

# BILTEN

JZU Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona

GODINA 15. • BROJ 26. • DECEMBAR 2020.

Droga  
nije  
običajno

DECEMBER - mjesec  
prevencije bolesti ovisnosti



JZU ZAVOD ZA BOLESTI OVISNOSTI  
ZENIČKO-DOBOJSKOG KANTONA

 akaz  
akreditacija

 AA+  
Bonitet izvrsnosti

## SADRŽAJ

UVODNA RIJEČ	3
AMBULANTA 2020. GODINE Statistički podaci o radu Ambulante od 1.1. do 30.11.2020. godine	4
GENETSKA I EPIGENETSKA INFORMACIJA	5
ŠTA TREBA ZNATI O MARIHUANI?	7
POVEZANOST VRŠNJAČKOG NASILJA KOD SREDNJOŠKOLACA SA KVALitetom PORODIČNIH ODNOSA	9
KOGNITIVNO-BIHEVIORALNA TERAPIJA U TRETMANU OVISNOSTI	11
ALKOHOLIZAM I SUICIDALNOST	12
PRVA NAGRADA KONKURS NA TEMU "OVISNOST" PANDEMIJA-RIZIČNI FAKTOR ZA OVISNOST	14-15
DOSADAŠNJE TEORIJE O BOLESTIMA OVISNOSTI OD PSIHOAKTIVNIH SUPSTANCI	16
OVISNOST O KOCKI	19
PRAVNI ASPEKT NASILNIČKOG PONAŠANJA I PROGRAM PROVOĐENJA MJERA OBAVEZNOG LIJEČENJA OD OVISNOSTI U ZAVODU	22
UPOTREBA NE-HEMIJSKIH SUPSTANCI MEĐU UČENICIMA DRUGIH RAZREDA SREDNJIH ŠKOLA ZENIČKO-DOBOJSKOG KANTONA?	25
ODBRANA DOKTORSKE DISERTACIJE	27

**JZU Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona**

Za izdavača: **Amir Čustović**; Urednik: **Sedin Habibović**

Uredništvo: **Samir Kasper, Mirnes Telalović**

Adresa: **Aska Borića 28, 72000 Zenica**

web: **www.zedo-ovisnost.ba**; e-mail: **zdkovisnosti@bih.net.ba**

Štampa: Format Zenica

# UVODNA RIJEČ

Poštovani čitaoci biltena,  
pred vama je još jedan, redovni broj, Biltena JZU Zavoda za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona, koji se piše u vremenu vrhunca drugog vala pandemije novog korona virusa COVID 19.

Organizacija rada Zavoda u nastalim okolnostima, kada je čitavi svijet postao stresno mjesto življena, je složena i odgovorna obzirom na strukturu pacijenata te segment patologije mentalnog zdravlja koji participiraju u našim uslugama. Naš Zavod je "Zdravstveni sistem u malom", jer u opisu poslova imamo primarnu zdravstvenu zaštitu (ambulantni dio rada), sekundarni nivo zdravstvene zaštite (bolnički dio-Detox), segment Javnog zdravstva (primarna prevencija i posalutogenezi i po patogenezi) te rad iz oblasti farmakoterapije (na nivou godine se napravi oko 1000 000



pojedinačnih doza zamjenske terapije koja se daje pacijentima) Organizacija rada podrazumijeva zadržati optimalan nivo zdravstvenih usluga prema pacijentima, obezbijediti maksimalnu sigurnost i zaštitu uposlenika od moguće infekcije, te zaštitu pacijenata od mogućeg kontakta sa virusom u kontaktu sa Zavodom. Rad u segmentu primarne prevencije dobiva drugu dimenziju u odnosu na ustaljeni put u pružanju usluga. Urađena je strategija sa dobivenim zadacima ko šta treba uraditi da bi se očuvao kontinuitet kontakata sa strateški definisanom populacijom na koju smo kroz aktivnosti primarne prevencije upućeni. Jedna od tih aktivnosti je i pisanje biltena koji će ponuditi tekstove sa edukativnim, informativnim i relaksirajućim sadržajima, uz nadu da će svako za sebe pronaći nešto interesantno i korisno

Direktor Čustović dr. Amir

## AMBULANTA 2020. GODINE

Statistički podaci o radu Ambulante od 1.1. do 30.11.2020. godine

**Tokom prvih 11 mjeseci 2020. godine u ambulanti je urađeno  
2729 neuropsihijatrijskih pregleda.**

Ove godine u prvih 11 mjeseci javilo se ukupno 492 ovisnika, od toga 379 heroinskih ovisnika i 66 ovisnika o alkoholu. Nisu prikazane druge dijagnoze (bihevioralne ovisnosti) niti pacijenti koji dolaze samo radi testiranja a nisu ovisnici. Na kraju Novembra, broj heroinskih ovisnika na supstitucionoj terapiji je 313; na metadonu 241 (77%) na Suboxonu 72 (23%).

Na terenu van Zenice (ambulante domova zdravlja i zatvori) liječe se Metadonom ili Suboxonom 79 pacijenata (25,24%). U kazneno-popravnim ustanovama je 22 pacijenta na supstitucionoj terapiji (21 u Zenici i jedan u Busovači).

Od osnivanja Zavoda, 911 pacijenata je liječeno supstitucionom terapijom, od toga 701 samo metadonom, 45 samo suboxonom a 165 i metadonom i suboxonom tijekom njihovog liječenja. Najstariji pacijent na trenutno supstitucionoj terapiji ima 61 godinu, najmlađi 20 godina. Prosječna dob heroinskih ovisnika na supstitucionoj terapiji je 40 godina. Prosječna dob ovisnika o alkoholu je 53 godine.

Prema mjestima terapiju za heroinsku ovisnost dobija: Zenica 212, Kakanj 10, Visoko 21, Breza 13, Tešanj 29, Doboј Jug 3, Maglaj 3, Vareš i Zavidovići trenutno nemaju pacijenata na terapiji. Pacijenti iz drugih kantona pregledaju se u Zenici, Visokom i Doboј Jugu.

Testiranje tokom prvih 11 mjeseci 2020. godine: Urađeno je 1406 testiranja na 6542 parametra. Opijati (heroin) su nađeni u 12 %, THC (marihuana) u 29 %, benzodiazepini (lijekovi za smirenje) u 62 %, amfetamini u 10 %, tramadol u 4 %, alkohol u 10 % osoba testiranih na tu supstancu.

Također, u prvih 11 mjeseci 2020. godine je obavljeno 1100 usluga psihologa, različite vrste i namjene.

Socijalni radnici su za isti period 2020. godine pružili 1057 usluga pacijentima.

Emir Hasanica,  
Referent za informatičke  
poslove u zdravstvu

# GENETSKA I EPIGENETSKA INFORMACIJA

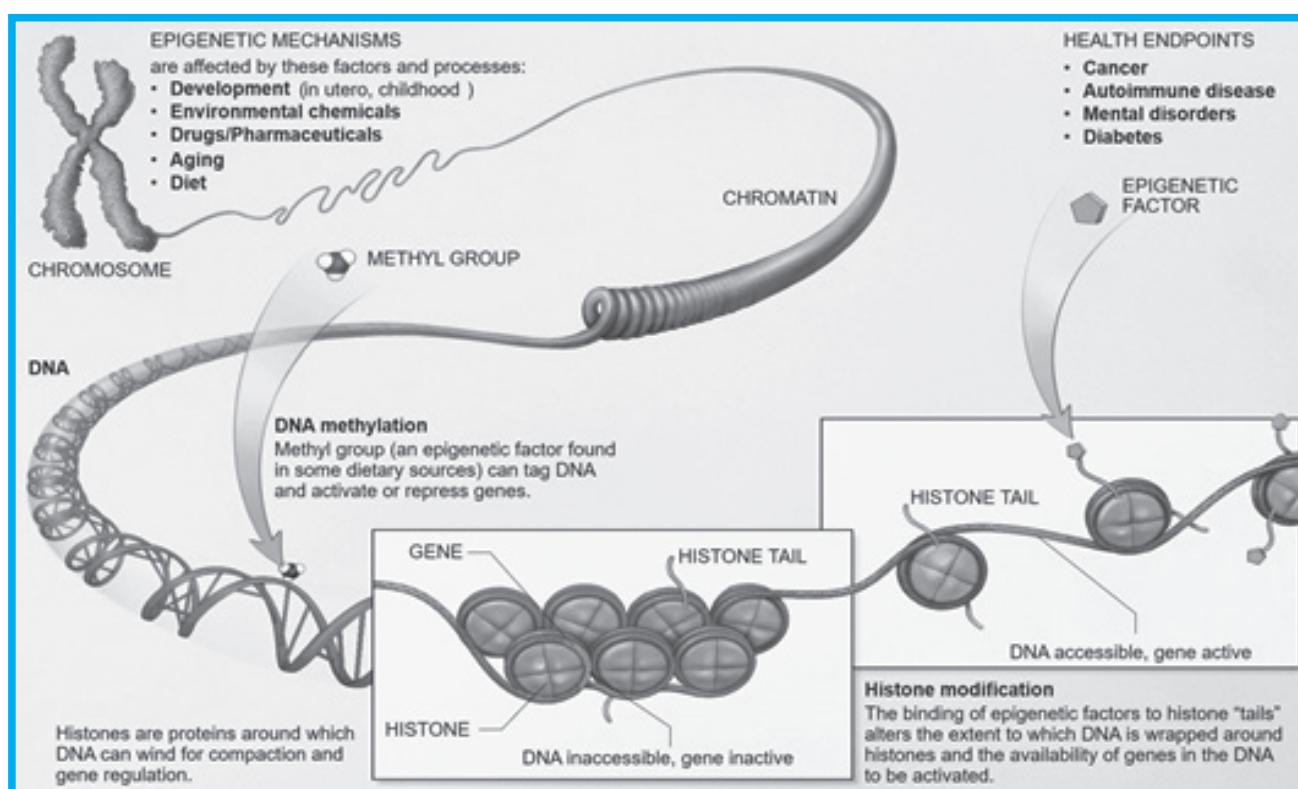
Bolesti ovisnosti kao vrlo rasprostranjen javno zdravstveni problem, kao hronično-recidivirajuća bolest, uzima sve više prostora u domenu mentalnih poremećaja. Svaki mentalni poremećaj, tako i bolesti ovisnosti su bolest centralnog nervnog sistema, ili bolje rečeno pojedinih dijelova koji su u neuronским krugovima uvezani u cjele vlast funkcijom mozga. Sa stanovišta biološkog terapijskog pristupa, neophodno je definisati biološku osnovu tog poremećaja. Tek konstatovanjem ili detekcijom uloge Nukleus akumbensa, aree tegmentalnis centralis, kao centara ugode detaljno se prešlo na ispitivanje neuronskog sastava, genetskog dizajna i mogućih promjena u situacijama kada se te strukture nađu u poplavi nekih supstanci koje zovemo psihoaktivne supstance. Kako shvatiti uticaj ovih supstanci na genetsku ekspresiju i prepisivanje genetskog koda da se u neuronu aktivira baš taj produkt koji će dovesti do izmjena u funkcionalnosti. Jedno gledište je svakako gledište epigenetsko, koji dozvoljava da shvatimo da neuroni sa potpuno istim genetskim kodom, istom genetskom šifrom ipak u samom neuronu aktiviraju prepisivanje i transla-

ciju različitih metaboličkih produkata. To jednostavnije rečeno znači da promjena genske ekspresije, bez promjene gena može da se odvija u fenomenu kojem zovemo epigenetski uticaj.

Epigenetski uticaj se ne ostvaruje na promjeni genetskog dizajna, odnosno na strukturi gena već na modeliranju nukleozoma i takozvanih N-terminalnih završetaka histona, a to je u stvari struktura hromatina. Uloga hostona, koji modelira prostornu strukturu genetskog lanca, ustvari čini da dio genetskog materijala bude u funkciji prepisivanja (transkripcije) a drugi zaklonjeni dio bude u stanju koje zovemo stanje čutanja. Treba napomenuti, da bi se shvatila uloga histona ili prostorna modulacija genetskog materijala, koja je odgovorna za ekspresiju gena, da sve ćelije koje su različite u jednom organizmu imaju isti genski sastav, odnosno iste gene,



**prim.mr.sc. Čustović dr. Amir**  
spec. neuropsihijatar



sa samo nekoliko izuzetaka u reproduktivnom i imunološkom tkivu. Da pojednostavimo, primjera radi ćelije jetre imaju istu DNK kao neuron kod iste jedinke, a tako se razlikuju u funkcionalnom smislu. Postavlja se pitanje kako da ćelije sa istom DNK imaju tako raličite uloge. Odgovor je teorijski potpuno jednostavan, a proizlazi iz različite transkripcije a potom i translacije genetskih kodova kod raličitih ćelija sa identičnih DNK. Za objašnjenje konceptualnog pristupa u rješavanju ovog problema Waddington predložio termin epigenesis, kao mehanizam koji je iznad nivoa gena i koji kontroliše transkripciju (Latchman, 1997)

Ovakav pristup u objašnjenju biološke funkcionalnosti dopunjava raniju tvrdnju da je jedina informacija u ćeliji ona koju gen nudi, dopunjava tvrdnjom da u svakoj ćeliji postoje dva nivoa informacija. Prvi je svakako genetska, jasno definisana nukleotidima, njihovim redoslijedom sa četiri nukleinske baze Adenin, Timin, Guanin, Cicitozin uz (uracil) i zove se ATGC jezik. On je uređen i uvijek isti i predstavlja konstantu. Druga informacija je epigenetska i koristi jezik histonskog koda. Baš ovom epigenetskom informacijom ili promjenom može da se čita i piše, ili sklanja i skriva genetska informacija kao genetski kod.

Epigenetički mehanizmi kontrolišu transkripciju bez promjene u DNK, odnosno kontroliše ekspresiju gena. Proces koji reguliše koji dio gena, odnosno DNK će biti dostupan transkripciji je vrlo složen, ali ako ga pojednostavimo, možemo reći da veza između DNK lanca i histonskog oktamera svojim pomjeranjem mogu učiniti dio DNK dostupnim za transkripciju. Ovaj proces se zove remodeliranje nukleozoma, a definisan je stabilnošću veze između lanca DNK i histonskog oktamera. Ovo remodeliranje se odvija uz neku aktivaciju i zahtjeva potrošnju energije, koju kao u svim metaboličkim procesima daje ATP. Već je pomenuto da je proces remodeliranja vrlo složen, pa najjednostavnije što možemo dati upute u razumijevanje jeste da se promjene na histonima, ito na specifičnim takozvanim terminalnim mjestima (repovima) odvijaju nekom od hemijskih reakcija acetilacijom, lizinskih ostataka, metilacijom lizinskih i argininskih ostataka i fosforilacijom serinskih i treoninskih ostataka u tom terminalnom dijelu histona. Ovim

reakcijama mijenja se prostorni raspored histona i DNK, te se oslobođaju mjesta na DNK koja se mogu transkribirati. (ovaj opis je vrlo uopšten i daje samo upute u kom pravcu se neko može informisati ako želi detaljno ući u proces remodiranja). Proses remodiranja može dovesti ili do aktivacije transkripcije u povećanom kapacitetu ili do njegove inhibicije, čime je definisana ekspresija gena. Sam proces mogu izazvati različite tvari a jedna od njih je svakako i psihoaktivna supstanca, ako posmatramo gensku ekspresiju neurona. Najveći dio regulacije u cijelom regionu mozga se odvija preko cikličnog adenozin monofosfata, čijom aktivacijom se izaziva ekvivalentna promjena u aktivnosti dijela DNK na stvaranje mesenger ribonukleinske kiselina a ova u stvaranje proteina kao produkata u ćeliji koji daju funkcionalnost tom neuronu u mjesri ovisno o stepenu epigenetskog učinka na modeliranje ekspresije pomenutog dijela DNK.

