

BILTEN

JZU Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona

GODINA 18. • BROJ 32. • DECEMBAR 2023.



2024



Sretna Nova godina



IZDAVAČ



JZU ZAVOD ZA BOLESTI OVISNOSTI
ZENIČKO-DOBOJSKOG KANTONA

AAA

Bonitet izvrsnosti



akaz
akreditacija

antidroga

telefon: 032/244-544

www.zedo-ovisnost.ba

SADRŽAJ

UVODNA RIJEČ	3
NEUROFIZIOLOGIJA BOLA; Čustović Amir	4
APSTINENCIJA NIJE DOVOLJNA; Igna Brajević-Gizdić	8
ULOGA ORGANA STARATELJSTVA; Telalović Mirnes	18
INTERAKCIJA FARMAKOLOGIJE I PSIHOTERAPIJE KOD BOLESTI OVISNOSTI; Kasper Samir	23
ZAJEDNIČKE KARAKTERISTIKE OVISNOSTI O ALKOHOLU I OVISNOSTI O HEROINU; Awad Hassan	26
UTICAJ PORODICE U PREVENCIJI OVISNOSTI; Brdarević-Šikić Meliha	30
OVISNIČKA PONAŠANJA SREDNJOŠKOLACA SKLONIH KOCKANJU; Mujčinović Nermana	34
SARADNJA ZAVODA ZA BOLESTI OVISNOSTI SA TERAPIJSKIM ZAJEDNICAMA U BiH; Selimović-Džano Eldina	39
ALKOHOLIZAM-UZROCI I POSLJEDICE; Šaćirović Lejla	43
ANALIZA KVALITETA ŠKOLSKOG ŽIVOTA KOD SREDNJOŠKOLACA; Babić Emina	47
ŠTETNE POSLJEDICE KONZUMIRANJA ENERGETSKIH PIĆA; Merima Alić	53
JZU Zavod za bolesti ovisnosti posjetili su predstavnici Centra za odvikavanje od ovisnosti "Marjanovac"	56
8. Kongres medicinskih sestara i tehničara Bosne i Hercegovine s međunarodnim učešćem	56
Još jedna uspješna životna priča i prekvalifikacija	56
Svjetski dan mentalnog zdravlja	57
Sarajevski simpozij za medicinske sestre-tehničare	57
Svjetski dan čišćenja obilježen na Odjeljenju za stacionarni tretman Zavoda za bolesti ovisnosti ZDK	57
"Bolje se družiti uživo"	58
Svjetski dan djeteta	58
Posjeta predstavnika Zavoda za javno zdravstvo FBiH	59
Okončan foto konkurs za pacijente na temu: "Grad bez ovisnosti"	59
Obilježavanje 18 godina rada Zavoda za bolesti ovisnosti ZDK	59

JZU Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona

Za izdavača: **Amir Čustović**; Urednik: **Meliha Brdarević-Šikić**

Uredništvo: **Mirnes Telalović, Nermana Mujčinović, Lejla Šaćirović**

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

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

Štampa: Format Zenica

UVODNA RIJEČ

Poštovani čitatelji ovog broja Biltena, Umjesto klasičnog predgovora svjesno ću ponuditi sljedeći osvrt: Protekla godina je godina u kojoj su se desili uznemiravajući događaji koji bi trebali skrenuti pozornost na razvijanje socijalne osjetljivosti, suosjećanja, empatije, poštovanja drugačijeg identiteta po bilo kom osnovu pripadanja drugačijem. Nasilje više nije iznenadni izo-



lirani tužni događaj već postaje dekor naše svakodnevnice. Nasilje dobiva nove forme i oblike a postaje izraz prolaska društva kroz takozvani tranzicijski period. Poseban vid agresiviteta tranzicija unosi u sistem zdravstva, koje bar po meni, predstavlja prelaz iz dostignutog nivoa socijalnog blagostanja predhodnog perioda, u stanje ekonomiziranog darvinizma, u kome je blagostanje rezervirano samo za bogate, odnosno najjače, što je oprečno etičkoj i socijalnoj dimenziji društva u koje težimo stići. Moralna kriza tranzicijskog perioda, odbacivanje tradicionalnih vrijednosti, kriza institucije braka i porodice, sve više djece i mladih čini nesretnim i izgubljenim. U adolescentnoj dobi skraćuje se, ubrzava ili ometa separacijski proces. U

disfunkcionalnim, bolesnim ili raspadnutim porodicama, ne samo da je taj proces poremećen, već u njima djeca teško mogu graditi samopoštovanje, sustav vrijednosti i viziju svoje buduće životne organizacije. Upotreba ili zloupotreba bilo koje hemijske poštapalice ili otklona u patološko ponašanje predstavlja poraz organizacije vlastitog života i prelaz iz perspektive u beznađe. Nemamo

iluziju da je sredstva ovisnosti moguće ukloniti, kao ni sklonost čovjeka da se zbog težnje za osjećajem zadovoljstva izlaže ozbiljnim rizicima kako legalnih tako i ilegalnih hemijskih supstanci. Zavod i naši profesionalci su uvjereni da je ipak isplativo kreirati i organizirati provođenje niza specifičnih mjera kojima se može uticati na smanjenje ukupne potrošnje kako legalnih tako i ilegalnih droga, a time i pojavu i težinu svih posljedica koje njihova uporaba izaziva. Borba protiv nasilja je utkana i u borbu protiv ovisnosti, a naš Zavod je prakticira na razne načine, jedan od njih je svakako i ovaj, informativni, edukativni, istraživački, jednostavno obrazovni.

Direktor: Čustović dr. Amir

NEUROFIZIOLOGIJA BOLA

Prim.mr.med.sci **Čustović dr. Amir**, spec. neuropsihijatar
 JZU Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona

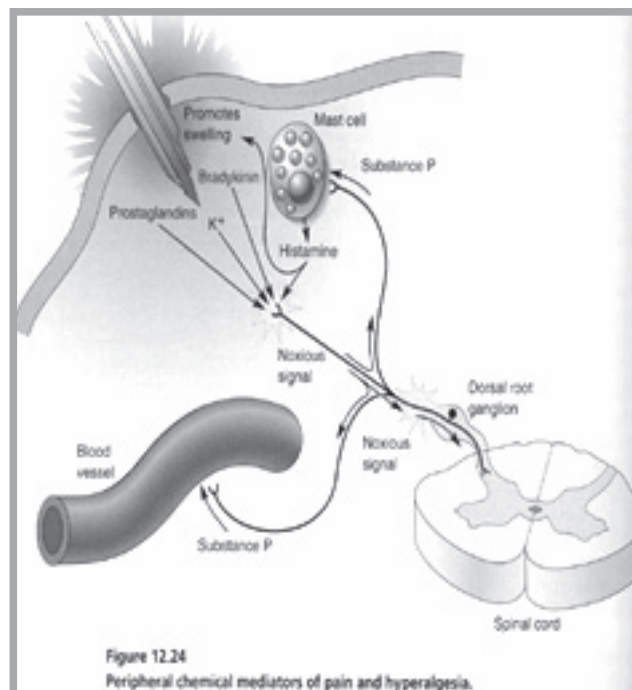
UVOD

Bol je sastavni dio svakodnevnog života i svakodnevna pojava, doživljaj negativnog iskustva, pri čemu se kao poseban doživljaj nadgrađuju emocije. To je fizičko i emocionalno iskustvo, te veliki zdravstveni problem, koji narušava kvalitet života. Bol je složeni osjećaj koji uključuje percipitivno-kognitivnu, motivacionu i ponašajnu komponentu a nastaje djelovanjem intenzivnog podražaja ili oštećenja tkiva u organizmu. Doživljeni intezitet boli rezultat je složene interakcije neurofizioloških, psiholoških, sociokulturoloških faktora i trenutnog emocionalnog stanja. Time bolo obično rezultira različitim oblicima ponašanja, čiji je cilj prekidanja bolnog (nociceptivnog) podražaja, udaljanja od druge vrste etiološkog činioca, odnosno umanjnja ili uklanjanja osjeta bola. Iako je bol uvijek psihološko stanje, vrlo neugodno osjetno i emocionalno iskustvo, neophodno je razlikovanje psihološke boli od boli koja je vezana za konkretan nociceptivni podražaj koji u sebi, u percepciji sadrži somatsku i psihološku komponentu. Iz toga proizilazi i osnovna podjela boli na psihološku bol i isomatsku bol. Jedna i druga po temporalnosti mogu biti akutna i hronična. Različit je patofiziološki ili bolje rečeno neurofiziološki mehanizam nastanka a tako i način kako dati terapijski odgovor na nastalu bol. Akutna bol je uglavnom povezana s anksioznošću i hiperaktivnošću simpatičkog živčanog sustava (npr. tahikardija, ubrzano disanje, proširene zjenice). Kronična bol ne uključuje hiperaktivnost simpatikusa ali uz nju se javljaju vegetativni simptomi poput umora, gubitka libida, gubitka apetita i depresivnog raspoloženja. Sama percepcija boli kod ljudi se jako razlikuje.

TEORIJSKI OKVIR

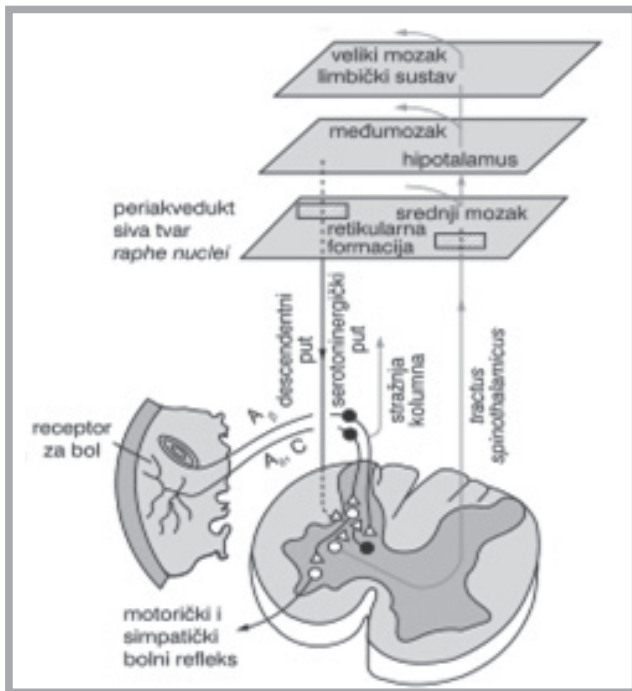
Bol (lat. dolor,) spada u osjete koji u mozak direktno donose informacije o stanju organizma i njegovom odnosu s okolinom, kao i obavijesti o stanju unutar organizma. Prema definiciji Međunarodnog udruženja za proučavanje boli, “bol je neugodan osjetni i

osjećajni doživljaj povezan sa stvarnim ili potencijalnim oštećenjem tkiva”. Za opis pojedinih bolnih osjeta koriste se ovi pojmovi: normalgezija – normalna osjetljivost na bol, hiperalgezija – pojačana osjetljivost na bol, hipalgezija – smanjena osjetljivost na bol, analgezija – potpuna neosjetljivost na bol, senzibilizacija – smanjenje receptorskog praga za bol. Doživljaj boli kao osjetne senzacije ostvaruje se tačno određenim načinom bobude receptora za bol, te putevima koji tu pobudu ili draž prenose od mjesta pobude, odnosno receptora do kičmene moždine, a dalje nervnim putevima do mjesta za njenu percepciju i apercepciju, za koju je odgovorna regija u mozgu. Šematski prikaz dijela puta dat je na sljedećim slikama (slik 1. i slika 2.)



Slika 1.

Osjet boli mogu pobuditi dva osnovna mehanizma, pa razlikujemo dvije temeljne patogenetske vrste boli. To su nociceptorska bol, koja nastaje pobuđivanjem nociceptora, perifernih receptora za bol, te neuropatska bol koju pobuđuju poremećaji živčanog sistema u sistemu



Slika 2.

provođenja i recepcije bolnog podražaja. Na osnovu ove etiološke podjele razlikuju se sljedeće vrste boli **Nociceptorska bol** – pobuđena podražajem nociceptora. **Neuropatska bol** – nastala aktiviranjem impulsa oštećenjem ili hiperaktivnošću perifernog ili centralnog neurona u sprovodnom sistemu do percepcijskog mjesta umozgu, gdje se bol registruje ili emotivnih centara u mzgu koji određuju tonalitet dopjelog impulse za bol. Tako se razlikuje neuropatska bol kroz nekoliko modaliteta: deaferencijacijska -prekid perifernih ili centralnih nociceptivnih vlakana sa spontanim podražajem nadređenih neurona, periferna oštećenja perifernih neurona s emfatičkim provođenjem podražaja s motornih ili osjetnih vlakana na nociceptivno vlakno, podržavana simpatičkom aktivnosti ishemija efaptičko provođenje sa simpatičkih na nociceptivna vlakana, odnosno premještanje uloge adrenergičnih receptora na nociceptivna vlakna

Projektovana bol- Osećaj bola u delu tela koji ne odgovara mestu uzroka bola, nastaje zbog sinaptičkih veza između grana visceralnih vlakana za bol i neuro-n drugog reda koji primaju vlakna za bol iz kože.

Receptori za bol-nociceptori

Receptori za bol odgovaraju na jake podražaje koji mogu oštetiti tkiva tako da pobuđuju osjet boli. Građeni su kao nervni ili živčani završetci. Među noci-

ceptorima kože, gdje su najgušći i najbolje proučeni, razlikuju se dvije glavne vrste. To su mehanoreceptori s visokim pragom podražaja i polimodalni nociceptori. Mehanoreceptori s visokim pragom podražaja odgovaraju na jake mehaničke podražaje. Ti receptori su slobodni živčani završetci mijeliniziranih vlakana tipa A. Podražaj mehaničkih nociceptora osjećamo kao brzu, dobro lokaliziranu ubodnu bol.

Polimodalni nociceptori imaju nemijelinizirana C-vlakna te odgovaraju na jake mehaničke, posebno tlačne, toplotne i kemijske podražaje. Bol koju oni pobuđuju osjeća se kao tupa i neoštro lokalizirana. Osim tih glavnih vrsta nociceptora postoje i oblici s miješanim komponentama. Primjer, polimodalni nociceptori s mijeliniziranim aksonima prenose toplotne podražaje koji pobuđuju bola li i brzi odgovor. Za stvaranje bolnih signala postoji određeni receptorski prag. Kad je podražaj jači, u procese depolarizacije i repolarizacije uključuje se sve više živčanih završetaka, dakle i veći broj signala. Ta se pojava naziva prostornom sumacijom. S jakošću podražaja povećava se i brzina prenosa u pojedinim živčanim završecima, što se naziva vremenskom sumacijom. Te pojave sudjeluju u određivanju vrste i kvaliteta bolnih osjeta.

U mišićima nociceptorsku funkciju imaju slobodni završetci vlakna tipa A i C. Njihovo podraživanje rastezanjem, jakim kontrakcijom, kemijskim podražajima, ishemijom i drugim podražajima pobuđuje osjet boli. U unutrašnjim organima nisu nađeni posebni nociceptori. Stoga oštećenja parenhima organa poput jetre i pluća ne pobuđuju bol. Međutim, brojni jaki podražaji šupljih organa trbušne šupljine (želudac, crijevo, žučni putovi) kao što su dilatacija, spazam, ishemija ili upala izazivaju jaku bol. Ti se podražaji prenose aferentnim vlaknima koja prolaze kroz simpatičke ganglije odnosno simpatičko deblo i s rami communicantes ulaze u stražnje korjenove spinalnih nerava, gdje u spinalnim ganglijima imaju ćelijsko tijelo. Njihovi centralni ogranci tvore sinapse s neuronima spinotalamičkog puta. Na istim neuronima završavaju i nociceptivna vlakna somatosenzornih živaca, što omogućuje viscerosomatsku konvergenciju, pojavu da se isti neuron može aktivirati podražajima visceralnih i somatskih živaca. Stoga se visceralni bolni podražaji projiciraju, kao projektovana bol, u inervacijska područja odgovarajućih somatskih živaca.

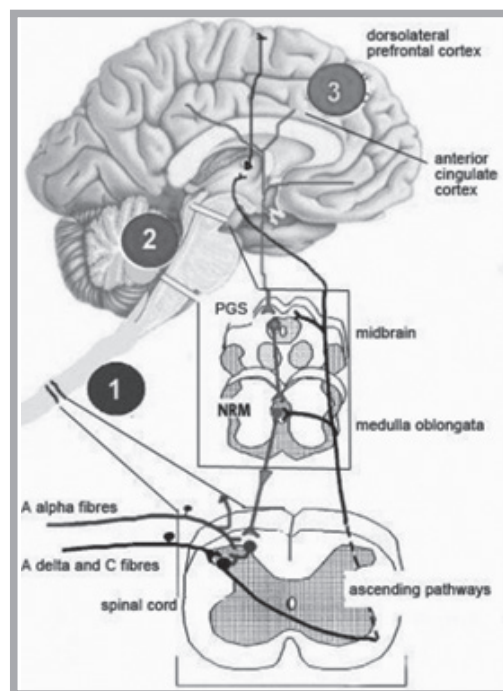
Bolne podražaje s parijetalnog peritoneuma, odnosno pleure prenose vlakna C koja se priključuju odgovarajućim somatosenzornim živcima i sa njima ulaze u kičmenu moždinu. Stoga se bol pobuđena podražajem s parijetalnih ovojnica osjeća na mjestu podražaja.

Putevi provođenja formiranog impulse od receptora do centara za registraciju boli

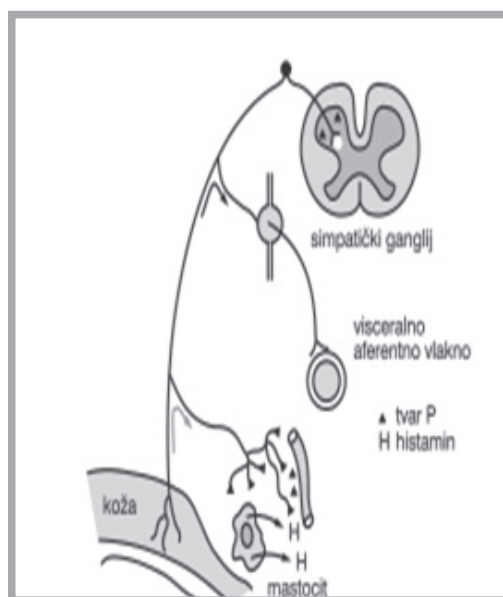
Informacije koje dolaze iz senzoričkih receptora s periferije se aferentnim spinalnim živcima dalje prenose u kičmenu moždinu, retikularnu tvar produžene moždine, pons, mezencefalon, do maloga mozga, talamusa i somestetičkog područja velikoga mozga. Prenos koji se obavlja vlaknima tipa A i C, kao i Delta-vlaknima podražaje manje jakost prenose brzinom od 10 do 40 m/s, a debela vlakna mogu provoditi podražaje brzinom između 70 i 120 m/s. Određena brzina potrebna je da bi se ugroženi dio organizma zaštitio od prevelikog oštećenja i povećanog intenziteta bolnog osjeta, obezbjeđuju refleksne zaštitne pokrete. Za sporije provođenje bolnih signala služe tanka nemijelinizirana C-vlakna koja signale prenose i do 20 puta sporije od mijeliniziranih. Ona čine 80% svih vlakana u živcu. Osjet boli iz unutrašnjih organa isključivo provode vlakna C-skupine.

Vlakna za bol ulaze u kičmenu moždinu putem spinalnih ganglija i stražnjih korjenova spinalnih nerava, a završavaju u sinapsama dorzalne sive tvari. Postsinaptička vlakna križaju se ispred središnjeg kanala kičmene moždine i tvore spinotalamički put, a potrebna su za brz i kratak osjet boli (epikritička bol). C-vlakna prolaze površinskim slojevima želatinozne tvari i lateralno dolaze u dodir s njezinim stanicama. Postsinaptička vlakna velikim se dijelom križaju i tvore uzlazne putove koji provode osjete boli i temperature. Ti putevi završavaju u talamusu (medijalni i lateralni sklopovi jezgara talamusa), retikularnoj tvari produžene moždine i srednjeg mozga te cervikalnim jezgrama. Talamokortikalne sveze koje odlaze iz lateralnih jezgara talamusa završavaju u somatosenzornoj kori tjemelog režnja. Opisani putevi su šematski prikazani na slici 3. i 4. (slika 3, slika 4.)

Široke komunikacije s različitim područjima, osim što pobuđuju osjet boli, povezuju nociceptorske informacije s različitim funkcijama. Preko veza s hipotalamusom i limbičkim sustavom bolni podražaji pokreću stresni odgovor, a veze s retikularnom tvari potiču budnost.



Slika 3.



Slika 4.

Nadzor osjeta boli

Na svim razinama sistema osjeta boli (receptorskoj, prijenosnoj i centralnoj) brojni mehanizmi modificiraju osjet boli bilo da ga pojačavaju ili potiskuju, što se može u terapijskom smislu iskoristiti. Promjene mikrookoliša nociceptora mogu povisiti ili sniziti prag osjeta boli. Pomenimo prostaglandine koji povećavaju osjetljivost nociceptora. Oštećenja tkiva i bol pobuđuju spinalne i simpatičke reflekse. Prvi povećavaju napetost mišića, a drugi izazivaju vazokonstrikciju i

ishemiju što u oba slučaja snižava prag nociceptora. Čini se da su mehanički nociceptori u bliskom dodiru s eferentnim simpatičkim vlaknima, tako da povećana simpatička aktivnost povećava osjetljivost nociceptora. Stoga, kad je simpatička aktivnost povećana, kao u stresu, blaži mehanički podražaji mogu se osjećati kao bol. Tvar P, peptid građen od 12 aminokiselina oslobađa se u stražnjim rogovima kičmene moždine gdje djeluje kao poticajni neurotransmitor aktivirajući nociceptivne spinoalamičke neurone. Osim toga središnjeg djelovanja tvar P ima i periferne učinke. Aksoni s nociceptora šalju periferne i centralne ogranke. Periferne odlaze prema obližnjim krvnim žilicama i mastocitima, a centralni putem (rammi communicantes) prema paravertebralnom simpatičkom lancu, simpatičkim ganglijima i visceralnim organima. Blago podraživanje nociceptora potiče samo ortodromno provođenje ka spinalnom gangliju, a kad su podražaji jači aktivira se i antidromno provođenje kroz ogranke na čijim se završecima oslobađa tvar P. Ona izaziva lokalnu vazodilataciju i oslobađanje histamina iz mastocita, a ako su aktivirani i centralni ogranci mogu se uz bol pojaviti i različiti poremećaji autonomnih i visceralnih funkcija. Neurotransmiteri koji centralno modificiraju bol preko receptora u centralnom nervnom sistemu, tipa Mi (μ), kapa (κ), delta (δ), OP_4 receptori, (skupina opijatskih receptora) mogu smnjiti ili potpuno blokirati prenos bola, što se koristi u terapijske svrhe, kao analgezija sa opijatnim analgeticima.

ZAKLJUČAK

Bol nas upozorava da se s našim tijelom događa nešto neobično, ona nas potiče na zaštitnički odnos prema ozlijeđenom ili bolesnom dijelu tijela i traženje pomoći. Bol je najčešći razlog dolaska ljekaru. Uključuje senzornu i emocionalnu komponentu, a uglavnom se dijeli na akutnu koja traje do mjesec dana i kronič-

nu bol koja traje duže od mjesec dana. Akutna bol je uglavnom povezana s anksioznošću i hiperaktivnošću simpatičkog živčanog sistema, a uz kroničnu bol se javljaju vegetativni simptomi poput umora, gubitka libida, gubitka apetita i depresivnog raspoloženja. Iako je bol neugodan doživljaj, njegova uloga je u funkciji odbrane i zaštite organizma. Prenos bolnog impulsa od mjesta njegovog nastanka do mjesta doživljaja bola naziva se bolni put. Poznavanje patofizioloških promjena i obrazaca na tom putu omogućuje nam primjenu metoda za sprječavanje širenja bolnog impulse, odnosno ublažavanja bola ili potpunu eliminaciju doživljaja bolne senzacije.

Literatura:

1. International association for the study of pain. Available at: <http://www.iasp-pain.org/Content/NavigationMenu/GeneralResourceLinks/PainDefinitions/default.htm> Accessed March 19th, 2012.
2. Havelka M, Despot Lučanin J. Psihologija boli. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 1991;15-61.
3. Guyton AC. Medicinska fiziologija. Beograd-Zagreb: Medicinska knjiga, 1998;671-86.
4. Melzack R. The Puzzle of Pain. New York: Basic Books, 1973;12-38.
5. Grbavac Ž. Neurologija, 2. izd. Zagreb: A. G. Matoš, 1997;116-44.
6. Barac B i sur. Neurologija. Zagreb: Školska knjiga, 1992;121-32.
7. Padovan I. Medicinska enciklopedija, 2. dop. sv. Zagreb: JLZ Miroslav Krleža, 1986;69-71.
8. Keros P, Božičević D, Stipić I, Kelović Z. Sustav provođenja boli. In: Okrugli stol o bolu. Zadar: Krka, 1982;10-9. 13. Kostović I, Judaš M. Temelji neuroznanosti. Zagreb: Medicinska naklada, 1997;7-21.

APSTINENCIJA NIJE DOVOLJNA

Dr.sc., dr. med., spec. psihijatrije, adiktolog **Igna Brajević-Gizdić**

Nastavni Zavod za javno zdravstvo Splitsko – dalmatinske županije; Služba za mentalno zdravlje

Sažetak

Ovisnost je kronična recidivirajuća bolest i s obzirom na statističke pokazatelje, predstavlja bolest današnjice. Ovisnost o psihoaktivnim tvarima ima svoju dinamiku u pojavnosti novih ilegalnih tvari, a sve je veća pozornost usmjerena na bihevioralne ovisnosti (kockanje, klađenje, internet, društvene mreže). Dosadašnji cilj liječenja i rehabilitacije bio je postizanje i održavanje apstinencije, no današnja istraživanja i iskustva iz prakse govore kako apstinencija nije dovoljna te se uspješnost liječenja mjeri potpunim oporavkom i funkcioniranjem osobe odnosno zadovoljstvom kvalitetom života koju pacijent postiže. Poznate su intervencije koje daju rezultat u liječenju i rehabilitaciji ovisnika te je potrebno utvrditi razinu kvalitete života koja je postignuta određenim strategijama. Prema upitniku Svjetske zdravstvene organizacije (WHOQOL-BREF) ocjenjujemo razinu kvalitete pojedinih domena života kao i ukupnu kvalitetu života. Domene koje su obuhvaćene, odnose se na psihičko, fizičko, socijalno područje i kvalitetu okruženja. Upravo kroz ta područja trebamo opservirati pacijenta i koristiti različite strategije odnosno intervencije kroz terapijsko - rehabilitacijski rad kako bi pacijent postigao zadovoljstvo kao pravi cilj oporavaka. Ovaj rad usmjeren je na važnost postizanja zadovoljstva života nakon uspostavljanja apstinencije čime se postiže samomotivacija u održavanju i stabilnosti stanja. Kroz tematski sadržaj ovog rada, pružene su nove spoznaje te je dat uvid uz preporuke za moguće intervencije u pojedinim domenama života tijekom terapijsko – rehabilitacijskog rada sa ovisnicima te važnost provođenja evaluacije kroz anketno istraživanje primjenom upitnika kvalitete života u svakodnevnoj praksi kao stvarnog pokazatelja uspješnosti.

Ključne riječi: apstinencija, ovisnost, terapijsko – rehabilitacijski rad, intervencije, kvaliteta života

Uvod

Ovisnost je definirana kao kronična recidivirajuća bolest (NIDA, 2012). Zlouporebe droga značajno je

porasla posljednjih godina, što predstavlja globalni problem s implikacijama na javno zdravlje, sigurnost i gospodarstvo (Sulej-Suchomska i sur., 2020; Cruz-Cruz sur., 2021; Asicioglu sur., 2021). Prema Svjetskom izvješću o drogama za 2022., 284 milijuna ljudi diljem svijeta, u dobi od 15 do 64 godine, koristilo je drogu u 2020., što predstavlja povećanje od 26% u odnosu na podatke iz 2010. (UNODC, 2023). Nadalje se procjenjuje kako je oko 3,5 milijuna Europljana 2022. godine konzumiralo kokain, a 1 milijun su visokorizični korisnici opioida (WHO, 2019). Europa je područje svijeta s najvećom stopom konzumacije alkohola, posebno u istočnoj Europi (Griswold i sur. 2018; WHO, 2019). Predviđa se kako će tijekom sljedećih nekoliko godina oko 1,2 milijuna ljudi proći kroz liječenje zbog uporabe ilegalnih supstanci u Europi (EMCDDA, 2018), te će se povećati opterećenje ne zdravstvene sustave, uzrokovan visokom učestalošću i često kroničnim posljedicama upotrebe supstanci. Dakle, konzumacija psihoaktivnih tvari je uobičajena u većini društava (Svjetska zdravstvena organizacija (WHO, 2019). S druge strane, bihevioralne ovisnosti su klasificirane prema Dijagnostičkom i statističkom priručniku za mentalne poremećaje, peto izdanje (APA, 2022) te kao poremećaji uzrokovani ovisničkim ponašanjem prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti 11. revizija (WHO, 2022) i rezultat su specifičnog ponašanja koje se nagrađuje i pojačava ponavljanjem (APA, 2022). Bihevioralne ovisnosti također bilježe porast. Tako se npr. poremećaji kockanja javljaju u otprilike 0,5% odraslih (Romanczuk-Seiferth i sur., 2019) i usporedivi su s poremećajima ovisnosti o drogama (Wareham i Potenza, 2010). Navodi se kako je došlo do porasta korištenja interneta i porasta poremećaja vezanih za ovisnost o online igricama kod djece i adolescenata (Putra i sur., 2023). Kada govorimo o ciljevima liječenja i rehabilitaciji, možemo reći, kako je postizanje apstinencije, odnosno kontrola ovisnosti temeljni cilj kod liječenja ovisnika no održavanje stanja apstinencije jest zahtjevan i cjeloživotni cilj u re-

habilitaciji ovisnika s obzirom da su recidivi sastavni dio kroniciteta bolesti ovisnosti. Recidiv predstavlja glavni problem u liječenju ovisnika (Maqbool i sur., 2019; Ara i sur., 2021). Navode se višestruki razlozi recidiva i odustajanja kod pojedinaca koji su u procesu liječenja od ovisnosti. Pojedina istraživanja upućuju na višestruke sociodemografske čimbenike (uglavnom dob, spol, razina obrazovanja i zaposlenje, društveni i građanski status) i klinički čimbenici, uglavnom značajke povezane s ovisnošću, paralelni poremećaji i značajke osobnosti (Mestre-Bach i Potenza, 2023). Sa perspektive postizanja stanja apstinencije i mogućost recidiva, cilj liječenje ovisnosti ima za široki cilj oporavak, koji se definira kao apstinencija uz poboljšanje kvalitete života. Međutim, područje ovisnosti je kasno ušlo u perspektivu kroničnih bolesti, a koncept kvalitete života u ovisnosti je relativno nerazvijen (Laudet, 2011). Kvaliteta života toliko je važna da se sadašnje stoljeće naziva stoljećem poboljšanja kvalitete života (ne samo preživljavanja) i zdravstvenog stanja (Conger i Moore 2002; Kamali i sur., 2008). Danas, kada govorimo o stoljeću kvalitete života gdje je fokus na kvaliteti življenja tada znamo da postizanje i održavanje apstinencije kod ovisnika nije ostvarenje cilja već put ka njemu. Postizanje više razine kvalitete života kroz terapijsko – rehabilitacijske programe, uključuje određene intevencijske postupke koje je svakako potrebno primjenjivati u radu sa ovisnicima kao i potrebu evaluacije kvalitete života ovisnika.

