosenberg je skalu konstruisao 1965. godine. U originalnoj verziji skala je konstruisana pomoću Gutmanove metode skaliranja, a Crandal je kasnije adaptirao skalu kao skalu Likertovog tipa. Koristi se kao četverostepena ili peterostepena skala. Prijevod i adaptaciju skale je na hrvatski jezik napravio Bezinović (prema Takšić, 1998). Skala sadrži deset tvrdnji, a odgovara se na skali Likertovog tipa od pet stepeni (uopće se ne odnosi na mene, uglavnom se ne odnosi na mene, niti se odnosi, niti se ne odnosi na mene, uglavnom se odnosi na mene, te u potpunosti se odnosi na mene). Ukupni rezultat se formira kao linearna kombinacija s tim da se neke od tvrdnji koje označavaju nedostatak samopoštovanja prethodno obrnuto budu. Tako viši rezultat znači veće samopoštovanje, a rezultati se kreću u rasponu od 10 do 50.

d) E-upitnik: Skala emocionalne empatije i skala mašte

Za procjenu emocionalne empatije i mašte primijenjena je Skala emocionalne empatije i Skala mašte (Raboteg-Šarić, 2002). Skala emocionalne empatije mjeri emocionalno reagovanje izazvane emocionalnim stanjima drugih osoba. Skala sadrži 19 tvrdnji. Skala mašte mjeri tendenciju uživljavanja u maštu, u osjećaju i aktivnosti zamišljenih likova iz priča, romana, filmova i sl. Skala sadrži šest tvrdnji. Odgovara se na skali od pet stupnjeva (uopće se ne odnosi na mene, uglavnom se ne odnosi na mene, niti se odnosi, niti se ne odnosi na mene, uglavnom se odnosi na mene, te u potpunosti se odnosi na mene).

Za skale su izračunate mjere pouzdanosti Cronbach alfa i iste su prikazane u Tabeli 2. Najmanja pouzdanost je dobivena kod kontrole emocionalnih reakcija i iznosi 0,697 što je bilo dovoljno visoko za istraživačke svrhe.

Postupak

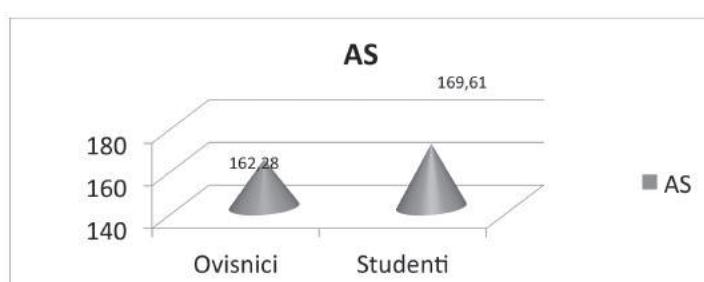
Istraživanje je provedeno u devet općina na području Bosne i Hercegovine: Zenica, Bugojno, Kakanj, Visoko, Tešanj, Dobojski Brod, Derventa, Banja Luka i Lukavac a u periodu od juna 2011. godine do februara 2012. godine. Svi ispitanici su dobrovoljno učestvovali u istraživanju. Ispitanicima je data uputa da se radi o anonimnom istraživanju. Kontakt i saradnja sa visokoškolskim ustanovama, terapijskim zajednicama i Zavodom je bila zadovoljavajuća i funkcionalna. Prosječno je bilo potrebno 25 minuta za popunjavanje upitnika.

Za obradu podataka je korišten statistički paket SPSS 16.0. U obradi podataka korištene su mjere deskriptivne statistike i t-test za izračunavanje razlika među grupama.

Rezultati

U radu smo prvo ispitivali da li postoji razlika u distribuciji sposobnosti uočavanja i razumijevanja emocija, sposobnosti izražavanja i imenovanja emocija i sposobnosti upravljanja emocijama između studenata i ovisnika. U tabeli broj 3. navedeni su osnovni statistički parametri koji uključuju aritmetičku sredinu, standardnu devijaciju, veličinu t-testa i značajnost. Statistički proračuni pokazuju da između grupe studenata i grupe ovisnika postoji statistički značajna razlika na nivou $p < 0.05$ u pogledu sposobnosti izražavanja i imenovanja emocija, te na nivou od $p < 0.01$ u odnosu na sposobnosti regulacije i upravljanja emocijama, dok se grupe statistički ne razlikuju u odnosu na sposobnost uočavanja i razumijevanja emocija.

Grupe se razlikuju i u odnosu na opću mjeru emocionalnih kompetencija na nivou $p < 0.01$. Aritmetičke sredine obje grupe predstavljene su na grafikonu 1:



Grafikon 1. Aritmetičke sredine emocionalnih kompetencija u odnosu na grupu ovisnika i studenata

Tabela br. 2. Pouzdanost skala

Skala	Alfa krombah
Skala sposobnosti uočavanja i razumijevanja emocija	0,86
Skala sposobnosti izražavanja i imenovanja emocija	0,827
Skala sposobnosti regulacije i upravljanja emocijama	0,74
Skala utjecaja emocija i raspoloženja na mišljenje	0,84
Skala utjecaja emocija i raspoloženja na pamćenje	0,74
Skala kontrole emocionalnih reakcija	0,697
Rosenbergova skala samopoštovanja	0,85
Skala emocionalne empatije	0,88
Skala mašte	0,85

Tabela br. 3. Aritmetičke sredine, standardne devijacije, test značajnosti u odnosu na ispitivane emocionalne kompetencije u odnosu na grupe ovisnika i studenata

Varijable emocionalne kompetencije	Uzorak	N	AS	SD	t	p
Sposobnosti uočavanja i razumijevanja emocija	ovisnici	117	54,35	7,233	-0,936	0,350
	studenti	109	55,28	7,762		
Sposobnosti izražavanja i imenovanja emocija	ovisnici	117	50,26	7,253	-2,104	0,036
	studenti	109	52,35	7,694		
Sposobnosti regulacije i upravljanja emocijama	ovisnici	117	57,68	6,412	-4,932	0,000
	studenti	109	61,97	6,685		
Emocionalne kompetencije	ovisnici	117	162,28	16,960	-3,103	0,002
	studenti	109	169,61	18,521		

U radu je ispitana i efekat negativnih emocija na mišljenje, pamćenje i kontrolu emocija u odnosu na grupe ovisnika i studenata a rezultati su predstavljeni u tabeli broj 4:

Tabela br. 4. Aritmetičke sredine, standardne devijacije, test značajnosti u odnosu na ispitivane varijable emocionalne regulacije i kontrole u odnosu na grupe ovisnika i studenata

Varijable emocionalne regulacije i kontrole	Uzorak	N	AS	SD	t	p
Emocionalna regulacija i kontrola	ovisnici	116	65,21	12,292	-0,107	.915
	studenti	109	65,39	12,821		
Utjecaj emocija i raspoloženja na mišljenje	ovisnici	116	25,70	5,954	.535	.593
	studenti	109	25,27	6,158		
Utjecaj emocija i raspoloženja na pamćenje	ovisnici	116	20,52	4,272	-0,150	.881
	studenti	109	20,61	4,572		
Kontrola emocionalnih reakcija	ovisnici	116	18,99	4,319	-0,906	.366
	studenti	109	19,51	4,326		

Na posmatranim varijablama nije nađena statistička značajnost.

U istraživanju Radetić-Lovrić (2011) dobijene su značajne razlike na nivou $p < 0.01$ između ovisnika i mlađih koji nisu probali droge gdje su ovisnici imali veće vrijednosti aritmetičkih sredina kao i korelacije između varijabli. Kao moguće objašnjenje ovako dobijenih rezultata javlja se ideja o efektima kontinuiranog terapijskog rada sa ovisnicima u kojima se najčešće i javljaju teme u vezi suočavanja sa negativnim emocijama. Također je moguće i utjecaj dobi jer se pretpostavlja da da dob utječe na bolju regulaciju i kontrolu negativnih emocija, a u ovom uzorku ovisnici imaju veću prosječnu dob od studenata.

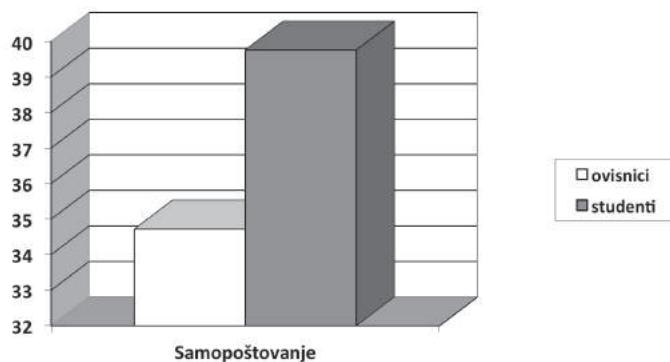
Kako se samopoštovanje nalazi u nekoliko modela emocionalnih kompetencija (Goleman, 2005; Bar-On 2006; Petrides i Furnham, 2003, prema Mayer i sar. 2011; Šapiro, 1998) uključeno je i u ovo istraživanje. Tabela broj 5 pokazuje da je razlika između grupe ovisnika i grupe studenata značajna na nivou od $p < 0.01$. Studenti na svim tvrdnjama i ukupno na Skali samopoštovanja postižu veće rezultate.

Tabela br. 5. Aritmetičke sredine, standardne devijacije, test značajnosti u odnosu na samopoštovanje u odnosu na grupe ovisnika i studenata

Varijabla	Uzorak	N	AS	SD	t	p
Samopoštovanje	Ovisnici	116	34.72	6.899		
	studenti	95	39.76	6.358	-5.462	0.000

Na grafikonu br. 2 se vidi odnos aritmetičke sredine između ovisnika i studenata.

Grafikon 2. Aritmetičke sredine varijable samopoštovanja odnosu na grupe ovisnika i studenata



U radu je ispitana i razlika između emocionalne empatije i mašte u odnosu na grupe ovisnika i studenata a rezultati su prikazani u tabeli 6. Veći rezultat znači veću tendenciju doživljavanja emocionalne empatije, odnosno veću tendenciju maštanja.

Tabela br. 6 . Aritmetičke sredine, standardne devijacije, test značajnosti na varijablama empatije u odnosu na grupe ovisnika i studenata

Varijabla	Uzorak	N	AS	SD	t	p
Emocionalna empatija	ovisnici	116	55.35	9.957	-2.235	0.026
	studenti	107	58.34	9.955		
Mašta	ovisnici	116	12.25	5.606	-2.012	0.045
	studenti	107	13.79	5.784		

Iz tabele očavamo da su razlike između grupe studenata i grupe ovisnika značajne na nivou od $p < 0.05$ kod varijabli emocionalne empatije i mašte. Studenti imaju veće aritmetičke sredine na subskalama i skali u cjelini.

Zaključna razmatranja

Bolest ovisnosti nastaje interakcijom tri grupe faktora: faktora ličnosti, socijalnih faktora i dejstva droge. U ovom radu smo se usmjerili na faktore ličnosti i to na ispitivanju udjela emocionalnih kompetencija u nastanku i održavanju opijatske ovisnosti. Razvijen je niz programa namjenjenih prevenciji korištenja psihoaktivnih supstanci učenjem socijalnih i emocionalnih vještina. U jednom istraživanju je analizirano 207 takvih programa (Tobler i sar., 2000, prema Samarin i Takšić, 2009) i podijeljeni su u dva klastera: interaktivni i neinteraktivni pristupi. Rezultati analize upućuju da su učinkoviti interaktivni pristupi. Efikasnost je povećavana i uključenjem šire društvene zajednice, medija i porodice, te intenzivnijim programima (16 ili više lekcija). U okviru grupe programa za prevenciju asocijalnog ponašanja, izostanja iz škole i korištenja droga baziranih na socijalnom i emocionalnom učenju pokazalo se da intervencija usmjerena ka okolini posebno efikasno smanjuje delinkventno ponašanje i korištenje supstanci (CASEL, 2005, prema Samarin i Takšić, 2009).