Za primjer navodimo acetilaciju histonskog ostatka lizina, pod uticajem kokaina ili amfetamina. Acetilacija lizina slabi vezu histona i lanca DNA, tako otpuštena hromatinska struktura omogućava da DNK bude dostupna transkripciji. Ova acetilacija je ustvari promotor regija koja snažno aktivira gen. Ova promjena na histonu je reverzibilna, ali učestalom unošenjem psihoaktivna supstanca doveće do plastificiranja remodiranog histona, te će njegova izmjena ostati i nakon prestanka unošenja tvari koja je dovila do njegove promjene. Ovaj mehanizam, naravno u složenom procesu dešavanja na biohemijskoj razini odgovoran je za stvaranje žudnje, traženja supstance i apstinencijalnih simptoma. Ovo daje zaključak da hromatinsko remodiranje podržava hipotezu da je hromatin više odgovoran nego DNK za stvaranje ovisničkog ponašanja, kao izmijenjene ekspresije gena iako on nije doživio nikakve promjene. Genska šifra je nepromijenjena, a eigenska informacija je podložna fluktuaciji od koje je ovisna ekspresija gena u fenotipskom ispoljavanju.

## Literatura

- Dikov,A (2019) zašto je potrebna substituciona terapija-Epigenetski aspekt
- Latchman, DS. (1997). Transcription faktors
- Karin, M. (1990) Too many transcription factors

# ŠTA TREBA ZNATI O MARIHUANI?

## UVOD

Marihuana (*cannabis sativa*) je najrasprostranjenija i najčešće konzumirana ilegalna droga u našoj zemlji i svijetu, a posebno među adolescentima i mladim ljudima. Broj mlađih koji konzumiraju marihuanu raste, a opada broj onih koji vjeruju da je marihuana štetna. Dobna granica prvog konzumiranja se spustila pa nerijetko marihuanu počnu konzumirati već u osnovnoj školi. Roditelji su često o ovoj temi nedovoljno informisani i mnogi nisu svjesni da opasnost prijeti i njihovoј djeci. Ovaj rad pruža sve potrebne informacije roditeljima o marihuanu, njenom djelovanju i štetnosti, a s ciljem pravovremene reakcije i sprječavanja neželjenih posljedica.

## ŠTA JE TO MARIHUANA I KOJE VRSTE MARIHUANE POSTOJE?

Marihuana je zelena, smeđa ili siva mješavina suhog i sjeckanog lišća, stabljike, sjemenki i cvijeća konoplje. Hašiš je smolasti proizvod marihuane. Jedan od proizvoda biljke je i kanabiolovo ulje, koje je nekoliko puta intezivnijeg dejstva od marihuane i hašiša. Supstance odgovorne za psihoaktivne efekte marihuane i njenih produkata nazivaju se kanabinoidi. Njih ima nekoliko vrsta. Glavna aktivna supstanca u marihuani je THC (delta-9-tetrahydrocannabinol) sa najvećom koncentracijom u smoli biljke. Od količine THC-a u marihuani zavise i njeni efekti. Marihuana prosječno sadrži od 0,5-5% psihoaktivne supstance. Hašiš sadrži oko 10-15%, a procenat aktivne supstance u kanabiolovom ulju se kreće i do 50%. Marihuana, osušena i isječena, liči na začin origano, a kod nas se koristi u vidu specijalno pripremljenih cigareta (žargonski joint), a može i da se mješa sa duhanom. U organizam se unosi pušenjem, a može da se unosi i pomoću lule, ili specijalnih naprava-nargila. Dim marihuane ima snažan, oštar miris, sličan mirisu zapaljene suhe trave ili konopca koji gori. Tragovi THC - a se mogu otkriti standardnim testiranjem urina nekoliko dana nakon pušenja.

### Kratkoročni efekti konzumiranja marihuane uključuju:

1. probleme s pamćenjem i učenjem;
2. iskrivljenu percepciju (vremena, prostora, zvuka, do-diru);
3. otežano razmišljanje i rješavanje problema;
4. lošu koordinaciju;
5. ubrzano lupanje srca
6. tjeskobu.

### Dugoročni efekti konzumiranja marihuane

Istraživanja su do sada pokazala da stalna upotreba marihuane ili THC - a može biti uzrokom nekih vrsta raka,



**Eldina Selimović-Džano, MA iur.**  
dipl. socijalni pedagog



**Mia Lamia Čustović**  
studentica Medicinskog fakulteta Univerziteta u Sarajevu

problema sa respiratornim, imunološkim i reproduktivnim sistemom.

### Kojim se sve imenima marihuana naziva?

Postoje brojni nazivi za marihuanu. Ulični nazivi se brzo mijenjaju i različiti su od mjesta do mjesta. Nazivi se čak mogu razlikovati u različitim dijelovima istog grada ili u različitim grupama konzumenata. Najčešće je upotrebljavan naziv „žiža“, a najpoznatiji stari naziv koji se još uvijek koristi je „trava“. Također, postoji ulična imena za različite „marke“, odnosno vrste marihuane. Poznato je više od 200 naziva za različite vrste marihuane.

### Kako prepoznati da je osoba pod uticajem marihuane?

Simptomi koji ukazuju da je osoba pod uticajem marihuane su:

1. Osoba izgleda kao da ima vrtoglavicu i teško hoda;
2. Osoba izgleda blesavo i smije se bez razloga;
3. Ima crvene, zakrvavljenе oči;
4. Teško pamti stvari koje su se upravo dogodile.

### Ponašanje nakon konzumiranje marihuane

Nekoliko minuta nakon udisanja dima marihuane, korisniku će se osušiti usta, srce će mu ubrzano lupati, loše će se koordinirati, izgubiti će osjećaj ravnoteže, te će mu vrijeme sporije prolaziti. Proširiti će mu se krvni sudovi u očima, pa će mu oči biti crvene. Kod nekih ljudi, marihuana neznatno diže krvni tlak i može udvostručiti brzinu otkucaja srca. Ovi efekti mogu biti još izraženiji kada se marihuana miješa sa ostalim drogama. Kad ovi

efekti iščeznu, obično nakon 2 - 3 sata, korisnik može biti pospan.

### Koliko dugo marihuana ostaje u tijelu konzumenta?

THC iz marijuane brzo se apsorbira u masno tkivo u različitim organima. Tragovi THC-a mogu biti otkriveni standardnim testovima urina nekoliko dana nakon uzimanja droge, a kod čestog konzumiranja, tragovi u urinu se moguć pronaći i sedmicama nakon što je osoba zadnji put konzumirala marijuanu.

### Štetne posljedice marijuane

Marijuana može biti štetna, kako u trenutku uzimanja, tako i tokom dužeg vremena konzumiranja. Marijuana otežava kratkoročnu memoriju (pamćenje nedavnih događaja), osoba može imati problema prilikom obavljanja komplikiranih zadataka. Ukoliko se uzima jača marijuana, može imati teškoća i prilikom savladavanja jednostavnijih zadataka. Zbog utjecaja marijuane na opažanje i gubljenje osjećaja za vrijeme tokom upravljanja vozilom česte su i saobraćajne nesreće. Također, mladi često mogu ući u riskantne seksualne odnose, tako da postoji veza između zloupotrebe droga i nezaštićenog seksa, koji dovodi do širenja HIV virusa, uzročnika SIDE. Pod utjecajem marijuane, učenici često imaju problema u školi, a sportaši imaju slabe rezultate u sportskim aktivnostima jer su osjećaj za vrijeme, pokreti i koordinacija poremećeni utjecajem THC-a.

### Može li osoba postati ovisna o marijuani?

DA. Iako mnogi koji konzumiraju marijuanu ne postaju ovisni, nemalo je onih koji osjećaju prisilu za njenim traženjem i konzumiranjem. Tada već govorimo o ovisnosti. Neki redoviti konzumenti marijuane pokazuju znakove ovisnosti jer kad prestanu konzumirati marijuanu, pojavljuju se simptomi apstinencijskog sindroma poput: nemira, gubitak apetita, gubitak težine, drhtanje ruku itd.

### Da li je konzumiranje marijuane ulaz u svijet teških droga?

Dugoročno istraživanje konzumiranja opojnih droga među učenicima u školama ukazuje na to da je vrlo malo osoba konzumiralo drogu, a da prethodno nije probalo marijuanu. Iako nema zaključnih istraživanja o faktorima koji su povezani s prelazom s marijuane na druge droge, sve je više dokaza koji govore o tome da se zapravo radi o kombinaciji bioloških, socijalnih i psiholoških faktora koji to olakšavaju.

## ČINJENICE KOJE RODITELJI TREBAJU ZNATI

### Kako prepoznati da moje dijete konzumira marijuanu?

Marijuana se uglavnom prodaje u malim paketićima od najlona u kojima roditelj može vidjeti zelenkastu biljnu tvar relativno ugodnoga mirisa. Ozbiljnijim posmatranjem moguće je uočiti razliku između djelovanja alkohola i marijuane kod mladi. Marijuana uzrokuje nešto drukčiji poremećaj ponašanja. Kod osobe se ne osjeća miris na alkohol (ukoliko se uz "travu" nije konzumi-

ralo i piće). Roditelj, ukoliko mu sin ili kći puše drogu u stanu, može osjetiti neki čudan miris dima koji je drukčiji od mirisa duhanskoga dima. Za razliku od alkohola marijuana ne izaziva teži poremećaj koordinacije kretanja, teškoće u govoru (frfljanje) i pospanost (u prvoj fazi djelovanja). Međutim, zjenice su proširene, oči mogu biti zacrvenjene, osoba je prvi sat od konzumacije neuobičajeno opuštena, brbljiva, često se nekontrolirano smije i vrlo brzo asocira. Nešto kasnije može djelovati i zatupljeno. Ako "napušeni" tinejdžer noću dođe kući, obično nije bučan, ali traži hranu (osobito slatko) i nakon toga mirno spava (Sakoman, 2009).

Roditelji trebaju obratiti pažnju i na druge znakove: povlačenje u sebe, depresiju, premorenost, bezobzirnost, neprijateljstvo i pogoršanje odnosa sa članovima porodice i prijateljima. Promjene u školi, povećano izostajanje i lijenos, nezainteresiranost za sport ili druge omiljene aktivnosti, promjene navika jedenja i spavanja, mogu biti povezane sa upotrebom droga. Ipak, ovi znakovi mogu ukazivati i na probleme koji nisu izazvani upotrebom droga. Ponekad je važno uočiti i druge znakove koji upućuju na konzumiranje droge: tragovi droge i pribora za drogiranje (lule i rizle), miris spaljene trave na odjeći i u spavaćoj sobi, pretjerano korištenje osvježivača zraka, česta kupovina i uzimanje kapi za oči, odjeću, postere, nakit i sl. stvari koje se usko vezane za uzimanje droga.

### Kako sprječiti da mi dijete počne konzumirati marijuanu?

Odgovor na to pitanje je složen. Roditeljska briga je dvojaka. S jedne strane, roditelj treba pomoći dijetetu da nauči da zrelo i racionalno odlučuje. Kroz odgoj od ranog djetinjstva dijete se postepeno uvodi u proces odlučivanja primjereno njegovim mentalnim kapacitetima. S druge strane, roditelji trebaju aktivno pridonijeti smanjenju privlačnosti psihoaktivnih supstanci (PAS). U tom smislu, dijete mora imati odgovorajuću informaciju o PAS, što znači da mora znati šta su to PAS i kako djeluju na osobu. Roditelji bi kroz odgoj trebali postići da dijete nauči zadoovljavati svoje potrebe i rješavati probleme bez konzumiranja PAS. Ukoliko dijete to uspije naučiti, PAS će mu biti manje privlačna. Također, važno je istaknuti da su roditeljski stavovi i ponašanja u vezi konzumiranja sredstava ovisnosti izuzetno važni za oblikovanje stava i ponašanje dijeteta - roditelji su uzor čije ponašanje dijete svjesno ili nesvjesno oponaša.

### Literatura

1. Mratović, M. (2017) Istine i zablude o marijuani, dostupno na: <https://www.zzzjzdnz.hr/hr/zdravlje/mentalno-zdravlje/266>
2. Paučić-Kirinčić, E. (2003) Znaci i simptomi korištenja sredstava ovisnosti, Paedriatrica Croatica. Supplement. - 47 (1).
3. Plečko, D. (1997) Druge: bić novog doba, Samobor: K-2.
4. Polen, M.R.; Sidney, S.; Tekawa, I.S.; Sadler, M.; and Friedman (1993) Health care use by frequent marijuana smokers who do not smoke tobacco. 158(6).
5. Sakoman, S. (2009) Školski programi prevencije ovisnosti, Zagreb: Agencija za odgoj i obrazovanje.

# Povezanost vršnjačkog nasilja kod srednjoškolaca sa kvalitetom porodičnih odnosa

Mnogi elementi društvenog djelovanja i različitih faktora djeluju na razvijenje i pojavu vršnjačkog nasilje u školi, ali i šire. Tu su, između ostalih, genetska predispozicija (npr. roditelji li šira obitelj sklona činjenju neprihvatljivih društvenih radnji), okruženje pojedinca u školi, ali i interakcija unutar obitelji (Rigby, 2013).

Postoje određeni roditeljski stilovi i tipovi koji u značajnoj mjeri utječu na zdrav ili nezdrav život rođenog djeteta. Brojne studije kroz naučne radeve ukazivale su da se kod djece koja su bila izložena agresiji i nasilnom ponašanju kod roditelja kasnije u razvoju pojavila potreba da čine iste stvari – nasilje prema drugome. Također, sasvim je jasno da djeca koja su bila u toku djetinjstva zlostavljava postoji velika mogućnost da tokom života počine isti čin nasilja. Roditelji umnogome utječu na razvoj svog djeteta. Djeca koja su bila izložena različitim oblicima agresije ili nasilja unutar obitelji, s vremenom takav obrazac ponašanja smatraju potpuno normalnim djelovanjem, te je jasno da takvi pojedinci u društvu neće donijeti mnogo toga dobrega nego po već viđenom sistemu (kod roditelja) nastaviti činiti isto.

Prema Rohneru (1984; prema Šurbanovska, 2012), koncept roditeljsko prihvatanje-odbacivanje, u suštini sačinjava dimenziju roditeljske topline. Dakle, roditeljska toplina je bipolarna dimenzija: s jedne strane, riječ je o roditeljskom prihvatanju, a s druge, o roditeljskom odbacivanju (Rohner, 1984; prema Šurbanovska, 2012). Roditeljsko odbacivanje je određeno odsustvom topline, empatije i emocionalnosti, dok je roditeljsko prihvatanje prisustvo topline i emocionalnosti. Na osnovu toga, Rohner opisuje dva tipa roditelja. Prvi tip roditelja koji prihvataju djete i pokazuju djetetu fizičku i emotivnu ljubav. Roditelja kod ovog tipa njeguju, vole, maze i pružaju svu toplinu djetetu, daje mu komplimente, pohvaljuje ga i nagrađuje. Drugi tip roditelja je onaj koji odbija, pokazuje neprijateljstvo i agresiju prema djetetu, a može ga u značajnoj mjeri i zanemarivati ili biti ravodušan prema njemu (Rohner, 1984; prema Šurbanovska, 2012).