Teorijski osvrt

Liječenje i rehabilitacija ovisnika je vrlo kompleksna i zahtjevna. Sa socijalnog aspekta, istraživanja govore kako ovisnici često dolaze iz disfunkcionalnih obitelji, većina njih žive sa primarnom obitelji ili sami. Jedan dio njih je oženjen i ima djecu, no teško funkcioniraju u svojim partnerskim i roditeljskim ulogama. Često su to ovisnički partnerski odnosi sa zahtjevnom obiteljskom dinamikom. Ovisnici o drogama obuhvaćeni istraživanjima, u većem su postotku muškog spola, uglavnom neoženjeni, nezaposleni, koji žive sa primarnom obitelji u 2/3 slučajeva. Ovisno o uzorku i vrsti uzimanja psihoaktivne supstance, istraživanja se razlikuju. Kod većine ovisnika o drogama prijatelji i članovi obitelji su upoznati sa problematikom te nije bilo obiteljske povijesti upotrebe psihoaktivnih

supstanci ili mentalnih bolesti u obitelji (Rather i sur., 2013; Nkporbu i Stanley, 2023). S druge strane, poznato je da roditeljska uporaba droga ozbiljno utječe na djecu, što predstavlja veliku brigu za javno zdravlje (Dyba i sur., 2023). Istovremeno je ovisnost o drogama jedan od bitnih čimbenika razvoda braka (Hasanur., 2023). Kod biheviornalnih ovisnosti primjerice, neka istraživanja govore o značajnoj povezanost između ovisnosti o pametnim telefonima i bračnog odnosa u studentskoj populaciji (Shittu i Bolaji, 2023). Među Z generacijom, navodi se značajan utjecaj karakteristika obitelji kao cjeline, uključujući prihod kućanstva, ukupan broj djece u obitelji i posjedovanje prostora za igru oko kuće na ovisnost o digitalnim igrama (Ankara i Baykal, 2022). Neka istraživanja posebno sugeriraju kako bi adolescenti mogli zapeti u začaranom krugu disfunkcionalne obitelji i ovisnosti o korištenju interneta. Tako adolescenti koji žive u disfunkcionalnoj obitelji pokazuju povećan rizik od ovisnosti o internetu koja dodatno povećava disfunkciju obitelj (Wang i sur., 2023; Holdorovna i Temirpulatovich, 2023).

Ovisnost nije izolirani medicinski entitet. Sa psihofizičkog aspekta, poznato je kako je ovisnost povezana sa komorbiditetima i drugim rizičnim ponašanjima. Kod ovisnika je i česta uporaba više psihoaktivnih tvari (politoksikomanija) istovremeno. Tako je npr. stopa upotrebe kanabisa među pacijentima koji primaju terapiju održavanja metadonom značajno veća od one u općoj populaciji (Zielinski i sur., 2017, Zielinski i sur., 2016, Timko i sur., 2016), a zamjećuje se i povećana uporaba amfetamina među primljenima na liječenje heroinom (Jones i sur., 2020). Nije se pronašao konsenzus među studijama da je uporaba kanabisa povezana sa smanjenom upotrebom opioida ili duljim zadržavanjem liječenja kod pacijenata na terapiji održavanja metadonom odnosno kod pacijenata s poremećajem upotrebe opioida (McBrien i sur., 2019). Neka istraživanja navode kako je heroinska ovisnost povezana s uporabom više vrsta droga, razinom obrazovanja i infektivnim bolestima. Opće zdravstveno stanje je loše. Kvaliteta života je loša (Puigdollers i sur., 2004). S obzirom da su većina ovisnika politoksikomani, postizanje apstinencije zahtjeva ne samo prestanak uzimanja jedne psihoaktivne tvari već prestanak uzimanja svih PAT, odnosno potpunu apstinenciju, što je za ovisnike veliki korak. U praksi se doga-

da postizanje apstinencije od jedne tvari istovremeno pojačana zloropaba drugih tvari (npr. Kod heroinskih ovisnika zloropaba kanabinoida i alkohola). Tako rezultati istraživanja temeljeni na samoizvještajima i biološkim dokazima, ukazuju kako je 72% bilo klasificirano kao neoporavljeni jer je njih 57% koristilo je opioide, uporaba kokaina se povisila je na 67%, dodatak dnevne upotrebe alkohola povećala se na 69%, uz uključivanje ilegalnog aktivnosti ili uhićenja (Flynn i sur., 2003).

Kada govorimo o komorbiditetima ovisnosti, navodi se kako je kod istovremene pojave poremećaja ovisnosti o alkoholu i poremećaja kockanja značajan širok rasponom komorbidnih psihijatrijskih poremećaja i uporabe tvari (Castillo-Carniglia i sur., 2019; Hartmann i Blaszczyński, 2018). Istraživanja vezana za komorbiditete ovisnosti o opijatima, koji se općenito definiraju kao prisutnost 2 ili više poremećaja ili bolesti kod iste osobe te koje se javljaju istovremeno ili jedna za drugom, navode se najčešće poremećaji mentalnog zdravlja, kao što su depresija, anksioznost i posttraumatski stresni poremećaj (PTSP). Studija Lasser i sur. (2000.) otkrili su da 35% ovisnika o opioidima ima komorbidni poremećaj mentalnog zdravlja. Druga studija Schaefera i sur. (2016) otkrili su da 58% ovisnika o opioidima ima barem jedan komorbidni poremećaj mentalnog zdravlja (Lasser i sur., 2000; Weatherford, 2012). Važno je napomenuti da prisutnost komorbiditeta može komplicirati liječenje i upravljanje ovisnosti o opioidima. Komorbiditeti su česti kod ovisnosti o opioidima i mogu pogoršati prognozu ovisnosti. Poremećaji mentalnog zdravlja, kronična bol te infektivni i tjelesni zdravstveni poremećaji među najčešćim su komorbiditetima ovisnosti o opioidima. Liječenje koje se odnosi i na ovisnost i na komorbiditete često je neophodno za uspješne rezultate. Ovi komorbiditeti mogu pogoršati prognozu ovisnosti o opioidima i učiniti liječenje izazovnijim (Altable i de la Serna, 2023). Mogućnosti liječenja, mogu kod poremećaja uzrokovanih uzimanjem opioida, biti ograničenog opsega i učinkovitosti, radi morbiditeta i mortaliteta, visoke stope HIV infekcije i hepatitisa C među pacijentima. (Connery, 2015; Socías i Ahamad, 2016). Nadalje, venska tromboza i kronične venske bolesti uobičajene su i razumljive komplikacije kod iv ovisnika (Szlaszynska i sur., 2023). Istraživanja nadalje uka-

zuju kako ovisnost o internetu, kao rastući društveni problem, uzrokuje neurološke replikacije, psihološke poremećaja i društvenih probleme (Srivastava, 2022). Nadalje, većina ovisnika imaju multipla rizična ponašanja ili su počinitelji kaznenih djela (Hammersley i sur., 1989). Odnosno, možemo reći kako velik broj počinitelja kaznenih djela, koji su uključeni u sustav kaznenog pravosuđa, aktivno pati od poremećaja zloropabe tvari (NCDAS, 2020). U populaciji prometnih prekršitelja, rezultati su otkrili više nego problematičan učinak u pogledu ovisnosti o drogama, konzumacije alkohola i kompulzivne kupnje. Prometni prekršitelji prijavili su veću ovisnost o drogama, alkoholu, kockanju, kompulzivnoj kupnji i seksu, ali manju ovisnost o internetu od kontrolne skupine (Fariña i sur., 2023). Sve navedeno ukazuje na kompleksnost pristupa liječenju i rehabilitaciji ovisnosti, što više kada se tome pridoda i stigma ovisnika koja dodatno stvara prepreku oko skrbi i oporavka osoba uključenih u sustav, naročito u kazneno pravnom sustavu (Moore i sur., 2020; Avery, 2019, Wakeman i Rich, 2018). Posljednjih godina puno se pažnje posvećuje zdravstvenom stanju i kvaliteti života, posebice ovisnika (Amiri i sur., 2010; Calsyn i sur., 2004). Kvaliteta života ima različite dimenzije kao što su fizičko zdravlje, mentalno zdravlje, ekonomski uvjeti, osobna uvjerenja i interakcija s okolinom (Karow i sur., 2010; Ghahramani i sur., 2009). Svjetska zdravstvena organizacija definirala je kvalitetu života kao razumijevanje koje ljudi imaju o svojoj životnoj situaciji u svom kulturnom kontekstu i sustavima vrijednosti koje je povezano s njihovim ciljevima, očekivanjima i kriterijima u njihovim životima. Stoga se kvaliteta života može definirati kao tjelesno, mentalno i društveno blagostanje (poput sreće, zadovoljstva, ponosa, zdravlja, ekonomskog statusa, obrazovnih mogućnosti itd.) koje razumije pojedinac ili grupa (Darvishpoor Kakhki, i sur. 2010; King i sur., 2000). Rezultati različitih istraživanja pokazuju da je kvaliteta života ovisnika niža od kvalitete života normalnih ljudi (Kaplan i Saddok, 1998; Esfandabad i sur., 2010; Ruiz, 2000; Bizzarri i sur., 2005; Calsyn i sur., 2004; Yen i sur., 2011; Schrimshaw i Siegel, 2023; Hojjati i sur.; 2010). Neka su istraživanja također pokazala da su terapija održavanja metadonom i buprenorfinom kod opijatskih ovisnika imale pozitivne učinke na njihovu kvalitetu života i poboljšanja

zdravstvenog stanja (Vaarwerk i Gaal, 2001; Batki i sur., 2009; Maremmani i sur., 2017; Nosyk i sur., 2011; Gonzales i sur., 2009; Kapoor i sur., 2019). Čini se kako je terapija održavanja kod ovisnika koju pacijenti uzimaju u centrima za ovisnost vrlo učinkovita u poboljšanju njihove kvalitete života (Aghayan, i sur. 2015).

Dakle konačni cilj liječenja i rehabilitacije ovisnosti sigurno je povećanje kvalitete života, a ne samo postizanje i održavanje apstinencije. Apstinencija sama po sebi, nije dovoljna u fizičkom i psihosocijalnom **životu ovisnika o opijatima** (Karow i sur., 2010).

Intervencije

U tom smislu potrebno je sustavno uvesti intervencije koje bi omogućile ovisnicima tjelesno, mentalno i društveno zadovoljstvo koje osoba razumije i osjeća kroz osobne sustave vrijednosti i u svom kulturnom kontekstu. Kao preduvjet ostvarenja ovog cilja temeljno je postići suradljivost pacijenta (engl. compliance). Kod suradljivosti razlikujemo dva pojma koje hrvatski možemo nazvati ustrajnost (engl. persistence), te adherencija odnosno pridržavanje (engl. adherence). Iako se navedeni izrazi rabe kao sinonimi, obično se za njih rabi izraz suradljivost. Moramo ipak imati na umu da suradljivost ovisi o pridržavanju, što znači da bolesnik svaki dan redovito uzima lijek kako je preporučeno, i o ustrajnosti, što bi značilo da bolesnik redovito mjesecima i godinama uzima propisanu terapiju. Uspjeh liječenja bolesnika ne ovisi samo o stručnim kompetencijama liječnika i dobrim učinkovitim lijekovima, nego i o bolesnikovom pridržavanju uputa zdravstvenih djelatnika o pravodobnom i pravovremenom uzimanju lijeka (Brizar i sur., 2019). Problem pacijentove suradljivosti, kao i sposobnost liječnika da razumije, detektira i poboljša suradljivost, opisuje se u odnosu na novi model zdravstvenih odluka i ponašanja pacijenata (Eraker i sur., 1984). Opće je poznata niska razina suradnje pacijenata s liječničkim režimima liječenja. Iako su brojne studije mjerile razine nesuradljivosti ili su pokušavale dokučiti bitne elemente interakcije pacijent-liječnik, one ne pokazuju kako se suradljivost može povećati. Naglašava se važnost pregovaranja. Pregovaranje je proces u kojem dva aktivna i ravnopravna sudionika pregovaraju kako bi postigli svoje ciljeve (koji su često u sukobu). Bez odgovaraju-

ćeg pregovaranja, koje zahtijeva pacijentovo aktivno sudjelovanje, liječnik se ne može nadati da će motivirati pacijenta. Pacijenti će i dalje biti nesukladni sve dok ih se u procesu tretira kao inferiorne (Benarde i Mayerson, 1978). Medicinski tretman kod ovisnika o opijatima uključuje opioidnu supstitucijsku terapiju (OST) koja koristi metadon (Karow i sur., 2010) ili buprenorfin kako bi pacijent ovisan o opijatima mogao postići i održati apstinenciju (Wesson i Smith, 2010; Nielsen, i sur., 2016). Pregledne studije navode kako su najčešće korištene intervencije i strategije kod ovisnika o PAT, bile kognitivno-bihevioralna terapija, identifikacija i definiranje akcijskih planova za rizične situacije, motivacijski intervju, prevencija recidiva, psihoedukacija, definiranje ciljeva, socijalna podrška, povratne informacije, relaksacija, vještine donošenja odluka i savjetovanje o ponašanju. Najčešći ishodi navedenih intervencija bili su manja uporaba supstanci, poboljšano zdravlje, veća motivacija i/ili suradnja s liječenjem, više samopouzdanja, veća svijest o povratku bolesti, manje depresije i manje ljutnje i neprilagodljivih ponašanja (Seabra i sur., 2023).

Predložene smjernice za primjenu intervencija

Dobrom se kliničkom praksom u ambulantnom liječenju ovisnika o PAT sustavno provode intervencije kojima se zadržavaju pacijenti u sustav i sa kojima se provode terapijsko rehabilitacijski pristupi koji za cilj imaju stabilizaciju stanja odnosno postizanje i održavanje apstinencije uz poboljšanje kvalitete života. Intervencije koje se primjenjuju, mogu se svrstati u nekoliko bitnih područja.

Predlažu se smjernice za primjenu intervencija koje mogu značajno doprinjeti poboljšanju života primarno u domeni psihičkog zdravlja pacijenta:

- Jačanje suradljivosti u odnosu liječnik – pacijent „compliance“
- Jačanje motivacije na redovitost kontrolnih pregleda
- Osnaživanje motivacije i jačanje suradljivost za potrebu redovitog uzimanja propisanih lijekova
- Redovito provođenje testiranja urina na PAT kao sredstvo povjerenja, a ne represije
- Jačanje odgovornosti pacijenta za svoj oporavak
- Rad sa obitelji, partnerska konzultativna i suportivna terapija, naročito kod ovisničkih parova i ovisničkih

odnosa gdje je patologija podržavajuća i potrebno je liječenje oba partnera istovremeno

- Procjena kapaciteta pacijenta za primjenu određene vrste psihoterapije individualne i/ili grupne, primjenom inicijalnih razgovora i/ili specifičnih psiholoških upitnika
- Odabir psihoterapijskog rada sukladno motivaciji i potencijalima pacijenta (suportivno, KBT i drugo), te kapacitetima stručnog tima kao i vrsti edukacije stručnjaka
- Kod ovisnika koji imaju djecu, potrebno je raditi na osvješćivanju roditeljske uloge i jačanju odgovornosti kao dodatne motivacije u napredovanju podizanja kvalitete života
- Liječenje komorbiditeta, usmjeravanje na grupnu terapiju podrške kroz klubove, posebno kod razvoja ovisnosti o opijatima, alkoholu i kocki (AA, KLA i KLOK)
- Rad na uvidu i kritičnosti spram problema i komplikacija ovisnosti kod pacijenta
- Poticanje ovisnika na produktivo osmišljavanje slobodnog vremena i uposlenja
- Jačanje socijalnih vještina, izlazak iz subkulturnih grupa te traženje novih socijalnih grupa sa dobrim potencijalima podrške
- Informiranje o drugim oblicima liječenja i rehabilitacije ukoliko se pacijent ne uspijeva stabilizirati kroz ambulantno liječenje (specijalizirani bolnički odjeli, terapijske zajednice)
- Radno - okupaciona terapije u zajednici – usmjeravanje ka udrugama koje nude te mogućnosti, volonterski rad, sezonski rad
- Rad na regulaciji cirkadijanog ritma i poboljšavanja kognitivnih sposobnosti pacijenta

Intervencije koje mogu značajno doprinjeti poboljšanju života primarno u domeni tjelesnog zdravlja pacijenta:

- Poticati redovite sistematske preglede – u praksi se događa problem vađenja krvi kod iv ovisnika, potrebno informirati pacijenta o mogućnostima
- kod pacijentica, naročita skrb oko trudnoće i poroda – u praksi se događa da se ovisnost majke najčešće dijagnosticira nakon poroda kada dijete ima simptome krize
- utvrđivanje tjelesnih komorbiditeta - poticanje, praćenje i upućivanje pacijenta na specijalističko lije-

čenje – usprkos zanemarivanju stanja koje se najčešće događa u praksi od strane pacijenta

- koordinacija sa liječnikom obiteljske medicine i drugim specijalistima, npr infektolozima u cilju liječenja HCVA. Poznato je da oko cc 70% iv pacijenta ima pozitivan HCV
- jačanje zdravih navika kretanja, redovite i zdrave ishrane. Jedan dio ovisnika se u svojoj mladosti aktivno bavio sportom, poznaje taj način života i osjećaj zadovoljstva.
- utjecaj bolnih sindroma lokomotornog sustava na uzimanje psihofarmakoterapije (posljedica prometnih nesreća, ranjavanja, zapuštenih stanja prijeloma i drugih tjelesnih trauma) usmjeravanje na nadležne specijaliste
- sposobnost pokretljivosti, „povjerenja „ u svoje tijelo, prilagodba na stanje

Intervencije koje mogu značajno doprinjeti poboljšanju života primarno kroz unaprijeđenje kvalitete okruženja:

- definirati sigurnost i zdravlje okoliša te utjecaj na pojedinca
- identificirati ometajuće okolišne faktore te odrediti moguće alternative
- identifikacija i osnaživanje protektivnih faktora okoline
- utvrđivanje izloženost nehigijenskim uvjetima te traženje novih mogućnosti u zbrinjavanju i unapređenju higijene okruženja.

Predlaže se u cilju praćenja poboljšanja kvalitete života, kao stvarnom terapijskom cilju, provoditi u praksi sustavnu evaluaciju kvalitete života pacijenata primjenom anketnog upitnika WHOQOL-BREF (Group, 2019) te je poželjno rezultate objavljivati u cilju znanstvenog i stručnog pristupa liječenju i rehabilitaciji ovisnika.

Zaključak

Učinkovito liječenje kroničnih mentalnih bolesti zahtjeva redovitu i dugotajnu njegu i samokontrolu (Merrick i sur., 2008; Saitz i sur., 2008; Wagner i sur., 1996). Rezultati istraživanja ukazuju na veliki postotak neoporavljenih ovisnika kroz tretman (Flynn i sur., 2003).

Područje ovisnosti suočava se sa velikim izazovom za savjetnike jer sve više ljudi traži zabavu i distrakciju

iz našeg stresnog svijeta. Neki ljudi su podložniji da postanu ovisni, dok drugi možda imaju problem, ali ne i ovisnost te još uvijek trebaju podršku. Sram i stigma mogu biti ključni problemi s kojima se trebamo suočiti u radu s našim klijentima (Falcon, 2023).

Razumijevanjem i prepoznavanjem simptoma, učinaka i mehanizama problematičnog ponašanja, možemo učinkovito pomoći našim pacijentima i povećati korištenje odgovarajućih intervencija, što dovodi do boljih zdravstvenih ishoda i dobrobiti. Suradnički pristup bez osuđivanja jedan je od temeljnih pristupa (Wilson i Gainsbury, 2023). Specifično, medicinski tretman kod opioidnih ovisnika uključuje opioidnu supstitucijsku terapiju (OST) koja koristi metadon ili buprenorfin kako bi pacijent ovisan o ilegalnim opijatima, mogao postići i održati apstinenciju (Wesson i Smith, 2010; Karow i sur., 2010). Kognitivno-bihevioralna terapija uz edukacijsko i bihevioralno savjetovanje čine se najučinkovitije psihosocijalne intervencije za osobe ovisne o PAT na supstitucijskoj terapiji (Wenissur.,2023).

Istraživanja govore o različitim vrstama intervencija kod ovisnika te njihovoj učinkovitosti. Najčešće korištene intervencije i strategije kod ovisnika o psihoaktivnim tvarima bile su kognitivno-bihevioralna terapija, identifikacija i definiranje akcijskih planova za rizične situacije, motivacijski intervju, prevencija recidiva, psihoedukacija, definiranje ciljeva, socijalna podrška, povratne informacije, relaksacija, vještine donošenja odluka i savjetovanje o ponašanju. Najčešći ishodi bili su manja uporaba supstanci, poboljšano zdravlje, veća motivacija i/ili suradnja s liječenjem, više samopouzdanja, veća svijest o povratku bolesti, manje depresije i manje ljutnje i neprilagodljivih ponašanja (Seabra i sur., 2023). Kod ovisnosti o PAT, istraživači su identificirali dva ključna područja koja su pozitivno utjecala na stope recidivizma. Prvi je bio tretman zlouporabe supstanci, a drugi obrazovanje (American University Brandwine Building, 2017). Kako bi se pružila sveobuhvatnija razina liječenja, pojedinci bi se trebali uključiti u program potkrijepljen dokazima koji podržava i liječenje bolesti ovisnosti i mentalno zdravlje istovremeno. Kognitivno-bihevioralna terapija (KBT) u grupnim i individualnim sesijama ključni je stup toga. U ovim terapijskim seansama, pojedinci imaju priliku razriješiti i ispitati događaje i

ponašanja koja su ih tamo dovela, dok prolaze obuku o emocionalnoj regulaciji i uče razvijanju strategija suočavanja. KBT pomaže pojedincima da bolje reagiraju na osjećaje i okidače, pokazujući im kako neprilagodljive strategije suočavanja zamijeniti prilagodljivijima. Grupne sesije izvrsna su nadopuna individualnom tretmanu, jer pojedinci imaju priliku razmijeniti iskustva i dobiti povratne informacije dok uče o ključnim aspektima oporavka, kao što su transparentnost, odgovornost i prihvaćanje. Oni također grade zajednicu. Imati poticajno okruženje u kojem se osoba osjeća sigurno i dijeli svoje misli i osjećaje prednost je za oporavak i nešto je što se može nastaviti nakon otpuštanja (Warren, 2023). KBT se također pokazao učinkovit u liječenju ovisnosti o kokanju (Ginley i sur., 2019). Područje liječenja i rehabilitacijskog interesa trebao bi uključiti obitelj (supružnike, roditelje), partnere i druge osobe bliske ovisniku koje predstavljaju potencijal okoline. Tematska analiza nalaza studija identificirala je 5 glavnih područja utjecaja na obitelj kod problematike ovisnosti. To su: 1) početni šok (obiteljski susret, traženje zašto), 2) obitelj u magli (društvena izolacija, stigma i etiketa), 3) slijed poremećaja (emocionalni pad), negativna iskustva u ponašanju, mentalni poremećaj, fizička degeneracija, obiteljsko opterećenje), 4) unutarnji obiteljski kaos (nestabilnost odnosa, ljudi u sjeni, erozivno suočavanje s članom koji koristi droge, novonastali član, kolaps sustava, financijski kolaps) i 5) samozaštita (privlačenje informacija, potpora i zaštitnih izvora, suočavanje i prilagođavanje učinaka, pojava duhovnosti (Mardani i sur., 2023). Rezultati istraživanja ukazuju kako integracija značajnih drugih osoba u korištenje supstanci liječenje poremećaja daje korisne učinke u smanjenju upotrebe supstanci i srodnih problema u usporedbi s individualnim tretmanima (Ariss i Fairbairn, 2020). Neki rezultati ukazuju posebno na važnost shematerapije koja ima značajan učinak na diferencijaciju partnera sa supružnikom ovisnikom (Organi i Gorji, 2023). Današnje zdravstvene strategije za smanjenje štete trebale bi se suočiti i s uporabom kokaina i rizičnim seksualnim ponašanjem uglavnom među ženama i seksualnim partnerima (Purdollers i sur.,2004).

Sveobuhvatan i integriran pristup liječenju, uključujući liječenje potpomognuto lijekovima, bihevioralne terapije i odgovarajuće u pravlanje komorbidnim sta-

njima, često je neophodan za promicanje oporavka i poboljšanje općeg blagostanja. Zdravstveni djelatnici trebali bi uzeti u obzir jedinstvene potrebe i okolnosti svakog pojedinca kada razvijaju sveobuhvatni plan liječenja (Altable i de la Serna, 2023). Značajan je aspekt liječenja i rehabilitacije ovisnika počinitelja prekršajnih i kaznenih djela. Stigma stvara značajne prepreke za dobivanje skrbi o ovisnosti unutar pravnog sustava i mora se riješiti kako bi se povećalo prihvaćanje programa utemeljenih na dokazima i u konačnici poboljšali pravni ishodi i ishodi oporavka za osobe uključene u kazneni pravni sustav (Moore i sur., 2023). Adolescenti, odrasli unutar kaznenopravnog sustava i starije odrasle osobe često su izolirani od tretmana koji je potreban za njihove situacije i iskustva (Haberman, 2023). I dalje se raspravlja o implikacijama rezultata istraživanja na intervencije s prometnim prijestupnicima (Fariña i sur., 2023). Širok raspon intervencija s pozitivnim ishodima može biti izvor za praksu utemeljenu na dokazima i budući razvoj sustavnih pregleda. Dokazi podupiru razvoj kliničkih intervencija usmjerenih na problem upotrebe droga i samoupravljanja njegovim posljedicama te može pridonijeti poticanju prijeko potrebnog društvenog i političkog razmišljanja o zdravstvenoj skrbi za osobe s problematičnom uporabom PAT (Seabra i sur., 2023). Pregled dokaza u istraživanjima o važnosti kvalitete života u liječenju i oporavku od poremećaja ovisnosti o drogama govore o važnosti uključivanja indeksa kvalitete života u istraživanja i usluge (Laudet, 2011). U skladu s tim, ovaj rad pruža novi pristup ovisnosti kroz iskorak u određivanju cilja liječenja ovisnosti i specifičnosti primjene i evaluacije intervencija u svakodnevnom radu s ovisnicima.