U ovom istraživanju smo istraživali koliko se ovisnici i studenti razlikuju na mjerama emocionalnih kompetencija te smo dobili razlike na sljedećim varijablama: sposobnosti izražavanja i imenovanja emocija, sposobnosti regulacije i upravljanje emocijama, samopoštovanje, emocionalne empatija i mašta. Grupe se ne razlikuju u odnosu na sljedeće varijable: sposobnosti uočavanja i razumjevanja emocija, negativan utjecaj emocija raspoloženja na mišljenje i pamćenje i kontrolu emocionalnih reakcija. Rezultati se mogu povezati sa rezultatima meta-analize koju su proveli Kun i Demetrovics (2010) u kojoj su dvije komponente emocionalne inteligencije izdvojene kao ključne u nastanku i održavanju ovisnosti: dekodiranje i diferencijacija emocija, te regulacija emocija.

Obzirom da su izvještaji o rezultatima provođenja preventivnih programa bazirani na razvoju emocionalnih kompetencija u svijetu pozitivni predlaže se pokretanje sličnih programa i u Bosni i Hercegovini a rezultati ovog istraživanja ukazuju na značaj pojedinih varijabli emocionalnih kompetencija u nastanku ovisnosti.

Literatura

- Bar-On, Reuven.2006."The Bar-On model of emotional-social intelligence (ESI)". Psicothema. 18: 13-25.*
- Bjelošević, Edin i Sedin Habibović. 2006. Priručnik o ovisnostima. Zenica: JZU Kantonalni zavod za borbu protiv bolesti ovisnosti.*
- Cerić, Ismet, Nerma Mehić-Basara, Ljiljana Oruč, i Habiba Salihović. 2007. Zloupotreba psihoaktivnih supstanci i lijekova. Sarajevo: Medicinski fakultet Univerziteta u Sarajevu.*
- Coelho, Ken R. 2012. "Emotional Intelligence: An Untapped Resource for Alcohol and Other Drug Related Prevention among Adolescents and Adults" Depresion Research and Treatment. Article ID 281019: 1-6.*
- Davison, Gerald C. i John M. Neale. 1999. Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja. Jastrebarsko: Naklada Slap.*
- Goleman, Danijel. 2005. Emocionalna inteligencija - 8.izdanje. Beograd: Geopoetika.*
- Kun, Bernadette and Zsolt Demetrovics. 2010. "Emotional Intelligence and Addictions: A Systematic Review". Substance Use & Misuse, 45: 1131-1160.*
- Mayer, John D., Peter Salovey, David R. Caruso and Lillia Cherkasskiy. 2011. "What is emotional intelligence and why does it matter?" Pp. 528-549 in The handbook of intelligence (3rd Edition), urednici Sternberg, R.J. i Kaufman, J. New York: Cambridge University Press.*
- MSB. 2014. "Državna strategija nadzora nad opojnim drogama, sprječavanja i suzbijanja zloupotrebe opojnih droga u Bosni i Hercegovini" (<http://msb.gov.ba/dokumenti/strateski/?id=3419>, pristupljeno 10.05.2014)*
- Petrović, Stevan P. 2003. Droga i ljudsko ponašanje: 5. prerađeno i dopunjeno izdanje. Beograd: Partenon.*
- Raboteg-Šarić, Zora. 2002. "E-upitnik: Skala emocionalne empatije i skala maštete." Str. 44-49 u Zbirka psihologičkih skala i upitnika: Svezak I, urednici K. Lacković-Grgin, A. Proroković, V. Ćubela i Z. Penezić. Zadar: Filozofski fakultet.*
- Radetić-Lovrić, Sanja. 2011. Zavisnost od droga mladih. Lakaši: Grafomark.*
- Samarin Radenka M. i Vladimir Takšić. 2009. "Programi za poticanje emocionalne i socijalne kompetentnosti kod djece i adolescenata" Suvremena psihologija, 12,2: 355-372.*
- Šapiro, Lorens E. 1998. Emocionalna inteligencija: kako vaspitanjem dobiti dijete sa visokom EQ. Beograd: Narodna knjiga Alfa.*
- Takšić, Vladimir. 1998. "Validacija konstrukta emocionalne inteligencije." Doktorska disertacija, Filozofski fakultet, Sveučilište u Zagrebu*
- Takšić, Vladimir. 2002. "Upitnici emocionalne inteligencije (kompetentnosti) UEK." Str. 27-43 u Zbirka psihologičkih skala i upitnika: Svezak I, urednici K. Lacković-Grgin, A. Proroković, V. Ćubela i Z. Penezić. Zadar: Filozofski fakultet.*
- Takšić, Vladimir. 2003. "Skala emocionalne regulacije i kontrole (ERIK): provjera faktorske strukture" Psihologische teme, 12: 43-54.*
- Takšić, Vladimir, Tamara Mohorić i Radenka Munjas. 2006. "Emocionalna inteligencija: teorija, operacionalizacija, primjena i povezanost s pozitivnom psihologijom" Društvena istraživanja, 84-85: 729-752.*
- Vučković, Nikola. 2007. Droge: od zabave do bolesti. Petrovaradin: Futura.*
- Wenar, Charles. 2003. Razvojna psihopatologija i psihijatrija: od dojeničke dobi do adolescencije. Jastrebarsko: Naklada Slap.*



Zavod za bolesti ovisnosti Ze-Do kantona
Odjeljenje rehabilitacije i resocjalizacije
Emina Babić, dipl.soc.pedagog

Prevencija poremećaja u ponašanju djece i mladih

Osnovni principi i strategije prevencije koji se mogu primjeniti u obrazovanju

Zavod za bolesti ovisnosti Ze-Do kantona od svog osnivanja, 2005.godine, u okvirima svog djelovanja aktivno se bavi preventivnim aktivnostima. Veliki dio preventivnih aktivnosti se odnosi na rad profesionalnog kadra u oblasti obrazovanja o čemu smo mnogo puta putem Biltena i ostalih medija, širu javnost obavještavali. Stučni tim Zavoda je shvatio da je jako važan segment za preventivno djelovanje školska populacija mladih, te da jako važno da se mladi upozore na društveno nepovoljne i neprihvatljive radnje, posebno opasnost zloupotrebe psihoaktivnih supstanci, konzumacija alkohola ali i opasnosti široke upotrebe interneta kao i igara na sreću. S toga, sve navedeno nas nagnalo na jedno kratko prezentovanje glavnih strategija principa preventivnih djelovanja kod populacije mlađih ljudi kao i školaraca.

Prevencijom se uglavnom smatra proces u kojem se želi smanjiti incidencija i prevalencija poremećaja u ponašanju djece i mladih. U riječniku prevencijskih termina (Prevention Term Golossary1) prevencija se definira kao proaktivian proces koji osnažuje pojedince i sustave da zadovolje izazove životnih događaja i promjena, kreirajući i jačajući uvjete kako bi promovirali zdrava ponašanja i zdrave stilove. Prema Prevention Source BC2 (1999), samo prevencija može reducirati ozbiljne probleme mladih.

Prevencijom delikventnog ponašanja, suzbijanjem zloupotrebe psihoaktivnih supstanci različitih vrsta, stvaramo društvo pogodno za život, stvaramo zdraviju mladu snagu koja treba da preuzme odgovornost za kreiranje boljeg i pravednijeg društva. Jedino je prevencija svih zala današnjice moguća kao najjasniji sistem zaštite budućih naraštaja društva.

Prevention Sours BC (1999) navodi preduvjete za uspješne strategije prevencije:

- Vrlo jasno razumjevanje prevencije i njezine povezanosti sa nižim troškovima;
- Podupiranje preventivnih programa usmjerenih na administrativnu i finansijsku razinu stručne politike;
- Mjesto prevencije u postojećim ili novim servisima

zajedno sa konkretnim sustavom odgovornosti i akcija;

- Vlastiti i odgovarajući treninzi za profesionalni kadar;
- Postojanje odgovarajućih resursa u prevenciji i stalne dostupnosti potpore i pomoći te prioriteti za prevenciju na razini zajednice.

Temelji za prevenciju nalaze se ukrnjim ciljevima prevencije kojima se želi razviti intelektualne, lične i socijalne kompetencije djece i mladih, i to sveukupnim preventivnim naporima koji će pomoći školama i zajednicama promovirati razvojne ciljeve te te uvećati sposobnost borbe kroz život.

Deset je principa na kojima se temelji prevencijski napor kako bi bili što učinkovitiji:

- 1.Glavna misija škola te drugih institucija za mlađe je pomoći mladima u izbjegavanju visoko rizičnih ponašanja,

- 2.Uspješna prevencija (edukativni rad sa mladima, razvijanje i osnaživanje sportskih aktivnosti kod mladih ljudi, kvalitetno popunjavanje slobodnog vremena kroz pozitivne i društveno povoljne aktivnosti i sl.) najbolja je promocija izbjegavanja visokorizičnog ponašanja posebno zloupotrebe alkohola, droga te nasilja.

- 3.Prevenciju treba adresirati na višestruke razloge uključivanja u različita visokorizična ponašanja,

- 4.Uspješna prevencija mijenja stavove i norme,

- 5.U prevenciji je kontekst jako važan. Kako bi bila učinkovita mora dosegnuti sva obilježja okruženja u kojima će biti primjenjena,

- 6.Prevencijske strategije se temelje na ideji da se pomognu mladima pri izboru pozitivnih aspekata u svim životnim sferama,

- 7.Uspješna prevencija usmjerena je jednako i na odrasle i na mlađe,

- 8.Prevencija zahtjeva saradnju među mnogim akterima. Prevencijske inicijative uključuju pojedince, škole i zajenice te druge institucije,

- 9.Za prevenciju je ključno učenje iz istraživanja i prakse. Prevencijske strategije i priručni materijal moraju se temeljiti na najnovijim konceptima, informacijama i strategijama istraživanja i prakse, i

- 10.Uspješna prevencija ne postoji bez evaluacije i evaluacijskih programa, ona je ključ uspješne prevencije.

1 www.preventionpartners.samhsa.gov

2 www.preventionpartners.samhsa.gov

Literatura:

Bašić, J. (2009). Teorije prevencije: prevencija poremećaja u ponašanju i rizičnih ponašanja djece i mladih, Školska knjiga Zagreb.

Koller-Trbović, N. I Žižak, A. (2005). Participacija korisnika u procesu procjene potreba i planiranja intervencija: specijalnopedagoški pristup, Sveučilište Zagreb, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet, Zagreb.



Brdarević Meliha
Magistrica psiholoških nauka

PSIHOSOCIJALNE POSLJEDICE KOCKANJA MEĐU MLADIMA

Uvod

Kockanje ili kocka zajednički je naziv za skup raznovrsnih igara, ponašanja i aktivnosti, koje uključuju ulaganje novca, uz rizik i nadu u očekivanje pozitivnog ishoda, tj. igrač riskira i nade se da će povratiti uloženo ili dobiti više od toga (Koic i sur., 2009.).

Iako brojna istraživanja pokušavaju odgovoriti na pitanje koji su to rizični faktori koji doprinose kockanju te razvoju problema vezanih uz kockanje, iz pregleda relevantne stručne i znanstvene literature stječe se dojam kako nedostaju istraživanja koja su usmjerena na mlađe, odnosno koja usmjeravaju pažnju na pitanje koja su to obilježja ličnosti i ponašanja koja dovode do razvoja problema vezanih uz kockanje. Riječ je o istraživački zanimljivom pitanju, te području koje je nedovoljno istraženo, a opet aktualno na našim prostorima.

Današnja generacija djece i mlađih odrasta u vremenu u kojem su različite vrste kockanja izuzetno dostupne i slobodno reklamirane. Također, u posljednjih se dvadesetak godina dogodio drastičan porast broja mesta na kojima se priređuju igre na sreću, te kockarske mogućnosti postaju sve raznovrsnije i pristupačnije.

Motivacija za kockanjem

Važnu ulogu u davanju odgovora na pitanje zašto neke osobe razviju probleme vezane uz kockanje dok kod drugih ono i dalje ostaje samo razonoda svakako ima i sama motivacija za kockanjem. Istraživanja pokazuju da su ljudi, kada ih se pita za razloge kockanja, najskloniji odgovoriti „kako bih pobijedio“ ili „kako bih osvojio novac“ (Productivity Commision, 1999.). Ovakav je trend razumljiv s obzirom da je novac najčešća opipljiva posljedica kockanja, te se samo uključivanje u igre na sreću prvenstveno veže uz novac. No, svatko tko je barem jednom probao kockati, zna da je motivacija za uključivanje u igre na sreću

vrlo raznolika, te da varira od osobe do osobe.