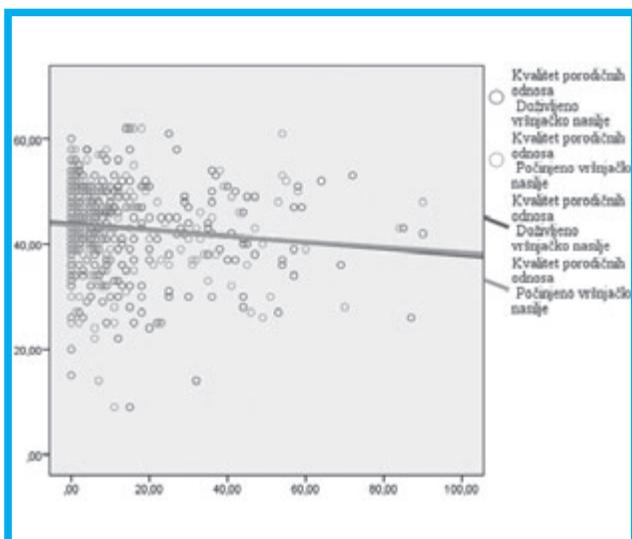
**Emina Babić**  
Magistar socijalne pedagogije

Kada se desi vršnjačko nasilje među djecom uglavnom se pozivaju ili „prozivaju“ roditelji za odgoj ili neodgoj djece. Najčešće svi okrivljuju roditelje za probleme u mladosti i za probleme koje mladi proizvode u društvu (Gordon, 1998). Da se radi o pogrešci roditelja posebno ističu stručnjaci za emocionalno zdravlje mlađih ljudi suočeni sa statistički enormnim brojem mlađih ljudi sa već razvijenim emocionalnim poteškoćama (Gordon, 1998). Naime, roditelji svakako svojim ponašanjem doprinose razvoju različitih ponašanja kod djece, ali to čini i društvo, okolina i škola. Često roditelji, u situaciji kada već dobiju dijete, nisu u stanju u potpunosti da preuzmu brigu o njemu na adekvatan način. U ovakvim situacijama koje nisu nimalo rijetke, potrebno je da društvo u cijelini stoji iza roditelja kojima je potrebna pomoći pri odgoju njihove djece. Međutim, mnogo je i drugih faktora koji utiču na razvoj nasilnog ponašanja kod djece.

## Kvaliteta obiteljskih odnosa

Kvaliteta obiteljskih odnosa u značajnoj mjeri određuje obrasce ponašanja srednjoškolaca, odnosno mlađih u adolescentnom dobu. To je pokazatelj po kojem kvaliteta obiteljskih odnosa može utjecati na razvoj antisocijalnog ponašanja srednjoškolaca kako prisustvom faktora koji promoviraju antisocijalno ponašanje, tako i odsustvom faktora koji promoviraju prosocijalno ponašanje (Hrnčić, 2009: 78-79). Naime, kvalitetan obiteljski život srednjoškolaca uključuje adekvatnu emocionalnu i svaku drugu vezanost adolescente sa roditeljima uz podsticanje prosocijalnih i suzbijanje antisocijalnih obrazaca ponašanja.

Kvalitetan obiteljski život srednjoškolaca moguće je u okviru obitelji koja kod njega razvija umjesto sebičnih, prosocijalne obrasce ponašanja koji će zadovoljiti njegove lične i socijalne potrebe. Tako obitelj omogućava adekvatnu individuaciju adolescente, u kojoj njegove lične potrebe nisu u koliziji sa njegovim uključivanjem u društvo.



Ukoliko se u obitelji promoviraju antisocijalni obrasci ponašanja i nedovoljno stimulira prosocijalno ponašanje, to ne pomaže adekvatnoj diferencijaciji mlade osobe u odnosu na neposredno socijalno okruženje, tako da su lične potrebe mlađih osoba iz ovakvih obitelji u koliziji sa njihovim socijalnim potrebama, a kao rezultat javlja se smanjena adekvatna individuacija (Haley, 1980).

Relacija percepcije obiteljskih odnosa i vršnjačkog nasilja kod srednjoškolaca

Rezultati znanstvenoteorijskih spoznaja pokazuju kako su obiteljski odgojni stilovi rizični u razvoju nasilničkog ponašanja: permisivni stil (nepostavljanje granica dječoj agresivnosti), te autoritarni stil u kojem dominira tjelesno kažnjavanje i emocionalno nasilje prema djetetu, te nedostatak ljubavi i pažnje, a previše 'slobode' u djetinjstvu mogu doprinijeti razvoju agresivnog obrasca reakcija (Olweus, 1998: 48). Isto tako, djete koje je okruženo atmosferom grubosti i surovosti koju doživljavaju od strane roditelja i odraslih i samo postaje grubo, neosjetljivo, gluho i slijepo prema prema patnjama i radostima drugih ljudi (Matić, 1957).

S druge strane, rezultati ranijih istraživanja (Benbenishty & Avi Astor, 2005; prema Marković, 2015) identificiraju i školske faktore rizika u razvoju nasilničkog ponašanja i su ubrajaju: nedovoljnu svijest o problemu nasilja, neadekvatnu reakciju na nasilje, negativnu školsku klimu, vršnjačke norme koje odobravaju nasilje, veličinu škole i školskih odjeljenja, lokaciju škole i pojedina mjesta u školi (Benbenishty & Avi Astor, 2005; prema Marković, 2015:61).

Na osnovu ovih znanstvenoistraživačkih spoznaja nastala je potreba da se u okviru našeg istraživačkog dizajna ispita relacija percepcije obiteljskih odnosa i vršnjačkog nasilja kod srednjoškolaca.

Scater dijagram 1: *Odnos percepcije obiteljskih odnosa i vršnjačkog nasilja kod srednjoškolaca*

(Istraživanje 2019.godine: Babić, E. (2019): *Socijalno pedagoška analiza percepcije obiteljskih odnosa i vršnjačkog nasilja kod srednjoškolaca*)

Iz scater dijagrama i vidljivo je kako porast na skali kvalitete obiteljskih odnosa prati pad na skalama doživljeno vršnjačko nasilje i počinjeno vršnjačko nasilje, odnosno porast na skalama doživljeno vršnjačko nasilje i počinjeno vršnjačko nasilje prati pad na skali kvaliteta obiteljskih odnosa.

Da bismo ustanovili da li je ova povezanost statistički značajna uradili smo Anovu. Rezultati su pokazali da postoji statistički značajna povezanost vršnjačkog nasilja sa kvalitetom obiteljskih odnosa: srednjoškolci koji pokazuju veći stepen vršnjačkog nasilja istovremeno pokazuju manje vrijednosti na skali kvalitete obiteljskih odnosa. U funkciji prevencije vršnjačkog nasilja, za mlade je iznimno važno da imaju organiziran oblik života pa, tako, Pehlić (2014) ističe da je razlika u neorganiziranom slobodnom vremenu života mladog čovjeka i organiziranog života u tome što u neorganiziranom vremenu osoba sebi kreira vrijeme po svojim željama i prohtjevima (previše slobodnog vremena može uputiti mladu osobu na pogrešne odluke) dok organizirano vrijeme nudi pojedincima planirane i organizirane aktivnosti koje su u skladu sa njihovom dobi i interesima. S tim u vezi, možemo slobodno i reći da su mlađi ljudi koji imaju višak slobodnog vremena češće skloniji razvoju nepovoljnih društvenih djelovanja, pa i vršnjačkom nasilju.

### Literatura

- Babić, E. (2019): *Socijalno pedagoška analiza percepcije obiteljskih odnosa i vršnjačkog nasilja kod srednjoškolaca*"
- Gordon, T. (1998). *Umeće roditeljstva, Kako podizati odgovornu decu*, Beograd: Kreativni centar.
- Haley, J. (1980). *Leaving home: the therapy of disturbed young people*, New York, McGraw-Hill.
- Hrnić, J. (2003). Pregled faktora rizika antisocijalnog ponašanja mlađih (uticaji u okviru porodice). *Revija za kriminologiju i krivično pravo*, 41, 2-3:43-72.
- Hrnić, J. (2009). *Prestupništvo mlađih riziči, tokovi i ishodi*, Beograd: Institut za kriminološka i sociološka istraživanja.
- Hrnić, J. (2011). *Depresija i delinvencija*, Beograd: Institut za kriminološka i socioška istraživanja.
- Marković, M. (2015). *Uloge u vršnjačkom nasilju i školski uspjeh učenika*, Doktorska disertacija, Beograd: Filozofski fakultet.
- Matić, M. (1957). *Greške roditelja u raspitivanju dece*. Beograd: Narodna knjiga.
- Olweus, D. (1998). *Nasilje među djecom u školi: Što znamo i što možemo učiniti*. Zagreb: Školska knjiga.
- Pehlić, I. (2014). *Slobodno vrijeme mlađih - Socijalnopedagoške refleksije*. Sarajevo: Centar za napredne studije.

# KOGNITIVNO-BIHEVIORALNA TERAPIJA U TRETMANU OVISNOSTI

U vremenu velike rasprostranjenosti i dostupnosti svih vrsta supstanci, ali i aktivnosti koje mogu dovesti do rазвоja ovisnosti, a sve sa ciljem davanja kvalitetnijeg liječenja ovisnika, javila se potreba za multidisciplinarnim pristupom ovom problemu. Pored medikamentozne terapije koja je osnova liječenja ovisnosti, primjena drugih terapijskih metoda uveliko pomaže kako bi se postigao jedan cijelovit rezultat koji bi ovisnika, nakon stabilizacije, pripremao i osnaživao za svršishodan, smislen i društveno prihvatljiv način života. To su naučno, ali i praktično utemeljeni postupci. Jedan od psihoterapijskih pravaca koji se primjenjuje u tretmanu ovisnosti jeste i kognitivno-bihevioralna psihoterapija.

Kognitivno-bihevioralna terapija predstavlja strukturirano, eksperimentalno, racionalno i aktivno pristupanje problemu u kojem je klijent u središtu, te se, u skladu sa svojim mogućnostima i kapacitetima, aktivno uključuje u tretman kako bi, po završetku istog, imao razvijene mehanizme samopomoći i naučene prihvatljive obrazce ponašanja. Cilj KBT-a jeste promjena načina razmišljanja i percipiranja situacija, kako bismo doveli do promjene osjećaja što će, u konačnici, rezultirati izmjenom naučenih, uglavnom neprihvatljivih i nefunkcionalnih, obrazaca ponašanja.

Zagovornici kognitivno-bihevioralne psihoterapije, ističu kognitivne distorzije kao glavni uzrok neadaptivnih oblika ponašanja. Mnoge kognitivne distorzije (pretjerana generalizacija, polarizovano mišljenje, personalizacija, etiketiranje, katastrofiziranje, itd.) dovode do poremećaja u sferi afektiviteta koji su karakteristični u populaciji ovisnika o opijatima.

Prema Aaron Becku, ovisnost proizlazi iz disfunkcionalnih odgovora, odnosno naučenih obrazaca ponašanja koja se učvršćuju dovoljnim brojem ponavljanja. KBT modeli ovisnost vide kao naučeno ponašanje potaknuto i održavano u interakciji s vanjskim faktorima što doveđi do potrebe za utvrđivanjem uvjeta pod kojim dolazi do uzimanja droga kao što su vrijeme, mjesto, te životni događaji koji mogu biti okidači za ponovno upuštanje u takve aktivnosti. Vrlo važnu ulogu u samom tretmanu liječenja ovisnosti imaju tehnike kao što je samoopažanje, trening vještina za odupiranje žudnji za ponovnim uzimanjem, te izbjegavanje potkrepljenja uslijed uzimanja droga.

Kognitivno-bihevioralne terapijske intervencije obuhvataju motivacijske intervencije koje predstavljaju jedan od najvažnijih koraka u samom tretmanu kako bi ovisnik započeo tretman liječenja, te i ostao u njemu. Usmjerene su na ambivalenciju prema promjeni ponašanja, s ciljem poticanja želje za promjenom. Obzirom da se bihevioralna terapija zasniva na teorijama učenja, samim tim su i intervencije usmjerene ka uključivanju dodjelivanja nagrada kao pozitivnih potkrepljenja za poželjna ponašanja. Ono ka čemu KBT usmjerava osobitu pažnju je ste prevencija relapsa kao jedne od tehnika pri tretmanu liječenja ovisnosti. Prevencija relapsa uključuje analizu



**Lejla Šaćirović, MA psih.,  
psiholog**

rizika i trening alternativnih odgovora na rizike. Naime, to je pristup koji u središte stavlja učenje prepoznavanja okidača i alternativnih oblika ponašanja kao odgovora na te okidače. Također, bitne su i sama klijentova očekivanja o pozitivnim učincima droge, kao što je i psihoedukacija pacijenta od velikog značaja što ga čini informiranjem i obučenijim prilikom izbora vlastitog ponašanja u riskantnim situacijama.

Relaps je ponovno uzimanje droge nakon dužeg vremena apstinencije, povratak na prijašnji nivo uzimanja ili na raniju ovisnost. Primjenom KBT-a nastoji se minimizirati šteta od relapsa ako do njega dođe, te stvoriti mehanizme odrbrane i suočavanja sa izazovnim okidačima kao što su specifični događaji, mjesta ili osobe.

Meta analizom o učinkovitosti KBT-a na populaciji adolescenata ovisnih o psihoaktivnim drogama došlo se do zaključka da ova vrsta terapije značajno utječe na smanjivanje uzimanja droga, te na smanjivanje posljedica koje uslijede tokom i nakon ovisnosti. Kada je riječ o specifičnim ovisnostima, KBT se pokazao najučinkovitiji kod ovisnosti o kanabisu i kokainu, a najslabiji rezultati su postignuti kod liječenja ovisnosti o više psihoaktivnih tvari.

KBT kao vrsta psihoterapije ima brojne prednosti kada se primjenjuje u kontekstu liječenja ovisnosti o psihoaktivnim tvarima jer pacijenta ospozobljava, pružajući mu znanja i sredstva, da prevlada žudnju za drogom. Najveći fokus ove vrste psihotretmana jeste na specifičnim područjima kao što su visokorizične situacije, disfunkcionalna vjerovanja o drogi, te o samom sebi u odnosu sa drogom, automatske misli koje povećavaju potrebu za uzimanjem supstanci, te vjerovanja kojima klijent opravdava uzimanje narkotika. Ono što je bitno naglasiti jeste da kognitivno-bihevioralni tretman nije univerzalni pristup jer nema jednaku učinkovitost kod svih vrsta ovisnosti, međutim, kod pažljivo odabranih klijenata u kombinaciji sa drugim vidovima liječenja može služiti kao početna tačka tretmana, te dati jako dobre rezultate.

## Literatura:

- Beck, J. (2011). Cognitive Behavior Therapy. New York: The Guilford Press.
- Beck, J.S. (2015): Osnove kognitivne terapije. Naklada Slap.
- Vindiš, E. (2019): Učinkovitost savremenih pristupa u tretmanu ovisnosti o psihoaktivnim drogama. Sveučilište u Zagrebu, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet.
- Šimunović, L. (2020): Uloga savremenih tehnologija u tretmanu ovisnosti o drogama. Sveučilište u Zagrebu, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet.

# ALKOHOLIZAM I SUICIDALNOST

## O suicidu i pokušajima suicida

Samoubistvo i pokušaj samoubistva nisu ista stvar. Također, pokušaj ubistva koji nije završio samoubistvom – nije samo neuspjelo samoubistvo. Dakle, sve ima svoj značaj. I razlike su razlozima, u činu, načinu i samom pojmu vrlo važne.

Na prvu, neko može da pomisli – teške teme, pa da to je jasno, to nije moja stvar...

Međutim, trebamo biti informisani. Zašto ? Jer nas se tiče naše zdravlje, jer u 21.vijeku svakih 40 sekundi neko u svijetu umre zbog suicida, jer je to gotovo milion godišnje a broj pokušaja samoubistva je 20 puta veći od broja umrlih ( podaci Svjetske zdravstvene organizacije ), jer su razlozi za pokušaj i izvršenje višestruki – svjesni i nesvjesni, jer je krajnje vrijeme da vodimo računa o mentalnom zdravlju pa počinjemo sa učenjem o njemu, makar to bile teške teme.