Literatura:

1. Aghayan, S., Amiri, M., Chaman, R., & Khosravi, A. (2015). Quality of life in methadone maintenance treated patients in Iran. *International journal of high risk behaviors & addiction*, 4(4).
2. Altable, M., de la Serna, J. M., & Akram, M. (2023). Comorbidity in Opioid Addiction: A Brief Review.
3. American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
4. American University Brandwine Building. (2017). *Addiction Treatment: Cures for Recidivism*. Bureau of Justice Assistance (BJA) <https://www.ojp.gov/ncjrs/virtual-library/abstracts/addiction-treatment-cures-recidivism>
5. Amiri, M., Khosravi, A., & Chaman, R. (2010). Drug abuse pattern and high risk behaviors among addicts in Shahrud county of Semnan province, Northeast Iran in 2009. *Journal of research in health sciences*, 10(2), 104-109. [PubMed] [Google Scholar]
6. Ankara, H. G., & Baykal, D. (2022). The socioeconomic and sociodemographic factors affecting digital gaming addiction among Generation Z. *Telematics and Informatics Reports*, 8, 100032.
7. Ara, I., Kalam, M. A., Maqbool, M., & Zehravi, M. (2021). Phytochemical Standardization and Anti-Anxiety (Izterab-e-Nafsani) study of Aftimoon Hindi (*Cuscuta reflexa* Roxb.) on An Animal Model. *CELLMED*, 11(3), 14-1.
8. Ariss, T., & Fairbairn, C. E. (2020). The effect of significant other involvement in treatment for substance use disorders: A meta-analysis. *Journal of consulting and clinical psychology*, 88(6), 526.
9. Altable, M., de la Serna, J. M., & Akram, M. (2023). Comorbidity in Opioid Addiction: A Brief Review.
10. Ascioglu, F., Genc, M. K., Bulbul, T. T., Yayla, M., Simsek, S. Z., Adioren, C., & Mercan, S. (2021). Investigation of temporal illicit drugs, alcohol and tobacco trends in Istanbul city: Wastewater analysis of 14 treatment plants. *Water Research*, 190, 116729.
11. Avery, J. J. (2019). *Addiction stigma in the US legal system. The Stigma of Addiction* (pp. 153–166). Cham: Springer.
12. Batki, S. L., Canfield, K. M., Smyth, E., & Ploutz-Snyder, R. (2009). Health-related quality of life in methadone maintenance patients with untreated hepatitis C virus infection. *Drug and Alcohol Dependence*, 101(3), 176-182.
13. Benarde, M. A., & Mayerson, E. W. (1978). Patient-physician negotiation. *Jama*, 239(14), 1413-1415.
14. Bizzarri, J., Rucci, P., Vallotta, A., Girelli, M., Scandolari, A., Zerbetto, E., ... & Dellantonio, E. (2005). Dual diagnosis and quality of life in patients in treatment for opioid dependence. *Substance use & misuse*, 40(12), 1765-1776.
15. Brizar, I., Vukoja, I., Petrović, N., Kitanović, J., Zapalac, M., & Đimoti, R. (2019). Suradljivost bolesnika u redovitom uzimanju propisane terapije kod bolesnika na hemodijalizi opće županijske bolnice Požega. *Hrana u zdravlju i bolesti*, 11.
16. Calsyn DA, Saxon AJ, Bush KR, Howell DN, Baer JS, Sloan KL, Malte CA, Kivlahan DR. (2004). The Addiction Severity Index medical and psychiatric composite scores measure similar domains as the SF-36 in substance-dependent veterans: concurrent and discriminant validity. *Drug Alcohol Depend*. 11;76(2):165-71.
17. Castillo-Carniglia, A., Keyes, K. M., Hasin, D. S., & Cerdá, M. (2019). Psychiatric comorbidities in alcohol use disorder. *The Lancet Psychiatry*, 6(12), 1068–1080.

18. Conger, S. A., & Moore, K. D. (2002). Chronic illness and quality of life: the social workers role. *TSAO foundation*, 10.
19. Connery, H. S. (2015). Medication-assisted treatment of opioid use disorder: review of the evidence and future directions. *Harvard review of psychiatry*, 23(2), 63-75.
20. Cruz-Cruz, C., Yargeau, V., Vidaña-Perez, D., Schilman, A., Pineda, M. A., Lobato, M., ... & Barrientos-Gutierrez, T. (2021). Opioids, stimulants, and depressant drugs in fifteen Mexican cities: a wastewater-based epidemiological study. *International Journal of Drug Policy*, 88, 103027.
21. Darvishpoor Kakhki A, Abed Saeedi J, Delavar A. (2010). Tools for measurement of health status and quality of life of elderly people. *Research in Medicine*.(3)33, 162-73.
22. Dyba, J., Moesgen, D., & Klein, M. (2023). Parental Substance Use. In *Handbook of Clinical Child Psychology: Integrating Theory and Research into Practice* (pp. 155-171). Cham: Springer International Publishing.
23. EMCDDA. (2018). European monitoring centre for drugs and drug addiction. European drug report 2018: trends and developments. publications office of the European Union.
24. Eraker, S. A., Kirscht, J. P., & Becker, M. H. (1984). Understanding and improving patient compliance. *Annals of internal medicine*, 100(2), 258-268.
25. Esfandabad, H. S., Nejadnaderi, S., & Emamipour, S. (2010). Assessment of quality of life and psychological disorder symptoms among opium-dependent men on buprenorphine detoxification. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 5, 1396-1399.
26. Falcon, J. (2023). Addictions. *Common Client Issues in Counselling: An Australian Perspective*.
27. Fariña, F., Romero, J., Isorna, M., & Arce, R. (2023). Profiling and Prevalence of Substance-Related and Addictive Disorders and Behavioural Addictions in Incarcerated Traffic Offenders. *Sustainability*, 15(12), 9771.
28. Flynn, P. M., Joe, G. W., Broome, K. M., Simpson, D. D., & Brown, B. S. (2003). Recovery from opioid addiction in DATOS. *Journal of substance abuse treatment*, 25(3), 177-186.
29. Ghahramani, L., Nazari, M., & Mousavi, M. T. (2009). Improvement of quality of life in elderly men in Kahrizak nursing home based on educational intervention.
30. Ginley, M. K., Rash, C. J., & Petry, N. M. (2019). Psychological interventions in gambling disorder. *Gambling disorder*, 181-194.
31. Gonzales, R., Ang, A., Marinelli-Casey, P., Glik, D. C., Iguchi, M. Y., Rawson, R.A., & Methamphetamine Treatment Project Corporate Authors. (2009). Health-related quality of life trajectories of methamphetamine-dependent individuals as a function of treatment completion and continued care over a 1-year period. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 37(4), 353-361.
32. Griswold, M. G., Fullman, N., Hawley, C., Arian, N., Zimsen, S. R., Tymeson, H. D., ... & Farioli, A. (2018). Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*, 392(10152), 1015-1035.
33. Group, T. W. (1998). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social science & medicine*, 46(12), 1569-1585.
34. Haberman, S. (2023). Age and its Effect on Drug Addiction Treatment.
35. Hammersley, R., Forsyth, A., Morrison, V., & Davies, J. B. (1989). The relationship between crime and opioid use. *British journal of addiction*, 84(9), 1029-1043.
36. Hartmann, M., & Blaszczyński, A. (2018). The longitudinal relationships between psychiatric disorders and gambling disorders. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 16(1), 16–44.
37. Hasan, G., Yaseen, M., & Amir, M. (2023). Dissolution of Marriage and its Causes: A Case Study of Kech-Makran. *The Dialogue*, 18(2), 48-65.
38. Hojjati, H., Aloustani, S., Akhondzadeh, G., Heidari, B., & Sharif_Nia, H. (2010). Study of mental health and its relation with quality of life in addicts. *SSU_Journals*, 18(3), 207-214.
39. Holdorovna, I. M., & Temirpulatovich, T. B. (2023). The Role of the Family in the Formation of Internet Addiction. *Scholastic: Journal of Natural and Medical Education*, 2(7), 10-15.
40. Jones, C. M., Underwood, N., & Compton, W. M. (2020). Increases in methamphetamine use among heroin treatment admissions in the United States, 2008–17. *Addiction*, 115(2), 347-353.
41. Kamali, M., Arjmand, H. M., & Ahangari, M. (2008). A Study of quality of life among older people with hypertension and low back pain.
42. Kaplan, H., & Saddok, B. (1998). Synopsis of Psychiatry (Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry).
43. Kapoor, A., Kohli, K., Kapoor, A., & Jose, N. A. (2019). Improvement in quality of life with buprenorphine in opioid dependence. *National Journal of Physiology, Pharmacology and Pharmacology*, 9(7), 689-694.
44. Karow, A., Reimer, J., Schäfer, I., Krausz, M., Haasen, C., & Verthein, U. (2010). Quality of life under maintenance treatment with heroin versus methadone in patients with opioid dependence. *Drug and alcohol dependence*, 112(3), 209-215.
45. King, A. C., Pruitt, L. A., Phillips, W., Oka, R., Rodenburg, A., & Haskell, W. L. (2000). Comparative effects of two physical activity programs on measured and perceived physical functioning and other health-related quality of life outcomes in older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 55(2), M74-83.
46. Lasser, K., Boyd, J. W., Woolhandler, S., Himmelstein, D. U., McCormick, D., & Bor, D. H. (2000). Smoking and mental illness: a population-based prevalence study. *Jama*, 284(20), 2606-2610.

47. Laudet, A. B. (2011). The case for considering quality of life in addiction research and clinical practice. *Addiction science & clinical practice*, 6(1), 44.
48. Maqbool, M., Dar, M. A., Rasool, S., Bhat, A. U., & Geer, M. I. (2019). Drug safety and Pharmacovigilance: An overview. *Journal of Drug Delivery and Therapeutics*, 9(2-s), 543-548.
49. Mardani, M., Alipour, F., Rafiey, H., Fallahi-Khoshknab, M., & Arshi, M. (2023). Challenges in addiction-affected families: a systematic review of qualitative studies. *BMC psychiatry*, 23(1), 1-19.
50. Maremmani, I., Pani, P. P., Pacini, M., & Perugi, G. (2017). Substance use and quality of life over 12 months among buprenorphine maintenance-treated and methadone maintenance-treated heroin-addicted patients. In *Drug Abuse: Prevention and Treatment* (pp. 269-276). Routledge.
51. McBrien, H., Luo, C., Sanger, N., Zielinski, L., Bhatt, M., Zhu, X. M., ... & Samaan, Z. (2019). Cannabis use during methadone maintenance treatment for opioid use disorder: a systematic review and meta-analysis. *Canadian Medical Association Open Access Journal*, 7(4), E665-E673.
52. Merrick, E. L., Horgan, C. M., Garnick, D. W., Hodgkin, D., & Morley, M. (2008). Health plans' disease management programs: extending across the medical and behavioral health spectrum?. *The Journal of ambulatory care management*, 31(4), 342.
53. Mestre-Bach, G., & Potenza, M. N. (2023). Features Linked to Treatment Outcomes in Behavioral Addictions and Related Disorders. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4), 2873.
54. Moore, K. E., Johnson, J. E., Luoma, J. B., Taxman, F., Pack, R., Corrigan, P., ... & Slone, J. D. (2023). A multi-level intervention to reduce the stigma of substance use and criminal involvement: a pilot feasibility trial protocol. *Health & Justice*, 11(1), 1-13.
55. National Center for Drug Abuse Statistics. (2020). DrugAbuseStatistics.NCDAS. <https://drugabusestatistics.org/>
56. National Institute on Drug Abuse. (2012). The science of drug abuse and addiction. Retrieved from <http://www.drugabuse.gov/publications/media-guide/science-drug-abuse-addiction>
57. Nielsen, S., Larance, B., Degenhardt, L., Gowing, L., Kehler, C., & Lintzeris, N. (2016). Opioid agonist treatment for pharmaceutical opioid dependent people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5).
58. Nkporbu, A. K., & Stanley, P. C. (2023). Pattern and Socio-demographic characteristics of Drug Users at the National Drug Law Enforcement Agency (NDLEA) Rehabilitation Facility, Port Harcourt. *Addict Res*, 7(1), 1-6.
59. Nosyk, B., Guh, D. P., Sun, H., Oviedo-Joekes, E., Brissette, S., Marsh, D. C., ... & Anis, A. H. (2011). Health related quality of life trajectories of patients in opioid substitution treatment. *Drug and alcohol dependence*, 118(2-3), 259-264.
60. Organi M. E., & Gorji, Y. (2023). The Effectiveness of Schema Therapy on Differentiation of Women with Addicted Spouses. *Academic Journal of Psychological Studies*, 12(1), 28-36
61. Puigdollers, E., Domingo-Salvany, A., Brugal, M. T., Torrens, M., Alvarós, J., Castillo, C., ... & Vázquez, J. M. (2004). Characteristics of heroin addicts entering methadone maintenance treatment: quality of life and gender. *Substance use & misuse*, 39(9), 1353-1368.
62. Putra, P. Y., Fithriyah, I., & Zahra, Z. (2023). Internet Addiction and Online Gaming Disorder in Children and Adolescents During COVID-19 Pandemic: A Systematic Review. *Psychiatry Investigation*, 20(3), 196.
63. Rather, Y. H., Bashir, W., Sheikh, A. A., Amin, M., & Zahgeer, Y. A. (2013). Socio-demographic and clinical profile of substance abusers attending a regional drug de-addiction centre in chronic conflict area: Kashmir, India. *The Malaysian journal of medical sciences: MJMS*, 20(3), 31.
64. Romanczuk-Seifert, N., Potenza, M. N., & Heinz, A. (2019). Gambling Disorder: Future Perspectives in Research and Treatment. *Gambling Disorder*, 313-320.
65. Ruiz, P. (2000). *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1, pp. 938-950). B. J. Sadock, & V. A. Sadock (Eds.). Philadelphia: lippincott Williams & wilkins.
66. Saitz, R., Larson, M. J., LaBelle, C., Richardson, J., & Samet, J. H. (2008). The case for chronic disease management for addiction. *Journal of addiction medicine*, 2(2), 55.
67. Schrimshaw, E. W., & Siegel, K. (2003). Perceived barriers to social support from family and friends among older adults with HIV/AIDS. *Journal of health psychology*, 8(6), 738-752.
68. Seabra, P., Boska, G., Sequeira, R., Sequeira, A., Simões, A., Nunes, I., & Sequeira, C. (2023). Structured programs for the self-management of substance addiction consequences in outpatient services: A scoping review. *Current Psychology*, 1-14.
69. Shittu, A., & Bolaji, H. O. (2023). Smartphone Addiction among Married Postgraduate Students. *ASEAN Journal of Educational Research and Technology*, 2(3), 189-194.
70. Socías, M. E., & Ahamad, K. (2016). An urgent call to increase access to evidence-based opioid agonist therapy for prescription opioid use disorders. *Cmaj*, 188(17-18), 1208-1209.
71. Srivastava, S. (2022). The impact of Internet Addiction on Young Generation. *International Journal of Research in Humanities & Soc. Sciences*. Vol. 10, Issue: 6, June
72. Sulej-Suchomska, A. M., Klupeczynska, A., Dereziński, P., Matysiak, J., Przybyłowski, P., & Kokot, Z. J. (2020). Urban wastewater analysis as an effective tool for monitoring illegal drugs, including new psychoactive substances, in the Eastern European region. *Scientific reports*, 10(1), 4885.
73. Szlasyńska, M., Forgo, G., Fumagalli, R. M., Mazzaccaro, D., Nano, G., Kucher, N., ... & Barco, S. (2023). Venous thromboembolism and chronic venous disease among people who

- inject drugs: A systematic review and meta-analysis. *Thrombosis Update*, 100141.
74. Timko, C., Schultz, N. R., Cucciare, M. A., Vittorio, L., & Garrison-Diehn, C. (2016). Retention in medication-assisted treatment for opiate dependence: a systematic review. *Journal of addictive diseases*, 35(1), 22-35.
75. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). Global overview: drug demand. 2022. <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr-2022-booklet-2.html>.
76. Vaarwerk, M. J. T., & Gaal, E. A. (2001). Psychological distress and quality of life in drug-using and non-drug-using HIV-infected women. *The European Journal of Public Health*, 11(1), 109-115.
77. Wagner, E. H., Austin, B. T., & Von Korff, M. (1996). Organizing care for patients with chronic illness. *The Milbank Quarterly*, 511-544.
78. Wakeman, S. E., & Rich, J. D. (2018). Barriers to medications for addiction treatment: how stigma kills. *Substance Use and Misuse*, 53(2), 330-333. <https://doi.org/10.1080/10826084.2017.1363238>
79. Wang, E., Zhang, J., Dong, Y., Xiao, J., Qu, D., Shan, H., & Chi, X. (2023). Vicious circle of family dysfunction and adolescent internet addiction: Do only child and non-only child exhibit differences?. *Current Psychology*, 1-12.
80. Wareham, J. D., & Potenza, M. N. (2010). Pathological gambling and substance use disorders. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 36(5), 242-247.
81. Warren, E. (2023). The importance of optimal addiction treatment in correctional facilities. *Corrections Today*, 31.
82. Weatherford, J. A. (2012). Co-occurring mental health and substance use disorders: a review of issues and clinical approaches for dual diagnosis.
83. Wen, H., Xiang, X., Jiang, Y., Zhang, H., Zhang, P., Chen, R., ... & Lu, L. (2023). Comparative efficacy of psychosocial interventions for opioid-dependent people receiving methadone maintenance treatment: A network meta-analysis. *Addiction*.
84. Wesson, D. R., & Smith, D. E. (2010). Buprenorphine in the treatment of opiate dependence. *Journal of psychoactive drugs*, 42(2), 161-175.
85. Wilson, H. H., & Gainsbury, S. M. (2023). Behavioural addictions. Problem gambling in general practice: How can we help?. *Australian Journal of General Practice*, 52(5), 289-294.
86. World Health Organization. (2019). *Global action plan on physical activity 2018-2030: more active people for a healthier world*. World Health Organization.
87. World Health Organization. (2022). ICD-11: International classification of diseases (11th revision).
88. Yen, C. N., Wang, C. S. M., Wang, T. Y., Chen, H. F., & Chang, H. C. (2011). Quality of life and its correlates among heroin users in Taiwan. *The Kaohsiung journal of medical sciences*, 27(5), 177-183.
89. Zielinski, L., Bhatt, M., Eisen, R. B., Perera, S., Bhatnagar, N., MacKillop, J., ... & Samaan, Z. (2016). Association between cannabis use and treatment outcomes in patients receiving methadone maintenance treatment: a systematic review protocol. *Systematic reviews*, 5(1), 1-7.
90. Zielinski, L., Bhatt, M., Sanger, N., Plater, C., Worster, A., Varenbut, M., ... & Samaan, Z. (2017). Association between cannabis use and methadone maintenance treatment outcomes: an investigation into sex differences. *Biology of sex differences*, 8, 1-10.

ULOGA ORGANA STARATELJSTVA U KRIVIČNOM POSTUPKU PREMA MALOLJETNICIMA

Dr. **Mirnes Telalović**

JZU Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona

Sažetak

Maloljetničko prestupništvo, kao oblik društveno neprihvatljivog ponašanja, je aktuelna društveno negativna pojava koja nameće potrebu za većim angažmanom zajednice u rješavanju niza neriješenih problema koji se iz godine u godinu nagomilavaju i produbljuju. Analiza maloljetničkog prestupništva pokazuje da se osim lica koja su po uzrastu stariji i mlađi maloljetnici, kao izvršitelji krivičnih djela pojavljuju i lica mlađa od 14 godina – djeca, prema kojima se ne pokreće krivični postupak, te da se pomjera dobna granica kada se prvi put dolazi u sukob sa zakonom. Maloljetnici krivična djela čine sami, u vršnjačkim grupama i zajedno sa punoljetnim licima i djecom. Povećava se i broj izvršenih krivičnih djela pri čijem izvršenju maloljetna lica ispoljavaju naročitu bezobzirnost, surovost (krivična djela protiv života i tijela, krivična djela nasilničkog ponašanja i razbojništva), te upornost u činjenu imovinskih krivičnih djela izvršenih u kratkom vremenskom periodu. U ovakvim okolnostima organ starateljstva ima izuzetno značajnu ulogu u krivičnom postupku prema maloljetnicima.

Obilježja maloljetničke delinkvencije

Budući da društvene prilike pogoduju porastu maloljetničkog prestupništva, problem postaje mnogo složeniji, kako po pitanju suzbijanja ove društveno negativne pojave, tako i po pitanju anuliranja štetnih posljedica proizašlih izvršenjem krivičnog djela. Maloljetnici predstavljaju najosjetljiviju kategoriju na koju najviše utiče kriza društvene zajednice, pa se njihova reakcija na ove pojave ogleda kako u asocijalnom ponašanju, tako i u vršenju krivičnih djela. U takvim uslovima se postavlja pitanje i efikasne reakcije cjelokupnog pravnog sistema i pojačane društvene

kontrole nad prestupničkim ponašanjem mladih, kako u krivičnim sankcijama, tako i u posebnim preventivnim programima za pojedine grupe maloljetnika koje pokazuju poremećaje u ponašanju. Pokretanje krivične procedure prema malodobnim počiniteljima krivičnog djela zahtijeva hitno i koordinirano postupanje svih onih koji su u tu proceduru uključeni, ali isto tako i stvaranje potrebnih uslova za ostvarivanje primarne, sekundarne i tercijarne prevencije. lat. delictum – krivično djelo Delikvente radnje mogu biti izvedene individualno, u parovima ili u manjim grupama U nastajanju delinkvencije važnu ulogu imaju:

- roditeljsko zanemarivanje, odgojno zapuštanje, nebriga,
- odgojno nepovoljne situacije, prepuštenost ulici, druženje s delinkventima,
- kruta, ograničavajuća, konfliktna, represivna sredina,
- uzroci maloljetničke delinkvencije izvire iz maloljetnika, njegove porodice i društvene sredine, • delinkvencija je češća u nesređenim porodicama.

Pojam delinkvencije je usko vezan za sukob sa društvom, njegovim sistemom vrijednosti, normama i zakonima. Ono obuhvata teže oblike asocijalnog, anti-socijalnog, socio-patološkog i kriminalnog ponašanja. Pojavi delikventnog ponašanja posebno pogoduju kritična razdoblja poput ratnih i post-ratnih prilika, zaoštrenih društvenih odnosa, ekonomska kriza, siromaštvo, nezaposlenost, stambene i materijalne poteškoće, izbjeglištvo, kriza morala, kriza sistema vrijednosti, kriza u porodici i sl. Dakle, maloljetnička delinkvencija je proizvod neprilika, nezadovoljstva, krize, problema, i besperspektivnosti mladih ljudi. Kada govorimo o zloupotrebi psiho-aktivnih supstanci

kao obliku delikventnog ponašanja, treba se naglasiti da su adolescenti najugroženija populacijska skupina za razvoj i usvajanje ovisničkog ponašanja zbog relativnog neiskustva, potrebe za istraživanjem, fragmentiranog znanja, često netačno usvojenih informacija, iluzije neranjivosti, snažnog vršnjačkog pritiska, nedostatka komunikacijskih vještina i sl. Zbog potrage za vlastitim identitetom, mladi izmiču kontroli roditelja, traže sve veću slobodu u svojim postupcima, počinju pušiti, piti alkoholna pića i eksperimentirati s drogama ne znajući da su umjesto slobode odabrali ropstvo.

Maloljetnička delinkvencija predstavlja oblik kriminalnog ponašanja koje vrše maloljetnici u krivičnopravnom smislu riječi. To su lica sa granicama starosti koje variraju od jedne do druge zemlje (donja granica od 13-14 godina u evropskim zemljama) zavisno od niza uslova koji su prisutni u pojedinim zemljama (socijalni, ekonomski, tradicionalni, biološki, klimatski i dr.). Maloljetni učinioci krivičnih djela i prekršaja su lica koja se po svom biopsihičkom razvoju i uzrocima njihove delinkvencije razlikuju od odraslih i prema njima mora biti prisutan poseban tretman. Njihova djela nisu rezultat zrelog razmišljanja i čvrste volje za izvršenja krivičnih djela pa se uračunljivost i krivica ispoljavaju u posebnoj formi u odnosu na punoljetne učinioce. (period adolescencije u medicinskom smislu riječi). Prema maloljetnim prestupnicima se u pravilu primjenjuju vaspitne mjere a samo izuzetno kazne. Sljedeći veliki problem kojeg susrećemo među adolescentima je i vršnjačko nasilje (bullying) koje predstavlja pojavu kada je jedan učenik ili grupa učenika trajno ili učestalo izložen/a maltretiranju od strane jednog ili više učenika, koji namjerno žele da ga/ih povrijede, ponize ili izlože drugim psihološkim i socijalnim neprijatnostima. Ovakav vid nasilja karakteriziraju sljedeće osobine: ono je postojano, nasilnik je istrajan i sistematičan, potom, ono izaziva strah kod žrtve, bazirano je na neravnoteži ili zloupotrebi moći i obično se odvija u grupnom kontekstu. Vršnjačko nasilje može biti ispoljeno u različitim oblicima, poput, verbalnog, fizičkog, socijalnog, psihičkog, seksualnog, rasističkog, elektronskog i sl. Ovdje se ne smije zapostaviti činjenica da su učesnici vršnjačkog nasilja i nasilnik i žrtva i posmatrač. Osnovne karakteristike nasilničkog i destruktivnog ponašanja su: neefiksano rješavanje sukoba, agresivno ponašanje, impulsivnost

(smanjena kontrola), okrutnost i nedostatak osjećaja vlastite kompetencije. Vještine rješavanja ovakvih socijalnih sukoba su pod uticajem individualnih osobina pojedinaca, roditeljskog nošenja sa vlastitim emocijama, stila odgoja, strukture porodice, vršnjačkih, te grupnih i društvenih normi. Dakle, da bismo uticali na unaprijeđenje mentalnog zdravlja, a posebno mentalnog zdravlja mladih, trenutna situacija zahtijeva uključivanje svih instanci vlasti da kroz svoje instrumente (ministarstva, ustanove, sektore, službe i sl.) djeluje na preventivnom radu, odnosno, razrješenju uzroka nastanka gore navedenih fenomena kod mladih ljudi, što bi dugoročno gledano doprinijelo i uspješnijem radu sa posljedicama nastalih okolnostima na koje nismo imali uticaj.

Uloga organa starateljstva

Maloljetnička delinkvencija je stalno prisutan problem u našoj zemlji o kojem se sporadično pisalo i govorilo. Bez odgovarajuće reakcije ostajala su upozorenja stručnjaka iz različitih oblasti i institucija da je maloljetnička delinkvencija ozbiljan i stalno rastući društveni problem koji zaslužuje veću pažnju i akciju. Nažalost, nedavna svirepa ubistva koja su učinili maloljetnici stavila su maloljetničku delinkvenciju u središte društvenih zbivanja. Organizovani su brojni protesti građana, u medijima je centralno mjesto zauzeo problem maloljetničke delinkvencije o kojem su govorili stručnjaci iz brojnih institucija. Istina, maloljetnička delinkvencija kao socijalno-patološka pojava predmet je interesa brojnih naučnih oblasti. Međutim, kao i nebrojeno puta do sada, a bez njihove krivnje, nije se dovoljno čula riječ socijalnih radnika, pedagoga i psihologa koji rade u centrima za socijalni rad, i koji se u svom svakodnevnom radu susreću sa ovim problemom. Ovakav medijski tretman je samo pokazatelj neupućenosti u djelokrug rada centara za socijalni rad i značaja koji oni imaju u rješavanju ove socijalno-patološke pojave. Među brojnim zadacima koje centar za socijalni rad kao organ starateljstva ima u rješavanju problema maloljetničke delinkvencije za ovu priliku zadržat ćemo se samo na njegovoj ulozi u krivičnom postupku prema maloljetnicima.

Organ starateljstva ima izuzetno značajnu ulogu u krivičnom postupku prema maloljetnicima. Istina, organ starateljstva nije stranka u postupku i nema sva ovlašte-

nja koja imaju stranke u postupku: tužitelj, maloljetnik i njegov branitelj. Međutim, u skladu sa zakonskom regulativom, organ starateljstva raspolaže sa veoma značajnim ovlaštenjima i procesnim mogućnostima, kao i brojnim važnim procesnim obavezama, kojim aktivno učestvuje u postupku i daje svoj doprinos donošenju konačne sudske odluke. Funkciju organa starateljstva vrše centri za socijalni rad, a u mjestima u kojima oni ne postoje, ovu funkciju vrše odgovarajuće službe socijalne zaštite nadležne za poslove starateljstva. U krivičnom postupku prema maloljetniku organ starateljstva nije organ ni optužbe ni odbrane. On je samostalni stručni organ koji zastupa socijalne interese s osnovnim ciljem doprinosa donošenju pravilne odluke, odnosno izboru pravilne vaspitne preporuke ili krivične sankcije prema maloljetniku, koja odgovara stepenu njegove duševne razvijenosti i potrebi njegovog prevaspitanja i popravljanja, čiji je krajnji rezultat uspješna socijalna integracija. U pogledu stručnosti uloga organa starateljstva jeste velika, jer se u njemu uglavnom nalaze socijalni radnici, pedagozi, psiholozi, a u nekim od njih i defektolozi, socijalni pedagozi i drugi stručnjaci koji mogu dati značajan doprinos u donošenju konačne odluke. Organ starateljstva predstavlja specifičan *organizacioni oblik pomoćnih službi u sudskom sistemu*. Ovakvo organizovanje posebnih organa je poželjno u krivičnom postupku prema maloljetnicima, i u isto vrijeme predstavlja savremenu tendenciju koja je usmjerena na formiranje posebnih službi koje će dati značajan doprinos u upoznavanju ličnih i socijalnih karakteristika maloljetnika, te specifičnosti sredine iz koje maloljetnik potiče. U postupku prema maloljetnicima procesni položaj organa starateljstva odlikuje se nizom prava i dužnosti, procesnih mogućnosti i ovlaštenja.