Model motivacije kockanja koji predlažu autori Lee i sur. (2007.) govori o pet glavnih skupina motiva za kockanje: (1) socijalizacija, (2) zabava, (3) izbjegavanje, (4) uzbuđenje, te (5) financijska motivacija. Iako je jedan od motiva zabava, ako kroz kockanje osoba zadovoljava i druge psihološke potrebe, to može dovesti do mnogih štetnih posljedica i narušiti psihosocijalno funkcioniranje pojedinca. Povezanost specifične motivacije i rizičnosti kockanja provjeravala se i na uzorcima adolescenata. Tako su Gupta i Derevensky (1998.) utvrdili da su mladima najčešći razlozi za uključivanje u kockanje: zabava (79,5%), zarada (61,9%), uzbuđenje (59,4%), socijalizacija (12,4%), opuštanje (7,6%), bijeg od svakodnevnih problema (3,5%), osjećaj zrelosti (2,6%), umanjivanje deperesije (2,3%), te nošenje s osjećajem usamljenosti (1%). Za sve kategorije 39 rizičnosti kockanja najzastupljeniji motivi su zabava, uzbuđenje i novac. Mladi iz skupine problematičnih i patoloških kockara razlikuju se u odnosu na društvene kockare na način da su im češće motivi i bijeg od problema, nošenje s depresijom i usamljenošću, opuštanje i socijalizacija.

Prilikom istraživanja kockanja, važno je istražiti zašto se osoba uključuje u kockarske aktivnosti s obzirom da nisu u jednakom riziku osobe kojima je jedini motiv zabava i one kod kojih se, primjerice, radi o načinu izbjegavanja suočavanja s problemima.

Dosadašnja su istraživanja motivacije za kockanjem pokazala da, oslanjajući se samo na odgovore dobivene 40 primjenom upitnika (primjerice, pobrojani potencijalni motivi) često ne dobivamo sliku prave motivacije, te da osobe često nemaju uvid u prave razloge svojeg kockanja (Binde, 2009.). Primjerice, misle da kockaju kako bi ostvarili dobitak, a kockanje im je zapravo način nošenja s negativnim emocijama.

Obilježja ličnosti

S obzirom da većina ljudi povremeno igra igre na sreću, a samo manji dio njih razvije probleme, jasno je da je uloga individualnih obilježja ličnosti vrlo važna. Prema Caspi i Moffittovoj (1993., prema Cyders i Smith, 2008.) utjecaj osobnih razlika u ličnosti na ponašanje puno je izraženiji u razdobljima tranzicije kao što su adolescencija i nove situacije. Tada pojedinac ima manje informacija o tome kako bi se trebao ponašati, te u tim okolnostima osobne dispozicije igraju veću ulogu u oblikovanju nečije percepcije i odgovora. Iz dosadašnjih istraživanja znamo i da različite kombinacije osobina ličnosti mogu oblikovati dimenzije koje povećavaju rizik za ovisnička ponašanja (Bond, 2005., prema MacLaren i sur., 2011.). Antisocijalni i granični poremećaj ličnosti snažno su povezani s konzumacijom sredstava ovisnosti i drugim eksternaliziranim ponašanjima (Krueger, Markon, Patrick, Benning i Kramer, 2007., prema MacLaren i sur., 2011.), a poremećaji ličnosti neproporcionalno su češći među osobama koje

zadovoljavaju kriterije za patološko kockanje (Bagby i sur., 2011.; Slutske i sur., 2001.; Ibanez i sur., 2001.). No, većina ljudi ne kocka kao simptom kliničke relevantnosti neke osobne disfunkcije i poremećaja ličnosti već zbog povišenih rezultata na osobinama koje smatramo specifičnima za te poremećaje ličnosti (MacLaren i sur., 2011.). Mnoga su istraživanja pokušavala odgovoriti na pitanje koja su to obilježja ličnosti koja povećavaju rizik da će osoba problematično kockati. Steel i Blaszczynski (1996.) koristili su Eysenckov 3-faktorski model ličnosti koji uključuje faktore psihoticizma, ekstraverzije i neuroticizma (PEN), te ga kombinirali s drugim psihološkim instrumentima i utvrdili da psihološki distres, traženje uzbuđenja, sklonost kriminalnoj aktivnosti i impulzivnost objašnjavaju 62% varijance kockarskog ponašanja. Nower, Derevensky i Gupta (2004.) istom su mjerom ličnosti utvrdili da impulzivnost i traženje uzbuđenja i napetosti predviđaju problematično kockanje mladih.

Kockanje članova porodice i prijatelja

Kao i kod drugih oblika neprihvatljivog i rizičnog ponašanja, niti kod kockanja ne treba zanemariti utjecaj okoline, posebno one bliže. Inozemna istraživanja nam ukazuju na snažnu korelaciju između kockanja adolescenata i obiteljskih faktora. Utjecaj roditelja i drugih članova obitelji na intenzitet i ozbiljinost kockanja djece i mladih može biti indirektan i direktni. Indirektan utjecaj obitelji na kockanje adolescenata, odnosi se prvenstveno na stres unutar obitelji i čimbenike koji doprinose ranjivosti adolescenata čime su podložniji razvoju problema: necjelovita obitelj, učestale stresne situacije u obitelji, stavljanje naglaska na vrijednost novca u životu, smrt roditelja ili roditeljske figure, ozbiljna ozljeda ili bolest člana obitelji, nevjernost jednog od roditelja, postojanje psihološkog, fizičkog ili seksualnog zlostavljanja u obitelji, osjećaj odbačenosti, zanemarivanje (Griffiths, 2002.). Potvrđen je i značaj doživljene traume koji biva okidač problematičnog kockanja (Kalischuk, 2010.). Pod direktnim utjecajem podrazumijevamo ulogu obitelji u upoznavanju djeteta s kockanjem (npr. pokazivanje djetetu kako se igraju igre na sreću) i u normalizaciji kockarskih aktivnosti prikazujući ih kao bezazlenu obiteljsku aktivnost ili uobičajen način provođenja slobodnog vremena.

Tijekom tranzicije iz djetinjstva u odraslu dob vrlo važno mjesto zauzimaju vršnjaci. Stoga u istraživanjima rizičnih ponašanja ne smijemo zanemariti njihov utjecaj, posebno u početku upuštanja u kockarske aktivnosti. Znamo da u razdoblju adolescencije, vršnjaci utječu jedni na druge na različite načine, a jedan od njih je i vršnjački pritisak pri kojem vršnjaci pokušavaju adolescentu nametnuti stavove i/ili ponašanja grupe (Forko i Lotar, 2012.). Neki autori navode i da su problematična i antisocijalna ponašanja „zarazna“, jer utjecajni vršnjaci legitimiziraju takve aktivnosti i uključuju druge kroz procese prisile i natjecanja (Jones i Jones, 2000., prema Valentine, 2008.).

Uz to, vršnjački odnosi značajan su nam i pokazatelj ozbiljnosti problema. Naime, adolescenti koji zadovoljavaju kriterije za problematično kockanje najčešće imaju prijatelje koji kockaju i manja je vjerojatnost da će se družiti s vršnjacima koji ne odobravaju kockanje (Hurt i sur., 2008.; Delfabbro i Thrupp, 2003.; Moore i Ohtsuka, 1997.).

Zaključak

Kockanje i problemi povezani s kockanjem, sve su veći problem među mladima.

Danas razlikujemo društvene kockare kojima kockanje služi za zabavu. Ozbiljno društvenih kockara nešto je manje. Njima je kockanje osnovni oblik zabave i način na koji provode cijelo svoje slobodno vrijeme. Profesionalni kockari kockanje koriste kao zanat i glavni izvor prihoda. Kod njih još postoji sačuvana kontrola nad visinom dobivenog i izgubljenog. Osobe kod kojih je kockanje već izazvalo probleme u većim životnim područjima, uključujući odnose, studij, zaposlenje, finansijske ili zakonske probleme, problematični su kockari. Patološki kockari osobe su okupirane kockom, izgubile su kontrolu nad visinom dobivenog i izgubljenog i usto imaju snažnu želju za povratkom izgubljenog. Patološki kockari ne prepoznaju više granicu između zabave i ovisnosti ili ni sami ne žele priznati problem.

Kocka je vrlo opasna i uopće se ne razlikuje od drugih poroka. Počinje na isti način, a može imati jednako razaran efekt kao i alkoholizam i narkomanija. Prvo alkoholno piće se često popije iz radoznalosti i da bi se bilo u trendu, a isto važi i za prvi zapaljeni joint. Možda se neće direktno odraziti na organizam i problem ovisnika o kocki neće biti vidljiv na prvi pogled, ali kocka je, baš kao droga i alkohol, uzrok propasti mnogih porodica i pojedinaca.



Emir Hasanica, medicinski tehničar

Informacioni sistem Zavoda za bolesti ovisnosti

Informacioni sistem Zavoda za bolesti ovisnosti predstavlja način prikupljanja, skladištenja, i obrade informacija neophodnih za svrhu donošenja odluka i rješavanje problema u svakodnevnom radu. Općenito, u medicinskim ustanovama informacioni sistemi predstavljaju tek sekundarni način obrade podataka, dok je primarni i "tradicionalni" način obrade podataka "ručni" u kojem uposlenici ručno prikupljaju i sortiraju podatke o pacijentima. Tome doprinosi zastarjelost opreme, niski stepen informatičke edukacije osoblja te nepostojanje prioriteta modernizacije informatičke opreme. Sa druge strane u Zavodu za bolesti ovisnosti učinjeni su značajni koraci kako u informatičkom opismenjavanju uposlenika tako i u krupnom ulaganju u informatičku opremu – tradicionalni "ručni" način obrade podataka ne postoji, analiza i obrada podataka je potpuno automatizovana a svakodnevni rad je postigao takvu složenost da je postao nezamisliv bez pomoći savremene tehnologije.

Informacioni sistem Zavoda se sastoji od: hardvera, softvera, baza podataka, mreža i telekomunikacija, ljudskih resursa i procedura.

Hardver

Fizički, hardver u Zavodu za bolesti ovisnosti je podijeljen na dva dijela: hardver u ambulantni i hardver u stacionarnom dijelu Zavoda – Detoxu. Ambulanta predstavlja centar Zavoda zbog mnogo većeg protoka pacijenata, većeg broja uposlenih i administrativnog odsjeka koji je fizički smješten u prostorijama ambulante te ima dosta složeniji informacioni sistem za razliku od Detox-a čiji informacioni sistem primarno služi za unos informacija o pacijentima dok se obrada informacija obavlja u ambulantni.