Neke zablude o samoubistvu i pokušaju:

- Neuspjeli pokušaj za samoubistvo ne treba uzimati ozbiljno
- Razgovor o samoubistvu je opasan i potiče na njegovo izvršenje
- Većina ljudi koji razmišljaju o samoubistvu su mentalno bolesni
- Ako je osoba odlučila izvršiti samoubistvu , nemoguće ju je spriječiti u tome
- .....

Kod pokušaja samoubistava dominiraju žene. Broj izvršenih samoubistava je veći kod muškaraca.

Ukoliko se pristupi liječenju, tretmanu, psihoterapiji, za traži pomoć – od 10 onih koji pokušaju izvršiti samoubistvo, 9 nikada više ne pokuša, samo poneki se ubiju.

U grupi ljudi koji su izvršili samoubistvo je samo mali broj onih koji su već imali pokušaje.

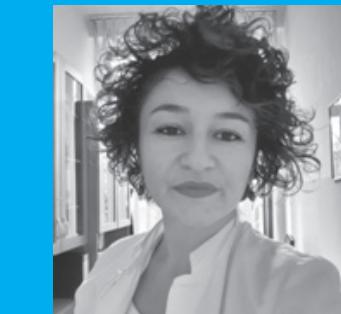
Kad se desi samoubistvo, nažalost, život se završava. Porodica tuguje. I to je proces koji traje za porodicu.

Kod pokušaja samoubistva, je sasvim drugačija situacija. Život se mijenja sasvim pojedincu, porodici, znatne promjene u odnosima sa okolinom.

## Psihološke i psihopatološke razlike

Kod izvršenih samoubistava preovladava svjesno ili nesvjesno agresija, impuls za samodestrukciju. Kod pokušaja samoubistva je kompleksnija situacija. On ima sasvim drugi smisao. Onaj ko pokuša samoubistvo se obraća okolini, bližoj ili daljoj. Za pomoć, promjene, protest itd. Ima nagomilane, za njega, nerješive probleme. U pokušaju krajnjeg očaja i rješavanja problema, svoj život stavljuju na kocku. To je krik za pomoć, jer neće da umre i želi da živi drugačiji i bolji život. Ovo ima svoj duboki socijalni i psihološki smisao.

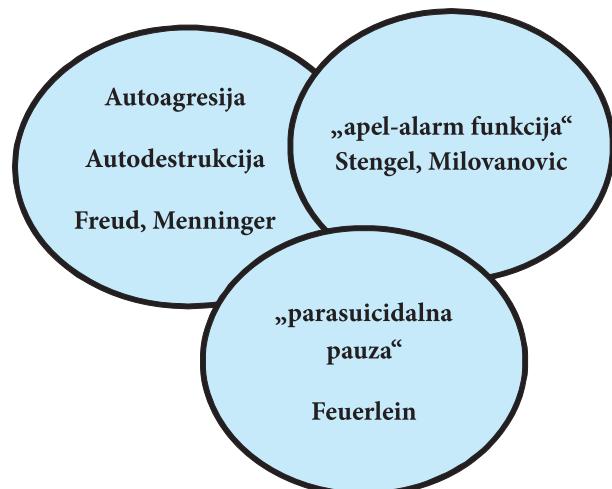
Wilhelm Feuerlein, njemački psihijatar i istraživač u



Adila Softić, dipl.psiholog  
Psihoterapeut CTA

oblasti ovisnosti, 1971.g uvodi pojam „parasuicidalna pauza“. Postoji veliki broj ljudi koji pate od hronične nesanice, glavobolje, straha itd. Iz dana u dan. Preosjetljivost se povećava a tolerancija na sve to se snižava. Jednostavno, i razumljivo, pojedinac želi da semuke zaustave. Pa barem malo. Da odspava. Da napravi „pauzu“ od boli. Prema mišljenju Feurleina, smrt ovdje ne dolazi ni kao pomisao ni nesvjesno. Radi se o uzimanju sredstava za umirenje, spavanje, ublažavanje bolova ili čak sve zajedno ali u velikim količinama, što prije da sve prestane. Sviest se pomuti, do anesteziranja, ponavlja se uzimanje lijekova do nekontrolisanog gutanja do toksične doze a može da se sasvim izmakne kontroli , u želji da stane bol, do smrtnog ishoda. Kada pacijent kasnije kaže da uopšte nije želio ni pomislio da se ubije, bude dočekan sa nevjericom. Dakle, ova dimenzija se nalazi između autoagresije – autodestrukcije i apel- alarma za pomoć.

Kroz analizu svjesnih i polusvjesnih suicidogenih impulsa, došlo se do jednog grafičkog prikaza koji odlično objašnjava povezanost svih faktora suicidalnosti.



## Alkoholizam, alkoholisanost i suicidalnost

Pitanje se postavlja – da li je zanemaren alkoholizam i slična stanja kao faktori koji mogu da doprinesu pokušaju suicida ili izvršenju suicida. U literaturi koja se bavi ovim temama, stručnjaci se slažu da su alkohol i samoubistvo tjesno povezani. Procenat bolesnika ( ovisnika) u izvršenim samoubistvima , prema ovoj literaturi, varira

od 20 do skoro 50%. u pokušaju samoubistva, procenat je manji, 10 do 15%. Mađarski autori pišu da je samoubistvo u Budimpešti među alkoholičarima, češće šest puta nego kod prosječnog stanovništva te da se taj broj povećava.

Kroz praksu, iskustvo u radu sa pacijentima ovisnim o alkoholu, kao i o heroinu, nam govore da je alkoholizam pa i narkomanija jesu forma samodestrukcije, vid pokušaja samoubistva. Upornost, istrajnost u alkoholisanju ili pak npr IV unosa hereoina i pored shvatanja o kakvom se problemu radi, ništa drugo ne govori nego da pojedinač želi sebi na nanese štetu po život opasnu. Da li zbog toga što je sve oko sebe uglavnom uništio, povrijedio i izgubio ili što mu je ovisnosti i takvog života više nego dosta.

Dugogodišnje flertovanje sa alkoholom stvara emotivnu vezu između onog ko piće i alkohola. Pije svaki dan da se zadovolji, da se sebi ugodi, da ublaži tugu ili da alkoholom utopi nesreću neku. Alkohol djeluje vrlo brzo. Kako se povećava količina alkohola, ili vrsta alkohola, raste visina očaja zbog alkoholisanja. Pa se ciklus nastavlja, piju se količine nove koje će da mu ugode i smire. Trenutno. Već možemo govoriti o flertovanju sa suicidom. Pitanje može biti samo kada će se desiti smrt. Alkoholisanost dezinhibira – opušta, otkoči psihičke kočnice, sužava svijest i vidik razuma.

Alkohol deformiše logiku. Procjenjivanje posljedica i raščinjanje su oštećene funkcije u alkoholisanom stanju. Ako su pri svijesti postojale čak male tendencije ka samodestrukciji, nije teško pogoditi kakav može rezultat da se desi.

Agresivne tendencije u alkoholisanom stanju, mogu da se usmijere prema sebi ili prema drugima. Alkohol kao da daje prividnu snagu, moć, uklanja barijeru zvanu strah. Kriminolozi u literaturi i kažu da je kod velikog broja ubistava, prisustvo alkohola kod onog koji je ubio vrlo česta pojava jer se i samo s namjerom nekada postavljaju u alkoholisano stanje jer im daje „hrabrost“.

Znači , alkohol zaustavlja logiku i zdrav razum, uklanja te kočnice.

Ovisnici o alkoholu su populacija sklona samoubilačkom ponašanju i predstavljaju rizičnu skupinu zbog sljedećeg:

- Imaju često rasturen svoj dom
- Težak porodični život tokom djetinjstva , sindrom "Broken home"
- Počinjeno nasilje u porodici
- Počinjeno nasilje, ubistvo
- Konfliktna stanja, socijalna degradacija
- Veliki broj neuspjelih pokušaja liječenja
- Određene karakteristike ličnosti alkoholičara npr ekstrovertnost i gubitak kontrole nad afektom
- Stalno prisustvo alkohola, alkoholisanje
- Depresivne faze, kajanja, obećanja, ravnodušnost, otupjelost
- Psihotična stanja
- Pokušaji suicida ili suicid kao osveta – društvo ga odbacilo, ne voli ga niko, optužuje čas okolinu čas sebe za stanje te kazuje „ sad ćete vidjeti kako je bez mene“

Glavni motiv suicidalnih radnji je autodestrukcija. Apel – alarm je rijetko zapažen kod alkoholičara.

Najčešći povod suicidalnih radnji je faktor – okidač, a to je uglavnom konflikt sa nujužom okolinom, bračnim drugom. Takav konflikt daje sveže afektivno punjenje, usmjerava to prema sebi, nekad i pokušaj da „ opere čast“ reaguju energično ali neadekvatno jer mu se čini jedinim mogućim izlazom „iz pakla „u kojem je trenutno. Nažalost, ovisnici o alkoholu često dolaze kada je ovisnost traje već 10 i više godina. Kada su se problemi uveliko nagomilali. Kada su izgubili porodicu, na vidiku gubitak posla, nemaju prijatelje, već postojali pokušaji suicida. Već bila hospitalizacija na psihijatriji.itd. U potpunosti narušenog psihofizičkog zdravlja.

### **Psihoterapija**

Neophodna je medikamentozna terapija. Često i hospitalizacija. Paralelno sa uzimanjem lijekova, psihoterapiju je neophodno započeti.

Pravi se plan tretmana.

Prvo i najvažnije, ako je postojao pokušaj suicida, radi se tzv. antisuicidalni ugovor. Kroz takav dogovor pacijent odlučuje pa i obavezuje se, da neće sebi nanijeti štetu ni na koji način, da sebi neće nanijeti zlo. Ugovor se ponavlja na svakom susretu.

Psihoterapijski rad je u početku nekada nemoguć, ali je neophodan kontakt sa nekim članom porodice, uzeti informacije o stanju pacijenta te im dati upute o komunikaciji i dati podršku. Pacijentu, također, u početku treba dosta podrške, savjeta, ubjedavanja, empatička komunikacija uz potpuno pruhvatanje da se stvori dobar psihoterapijski odnos. Raditi na motivaciji za liječenj, dok se ne uspostavi apstinencija. Nakon toga se pristupa dogovaranju sa pacijentom o psihoterapijskom radu, temi na susretima, da ima svoje aktivno učešće i da se počne sa prioritetima, rad na temi koja je nju bitna ili koju mi prepoznamo kao izuzetno važnu. Kontinuitet u susretima. U terapiji alkoholizma, kao i u terapiji bilo kog drugog problema, osnovno je razumjeti čemu alkohol služi, koje negativne emocije «stišava» ili «maskira» ili koji elementi uslijed konzumacije alkohola imaju tendenciju eskalacije i proizvodnje euforije.

Fokus je dakle, na odvikavanju, a za svako odvikavanje je potrebna vježba, upornost i rad. Često kažemo da je ponekada dovoljno da uvidimo volju za promjenom, i da smo nakon toga već pola problema riješili. Put koji predstoji nakon iskazane želje i volje da se ovisnost zamijeni konstruktivnijim životnim stilom, je put promjene, na kom treba biti istrajan. Ta istrajnost je nešto što terapeut i klijent zajedničkim snagama postavljaju kao dogovor i cilj, i različitim tehnikama i terapijskim sredstvima rade na očuvanju Odluke da živi i za odvikavanjem.

### **Literatura:**

- Kapamadžija, B., Šovljanski, M., Biro, M. ( 1990). Osnovi medicinske suicidologije. Psihijatrijska biblioteka. Medicinska knjiga. Beograd – Zagreb, 1990
- White, T.,( 2013) Working with Drug and Alcohol Users. Jessssica Kingsley Publishers, London, UK, 2013

# PRVA NAGRADA

## KONKURS NA TEMU "OVISNOST"

Tanić Loris, Medicinska škola Zenica

OVISNOST	ZENSKO IME	ZAMJENICA	SAMOGLASNIK	IME ILI	T-MOBILE		OZNAKA ZA SEKUNDU	OPASNE, JAKE DROGE	ODREĐENA SUMA NOVCA	DATIV JEDNINE RIJEĆI FIN	INTRAVENSKI NAČIN UZIMANJA DROGE
TRAVA POMIJEŠANA SA DUHANOM						NAZIV JAKNE KISEONIK					
NOGOMETAŠ ENES NOVINČ			VOLJETI (ŠP.) INHALIRANJE HLAPLJIVIH OTAPALA				ROBNA MARKA				
ZNAK ZA ĐUL		SVJETSKA ZDRAVSTVENA ORGANIZACIJA				SAVJETOVANJE	DIO U KAFIĆU SAMOGLASNIK				
NEKAD PRIJE, DAVNO						APARTMAN U GRČKOJ K.S.O.					
PRVO SLOVO ABECEDA	MUŠKO IME MRŽNJA						ŽENSKO IME AMERIČKA GLUMICA DREW				
	OZNAKA ZA VOZAČA POČETNIKA BOSANSKA KUKURUZA		STRANA U RS-U SRUJEDA					ALEKSANDRA NIKOLIĆ	NJ MLITAV, NIKAKAV		
PREKOMJERNA DOZA NEKE TVARI											
NAZIV ZA PJEVANJE KOJI JE SLIČAN GANGI						KLINIKA ZA ŽEN. BOL. U ŠPANIJI VEZNIK					PJEVAČICA BEKUTA
DRAMSKA SERIJA			NAREDBA, NAREDENJE ALAN VITASOVIC						NJ. A.		
VIRUS HUMANE IMUNODEFICI-JENCije			TURSKI NOVCI DRUGO SLOVO ABECEDA						ANA NIKOLIĆ OZNAKA ZA RAD U FIZICI		
VRSTA KOLACA								ŽENSKO IME			

Tokom novembra 2020.godine objavljen je konkurs za literalne radove na temu „**Pandemija - rizični faktor za ovisnost**“. Konkurs je obuhvatio učenike osnovnih i srednjih škola. Na konkurs se prijavilo 68 učenika iz 20 škola. Prvo mjesto je osvojio slijedeći rad:

## **PANDEMIJA- RIZIČNI FAKTOR ZA OVISNOST**

Ružo moja, moj živote, gdje si?  
Bolujem ti i umirem u strahu.  
Posljednji nemir u dimu bjesni  
tone u suhom samrtničkom dahu.

Dušu mi steže obruč bola,  
kao vitki pojaz breza, vatra u gaju.  
Da mladost nisam propio i čase gurnuo sa  
stola  
možda bi bar zrno mudrosti zasjalo na kraju.

U vremenu kad zločudni virus uzima svoj  
danak  
i majka čezne za osmijehom sina skrivenim  
pod velom spasa,  
strahujem jadan da će pasti kroz led tanak  
i da od mene više niko neće čuti ni glasa.

Ostat će samo sjena pred usijanom kutijom  
srama,  
udišući vrisak vlastite cigarete i miris pelina iz  
pića.

Možda koštati će me takva životna drama,  
ako na poslijetku postane dio moga bića.

Tihi zidovi što šapuću kad sat otkuca ponoć,  
možda me neprimjetno previše vežu za sebe.  
A kad dođe vrijeme da pustim glas za pomoć  
možda će krišom obuzeti i tebe.

Bit ćemo začarani u užarenom krugu sobe,  
obuzeti skupim reklamama i jeftinim vinom.  
Da li ćemo zaspati pod tim čađavim plaštom  
zlobe ili, ‘pak, samo živjeti takvim manirom?

Voljet ćemo crni prizvuk balada crven vez na  
rucu  
više no prijatelja i tihe noći uz more.  
A kad bolest prohuja dalje u svemir i ostavi nas  
u muci reći ćemo da uvijek može gore.