Tako organ starateljstva ima pravo da bude objavljen o pokretanju postupka, da se upozna sa tokom postupka, i da u toku postupka stavlja prijedloge, ukazuje na činjenice i dokaze koji su od važnosti za donošenje pravilne odluke.¹

Tužitelj može zatražiti mišljenje organa starateljstva o cjelishodnosti pokretanja postupka prema maloljetniku. Do donošenja odluke o pokretanju ili nepokretanju krivičnog postupka prema maloljetniku za krivična

djela s propisanom kaznom zatvora do tri godine ili novčanom kaznom, a u slučaju gdje se trebaju ispitati lična svojstva maloljetnika, tužitelj može, u sporazumu s organom starateljstva, uputiti maloljetnika u prihvatilište ili u ustanovu za ispitivanje ili vaspitanje, ali najduže na 30 dana. Također, obaveza je tužitelja da obavijesti organ starateljstva kad nađe da nije cjelishodno pokretati postupak prema maloljetniku, i pritom navede razloge za takvu odluku.²

Pored činjenica koje se odnose na krivično djelo, u pripremnom postupku prema maloljetniku, posebna pažnja je usmjerena na prikupljanje činjenica u odnosu na okolnosti potrebne za ocjenu njegove duševne razvijenosti. Potrebno je ispitati sredinu i prilike u kojim maloljetnik živi, te druge okolnosti koje se tiču njegove ličnosti. Ove podatke prikuplja sudija za maloljetnike i on može zatražiti da te podatke prikupi određena stručna osoba (socijalni radnik, defektolog, psiholog itd.), a može njihovo pribavljanje povjeriti organu starateljstva.³

Sudija za maloljetnike može odobriti da radnjama u pripremnom postupku prisustvuje predstavnik organa starateljstva, i on može stavljati prijedloge i postavljati pitanja osobi koja se ispituje, odnosno saslušava.⁴

Sudija za maloljetnike može narediti da se, u toku pripremnog postupka maloljetnik smjesti u prihvatilište, vaspitnu ili sličnu ustanovu, da se stavi pod nadzor organa starateljstva ili da se preda drugoj porodici, ako je to potrebno radi izdvajanja maloljetnika iz sredine u kojoj je živio ili radi pružanja pomoći, zaštite ili smještaja maloljetnika.⁵ Ako u toku pripremnog postupka tužitelj nađe da nema osnove za vođenje postupka prema maloljetniku ili da postoje zakonom predviđeni razlozi, staviti će prijedlog sudiji za maloljetnike da obustavi postupak. O prijedlogu za obustavljanje postupka tužitelj će obavijestiti i organ starateljstva.⁶

Pored osoba čije je prisustvo obavezno na glavnom pretresu, na glavni pretres pozvat će se i roditelji, odnosno staratelji maloljetnika i organ starateljstva, ali nji-

2 Član 373. ZKP FBiH i član 358. ZKP RS.

3 Član 376. ZKP FBiH i član 361. ZKP RS.

4 Član 377. ZKP FBiH i član 362. ZKP RS.

5 Član 378 ZKP FBiH i član 363. ZKP RS.

6 Član 382. ZKP FBiH i član 367. ZKP RS.

hov nedolazak ne sprečava sud da održi glavni pretres.⁷ U toku glavnog pretresa sudija za maloljetnike može narediti da se sa zasijedanja udalje sve ili pojedine osobe, osim tužitelja, branitelja i predstavnika organa starateljstva.⁸

Uprava ustanove, u kojoj se izvršava vaspitna mjera prema maloljetniku, dužna je svaka dva mjeseca dostaviti sudu, koji je izrekao ovu mjeru, izvještaj o ponašanju maloljetnika. Sudija za maloljetnike može preko organa starateljstva pribaviti obavještenje o izvršenju ostalih vaspitnih mjera, a može odrediti da to učini i određena stručna osoba (socijalni radnik, defektolog i dr.)⁹

Kad su ispunjeni zakonom propisani uslovi za izmjenu odluke o izrečenoj vaspitnoj mjeri, odluku o izmjeni donosi sudija za maloljetnike koji je donio rješenje o vaspitnoj mjeri, ako sam nađe da je to potrebno, ili na prijedlog tužitelja, upravnika ustanove ili organa starateljstva kome je povjeren nadzor nad maloljetnikom. Prije donošenja odluke sudija za maloljetnike će saslušati tužitelja, maloljetnika, njegovog roditelja ili staratelja, ili druge osobe, a pribaviće i potrebne izvještaje od ustanove u kojoj maloljetnik izdržava zavodsku mjeru, od organa starateljstva ili drugih organa i ustanova.¹⁰

Iz prezentiranog se jasno vidi da organ starateljstva ima značajnu ulogu u krivičnom postupku prema maloljetnicima. Procesni položaj organa starateljstva u krivičnom postupku prema maloljetnicima se prema Škuliću (1999) izražava kroz:

- *posjedovanje određenih procesnih mogućnosti,*
- *vršenje određenih procesnih prava,*
- *posjedovanje prava čijom se realizacijom omogućava efektivno oživotvorenje procesnih prava i mogućnosti,*
- *vršenje opservacionih stručnih aktivnosti,* kojima se daje značajan doprinos u upoznavanju ličnosti maloljetnika i uslova sredine iz koje dolazi. Vršanjem ovih aktivnosti organ starateljstva ispunjava *svoje osnovne procesne dužnosti.*

⁷ Član 385. ZKP FBiH i član 370. ZKP RS.
⁸ Član 386. ZKP FBiH i član 371. ZKP RS.
⁹ Član 394. ZKP FBiH i član 379. ZKP RS.
¹⁰ Član 395 ZKP FBiH i član 380. ZKP RS.

Organ starateljstva posjeduje sljedeće procesne mogućnosti:

1. On može dostaviti mišljenje tužitelju o cjelishodnosti pokretanja postupka prema maloljetnom učinitelju krivičnog djela.¹¹
2. Organ starateljstva može na osnovu naređenja sudije za maloljetnike provoditi nadzor nad maloljetnikom tokom trajanja pripremnog postupka, ukoliko je to potrebno radi izdvajanja maloljetnika iz sredine u kojoj je živio, ili radi pružanja pomoći, zaštite ili smještaja maloljetnika.¹²

Organ starateljstva ima sljedeća procesna prava:

1. Organ starateljstva ima pravo da se upozna s tokom postupka prema maloljetniku, da stavlja prijedloge, te da ukazuje na činjenice i dokaze. Na ovaj način on ostvaruje aktivnu procesnu ulogu u postupku, mada u skladu sa zakonom organ starateljstva nije stranka u postupku.¹³
2. Organ starateljstva ima pravo da ga tužitelj obavijesti o svakom pokretanju postupka prema maloljetniku.¹⁴
3. Organ starateljstva može dati prijedlog za izmjenu odluke o izrečenoj vaspitnoj mjeri kad su za to ispunjeni zakonom propisani uslovi.¹⁵

Organ starateljstva ima sljedeća prava čijom se realizacijom omogućava efektivno oživotvorenje drugih procesnih prava i procesnih mogućnosti:

1. Organ starateljstva mora biti pozvan na glavni pretres.¹⁶
2. Predstavnik organa starateljstva ne može biti udaljen sa glavnog pretresa.¹⁷

Iz naprijed prezentiranog jasno se vidi da organ starateljstva ima važnu i nezamjenjivu ulogu u krivičnom postupku prema maloljetnim učiniteljima krivičnih djela. Međutim, uloga organa starateljstva se ne svodi samo na krivični postupak, odnosno radnje koje pret-

¹¹ Član 352. stav 1. ZKP BiH, član 373. stav 1. ZKP FBiH i član 358. stav 1. ZKP RS
¹² Član 363. stav 1. ZKP RS
¹³ Član 368. stav 1. ZKP FBiH i član 353. stav 1. ZKP RS
¹⁴ Član 368. stav 2. ZKP FBiH i član 353. stav 2. ZKP RS
¹⁵ Član 395. stav 1. ZKP FBiH i član 380. stav 1. ZKP RS
¹⁶ Član 385. stav 2. ZKP FBiH i član 370. stav 2. ZKP RS
¹⁷ Član 386. stav 3. ZKP FBiH i član 371. stav 3. ZKP RS

hoda pokretanju krivičnog postupka. Posebno važnu ulogu organ starateljstva ima u radu sa maloljetnim učiniteljima krivičnih djela mlađim od 14 godina (djecom), nakon odluke da se krivični postupak ne pokreće, te nakon izrečenih vaspitnih preporuka, krivičnih sankcija ili kazne maloljetničkog zatvora.

Literatura:

1. Buljubašić, S. (2005), *Maloljetnička delinkvencija*, Arka Press, Sarajevo
2. *Krivični zakon Bosne i Hercegovine*, Službeni glasnik Bosne i Hercegovine, br. 03/2003.
3. Lakićević, M. (2000), *Metode i tehnike socijalnog rada III*, Fakultet političkih nauka u Beogradu i Udruženje stručnih radnika socijalne zaštite Republike Srbije, Beograd.
4. *Smjernice Ujedinjenih nacija za prevenciju maloljetničke delinkvencije (Rijadske smjernice)*, 1997.
5. *Zakon o izvršenju krivičnih sankcija u FBiH*, Službene novine FBiH. Br. 44/98 I 42/99
6. *Zakon o krivičnom postupku FBiH*, Službene novine FBiH, br. 35/03
7. *Zakon o osnovama socijalne zaštite, zaštite civilnih žrtava rata i zaštite porodica sa djecom*, Službene novine FBiH, br. 36/99

INTERAKCIJA FARMAKOTERAPIJE I PSIHOTERAPIJE KOD BOLESTI OVISNOSTI

Prim.dr. **Samir Kasper**, spec. neurologije i psihijatrije
JZU Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona

Sažetak

Liječenje ovisnosti uključuje primjenu medicinskih i nemedicinskih postupaka orijentiranih prema ovisniku, a za cilj imaju njegovo izlječenje ili reduciranje nastale štete zbog konzumacije psihoaktivnih tvari. Primjenom lijekova moguće je spriječiti intoksikaciju, smanjiti simptome apstinencijske krize, smanjiti žudnju za sredstvom ovisnosti ili pak izazvati averziju prema istome, dok je cilj psihoterapije poticanje apstinencije, podučavanje bolesnika novim vještinama suočavanja sa stresom, jačanje motivacije za borbu s ovisnošću i poboljšanje kakvoće života. Obično postoje tri ključne faze oporavka u toku liječenja ovisnosti i rehabilitacije od ovisnosti, a to su: detoksikacija, oporavak i prevencija recidiva. Većina farmakoterapije cilja na moždane receptore neurotransmitera/neuromodulatora koji su disregulirani kao rezultat specifične ovisnosti. Većina lijekova za bolest ovisnosti spada u tri opće klase uključujući lijekove s punim agonistima, djelomične agoniste i lijekove antagoniste. Postoji niz psihoterapijskih metoda za liječenje ovisnosti o alkoholu i drugim psihoaktivnim sredstvima, a najčešće se primjenjuju kognitivno-bihevioralna terapija, motivacijska poticajna terapija, porodična terapija i terapija parova i dijalektičko-bihevioralna.

Ključne riječi: farmakoterapija, psihoterapija, ovisnost, liječenje ovisnosti

Uvod

Bolest ovisnosti konceptualizirana je kao hronična relapsirajuća medicinska bolest s relapsima i remisijama i snažnom genetskom komponentom sličnom dijabetesu tipa II i hipertenziji. Liječenje ovisnosti uključuje primjenu medicinskih i nemedicinskih postupaka orijentiranih prema ovisniku, a za cilj imaju njegovo iz-

lječenja ili reduciranje nastale štete zbog konzumacije psihoaktivnih tvari (Brlas, 2011). Rizik od recidiva je povećan jer se neurobiološke promjene u moždanim putevima koje su nastale dugogodišnjom upotrebom alkohola i/ili droga ne vraćaju u potpunosti u normalu nakon procesa detoksikacije. Intenzitet i priroda bihevioralne intervencije mogu utjecati na ishod liječenja pacijenata sa bolesti ovisnosti. Upotreba lijekova u liječenju ovisnosti također može igrati važnu ulogu u sprječavanju relapsa i olakšavanju dužih perioda apstinencije. U posljednjih 30 godina razvijeni su efikasniji lijekovi, a potom je farmakoterapija progresivno igrala sve važniju ulogu u liječenju ovisnosti. Lijekovi se uglavnom koriste kao dodatak psihosocijalnim tretmanima, a uloga farmakoterapije u liječenju ovisi o specifičnoj vrsti supstance koja se zloupotrebljava (Douaihy, Kelly, Sullivan, 2013).

Farmakoterapija

Primjenom lijekova moguće je spriječiti intoksikaciju, smanjiti simptome apstinencijske krize, smanjiti žudnju za sredstvom ovisnosti ili pak izazvati averziju prema istome, dok je cilj psihoterapije poticanje apstinencije, podučavanje bolesnika novim vještinama suočavanja sa stresom, jačanje motivacije za borbu s ovisnošću i poboljšanje kakvoće života. Liječenje lijekovima kao što su metadon, buprenorfin, buprenorfin/nalokson i naltrekson, dostupno je za pojedince ovisne o opijatima, dok se akamprosatski, disulfiram, naltrekson i topiramatski najčešće primjenjuju u liječenju ovisnosti o alkoholu. Većina osoba s teškim oblikom ovisnosti jesu politoksikomani, što iziskuje liječenje za sve tvari koje zloupotrebljavaju. Psihoaktivni lijekovi, poput antidepresiva, anksiolitika, stabilizatora raspoloženja i antipsihotika, mogu biti ključni za uspjeh u bolesni-

ka s komorbidnim poremećajima, kao što su depresija, anksiozni poremećaji (uključujući posttraumatski stresni poremećaj), bipolarni poremećaj i shizofrenija (Buljan, Bundalo-Vrbanac, Gelo, 2013).

Farmakoterapija može igrati ključnu ulogu u terapiji i liječenju ovisnosti, gdje se lijekovi često propisuju kako bi se ublažili simptomi odvikavanja i žudnje ili smanjila vjerojatnost recidiva u budućnosti ograničavanjem djelovanja droga.

Faze liječenja

Obično postoje tri ključne faze oporavka u toku liječenja ovisnosti i rehabilitacije od ovisnosti:

1. Detoksikacija

Detoksikacija od ovisnosti je gotovo uvijek prvi korak u bilo kojem rehabilitacijskom programu. Prije nego što se nekome daju lijekovi za pomoć u borbi protiv ovisnosti, neophodno je ukloniti preostale supstance iz sistema kako ne bi ometali ili umanjili učinak lijekova.

2. Početni oporavak

Početni oporavak i olakšanje od žudnje i simptoma apstinencije može potrajati od nekoliko dana do sedmica, ovisno o dužini zloupotrebe supstanci, intenzitetu zloupotrebe i vrsti supstance. Nakon što pacijenti prođu početnu fazu detoksikacije, zdravstveni radnici mogu početi istraživati mogućnosti farmakoterapije za smanjenje žudnje i blokiranje učinaka tvari ovisnosti.

3. Prevencija recidiva

Posljednja faza liječenja ovisnosti predstavlja prevenciju recidiva. Doktori mogu propisati lijekove kako bi nastavili blokirati pozitivne učinke supstanci, ili koji alternativno uzrokuju negativne nuspojave kada se uzimaju zajedno sa supstancom (kao što je alkohol s disulfiramom) (Headlands, 2021).

Većina farmakoterapije cilja na moždane receptore neurotransmitera/neuromodulatora koji su disregulirani kao rezultat specifične ovisnosti. Većina lijekova za bolest ovisnosti spada u tri opće klase uključujući:

- a) lijekove s punim agonistima,
- b) djelomične agoniste i
- c) lijekove antagonistu.

Puni agonisti direktno stimuliraju receptorska mjesta u mozgu – na primjer, metadon se vezuje za opijatske receptore slično djelovanju heroina. Puni agonisti se koriste kao zamjena za zloupotrijebljeni lijek, a pacijent nastavlja uzimati lijekove kao dugotrajnu terapiju za održavanje svog oporavka.

Djelomični agonisti djeluju kao agonisti, ali ne stimuliraju receptor u istom stepenu. Djelomični agonisti se ponekad koriste za detoksikaciju, nakon čega klijent ostaje čist od droga.

Lijekovi agonisti se uzimaju svakodnevno kako bi se izbjeglo povlačenje i žudnja koja može dovesti do recidiva. Antagonisti se vezuju za receptor, ali ga ne stimuliraju i sprečavaju vezivanje agonista (Douaihy, Kelly, Sullivan, 2013).

Psihoterapija

Psihoterapija može liječiti ovisnost na sljedeći način: Stvaranje sigurnog prostora — da bi se pacijent efikasno liječio, potrebno je prikupiti što više informacija o njegovom životu. Kroz terapiju, psihoterapeut mu može pomoći da se osjeća sigurnije i ugodnije. To pacijentima olakšava dijeljenje važnih informacija o sebi.

Pomoć kod odvikavanja — psihoterapija pomaže da pacijent upravlja simptomima odvikavanja. Putem kognitivne bihevioralne terapije pacijent može identificirati situacije zbog kojih će vjerojatnije žudjeti za drogom, a potom razviti strategije za suzbijanje poriva da ih i koristi.

Rješavanje korijenskih uzroka — kada se suočavaju s traumatskim iskustvima, problemima mentalnog zdravlja i problemima u vezi, mnogi ljudi se okreću supstancama. Interpersonalne, dijalektičke i potporne terapije pomažu u nošenju s ovim problemima bez upotrebe supstanci.

Motiviranje pozitivne promjene — jedna od najvećih prepreka za terapiju ovisnosti je pacijentova nespremnost da se promijeni. Putem psihoterapije terapeut može pomoći pacijentu u otkrivanju razloga te nespremnosti. Potom se mogu osmisliti strategije koje će pomoći pacijentu da održi motivaciju (SARC, 2023).

Postoji niz psihoterapijskih metoda za liječenje ovisnosti o alkoholu i drugim psihoaktivnim sredstvima, a najčešće se primjenjuju kognitivno-bihevioralna terapija, motivacijska poticajna terapija, porodična terapija i terapija parova i dijalektičko-bihevioralna.

Kognitivno-bihevioralna terapija

Pretpostavka je da su zloupotreba sredstava ovisnosti i sama ovisnost naučeno ponašanje koje se može promijeniti. Kognitivno-bihevioralna terapija predstavlja

oblik liječenja u kojem se bolesnika podučava kako da uoči i promijeni neprilagođene obrasce ponašanja koji dovode do negativnih misli i osjećaja, koji posljedično uzrokuju daljnje uzimanje sredstava ovisnosti. Ovakve intervencije formirane su da bi se poboljšale vještine međuljudske komunikacije, vještine suočavanja sa stresom, da bi se smanjio rizik relapsa te povećala samoefikasnost (Buljan i sur., 2013).

Motivacijska poticajna terapija

Motivacijska poticajna terapija ili motivacijski intervju sastoji se od pomaganja ljudima da pronađu svoj unutrašnji nagon za postizanjem cilja. U slučaju ovisnosti, pomaže pacijentima da prevladaju obrasce ovisnosti. Ovlašteni terapeut sluša brige pacijenata i pronalazi ohrabrujuće načine da ih navede da se posvete promjenama. Ova tehnika pomaže pacijentima koji se bore s depresijom da povrate osjećaj fokusa. Dodatno, motivaciono intervjuisanje se može kombinovati sa kognitivno bihevioralnom terapijom za bolje rezultate (Murray, 2023).

Porodična terapija i terapija parova

Ovisnost o nedozvoljenim supstancama ne utiče samo na život ovisnika. Pogođeni su i životi njegovih ili njenih najmilijih. Da bi liječenje ovisnosti bilo uspješno, odnosi sa prijateljima i porodicom moraju biti jaki. Postoje različite metode savjetovanja koje mogu uključiti partnera pojedinca, ali i zabrinute članove porodice i prijatelje od povjerenja.

Porodična terapija i terapija za parove može uveliko pomoći osobi da se oporavi od posljedica ovisnosti i da popravi narušene odnose uzrokovane ovisnošću. Ovisnici koji se liječe imaju veću vjerovatnoću da završe svoj program liječenja i odlaze na terapije kada su uključeni i njihovi voljeni.

Istraživanja su pokazala da terapija za porodicu i parove može smanjiti šanse za recidiv, pomoći u povećanju sreće u porodici, a također pomaže djeci roditelja s problemima ovisnosti da se izbore sa situacijom u kojoj se nalaze (Addiction Rehab, 2019).

Dijalektičko-bihevioralna terapija

Dijalektičko-bihevioralna je terapija sveobuhvatno bihevioralno orijentirano liječenje usmjereno prema visoko disfunkcionalnim bolesnicima koji ispunjava-

ju kriterije za granični poremećaj osobnosti. Mnogi ovisnici koji zloupotrebljavaju drogu, također ispunjavaju te kriterije. Najveći je izazov ove terapije uravnoteženje između prihvaćanja i potvrđivanja strategija liječenja i procedura rješavanja problema, postupanja u nepredviđenim okolnostima, kognitivna modifikacija i uvježbavanje vještina socijalnih komunikacija. Ova se terapija pokazala učinkovitijom od uobičajenoga liječenja ovisnosti o drogama kod žena s graničnim poremećajem osobnosti (Buljan i sur., 2013).

Zaključak

Ovisnost je hronična bolest koja zahtijeva dugotrajan pristup. Farmakologija ima značajnu ulogu u liječenju ovisnosti na nivou detoksikacije, početnog oporavka i prevencije recidiva. Psihoterapija pomaže osobama da se nose sa traumatskim iskustvima, motivacijom, odnosima sa drugim ljudima i sl.. Kombiniranje ova dva pristupa doprinosi efikasnijem liječenju i rehabilitaciji kako bi se pojedinac mogao ponovno reintegrirati u društvo i voditi normalan, svakodnevni život.

Literatura:

1. A. B. Douaihy, T. M. Kelly, C. Sullivan (2013). Medications for Substance Use Disorder. National Library of Medicine, 28, 264–278. doi: 10.1080/19371918.2013.759031
2. Addiction Rehab (2019). How is Psychotherapy Used for Addiction Treatment. Addiction Treatment Tips. Preuzeto sa: <https://addictionrehabtoronto.ca/psychotherapy-used-addiction-treatment/>
3. Brlas, S. (2011). Terminološki opisni rječnik ovisnosti: Opis važnih termina iz područja ovisnosti o drogama, alkoholizma i problematičnog i patološkog kockanja. Virovitica: Zavod za javno zdravstvo „Sveti Rok“ Virovitičko-podravske županije.
4. D. Buljan, D. Bundalo-Vrbanac, J. Gelo (2013). Interakcija psihoterapije i farmakoterapije kod bolesti ovisnosti. Medix, 104/105, 252-256.
5. Headlands(2021). The Role of Pharmacology in Addiction Treatment. Preuzeto sa: <https://headlandsats.com/pharmacology-role-in-addiction-treatment/>
6. K. Murray (2023). Therapy For Addiction Recovery. Addiction Center. Preuzeto sa: <https://www.addictioncenter.com/treatment/therapy-for-addiction-recovery/>
7. SARC San Antonio Recovery Center (2023). Psychotherapy for Addiction. Preuzeto sa: <https://www.sanantoniorecovery-center.com/rehab-blog/psychotherapy/>

ZAJEDNIČKE KARAKTERISTIKE OVISNOSTI O ALKOHOLU I OVISNOSTI O HEROINU

Prim. mr. sci. **Hassan dr. Awad**, spec. Neuropsihijatar
JZU Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona

Sažetak

Alkohol i heroin imaju depresivni farmakološki učinak na organizam čovjeka. Ovisnost o heroinu se razvija brže od ovisnosti o alkoholu. Intenzivna euforija i naknadna želja da se izbjegniju simptomi odvikavanja mogu brzo dovesti do obrasca kompulzivne upotrebe. Izraz alkoholizam se odnosi na čestu konzumaciju velikih količina alkohola koja dovodi do tolerancije, psihičke i tjelesne ovisnosti te opasnog apstinencijskog sindroma. Pošto je heroin droga koja utiče i na um i na tijelo, moguće je postati i fizički i psihički ovisan o drogi. To znači da kada se prolazi kroz detoksikaciju heroina, vjerovatno će se iskusiti i fizički i psihički simptomi odvikavanja poput: bolova u mišićima, bol u kostima, mučnine, povraćanja, dijareje, bubuljica, hladnoće kože, trzaje nogu, promjena raspoloženja, razdražljivost, uznemirenosti, anksioznosti, depresije, zbunjenosti, problema u donošenju odluka. Apstinencijski simptomi ovisnosti o alkoholu uključuju: glavobolju, nesanicu, anksioznost, drhtanje ruku, gastrointestinalne smetnje i lupanje srca. povećan krvni tlak ili broj otkucaja srca, zbunjenost, blagu hipertermiju, ubrzano abnormalno disanje, dezorijentaciju i smanjenu pažnju te delirium tremens. Liječenje obje ovisnosti obično se sastoji od dvije faze: detoksikacije i rehabilitacije. Ovisnost o heroinu i alkoholu dijele zajedničke karakteristike ovisnosti i poremećaja u ponašanju. . Prepoznavanje ovih zajedničkih karakteristika ključno je za razvoj učinkovitih strategija za rješavanje izazova koje postavljaju obje supstance.

Ključne riječi: ovisnost o heroinu, ovisnost o alkoholu, farmakološki učinci, obrasci ovisnosti, simptomi odvikavanja, društveni uticaji, pristupi liječenju.

Uvod

Ovisnost o supstancama je sveprisutan problem koji pogađa milione ljudi širom svijeta. Među najčešće zloupotrebljavanima supstancama heroin (opioid) i alkohol (depresiv) imaju dubok uticaj na pojedince i društvo. Heroin je ilegalna droga koju većina ljudi smatra jednom od najštetnijih supstanci. Dok ovisnost o heroinu može biti razorna i povezana je s nizom ozbiljnih posljedica, alkohol može biti jednako destruktivan, uprkos činjenici da je legalan. Budući da je alkohol legalan, većina ljudi ne vjeruje da može biti opasan. U nekim dijelovima svijeta, posebno na Zapadu, smatra se normalnim i prihvatljivim biti alkoholiziran na raznim proslavama kao što su rođendani, godišnjice, razne proslave i festivali. Konzumacija alkohola se općenito prikazuje u pozitivnom svjetlu u medijima, dok se upotreba heroina obično prikazuje na negativan način. Činjenica da je ilegalno posjedovati i koristiti heroin znači da on automatski ima percepciju da je štetniji od alkohola, koji je lako dostupan i legalan za kupovinu od strane osoba odgovarajuće dobi.

Ovaj članak ima za cilj istražiti sličnosti između ovisnosti o heroinu i alkoholu, s obzirom na njihove farmakološke učinke, obrasce ovisnosti, simptome odvikavanja, društvene uticaje i pristupe liječenju.

Farmakološki učinci

Heroin

Heroin je sirovi preparat diamorfina. To je polusintetski proizvod dobijen acetilacijom morfijina, koji se javlja kao prirodni proizvod u opijumu: osušeni lateks određenih vrsta maka (npr. *Papaver somniferum* L.). Diamorfin je narkotički analgetik koji se koristi u liječenju jakih bolova. Dok se opijum puši od istorijskih vremena, dijamorfin je prvi put sintetizovan krajem devetna-

estog vijeka. Diamorfin, poput morfija i mnogih drugih opioida, proizvodi analgeziju. Ponaša se kao agonist na složenoj grupi receptora (podtipovi μ , κ i δ) na koje normalno djeluju endogeni peptidi poznati kao endorfini. Osim analgezije, diamorfin izaziva pospanost, euforiju i osjećaj odvojenosti. Negativni efekti uključuju depresiju disanja, mučninu i povraćanje, smanjenu pokretljivost u gastrointestinalnom traktu, potiskivanje refleksa kašlja i hipotermiju (EMCDDA, 2023).

Alkohol

Alkohol (etanol) je supstanca koji depresira središnji nervni sistem (CNS) koji, ovisno o koncentraciji u krvi, može izazvati različite manifestacije kao što su olakšanje anksioznosti, dezinhibicija, ataksija i opća anestezija. Primarno djelovanje alkohola je na gama-aminobutirnu kiselinu (GABA) i sisteme neurotransmitera glutamata, pojačavajući inhibitorne efekte GABA-e i smanjujući ekscitatorne efekte glutamata, što dovodi do depresivnog djelovanja (Hironaka, 2022).

Obrasci ovisnosti

Heroin

Ovisnost o heroinu smatra se bihevioralnim stanjem kompulzivne upotrebe droge i velikom tendencijom recidiva nakon perioda apstinencije. Ljudi ubrizgavaju, šmrkaju, šmrkaju ili puše heroin. Neki ljudi pomiješaju heroin sa crack kokainom, što se naziva "speedballing". Svi ovi načini uzimanja heroina ga vrlo brzo šalju u mozak, što ga čini jakom ovisnošću.

Ovisnost o heroinu se razvija brže od ovisnosti o alkoholu. Intenzivna euforija i naknadna želja da se izbjegnu simptomi odvikavanja mogu brzo dovesti do obrasca kompulzivne upotrebe. Pojedinci često povećavaju svoju dozu kako se razvija tolerancija, povećavajući rizik od predoziranja.

Ljudi koji koriste heroin navode da osjećaju "rush" (navalu zadovoljstva). Tada mogu osjetiti druge efekte, kao što je crvenilo kože, suha usta i osjećaj težine u rukama i nogama. Također, mogu imati jak svrab, mučninu i povraćanje. Nakon ovih prvih efekata, obično će biti pospani nekoliko sati, a disanje će im se usporiti (MedLine Plus, 2023).

Alkohol

Pretjerana konzumacija alkohola može dovesti do teških tjelesnih i psihičkih tegoba. Poriv na hroničnu pretjeranu konzumaciju, povećana tolerancija i apsti-

nencijski simptomi se nazivaju ovisnošću o alkoholu ili alkoholizmom.

Izraz zloupotreba alkohola se općenito odnosi na ponašanje koje obuhvaća povremeno opijanje, što dovodi do neispunjavanja obaveza, izlaganja opasnim situacijama, problema sa zakonom te društvenih ili međuljudskih problema bez znakova ovisnosti.

Izraz alkoholizam se odnosi na čestu konzumaciju velikih količina alkohola koja dovodi do tolerancije, psihičke i tjelesne ovisnosti te opasnog apstinencijskog sindroma. Kada konzumacija alkohola dovede do znakovite kliničke toksičnosti i oštećenja tkiva, ova se dva izraza izjednačavaju (MSD priručnik dijagnostike i terapije, 2014).