Literatura

- Ajduković, M., Ručević, S., Šincek, D. (2009). *Istraživanje rasprostranjenosti rizičnog i delinkventnog ponašanja djece i mladih u urbanim sredinama – dodatni poticaj za ciljanu prevenciju*. Dijete i društvo, 1/2 (10), 27-47.
- Bagby, M.R., Vachon, D.D., Bulmash, E.L., Toneatto, T., Quilty, L.C., Costa, P.T. (2007). *Pathological gambling and the five-factor model of personality*. Personality and Individual Differences, 43, 873-880.
- Cyders, M.A., Smith, G.T. (2008). *Clarifying the role of personality dispositions in risk for increased gambling behavior*. Personality and Individual Differences, 45, 503-508.
- Forko, M., Lotar, M. (2012). *Izlaganje adolescenata riziku na nagovor vršnjaka – važnost percepcije sebe i drugih*. Kriminologija i socijalna integracija, 20, 1, 35-47.
- Gupta, R., Derevensky, J.L. (1998a). *Prevalence Study and Examination of The Correlates Associated with Pathological Gambling*. Journal of Gambling Studies, 14, 4, 319-345.
- Gupta, R., Derevensky, J.L. (1998b). *An Empirical Examination of Jacobs' General Theory of Addictions: Do Adolescent Gamblers Fit the Theory*. Journal of Gambling Studies, 14, 1, 17-49
- Hurt, H., Giannetta, J.M., Brodsky, N.L., Shera, D., Romer, D. (2008). *Gambling Initiation in Preadolescence*. Journal of Adolescent Health, 43, 91-93.
- Ibanez, A., Blanco, C., Donahue, E., Lesieur, H.R., Perez de Castro, I., Fernandez-Piqueras, J., Saiz-Ruiz, J. (2001). *Psychiatric comorbidity in pathological gamblers seeking treatment*. American Journal of Psychiatry, 158, 1733-1735.
- Kalischuk, R.G. (2010). *Cocreating Life Pathways: Problem Gambling and its Impact on Families*. The Family Journal, 18, 7, 7-17
- Koić, E., Filaković, P., Djordjević, V., Nadj, S. (2009). „Alea lucta Est“ (A Case Series Report of Problem and Pathological Gambling). Collegium Antropologicum, 33, 3, 961-971.
- MacLaren, V.V. Best, L.A., Dixon, M.J., Harrigan, K.A. (2011). *Problem gambling and the five factor model in university students*. Personality and Individual Differences, 50, 335-338.
- Nowler, L., Blaszczynski, A. (2004). *A Pathways Approach to Treating Youth Gamblers*. U: Gupta, R., 4. Derevensky, J.D. (ur.): *Gambling Problems in Youth – Theoretical and Applied Perspectives*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Productivity Commission (1999). *Australia's Gambling Industries Inquiry Report*. Australia's Government Productivity Commission
- Slutske, W.S., Eisen, S., Xian, H., True, W.R., Lyons, M.J., Goldberg, J., Tsuang, M. (2001). *A twin study of association between pathological gambling and antisocial personality disorder*. Journal of Abnormal Psychology, 110, 297-308
- Valentine, G. (2008). *Literature review of children and young people's gambling*. Gambling Commission. <http://www.gamblingcommission.gov.uk/>

Hardver u ambulanti se sastoji od centralnog servera koji djeluje kao "hub" sistema, devet računarskih radnih stanica za unos i obradu podataka, laptopa čiji broj varira od dva do pet zavisno o prisustvu uposlenika i potrebi za mobilnim računarima, osam aktivnih printer-a (te određenog broja printer-a i skenera koji se stavljaju u pogon prema potrebi te kopir aparata koji tehnički nisu povezani u informacioni sistem), jednog mrežnog LAN routera te jednog ASDL WAN modema.

Same specifikacije računara u sistemu su dosta neujednačene - stariji računari prosječno posjeduju dvojezgrene procesore i jedan do dva gigabajta RAM memorije dok su noviji računari opremljeni sa četverojezgrenim procesorima i minimumom od četiri gigabajta RAM memorije. Centralni server koji ujedno služi i kao radna stanica za unos podataka te kao mrežni disk na kojem su fizički spremljene baze podataka koje se potom distribuiraju na pregled i obradu prema ostalim računarima u mreži je i najjača karika mreže – opremljen je Intel vPro procesorom te posjeduje četiri gigabajta ECC ram memorije (ECC, Error-correcting code) koja automatski ispravlja greške koje se javljaju tijekom komunikacije sa drugim računarima u mreži.

Softver

Svaki računar ma kako dobre karakteristike posjedovao je koristan samo u onoj mjeri koliko je koristan softver instaliran na njemu. Zbog toga u Zavodu za bolesti ovisnosti dosta pažnje je posvećeno kustomizaciji tj. prilagođavanju komercionalnog uredskog softvera specifičnim zahtjevima Zavoda i velikoj količini podataka koji se generiraju u svakodnevnom radu sa ovisnicima. Operativni sistemi koji se koriste su MS Windows Xp, MS Windows Vista i MS Windows 7 dok je prelazak na MS Windows 10 planiran u budućnosti i zavisi od modernizacije hardvera koji mora biti sposoban da obezbjedi minimalne sistemske zahtjeve za novi operativni sistem. Veliki izazov u tehničkom smislu predstavlja standardizacija baza podataka i fajlova koji se koriste u svakodnevnom radu; potrebno je obezbjediti da svaki fajl i svaka baza podataka ispravno rade na svakom operativnom sistemu i svakoj kombinaciji hardvera, iako je razlika u dobu proizvodnje između najstarijeg i najmlađeg često veća od jednog desetljeća. Od ostalog softvera važno je spomenuti i neizostavni MS Office paket u verzijama od 2003 do 2013, zavisno od potreba uposlenika, IBM SPSS Statistics kao alat izbora za masivnu analizu podataka te McAfee Next Generation Firewall koji je nedavno implementiran na serveru te pruža značajnu zaštitu mreže od neautorizovanih upada, virusa i trojanaca.

Baze podataka

Baze podataka predstavljaju jezgro oko kojeg i zbog kojeg čitav informacioni sistem i postoji. Velikim dijelom su napravljenje od komercijalnog softvera koji je prilagođen specifičnostima Zavoda. Bilo je pokušaja da se uvede specifični softver napisan samo za Zavod za bolesti ovisnosti, međutim zbog fleksibilnosti posla koji se obavlja u praksi, višenamjenske baze podataka su se pokazale nezamjenjivim. Osnovnu bazu podataka predstavlja "Spisak ovisnika" tj. Excell-ova tabela sa ličnim podacima svih pacijenata koji su registrovani u Zavodu, brojem kartona, datumom i intervalom pregleda, brojem, datumom i intervalom testova, rezultatima testiranja na hepatitis, terapijom, i ostalim podacima. Svi navedeni podaci su u međusobnoj interakciji – putem jednog "klika" moguće je dobiti listu pacijenata koji imaju zakazan pregled za naredni dan, prosječnu dozu terapije, prosječnu dob i spol pacijenata itd.. Druge bitne baze podataka su namjenski napravljeni Izvještaj lječara specijaliste, tj. MS Access fajl u kojoj lječar ima mogućnost pregleda starih izvještaja te brzu izradu novog, brzi ispis dokumenta te njegovu pohranu na mrežnu lokaciju.

Također postoje i masivne baze podataka sa rezultatima testiranja pacijenata na psihoaktivne supstance; podaci u njima datiraju još od osnivanja Zavoda i samih početaka implementacije informacijske tehnologije. Veliku ulogu igraju i baze podataka socijalnih radnika sa opširnim socijalnim anamnezama svakog pacijenta, zatim dijeljeni mrežni prostor u kojem zaposlenici imaju mogućnost kreirati vlastite foldere sa vlastitim fajlovima i obrascima, te dijeliti fajlove sa drugim uposlenicima. Svakoj bazi podataka može pristupiti svaki uposlenik neovisno od računara kojeg koristi.

Mreže i telekomunikacije

Specifičnost Zavoda za bolesti ovisnosti je da koristi potpuno bežičnu mrežu bez bilo kakvih fizičkih kablova. Svi računari su povezani putem bežične wireless (wi-fi) mreže koja radi na frekvenciji od 2,4 GHz. Ovaj način umrežavanja računara je izabran prvenstveno zbog fleksibilnosti; računari nisu fizički ograničeni dostupnošću LAN kablova, maksimalan broj računara koji se u svakom trenutku mogu priključiti na mrežu bez instaliranja dodatnog hardvera je 255 tako da daljnje širenje ne predstavlja problem, svi laptopi su u svakom trenutku umreženi, izbjegnuti su dodatni troškovi u vidu mrežnih kablova te same instalacihe tih kablova. Nedostatci ovog načina umrežavanja su manja brzina protoka podataka te umanjena sigurnost u odnosu na klasičnu računarsku mrežu. Stariji modeli printer-a koji ne posjeduju wi-fi konekciju su umreženi putem računara – računar na koji je printer fizički povezan ujedno predstavlja i lokalni print server, susjedni računar se automatski povezuje na njega i šalje mu zahtjev za ispisom te na taj način dva i više računara u realnom vremenu ispisuju na istom printeru, najčešće po sistemu jedna kancelarija sa više računara ispisuje dokumente na jednom printeru u toj kancelariji. O čitavom sistemu se brine TP-Link high power wireless router koji signalom pokriva čitav objekat Zavoda. Osim klasične frekvencije wi-fi mreže od 2,4 GHz, router ima mogućnost odašiljanja i na frekvenciji od 5 GHz koja nudi još veći domet i brzinu, međutim ova mogućnost nije nikada implementirana zbog nedostatka odgovarajuće opreme na našem tržištu. Vezu sa WAN mrežom i pristup Internetu brzinom od 40 Mbps omogućuje klasični ADSL modem trajno povezan na internet sa statickom IP adresom.

Ljudski resursi i procedure

Koliko god da je napredan informacioni sistem Zavoda, ipak zavisi od spremnosti i mogućnosti uposlenika da unesu odgovarajuće informacije, postave ispravne upite te dobiju željene rezultate. Javlja se i pasivni otpor među uposlenicima da prihvate nove tehnologije pogotovo one sa kojima nemaju iskustva, međutim nakon početnih poteškoća i odgovarajuće edukacije o beneficijama koje donose informatičke tehnologije taj otpor je prošao. Razvijene su i odgovarajuće procedure i rutine za svaki korak, od unosa informacija o novom pacijentu koji prvi put dolazi u ustanovu pa do sortiranja podataka o pacijentima koji koriste određenu vrstu terapije ili sortiranja pacijenata koji su pozitivni na samo određenu vrstu psihoaktivne supstance. Razlog korištenja procedura je u uniformnosti; svaki uposlenik zna kada i na koji način da ispravno pristupi željenim podacima.

Informacioni sistem Zavoda predstavlja dobro zaokruženu cjelinu spremnu kako za postojeće tako i za buduće radne zadatke, IT tehnologija je već odavno postala dominantni način razmjene informacija a u prilog tome govore i trendovi u okruženju o uvođenju elektronskih zdravstvenih knjižica, mrežnog povezivanja svih zdravstvenih ustanova na nivou FBiH te elektronskog izdavanja recepta.

1. LAN - local area network

26 2. ASDL - Asymmetric digital subscriber line

3. WAN - wide area network

Put života - Put feniksa

Almir Mehanović

U Trnovcima kod Kaknja počela je sa radom terapijska zajednica koju je pokrenulo Udruženje za borbu protiv ovisnosti "Put života-Put Feniksa" iz Zenice. U.G. "Put života-Put Feniksa" je nevladina, nestramačka i neprofitna organizacija, koja je osnovana 29.01.2014. godine u Zenici. Udruženje ima za cilj rješavanje problema ovisnosti. S tim u vezi realizovan je projekat osnivanja zajednice na području općine Kaknji, mjesto Trnovci, zajednica je krenula sa radom 15.09. 2014. godine, što je bilo u velikoj mjeri medijski popraćeno. Kapacitet terapijske zajednice bi mogao biti i do 30 osoba, sa mogućnošću proširenja. U terapijskoj zajednici (TZ) se radi po programu koji se zove "ČOVJEK" i on traje 18 mjeseci, manje ili više 2 mjeseca zavisno od toga kako se korisnik pokazao u programu. U okviru programa korisnici se vode Daytop filozofijom i nepisanim filozofijama koje uče da koriste dalje u životu.

DAYTOP FILOZOFIJA

Ja sam ovdje, jer ne postoji utočište gdje se mogu skloniti od samog sebe. Sve dok se ne suočim sa sobom u očima i srcima drugih, ja bježim. Dok ne propatim i sa njima podijelim moje tajne ne osjećam se sigurno. Bojeći se da budem prepoznat ne mogu upoznat samog sebe niti bilo koga drugog i ostajem sam.

Gdje drugo nego u zajednici mogu pronaći svoj odraz.

Ovdje, zajedno sa drugima mogu se konačno vidjeti jasno.

Ne kao div iz mojih snova, ni kao patuljak iz mojih strahova, već kao osoba i dio cjeline sa mojim udjelom u tom određenju.

U ovom tlu mogu pustiti svoje korijene i rasti

Ne više sam kao u smrti, nego živ u sebi i drugima.