Kao figure u pozorištu nestat ćemo iza plašta  
nekog nepoznatog i zlog svijeta.  
I zapitati će se naša iskvarena mašta  
što u kiši prođoše nedosanjana ljeta.

Što u polja dječačkih snova golubica bijela  
mirno ne doleti  
i krilima prekrije trnje i šaš?  
Zar da duša više nikada ne poleti  
i opustošeni svijet oboji naš?

Možda bi tako savladali bolest i krenuli stazom  
mira,  
umjesto zlih glasova prateći korake melodije  
klavira.  
Procvale bi lale i ruže ; uvuklo bi se u nemirni  
duh proljeće  
i ljepši bi nam bio život, ljepše ovo stoljeće.

Rešidović Mahir, III-2  
JU Gimnazija „Edhem Mulabdić“ Maglaj

# DOSADAŠNJE TEORIJE O BOLESTIMA OVISNOSTI OD PSIHOAKTIVNIH SUPSTANCI



Dr.sci. Nermana Mujčinović  
psiholog

Mnogobrojne teorije pokušale su objasniti zašto neko započinje sa upotrebom psihoaktivnih supstanci, ali do sada nije utvrđen jedan univerzalno prihvaćen etiološki model razvoja ovisnosti. Razlog se može potražiti u višedimenzionalnosti pojave ovisnosti.

Kada razmišljamo prema medicinskom gledištu, ovisnost se definiše kroz stvaranje fiziološke adaptacije na supstancu, a zatim i pojavu apstinencijalnog sindroma kada nje nema. Iz ove adaptacije nastaju psihobiološki poremećaji i tada bolest ovisnosti prerasta u bolest centralnog nervnog sistema (Nastasić, 2012). Ako, s druge strane, gledamo na poremećaje koji se vide kroz ponašajnu sferu, onda možemo da utvrdimo postojanje patologije u učenju, pamćenju, motivaciji, a sve to kroz kompulzivno uzimanje psihoaktivne supstance, uprkos očiglednim ogromnim posljedicama (Robinson i Berridge, 1993).

Više raznih faktora uslovljava pojavu ovisnosti od PAS, a najvažnije su tri: specifičnost metabolizma određenog broja ljudi, karakteristike ličnosti i različite socijalne okolnosti (Kecmanović, 1990).

Bolesti ovisnosti proizilaze iz interakcije ličnosti, okoline i određene psihofarmakološke supstance. To se potpuno jasno sagledava u situaciji ako je supstanca lako dostupna, jer, i pored te činjenice, neki adolescenti nikada ne probavaju PAS, neki probavaju pa vremenom prestanu, a jedan dio ih uzima bez obzira na svu štetu koju trpe.

Korespondentno prethodnom tekstu, autori Oetting i Beauvais (1986) predlažu hipotetički model prema kojem ovisnost od PAS nastaje kao proizvod međudjelovanja demografskih faktora, faktora socijalizacije, osobina pojedinca, njegovih stavova i vjerovanja, te razmišljanja o uzimanju supstance i ponašanja vezanih uz to. Navedeni autoru predložili su sedam teorija/modela kojima se objašnjavaju razlozi zbog kojih neki pojedinac započinje sa konzumacijom PAS: medicinski model, teorije „vratu“, socijalne teorije, psihološke teorije, politička teorija, psihosocijalne teorije i teorije životnog stila. U nastavku ćemo ukratko objasniti neke od njih.

Prema medicinskom modelu, ako zdrav čovjek uzima psihoaktivnu supstancu dolazi do fizičke ovisnosti. Kada pojedinac duži period uzima heroin, to dovodi do kon-

stantnog povećavanja doze koja mu treba da zadovolji potrebu za ovom supstancom. Ako smanji ili prekine upotrebu heroina, javi se apstinencijalna kriza koja ga dalje tjera na ponovno uzimanje (Lalić i Nazor, 1997). Medicinski model podrazumijeva i teorije koje pretpostavljaju postojanje poremećaja u metaboličkom funkcionisanju pojedinca koji služi kao temelj za nastajanje bolesti ovisnosti od heroina. Sami smo u stanju da proizvodimo vlastiti prirodni opijat, endogeni morfin – endorfin. Ovaj prirodni opijat ima presudnu ulogu za pojavu osjećanja oduševljenja, kao i kod smanjivanja боли. Heroinski ovisnici imaju manjak endorfina, pa su osjetljiviji od drugih za osjećaj боли, te im opijati trebaju radi stabilizacije urođene preosjetljivosti (Peele, 1985, prema Lalić i Nazor, 1997). Prema istraživanjima koja naglašavaju genetiku u određivanju ko će postati ovisnik, rađenim na jednojajčanim bлизancima, deset posto ljudske populacije u genima ima dispoziciju za razvijanje bolesti ovisnosti od droga ili alkohola (Jang, Vernon, Livesley, Murray i Heike, 2001).

Prema tzv. „teorijama vrata“, ovisnik stalno prelazi od lakših supstanci prema težima, simbolično rečeno, kao kroz različita vrata gdje jedna vode prema drugima. Na sličan način Kendelova teorija stepeni (1980) objašnjava ovisnost (Rhodes i Jason, 1988). Tako, ovisnost započinje konzumacijom duhana nakon čega se prelazi na alkoholna pića, iza toga obično na „travu“ (marihuani), a na kraju na opijate i psihostimulante. Stepenicu po stepenicu, ovisnici postepeno postaju sve otvoreniji za različite vrste supstanci i sve više prihvataju životni stil karakterističan za populaciju ovisnika (Belak Kovačević, 2004). U okviru socijalnih teorija proučavani su demografski podaci, kao što su dob, socioekonomsko stanje, obrazovanje, zaposlenost, mjesto življenja, socijalizacija i usvajanje socijalnih normi. Ove teorije nastoje razumjeti vezu socijalne okoline i njene karakteristične strukture sa pojedincem, te načine na koji njihova interakcija utiče na razvoj ovisničkih ponašanja. Socijalne teorije se bave pitanjima uzimanja PAS u kontekstu delinkventnog i kriminalnog ponašanja (Oetting i Beauvais, 1986, prema Belak Kovačević, 2004), kao što su teorija anomije, teorija adaptacije, politička teorija, teorija modela životnog

stila i teorija vršnjačkog miljea.

Tako npr. teorija anomije Emilie Durkheima objašnjava pojavu anomije, tj. bezakonja i pada moralnih i društvenih vrijednosti u nekom društvu, kada ono doživljava promjene i prelazi iz jedne društvene strukture u novu. U tom procesu elementi kolektivne svijesti kao moral, pravo, običaji i religija, koji imaju funkciju kontrole društva nad ponašanjem pojedinca, prestaju biti funkcionalni (Radetić Lovrić, 2011). Petrović (2003) smatra da je masovna i periodična upotreba psihootaktivnih supstanci pojačana u razdobljima društvene krize, kada su prisutni česti nemiri, nestabilnosti, masovne frustracije, gubitak tradicije, vjere, te opšti osjećaj bespomoćnosti i bezznađa. Najveći broj poslijeratnih ovisnika spada u tzv. „reaktivne“ tipove (Ilić, M., 2012). Ovisnost se stvara kao odgovor adolescenta na pritiske vezane za rast i razvoj ili predstavlja posebnu pobunu i potrebu da bude uklopljen u svoju generaciju.

Teorija adaptacije tumači ovisnost kao naučeno ponašanje koje olakšava prilagođavanje pojedinca njegovom socijalnom okruženju. Svaki čovjek ima potrebu da bude pozitivno ocijenjen, prihvaćen, podržan i dobro uklopljen u svoju okolinu. Ova potreba može se ostvariti na društveno prihvatljiv ili neprihvatljiv način (Ilić, B., 2004). Postoje dva psihosocijalna faktora koji kroz djetinjstvo i mladost mogu izrazito otežati ovaj proces adaptacije pojedinca na okolinu. To su: agresija i socijalna nekompetentnost. Oba ova faktora mogu biti uzroci, a istovremeno posljedice socijalne izolovanosti. Izrazito agresivni pojedinci nisu omiljeni u svom okruženju, što može dovesti do gubitka samopouzdanja i neadekvatnog ponašanja. Kako okolina najčešće djeluje represivno, utjehu mogu početi da traže u psihootaktivnim supstancama (Ilić, B., 2004).

Szasz (1982) je predstavio svoju političku teoriju (prema Oetting i Beauvais, 1986), po kojoj upotrebu psihootaktivnih supstanci vidi kao prirodan proizvod konflikta između samokontrole i vanjskih pritisaka. Razmišljajući u tom smislu, ovisnika vidimo kao osobu koja, bez obzira što je svjesna moguće štete, namjerno konzumira supstancu i svoje ponašanje smatra činom slobodnog izbora.

Teorije modela životnog stila ukazuju na postojanje grupa ovisnika koje imaju jedinstvene, lako prepoznatljive osobine. Ove njihove jedinstvene karakteristike formiraju se u specifičan životni stil. Članovi takve jedne grupe često uzimaju istu vrstu supstanci, u gotovo istoj količini, na isti ili veoma sličan način i često zbog veoma sličnih motiva. Specifično je da su supstance povezane i sa drugim aktivnostima unutar ovih grupa, te na više nivoa definišu postojanje grupe. Njihova konzumacija postaje integralni dio stila života članova grupe (Belak Kovačević, 2004).

Psihootaktivna supstancia može da se uzima i zbog genetskih defekata, nekih fizičkih abnormalnosti, ali se u etiološkim traganjima mnogo više polaze na socijalne faktore i individualne reakcije na njih, bar kada se radi o adolescentnoj upotrebi PAS našeg vremena (Petrović, 2003).

Psihosocijalne teorije, prilikom proučavanja problema

ovisnosti, uzimaju u obzir oboje: socijalnu okolinu i karakteristike ličnosti osobe. Jessor i Jessor (1977) iznijeli su jednu od najznačajnijih teorija iz ove grupe, teoriju sklonosti problematičnom ponašanju (prema Oetting i Beauvais, 1986). Oni tvrde da su ličnost, okolina i ponašanje osobe međusobno povezani faktori koji mogu dovesti do devijacija, a da je upotreba PAS samo jedan od mogućih oblika devijantnosti. Iz toga proizilazi zaključak da je devijantnost proporcionalna stepenu ovisnosti (Belak Kovačević, 2004). Teorija diferencijalne asocijacije objašnjava učenje društveno neprihvatljivih ponašanja kroz interakciju pojedinca sa socijalnim grupama neprihvatljivog ponašanja, koje su za pojedinca model ponašanja. Iako je u početku objašnjavala isključivo pojavu kriminalnih oblika ponašanja, gledišta ove teorije su primjenjiva i za upotrebu PAS kod mlađih osoba (Radetić Lovrić, 2011).

Biopsihosocijalni model razvoja ovisnosti (Wills i Shiffman, 1985) spaja biološke, psihološke i socijalne faktore i integriše ih u jedinstvenu teoriju. Ovaj model, kao psihološki faktor, naglašava važnost koju za razvoj ovisničkog ponašanja imaju vještine suočavanja sa stresem. Kao socijalnopsihološki faktor, ovaj model uvodi vještine odupiranja upotrebi PAS pod pritiskom grupe vršnjaka, a biološki faktor podrazumijeva genetsku dispoziciju za uzimanje supstanci. Biološki faktori su vezani uz saznanje da se ljudi razlikuju po optimalnom nivou aktivacije mozga, te da isti podražaji dovode do različitog nivoa pobuđenosti kod različitih osoba. Pretpostavka ove teorije je da osobe konzumiraju PAS iz dva nevezana razloga. Prvi razlog je da smanje anksioznost ili preveliku aktivaciju, a drugi razlog je da povećaju pozitivan afekt u periodima kada su tužni, umorni i nisko pobuđeni. Iz ovih razloga pojačava se efekat uzimanja supstance kao uspješne strategije suočavanja, iako je neprilagođena. Prema ovom modelu, moguće je prepostaviti da će pojedinac početi sa konzumiranjem psihootaktivnih supstanci, pa je stepen rizika za razvoj ovisnosti veći u situacijama koje su za osobu stresnije ukoliko nema razvijene adekvatne odbrane, a istovremeno model objedinjuje biološku komponentu sa razumijevanjem uslova u kojima pojedinac živi i njegove individualne osobine (Belak Kovačević, 2004).

Dok teoretičari iz područja sociologije smatraju socijalno okruženje presudnim za početak uzimanja PAS, psihološki teoretičari smatraju da je njihova upotreba način kompenzacije vlastitih problema i zadovoljavanja ličnih potreba, te da joj je osnova u ličnosti pojedinca. Autori Spotts i Shontz (1980) pokušali su objasniti vezu specifičnih razvojnih devijacija u ranoj dobi i upotrebe određene vrste PAS (prema Oetting i Beauvais, 1986). Tako su utvrdili povezanost između uzimanja nekog tipa supstanci i određenog tipa ličnosti. Osim toga, prikazali su podatke koji objašnjavaju na koji način PAS održavaju iluziju zadovoljstva, da bi vremenom postali integralni dio života ovisnika. Unutar ovog modela izdvaja se i drugi pristup, sa naglašavanjem postojanja specifičnog sklopa crta ličnosti, koji vodi do ovisničkog ponašanja (Belak Kovačević, 2004).

Kovačević, 2004).

Postoje mnogobrojne psihološke teorije koje pokušavaju objasniti pojavu ovisnosti od psihoaktivnih supstanci. Tako se u psihološkim pristupima ovisnost objašnjava kroz psihološke potrebe. Polazi se od pretpostavke da ljudi sa osjećanjem intenzivne nesigurnosti u osnovi imaju emocionalne probleme i neurotske konflikte koji ih predodređuju da se okrenu supstancama. Obzirom na to da ovisnost obuhvata cijeli spektar poremećaja ličnosti sa mnogobrojnim varijablama, nije dovoljna jedna teorija da pruži odgovor zašto neko uzima PAS (Petrović, 1988), ali teorije ličnosti pokušavaju objasniti primarnu upotrebu u kojoj se supstanca uzima da olakša prilagođavanje ličnosti okolini, tj. u cilju pojačavanja socijalnih vještina, podsticanja motivacije i raspoloženja, relaksacije ili, kako se nekada navodi, iz spiritualnih razloga (Petrović, 1988).

Teorija frustracije oslanja se na psihoanalitički teorijski koncept, te je ovisnik, po ovoj teoriji, fiksiran za oralnu ili genitalnu fazu psihoseksualnog razvoja, slabog ega i superega, a mehanizmi odbrane mu slabe u situacijama jake frustracije. U terminima psihoanalize, izraz ovisnost ima široko značenje. Odnosi se na ovisnost od neke supstance, neke aktivnosti, osobe i slično, kojoj je funkcija, s jedne strane, osigurati zadovoljstvo, a, s druge strane, ublažiti psihičku bol, anksioznost i osjećaj krivnje (Žarković-Palijan, 2004).

Kognitivno-bihevioralni teoretski pristup ovoj bolesti smatra da su efekti psihoaktivne supstance pozitivno potkrivenje u procesu uslovljavanja. Ovisnost je naučeno ponašanje steceno iskustvom. Karakteristično za ovaj pristup je usmjerenost na teškoće „ovdje i sada“ i postepeno razvijanje zajedničkog shvatanja klijentovih problema od strane i terapeuta i klijenta. Bihevioralni pristup podrazumijeva tehnike preoblikovanja ponašanja zasnovanog na uslovljenom učenju. Tu spadaju intervencije usmjerene na prekidanje klasično uslovljenog odgovora. Prekidanje odgovora na neku rizičnu životnu situaciju, u ovom slučaju, bilo bi prekidanje posezanja za supstancom. Kognitivni pristup, s druge strane, potencira uticaj koji imaju automatske misli na ono što osjećamo i kako se ponašamo, pa se uzrok svakog ponašanja traži u kognicijama i razumu. Tako je ponašanje bilo koje osobe direktno povezano sa njenim razmišljanjima, a umanjuje se značaj drugih faktora okoline, kao što su npr. međuljudski odnosi ili određene životne situacije (Belak Kovačević, 2004).