Simptomi odvikavanja

Heroin

Simptomi odvikavanja mogu početi već nekoliko sati nakon zadnje doze heroina. Dužina i težina odvikavanja od heroina mogu zavisiti od brojnih faktora, uključujući količinu heroina koja se koristila, koliko često se koristio i koliko dugo je pjeđinac ovisan. Pošto je heroin droga koja utiče i na um i na tijelo, moguće je postati i fizički i psihički ovisan o drogi. To znači da kada se prolazi kroz detoksikaciju heroina, vjerovatno će se iskusiti i fizički i psihički simptomi odvikavanja. Fizički simptomi odvikavanja od heroina uključuju: bolove u mišićima, bol u kostima, mučninu, povraćanje, dijareju, bubuljice, hladnoću kože, trzaje nogu. Psihološki simptomi odvikavanja od heroina uključuju: promjene raspoloženja, razdražljivost, uznemirenost, anksioznost, depresiju, zbunjenost, probleme u donošenju odluka. Neki ljudi čak dožive halucinacije tokom odvikavanja od heroina. To je zato što heroin može uzrokovati promjene u načinu na koji mozak obrađuje informacije i može potrajati neko vrijeme da se mozak prilagodi na odsustvo droge (Albuquerque, 2023).

Alkohol

Šta se dešava sa tijelom kada osoba odustane od alkohola ovisi o različitim faktorima. U zavisnosti od nivoa fiziološke zavisnosti od alkohola, težina akutnog odvikavanja od alkohola varira kod različitih pojedinaca.

Američka akademija porodičnih ljekara ističe 3 potencijalne faze koje osoba u stanju povlačenja može

doživjeti. To uključuje:

Faza 1 (blaga): Simptomi mogu uključivati glavobolju, nesanicu, anksioznost, drhtanje ruku, gastrointestinalne smetnje i lupanje srca.

Faza 2 (umjerena): Simptomi mogu uključivati simptome u stadijumu 1 uz povećan krvni tlak ili broj otkucaja srca, zbunjenost, blagu hipertermiju (tj. prekomjernu tjelesnu temperaturu) i ubrzano abnormalno disanje.

Faza 3 (teška): Simptomi uključuju simptome Faze 2 pored vizuelnih ili slušnih halucinacija, dezorijentaciju i smanjenu pažnju te delirium tremens (Sharp, 2023).

Društveni uticaj

Heroin

- Društvene posljedice heroina:
- Finansijski problemi
- Poteškoće u dolasku na posao
- Disciplinska pitanja
- Raskinuti brakovi i veze
- Gubitak starateljstva nad djecom
- Prekinuta prijateljstva
- Raspad porodice
- Nedostatak produktivnosti
- Zlostavljanje u porodici

Kako se prioriteti ovisnika pomjeraju na pronalaženje heroine, prethodni prioriteti kao što su prihod, porodica, prijatelji i briga o sebi padaju niže u svakodnevnom potrebama. Ovisnost o heroinu je skupa, što pojačava promjenu prioriteta na upotrebu droga i korištenje svih raspoloživih prihoda za drogu, zanemarujući time novac za zdravlje, hranu, porodicu i sklonište (United Recovery Project, 2018).

Alkohol

Alkoholizam utiče na skoro svaki aspekt društva uključujući:

- Veća učestalost saobraćajnih nesreća
- Oštećenja javne i privatne imovine
- Opadanje zdravlja i razvoj hroničnih bolesti
- Povećane medicinskih intervencija
- Smanjenje produktivnosti na radnom mjestu
- Povećanje nesreća na radu
- Nasilje u porodici
- Nasilni zločini

Mnogi alkoholičari počinju da se povlače iz društva,

provode manje vremena učestvujući u aktivnostima u kojima su nekada uživali i manje vremena u interakciji sa prijateljima i porodicom. Možda čak razviju novi društveni krug prijatelja koji više vole da provode vreme sa drugim alkoholičarima ili mogu biti usamljeni pijanci, dodatno se izolujući od društva (Transformins Treatment Center, 2023).

Pristupi liječenju

Heroin

Detoksikacija je prvi korak ka prevazilaženju heroina. Odvikavanje od heroina je često bolno i kod nekih može trajati sedmicama, ali doktori mogu propisati lijekove koji mogu umanjiti nelagodu i pomoći tijelu da se polako prilagodi.

Liječenje ove ovisnosti često uključuje kombinaciju liječenja i savjetovanja. Lijekovi poput metadona, buprenorfina i naltreksona koriste se za smanjenje žudnje i simptoma odvikavanja. Bihevioralne terapije su ključne za rješavanje osnovnih uzroka ovisnosti (National Library of Medicine, 2019).

Kod liječenja ovisnosti o heroinu, često se preporučuje i stacionarna rehabilitacija (komuna). Stacionarna rehabilitacija eliminira okolišne i društvene faktore koji otežavaju postizanje trezvenosti.

Alkohol

Liječenje ovisnosti o alkoholu obično se sastoji od dvije faze: detoksikacije i rehabilitacije. Početna faza detoksikacije bavi se akutnim simptomima ustezanja. Lijekovi poput disulfirama, naltreksona i akamprosata koriste se za kontrolu ovisnosti i žudnje. Kasnija faza rehabilitacije pokušava spriječiti recidiv i razvija način života kompatibilan s dugotrajnom apstinencijom. Dok je detoksikacija široko prihvaćena kao farmakoterapijska domena, rehabilitacija u kliničkoj praksi tradicionalno uključuje psihosocijalne i psihoterapijske intervencije koje se sastoje od individualne i grupne psihoterapije, kognitivno-bihevioralnih tretmana i grupa koje samostalno upravljaju kao što su Anonimni alkoholičari (Jung & Namkoong, 2006).

Zaključak

Ovisnost o heroinu i alkoholu dijele zajedničke karakteristike ovisnosti i poremećaja u ponašanju. Također, pokazuju jasne sličnosti u farmakologiji, obrascima ovisnosti, procesima odvikavanja, društvenim utjecajima i metodologijama liječenja. Pored legalnosti i

društvene prihvaćenosti, razlika je u brzini stvaranja ovisnosti i vidljivosti posljedica koje ove bolesti uzrokuju. Ovisnost o heroinu nastaje brže i posljedice su vidljive kroz veoma kratko vrijeme, dok kod ovisnosti o alkoholu ove stvari traju nešto duže. Međutim, obje supstance su veoma opasne, a bolest ovisnosti se teško liječi. Prepoznavanje ovih zajedničkih karakteristika ključno je za razvoj učinkovitih strategija za rješavanje izazova koje postavljaju obje supstance.

Literatura:

1. A. Sharp (2023). Alcohol Withdrawal Symptoms, Timeline, Detox, and Treatment. American Addiction Centres. Preuzeto sa: <https://americanaddictioncenters.org/withdrawal-timelines-treatments/alcohol>
2. National Library of Medicine (2019). Medications for Opioid Use Disorder Save Lives. National Academies Press (US). Preuzeto sa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK541393/>
3. N. Albuquerque (2023). Heroin Detox. UK Addiction Treatment Centres. Preuzeto sa: <https://www.ukat.co.uk/detox/drug/heroin/>
4. N. Hironaka (2022). Pharmacology of Alcohol and Alcohol Use Disorder. NeuroPsychopharmacotherapy, 2505 - 2524.
5. MedLine Plus (2023). Heroin. National Library Of Medicine. Preuzeto sa: <https://medlineplus.gov/heroin.html>
6. MSD priručnik dijagnostike i terapije (2014). Alkoholizam. Placebo d.o.o. Split. Preuzeto sa: <https://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/psihijatrija/lijekovi-droge-i-ovisnost/alkoholizam>
7. Transformatins Treatment Center (2023). Social Effects of Alcoholism. Preuzeto sa: <https://www.transformationtreatment.center/mental-health/social-effects-of-alcoholism/>
8. The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)(2023). Heroin Drug Profile. Preuzeto sa: https://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/heroin_en
9. United Recovery Project (2018). Social Consequences of Heroin. Preuzeto sa: <https://unitedrecoveryproject.com/rehab-blog/social-consequences-of-heroin/>
10. Y.C. Jung, K. Namkoong (2006). Pharmacotherapy for Alcohol Dependence: Anticraving Medications for Relapse Prevention. Doi: 10.3349/ymj.2006.47.2.167

UTICAJ PORODICE U PREVENCIJI OVISNOSTI

Doc.dr. **Meliha Brdarević-Šikić**, dipl psiholog; **Merima Alić**, dipl.psiholog
JZU Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona

Sažetak

Porodica igra ključnu ulogu u prevenciji ovisnosti. Općenito se smatra da mlade ljude od zlouporabe droga i drugih rizika štite roditelji koji otvoreno komuniciraju, emocionalno podržavaju i prate aktivnosti vlastite djece. Sukob unutar porodice, tjelesno/seksualno ili emocionalno zlostavljanje, zloupotreba supstanci roditelja ili braće i sestara, surovo roditeljstvo, uključivanje socijalnih službi, nedostatak roditeljske kontrole i odsutnost roditelja poznati su faktori rizika koji utječu na rano korištenje psihoaktivnih supstanci. Odgojni stilovi utiču na vrstu odnosa koje dijete ima sa svojim roditeljima – i zauzvrat, sa drugima oko sebe. Loša veza može dovesti do problema s povjerenjem, samopouzdanjem, neuravnoteženog mentalnog stanja i izolacije. Svaki roditelj ima drugačiji pristup u interakciji i usmjeravanju svoje djece. Djetetov moral, principi i ponašanje općenito se uspostavljaju kroz ovu vezu. Različiti istraživači su grupisali roditeljske stilove u četiri kategorije roditeljstva: autoritarno, autoritativno, permisivno i indiferentno. Zdrav odnos roditelj-dijete koji se često njeguje u autoritativnom roditeljstvu može poslužiti kao sistem podrške kada se djeca suočavaju s izazovima. Stroga roditeljska pravila i kazne autoritarnog stila odgoja mogu dovesti do pobune djeteta i bijega kroz konzumiranje psihoaktivnih supstanci. Kod permisivnog odgojnog stila nedostatak granica može olakšati djeci eksperimentiranje s drogama ili alkoholom. Djeca odgajana u indiferentnim domaćinstvima često doživljavaju nedostatak emocionalne podrške, vođenja i strukture. Odsustvo roditeljskog nadzora i podrške može ih učiniti ranjivijim na negativne utjecaje, uključujući zloupotrebu supstanci.

Ključne riječi: porodica, adolescenti, prevencija, psihaktivne supstance, ovisnost

Uvod

Većina stručnjaka vjeruje da svako može razviti ovisnost o drogama ili alkoholu bez obzira na svoja uvjerenja, društveni status, porijeklo ili etničku pripadnost. Svaka upotreba supstanci u tinejdžerskim i mladim odraslim godinama predstavlja zabrinutost. Ljudski mozak nastavlja da se razvija i u dvadesetim godinama, što adolescentske i mlade odrasle godine čini kritičnim vremenom za uspostavljanje zdravog ponašanja i navika. Upotreba supstanci tokom ovih godina stvara potencijal za niz dugoročnih negativnih efekata. Oko 90% ljudi s ovisnostima počelo je koristiti supstance u tinejdžerskim godinama (Partnership to End Addiction, 2023).

Najčešće istraživani mogući faktori rizika jesu:

- sociodemografski i porodični faktori,
- okolinski faktori poput stresa i negativnih afekata,
- biološki faktori koji uključuju genetiku, afekt, kogniciju i ličnost (Slijepčević, 2018).

Ključni zaštitni i rizični faktori utvrđeni su na temelju brojnih istraživačkih podataka pa su tako, prema Lacković – Grgin, 2006., zaštitni faktori: privrženost roditeljima, predanost školi, posvećivanje prosocijalnim aktivnostima i religioznost, dok su rizični faktori: autoritarna roditeljska kontrola, nedostatak bliskosti s roditeljima, roditelji koji konzumiraju drogu i nedostatak intimnosti u prijateljskim vezama (Brlas, Gorjanac, 2015).

Pola bitke protiv ovisnosti predstavlja prevenciju da djeca uopšte probaju drogu. Porodica često okrivljuje pritisak vršnjaka kao razlog što djeca počinju eksperimentirati sa drogom, ali istraživanja pokazuju da roditelji igraju još veću ulogu.

Uticaj porodice u prevenciji ovisnosti

Ovisnost se često naziva „porodičnom bolešću“. To ne znači da se ovisnost prenosi s generacije na generaciju

(iako je genetska predispozicija glavni faktor rizika), ali da kada se jedan član porodice bori s poremećajem ovisnosti, svi su pogođeni (Allure detox, 2023).

Porodica igra ključnu ulogu u prevenciji ovisnosti pružanjem obrazovanja, modeliranjem zdravih ponašanja, održavanjem otvorene komunikacije, postavljanjem granica, praćenjem aktivnosti, pružanjem emocionalne podrške, intervencijom kada je to potrebno, podučavanjem vještina suočavanja, promicanjem angažovanih aktivnosti i kontrolom pristupa psihoaktivnim supstancama.

Općenito se smatra da mlade ljude od zlouporabe droga i drugih rizika štite roditelji koji otvoreno komuniciraju, emocionalno podržavaju i prate aktivnosti vlastite djece. Postoji također snažan dokaz koji podupire prednosti roditeljskog modeliranja i neodobravanja zlouporabe supstanci određivanjem posebnih pravila, osim ograničavanja pristupa. Daljnji dokazi upućuju na to da porodice koje imaju snažna moralna, vjerska ili duhovna uvjerenja pomažu u odmicanju mladih ljudi od alkohola ili droga u većini kultura. Roditelji koji imaju vjerodostojne pristupe svojoj djeci uspješniji su u poticanju apstinencije ili smanjenju štete od roditelja čiji su pristupi autoritarni.

Sukob unutar porodice, tjelesno/seksualno ili emocionalno zlostavljanje, zloupotreba supstanci roditelja ili braće i sestara, surovo roditeljstvo, uključivanje socijalnih službi, nedostatak roditeljske kontrole i odsutnost roditelja poznati su faktori rizika koji utječu na rano korištenje psihoaktivnih supstanci. Mladi ljudi čije porodice imaju historiju zloupotrebe supstanci imaju visok rizik zloupotrebe istih. Nesretnost odrastanja u zlostavljajućim porodicama potiče mlade ljude da olakšanje, kao i bijeg od bijede i siromaštva, traže u zloupotrebi supstanci. Djeca u porodicama samohranih roditelja imaju veći rizik od uzimanja droge ili alkohola, kao i djeca u rekonstituiranim porodicama bez sklapanja braka (Slijepčević, 2018).

Odgojni stilovi utiču na vrstu odnosa koje dijete ima sa svojim roditeljima – i zauzvrat, sa drugima oko sebe. Loša veza može dovesti do problema s povjerenjem, samopouzdanjem, neuravnoteženog mentalnog stanja i izolacije. Roditelji koji su previše neuključeni ili previše rigidno sprovode pravila mogu dovesti do toga da njihova djeca traže nezdrave vezanosti ili da se masovno bore sa društvenom interakcijom, posebno

upravljanjem ljutnjom, adaptacijom, verbalnim izražavanjem i zdravim suočavanjem (Visions Adolescent Treatment Center, 2023).

Odgojni stilovi

Svaki roditelj ima drugačiji pristup u interakciji i usmjeravanju svoje djece. Djetetov moral, principi i ponašanje općenito se uspostavljaju kroz ovu vezu. Različiti istraživači su grupisali roditeljske stilove u četiri kategorije roditeljstva: autoritarno, autoritativno, permisivno i indiferentno. Svaka kategorija koristi jedinstven pristup tome kako roditelji odgajaju svoju djecu. Općenito, svaki roditelj spada u jednu od ovih kategorija i ponekad ima neke karakteristike iz druge kategorije. Roditeljski stil također može zavisiti od situacije (Sanvictores & Mendez, 2022).

Autoritativni odgojni stil

U autoritativnom roditeljskom stilu roditelji postavljaju jasne smjernice i očekivanja. Umjesto kažnjavanja, oni imaju tendenciju da dopuštaju da se razviju prirodne posljedice i pomažu djeci da uče iz ovih situacija. Često koriste ono što je poznato kao induktivno disciplinovanje – usmjeravajući djecu da razmišljaju o tome kako njihovo ponašanje utječe na druge, umjesto da ih kontroliraju kaznama ili prijetnjama. Osim toga, autoritativni roditelji uspostavljaju snažne emocionalne veze sa svojom djecom i prilagođeni su potrebama, osjećajima i mišljenjima svoje djece. Oni pružaju sigurnost, prihvaćanje, toplinu i otvorenu komunikaciju. Ovi roditelji slobodno nude svojoj djeci pohvale i potvrđivanje (Newport Academy, 2023).

Ukoliko se dogodi da se dijete i roditelj u nečemu ne slažu, autoritativan roditelj donosi odluku zajedno sa djetetom kad god je to moguće. Spremnost roditelja da se prilagodi stajalištu djeteta pridonosi lakšem uvažavanju stajališta roditelja kod djeteta i djetetovu poslušnost kad je ona potrebna (Berk, 2015). Djeca koja žive u takvom okruženju su spontana i slobodno izražavaju mišljenje i emocije (Čudina-Obradović i Obradović, 2006).

Djeca odgajana u autoritativnim domaćinstvima imaju tendenciju da razviju bolju samoregulaciju, vještine rješavanja problema i emocionalnu inteligenciju. Veća je vjerovatnoća da će donijeti informirane odluke, što može djelovati kao zaštitni faktor protiv zloupotrebe supstanci. Zdrav odnos roditelj-dijete koji se često nje-

guje u autoritativnom roditeljstvu može poslužiti kao sistem podrške kada se djeca suočavaju s izazovima (Harmony Ridge Recovery Center, 2023).

Autoritaran odgojni stil

Roditelji ovog stila imaju tendenciju da imaju jednosmjerni način komunikacije gdje roditelj uspostavlja stroga pravila koja dijete poštuje. Malo ili nimalo prostora za pregovore od strane djeteta, a pravila se obično ne objašnjavaju. Roditelji očekuju da njihova djeca poštuju ove standarde, a da pritom ne prave greške. Greške obično dovode do kazne. Autoritarni roditelji su obično manje brižni i imaju visoka očekivanja sa ograničenom fleksibilnošću (Sanvictores & Mendez, 2022). Autoritarni roditelji su hladni i odbacujući, često omalovažavaju svoju djecu rugajući im se i kritizirajući ih. Glavni odgojni ciljevi autoritarnog odgoja su postizanje djetetove samokontrole i poslušnosti. Roditelji usmjereni na postavljanje granica i pravila skloni su kažnjavanju, a često i tjelesnom kažnjavanju, u situacijama kada dijete to ne poštuje ili prekrši nešto od toga (Čudina-Obradović i Obradović, 2006). Djeca koja dolaze iz autoritarne okoline u frustrirajućim situacijama postanu neprijateljski nastrojena, a kako bi dobila ono što žele, djeca se koriste silom, baš poput svojih roditelja (Berk, 2015). Ovaj stil roditeljstva može rezultirati djecom koja imaju viši nivo agresije, ali mogu biti stidljiva, društveno nesposobna i nesposobna da donose vlastite odluke. Ova agresija može ostati nekontrolisana jer imaju poteškoća u upravljanju ljutnjom jer im nije pruženo odgovarajuće vodstvo. Imaju nisko samopoštovanje, što dodatno pojačava njihovu nesposobnost da donose odluke. Stroga roditeljska pravila i kazne često utiču na dijete da se pobuni protiv autoriteta kako odrasta (Sanvictores & Mendez, 2022).

U nekim slučajevima, ovaj strogi odgoj može dovesti do pobune ili eksperimentiranja sa supstancama kao oblikom bijega.

Permisivan odgojni stil

Permisivan (popustljiv) odgojni stil je stil odgoja u kojem dominira kombinacija emocionalne topline i slabe kontrole. Permisivni roditelji ne postavljaju velike zahtjeve prema djetetu i provode slabu kontrolu, a istovremeno pružaju veliku toplinu, ljubav i podršku

(Čudina-Obradović i Obradović, 2006). Permisivni roditelji ponekad reaguju na vlastito autoritarno roditeljstvo idući u suprotnom smjeru. Ovi roditelji dopuštaju djeci da sama donose odluke umjesto da postavljaju granice ili im govore šta da rade. Oni žele da budu prijatelji sa svojom djecom.

Neka djeca se dobro snalaze u permisivnom roditeljstvu, posebno ona koja su prirodno nezavisna, ali za djecu koja žude za više strukture i sigurnosti, permisivno roditeljstvo može dovesti do anksioznosti i osjećaja nesigurnosti (Newport Academy, 2023). Kada je u pitanju zloupotreba supstanci,

Indiferentni odgojni stil

Indiferentni (zanemarujući) odgojni stil karakterizira emocionalna hladnoća i slaba kontrola. Djeci je dato puno slobode jer se ovaj tip roditelja obično drži podalje. Oni ispunjavaju osnovne potrebe djeteta dok općenito ostaju odvojeni od života svog djeteta. Indiferentni roditelj ne koristi poseban stil disciplinovanja i ima ograničenu količinu komunikacije sa svojim djetetom. Oni imaju tendenciju da nude nisku količinu njege, dok imaju malo ili nimalo očekivanja od svoje djece (Sanvictores & Mendez, 2022).

Djeca indiferentnih roditelja obično su otporna i mogu čak biti samodovoljnija od djece s drugim vrstama odgoja. Međutim, ove vještine se razvijaju iz nužde. Osim toga, mogu imati problema s kontrolom svojih emocija, manje učinkovite strategije suočavanja, mogu imati akademske izazove i teškoće u održavanju ili njegovanju društvenih odnosa (Sanvictores & Mendez, 2022).

Djeca odgajana u indiferentnim domaćinstvima često doživljavaju nedostatak emocionalne podrške, vođenja i strukture. Mogu se boriti sa niskim samopoštovanjem i osjećajem zanemarivanja. Odsustvo roditeljskog nadzora i podrške može ih učiniti ranjivijim na negativne utjecaje, uključujući zloupotrebu supstanci kao što je marihuana. Ono što počinje kao posljedica utjecaja vršnjaka i pokušaja da se dijete uklopi, može dovesti do ovisnosti (Harmony Ridge Recovery Center, 2023).

Zaključak

Rizik od nastanka ovisnosti počinje u adolescenciji tako da porodica predstavlja jedne od najznačajnijih

rizičnih, ali i zaštitnih faktora. Disfunkcionalne porodice, porodice u kojima vlada siromaštvo, u kojima je prisutna zloupotreba psihoaktivnih supstanci, u kojima vlada loša komunikacija, gdje nema jasnih ograničenja, emocionalne topline i podrške predstavljaju faktore rizika za nastanak problematičnih ponašanja, pa tako i konzumacije psihoaktivnih supstanci. S druge strane; porodice u kojima postoji povjerenje između roditelja i djeteta, uključenost roditelja i emocionalna podrška, gdje vlada zdrava komunikacija i gdje su postavljene jasne granice, doprinose prevenciji problematičnih ponašanja, pa i ovisnosti.

Literatura

1. Allure detox (2023). What is the Role of Family in the Prevention of Drug Abuse? Preuzeto sa: <https://www.alluredetox.com/role-of-family-prevention-drug-abuse/>
2. Berk, L. E. (2015). Dječja razvojna psihologija. Jastrebarsko: Naklada Slap.
3. Čudina-Obradović, M. i Obradović, J. (2006). Psihologija braka i obitelji. Zagreb: Golden marketing - Tehnička knjiga.
4. Harmony Ridge Recovery Center (2023). The Relationship Between Substance Abuse and Parenting Styles. Preuzeto sa: <https://www.harmonyridgerecovery.com/substance-abuse-parenting-styles/#:~:text=Authoritative%20Parenting&text=Children%20raised%20in%20authoritative%20households,protective%20factor%20against%20substance%20abuse>
5. Partnership to End Addiction (2023). Risk Factors for Addiction. Preuzeto sa: <https://drugfree.org/article/risk-factors-for-addiction/>
6. K. Slijepčević (2018). Ovisnosti –udžbenik za zdravstvene studije. Veleučilište u Bjelovaru; 3, 25. Preuzeto sa: <https://vub.hr/wp-content/uploads/2022/01/ovisnosti.pdf>
7. Newport Academy (2023). 4 Types of Parenting Styles. Preuzeto sa: <https://www.newportacademy.com/resources/restoring-families/parenting-styles/>
8. S. Brlas, V. Gorjanac (2015). Priručnik: radionice u borbi protiv ovisnosti. Centar za nestalu i zlostavljanu djecu, Osijek; 6. Preuzeto sa: https://pokretacipromjene.org/wp-content/uploads/2020/06/Priru%C4%8Dnik_radionice_u_borbi_protiv_ovisnosti.pdf
9. T. Sanvictores, M. D. Mendez (2022). Types of Parenting Styles and Effects On Children. National Library of Medicine. Preuzeto sa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK568743/>
10. Visions Adolescent Treatment Center (2023). Role of Parenting Styles in Teen Drug Abuse. Preuzeto sa: <https://visionsteen.com/role-parenting-styles-teen-drug-abuse/>

Ovisnička ponašanja srednjoškolaca sklonih kockanju

dr.sc. **Mučinović Nermana**, psiholog

Odjeljenje za biheavioralne ovisnosti

JZU Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona

Sažetak

Mnoge studije pokazuju da postoji značajna veza između kockanja i drugih ovisničkih ponašanja kod adolescenata. Iako u našoj državi zakon zabranjuje mladim od osamnaest godina sudjelovanje u igrama na sreću, stvarnost ukazuje na rasprostranjenost ovog problema među mladima, uključujući dostupnost i pristupačnost kockarskih igara.

U radu će biti prikazani rezultati dobijeni kroz sveobuhvatno istraživanje o ovisničkim ponašanjima učenika trećih razreda srednjih škola Zeničko-dobojskog kantona koje se provodilo u toku školske 2021/22 godine. Za potrebe ovog istraživanja mi smo identifikovali mlade koji su skloni kockanju i ispitali njihova druga ovisnička ponašanja.

Istraživanje jasno pokazuje da srednjoškolci koji se kockaju pokazuju više svih drugih ovisničkih ponašanja, te ono ima duboke implikacije za prevenciju ovisnosti i promociju zdravog ponašanja među mladima.

Ključne riječi: istraživanja o ovisničkim ponašanjima, kockanje

Uvod

Kockanje predstavlja širok spektar aktivnosti koje obuhvataju ulaganje novca ili drugih vrijednosti sa rizikom i nadom u pozitivan ishod, pa se kao glavna obilježja kockanja navode postojanje rizika i slučajnosti u ishodu. Zakon o igrama na sreću (Službeni glasnik BiH, br. 1, 2002) kaže da se igračima nudi prilika da osvoje novčane dobitke, stvari ili prava, pri čemu ishod igre ne ovisi o njihovoj vještini ili znanju, već o slučaju ili neizvjesnim događajima.

Obzirom na učestalost i ozbiljnost problema, kockanje

možemo najbolje opisati kao kontinuum ponašanja koji se proteže od potpunog izbjegavanja kockanja pa sve do ekstremnih oblika poput problematičnog i patološkog kockanja. Na jednom kraju kontinuuma nalaze se ljudi koji ne praktikuju kockanje, dok se na drugom kraju nalaze oni koji su izgubili kontrolu nad svojim kockarskim navikama, što dovodi do ozbiljnih psihosocijalnih posljedica i ozbiljno narušava njihov svakodnevni život. Osobe s rizikom od razvoja problematičnog kockanja su one koje su se učestalo kockale tokom zadnjih osamnaest mjeseci, dok su osobe visokog rizika za problematično kockanje one koje često sudjeluju u igrama i suočavaju se sa više problema vezanih uz kockanje (Koić, 2009).

Zadnjih godina smo svjedoci značajnog porasta ponude, pristupačnosti i reklamiranja raznih igara na sreću, posebno sportskog klađenja kroz kladionice. Ovaj porast je rezultirao dramatičnim povećanjem broja osoba koje su postale ovisne o kockanju. Procjenjuje se da u Bosni i Hercegovini trenutno postoji između 35.000 i 60.000 ljudi koji su ovisni o kockanju. Masovno klađenje u našoj zemlji povezano je sa društvenim okolnostima i lošom socioekonomskom situacijom. Bosna i Hercegovina, prema procjenama, vodeća je u Europi po broju kladionica u odnosu na broj stanovnika, pa se navodi da oko pola miliona ljudi u BiH redovno sudjeluje u igrama na sreću i posjećuje kladionice. Federacija Bosne i Hercegovine ima registrovano čak 1.140 kladionica, dok je u Republici Srpskoj registrovano 381 kladionica. Postoji i zabrinjavajući broj neregistrovanih kladionica. Prve kladionice u BiH otvorene su 1999. godine, a trenutni broj registrovanih kladionica ukazuje na to da dolazi jedna kladionica na svakih 2.500 stanovnika. Poredeći nas

sa Velikom Britanijom, gdje kladionice postoje vijekovima, kod njih odnos iznosi jedna kladionica na svakih 7.000 stanovnika.

Ono što treba da nas posebno brine zadnjih godina je činjenica da se kladionice otvaraju u blizini škola, a time postoji opasnost privlačenja učenika da sudjeluju u kladenju. Vidljivo je da je široka društvena prihvaćenost kockanja, pa se mladi odgajaju u okruženju u kojem je ta aktivnost lako dostupna i gdje se igre na sreću često percipiraju kao bezopasna i zabavna razonoda. Iako je u gotovo svim razvijenim državama zakonom zabranjeno maloljetnicima sudjelovanje u kockarskim aktivnostima, istraživanja (Dickson i Derevensky, 2006; Spritzer i sar. 2011) otkrivaju da je prevalencija kockanja među mladima ponekad i veća nego među odraslima. Jacobs (1993, prema Winters i sar., 2002) procjenjuje da 4-6% mladih doživi ozbiljne probleme povezane s kockanjem. Slično, Shaffer i Hall (1996) pružaju slične procjene, sugerišući da između 4,4 i 7,4% mladih ima ozbiljne probleme s kockanjem.