Ako bi se dalje bavili nekim dubljim elaboratom Daytop filozofije uvidjeli bi da ona prati cijeli jedan proces transformacije ličnosti od jednog ovisnika do čovjeka.



Nepisana filozofija

- Čestitost, poštenje i vijernost
- Odgovorna briga i ljubav za druge
- Imaj povjerenja u svoju grupu i onoga ko se brine o tebi
- Ko ne radi taj ne jede- ništa je besplatno
- Kompenzacijia je ispravna
- Što daš to ćeš i dobiti-kako posiješ tako ćeš i požnjeti
- Uradi kako se kaže
- Bolje je pokušati shvatit druge nego tražiti da drugi shvate nas
- Ništa ne možeš imati dok to ne podijeliš sa drugima
- Lični rast je ispred funkcije u zajednici
- Ne gledaj ko ti govori već šta ti govori
- Pazi šta tražiš to bi mogao i da dobiješ

Nepisana filozofija je zapravo nastala u ovoj TZ i kao što može da se primeti ona je skup narodnih umotvorina i izjava koje korisnike TZ uče životu u zajednici i van nje.

Program po kojem radimo se deli dalje na 2 dela:

- Terapijski dio
- Tehnički dio

Terapijski dio

U okviru terapiskog dijela postoje individualna i grupna terapija. Individualne i grupne terapije vode Almir Mehanović višegodišnji apstinent i osnivač ove TZ i psiholog Irfan Kalić koji je takođe višegodišnji apstinent, naravno na raspolaganju nam stoje i stručni saradnici. Inače, Almir Mehanović i Irfan Kalić su svojevremeno apsolvirali i zaživeli ovaj program u sebi što je rezultiralo višegodišnjom apsti-



nencijom Almir 9 godina, Irfan 6.

Tehnički dio

Tehnički dio se sastoji iz raznih poslova koji se kreću od obrađivanja zemlje, vođenja brige o stoki i živini, zidanju, radu u šumi pa do spremanja hrane, čišćenja prostorija... Dakle, kao što možete da vidite tehnički dio je veoma raznovrstan a sadrži u sebi sve poslove koji su potrebni za jednu zajednicu. Što se tiče ovog dijela tu nam je stručni saradnik agronom Samir Čobo.

DAYTOP FILOZOFIJA

Ja sam ovdje, jer ne postoji utočište gdje se mogu skloniti od samog sebe

Kao što vidite ova prva rečenica daytopa označava sam dolazak korisnika i početak u terapijskoj zajednici. Ne postoji mjesto koje je sigurnije za jednog ovisnika od TZ, sva pravila su tu da bi na najbolji način zaštitala korisnika od samog sebe a u isto vrijeme su i zaštićeni od rada sa opasnim mašinama i alatkama u prvi mjesec dana dok im se ne povrati fizička snaga. Najbitniji dio ovog sklanjanja od samog sebe se zapravo nalazi u tom terapijskom radu sa korisnicima. Ovisniku kad prođe apstinencijska kriza jedno od prvih osećanje koje se vraća je grižnja savesti, ona je strašno opasna zato što može vrlo lako da dovede korisnika da napusti TZ. Ovaj problem se lako rešava kroz razgovor i komunikaciju sa braćom (ostalim korisnicima TZ) i operaterima. Dakle, možemo slobodno reći da je ovo utočište gdje se mogu skloniti od samog sebe.

Sve dok se ne suočim sa sobom u očima i srcima drugih, ja bježim

Ovo se direktno odnosi na način na koji korisnici doživljavaju sebe i svijet oko sebe. Lako su se fizički očistili od droga tu ostaje onaj psihički dio koji je zatrovani, svi su u početku bili narkodileri, mafijaši ili su se družili sa mafijašima, lopovi koji su bili gospoda ili su bili najopasniji u svom kraju itd. dakle bili su sve osim onog što zapravo jesu, a to je narkomani. Ove iluzije koje korisnici žive vrlo brzo padaju u vodu kada se nađu okruženi sebi sličnim koji su prošli kroz sve to, a to je ujedno i veoma bitan korak ka izlječenju. Razbijanje iluzija i prihvatanje sebe onakvim kakvi jesu i kakvimi ih drugi vide i doživljavaju je prvi korak ka izlječenju.

Dok ne propatim i sa njima podijelim moje tajne ne osećam se sigurno

Nakon što su prihvatali sebe slijedi naredni korak, rad na sebi. Samo to razbijanje iluzija i prihvatanje sebe donosi određenu bol i patnju kroz koju korisnik "mora" da prođe. Ovaj deo sa dijeljenjem tajni bitan za korisnika ali i za celu grupu. Svi mi nosimo neke tajne koje potiskujemo i čuvamo, te tajne nas pritiskaju kao teret, svako se na svoj način nosi sa njima. Ovde ovisnici imaju priliku da u okviru terapijske grupe ili individualno sa operaterom podijele te tajne. Bitno je da ovisnici uvide da te tajne koje su mislili da ih prave „čudovistima“ da su one nešto što se dešavalо drugima i da oni nisu toliko loši kao što su u početku to mislili. U ovom dijelu sa tajnama postoje 2 bitna momenta:

- Oslobođanje od tereta tajne
- Spoznaja da te „strašne“ tajne nisu toliko strašne ,postoje ljudi koji su uradili nešto slično ili nešto još gore ali su se pokajali i nastavili da žive ne zadržavajući se mnogo u prošlosti i trudili se da im se te stvari ne ponove.

Povjerenje koje se dobija u okviru grupe ovim činom je ono što pravi da se korisnici osjećaju sigurno.

Bojeći se da budem prepoznat ne mogu upoznat samog sebe niti bilo koga drugog i ostajem sam

Ovi prethodni koraci su bili neki psihofizički detox, dakle, oslobođanje od tih nekih stvari koje smo vukli u sebi. Poslije ovoga slijedi intenzivan rad na sebi. Kad se ovisnici „očiste“ onda ostaje ono

što ih je napravilo onim što jesu, a to su problemi kao što su: egoizam, laganje, manipulisanje, kompleks niže ili više vrednosti i mnogi drugi. U ovoj fazi ovisnici pokušavaju da sakriju te probleme nekim psihološkim maskama, ali kroz terapijski i tehnički rad obično te maske spadnu i problemi izađu na vidjelo.

Gdje drugo nego u zajednici mogu pronaći svoj odraz

Jedna od najboljih stvari u TZ je to što ovde ovisnici uvijek mogu da nađu svoj odraz. Ovisnost kao bolest ima svoje karakteristike koje su zastupljene u većini slučajeva, razlika je u tome što se problemi pojavljuju u različitom intenzitetu kod različitih osoba. Ovde se rad ne završava na operaterima, stariji korisnici pomažu mlađim u rešavanju njihovih problema a ujedno mogu da vide dokle su stigli oni u rešavanju tih problema. Svako je svakom ogledalo.

Ovdje, zajedno sa drugima mogu se konačno videti jasno

Ovaj dio terapije je zapravo jedan introspektivni proces u kojem korisnici evaluiraju sebe i svoj napredak po pitanju rada na sebi, svojih slabosti ili jačih strana. U ovom dijelu su stigli do toga da mogu objektivno da sagledaju sebe i druge. U ovom dijelu programa se akcenat stavlja na vrline korisnika koje treba ojačati. Dakle, imamo probleme koje aktivno rješavaju i vrline koje ojačavaju da bi na kraju dobili jednog kvalitetnog i funkcionalnog člana društva.

Ne kao div iz mojih snova, ni kao patuljak iz mojih strahova, već kao osoba i dio cjeline sa mojim udjelom u tom određenju

U ovoj fazi terapije korisnik počinje aktivno da ide na vikende. Sad pokušavamo da uskladimo načina na koji korisnik doživljava sebe vani. Korisnici se naviknu na jedan način funkcioniranja u zajednici, oni su se promenili u okviru ovog programa ali njihovo okruženje vani je manje-više ostalo isto. Potrebno je da se ove dvije stvari usklade, ne da korisnici dožive sebe kao nekog patuljka koji mora da se skriva zbog prethodnog života koji je vodio ali ne i da misli za sebe da je bolji od drugih zato što je uspio u da se „izlječi“ od bolesti ovisnosti već da normalno živi u okviru društva kao njegov ravnopravan član ni gori ni bolji od ostalih.

U ovom tlu mogu pustiti svoje korijene i rasti

Ovo je već zadnja faza terapije. Korisnik koji je došao do ovog dijela terapije se oslobođa skoro svih obaveza i odgovornosti u okviru zajednice. Uglavnom radi introspekciju da bi video šta je sve uradio u toku programa a na čemu treba da poradi dalje kad izađe vani. Korisnik je u ovom tlu pustio korjene i od jednog ovisnika porastao je do toga da se može nazvati apstinentom, njegov rast se dalje nastavlja vani.

Ne više sam kao u smrti, nego živ u sebi i drugima

Mislim da za ovaj dio nije potreban elaborat.



*Maja Stapić,
Projekt Manager*

Udruženje za resocijalizaciju bivših ovisnika „Proslavi Oporavak“ je nevladina organizacija osnovana 2008. godine od strane bivših ovisnika, koji su uočili problematiku resocijalizacije i sveopćeg problema ovisnosti, te pokrenuli udruženje sa sjedištem u Sarajevu. Problem ovisnosti je dosta specifičan, s obzirom da ga ne možemo posmatrati kao zaseban problem, jer sa sobom nosi dosta drugih faktora.



Zbog problema sa samopoštovanjem, nedostatkom inicijative, manjkom informacija pa i problema finansijske prirode, osobe se teško odlučuju same potražiti pomoć. Održavanjem motivacionih razgovora u našem Udruženju nastojimo korisnicima pružiti pomoć i ukazati im na pozitivne strane odlaska na liječenje i uspostavljanja trajne apstinencije od droge.

U okviru tog rada surađujemo i sa Zavodom za alkoholizam i druge toksikomanije, obavljamo sastanke sa korisnicima i motiviramo ih za odlazak na tretman. Sve ove aktivnosti su dovele do toga da smo informirali i motivirali oko 1 000 osoba o mogućnostima oporavka od ovisnosti.

Ako uzmemo u obzir samo one korisnike koji su samostalno došli potražiti pomoć u naše Udruženje, od njih 186, na liječenje je otislo 51%.

Završetak tretmana i povratak u prijašnje okruženje je vrlo stresan događaj za bivšeg ovisnika, te upravo iz tog razloga ovom segmentu pridajemo veliku pažnju.

Kada govorimo o resocijalizaciji, u našem radu ona podrazumijeva period od godine dana, u kojem se korisniku koji je završio tretman pružaju servisi sastanaka grupa podrške, mogućnosti individualnih razgovora sa stručnim suradnicima, edukacije, pomoći pri ostvarenju prava na zdravstvenu i socijalnu zaštitu, te pomoći pri zapošljavanju, kao vrlo bitnom segmentu integracije u društvo. Kod osoba koje su nam se obratile za pomoć, uspešna resocijalizacija je vodila ka potpunoj apstinenciji kod 83% korisnika, što ukazuje na njezinu važnost.



Podrška obitelji je jako važna za konačni rezultat i trajan oporavak od ovisnosti. Nastojimo ostvariti suradnju sa roditeljima koji nam se obrate za pomoć, od samih početaka, te ih pratimo od inicijalnih dogovora za odlazak u tretman, pružamo im psihosocijalnu pomoć i potporu dok su njihovi bližnji u tretmanu ali isto tako i nakon završetka tretmana.



Do sada je oko 100 užih članova porodica učestvovalo u našim programima. Mišljenja smo da je vrlo važno od samih početaka razvijati zdrave životne navike i ukazivati na pozitivne primjere, te da se na taj način najbolje prevenira sama ovisnost i razvijanje štetnih navika. To je jedan od glavnih razloga zašto naše aktivnosti usmjeravamo i na rad sa srednjoškolcima, koje smo tokom naših dosadašnjih projekata uključivali u vršnjačku edukaciju. Uspješno smo surađivali sa UNODC-om, Općinom Centar Sarajevo i Ministarstvom za obrazovanje, nauku i mlade Kantona Sarajevo.