Zadnjih decenija, kroz rast popularnosti genetičkih i fizioloških istraživanja, veliku pažnju psihologa privlače biološki pristupi ličnosti koji su započeli sa Hansom Eysenckom, a dalje istraživani od strane Grayama Cloringera i Marvina Zuckermana, kao najdominantnijim naučnicima iz ove oblasti. Dobijeni rezultati njihovih istraživanja nameću zaključak da su individualne razlike unutar ličnosti biološki određene. Psihobiološki pristup proučavanju ličnosti ljudska bića vidi kao biosocijalne organizme, koji se razvijaju pod uticajem genetičkih i socijalnih faktora (Čekrlja, 2014).

## Korištena literatura:

- Belak Kovačević, Sanja. (2004). *Stres i suočavanje kod ovisnika o opijatima*. Neobjavljeni diplomski rad. Filozofski fakultet u Zagrebu, Odsjek za psihologiju.
- Preuzeto sa:
  - <http://darhiv.ffzg.unizg.hr/id/eprint/16/1/SanjaBelakKova%C4%8Devi%C4%87.pdf>
- Čekrlja, Đ. (2014). *Studija o samopoimanju i samom pojmanju*. Filozofski fakultet Univerziteta u Banjoj Luci. Grafid. Banja Luka.
- Ilić, B. (2004). Narkomanija mladih. *Godišnjak za psihologiju*. Vol. 3, 73–82.
- Ilić, M. (2012). *Ličnost heroinskih žarivnika iz ugla transakcione analize*. Neobjavljeni master rad. Univerzitet u Nišu, Filozofski fakultet, Departman za psihologiju.
- Jang, K. L., Vernon, P. A., Livesley, W. J., Murray, B. S., Heike, W. (2001). Intra-and extra-familial influences on alcohol and drug misuse: A twin study of gene-environment correlation. *Addiction*. 2001;96: str. 1307–1319.
- Kecmanović, D. (1990). U Berger, J., Biro, M., Hrnjica, S. (Urednici). *Klinička psihologija*. Beograd, Naučna knjiga, str. 170–194.
- Lalić, D., Nazor, M. (1997), Narkomani: smrtopisi. Zagreb: Alineja
- Nastasić P., (2012). Bolesti zavisnosti – terapijske mogućnosti i klinička realnost. *Arhiv za farmaciju*. vol. 62, br. 2, str. 165–178.
- Oetting, E. R., Beauvais, F. (1986). Peer cluster theory: Drugs and the adolescent. *Journal of counseling and development*, 65, str. 17–22.
- Petrović, S. (1988). *Ličnost narkomana*. Gornji Milanovac: Dečje novine.
- Petrović, S. (2003). *Droga i ljudsko ponašanje*. Beograd, Partenon.
- Radetić Lovrić, S. (2011). *Zavisnost od droga mladih: socijalno-psihološki pristup i istraživanja*. Laktaši: Grafomark.
- Rhodes, J. E., Jason, L. A. (1988). *Preventing substance abuse among children and Adolescents*. New York: Pergamon Press.
- Robinson, T. E., Berridge, K. C. (1993). The neural basis of drug craving: an incentive-sensitization theory of addiction. *Brain research reviews*, 1993 Sep-Dec;18(3): str. 247–291.
- Wills, T. A., Shiffman, S. (1985). Coping behavior and its relation to substance use: A conceptual framework. U Shiffman i Wills (urednik), *Coping and substance use*. New York: Academic Press.
- Žarković-Palijan, T. (2005). *Značajke osobnosti alkoholičara počinitelja i nepočinitelja kaznenih djela*. Neobjavljena doktorska disertacija, Sveučilište u Zagrebu.

# OVISNOST O KOCKI

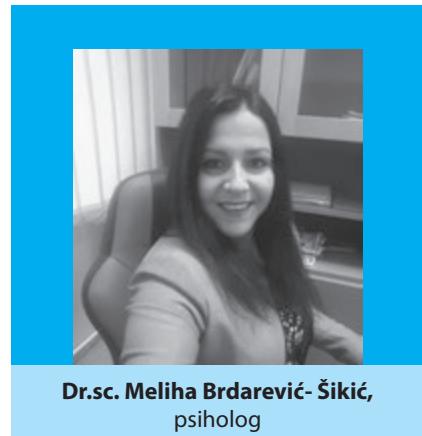
## Uvod

Pojam kockanje odnosi se na bilo koju „igru“ u kojoj postoji šansa za dobitak ili gubitak novca, a čiji ishod ne možemo predvidjeti. Faktori koji doprinose socijalnom aspektu kockanja su dijeljenje iskustva s drugim igračima, korištenje specifičnih izraza u pojedinim igramu te osjećaj pripadanja grupi. Određeni ljudi isključivo u takvom okruženju ostvaruju socijalne kontakte. Kockanje može predstavljati bijeg od problema, depresije ili negativnih osjećaja. Neki ljudi kockaju iz dosade ili usamljenosti. Patološko kockanje prihvaćeno je kao psihički poremećaj 1980. godine (DSM -III). U međunarodnoj klasifikaciji bolesti ICD-10 patološko kockanje svrstano je u poglavje o poremećajima kontrole nagona. Prema definiciji poremećaj kontrole nagona je nesposobnost suzdržavanja od izvođenja nekog nagona opasnog za druge ili za samu osobu, a obično je obilježen ugodom nakon što se izvede. U klasifikaciji DSM 5 radikalno je promijenjen odnos prema tom poremećaju. Poremećaj je promijenio ime te se više ne označava kao patološko kockanje nego kao ovisnost o kockanju.

## Kognitivne distorzije koje su česte kod kockara

**Atribucija** – vjerovanje da su dobici rezultat njihovih uloženih napora i vještina, a ne vjerovatnost. **Magično mišljenje** – vjerovanje da razmišljanje ili nadanje na određeni način utječe na dobitak ili da se nasumični dobici mogu predvidjeti. Također, vjerovanje u vlastitu posebnost koja će biti nagrađena pobjedom. **Praznovjerje** – vjerovanje da amajlje, određeni komadi odjeće, način sjedenja i sl. utječu na ishod igre. **Sistemi** – vjerovanje da se proučavanjem i korištenjem određenih sistema u igri može nadigrati prednost kockarnice. **Selektivno pamćenje** – tendencija da se pamte pobede i dobici, a gubici zaboravljuju. **Personifikacija uređaja za kockanje** – pridavanje ljudskih osobina neživim predmetima poput automata za kockanje i sukladno tome vjerovanje da ih određeni automat kažnjava, nagrađuje ili im se podgrajuje. **Vjerovanje o slučajnom gubitku** – reduciranje broja gubitaka na način da razmišljaju da je samo malo nedostajalo da dobiju, što opravdava daljnje pokušaje. Takvi neostvareni dobici mogu biti čak i više stimulirajući od stvarne pobjede i ostvarenog dobitka. **„Lov“ na gubitke** – vjerovanje da novac zapravo nisu izgubili već da će ga vratiti dalnjim kockanjem.

**Uzroci i faktori rizika za razvoj ovisnosti o kockanju**  
Važno je shvatiti da obično ne postoji jedan specifičan uzrok razvoja patološkog kockanja. Neke potencijalne iznimke uključuju zabilježene slučajeve pojedinaca koji



Dr.sc. Meliha Brdarević-Šikić,  
psiholog

su uzimali lijekove za liječenje npr. Parkinsonove bolesti ili sindroma nemirnih nogu, a kod kojih je primijećen razvoj kompulzivnog kockanja. Teorija o toj vezi uključuje povećanu aktivnost neurotransmitera dopamina u mozgu kao „krivca“ za razvoj poremećaja. Bipolarni poremećaj se također spominje kao jedan od mogućih uzroka kompulzivnog kockanja budući da se gubitak sposobnosti prosudbe i pretjerano kockanje može javiti tijekom manične epizode. Mnogo češće, ovisnost o kockanju rezultat je kombinacije bioloških ranjivosti, načina razmišljanja i izvor stresa (biopsihosocijalni model). Postoje, međutim, elementi koji povećavaju vjerojatnost da će pojedinac razviti ovisnost o kockanju. Faktori rizika za razvoj patološkog kockanja su shizofrenija, problemi s raspoloženjem, antisocijalni poremećaj osobnosti i ovisnost o alkoholu ili kokainu. Također, smatra se da povećani rizik za razvoj patološkog kockanja postoji kod pojedinaca koji imaju nisku razinu neurotransmitera serotonina u mozgu.

Potreba za kockanjem općenito raste za vrijeme razdoblja depresije ili stresa. Socijalne i zdravstvene posljedice kockanja očituju se i na individualnoj i na društvenoj razini. Osobne posljedice uključuju razdražljivost, izrazit u promjenjivost raspoloženja, probleme u međuljudskim odnosima (uključujući rastave brakova), izbjivanje s posla, zanemarivanje obitelji i bankrot. Posljedice kockanja na zdravlje kockara (ali i njihovih partnera) uključuje depresiju, nesanicu, probavne smetnje, glavobolju, gubitak apetita, tjelesnu slabost, bolove u mišićima, ubrzani rad srca, teškoće s disanjem i dr.

## Komorbiditet

Prema DSM-5 (2014) ovisnost o kockanju može biti u komorbiditetu sa drugim psihičkim poremećajima poput ovisnosti o psihotaktivnim tvarima, depresivnih poremećaja, anksioznih poremećaja, te poremećaja ličnosti. Takvi poremećaji mogu prethoditi ovisnosti o kockanju, te biti prisutni ili odsutni tijekom iste, no također je moguće da ovisnost o kockanju prethodi drugim poremećajima, osobito anksioznim i poremećajima uzimanja psihotaktivnih tvari. S obzirom da je zdravlje kod ovisnika o kockanju općenito narušeno, u odnosu na opštu

populaciju kod ovisnika o kockanju su češće zastupljene i druge medicinske dijagnoze poput tahikardije i angine (Američka psihijatrijska udruga, 2014).

Koristeći NSC-R („National Comorbidity Survey Replication“) podatke, Kessler i sur. (2008) su pronašli da 96,3% ispitanika sa cijelozivotnim patološkim kockanjem ispunjava kriterije za barem još jedan psihijatrijski poremećaj, od kojih se kaonajučestaliji pokazao veliki depresivni poremećaj. Rezultati su također pokazali da se poremećaji s kojima ovisnost o kockanju može biti u komorbiditetu javljaju prije patološkog kockanja u 74,3% slučajeva.

Kako bi istražili vezu između depresivnih simptoma i ozbiljnosti kockanja kod patoloških kockara, Rømer Thomsen, Callesen, Linnet, Kringelbach i Møller (2009) su proveli laboratorijsko istraživanje u kojem su ispitanici imali zadatak da igraju slot automate za kockanje. Rezultati su pokazali da se patološki kockari s visokom razinom depresivnih simptoma značajno razlikuju u odnosu na patološke kockare sa nižom razinom depresivnih simptoma s obzirom na poriv za kockanjem, uzbudjenje, broj odigranih igara i trajanje kockanja. Također, rezultati su pokazali da depresivni simptomi predviđaju poriv (procjenjen putem skale samoprocjene) i trajanje kockanja (mjera vremena utrošenog na pojedinoj mašini), dok simptomi kockanja predviđaju stopu odigranih igara koja predstavlja mjeru brzine, odnosno igara odigranih po minuti (Rømer Thomsen i sur. 2009).

Istražujući razlike između kockara sa depresijom u komorbiditetu i kockara bez komorbiditeta, Quigley i sur. (2014) su pronašli da problemski kockari sa supostojecom depresijom izvještavaju o značajno nižoj obiteljskoj koheziji, te učestalijim konfliktima. Također su izvještavali o značajno više trauma iz djetinjstva poput emocionalnog, fizičkog i seksualnog zlostavljanja, kao i fizičkog zanemarivanja, te su u odnosu na problemske kockare bez supostojecje depresije postigli značajno veće rezultate na neuroticizmu, te niže na ekstraverziji.

Vršena je i usporedba problemskih kockara sa depresijom u komorbiditetu i rekreativnih kockara sa depresijom, a rezultati su pokazali da problemski kockari sa supostojecom depresijom izvještavaju o značajno više obiteljskih konfliktata, većoj

razini emocionalnog zlostavljanja i fizičkog zanemarivanja, dok su u pogledu crta ličnosti postigli značajno veće rezultate na neuroticizmu, te niže na savjesnosti.

S obzirom da su istraživane i spolne razlike, rezultati su također pokazali da su kod žena češće registrovani afektivni i anksiozni poremećaji, te da je komorbiditet općenito značajno češći kod žena nego kod muškaraca. Što se tiče poremećaja uzimanja psihoaktivnih tvari i ovisnosti o kockanju, komorbiditet je bio zastupljen kod 25% sudionika, a značajna spolna razlika je pronađena u korištenju kanabisa o čemu su češće izvještavali muškarci (Håkansson, Karlsson i Widinghoff, 2018).

Istraživanje koje su proveli Afifi, Cox, Martens, Sareen i Enns (2010) na nacionalno reprezentativnom uzorku kanadskih žena (n=10056) pokazalo je kako je problemsko kockanje povezano sa znatno većom vjerovatnoćom slabije samoprocjene opštег zdravlja, suicidalnih misli i pokušaja, mentalnih poremećaja poput depresije, manjine, panicih napada, socijalne fobije i agorafobije, te medicinskih dijagnoza poput kroničnog bronhitala, fibromijalgije i migrena.

## Terapija

Kao i kod drugih ovisnosti ovisnici o kockanju dugo ne priznaju da imaju bilo kakav problem i ne prihvataju pomoć. Javljuju se na liječenje kad su već nastali veliki dugovi, nemogućnost vraćanja kredita, gubitak posla, rastava braka. Liječenje se provodi uključivanjem u specijalizirani i strukturirani program koji uključuje individualnu psihoterapiju, farmakoterapiju, grupne psihoterapijske programe uz metode samopomoći (anonimni kockari, savjetovališta za kockare, udruženja roditelja, skupine za potporu, e-savjetovanja).

Savjetuje se da ovisnik nastavi svoj život u krugu obitelji, ali i da bude aktivno uključen u organizirani program liječenja. Dio programa uključuje kontrolu njegovih finansijskih transakcija, kreditnih pogodnosti, posjedovanja kartica i sl.

Vrlo je važno da u liječenju sudjeluje cijela obitelj zato što ova ovisnost zahvaća svakog člana obitelji neovisno o tome tko je u obitelji ovisan.

S obzirom na to da muškarci češće kockaju,



njihove žene i djeca zbog prevelikog stresa i obiteljskih problema također mogu patiti od depresije, nesanice, glavobolje, fizičkih smetnji itd. Stoga je potrebno kod liječenja u obzir uzeti cijelu obitelj.

Podučavanje različitim vještinama poput vještina komunikacije, asertivnosti, odbijanja, opuštanja, te suočavanja sa stresom uveliko može doprinijeti kockarima u oporavku. U tu svrhu se veoma često koriste dodatne tehnike kao što su: 1) igraće uloga kroz koje klijent može isprobati i posljedično uvježbati komunikacijske vještine i vještine asertivnosti, 2) zamišljanje koje omogućava uvježbavanje adekvatnijih mehanizama suočavanja, te samim time i promjenu ishoda određenih događaja, 3) postavljanje ciljeva, poput limita vezanog za utrošeni novac ili vrijeme kako bi se postigla kontrola nad kockanjem, 4) psihoedukacija kroz koju kockari mogu naučiti prepoznati simptome problemskog kockanja, te preventivno djelovati, 5) upravljanje impulsima (nagonima) za kockanjem i 6) self-monitoring koji omogućava održavanje kontrole nad kockanjem putem praćenja prethodno postavljenih ciljeva vezanih za utrošeni novac i vrijeme (Korn i Shaffer, 2004).