U Bosni i Hercegovini i okolnim zemljama, ozbiljna pažnja ovom problemu nije bila posvećena sve do nedavno. Pioniri sistemskog i sveobuhvatnog pristupa istraživanju kockanja među mladima su iz Hrvatske (Ricijaš, Dodig, Huić i Kranželić, 2011). Njihovo istraživanje "Navike i obilježja kockanja adolescenata u urbanim sredinama", provedeno na uzorku od 1952 srednjoškolaca iz gradova Zagreb, Rijeka, Split i Osijek. Otkrili su da čak 82,9% srednjoškolaca iz urbanog okruženja sudjeluje u kockanju barem jednom u životu, pri čemu su najpopularnije vrste kockanja bile jednokratne srećke (50,9%), sportsko kladenje (42,7%), loto (36,0%) i televizijski bingo (30,7%). Manje popularne igre uključuju bingo u casinima (3,3%), rulet s krupijem (5,3%), kladenje na izbore (5,4%), kartaške igre u casinima (6,8%), te online kockanje za novac (9,4%). Što se tiče učestalosti kockanja među adolescentima, najčešće sudjeluju u online kockanju za novac (34,7%), sportskim kladenjima (25,5%) i kartaškim igrama u casinima (20,8%). Ova vrsta zabave široko je rasprostranjena, izrazito dostupna mladima, što dovodi do sve većeg broja mladih osoba koje se, bilo pod utjecajem društva ili zbog uvjerenja da je to jednostavan način za zaradu, aktivno uključuju u kockarske aktivnosti.

Sve do sada navedeno ukazuje na to da mladi i vlasnici kladionica/kockarnica pronalaze načine kako omogućiti sudjelovanje tog dijela populacije u kockarskim aktivnostima, uprkos zakonima koji to ograničavaju. Slično je i u Bosni i Hercegovini. Iako u našoj državi zakon zabranjuje mladim od osamnaest godina sudjelovanje u igrama na sreću, stvarnost ukazuje na rasprostranjenost ovog problema među mladima, uključujući dostupnost i pristupačnost kockarskih igara.

Istraživanje provedeno 2021/22 godine od strane JZU Zavod za bolesti ovisnosti ZDK na ukupnom uzorku od 563 učenika odabranih odjeljenja trećih razreda srednjih škola u Zeničko-dobojskom kantonu pokazalo je da 35,2% učenika ima bliske prijatelje koji nekada igraju igre na sreću, kockaju se, klade, klade u sportskim kladionicama i/ili on-line.

Od ukupnog broja ispitanih 8,9% je izjavilo da ili često ili ponekad igraju igre na sreću, kockaju se, klade, klade u sportskim kladionicama i/ili on-line.

Veza kockanja i drugih ovisničkih ponašanja kod adolescenata

Mnoge studije pokazuju da postoji značajna veza između kockanja i drugih ovisničkih ponašanja kod adolescenata. Adolescencija je vrijeme kada se mnoge ovisničke tendencije mogu razviti dok mladi istražuju svoj identitet i suočavaju se sa brojnim izazovima i pritiscima. Adolescencija može biti kritično vrijeme za razvoj raznih ovisničkih ponašanja, a mladi koji započnu s kockanjem u ranom dobu često su podložniji riziku da će razviti druge oblike ovisnosti. Osim toga, mladi koji već pokazuju znakove drugih ovisničkih ponašanja često su skloniji kockanju. Tako se pokazuje da kockanje može biti povezano s drugim oblicima ovisničkog ponašanja kao što su upotreba alkohola i droga, kompulzivno prejedanje, korištenje video igara ili interneta u ekstremnim količinama, i slično. Ovi oblici ponašanja često dijele zajedničke karakteristike, poput nedostatka kontrole, povećane potrebe za uzbuđenjem, težnje za bijegom od stvarnih problema i emocionalnih izazova.

Mark D. Griffiths je istraživao zajedničke karakteristike ovisničkih ponašanja i naglasio potrebu za uzbuđenjem i rizikom kao zajednički faktor. Njegovi radovi istražuju kako te karakteristike mogu dopri-

nijeti razvoju različitih oblika ovisničkog ponašanja, uključujući kockanje.

Nacionalna longitudinalna studija o adolescenciji i zdravlju (National Longitudinal Study of Adolescent Health), često nazivana "Add Health," istražuje različite aspekte adolescencije. Istraživanja koja koriste podatke iz ovog projekta proučavaju povezanost između različitih oblika ovisničkog ponašanja među adolescentima, uključujući kockanje, pušenje, pijenje alkohola i upotrebu droga.

Različiti autori, uključujući Rinu Gupta, provodili su istraživanja o povezanosti kockanja s drugim ovisničkim ponašanjima kod adolescenata. Njihovi radovi često istražuju faktore rizika i zaštitne faktore koji utječu na razvoj ovih ponašanja.

Jeffrey L. Derevensky je autor brojnih članaka i istraživanja o problemu kockanja među mladima. On istražuje različite aspekte problema kockanja među adolescentima, uključujući i povezanost sa drugim ovisničkim ponašanjima. Derevensky je dugogodišnji istraživač u ovom području i doprinio je razumijevanju utjecaja kockanja na mlade osobe.

Važno je napomenuti da se ova istraživanja često razlikuju po metodologiji, uzorcima i kulturnim kontekstima, pa rezultati mogu varirati ali se može zaključiti da postoji snažna veza između kockanja i drugih ovisničkih ponašanja kod adolescenata. Ova pitanja ostaju važna za istraživanje i prevenciju u kontekstu mlade populacije.

Zbog svega navedenog, za potrebe ovog istraživanja mi smo identifikovali mlade koji su skloni kockanju i ispitali njihova druga ovisnička ponašanja.

Uzorak

Sveobuhvatno istraživanje ovisničkih ponašanja je provodeno na uzorku učenika formiranom od odabranih odjeljenja trećih razreda srednjih škola u Zeničko-dobojskom kantonu i u ukupnu obradu ulazi 563 upitnika ispunjenih od strane učenika trećih razreda srednjih škola. Od ovog broja, 207 čine mladići (36,8%), 321 (57%) su djevojke, a 35 učenika (6,2%) se ne izjašnjava po pitanju spola. Obuhvaćene su bile škole u Zenici, Kaknju, Visokom, Brezi i Maglaju.

Od ovog ukupnog broja, za potrebe našeg istraživanja mi smo odvojili samo one srednjoškolce koji su se u upitniku izjasnili da kockaju, njih 50. Za razliku

od ukupnog uzorka, u izdvojenom uzorku dominaciju ima muški spol sa 30 mladića, 15 je djevojaka, a 5 se ne izjašnjava o spolnoj pripadnosti.

Metodologija

Za potrebe istraživanja je izrađen Upitnik koji je anonimn, sa zatvorenim tipom pitanja, urađen po naučno odobrenim pravilima. Za pojedinačno popunjavanje je učenicima bilo potrebno 15-20 minuta.

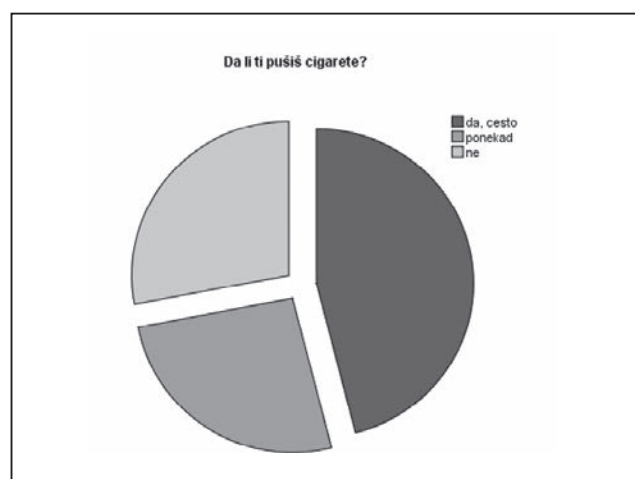
Podaci dobijeni istraživanjem su se unosili u SPSS-bazu, nakon čega je slijedila obrada i interpretacija dobijenih rezultata. Svi dobijeni rezultati su prikazani isključivo kroz statističke parametre poštujući anonimnost svakog pojedinog učenika.

Rezultati

Rezultati pokazuju da srednjoškolci koji su se izjasnili da kockaju, pokazuju sklonost i prema svim drugim ovisničkim ponašanjima.

Nargilu konzumira njih 70%, energetska pića 86%, a različite sedative ili druge lijekove za raspoloženje ili smirenje koji im nisu propisani od strane doktora koriste njih 54%.

Njih 72% koristi cigarete, za razliku od 30,9% iz sveukupnog uzorka. Rezultati su prikazani na slici 1.



Slika 1. Grafički prikaz upotrebe cigareta

Kada govorimo o narkoticima, u ukupnoj populaciji marihuanu je probalo 17% ispitanih, a 2,8% ispitanih je izjavilo da je koristi često.

U tabeli broj 1 i 2 se nalaze rezultati za upotrebu marihuane kod srednjoškolaca koji su se izjasnili da kockaju.

Tabela 1. Da li si ikada u životu konzumirao marihuanu?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	da	28	56.0	54.0	54.0
	ne	22	44.0	46.0	100.0
Total		50	100.0	100.0	

Tabela 2. Koliko često si konzumirao marihuanu?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	jedan ili dva puta u životu	9	18.0	18.0	18.0
	povremeno	10	20.0	20.0	38.0
	često	9	18.0	18.0	56.0
	ne konzumiram marihuanu	22	44.0	44.0	100.0
Total		50	100.0	100.0	

Slične rezultate dobijamo i kada govorimo o zloupotrebu alkohola. Za razliku od sveukupnog uzorka gdje se njih 7,5% izjasnilo da često pije alkohol, a njih 27,7% da ga pije ponekad, kod srednjoškolaca sklonih kockanju taj broj iznosi 36% često i 44% ponekad. Taj rezultat je prikazan na slici broj 2.



Zaključak

Istraživanje jasno pokazuje da srednjoškolci koji se kockaju pokazuju više svih drugih ovisničkih ponašanja, te ono ima duboke implikacije za prevenciju

ovisnosti i promociju zdravog ponašanja među mladima.

Došli smo do važnih preventivnih preporuka temeljenih na ovom istraživanju:

Edukacija o rizicima: Mladi trebaju biti educirani o rizicima koji prate kockanje i druge ovisničke aktivnosti. **Prevencija kockanja:** Potrebno je razviti programe prevencije kockanja usmjerenih na srednjoškolce.

Identificirati srednjoškolce koji pokazuju znakove ovisničkog ponašanja i pružiti im odgovarajuću intervenciju.

Razgovor s roditeljima: Mladi trebaju biti potaknuti da razgovaraju s roditeljima o svojim iskustvima i pritiscima koji ih potiču na ovisničko ponašanje.

Promocija alternativnih aktivnosti: Potrebno je promovirati alternative kockanju, kao što su sportske aktivnosti, umjetnost, i druženje s prijateljima.

Svijest o psihološkim faktorima: Mladi bi trebali biti informirani o psihološkim faktorima koji ih čine sklonima ovisničkim ponašanjima.

Pravna regulativa: Zakonodavci bi trebali razmotriti pooštavanje pravnih regulacija kockanja među maloljetnicima.

Ograničenje pristupa kockarskim sadržajima: Potrebno je ograničiti pristup kockarskim web stranicama i automatima za igre na sreću za maloljetnike.

Školski programi: Škole bi trebale implementirati programe prevencije ovisnosti koji uključuju informiranje o rizicima kockanja.

Savjetovanje i podrška: Pružiti psihološku podršku srednjoškolcima koji se kockaju kako bi razumjeli njihove motive i pronašli alternative.

Potaknuti stvaranje programa mentorske podrške i edukacije među vršnjacima.

Pokrenuti kampanje javnog zdravlja koje ističu opasnosti kockanja i povezanost s drugim ovisničkim ponašanjima.

Istraživanja pokazuju da mladi koji se kockaju češće puše. Potrebno je naglasiti rizike pušenja i provoditi programe prevencije.

Mladi koji se kockaju često konzumiraju alkohol. Potrebno je educirati ih o opasnostima alkohola i promicati odgovorno konzumiranje.

Mladi trebaju biti informirani o štetnim učincima marihuane i rizicima njezine uporabe.

Potrebno je educirati mlade o opasnostima nargile i

e-cigareta, te promicati zdrav životni stil.

Informisati mlade o opasnostima konzumacije prekomjernih količina energetskih pića i poticati umjerenost. Nastaviti istraživati uzroke povezanosti kockanja i drugih ovisničkih ponašanja kako bi se razvijale ciljne preventivne strategije.

Ove preporuke čine važan korak u prevenciji ovisnosti među srednjoškolcima te promociji zdravog i odgovornog ponašanja među mladima. Važno je razumjeti ove veze i pružiti prevenciju i podršku adolescentima kako bi se smanjio rizik od razvoja ovisničkih ponašanja. Edukacija o zdravim načinima suočavanja s pritiscima i stresom te pristup mentalnom zdravlju i podršci mogu biti ključni za sprečavanje kockanja i drugih ovisničkih ponašanja kod adolescenata.

Literatura:

- Dickson, L. i Derevensky, J.L. (2006). Equipping School Psychologists to Address Another Risky Behavior. The Case for Understanding Youth Problem Gambling. *Canadian Journal of School Psychology*, 21, 1/2, 59-72.
- Dodig, D., Ricijaš, N. (2011). Obilježja kockanja zagrebačkih adolescenata, *Ljetopis socijalnog rada*, 18/1., Zagreb
- Griffiths, M.D., Mehroof, M. (2010) Online Gaming Addiction: The Role of Sensation Seeking, Self-Control, Neuroticism, Aggression, State Anxiety, and Trait Anxiety, *Cyberpsychology, behavior and social networking*, Vol.13
- Griffiths, M. D. (1989). Gambling in children and adolescents. *Journal of Gambling Behavior*, 5, 66–83.
- Griffiths, M. D. (1995). *Adolescent gambling*. London: Routledge.
- Gupta, R., Derevensky, J. (1997). Personality correlates of gambling behavior amongst adolescents. Paper presented at the First Annual New York State Conference on Problem Gambling, Albany.
- Gupta, R., Derevensky, J. (1998). Adolescent gambling behavior: A prevalence study and examination of the correlates associated with excessive gambling. *Journal of Gambling Studies*, 14, 319–345.
- Gupta, R., Derevensky, J. (1998). An empirical examination of Jacob's General Theory of Addictions: Do adolescent gamblers fit the theory? *Journal of Gambling Studies*, 14, 17– 49.
- Gupta, R., Marget, N., Derevensky, J. (2000). Adolescent problem gamblers: A preliminary analysis of their coping skills. Paper presented at the annual meeting of the Ontario Conference on Problem Gambling, Niagara Falls.
- Koić, E. (2009). Problematično i patološko kockanje. Zavod za javno zdravstvo "Sveti Rok" Virovitičko-podravske županije. Virovitica
- The Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development (NICHD), National Longitudinal Study of Adolescent Health (1995-2016).
- Ricijaš, N., Dodig Hundrić, D., i Kranželić, V. (2015). Sportsko klađenje i druga
- rizična ponašanja hrvatskih srednjoškolaca. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja* 51(2), 41-56.
- Ricijaš, N., Dodig, D., Huić, A., Kranželić, V. (2011): Navike i obilježja kockanja adolescenata u urbanim sredinama - Izvještaj o rezultatima istraživanja, *Edukacijsko rehabilitacijski fakultet, Zagreb*
- Ricijaš, N., Krajeer, M. i Bouillet, D. (2010). Rizična ponašanja zagrebačkih srednjoškolaca – razlike s obzirom na spol. *Odgodne znanosti* 12(1), 45-63.
- Ricijaš, N., Dodig Hundrić, D., Huić, A. i Kranželić, V. (2016). Kockanje mladih u Hrvatskoj – učestalost igranja i zastupljenost problematičnog kockanja. *Kriminologija & socijalna integracija* 24 (2), 24-47.
- Shaffer, H. J., & Hall, M. N. (1996). Estimating the prevalence of adolescent gambling disorders: a quantitative synthesis and guide toward standard gambling nomenclature. *Journal of Gambling Studies*, 12(2), 193–214.
- Spritzer, D.T., Rohde, L.A., Benzano, D.B., Laranjeira, R.R., Pinsky, I., Zaleski M., Caetano, R. i Tavares H. (2011). Prevalence and Correlates of Gambling Problems Among a Nationally Representative Sample of Brazilian Adolescents. *Journal of Gambling Studies* 27, 649–661.
- St-Pierre, R., i Derevensky, J. (2016). Youth Gambling Behaviour: Novel Approaches to Prevention and Intervention. *Current Addiction Report* (3), 157- 165.
- Winters, K. C., Stinchfield, R. D., Botzet, A., Anderson, N. (2002). A prospective study of youth gambling behaviors. *Psychology of Addictive Behaviors*, 16(1), 3–9

SARADNJA ZAVODA ZA BOLESTI OVISNOSTI SA TERAPIJSKIM ZAJEDNICAMA U BiH

Eldina Selimović-Džano, mag. iur; dipl. soc. pedagog
JZU Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona

Sažetak

Kao naučno prihvatljiv model psiho-socijalnog oporavka i liječenja osoba ovisnih o psihoaktivnim supstancama posljednjih nekoliko decenija pojavio se koncept poznat kao terapijska zajednica. Terapijska zajednica predstavlja značajnu i važnu metodu u liječenju ovisnosti o psihoaktivnim supstancama, a temelji se na načelima demokratizacije, permisivnosti, zajedništva i suočavanja sa realitetom. To je oblik tretmana ovisnika koji je danas veoma važna faza njihove rehabilitacije. Svakodnevni život u terapijskoj zajednici je organiziran i strukturiran i postoje određena pravila ponašanja kojih se članovi moraju pridržavati, a značajnu ulogu zauzima radna terapija i religioznost. Usluge se pružaju uz stalnu ili povremenu pomoć stručnog multidisciplinarnog tima koji čine: psihijatar, psiholog, socijalni radnik, socijalni pedagog, radni terapeut, medicinske sestre/tehničari i drugi stručnjaci. U ovom radu prikazan je kratki historijski razvoj terapijskih zajednica za liječenje ovisnika sa akcentom na terapijske zajednice u BiH. Opisane su osnovne karakteristike saradnje Javne zdravstvene ustanove Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona sa terapijskim zajednicama u Bosni i Hercegovini sa osvrtom na statistički prikaz broja upućenih pacijenata u terapijske zajednice u periodu od 2020. godine do 2022. godine.

Ključne riječi: terapijska zajednica, tretman ovisnosti, ovisnost, psihoaktivne supstance

Uvod

Naziv terapijska zajednica uzrokovao je mnoge konfuzije. On se, također, koristio za azile ili utočišta, izvanpsihijatrijske zajednice čak i specijalne škole

(Lipton, 2000). U literaturi možemo pronaći značajan broj različitih definicija terapijske zajednice. U ovom radu pomenuti ću nekoliko interesantnih definicija. Terapijska zajednica najpoznatija je socioterapijska metoda koja se koristi socioterapijskom i psihoterapijskom tehnikom u liječenju oboljelih od različitih psihičkih poremećaja. Ideja terapijske zajednice utemeljena je na ideji kolektivne odgovornosti, pripadnosti grupi i osnaženju uz poticanje osobne odgovornosti i izbjegavanja razvijanja osjećaja ovisnosti o stručnom osoblju. Jedan od osnovnih principa terapijske zajednice je poticanje njenih članova na propitkivanje i interes o samom sebi, drugim članovima, osoblju, strukturi vođenja, psihološkim procesima, grupnom procesu te odnosima unutar zajednice (ŠtrkaljIvezić i sar., 2014.). Najčešće prisutna definicija terapijske zajednice u literaturi, ali i najsveobuhvatnija jeste ona kojom se terapijska zajednica određuje kao oblik organizacije zajedničkog života grupe osoba, pa Hećimović (1987) navodi da je akcenat na trajnom, smišljenom i stvaralački traženom angažiranom učešću i uključivanju što većeg broja pripadnika grupe osoba na izvršavanju zadataka kojima se ostvaruje postojanje zajednice načinom primjerenim potrebama konkretnih osoba- članova zajednice, iz čega proistječe povoljno djelovanje na pojedince- pripadnike grupe kao i na njihovo zajedništvo. Vanderplasschen i sar. (2014) ponudili su definiciju terapijske zajednice po kojoj terapijska zajednica predstavlja okruženje „bez droge“, u kojem članovi apstiniraju od konzumiranja droge i gdje osobe s problemima ovisnosti (a i drugim problemima) žive zajedno na organiziran i strukturiran način, s ciljem nastanka promjene i omogućavanja života bez droge u vanjskom svijetu i životu. Najjed-

nostavnija definicija bi bila da je terapijska zajednica uobičajen oblik dugotrajnog tretmana za osobe koje zloupotrebljavaju sredstva ovisnosti (National Institute on Drug Abuse, 2015).

Faze u procesu liječenja u terapijskoj zajednici

Većina terapijskih zajednica traži da ovisnik prije ulaska izvrši detoksikaciju u zdravstvenoj ustanovi i obično ne primaju pacijente sa psihijatrijskim smetnjama, kao ni one nasilničkog ponašanja. U terapijskoj zajednici ovisnik živi u strogo strukturiranoj i hijerarhijski postavljenoj sredini. Svaki član zajednice može napredovati i dobijati odgovornosti i zaduženja. Poželjna ponašanja se potiču i nagrađuju, a neprihvatljiva kažnjavaju. Način rada je većinom individualno savjetovanje, grupni sastanci i rekreativno-okupacione aktivnosti. U nekim terapijskim zajednicama akcenat se stavlja na edukaciju i različite vokacione treninge za različite aktivnosti. Posebno je važno napomenuti kako teče proces liječenja i kako izgleda boravak u terapijskoj zajednici. To je najlakše predstaviti kroz četiri osnovne, preklapajuće faze:

1. Na prvom mjestu je **faza uključivanja**. Ona podrazumijeva pripremu i selekciju pacijenata za boravak u terapijskoj zajednici. Ova faza odnosi se na uključenje novog člana i upoznavanje sa članovima koji trenutno borave u terapijskoj zajednici kao aktivnim učesnicima procesa, a započinje preporukom ili samopreporukom. Za očekivati je da su novi članovi uplašeni, zabrinuti, nesigurni i često podršku dobivaju od trenutno boravećih ili bivših članova terapijske zajednice.

2. **Faza procjene i pripreme**: Nakon što ovisnik samostalno prihvati uključenje i terapijska zajednica odobri uključenje, slijedi formalna procjena, praktično planiranje i prihvaćanje terapijskog ugovora, a koji podrazumijeva prihvaćanje pravila terapijske zajednice od strane novog člana.

3. Nakon faze uključivanja i procjene i pripreme slijedi **faza liječenja**. U ovoj fazi, akcenat je na terapijskim programima. Terapijski programi mogu biti različiti, od učešća jednom sedmično do stalnog boravka, od pretežno socioterapijskih do psiho-analitičkih, kognitivno-bihevioralnih, humanističkih, interpersonalnih i sistemskih grupa, u trajanju od nekoliko sedmica do nekoliko godina, vremenski ograničenih ili otvorenih, a broj članova varira od 6 do preko 50. Neke zajedni-

ce uključuju individualnu terapiju, dok druge smatraju da ona narušava proces grupne dinamike. Tipični program sastoji se od 3 do 5 dolazaka sedmično, a grupne intervencije uključuju mješavinu sastanaka zajednice, male terapijske grupe, zajedničke obroke i neformalno vrijeme. Tipičan broj članova je između 12 i 24, podijeljenih u 3 male grupe, u trajanju 12 do 18 mjeseci. U slučaju kriznih situacija sastanci se dogovaraju u kratkom vremenu.

4. **Faza oporavka**: Do nedavno je boravak u terapijskoj zajednici naglo završavao otpuštanjem pacijenta s liječenja, dok se danas preporučuje da se članovima omogući podrška tokom procesa odlaska i ponovnog vraćanja u raniju socijalnu mrežu. To se može olakšati i grupama za praćenje koje traju određeno vrijeme. Ove su grupe podržavajuće s praktičnim ciljem, a ne terapijske s ciljem eksploracije. Osim planiranih, postoje i prerani odlasci ako se član ne može nositi s terapijom ili se isključuje zbog ozbiljnih i ponavljanih kršenja pravila. Navedeno ne mora značiti neuspjeh terapijskog tretmana, ali svakako da duži ostanak pretpostavlja veću učinkovitost (ŠtrkaljIvezić i sar., 2014).

Kratki osvrt na historijski razvoj terapijskih zajednica za liječenje ovisnika

Kada govorimo o liječenju ovisnosti o drogama putem korištenja metode terapijske zajednice kao tretmana liječenja ovisnosti, u Americi, u Santa Monici, Kaliforniji je davne 1958. godine osnovana prva terapijska zajednica za ovisnike (Ofshe, 1980). To je zapravo, bila reakcija ovisnika na neadekvatan medicinski institucionalni tretman osoba ovisnih o psihoaktivnim supstancama. Tako je nastala terapijska zajednica ovisnika o heroinu pod nazivom **Synanon** u koju su se pod vodstvom Charlesa Dedericha, pripadnika pokreta Anonimnih alkoholičara pridružila grupa heroinskih ovisnika nezadovoljnih dotadašnjim pristupom liječenja ovisnosti. Synanon je trajno prestao sa radom 1991. godine jer se prethodno preobrazio u svojevrsni kult (Church of Synanon) povezan s brojnim kriminalnim aktivnostima i time došao u sukob sa zakonom (Bugari, 2013). Nova terapijska zajednica osnovana je 1963. godine u New Yorku u saradnji s bivšim ovisnicima i profesionalcima koji su radili u terapijskoj zajednici Synanon, pod nazivom **Daytop** (Drug Abuse Youth Treatment Program).

Daytop je bio svojevrsni odgovor na povećani broj ovisnika o drogama, a posebno se to odnosilo na ovisnike iz Vijetnamskog rata koji su u društvu tada predstavljali gorući problem.

Daytop je preteča brojnih modernih terapijskih zajednica, a postoji i djeluje i danas i zbog toga se smatra najstarijom aktivnom terapijskom zajednicom na svijetu (Bugari, 2013). Širenje terapijskih zajednica za ovisnike o drogama započelo je kasnih šezdesetih i ranih sedamdesetih godina prošlog stoljeća zbog rastućeg problema ovisnosti o heroinu i uslijed toga epidemije virusa HIV-a osamdesetih godina.¹ Zajednička ideja svih terapijskih zajednica je da ovisnici živeći i radeći zajedno, pomažući jedni drugima ostvaruju kolektivni smisao za život bez droge. Savremene terapijske zajednice su pretrpjele mnoge transformacije od samog formiranja, ali je cilj i dalje ostao ne samo pomoći osobi da prestane uzimati drogu, već joj pomoći da izgradi takav životni stil koji podržava život bez droge.

Terapijske zajednice u Bosni i Hercegovini

Programi rehabilitacije i socijalne reintegracije u FBiH se provode u terapijskim zajednicama/komunama, koje su uglavnom registrovane kao nevladine organizacije, a koje sarađuju sa zdravstvenim ustanovama u kojima se liječe ovisnici. Terapijske zajednice su raspoređene širom zemlje i trenutno ih ima ih oko petnaest. Prema Državnom izvještaju za EMCDDA za 2014. godinu, navodi se da je u 2013. godini postojalo devet centara za liječenje u FBiH i to: Comunita Cenacolo sa dva centra za muške i ženske klijente u Međugorju, Milosrdni otac u Bijakovici-Međugorje, Ivan Merz u Kiseljaku, Vrata nade u Brezi, Izlaz u Ilijašu, Udruženje PROI kod Kaknja. Radi se o centrima koji se baziraju na vjeri, osnovani i vođeni od strane religijskih organizacija. Međutim, od nabrojanih centara trenutno je aktivno svega četiri centra. Javna ustanova "Terapijska zajednica Kampus" Kantona Sarajevo osnovana je od strane Skupštine Kantona Sa-

rajevo 2003. godine, a prvi korisnici primljeni su 01. jula 2007. godine. Ustanova je predviđena za smještaj i tretman 30 ovisnika i ovisnica o psihoaktivnim supstancama. Ovo je prva terapijska zajednica u Bosni i Hercegovini iza koje, kao utemeljitelj, stoji država. Javna ustanova Centar za rehabilitaciju ovisnika o psihoaktivnim supstancama (JU CROPS) osnovan je 24. avgusta 2004. godine. Osnivač je Islamska zajednica u BiH. Od 2013. godine ustanova odlukom skupštine Tuzlanskog kantona postaje Javna ustanova.

Sve gore navedene ustanove i centri su poznati kao „zajednice“ ili se čak koristi izraz „terapijske zajednice“ kako bi se definirao njihov status. Teorija iza religioznih programa je da se ovisnost javlja zbog nedostatka religije u životu čovjeka. Stoga, kada osoba usvoji religijske norme i prakse, postoji pretpostavka da je on ili ona izliječena. Religijska praksa je podržana uključenjem socijalnih radnika i psihologa.

Prema Državnom izvještaju za EMCDDA za 2014. godinu, navodi se da je u 2013. godini u RS-u postojale 3 terapijske zajednice (Bastasi od NVO Viktorija, Centar za odvikavanje od ovisnost – Marjanovac i Izvor-Kruh Svetog Ante). Programi rehabilitacije za korisnike droge u RS-u se provode u periodu od dvije godine u terapijskim zajednicama na osnovu okupacione i psihosocijalne terapije sa krajnjim ciljem socijalne reintegracije. Neke terapijske zajednice vode religijske zajednice, druge NVO-e. Jedna terapijska zajednica, Centar za odvikavanje od ovisnosti- Marjanovac prihvata ženske korisnike.