Aktivno smo se uključili u politički rad, kako bismo svojim pristupom doprinijeli kreiranju javnih politika i strategija koje bi dovele do poželjnijih mjera u borbi protiv zloupotrebe droge. Članovi smo krovnih organizacija Svjetske federacije protiv droge (WFAD), Bečkog NVO komiteta (VNGOC), IOGT, te sudjelujemo na svim značajnijim svjetskim konferencijama s tematikom ovisnosti i suzbijanja zloupotrebe droga poput UKESAD u Londonu, WFAD u Stockholmu, te UNODC – CND u Beču.

Udruženje je član upravnog odbora EURAD-a (Mreža za prevenciju, tretman i oporavak od ovisnosti), krovne organizacija sa uredom u Briselu, koja je svoj rad započela još davne 1988. Od svoga osnivanja EURAD igra značajnu ulogu na globalnom planu kreiranja politika koje podržavaju prevenciju i potpuni oporavak od ovisnosti. Predsjednik Proslavi Oporavka je koordinator i Mreže oporavljenih ovisnika RUN – (Recovered Users Network) koja okuplja sve nevladine organizacije i pojedince koji u svojim programima i vizijama zastupaju servise koje u svom krajnjem cilju imaju potpuni oporavak od ovisnosti.

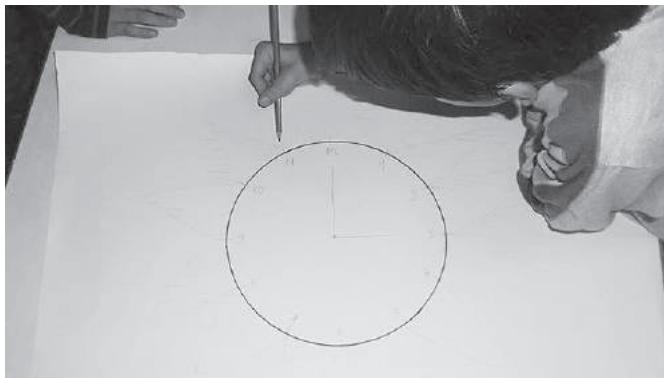
Raduje nas činjenica da ćemo imati svoga predstavnika i na specijalnoj sesiji (UNGASS) Generalne skupštine Ujedinjenih nacija koja će se održati 2016. godine. Uz angažman svih članica država UN-a očekuju se nove rezolucije u borbi protiv organiziranog kriminala, zloupotrebe droga, te najboljih načina preventivnog djelovanja u cilju borbe protiv ove globalne pošasti. Među 30 članica iz cijelog svijeta Proslavi Oporavak će u UN-u zastupati ugroženu populaciju oporavljenih ovisnika.

Ukoliko Vam je potrebna pomoć, možete nam se obratiti na adresi Danijela Ozme 11/2, Sarajevo, na mail info@proslavi-oporavak.ba ili na broj telefona 033 201 761.



Merlina Ramani-Muhović,
MA psihologije

Dnevni centar za djecu „Gnijezdo“



Dnevni centar za djecu „Gnijezdo“ je otvoreni tip edukativnog, kreativnog i rekreativnog centra, koji predstavlja sigurno mjesto za djecu koja dolaze iz porodica sa višestrukim problemima (zloupotreba alkohola i/ili psihoaktivnih supstanci od strane roditelja, psihiyatritski poremećaji, nasilje u porodici, izrazito loša socioekonomска slika, jednoroditeljske porodice). Prostorije Dnevnog centra se nalaze u Zenici, ulica Travnička cesta 42, a djeca u tim prostorijama mogu provoditi vrijeme prije i/ili poslije škole i tu dobiti stručnu pomoći i podršku, pomoći u školskim zadacima, te svoje slobodno vrijeme mogu kvalitetno iskoristiti kroz sport, kreativne radionice, psihosocijalne radionice, art terapiju itd. Otvaranje Dnevnog centra je omogućeno od strane IN Fondacije i organizacije Kinderpostzegels iz Holandije. Ove organizacije djeluju na području Bosne i Hercegovine već duži niz godina i njihova djelatnost je bazirana na zaštiti djece i njihovih prava. Ovaj centar je dio porodice 11 aktivnih centara širom BiH koji se bave zaštitom djece i edukacijom. Stručno osoblje centra koje radi sa djecom broji 3 odgajatelja, psihologa i medicinskog radnika, a tu su još i mlađi volonteri iz lokalne zajednice. Primarna namjena Dnevnog centra je prevencija napuštanja škole, nasilja nad djecom, trgovine djecom, bolesti ovisnosti, kriminaliteta, i drugih negativnih obrazaca ponašanja. Sve aktivnosti Dnevnog centra provode se u svrhu zaštite dječjih prava. Dakle, sve intervencije djeluju preventivno, u smislu pružanja podrške djeci i jačanju samopouzdanja, odabiru prihvatljivih oblika ponašanja, poboljšanju školskog uspjeha, unapređenju njihovog položaja među vršnjacima, uključenosti, kao i jačanju socijalne kontrole, a na taj način se osigurava bolja zaštita djece u njihovom užem i širem okruženju.

Pristup u radu je kombinacija individualnog i grupnog rada, a sve slobodne aktivnosti u centru stavljuju naglasak na grupu, jer grupa razvija timski rad, toleranciju i služi kao katalizator promjena.

Značajan aspekt metodologije rada Dnevnog centra za djecu svakako je planiranje i praćenje rada sa korisnicima, to jeste definisanje ciljeva i rezultata, te odgovarajućih aktivnosti i mjera za svakog korisnika ponaosob, a koje će voditi pozitivnim promjenama. Metode rada podrazumijevaju da djeca sedmično prave individualne planove rada, a uz podršku starijih članova ili volontera se definišu planovi za grupe najmlađih. Dnevni centar radi na principu uvažavanja mišljenja i želja djece.

Proces odabira djece, korisnika usluga Dnevnog centra, se obavlja u direktnoj saradnji sa Centrom za socijalni rad Zenica, školama, drugim nevladnim organizacijama, ali i neformalnim putem (djeca iz istog razreda, kontakti u lokalnoj zajednici, korisnici ranijih programa, predstavnici vjerskih zajednica, sportske organizacije i sl.) Korisnici Dnevnog centra su djeca starosne dobi od 6-15 godina starosti, oba spola, bez ikakvih prepreka ili bilo kojeg oblika diskriminacije. Osim rada sa djecom, stručno osoblje centra radi i sa roditeljima. Rad sa roditeljima obuhvata individualni rad, rad u grupi, savjetovanje i kućne posjete. Rad u Dnevnom centru organizovan je 6 dana u sedmici, 08:00-16:00 radnim danima, a subotom 09:13:00 sati.

Usmjeravanje ka samoaktivaciji i uključivanje djece u rad Dnevnog centra je ideja vodilja centra, koja je direktno povezana sa razvojem samopouzdanja, nezavisnosti, osjećaja odgovornosti, saradničkog duha i tolerancije. Uključivanje znači osnaživanje djece da uče, analiziraju i razmišljaju o rješenjima koja će voditi donošenju odluka.

Generalni cilj kojem se teži u radu sa djecom jeste poboljšanje kvalitete njihovog života i razvoj novih mogućnosti za djecu koja dolaze iz porodica sa višestrukim problemima u BiH, odnosno pružanje podrške djeci da odrastu u zdrave i odgovorne građane koji će biti dobri roditelji, uključeni i aktivni članovi svojih zajednica.

Adolescenti, samopoimanje i droge



Merlina Ramani-Muhović,
MA psihologije

Kako bismo mogli shvatiti zašto adolescenti počinju uzimati droge, najprije moramo razumjeti šta je to adolescencija i šta se ustvari dešava u toj fazi razvoja. Adolescencija (lat. mladost) je složen razvojni proces u životu svakog čovjeka u kojem dominira psihološka i socijalna komponenta razvoja (psihosocijalna). Iako se često adolescencija shvata kao sinonim puberteta, njihove razlike su očigledne i treba ih poštovati. Naime, pubertet je faza tjelesnog i psihičkog razvoja istovremeno, ali njegovu suštinu čine biološke promjene sa krajnjim ciljem fizičkog sazrijevanja. U pubertetu se kompletno tijelo naglo i burno mijenja, kako u izgledu, tako i u svojim funkcijama. Dakle, koliko god je pubertet bogat tjelesnim preobražajima, toliko je adolescencija bogata intrapsihičkim i socijalnim preobražajima (Đukanović, 2005).

Adolescenti se iznenada susreću sa do tada nepoznatim osjećajima, potrebama, interesovanjima, zahtjevima, novim strahovima i nezadovoljstvom.

U adolescenciji dolazi do nekih vrlo značajnih trenutaka:

- psihološko odvajanje od roditelja,
- buđenje potreba za emocionalnim vezivanjem za vršnjake,
- potreba za uspostavljanjem intimnosti,
- promjene slike o sebi i drugim ljudima,
- usvaja se nova socijalna uloga, a s time rastu i zahtjevi okoline.



U ovoj fazi razvoja česta su pitanja: „Ko sam ja? Šta želim da budem? Kome pripadam? Šta sam? U šta vjerujem? Čemu se divim? Šta ne volim?“, odnosno u ovoj fazi dolazi do stvaranja vlastitog identiteta i slike o sebi. Slika o sebi ili samopoimanje je važan konstrukt u psihološkom i socijalnom smislu i predstavlja stalni predmet istraživanja, jer vjerovanja pojedinca o samom sebi značajno utječu na njegove odluke i akcije u životu. Samopoimanje se može jednostavnije objasniti i kao skup mišljenja i stavova koje pojedinač ima o sebi (Vasta i sur., 1998). Jedna od teorija koja govori o razvoju identiteta i utjecaju konteksta na njegov razvoj (Larsen i sur., 2008) jeste Eriksonova teorija kontinuiranog psihosocijalnog razvoja. Erikson smatra da se identitet traži i razvija tijekom cijelog života, i mada naglašava period adolescencije kao najvažniji (peta faza psihosocijalnog razvoja, „identitet nasuprot konfuziji identiteta“), ipak se slika o sebi spominje i u drugim fazama razvoja. Bez obzira na cijeloživotni razvoj samopoimanja najvažniji je, ipak, period adolescencije. Tada samopoimanje postaje apstraktnije i generalnije, pažnja se usmjerava na sebe, svoje ponašanje, uzroke i posljedice vlastitih postupaka, te uključuje prošlo i buduće stanje. Savremeni pristup samopoimanju polazi od uvjerenja da ono nije urođeno, nego se tijekom života stječe i razvija pod utjecajem kognitivnih procesa, emocija, kao i stvarnih i zamišljenih socijalnih interakcija (Berk, 2005). Činjenica da čovjek ne živi sam, nego je u svakodnevnim interakcijama sa drugim ljudima iz svoje okoline, dovodi do zaključka da se samopoimanje razvija u interakciji s okolinom: djeca od okoline dobivaju povratnu informaciju o sebi, što utječe na njihovo doživljavanje sebe i njihovo daljnje ponašanje (Dacey i Kenny, 1994).

U periodu adolescencije se aktiviraju i razvijaju intelektualne sposobnosti, stvaraju se prvi moralni sudovi i stavovi, razvija se osjećanje sve jasnijeg odvajanja sebe od vanjskog svijeta u smislu nezavisnosti, što ukazuje na početak individualizacije. Adolescenti su ranjivi i posebno osjetljivi na kritike, nepravdu, laž, dvoličnost, a posebno teško prihvataju svaku vrstu neopravdanih ograničenja. Sve promjene uzrokovane adolescencijom uzrokuju stres, a osim stresa javlja se i velika radoznalost. Kao čest oblik socijalnog učenja, pojavljuje se imitacija - kopiranje nekih idola ili drugih značajnih osoba. U ovom dobu se najčešće ostvaruje i prvi kontakt s drogom, čak u 97% slučajeva (Đukanović, 2005).

Zašto mladi počinju uzimati droge?

Prvim uzimanjem droga djeca pokušavaju zadovoljiti različite potrebe, od radoznalosti, do potrebe za uživanjem i zabavom. Bilo da se radi o prvom ili ponovljenom uzimanju droge, uvijek postoji lanac:

čovjek (potrebe, interesovanja) - sredina (škola, porodica, društvo, mediji) - droga.