Da bi se uspostavila apstinencija, potrebna je iznimna motivacija, a da bi se održala apstinencija neophodno je vremenom kockaru pružiti uvid u ovisnost o igrama na sreću što se postiže kroz konfrontiranje kocara sa svim negativnim posljedicama koje su proizašle iz kockanja i koje kockar doživljava svakodnevno u svim aspektima njegovog života. „Što dublji uvid, to su veći izgledi za oporavak, a manji za recidiv bolesti“ (Torre, 2017, str 136).

Vrijeme liječenja najviše ovisi o osobi i njezinoj želji za promjenom. Najvažnije je za početak biti svjestan svog problema i izbjegavati mesta gdje se ovisnost može pogoršati. Isto tako, važno je vjerovati u sebe i misliti pozitivno kako bi se mogli ostvariti ciljevi i riješiti problem s kojim se osoba bori.

Specijalizirani i strukturirani programi mogu pomoći

svima ako je osoba spremna surađivati. Iskustva drugih ljudi svjedoče da je moguće potpuno se izlječiti, ali pristup je svima individualan i ovisi o okolnostima.

### Zaključak

Ovisnost o kocki je sve više prisutna u našem društvu, stoga je važno podizati svijest o značenju ovog problema ponajviše adolescentima koji su rizična skupina za nastanak ove ovisnosti. Primarni cilj pomoći ovisnicima o kocki je omogućiti što dulju apstinenciju. Tome će pomoći izbjegavanje mesta koja bi mogla pogoršati ovisnost, ali s vremenom i suočavanje s njima kada je već postignut određeni stupanj samokontrole i svjesnosti. Djeca i adolescenti provode veći dio svog života s roditeljima i ponašanje roditelja, koji djeci služe kao model, ima snažan utjecaj na njihovo buduće ponašanje. Stoga, kockanje roditelja i članova obitelji utječe na kockanje mladih.

Kod ovisnika o kockanju pozitivne strane kockanja godinama nadvladavaju negativne, te je sukladno tome kvaliteta života u trenutku priznanja kockanja kao problema ozbiljno narušena. Patološki kockari uvijek očekuju dobitak, te ne prihvataju sistem prema kojem je dobitak iznimka a gubitak pravilo, smatrajući da oni igru poznaju više i bolje od drugih.

### Literatura:

1. Ovisnost o kockanj; dostupno na: <https://www.plivazdravlje.hr/aktualno/clanak/23776/Ovisnost-o-kockanju.html>
2. Kocka i mladi; dostupno na: [https://mup.gov.hr/UserDocsImages/Publikacije/Kocka\\_i\\_mladi.pdf](https://mup.gov.hr/UserDocsImages/Publikacije/Kocka_i_mladi.pdf)
3. Ovisnost o kocki- Kako prestati?; dostupno na: [https://www.krenizdravo.hr/zdravlje/mentalno\\_zdravlje/ovisnost-o-kocki-kako-prestati](https://www.krenizdravo.hr/zdravlje/mentalno_zdravlje/ovisnost-o-kocki-kako-prestati)
4. Kockanje među adolescentima; dostupno na: <https://repozitorij.ffos.hr/islandora/object/ffos%3A1163/dastream/PDF/view>
5. Ovisnost o igrama na sreću; dostupno na: [http://ff.unsa.ba/files/zavDipl/18\\_19/psi/Tea-Martinovic.pdf](http://ff.unsa.ba/files/zavDipl/18_19/psi/Tea-Martinovic.pdf)

## PRAVNI ASPEKT NASILNIČKOG PONAŠANJA I PROGRAM PROVOĐENJA MJERA OBAVEZNOG LIJEČENJA OD OVISNOSTI U ZAVODU

### Uvod

Nasilje u porodici je složena i vrlo rasprostranjena pojava u svim zemljama svijeta. Predstavlja ozbiljan društveni, psihološki, psihijatrijski i pravni problem, ali i najučestaliji oblik kršenja osnovnih ljudskih prava. Međunarodni standardi za zaštitu ljudskih prava nameću pozitivnu obavezu država da osiguraju zaštitu i pomoći žrtvama nasilja.<sup>1</sup> Posljedice nasilja ugrožavaju zdravlje i život pojedinaca, reproduktivnu i ekonomsku moć zajednice. U ulozi počinitelja nasilja u porodici često se nalaze i ovisnici o alkoholu ili opojnim drogama. Sudovi takvim počiniteljima nasilja često izriču sigurnosnu ili zaštitnu mjeru obavezognog liječenja od ovisnosti u Javnoj zdravstvenoj ustanovi Zavod za bolesti Zeničko-dobojskog kantona (u daljem tekstu: Zavod). U ovom radu ćemo analizirati pravni aspekt nasilničkog ponašanja, prikazati broj počinitelja nasilja u porodici (pacijenata) - ovisnika o alkoholu, opojnim drogama ili drugim psihoaktivnim supstancama upućenih na provođenje mjera obavezognog liječenja od ovisnosti u Zavodu u periodu od 2009. godine do 2019. godine i ukazati na osnovne elemente programa provođenja ove mjere.

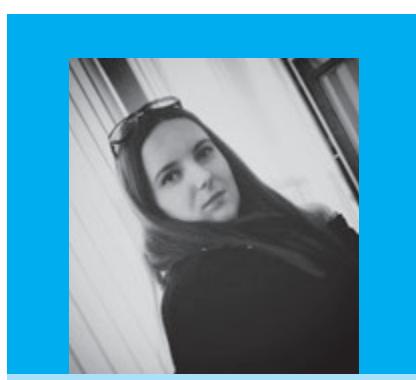
### Član 15.

Obavezno liječenje od ovisnosti (Zakon o zaštiti od nasilja u porodici FBiH)

- Zaštitnu mjeru obavezognog liječenja od ovisnosti nadležni sud izreći će nasilnoj osobi koja je nasilje učinila pod uticajem ovisnosti od alkohola, opojnih droga ili drugih psihoaktivnih supstanci, ako postoji opasnost da se radnje nasilja ponove.
- Mjera iz stava 1. ovog člana određuje se u trajanju koje ne može biti kraće od jednog mjeseca niti duže od dvije godine.
- Propis o načinu i mjestu provođenja mjere iz stava 1. ovog člana donosi federalni ministar zdravstva.

### Zakonske odredbe

Zakonske odredbe po kojima se izriču sigurnosne i zaštitne mjere obavezognog liječenja od ovisnosti sadržane su u Zakonu o prekršajima FBiH<sup>2</sup>, Zakonu o zaštiti od



Eldina Selimović-Džano, MA iur.  
dipl. socijalni pedagog

### Član 75.

Obavezno liječenje od ovisnosti (Krivični zakon FBiH)

- Sigurnosna mjera obavezognog liječenja od ovisnosti može se izreći učinitelju koji je krivično djelo učinio pod odlučujućim djelovanjem ovisnosti od alkohola ili opojnih droga ako postoji opasnost da će zbog te ovisnosti i ubuduće učiniti krivična djela.
- Sigurnosna mjera obavezognog liječenja od ovisnosti se, pod uvjetima iz stava 1. ovog člana, može izreći uz istu krivičnopravnu sankciju, u istom trajanju i na isti način kako je ovim zakonom propisano za sigurnosnu mjeru obavezognog psihiatrickog liječenja.
- Kao u slučaju iz člana 44. (Rad za opće dobro na slobodi) stav 5. ovog zakona, izvršenje kazne zatvora može se odrediti učinitelju krivičnog djela koji se tokom izvršavanja rada za opće dobro na slobodi kao zamjeni za kaznu zatvora ne podvrgne obaveznom liječenju od ovisnosti.
- Pod uvjetima iz člana 74. (Obavezno psihijatrijsko liječenje) stav 2. ovog zakona, obavezno liječenje od ovisnosti se može nastaviti izvan medicinske ustanove nakon što je osuđeni uvjetno otpušten. Ako osuđeni ne nastavi liječenje, uvjetni otpust će se opozvati.
- Prema učinitelju krivičnog djela koji se ne podvrgne liječenju od ovisnosti tokom vremena provjeravanja određenog u uvjetnoj osudi, može se postupiti prema odredbi člana 65. (Opoziv uvjetne osude zbog neispunjerenja izrečenih obaveza) ovog zakona.

nasilja u porodici FBiH<sup>3</sup> i Krivičnom zakonu FBiH<sup>4</sup>. Zakon o prekršajima FBiH i Zakon o zaštiti od nasilja u porodici FBiH (v. uokvireni tekst 1.) predviđa zaštitnu mjeru obavezognog liječenja od ovisnosti. Zakon o zaštiti

1 Preporuka broj 5 (2002.) Komiteta ministara Vijeća Evrope državama članicama o zaštiti žena od nasilja; Preporuka br. 19 Komiteta UN-a za eliminiranje diskriminacije žena, od 29. januara 1992. godine.

2 Zakon o prekršajima ("Sl. novine FBiH", broj: 63/14).

3 Zakon o zaštiti nasilja u porodici FBiH ("Sl. novine FBiH", br. 20/2013).

4 Krivični zakon FBiH ("Sl. novine FBiH", br. 36/2003, 21/2004 - ispr., 69/2004, 18/2005, 42/2010, 42/2011, 59/2014, 76/2014, 46/2016 i 75/2017).

Tabela br. 1. Prikaz broja izrečenih mjera obaveznog liječenja od ovisnosti u periodu od 2009.-2019. god.

Nadležni sud/ godina	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Ukupno
Zenica	2	0	8	7	6	0	1	1	1	1	1	28
Visoko	0	1	0	1	1	0	1	0	0	2	0	6
Maglaj	0	0	0	0	1	0	0	3	0	2	1	7
Zavidovići	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	2
Bugojno	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2
Goražde	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Kakanj	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	3
Breza	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
<b>Ukupno</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>50</b>

ti od nasilja u porodici, članom 15. propisuje zaštitnu mjeru obaveznog liječenja od ovisnosti na način da tu zaštitnu mjeru nadležni sud izriče osobi koja je nasilje učinila pod utjecajem ovisnosti o alkoholu, opojnim drogama ili drugim psihoaktivnim supstancama, ako postoji opasnost da se radnje nasilja ponovi.

Mjera se određuje u trajanju koje ne može biti kraće od jednog mjeseca niti duže od dvije godine.

Također, na snazi je Pravilnik o načinu i mjestu provođenja zaštitne mjere obaveznog liječenja od ovisnosti počinjoca nasilja u porodici u FBiH<sup>5</sup>. U skladu sa članom 3. Pravilnika, zaštitna mjera provodi se u zavodima za liječenje bolesti ovisnosti, centrima za mentalno zdravlje u zajednici i/ili terapijskim zajednicama/komunama. Ukoliko zdravstveno stanje počinitelja nasilja u porodici iziskuje hospitalizaciju, zaštitna mjera se provodi u stacionarnoj zdravstvenoj ustanovi, koja ima uslove za provođenje liječenja ovisnosti, osnovanoj na nivou kantona, gdje počinilac nasilja u porodici ima prebivalište, odnosno boravište. Ukoliko ne postoji stacionarna zdravstvena ustanova na nivou kantona gdje počinitelj nasilja u porodici ima prebivalište, odnosno boravište, zaštitna mjera se provodi u kantonu koji je najbliži prebivalištu, odnosno boravištu počinitelja nasilja u porodici. Troškovi izvršenja zaštitne mjere padaju na teret suda koji je zaštitnu mjeru izrekao.

Svrha sigurnosnih mjera koje propisuje Krivični zakon FBiH je „otklanjanje stanja ili uvjeta koji mogu uticati da učinitelj ubuduće učini krivična djela (čl. 72. KZ FBiH). Zakon propisuje niz sigurnosnih mjera, a dvije imaju psihijatrijsku konotaciju. To su sigurnosne mjere obaveznog psihijatrijskog liječenja i obaveznog liječenja od ovisnosti. Ove su sigurnosne mjere propisane članovima 74. i 75. važećeg krivičnog zakonodavstva Federacije BiH (v. uokvireni tekst 2).

#### Analiza broja pacijenata- počinitelja nasilja u porodici upućenih na provođenje mjera obaveznog liječenja od ovisnosti u Zavodu

Prvo rješenje kojim je izrečena mjera obaveznog liječenja od ovisnosti u Zavodu zaprimljeno je u julu 2009. godine. Sve do 2013. godine u Zavod se javljao vrlo mali broj onih počinitelja nasilja u porodici (u daljem tekstu: pacijenata) kojima je bila izrečena sigurnosna ili zaštitna mjeru obaveznog liječenje od ovisnosti. Godine 2013. donošenjem novog zakona o zaštiti nasilja u porodici na području FBiH počeo je da se poveća broja pacijenata kojima je izricana zaštitna mjeru obaveznog liječenja od ovisnosti u Zavodu.

U tabelarnom prikazu 1. predstavljeni su podaci o broju pacijenata upućenih u Zavod na provođenje sigurnosne ili zaštitne mjeru obaveznog liječenja od ovisnosti u periodu od 2009.-2019. godine. Grafikon 1. prikazuje tendenciju stagniranja broja izrečenih sigurnosnih ili zaštitnih mjeru obaveznog liječenja od ovisnosti u posljednje četiri godine od strane sudova.

Kao što je vidljivo u tabelarnom prikazu 1., u Zavodu je u periodu od 2009.-2019. godine bilo ukupno 50 pacijenata na liječenju, a kojima su sudovi izrekli sigurnosnu ili zaštitnu mjeru obaveznog liječenja od ovisnosti. Također, evidentno je da najveći broj pacijenata koji su sudovi poslali na liječenje radi provođenja sigurnosne ili zaštitne mjeru obaveznog liječenje od ovisnosti bilo u 2013. godini, i to ukupno devet (9). Najmanji broj pacijenata upućenih radi provođenja ove mjeru bilo je u 2010. godini, 2014. i 2017. godini, po jedan pacijent. Također, iz tabele je vidljivo da je najveći broj rješenja/presuda o izricanju mjeru obaveznog liječenja od ovisnosti u perio-



5 Pravilnik o načinu i mjestu provođenja zaštitne mjere obaveznog liječenja od ovisnosti počinjoca nasilja u porodici („Sl. novine FBiH“, broj 99/15).

du od 2009. do 2019. godine izdao Općinski sud u Zenici (ukupno 28), a slijedi Općinski sud u Maglaju (ukupno 7) i Općinski sud u Visokom (ukupno 6).

Značajno je pomenuti i broj pacijenata koji se nisu javili na izvršenje sigurnosne ili zaštitne mjere obaveznog liječenja od ovisnosti (tabela 2). U periodu od 2009. godine do 2019. godine ukupno osam (8) pacijenata nije pristupilo liječenju. Najveći broj pacijenata koji nisu pristupili liječenju u Zavodu bilo je u 2012. godini (ukupno 4), u 2011. godini (2 pacijenta) i u 2013. godini od najvećeg broja pacijenata koji su pistupili liječenju (ukupno 9), samo jedan pacijent nije pristupio liječenju.