Saradnja Zavoda za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona sa terapijskim zajednicama u Bosni i Hercegovini

Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona u sklopu Odjeljenja za rehabilitaciju i resocijalizaciju saradnju sa terapijskim zajednicama ostvaruje na osnovu potpisanog Ugovora Ministarstva za rad, socijalnu politiku i izbjeglice Zeničko-dobojskog kantona i terapijskim zajednicama (finansiranje smještaja snosi Ministarstvo). Zavod je inicirao ovakvo rješenje, a koje predstavlja pozitivan primjer daljeg tretmana. Odjeljenje za rehabilitaciju i resocijalizaciju Zavoda provodi kompletan prethodni postupak smještaja pacijenata Zavoda u terapijsku zajednicu u saradnji sa nadležnim ministarstvom i centrima za socijalni rad

¹ Najrazvijeniji sistem rada terapijskih zajednica za ovisnike u Europi ima Italija. Razvoj terapijskih zajednica u Italiji je započeo 1960ih godina, a većinom su ih osnivali i vodili katolički svećenici. Sedamdesetih godina nastaje i svojevrsno udruženje talijanskih terapijskih zajednica pod nazivom Centro Italiano di Solidarieta' (skraćeno Ce.I.S), u prijevodu Talijanski centar solidarnosti. CEIS su razvili i vodili volonteri, prvenstveno se boreći protiv svih oblika marginalizacije i nastojeći pronaći adekvatne alate za promicanje rasta i sazrijevanja, posebice kod mladih. Kada je 1970ih godina došlo do ekspanzije u konzumaciji droga, posebice heroina, CEIS je osnovao prvu ustanovu za rehabilitaciju ovisnika. Njihov program se naziva „Projekt Čovjek“ i program je po kojemu i danas radi Zajednica Susret.

odnosno nadležnim općinskim službama za poslove socijalne zaštite. Pacijent koji se dobrovoljno uključio u tretman socijalne rehabilitacije, resocijalizacije i reintegracije, a koji u potpunosti surađuje u procesu tretmana, a nalazi se u stanju socijalne potrebe ima pravo biti smješten u ustanovu-terapijsku zajednicu u skladu sa članom 55. stav 2. Zakona o socijalnoj zaštiti, zaštiti civilnih žrtava rata, zaštite porodica sa djecom („Službene novine Zeničko-dobojskog kantona“, broj: 13/07, 13/11, 03/15, 02/16).

Uz prilaganje propisane dokumentacije i potpisanim zahtjevom sa smještaj u ustanovu-terapijsku zajednicu započinje process smještaja. Stručni tim Zavoda daje preporuku za smještaj, a koja se zajedno sa dokumentacijom od strane pacijenta upućuje kantonalnom Ministarstvu za rad, socijalnu politiku i izbjeglice na saglasnost. Nakon pribavljene saglasnosti nadležnog ministarstva, dokumentacija se upućuje nadležnim centrima za socijalni rad, a radi izdavanja rješenja o priznavanju prava na smještaj u terapijsku ustanovu, odnosno o prestanku prava na smještaj po izlasku pacijenta iz terapijske zajednice.

Broj upućenih pacijenata u terapijske zajednice u periodu od 2020. godine do 2022. godine

U periodu od 2020. godine do 2022. godine preko Zavoda je upućeno ukupno 41 pacijent na smještaj u terapijsku zajednicu.

God	2020	2021	2022	Ukupno
Broj	9	13	19	41

U periodu od 2009. do 2020. godine Zavod je saradivao sa četiri terapijske zajednice, a neke od njih su u međuvremenu prestale sa radom. Trenutno, Zavod ostvaruje uspješnu saradnju sa dvije terapijske zajednice (CROPS Smoluća kod Tuzle i Marjanovac kod Banja Luke).

Terapijska zajednica	Marjanovac	CROPS Smoluća	Ukupno
Broj	11	30	41

Zaključak

Uvidom u tabelarne prikaze upućenih pacijenata Zavoda u terapijske zajednice za period od 2020. godine do 2023. godine i povećan broj zainteresovanih pacijenata može se zaključiti da je prisutna motivacija i interes za nastavak tretmana ovisnosti kroz ovaj segment-rehabilitacijski tretman u terapijskoj zajednici. Međutim, koncept terapijskih zajednica, a samim time i njihovih modela rada i uspješnosti rehabilitacionog tretmana je još uvijek prilično neistražen. Stoga, ovim se kratkim preglednim radom nastojali potaknuti istraživači na njihovo daljnje istraživanje i senzibiliziranje šire javnosti za problem ovisnosti i ovaj oblik tretmana.

Literatura

1. Bugari, S. (2013). *Liječenje ovisnika o drogama u terapijskim zajednicama*. Socijalni rad i duhovnost. Sarajevo: Connectum.
2. Hećimović, V. (1987). *Terapijska zajednica*. Zagreb: Socijalna zaštita.
3. Lipton, D. (1998): *Therapeutic communities: History, effectiveness and prospects*, *Corrections Today*, 60, 6,106-111.
4. National Institute on Drug Abuse (2015). *Therapeutic communities*, pristup: 08.04.2021. www.drugabuse.gov/publications/researchreports/therapeutic-communities/references
5. Ofshe, R. (1980). *The Social Development of the Synanon Cult: The Managerial Strategy of Organizational Transformation*. *Sociological Analysis*, 41(2), 109-127.
6. Vanderplasschen, W., Vandeveldel, S. i Broekaert, E. (ur.). (2014). *Therapeutic communities for treating addictions in Europe. Evidence, current practices and future challenges*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
7. Štrkalj-Ivezić, S., Jendričko, T., Pisk, Z. i Martić-Biočina, S. (2014). *Terapijska zajednica*. *Socijalna psihijatrija*, 42(3), 172-179.
8. Zakon o socijalnoj zaštiti, zaštiti civilnih žrtava rata, zaštite porodica sa djecom („Službene novine Zeničko-dobojskog kantona“, broj: 13/07, 13/11, 03/15, 02/16)

ALKOHOLIZAM-UZROCI I POSLJEDICE

Lejla Šaćirović, MA psih., psiholog

JZU Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona

Sažetak

Alkohol je toksična i psihoaktivna supstanca, čija je upotreba u savremenom društvu postala široko rasprostranjena. Vrijeme novogodišnjih praznika je period kada većina stanovništva planira da iste obilježi kroz slavlja i okupljanja sa bliskim ljudima. Da li alkohol, u ovakvim prilikama, predstavlja utjehu, sredstvo za opuštanje i jesu li praznici „dobar“ izgovor za njegovo konzumiranje? Kroz ovaj rad nastojat ćemo objasniti kako alkohol djeluje na organizam pojedinca, te koja je poveznica između konzumacije alkohola i emocija, kakva je uloga porodice u razvoju alkoholizma, kako se ponašati za vrijeme praznika kada je konzumacija alkohola u pitanju, te koji tretman je najučinkovitiji u liječenju alkoholizma.

Ključne riječi: alkoholizam, emocije, porodica, psihosocijalni tretman, praznici

Uvod

Alkoholizam predstavlja psihički poremećaj koji mijenja način na koji mozak funkcionira i dovodi do niza patoloških procesa. Poriv koji se javlja kod konzumiranja za hroničnom pretjeranom konzumacijom alkohola dovodi do povećane tolerancije, te pojave apstinencijskih simptoma što udruženo vodi ka ovisnosti o alkoholu.

Dugotrajna konzumacija alkohola za posljedicu ima:

1. oštećenje nervnog sistema (odumiranje moždanih stanica što rezultira moralnim i umnim propadanjem, zaboravnost, nemogućnost kritičkog promišljanja),
2. oštećenje perifernih živaca,
3. česte promjene raspoloženja,
4. depresija,
5. dezorijentacija u vremenu i prostoru.

Stavovi prema alkoholu formiraju se već u djetinstvu na osnovu modela koji su djeci dostupni i kroz vikarij-

ske učenje (ponašanje roditelja, te gledanje posljedica određenog ponašanja). S toga, alkohol možemo smatrati porodičnom bolešću jer uzima svoj danak unutar porodice i velike posljedice ostavlja kako na ovisnika tako i na druge članove (Radović, 2006).

Alkohol je najčešće korištena droga među mladima, te je konzumiraju iz više razloga. Jedan od njih svakako je i laka dostupnost alkohola obzirom da je alkohol legalizovan, te svi punoljetni bez problema mogu doći u doticaj s njim. Obzirom da je lako dostupan, alkohol je na dohvat ruke i onima mlađim od 18 godina. Štetnost koju alkohol izaziva kod mladih je velika obzirom da se mozak intenzivno razvija do dvadesetih godina života, pa i poslije, te njegovom konzumacijom zaustavlja se pravilan kognitivni i psihoemocionalni razvoj. Stavljajući alkohol u kontekst nezaobilaznog sredstva za različite proslave i veselja, dolazi do različitih utjecaja vršnjaka i okoline koja vrši tihi pritisak na pojedince kroz stavljanje etiketa na one koji ne podliježu trendovima i utjecaju ostalih vršnjaka koji su skloni konzumaciji alkohola. To je naročito izraženo kada su u pitanju posebne prilike kao što su rođendani, proslave nekih bitnih događaja ili praznici kao što je Nova godina.

Zašto ljudi konzumiraju alkohol?

Alkohol utječe na sposobnost opažanja realnosti i na sposobnost racionalnog donošenja odluka kod odraslih (Štifanić, 2005). Konzumacija alkohola kod tinejdžera predstavlja naročitu opasnost jer kod djece još uvijek nisu razvijene sve spoznajne vještine kao ni sposobnost rješavanja problema, konflikata, te donošenja ispravnih odluka. Alkohol pomaže u otklanjanju kočnica koje pojedinac ima zahvaljujući svojim moralnim načelima, vrijednostima i stavovima naučenim i preuzetim iz okoline, te stvara osjećaj opuštenosti i spontanosti i minimalizira strah od eva-

luacije. Povećanjem promila raste i osjećaj svemoći, slobode i lakoće življenja, te stres se minimalizira i osoba osjeća oslobađanje od svakodnevnih životnih uloga koje su mu nametnute. U fazi prelaska granice kada osoba postaje disfunkcionalna, jedina osjećanja koje alkohol budi su tupost i praznina unutar pojedinca. Kod odraslih, upotreba alkohola može biti izgovor za stresne životne situacije, potrebu za opuštanjem i stvaranjem osjećaja spontanosti. Praznici često predstavljaju okidače za ovisnike o alkoholu koji su u apstinenciji, te tokom praznika, u kombinaciji sa slobodnim vremenom i stresnim životnim periodom, dođe do recidiva. Također tokom praznika, recidivi su česti kod ovisnika iz disfunkcionalnih porodica gdje nedostaje bliskost i ostvarivanje toplih porodičnih odnosa. Takve osobe praznike vrlo često doživljavaju emocionalno stresno, te ih podsjećaju na sve ono što im nedostaje. Izazvani osjećaj tuge i nezadovoljstva smanjuje samokontrolu, te osoba može lako posegnuti za alkoholom uz izgovor: „Praznik je, od jedne čašice mi neće biti nista“, što usložnjava i otežava započeti proces liječenja.

Posljedice konzumacije alkohola

Posljedice konzumiranja alkohola su višestruke kao što je već i spomenuto. U nastavku bit će objašnjeno detaljnije koje su to posljedice i šta alkohol čini organizmu čovjeka.

1.) **Fizičke:** Alkohol šteti organima kroz samu toksičnost molekule, štetnim nusproduktima njegove razgradnje, i/ili remećenjem normalnih biohemijskih reakcija metabolizma.

A) **Jetra:** najčešće oštećeni organ koji je važan za cjelokupni metabolizam štetnih tvari, stvaranje bjelancevina i drugih aktivnih molekula. Počinje sa stvaranjem “masne jetre”, koje je reverzibilno ukoliko se apstinira od alkohola. S daljnjom konzumacijom alkohola, može doći do upale jetre (alkoholnog hepatitisa) i fibroze (ciroza jetre) koji uzrokuju visok postotak smrtnosti.

B) **Probavni sistem:** alkoholičari imaju veću šansu za pojavu karcinoma jezika, grla, grkljana, jednjaka, jetre i debelog crijeva. Oštećenjem sluznica može doći do upale jednjaka (ezofagitisa), upale želučane sluznice (gastritisa) te ulkusne bolesti. Ozbiljna upala gušterače je, također, nerijetka pojava koja može re-

zultirati šećernom bolesti, opstipacijom, proljevima, lošom apsorpcijom hranjivih tvari i smrću.

C) **Nervni sistem:** oštećenje centralnih (mozak i leđna moždina) i perifernih živaca, dolazi do poremećaja ravnoteže, memorije, vida, hoda te gubitak čula i pravilne kontrole mišića.

D) **Metabolizam:** alkoholičari su često pothranjeni, te imaju nedostatak esencijalnih vitamina i minerala, pogotovo skupine B vitamina. Dolazi do poremećenog energetskeg statusa s nakupljanjem masnoća, trošenjem bjelancevina te niskog šećera koji može voditi do padavice, kome i smrti.

E) **Kardiovaskularni sistem:** alkoholičari imaju veću šansu za visoki krvni tlak, moždani udar i srčani infarkt te radi oštećenja srčanog mišića, alkoholnu kardiomiopatiju.

F) **Reproduktivni sistem:** alkohol smanjuje erektilnu sposobnost te oštećuje tkivo testisa u muškarca. Kod žena uzrokuje spontani pobačaj i oštećuje plod (fetalni alkoholni sindrom) s mogućom mentalnom retardacijom djeteta.

2.) **Psihičke:** Zloupotreba alkohola i duševni poremećaji se često nalaze u istom društvu, nekad kao razlog za pijenje a nekada kao njegova posljedica. Tu spadaju anksioznosti, depresije, psihoze, patološke ljubomore, halucinacije, agresivnosti i poznati „delirium tremens“.

3.) **Društvene:** Tačna količina koja se loše odrazi na fizičko zdravlje je baza za smjernice o dopuštenoj količini alkohola, dok se mentalne i društvene posljedice već mogu pojaviti i s puno manjim količinama.

A) **Nesreće:** upravljanje motornim vozilima u alkoholiziranom stanju je jedan od glavnih uzroka saobraćajnih nesreća sa tragičnim ishodom.

B) **Međuljudski odnosi:** česte su svađe među supružnicima, u porodici, među prijateljima i poznanicima kad su ljudi pod utjecajem alkohola. Jedna trećina rastava braka se povezuje sa alkoholizmom.

C) **Kriminal:** konzumacija alkohola je povezana s nizom kriminalnih djela: pljačkama, ubojstvima, nasiljem, silovanjima, uzimanjem opojnih droga.

Veza porodice, pojedinca, društva i alkohola

Sakoman (2002.) porodicu opisuje kao mjesto na kojem se djeci mogu dati primjeri iz dragocjenog životnog iskustva i znanja, ali da bi porodica bila uspješ-

na u tom nastojanju, sa djecom moramo imati dobar odnos. Da bi se razvio takav odnos neophodna je dobra, otvorena i kontinuirana komunikacija koja treba obilovati jasnim porukama i stvaranju atmosfere u kojoj svi članovi porodice se osjećaju jednako važnim i slobodnim da izraze svoje probleme, nedoumice ili emocije. Alkohol je sredstvo ovisnosti koje se, prema brojnim istraživanjima, prvi put vidi i proba u krugu porodice koji im bude ponuđen na nagovor roditelja ili drugih članova porodice. Ako je blizak član porodice ovisan o alkoholu, lako postaje uzor mlađem članu porodice koji taj obrazac ponašanja lako prihvata i ustvaja, te dolazi do transgeneracijskog prisustva ovisnosti. U našem društvu, konzumacija alkohola je sveprisutna pojava i predstavlja normalan obrazac ponašanja u raznim svečanim ili drugim prilikama kroz koje mnogi pronalaze opravdanja za svoju sveučestaliju konzumaciju alkoholnih pića (Daus-Šebeđak, 2016).

Pored utjecaja porodice i vršnjaka, jaku ulogu igraju i mediji. Svjedočimo svakodnevnom porastu marketinškog oglašavanja u kojem se alkohol stavlja kao imperativ za dobru zabavu i provlači se kroz sve pore društva uključujući i one segmente koji bi trebali biti simbol zdravlja kao što su sportske aktivnosti i natjecanja. Također, sve su prisutnije subliminalne poruke koje promovišu konzumaciju alkohola i na taj način stvaraju utisak i vjerovanje da je konzumacija alkohola prihvatljiva i čak poželjna društvena pojava.

Pored svih navedenih aspekata života na koje alkohol utječe kod pojedinca koji ga konzumira, on je jedan od vodećih kriminogenih faktora kod ubistava i pokušaja ubistava (Koludrović, 1989). Naime, istraživanja pokazuju da se znatan broj ubistava ili pokušaja ubistava dogodi u alkoholiziranom stanju kada počinioc gubi inhibicije koje predstavljaju svojevrsnu kontrolu poriva, te sprječavaju počinjenje krivičnog djela koji se dogodi u alkoholiziranom stanju. Pored navedenih krivičnih djela, česte saobraćajne nesreće izazvane zbog upravljanja vozilom u alkoholiziranom stanju su sveprisutnija i svečešća pojava. Ovakve nesreće, prema podacima istraživanja, najčešće su tokom vikenda i za vrijeme praznika. Ovo nam još jednom potvrđuje da konzumacija alkohola i alkoholizam kao bolest nije bolest pojedinca nego bolest cijelog društva.

Psihosocijalni tretman alkoholičara

Tretman liječenja alkoholizma podrazumijeva primjenu farmakoterapije u kombinaciji sa psihosocijalnim tretmanom. Kada govorimo o psihosocijalnom tretmanu, on ima svoje dijelove koji su važni kako bi tretman bio potpun i kako bi rezultirao uspješnim liječenjem. Ti dijelovi psihosocijalnog tretmana su procjena stanja, postavljanje ciljeva (apstinencija, umjerenost i smanjeno pijenje), plan liječenja, terapijski savez i zadržavanje u liječenju, prevencija recidiva, praćenje stanja i kontrola (Haber i sur., 2009). Ono što predstavlja glavnu odliku psihosocijalnih tretmana jeste unapređenje interpersonalnih odnosa i životne situacije i okolnosti. Važnost unutrašnjih psiholoških procesa je isprepletana sa vanjskim socijalnim i fizičkim uvjetima, te imaju uzajamni utjecaj. Psihosocijalni tretman podrazumijeva podjednaku zainteresovanost za psihološko i socijalno stanje pojedinca.

Najpopularniji psihosocijalni pristupi sa dosljednom empirijskom podrškom su kratke intervencije, motivacijski pristupi, razni oblici kognitivno-bihevioralne terapije kao što su vještine suočavanja, samokontrola ponašanja, prevencija recidiva i drugi psihoterapijski pravci.

Socijalne intervencije čija je učinkovitost dokazana su trening zapošljavanja, smještaj u terapijske zajednice, organizovanje slobodnog vremena i grupe samopomoći (klubovi liječenih alkoholičara).

Zaključak

Pristup alkoholizmu, kao jednom od glavnih uzročnika smrti direktnim ili indirektnim djelovanjem, podrazumijeva kako adekvatan, strateški osmišljen tretman liječenja tako i preventivne programe koji mogu imati bolji rezultat sprječavajući nastanak ove bolesti od samog procesa liječenja kada se sama bolest razvije (Hudolin, 1991). Osvještavanje spoznaje o pogubnosti alkoholizma po zdravlje ovisnika ali i po zdravlje njegove porodice i bliže okoline ključan je faktor za preveniranje razvoja alkoholizma. Laka dostupnost alkoholnih pića doprinosi povećanju konzumacije istog, te laka dostupnost odaje utisak normalnosti i općeprihvaćenosti, pa se konzumacija alkohola doživljava kao općeprihvaćeno, poželjno ponašanje. Institucionalna saradnja svih učesnika u

kreiranju zdravijeg i sigurnijeg ambijenta življenja ključan je faktor za smanjenje broja oboljelih od bilo koje bolesti ovisnosti, pa tako i od alkoholizma. Kada govorimo o konzumaciji alkohola za vrijeme značajnih događaja i praznika, jako je važno da budemo osjećajni prema samom sebi ali i svjesni posljedica svojih postupaka. Bitno je jasno postaviti ciljeve i posložiti želje i prioritete. Sasvim je u redu ako ne želimo da slavimo praznike onako kako smo to radili nekada, te to jasno trebamo dati do znanja onima koji na nas vrše pritisak da slavlje ne smijemo propustiti. Prikrivanje tuge pretjeranim uživanjem u supstancama koje iskrivljuju naš doživljaj realnosti zasigurno donose više štete nego koristi. Iako je konzumacija alkohola tokom praznika u većini zajednica društveno prihvatljiva, posljedice mogu biti velike, a to su veća anksioznost u periodu koji slijedi, depresivne epizode, te produženi osjećaj tuge.

Literatura:

1. Daus-Šebek D., (2016). *Zašto su se ovog čovjeka svi odrekli u obitelji?* Med Fam Croat Vol 24, No1.
2. Haber, P., Lintzeris, N., Proude, E., & Lopatsko, O. (2009). *Guidelines for the Treatment of Alcohol Problems*. Australian Government, The Department of Health.
3. Hudolin V., (1991). *Alkoholizam-Stil života alkoholičara*. XII Izdanje. Školska knjiga: Zagreb, 1991.
4. Koludrović, M. (1989). *Forenzičko psihijatrijsko prosuđivanje afektivnog čina kod počinitelja krivičnih djela ubojstva*. Doktorska disertacija. Zagreb: Medicinski fakultet.
5. Radović S., (2006). *Odgoj temelj prevencije od ovisnosti*. Žagar d.o.o. Rijeka. 28-45, 69-88.
6. Sakoman S., (2002). *Obitelj i prevencija ovisnosti*. SysPrint. Zagreb. 61.-81.
7. Štifanić M., (2005). *Alkoholizam i društvene znanosti*. Medicinski fakultet Rijeka.

ANALIZA KVALITETA ŠKOLSKOG ŽIVOTA KOD SREDNJOŠKOLACA

Mr. sc. **Emina Babić**

JZU Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona

Sažetak

Predmet ovog istraživanja bila je socijalnopedagoška analiza kvaliteta školskog života srednjoškolaca. Cilj empirijskog istraživanja bio je da se uradi znanstvenoistraživački utemeljena socijalnopedagoška analiza kvaliteta školskog života srednjoškolaca kroz deskripciju kvaliteta života srednjoškolaca i ispitivanje istraživačke relacije kvaliteta školskog života sa rizičnim ponašanjem i kvalitetom prijateljstva srednjoškolaca. Od istraživačkih metoda korišteni su metod teorijske analize i deskriptivno-analitički servej metod, a od istraživačkih tehnika anketiranje. Od istraživačkih instrumenata korišteni su: Upitnik kvaliteta školskog života (Ainley i Bourke, 1992; prema Leonard, 2002), Skala rizičnih ponašanja (Ricijaš, Krajcer i Bouillet, 2010) i Skala kvaliteta prijateljstva (Klarin, 2005). Istraživački uzorak činilo je 300 srednjoškolaca od I do III razreda srednje škole iz Zenice i Kaknja. Rezultati istraživanja su pokazali sljedeće: u značajnoj mjeri kod adolescenata prisutno opće zadovoljstvo školom; kod učenika su prisutni i negativni osjećaji prema školi; u velikoj mjeri srednjoškolci imaju pozitivnu sliku o nastavnicima, te ima značajan broj učenika koji nemaju pozitivnu sliku o nastavnicima; srednjoškolci imaju visok stepen socijalne integriranosti u školi, jer školu doživljavaju kao mjesto gdje se drugi mogu osloniti na njih, gdje ih drugi učenici prihvataju onakvim kakvi jesu, gdje se dobro slažu s učenicima iz svog razreda, te gdje su drugi učenici vrlo prijateljski raspoloženi; većina srednjoškolaca školu doživljava kao prostor pripreme za vlastitu budućnost; škola je prostor u kojem je moguće ostvariti kvalitetno školsko postignuće; u najvećoj mjeri nezadovoljstvo školom povezano je sa učeničkim doživljajem učenja u školi.

Ključne riječi: kvalitet školskog života, kvalitet prijateljstva, socijalna integriranost, rizična ponašanja

Rizični i zaštitni faktori u školskom okruženju

Zaštitni faktori unutar školskog okruženja mogu biti vrlo različiti i u skladu sa mogućnostima škole i osoblja koje pružaju djeci obrazovanje. Zaštitni faktori u školi su: razvijanje pozitivne klime između nastavnog osoblja i učenika unutar škole, kreiranje klime međusobnog povjerenja, organiziranje različitih društveno pozitivnih događaja u kojima bi učenici mogli razviti svoj pozitivan duh i osjećaj za druge i potrebe drugih, raditi na širenju povjerenja između učenika i sprječavanje nasilnih rješavanja konflikata.

Često definirani i identificirani, kroz literaturu, faktori rizika u školskom okruženju su: nejasna pravila ponašanja i mjere protiv nasilja nedovoljna svijest o problemu nasilja, nedovoljna podrška nastavnog osoblja, razrednika i nastavnika, negativna školska klima, neadekvatne reakcije na nasilje, slaba participacija učenika u donošenju odluka, nemogućnost adekvatnog djelovanja kroz Vijeće učenika ali i Vijeće roditelja i osmišljavanju mjera protiv nasilja, veličina škole i školskih odjeljenja.

Također u odnosima vršnjaka vrlo su važne i verbalne sposobnosti koje su ujedno i protektivni, ali i rizični faktor, i kao takvi mogu ugroziti ali i poboljšati odnose adolescenta u komunikaciji s drugima u zavisnosti od toga koje su sposobnosti razvili u odnosi na okolinu. Verbalne sposobnosti su povezane sa inteligencijom. Sposobnost razumijevanja verbalnog sadržaja, brzina otkrivanja relacija između pojmova koji su dati u verbalnom obliku i sposobnost verbalnog osmišljavanja i zaključivanja (Nešić, 2006:56).

Koncept otpornosti i zaštitnih faktora koji se razvijaju u životu mlade osobe uglavnom će doprinijeti razvoju pozitivnih osobina koje će u svakom slučaju doprinijeti pozitivnoj atmosferi koju osoba gradi u školi. Radi se uglavnom o individualnim karakteristikama djece koje se tokom školovanja razvijaju i koji

imaju sposobnost da se na vrijeme odupru svim negativnim utjecajima od strane učenika koji su već skloni činjenju vršnjačkog nasilja.

METOD

Predmet ovog istraživanja jeste socijalnopedagoška analiza kvaliteta školskog života srednjoškolaca. Cilj ovog empirijskog istraživanja jeste da se uradi znanstvenoistraživački utemeljena socijalnopedagoška analiza kvaliteta školskog života srednjoškolaca kroz deskripciju kvaliteta života srednjoškolaca i ispitivanjaje istraživačke relacije kvaliteta školskog života sa rizičnim ponašanjem i kvalitetom prijateljstva srednjoškolaca.

Hipoteza: Pretpostavljamo da će istraživački rezultati ponuditi jasnu deskripciju kvaliteta školskog života srednjoškolaca, te da će pokazati da postoji statistički značajna povezanost kvaliteta školskog života sa rizičnim ponašanjem i kvalitetom prijateljstva: srednjoškolci koji pokazuju veće vrijednosti na skali kvaliteta školskog života istovremeno pokazuju manje vrijednosti na skali rizičnog ponašanja i veće vrijednosti na skali kvaliteta prijateljstva koji uspostavljaju s vršnjacima.

Od istraživačkih metoda korišteni su metod teorijske analize (u analizi relevantnih teorijskih izvora) i deskriptivno-analitički survey metod (Mužić, 1999; Fajgelj, 2004; Suzić, 2007) u prikupljanju, obradi, analizi i interpretaciji podataka terenskog istraživanja, a od tehnika anketiranja u terenskom istraživanju.

Od istraživačkih instrumenata korišteni su: Upitnik kvaliteta školskog života (Ainley i Bourke, 1992; prema Leonard, 2002), Skala rizičnih ponašanja (Ricijaš, Krajcer i Bouillet, 2010) i Skala kvaliteta prijateljstva (Klarin, 2005).

Upitnik kvaliteta školskog života su konstruirali Ainley i Bourke (1992; prema Leonard, 2002) u ispitivanju s australskim učenicima osnovnih škola. Upitnik sadrži 40 tvrdnji koje čine sedam subskala. Skale "Opće zadovoljstvo školom" (General satisfaction) i "Negativni osjećaji prema školi" (Negative affect) mjere opći pozitivan i negativan stav učenika prema školi. Skale "Priprema za budućnost" (Opportunity), "Socijalna integriranost" (Social integration), "Školsko postignuće" (Achievement), "Nastavnici" (Teacher) i "Doživljaj učenja" (Adventure) mjere speci-

fične domene kvalitete školskoga života. Pouzdanost skale na našem uzorku iznosi Cronbach alpha $\alpha = 0,903$.

REZULTATI ISTRAŽIVANJA

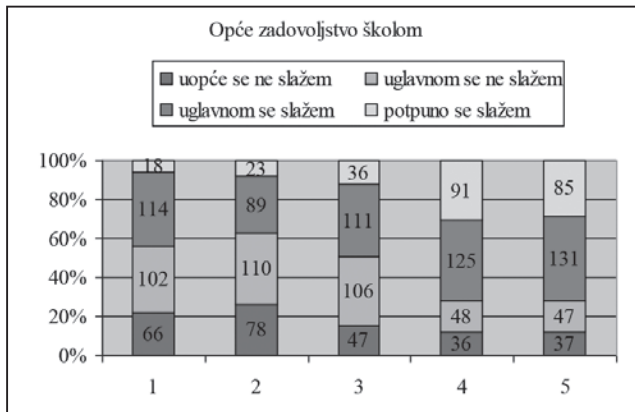
Kvalitet školskog života definira se kao skup pozitivnih i negativnih iskustava u školi te ostalih osjećaja povezanih sa specifičnim područjima i posljedicama života u školi (Leonard, 2002; Raboteg-Šarić i sar., 2009). Pored toga, Huebner (2004) smatra da se zadovoljstvo životom kod adolescenata može mjeriti sa globalnog aspekta zadovoljstva životom ili obuhvatiti različite domene. Prema njemu, najvažniji aspekti zadovoljstva životom kod adolescenata izdvajaju se domeni zadovoljstva: porodicom, prijateljima, školom, sobom i životnim okruženjem.