Prvo uzimanje, a zatim nastavljanje, te nemogućnost prestanka treba posmatrati u zajedničkom djelovanju tri faktora:

- ličnost adolescenta,
- utjecaj vršnjaka,
- porodični odnosi

Prije nego prvi put adolescent uzme drogu, važno je da sebi postavi pitanje: "Ima li neki drugi način da zadovoljim svoje potrebe, osim droge?". Da bi mogao odgovoriti na ovo pitanje, treba dobro poznavati sebe, odnosno svoje relacije sa sobom, sa drugim

značajnim osobama, sa društvom, sa prirodom. Najčešći razlozi za ulazak u krug droge su: radoznalost, pritisak okoline, iz zadovoljstva, zbog manjka samopoštovanja, neinformisanost, želja za bjekstvom, odgovor na alkoholizam u kući, da bi se pokazala nezavisnost, kao izraz pobune, zbog tuge ili gubitka, dugotrajne bolesti u porodici, problema u školi, ličnih psiholoških problema, te porodične nesloge (Đukanović, 2005).

Kako se oduprijeti uzimanju droga?

Dva su najsigurnija puta za adolescente da izgradi stav o nekorištenju droga:

- da upozna sebe i izgradi što boljem sebe, odnosno što bolju sliku o sebi;
- da upozna droge i nauči o njima dovoljno. Prilikom stjecanja teorijskog znanja o drogama treba voditi računa o tome: od koga dijete uči o drogama, gdje se informiše, na koji te način i kada. Prilikom izgradnje uspješnog puta za razvoj negativnog stava o drogama, najvažnije je izgraditi različite sposobnosti:
- sposobnost izgrađivanja samopoštovanja, uz koje ide samouverenost i sigurnost;
- sposobnost stvaranja uspješnih veza;
- sposobnost rješavanja problema, jer njihovo rano otkrivanje i posjedovanje tehnika za uspješno rješavanje igraju snažnu ulogu u redukciji stresa;
- sposobnost jasnog razmišljanja, odnosno dobro prosudjivanje i donošenje pametnih odluka - kada se razmišlja o drogama važno je obratiti veću pažnju na način na koji se misli.

Razvoj slike o sebi usko je vezan za potrebu za prihvatanjem, poštovanjem, sigurnosti, podrškom, toplinom iz okoline, pri čemu nezadovoljenje tih potreba negativno utječe na razvoj pojma o sebi. Što je veći nesklad između potreba adolescenta i podrške i topline koju bi trebalo da dobije iz okoline, to je lošija njegova prilagodba na zahtjeve okoline, uključujući i češće upuštanje u rizična ponašanja, kao što je eksperimentisanje sa drogama.

Literatura:

- Berk, L. (2005). Psihologija cijeloživotnog razvoja. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Dacey, J.S., Kenny, M.E. (1994). Adolescent Development. WCB Brown & Benchmark Publ., University of Virginia.
- Đukanović, B. (2005). Djeca i droge. Čitanica. Sejtarija, Sarajevo.
- Larsen, R.J., Buss, D.M. (2008). Psihologija ličnosti. Područja znanja o ljudskoj prirodi. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Vasta, R., Heith, M., Miller, S.A. (1998). Dječja psihologija. Naklada Slap: Jastrebarsko.



Prim. doc. dr sci. med.

Jasmin Softić

Medicinska upotreba marihuane



Zatrpani smo informacijama. Čitamo, gledamo, slušamo, pišemo. Moderna tehnologija nam je to omogućila, da koristimo i budemo iskorišteni.

Nekoliko godina stižu nam informacije o marihuani i njenoj upotrebi kao najava promjena u toj sferi, kao najava novog lijeka. Pretraživanje interneta za izraz „medicinska upotreba/uporaba marihuane“ sada daje više od 100000 rezultata, da ne govorimo o rezultatima za isti izraz na svjetskim jezicima.

Teško je gledati nekoga kako pati, teško je podnosići dugotrajni bol, ljudi se nadaju pomoći, ovog puta od marihuane. Pacijenti u terminalnom stadiju, oni koji pate od stalnih bolova i nesanice, pacijenti oboljeli od teških bolesti (multipla skleroza, AIDS, epileptični napadi itd...) pokušavaju sebi olakšati patnju korištenjem marihuane. Navode se primjeri, djeca daju izjave, pacijenti objašnjavaju neobična poboljšanja itd... Odlatle do široke i nekritične upotrebe marihuane kao lijeka za sve dijeli nas samo korak.

Ali i naučnici provode istraživanja i zasad ne nalaze da je iko izlječen supstancama iz marihuane niti da je tok teške bolesti promijenjen ali nalaze da se može poboljšati stanje, otkloniti neki simptom kao što je nesanica ili ublažiti bol. I tu je mjesto u medicini, a i suština našeg stava prema medicinskoj upotrebi marihuane: iskoristiti svaku supstancu koja može pomoći bolesnom čovjeku. Sve opet uz kontrolu i onemogućavanje zloupotrebe. Redovne procedure u vezi sa puštanjem neke supstance u promet kao lijeka moraju se poštovati a traju.

Hrvatska je 15.10.2015. godine dozvolila upotrebu sastojaka indijske konoplje, odnosno supstanci tetrahidrokanabinol (THC), donabinol i nabilon u terapiji multiple skleroze, karcinoma, epilepsije i AIDS-a.

Fotografija Njemačke novinske agencije (DPA): Uzgajanje marijuane za medicinske svrhe u Holandiji.



Ovi lijekovi biće propisivani na recept u količini za upotrebu do mjesec dana. Uzgajanje marijuane i dalje je kažnjivo. Više država Evropske unije i Sjedinjenih američkih država odobrilo je medicinsku upotrebu marijuane. Prema pisanju uglednog njemačkog lista Spiegel (Špogl) iz marta 2015. godine u Njemačkoj 382 pacijenta legalno koriste marijuanu kao lijek protiv bolova. Prema istom izvoru u Izraelu čak 20 000 pacijenata dobija lijekove te vrste.

Kod nas sve stvari idu sporije pa i uvođenje marijuane u redovnu terapiju, što nekad ima i svoje prednosti. Nadamo se da će novi lijekovi ipak stići.

Dajemo informacije iz Ministarstva civilnih poslova BiH (ljubaznošću gđe Sabine Šahman-Salihbegović, Vss za informacione sisteme u zdravstvu) početkom novembra ove godine:

„Udruženje Komore magistara farmacije Federacije Bosne i Hercegovine je dostavilo Ministarstvu civilnih poslova BiH i Ministarstvu sigurnosti BiH inicijativu kojom se traži pokretanje procedure za izmjene i dopune zakona kojim se reguliše upotreba kanabisa u strogo kontrolisane medicinske svrhe.

Inicijativom se predlaže formiranje Radne grupe u kojoj bi, pored predstavnika relevantnih ministarstava i drugih institucija, uzeli učešće i eksperti iz oblasti farmacije, odnosno predstavnici koji su spremni pružiti stručnu pomoć u implementaciji inicijative i rasvjetljavanju razloga zbog kojih bi trebalo doći do izmjena i dopuna važeće legislative vezano za upotrebe kanabisa u medicinske svrhe.

Ministarstvo civilnih poslova je dostavilo akt Ministarstvu sigurnosti BiH kojim se traži da se se ista Inicijativa stavi na dnevni red Komisije za opojne droge uz prijedlog da Komisija odlukom imenuje ekspertnu Radnu grupu koja će istražiti opravdanosti primjene indijske konoplje, odnosno kanabinoida, kod teško oboljelih pacijenata i preporuke dostavi Komisiji za opojne droge BiH kako bi se pokrenula izmjena u okviru Zakona o sprečavanju i suzbijanju zloupotrebe opojnih droga.

Ista Radna grupa treba da se formira od predstavnika entitetskih

ministarstava zdravstva, predstavnika udruženja komora ljekara, magistara farmacije, Agencije za lijekove BiH, te predstavnika udruženja građana oboljelih od teških bolesti.“

Odavno je poznato i naučno dokazano da upotreba marijuane povećava rizik za obolijevanje od psihoteze. Vidimo to u našoj svakodnevnoj praksi. U vezi sa korištenjem marijuane često se nalazi panični poremećaj, paranoidnost, izmjene ličnosti, sniženje voljnih dinamizama, nezainteresovanost, neaktivnost, nekontrolisano i nekritično ponašanje. Teški ovisnik o marijuani ima malo volje da uradi bilo šta drugo osim nabavke, korištenja marijuane i beskrajnog provođenja vremena u igricama i pred ekranom. Da, da, znamo, ima puno njih koji „pomalо konzumiraju alkohol, pomalo konzumiraju marijuanu, rade svoj posao i ništa im ne fali“. Realno je i da malo osoba koje koriste marijuanu dolazi na liječenje. Međutim, štetni efekti su naučno dokazani i vide se u praksi.

Stručnjaci u oblasti ovisnosti nemaju ništa protiv medicinske upotrebe marijuane.

Svaka supstanca koja može pomoći u liječenju i koju odobre nadležne institucije kao lijek koristiće se prema indikacijama.

Ali stav prema marihuani kao ilegalnoj psihohaktivnoj supstanci ostaje isti i nismo za njenu legalizaciju. Najsličniji je odnos struke prema morfiju: Koristi se u medicini za otklanjanje najtežih bolova ali strogo kontrolisano.

Prenosimo nekoliko rečenica sa stranice NIDA (Nacionalni institut za zloupotrebu droga SAD):

- Termin medicinska marihuana odnosi se na tretiranje bolesti ili simptoma neprerađenom biljkom marijuane ili njenim bazičnim ekstraktima.
- Američka agencija za hranu i lijekove nije odobrila biljku marijuanu kao lijek.
- Ipak, naučne studije sa supstanca u marijuani kanabinoidima rezultirale su odobrenjem dva lijeka u obliku pilula od strane Agencije za hranu i lijekove.
- Kanabinoidi su hemijska jedinjenja slična delta-9-tetrahidrokanabinolu (THC), glavnom sastojku marijuane koji mijenja stanje svijesti.
- U tijelo proizvodi svoje vlastite kanabinoide.
- THC i kanabidiol (CBD) su aktuelno sastojci marijuane za medicinski tretman.
- Naučnici vode preklinička i klinička istraživanja sa marijuonom i njenim ekstraktima u tretiranju brojnih bolesti i stanja.
- Američka agencija za hranu i lijekove odobrila je lijekove iz marijuane dronabinol i nabilone za liječenje muke/mučnine i poboljšanje apetita.

Prevencija u školama

I ove školske godine JU Zavod za bolesti ovisnosti ZDK nastavlja sa preventivnim aktivnostima. Edukacija Vijeća učenika, učenika završnih razreda osnovne škole i učenika srednjih škola na području Zeničko-dobojskog kantona vrši se svake sedmice. Srijedom obavljamo edukaciju Vijeća učenika a četvrtkom edukaciju učenika starijih generacija.





Prevare pacijenata prilikom testiranja na psihoaktivne supstance

Emir Hasanica, medicinski tehničar

U JZU „Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona“ Zenica, testiranje pacijenata na psihoaktivne supstance se vrši pomoću imunoanalize1 urina putem test trakica (slika 1) i uzoraka urina uzetih na licu mjeseta od samih pacijenata. Imunoanaliza urina za razliku od ostalih načina testiranja pacijenata na prisustvo psihoaktivnih supstanci ima svoje pozitvne i negativne strane. U pozitivne strane spadaju niža cijena testiranja po uzorku, mnogo manje vrijeme čekanja na rezultate testa po uzorku, te nepostojanje invazivne tehnike uzimanja uzoraka krvnog tkiva od pacijenata kao što je slučaj u ostalim metodama testiranja. I sami pacijenti puno lakše pristaju na ovaj metod testiranja nego na različite invazione tehnike. U negativne stvari u literaturu se ističu manja pouzdanost rezultata testa (posebno slučaj lažno-pozitivnih rezultata)² te lakoća prevare samog testa. Postoje dva osnovna načina pokušaja prevare testova:

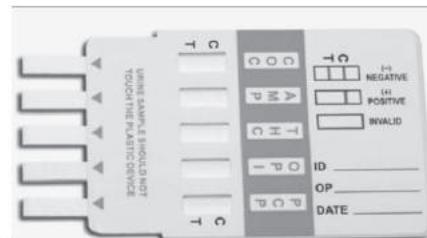
1. Varanje putem podmetanja tudeg („čistog“) urina ili tečnosti koja podsjeća na urin na mjestu testiranja,
2. Varanje putem unošenja velikih količina vode ili neke druge tečnosti u organizam, te putem unošenja određenih hemijskih supstanci ili namjernica za koje pacijenti „vjeruju“ da će im u relativno kratkom verenskom periodu očistiti organizam od psihoaktivnih supstanci te da će na testu ostvariti negativan rezultat.