Tabela 2. Prikaz broja pacijenata koji su pristupili/nisu pristupili liječenju u periodu od 2009.-2019. godine

Godina	Ukupno	Pristupili liječenju	Nisu pristupili liječenju
2009.	2	2	/
2010.	1	1	/
2011.	8	6	2
2012.	8	4	4
2013.	9	8	1
2014.	1	1	/
2015.	5	5	/
2016.	5	5	/
2017.	1	1	/
2018.	6	5	1
2019.	4	4	/
<b>UKUPNO</b>	<b>50</b>	<b>42</b>	<b>8</b>

Program provođenja sigurnosne i zaštitne mjere obaveznog liječenja od ovisnosti u Zavodu

Za pacijente kojima je izrečena zaštitna mjera obaveznog liječenja od ovisnosti od 2009. godine primjenjuje se poseban individualni program liječenja. Svaki upućeni pacijent (od strane suda) javlja se u ambulantu Zavoda. Nakon što medicinski tehničar/sestra uzme osnovne podatke i kopije dokumentacije (nalazi i otpusna pisma vezana uz dosadašnje liječenje, sudsko rješenje – presudu kojom je izrečena zaštitna ili sigurnosna mjera), pacijent obavlja razgovor sa neuropsihijatrom koji procjenjuje psihičko stanje pacijenta i donosi odluku o planu liječenja. Ako je psihičko stanje upućenog u tom momentu takvo da mu je potrebna hospitalizacija (prijetnja apstinencijskom križom, nemogućnost uspostave apstinencije i sl.) pacijent

se upućuje na Odjeljenje za stacionarni tretman Zavoda. U skladu sa aktualnim psihičkim stanjem pacijenta primjenjuju se metode koje su u toj fazi najprimjerenije i one koje su pokazale najbolje rezultate. U početnoj fazi akcenat je na biološkim metodama liječenja, a u kasnijim fazama primat preuzimaju socioterapijske i psihoterapijske metode. Program sa sudskim pacijentima, uz neuropsihijatra provode psiholozi, socijalni pedagozi, socijalni radnici, okupacioni terapeuti i medicinski tehničari/sestre. Trenutno je u program uključeno četiri pacijenta i nalaze se u različitim fazama liječenja. Tokom trajanja obaveznog liječenja, pacijenti ne konzumiraju alkohol, opojne droge ili druge psihotaktivne supstance. Prestaje nasilje u porodici i uspostavlja se bolja socijalna funkcionalnost pacijenta.

### ZAKLJUČAK

Svi pedeset mjera obaveznog liječenja od ovisnosti u Zavodu u periodu od 2009.-2019. godine izrečene su isključivo počiniteljima nasilja u porodici, ovisnicima o alkoholu, opojnim drogama ili drugim psihotaktivnim supstancama. Ovi predstavljeni podaci ilustruju problem nasilja u porodici i ukazuju na potrebu sistemskog pristupa liječenju počinitelja nasilja u porodici kojima je izrečena zaštitna mjera obaveznog liječenja od ovisnosti u svrhu prevencije nasilničkog ponašanja. Nakon završenog obaveznog liječenja za većinu pacijenata predlaže se nastavak liječenja ili produženje mjere obaveznog liječenja. Međutim, često nema odgovora od strane suda na predloženi produžetak mjere obaveznog liječenja, dok većina pacijenata dobrovoljno nastavlja svoje liječenje.

### Literatura:

- Krivični zakon FBiH (“Sl. novine FBiH”, br. 36/2003, 21/2004 - ispr., 69/2004, 18/2005, 42/2010, 42/2011, 59/2014, 76/2014, 46/2016 i 75/2017).
- Pravilnik o načinu i mjestu provođenja zaštitne mjere obaveznog liječenja od ovisnosti počinjoca nasilja u porodici („Sl. novine FBiH“, broj 99/15).
- Preporuka broj 5 (2002.) Komiteta ministara Vijeća Evrope državama članicama o zaštiti žena od nasilja;
- Preporuka br. 19 Komiteta UN-a za eliminiranje diskriminacije žena, od 29. januara 1992. godine.
- Zakon o prekršajima (“Sl. novine FBiH”, broj: 63/14).
- Zakon o zaštiti nasilja u porodici FBiH (“Sl. novine FBiH”, br. 20/2013).

# UPOTREBA NE-HEMIJSKIH SUPSTANCI MEĐU UČENICIMA DRUGIH RAZREDA SREDNJIH ŠKOLA ZENIČKO-DOBOJSKOG KANTONA?

## Cilj istraživanja

Utvrđiti koliko mlađih eksperimentiše sa ne-hemijskim ovisnostima.

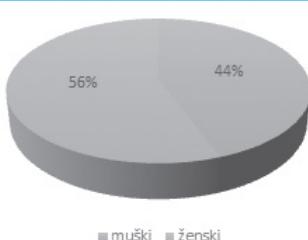
## Metodološki okvir istraživanja

### Instrumenti

U istraživanju je korišten upitnik nastao kombinacijom pitanja iz nekoliko istraživanja i koji je označen kao Upitnik sh-sve. Upitnik je kreirao mr.sc. Sedin Habibović. Sastoji se od 31 pitanja i obuhvata nekoliko područja važnih za praćenje ovisnosti.

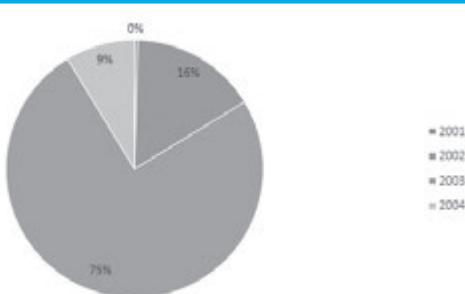
### Uzorak

U uzorak su uključeni učenici iz svih općina/grada Zeničko-dobojskog kantona. Uzorak broji 1040 učenika drugih razreda. U slijedećim školama je izvršeno uzorkovanje (18 škola): MSŠ Stjepan Radić, Usora (66), Tehnička škola Zenica (98), MSŠ Zenica (124), Ekonomski škola Zenica (89), Tehnička škola Kakanj (23), MSŠ Kakanj (41), SMS Visoko (44), Gimnazija Mgalaj (27), MSŠ Zavidovići (74), MSŠ Žepče (45), Gimnazija Vareš (7), MSŠ Zenica (20), Gimnazija Kakanj (72), Medicinska škola Zenica (126), Gimnazija Breza (32), Gimnazija Visoko (64), MSŠ Olovo (49) i Gimnazija Zenica (39). U odnosu na spol u uzorku je više ženskih ispitanika (55,6%). Uzorak je prikupljen 2019./2020.godine.



Grafikon 1. Spol

Prema godištu slijedeća je struktura uzorka:



Grafikon 2. Godište ispitanika



**Mr.sc. Sedin Habibović**  
dipl. psiholog i psihoterapeut



**Dr.sc. Meliha Brdarević-Šikić**  
psiholog



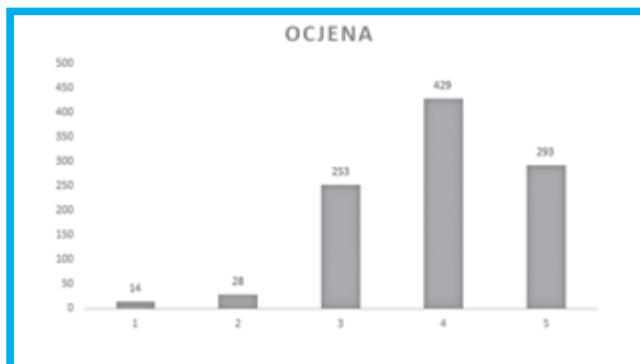
**Merima Alić**  
pedagog-psiholog

I u odnosu na mjesto stanovanja prisutan je neujednačen uzorak te je 621 (61,1%) učenik sa sela.



Grafikon 3. mjesto stanovanja

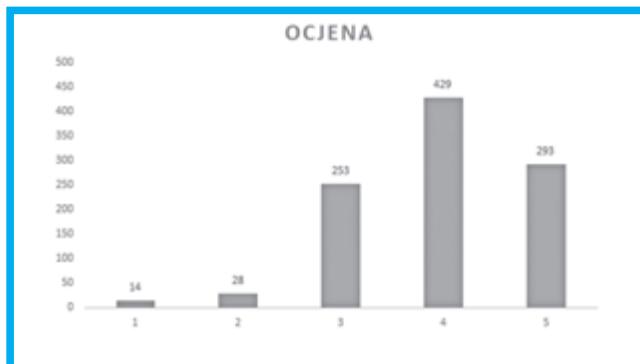
Također, interesovanje je usmjerena i ka ocjeni na polugodištu te je dobivena slijedeća struktura uzorka:



Grafikon 4. Ocjena na polugodištu

Učenike smo pitali i o porodičnom statusu te je 93% učenika izjavilo da im roditelji žive zajedno (50 učenika nije dalo odgovor na ovo pitanje).

Naredni grafikon pokazuje i obrazovnu strukturu oca i majke:



Iz tabele uočavamo da su očevi u ovom uzorku nešto višeg nivoa obrazovanja.

### Upotreba interneta

Očekivano je dobiven visok procenat upotrebe interneta: 99,7%

Samо vrijeme provedeno na nekom uređaju (računar, mobitel, plejstešen i slično) je prikazano na slijedećem grafikone:

Najveći procenat je pet sati i više (37,8%). Četiri sata

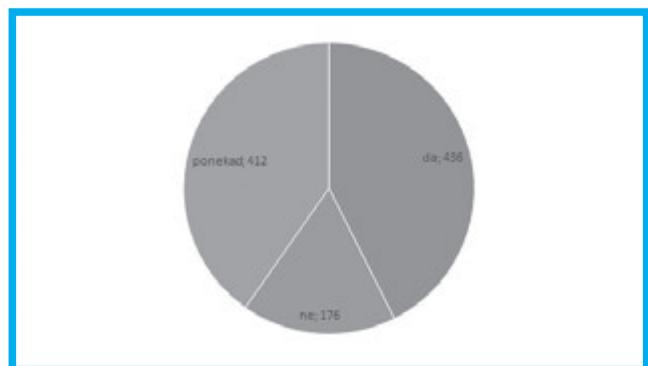


provodi 20,1%, tri sata 23%, dva sata 13,7% dok tek 5,3% učenika provodi jedan sat vremena. Vrijeme provedeno za nekim uređajem očito je značajno.

Kada su na uređajima velik je procenat učenka koji igraju igrice, odnosno 42,5% učenika. Ponekad to čini 40,2% učenika dok 17,2% učenika ne igra igrice.

### Vrijeme provedeno u igranju igrica

Većina učenika proveđe do dva sata u igranju igrica: do jednog sata 61,1% a do dva sata 16,8%. do tri sata igra 8,7%, do 4 sata 4,3% te pet sati i više 9,1%.



### Uzrast početka igranja igrica

Značajniji procenti se javljaju od pете godine života: 9,2%. U šestoj godini je počelo igrati 12,2% učenika, u sedmoj 12%, u osmoj 11,6%, u devetoj 8,3% a u desetoj godini 20,9%. Procenti u drugim uzrastima su manji.

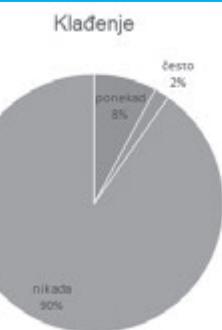


### Klađenje

U posmatranom uzorku 90,3% učenika negira igranje igara na sreću. Ponekad igra 7,8% (80 učenika) i često 1,9% (19).

Godine u kojima počinju da kockaju su: 10. (11,1%), 11 (6,1%), 12 (11,1%), 13 (11,1%), 14 (16,2%), 15 (18,2%) i 16 (12,1%).

Kada procjenjuju svoje vršnjake (prijatelje) u 31,9% tvrde da nemaju prijatelja koji igra igre na sreću, a poneki prijatelj je u 57,5% slučajeva. Kao odgovor većina prijatelja igra daje 99 učenika (9,7%) dok zaokružuju da su im svi prijatelji u igram na sreću 9 učenika (0,9%).



Iznos koji su najviše dobili s kreće od 1 do par hiljada maraka, ali je najveći broj odgovora vezan za iznos od 100 do 200 KM.

Posmtrana je i veza sa roditeljima a učenici u 183 slučaju potvrđuju da su im roditelji dobili neki iznos u igrama na sreću (18,3%). Vlastiti materijalni porodični status učenici opisuju na slijedeći način: dobar 75,7%, srednji 23,4% i loš 0,9%.

U 43 slučaja učenici tvrde da roditelji obično ne znaju gdje su kada izlaze (4,2%), dok 13,6% ponekad kaže roditeljima gdje su (141) a 82,2% učenika tvrdi da roditelji uvijek znaju gdje su.

Većina učenika je zadovoljna odnosom sa majkom (91,1%), 6,8% niti jest niti nije, dok 2% nije zadovoljno odnosom sa majkom. Odnos sa ocem je donekle lošiji: 5% nije zadovoljno, 10,5% i jest i nije a 84,5% je zadovoljno. Odnos sa prijateljima: 2,4% nije zadovoljno, 15,2% i jest i nije, a 82,3% je zadovoljno.,

Kada je u pitanju stav o odlasku u inostranstvo rezultati su slijedeći: 69,9% bi otislo ako bi imalo priliku, 20,2% ne zna trenutno, dok 9,9% učenika ne bi otislo u inostranstvo.

### Nargila

Podaci pokazuju da je skoro dvije trećine učenika pušlo nargilu, odnosno 61,3%. nije pušilo 38,3%. Učešće u vršnjačkoj grupi koja puši nargilu je prisutno kod 58,6% učenika, a povremeno su u takvom društvu 14,4%. tek 5% učenika ima prijatelje od kojih niti jedan ne puši nargilu. Kod 69,2% učenika većina puši, a kod 25,8% poneki puši nargilu.,

### Zaključak

Rezultati ukazuju na značaj kontinuiranog rada sa učenicima u primarnoj i sekundarnoj prevenciji bihevioralnih ovisnosti. JZU Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona je u tom pravcu formirao Odjeljenje za bihevioralne ovisnosti.

## ODBRAÑA DOKTORSKE DISERTACIJE

Dr.sci. Nermana Mujčinović, psiholog



U specifičnim uslovima pandemije, početkom septembra 2020. godine, naša kolegica Nermana Mujčinović, psiholog na Odjeljenju za stacionarni tretman - detoks, je na Filozofskom fakultetu Univerziteta u Banja Luci odbranila svoju doktorsku disertaciju iz naučne oblasti Psihologije, a naučnog polja Kliničke psihologije, pod nazivom Profili ličnosti, sklonost prema samohendikepiranju i percepcija socijalne podrške zavisnika o heroinu kao prediktori istrajnosti u liječenju. Mentorica za doktorsku disertaciju je bila uvažena prof. dr Nada Vaselić, redovni profesor Studijskog programa psihologije, Filozofskog fakulteta Univerziteta u Banjoj Luci. Predsjednica komisije je bila prof. dr Sanja Radetić Lovrić, a član komisije sa Filozofskog fakulteta Univerziteta u Sarajevu je bila prof.dr Jadranka Kolenović-Đapo.

Istraživanje za ovu doktorsku disertaciju je u potpunosti provedeno u Zavodu za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona, na uzorku od 227 pacijenata. Teorijski cilj istraživanja bio je uvidjeti postoje li određene specifičnosti u pogledu osobina ličnosti ovisnika o heroinu, te postoji li veza između osobina ličnosti, samohendikepiranja, socijalne podrške i motivacije za liječenje ovisnosti, a praktični cilj je bio omogućiti unapređenje motivacionog aspekta tretmana ovisnika o heroinu i određenje uloge socijalne podrške u procjeni ishoda tretmana.





JZU ZAVOD ZA BOLESTI OVISNOSTI  
ZENIČKO-DOBOSKOG KANTONA

# Kad porastem,

biću:



znaću šta ču,  
a šta neću.