U praksi prvi način prevare se pokazao kao dominantniji te se medicinski tehničari relativno često susreću sa njim. Prevara se sastoji od pokušaja pacijenta da za vrijeme testiranja uspe tuđi urin ili tečnost koja podsjeća na urin u posudu za urinski uzorak. Uzimanje uzoraka urina se uvjek vrši uz obavezno prisustvo medicinskog tehničara međutim zbog zadiranja u intimu pacijenata te zbog stalnih tvrdnjih pacijenata da ne mogu da vrše nuždu uz prisustvo medicinskog tehničara prevare su relativno česte u praksi. Postoje razni načini izvođenja ove prevare od onih logičnih do onih kreativnijih, najčešće pacijent u manjem spremniku na lice mjeseta donese urin te pokušava da skrene pažnju medicinskog tehničara na drugu stvar dok uljeva urin u posudu za uzorak. Ovaj način se lako uočava iz jednostavnog razloga što urin obično bude mnogo manje temperature nego što je tjelesna temperatura organizma.

Kreativniji način je šprica u rukavu ili u hlačama na koju pacijent polako vrši pritisak te simulira uriniranje. Šprica ima mali kapacitet te pacijent ima samo jednu šansu i u slučaju da mora da ponovi test primoran je da koristi vlastiti urin. Jedan od kompleksnijih načina prevare sa kojim su se tehničari Zavoda za bolesti ovisnosti susreli je sistem za infuziju napunjen urinom zaljepljen za kožu. (slika 2) Kesa od infuzije puna urina se nalazila ispod pazduha pacijenta, a cjevčice od sistema su bile omotane nekoliko puta oko tijela zbog održavanja toplotne urine. Kraj sistema je bio u hlačama pacijenta te je na taj način vrlo neupadljivo mogao da simulira uriniranje. Sistem je kontrolisao povećanjem pritiska na kesu sa urinom ispod pazduha kada je želio da tekućina izlazi iz sistema i smanjivanjem pritiska kada je želio da zastavi izlazak tečnosti. Nekada je pacijentima teško da dođu do „čistog“ urina koji neće biti pozitivan na PAS³. U takvim slučajevima česti su pokušaju simuliranja urina sa vodom u koju dodaju malo boje ili pokušajima podmetanja biljnog čaja od kamilice koji veoma vjerno oponaša boju urina. U JZU „Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona“ u upotrebi su i test trake za određivanje autentičnosti urina, međutim one se ne koriste rutinski već samo pri postojanju sumnje da se ne radi o urinu već o nekoj drugoj tečnosti.

Drugi način prevare se sastoji od unošenja velikih količina vode u organizam ili drugih hemijskih supstanci 24 časa prije testiranja za koje pacijenti vjeruju da će im u organizmu „očistiti“ od PAS supstanci te da će na testu ostvariti negativan rezultat. Rezultati pretrage navećeg internet pretraživača Google, unošenjem ključnih riječi „urine drug test“ pokazuju magnitude ovog načina. Od prvih deset ponuđenih rezultata njih pet su se odnosili na konkretne informacije o testu na PAS putem urina, dok je ostalih pet linkova vodilo na stranice koje objašnjavaju načine kako navodno prevariti ovaj test. Među nabrojanim načinima za varanje ističu se: Unošenje velikih količina vode u organizam (navodno voda će isprati sve PAS supstance iz organizma), uzimanje tableta sa vitaminima B2 i B12 (u pozadini ovoga načina krije se objašnjenje da B vitamin urin oboji u žuto, te da će to pomoći negativnom rezultatu testa), uzimanje tablete Midola (diuretik, da bi se pospješilo lučenje urina i izbacivanje PAS supstanci prije testa), konzumacija tablete Aspirina 4-6 sati prije testiranja (navodno Aspirin izaziva lažno negativni rezultat).

Rizičniji načini su konzumacija komadića običnog sapuna ili dodavanje izbjeljivača u urin.



sl. 1 Izgled trakica za testiranje na PAS



sl. 2 Sistem za infuziju sa lažnim urinom



sl. 3 Proizvodi koji su dostupni online i služe lažiranju rezultata testa

Na internetu i u web prodavaonicama moguće je čak naručiti i komercionalne proizvode u obliku napitaka ili tableta koji „garantovano“, „100% prirodno“ i „sigurno“ omogućuju negativan rezultat na urinskim testovima na psihoaktivne supstance. (slika 3)

Zaposlenici JZU „Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona“ nemaju način da provjere koju supstancu je pacijent konzumirao prije obaveznog testa na PAS i u kojoj mjeri je ta supstanca uspješna u lažiranju rezultata testa. Za ovaj način se najčešće saznaće na osnovu samog priznanja pacijenta, koji često razočarani pozitivnim rezultatom testa sami priznaju da su konzumirali određenu supstancu ali i da su razočarani jer supstanca nije djelovala. Za kompletну analizu ovog načina prevare bilo bi potrebno

uraditi kliničko posmatranje pacijenata u roku 24-48 sati te uz nadzirano uzimanje supstanci za koje se sumnja da mjenjanju rezultate testa te vršiti testiranje.

¹ PDS. Pre-employment drug screening. Intro to Drug Screening. Accessed February 14, 2012 - www.employmentdrugtesting.com/screening.html

² Surgeon General's Report; 2004. ONDCP; Harwood 2000. Accessed 4/9/2013

Sa izviđačima i ove godine

JU Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona godinama na Boračkom jezeru realizuje radionice za izviđače. Prva radionica na Boračkom jezeru održana je 08.07.2015. godine. Druga radionica održana je 15.07.2015. godine. Radionica u trećoj smjeni održana je 22.07.2015. godine. Radionica u četvrtoj smjeni održana je 29.07.2015. godine. Realizovana je i peta radionica sa izviđačima. Peta smjena je bila interetnički kamp. Pripremljena je radionica Samopoštovanje i ovisnosti.



HABITUDE - program odvikavanja od droga i alkohola te detoksikacija u Kanadi

Habitude program za liječenje ovisnosti ima sveobuhvatan plan njege za sve klijente koji se sastoje u interdisciplinarnom pristupu sačinjenom od medicinskih i nemedicinskih kadrova. Nudi mogućnosti za rehabilitaciju od droge i alkohola te detoksikaciju organizma posebno u gradu Missisauga koji je poznat po proizvodnji i trgovini ketaminom, kokainom, ecstasy-em i marihanom. Pruža usluge kako za područje Kanade tako i područje USA jer se nalazi blizu tri velike zračne luke: (Hamilton, Buffalo, New York i Toronto).

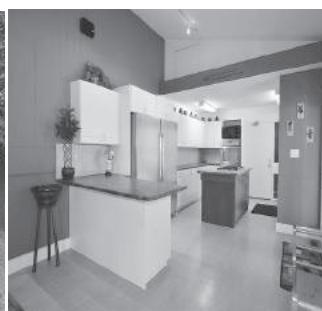
Habitude nudi program odvikavanja zasnovan na autentičnom bio – psihosocijalnom programu sa mogućnošću stanovanja uz sveobuhvatan i integrativan pristup liječnika i holistički pristup.

Centar (stambena jedinica) smješten je u Hamiltonu u mirnoj rezidenčijalnoj četvrti koja je prekrasna za muškarce. Uređen je udobnim i modernim namještajem, a obzirom da se nalazi u prirodnoj atmosferi nema se osjećaj izoliranosti što pomaže lakšem odvikavanju od alkohola i droga te detoksikaciji organizma (tijela i duše). Ima prelijepo sauna i yoga studio.



Irma Džambo, dipl.psiholog
JU Dom zdravlja Kantona Sarajevo

Alma Sahmanija, dipl.scr
JU Dom zdravlja Kantona Sarajevo



Stambeni program namijenjen je muškarcima i radi se na individualnom principu a radi tim od dva ljekara, dva naturopata i nutricionista te stručnjaci za traumu, sa maksimalnim brojem od devet osoba u određenom vremenu. Po napuštanju stambene jedinice u narednih 12 mjeseci program nudi potporu kako za klijenta tako i za porodicu jer se pokazali da ako se prestane sa potporom u sredinu u kojoj se vraća pojedinac veom brzo dolazi do relapsa.

Habitude također nudi i ambulantni program i usluge savjetovanja (a prve informacije pružaju se i on line) i to na slijedećim jezicima: engleski, francuski, hinduski, mađarski, poljski, ruski, srpsko – hrvatski, španjolski te pendžabljanski. Usluge savjetovanja pokazale su se kao efikasne u slučajevima: smanjenja simptoma traume i stresa, depresije i anksioznosti, povećanja optimizma i samopozdanja te vjere u sebe kao i emocionalnog i fizičkog ozdraavljenja i zdravije odnose. Ambulantni program pruža se samo za one klijente za koje se procijeni da mogu provoditi program izvan centra. Zasniva se na:

potpori za prekid autodestruktivnog obrasca alkohola i ovisnosti drogama, fokusira se na ukupnom zdravlju i emocionalnom blagostanju, edukaciji o hemijskim ovisnostima i vještinama prevencije relapsa, mogućnosti kako da se napravi plan odnosa i poprave komunikacijske vještine te se radi na uvođenju potpore od strane porodice i okruženja.

U okviru programa provode se edukativne radionice za članove porodica kao i za prijatelje o tome šta je rizično ponašanje i šta dovodi do upotrebe droga.

Misija Habitude programa je obogatiti kvalitetu života pružajući prirodni tretman koji pomaže pojedincu i porodici uspješno se oporaviti od alkohola, droge i drugih ovisnosti te obnoviti odnose na temeljima fizičkog, mentalnog, emocionalnog i duhovnog razvoja.

Oporavak od ovisnosti najbolje se postiže samookontrolom, međusobnom potporom i profesionalnom brigom provedenom od strane certificiranih i treniranih profesionalaca (CSAM i ASAM).



Posjeta Zavodu

Dana 7.10.2015. godine u posjeti Zavodu za bolesti ovisnosti Zeničko- dobojskog kantona bili su Sabina Šahman-Salihbegović, Vss za informacione sisteme u zdravstvu Ministarstva civilnih poslova BiH, Maja Stapić i Mulka Mujičić Projekt koordinatori NVO za rehabilitaciju i resocijalizaciju ovisnika „Proslavi oporavak“.

Cilj posjete bio je upoznati se sa informacionim sistemom Zavoda. Gosti su upoznati i sa ostalim poslovima i zadacima koje Zavod pruža. Posjetili su ambulantu i Detoks odjel. Nakon prezentacije rada Zavoda i obilaska Ustanove gosti su izrazili zadovoljstvo organizacijom u radu Zavoda.

Kampanja

Ove godine smo upriličili novu kampanju: Ovisnost se lijeći! Nakon dizajna i štampe plakati su postavljeni na lokalitetima Vjetrenice, Buhine kuće i Busovače. Ovim putem smo željeli i stanovnike Srednjebosanskog kantona uključiti u preventivne aktivnosti. Podaci sa terena pokazuju da je kampanja primjećena. Nadamo se dugotrajnjim rezultatima.



JU Zavod za bolesti ovisnosti **ZENIČKO-DOBOJSKOG** 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

Adresa: Aska Borića 28, 72000 Zenica,
web: www.zedo-ovisnost.ba,
e-mail: zdkovisnosti@bih.net.ba
DTP i štampa: Scan Studio DURAN, Zenica