Kvalitet školskog života kod srednjoškolaca istraživali smo uz pomoć Upitnika kvaliteta školskog života (Ainley i Bourke, 1992; prema Leonard, 2002) koji se sastoji od 40 tvrdnji, a koje se odnose na: opće zadovoljstvo školom, negativne osjećaje prema školi, odnos nastavnika, socijalnu integriranost, pripremu za budućnost, školsko postignuće i doživljaj učenja. Slijedi analiza i interpretacija istraživačkih rezultata.

Opće zadovoljstvo školom

Značaj zadovoljstva životom kod adolescenata potvrđuju brojne studije koje svjedoče kako individualne razlike u zadovoljstvu životom kod adolescenata mogu predvidjeti važne životne ishode, kao što su razvoj internalizovanih i eksternalizovanih problema u ponašanju (McKnight, Huebner i Suldo, 2002; Park, 2004; Suldo i Huebner, 2004), vršnjačko nasilje (Valois et al., 2001), usamljenost (Ozben, 2013), samopouzdanje i prihvatanje od strane vršnjaka (Shin et al., 2011), popularnost i omiljenost (Boehm i Lyubomirsky, 2008), ljubavni i drugi socijalni odnosi (Diener i Seligman, 2002) i slično. Navedeni nalazi korespondiraju i s tvrdnjama Dienera (Diener, 2012) po kojima se zadovoljstvo životom kod adolescenata može posmatrati kao važan psihološki resurs, koji olakšava postizanje adaptivnog razvoja.

U ovom kontekstu istražujemo i kvalitet školskog života srednjoškolaca i na samom početku opće zadovoljstvo školom.



LEGENDA:

- Za mene je škola mjesto
- 1. gdje uživam da budem
- 2. u koje stvarno volim ići svaki dan
- 3. gdje se osjećam sretno
- 4. gdje sam ponosan što sam učenik
- 5. gdje se zabavljam

Grafikon 1. Opće zadovoljstvo školom

Rezultati istraživanja (grafikon 1) pokazali su kako je u značajnoj mjeri kod adolescenata prisutno opće zadovoljstvo školom. U okviru općega zadovoljstva školom srednjoškolci rangirano školu doživljavaju kao mjesto: gdje se zabavljaju, gdje su ponosni što su učenici, gdje se osjećaju sretno, gdje uživaju da budu i posljednje kao mjesto u koje stvarno vole ići svaki dan. Vidljivo je da oni školu doživljavaju kao mjesto za druženje, a da su vjerovatno školske obaveze razlog što školu ne prihvataju bliskije.

Ranija istraživanja (Raboteg-Šarić i sar., 2009), također su došla do zaključka da su učenici uglavnom zadovoljni školom, te uglavnom ne gaje negativne osjećaje prema školi. Također, istraživanja potvrđuju da djevojčice općenito imaju pozitivniji odnos prema školi u odnosu na dječake (Raboteg-Šarić i sar., 2009; Slavnić i Zečević, 2015).

U periodu adolescencije, kada su škola i vršnjaci glavna preokupacija mladih ljudi, bolji školski uspjeh i visok nivo zadovoljstva u ovim oblastima može da se generalizuje i na sveukupno zadovoljstvo životom (Slavnić i Zečević, 2015).

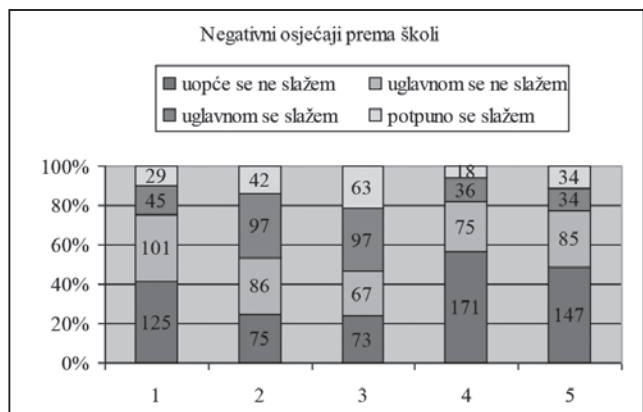
I naše istraživačke rezultate tumačimo u navedenom kontekstu, te da je privrženost školi proitekla iz osjećaja povezanosti s ljudima u školi, te osjećaja pripadnosti, ponosa na školu, ugone za vrijeme boravka u školi i druženja s vršnjacima

Negativni osjećaji prema školi

Negativni osjećaji prema školi mogu se vezati prema unutrašnjim i vanjskim utjecajima pojedinca. Unutrašnji faktori mogu se odnositi na nesigurnost, potištenost, depresiju, a vanjski utjecaji uključuju odnos sa vršnjacima, nastavnicima, okruženju.

Negativni osjećaji prema školi mogu se vezati za slabu vezanost sa školom koja je povezana s nizom rizičnih ponašanja kao što su delinkvencija, ovisnosti, napuštanje obrazovnog sistema, maloljetnička trudnoća, antisocijalno ponašanje, nisko samopouzdanje i slično (Hawkins i sar., 2001; Maddox i Prinz, 2003; Waters i sar., 2009; prema Roviš i Bezinović, 2011). Maddox i Prinz (2003; prema Roviš i Bezinović, 2011) smatraju da visoka privrženost školi može odgoditi pojavu rizičnih ponašanja, a nedostatak iste može biti vezan uz korištenje sredstava ovisnosti (alkohol, duhan, marihuana i slično). Neuspjeh u međusobnim odnosima s vršnjacima i učiteljima ili nedostatak socijalnih vještina mogu rezultirati antisocijalnim stavovima i ponašanjem.

Niska povezanost općega zadovoljstva školom i ostalih specifičnih aspekata percipirane kvalitete školskog života sa školskim uspjehom učenika upućuje na važnost razlikovanja akademskih i afektivnih posljedica školovanja. Naime, afektivne posljedice školovanja treba razmatrati i same po sebi, a ne samo kao sredstvo koje omogućuje uspješnije ostvarenje akademskih ciljeva školovanja (Epstein i McPartland, 1976; Raboteg-Šarić i sar., 2009).



LEGENDA:

- Za mene je škola mjesto
- 1. gdje se osjećam uznemireno
- 2. gdje se osjećam zabrinuto
- 3. gdje se uzrujavam
- 4. gdje se osjećam osamljeno
- 5. gdje se osjećam nesretno

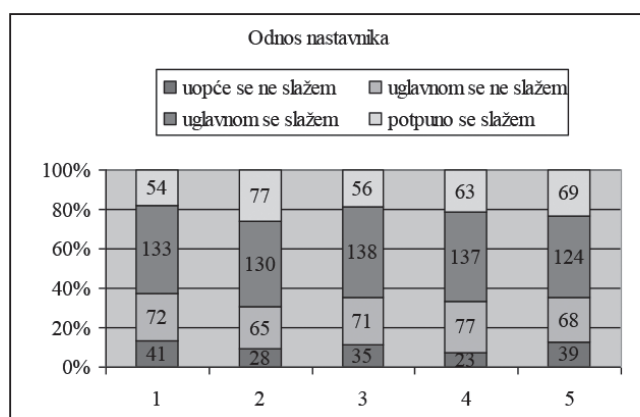
Grafikon 2. Negativni osjećaji prema školi

Rezultati istraživanja (grafikon 2) pokazali su da su kod učenika prisutni i negativni osjećaji prema školi, jer je za adolscence škola mjesto gdje se uzrujavaju, te gdje se osjećaju zabrinuto. Jedan nezanemarljiv broj učenika školu doživljava kao mjesto na kojem se osjeća uzemireno, usamljeno i nesretno.

Odnos nastavnika

Značaj nastavnika u stvaranju cjelokupne slike o školi kod učenika, nije zanemariv. Roeser, Eccles i Sameroff (1998; prema Zvizdić, 2015) su utvrdili da je za adolscence, koji su svoje nastavnike doživljavali kao izvore akademske i emocionalne podrške, postojala manja vjerovatnoća za doživljavanje emocionalne uznemirenosti ili alijenacije od škole.

Nastavnici mogu njegovati rezilijenciju kod učenika tako što će kreirati razrednu i školsku klimu koja će prigrliti dijete, zadovoljiti učenikovu potrebu za sigurnošću i pripadanjem, razvijati socijalnu kompetenciju, autonomiju, sposobnost rješavanja problema te omogućiti svakom učeniku prilike da učestvuje u raznim aktivnostima škole. Visoka očekivanja nastavnika mogu ohrabriti učenike za aktivno djelovanje, te pomoći učenicima da efikasnije uče i postizu dobre školske rezultate (Zvizdić, 2015).



LEGENDA:

Za mene je škola mjesto

1. gdje moji nastavnici postupaju pravedno prema meni u razredu

2. gdje su moji nastavnici zainteresirani za to da mi pomognu u obavljanju zadataka

3. gdje su moji nastavnici pravedni prema meni

4. gdje mi nastavnici pomažu da dam sve od sebe

5. gdje su moji nastavnici zainteresirani za ono što govorim

Rezultati istraživanja (grafikon 3) pokazali su kako u velikoj mjeri adolescenti imaju potizivnu sliku o nastavnicima, te da ima značajan broj učenika koji nemaju pozitivnu sliku o nastavnicima. Iz istraživačkih rezultata je jasno da srednjoškolci školu doživljavaju kao mjesto u kojem su nastavnici: zainteresirani za to da im pomognu u obavljanju zadataka, zainteresirani za ono što učenici govore, pravedni prema učenicima generalno i u razredu, te pomažu da učenik da sve od sebe.

U istraživanju (Zvizdić, 2003, Zvizdić i Đapić, 2015; prema Zvizdić, 2015) s 422 mlada adolescenta utvrđeno je da najveći doprinos u objašnjenju školskog samopoštovanja, te percipirane samoeфикаsnosti u školskom učenju i reguliranju vlastitog procesa učenja ima percipirana socijalna podrška nastavnika. To ujedno znači da će, ukoliko mladi adolescenti percipiraju postojanje višeg nivoa podrške od nastavnika, i nivo njihovog školskog samopoštovanja i percipirane samoeфикаsnosti u školskom učenju i reguliranju vlastitog procesa učenja biti veći.

Iz rezultata našeg istraživanja vidljivo je kao treba osmisliti preventivno sociopedagoško djelovanje i s nastavnicima i s učenicima, a s nastavnicima u funkciji razvoja svijesti o važnosti njihove socijalne podrške učenicima i njihovo senzibiliziranje za osnaživanje učenikovog samopoštovanja i njegove samoeфикаsnosti u školskom učenju i reguliranju procesa učenja.

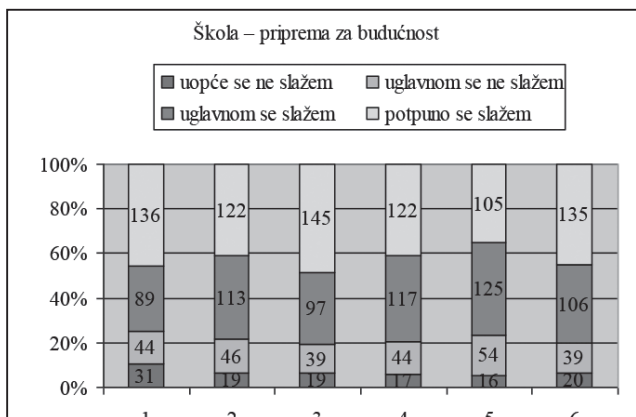
Škola – priprema za budućnost

Reakcije učenika na školu indikator su kvaliteta školskog života, a pozitivne reakcije na školu mogu povećati vjerojatnost da će učenici razviti trajnu predanost učenju (Epstein i McPortland, 1976; Raboteg-Šarić i sar, 2009).

U kontekstu škole važno je istaknuti kako učenici koji imaju pozitivnija uvjerenja o svojim socijalnim sposobnostima, odnosno višu socijalnu samoeфикаsnost vrlo često postizu i bolje rezultate na akademskom planu, te pozitivnije doživljavaju svoje akademske sposobnosti (Bandura i sar., 1996; Reić Ercegovac i Koludrović, 2010; Shim, Kiefer i Wang, 2013; Urđan i Maehr, 1995).

Puževski (2002) navodi da škola sutra neće biti samo izvršitelj različitih obrazovnih programa nego prvenstveno organizator, podsticatelj i koordinator njihove realizacije.

Rezultati istraživanja (grafikon 5) pokazali su da većina učenika školu doživljava kao prostor pripreme za vlastitu budućnost. Srednjoškolci doživljavaju kao mjestu u kojem uče ono što će im biti korisno kad završe školu, pomoći u daljem školovanju, što ih dobro priprema za budućnost, gdje uče korisne sadržaje, sadržaja koji su im važni i koje trebaju da znaju. Međutim, iz istraživačkih rezultata je vidljivo i da ima određeni broj učenika koji školu ne doživljavaju kao mjestu u kojem uče ono što će im biti korisno kad završe školu, pomoći u daljem školovanju, što ih dobro priprema za budućnost, gdje uče korisne sadržaje, sadržaja koji su im važni i koje trebaju da znaju.



LEGENDA:

Za mene je škola mjesto

- 1. gdje učim ono što će mi biti korisno kada završim školu
- 2. gdje učim ono što će mi pomoći u daljem školovanju
- 3. gdje učim ono što me dobro priprema za budućnost
- 4. gdje učim korisne sadržaje
- 5. gdje učim sadržaje koji su mi važni
- 6. gdje mogu naučiti ono što trebam da znam

Grafikon 5. Škola – priprema za budućnost

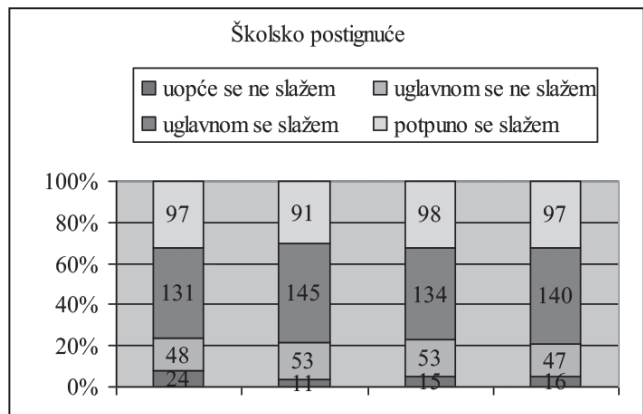
Na tragu ovih istraživačkih nalaza očigledno je kako preventivno sociopedagoško djelovanje u preventivnim projektima koji bi bili namijenjeni nastavnicima trebalo biti fokusirano na razvijanje kompetencija nastavnika za uspostavljanje kvalitetne socio-emocionalne razredne klime u razredu i školi općenito.

Školsko postignuće

Doživljaj školske (ne)kompetencije važan je aspekt dječje slike o sebi (Raboteg-Šarić i sar., 2009), a iskustva neuspjeha na ovom području ugrožavaju samopouzdanje učenika, što dovodi do slabije motivacije za učenje i još slabijih rezultata u učenju. Učenici niže-

ga samopoštovanja obično imaju lošiji školski uspjeh (Rijavec i sar., 1999).

Uvjerenja o samoefikasnosti i percepcija kontrole utječu na ciljeve postignuća, ulaganje napora i posvećenost učenika školskim aktivnostima, što u konačnici rezultira njihovim boljim uspjehom (Bandura, 1993; Perry, Hall i Ruthig, 2005; Schunk, 1990, 1991; Sorić i Burić, 2010; Zimmerman, 1995; prema Bubić, Goreta, 2015).



LEGENDA:

Za mene je škola mjesto

- 1. gdje sam uspješan učenik
- 2. gdje sam dobar u školskim obavezama
- 3. gdje sam uspješan u izvršavanju obaveza
- 4. gdje postižem dobre rezultate u svom radu

Grafikon 6. Školsko postignuće

Rezultati istraživanja (grafikon 6) pokazali su kako je škola prostor u kojem je moguće ostvariti kvalitetno školsko postignuće, jer srednjoškolci školu doživljavaju kao prostor u kojem su uspješni učenici, dobri u školskim obavezama i izvršavanju obaveza općenito, te gdje postižu dobre rezultate u svom radu. Kao u u prethodnim istraživačkim rezultatima, izdvaja je nezamisliv broj srednjoškolaca koji školu ne doživljavaju kao prostor u kojem su uspješni učenici, dobri u školskim obavezama i izvršavanju obaveza općenito, te gdje postižu dobre rezultate u svom radu.

Rezultati istraživanja koje su proveli Bubić i Goreta (2015) dodatno upućuju na složeni odnos između školskog uspjeha, percipirane akademske kontrole, te zadovoljstva školom. To upućuje na zaključak da sam školski uspjeh, bez uvjerenja pojedinaca da su oni za njega zaslužni, te da ga mogu kontrolirati, ne doprinosi zadovoljstvu školom.

Ranija istraživanja (Ainley i sar., 1991; Mok i Flynn, 2002; Perry, Hall i Ruthig, 2005; Perry i sar., 2001; Perry, Hladkyj i sar., 2005; Raboteg-Šarić i sar., 2009; prema Bubić i Goreta, 2015) potvrđuju kako postoji značajna međuzavisnost učeničkih uvjerenja o vlastitim sposobnostima i školskog uspjeha. Naime, većina prethodnih istraživanja pokazuje kako su učenici koji imaju bolje ocjene često zadovoljniji školom (Cock i Halvari, 1999; prema Bubić i Goreta, 2015).

I na osnovu navedenih istraživanja može se naslutiti i pozadina naših istraživačkih nalaza. Vjerovatno je pozadina nezadovoljstva školom slab školski uspjeh i nezadovoljavanje školskim obavezama na odgovarajućem nivou. Stoga, sociopedagoško preventivno djelovanje u ovom segmentu trebalo bi ići u pravcu razvijanje izvrsnosti kod učenika i motivacije za postignućem u funkciji samostvarenja i ostvarenja individualnih ciljeva učenika, a u konačnici osnaživanje njihove školske kompetentnosti.

ZAKLJUČAK

Uvidi u relevantne teorijske izvore potvrdili su značaj kvaliteta školskog života kao varijable koja u velikoj mjeri određuje ponašanje učenika i ostvaruje statistički značajnu vezu sa niz varijabli koje pojašnjavaju doživljaj i ponašanje učenika u školskom kontekstu.

Rezultati ovog istraživanja ponudili su jasnu deskripciju kvaliteta školskog života srednjoškolaca jer su pokazali sljedeće: u značajnoj mjeri kod adolescenata prisutno opće zadovoljstvo školom; kod učenika su prisutni i negativni osjećaji prema školi; u velikoj mjeri srednjoškolci imaju pozitivnu sliku o nastavnicima, te ima značajan broj učenika koji nemaju pozitivnu sliku o nastavnicima; srednjoškolci imaju visok stepen socijalne integriranosti u školi, jer školu doživljavaju kao mjesto gdje se drugi mogu osloniti na njih, gdje ih drugi učenici prihvataju onakvim kakvi jesu, gdje se dobro slažu s učenicima iz svog razreda, te gdje su drugi učenici vrlo prijateljski raspoloženi; većina srednjoškolaca školu doživljava kao prostor pripreme za vlastitu budućnost; škola je prostor u kojem je moguće ostvariti kvalitetno školsko postignuće; u najvećoj mjeri nezadovoljstvo školom povezano je sa učeničkim doživljajem učenja u školi.

U potpunosti je potvrđena polazna istraživačka hipoteza budući da su istraživački rezultati ponudili jasnu

deskripciju kvaliteta školskog života srednjoškolaca, te da su potvrdili da postoji statistički značajna povezanost kvaliteta školskog života sa rizičnim ponašanjem i kvalitetom prijateljstva: i to da srednjoškolci koji pokazuju veće vrijednosti na skali kvaliteta školskog života istovremeno pokazuju manje vrijednosti na skali rizičnog ponašanja i veće vrijednosti na skali kvaliteta prijateljstva koji uspostavljaju s vršnjacima. Istraživački rezultati mogu biti osnova za kreiranje preventivskih programa koji bi bili u funkciji razvoja kvaliteta školskog života, razvoja kvaliteta međuvršnjačkog prijateljstva i prevencije rizičnih ponašanja srednjoškolaca.

Literatura:

1. Ajduković, D. (1995). *Program psihosocijalne pomoći prognanoj i izbjegloj djeci*, Priručnik za pomagače-nestručnjake, Zagreb: Društvo za psihološku pomoć.
2. Bandura, A., C. Barbaranelli, G. V. Caprara, & C. Pastorelli (1996). Mechanisms of moral disengagement in the exercise of moral agency, *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 364-374.
3. Bubić, A. i Goreta, I. (2015). Akademske i socijalne odrednice općeg zadovoljstva školom, *Psihologijske teme*, 24, 473-493.
4. Fajgelj, S. (2004). *Metode istraživanja ponašanja*. Beograd: Centar za primjenjenu psihologiju.
5. Huebner, E. S. (2004). Research on assessment of life satisfaction of children and adolescents, *Social Indicators Research*, 66, 3-33.
6. Marković, M. (2015). *Uloge u vršnjačkom nasilju i školski uspjeh učenika*, Doktorska disertacija, Beograd: Filozofski fakultet.
7. Mok, M. C. & Flynn, M. (1997). Quality of school life and students' achievement in the HSC: A multilevel Analysis. *Australian Journal of Education*, 41(2), 169-188.
8. Mužić, V. (1999). *Uvod u metodologiju istraživanja odgoja i obrazovanja*. Zagreb: Educa.
9. Nešić, B. (2006). *Razvojne i transferne promene u primarnim mentalnim sposobnostima učenika*. Niš: Filozofski fakultet u Nišu, GRAFOS Pančevo.
10. Puževski, V. (2002). *Škola otvorenih vrata*, Jastrebarsko: Naklada Slap.
11. Raboteg-Šarić, Z., Šakić, M., Brajša-Žganec, A. (2009). Kvaliteta života u osnovnoj školi: povezanost sa školskim uspjehom, motivacijom i ponašanjem učenika, *Društvena istraživanja*, br. 4-5 (102-103), 697-716.
12. Reić Ercegovac, I. i Koludrović, M. (2010). Akademska samoefikasnost i školski uspjeh adolescenata. *Pedagogijska istraživanja*, 1, 111-128.
13. Roviš, D., Bezinović, P. (2011). Vežanost za školu – analiza privrženosti školi i predanosti školskim obavezama kod srednjoškolaca, *Sociologija i prostor*, 49 (2), 185-208.
14. Slavić, D. i Zečević, I. (2015). Učeničko zadovoljstvo životom, školom i samopoštovanje, (u) Subotić, S. (ur.). *STED 2015. zbornika radova iz psihologije*, (str. 75-86), Banja Luka: Univerzitet za poslovni inženjering i menadžment.
15. Suzić, N. (2007). *Primijenjena pedagoška metodologija*, Banja Luka: XBS Banja Luka.
16. Zvizdić, S. (1999). *Traumatski gubitak oca i posttraumatska prilagodba mladih adolescenata*. (Neobjavljeni magistarski rad). Zagreb: Filozofski fakultet

ŠTETNE POSLJEDICE KONZUMIRANJA ENERGETSKIH PIĆA

Merima Alić, dipl. psiholog

Doc.dr. Meliha Brdarević- Šikić, dipl. psiholog

JZU Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona

Sažetak

Šarena ambalaža, arome nalik bombonima, široka dostupnost i ciljani marketing doprinijeli su da energetska pića predstavljaju najbrže rastući sektor u industriji pića. Jedna od najefikasnijih marketinških strategija koje koriste kompanije za energetska pića bila je ciljanje mladih i mladih odraslih. Ona se često prodaju kako bi osoba mogla ostati budna do kasno, duže se zabavljati i imati bolje rezultate u školi ili sportu. Zdravstveni radnici prijavljuju sljedeće efekte nakon konzumiranja energetskih pića: dehidraciju, ubrzani rad srca, anksioznost, napade, akutnu maniju i moždane udare. Ova pića imaju potencijal da izazovu probleme sa srcem. Pored fizičkih efekata, efekti na mentalno zdravlje zbog konzumiranja energetskih napitaka mogu uključivati samodestruktivno ponašanje, nesanicu, probleme s regulacijom ponašanja i loš način života, kao što je loša ishrana i konzumacija brze hrane. Smatra se da je hronična konzumacija energetskih pića s kofeinom povezana s napadima panike, psihotičnim epizodama i pretjeranom ekscitacijom moždane kore koja dovodi do glavobolje. Još jedna zabrinutost u vezi ovih pića je njihov potencijal da izazovu ovisnost i zloupotrebu. Budući da sadrže visok nivo kofeina i šećera, energetska pića mogu izazvati veliku ovisnost, a neki ljudi mogu postati ovisni o njima kako bi ostali puni energije.

Ključne riječi: energetska pića, štetne posljedice, sastojci energetskih pića, zdravlje

www.zedo-ovisnost.ba

Uvod

Energetska pića predstavljaju najbrže rastući sektor u industriji pića. Šarena ambalaža, arome nalik bombonima, široka dostupnost i ciljani marketing možda su doprinijeli ovom nedavnom trendu. Ova pića često sadrže pet puta veću količinu kofeina od bezalkoholnih pića, a mogu sadržavati i taurin, riboflavin, piridoksin i razne biljne derivate. Studije o efektima energetskih pića na ponašanje potvrđuju da povećavaju budnost i pažnju. Konzumacija energetskog pića može dovesti do trovanja kofeinom, posebno kod djece. Smrtni slučajevi koji se pripisuju konzumiranju energetskih pića prijavljeni su u Australiji, Irskoj i Švedskoj (Smith, 2013).

Neki od najčešćih sastojaka osim kofeina su navedeni u nastavku:

Šećer: Obično je glavni izvor kalorija u energetskim pićima, iako neka ne sadrže šećer i ne sadrže ugljikohidrate.

B vitamini: igraju važnu ulogu u pretvaranju hrane koju jedete u energiju koju vaše tijelo može iskoristiti.

Derivati aminokiselina: Primjeri su taurin i L-karnitin. Oba su prirodno proizvedena u tijelu i imaju ulogu u nekoliko bioloških procesa.

Biljni ekstrakti: Guarana je vjerovatno uključena kako bi dodala više kofeina, dok ginseng može imati pozitivne učinke na funkciju mozga (Pearson, 2023). Od 30% adolescenata u SAD-u do čak 70% u Evropi prijavljuje redovnu konzumaciju energetskih pića, prema nedavnim studijama NIH-a i European Food Safety Authority (Kademani, 2023).

Historija energetske piće

Energetska pića postoje vekovima, u različitim oblicima, ali moderno energetske piće kakvo danas poznajemo razvijeno je u Japanu tokom 1960-ih. Prvo energetske piće, nazvano Lipovitan-D, predstavila je Taisho Pharmaceutical Company 1962. godine. Napisak je bio na tržištu kao medicinski tonik za borbu protiv umora, a sadržavao je mješavinu vitamina B, taurina i kofeina. Taurin je aminokiselina koja se nalazi u visokim koncentracijama u mozgu i srcu, dok je kofein stimulans koji pomaže u povećanju mentalne budnosti. Koncept energetske napitaka postepeno se proširio i na druge zemlje, a 1980-ih godina sličan napitak uveden je u Austriju. Red Bull je kreirao austrijski biznismen Dietrich Mateschitz, koji je otkrio sličan napitak tokom putovanja na Tajland. Razvio je vlastitu formulu, koja je uključivala taurin, kofein i mješavinu drugih sastojaka, te ju je plasirao kao funkcionalno piće za sport i posao. Marketing energetske napitaka odigrao je veliku ulogu u njihovom porastu popularnosti. Kompanije za energetska pića koristile su niz marketinških strategija za promociju svojih proizvoda, uključujući sponzorstva, događaje i kampanje na društvenim mrežama. Jedna od najefikasnijih marketinških strategija koje koriste kompanije za energetska pića bila je ciljanje mladih i mladih odraslih. Energetska pića se često prodaju kako bi osoba mogla ostati budna do kasno, duže se zabavljati i imati bolje rezultate u školi ili sportu. Ove marketinške poruke odjeknule su kod mladih ljudi, koji često traže način da ostanu puni energije i fokusirani tokom dana (Pro Engineering/ Manufacturing inc, 2023).

Dok proizvođači energetske napitaka navode mnoge tvrdnje o prednostima energetske napitaka, uključujući: povećane sportske performanse i izdržljivost, poboljšano vrijeme reakcije, mentalna budnost i koncentracija, poboljšana izdržljivost i sveukupno blagostanje, postoje ograničeni naučni dokazi koji podržavaju ove tvrdnje (Alcohol and Drug Foundation, 2021).

Štetne posljedice konzumiranja energetske pića

Zdravstveni radnici prijavljuju sljedeće efekte nakon konzumiranja energetske napitaka: dehidraciju, ubrzani rad srca, anksioznost, napade, akutnu maniju i moždane udare. Rizik od trovanja kofeinom može biti

veći za energetska pića nego za druge izvore kofeina zbog neadekvatnog označavanja, reklamiranja i demografije potrošača (Smith, 2013).

Jedna od glavnih briga u vezi energetske napitaka je njihov potencijal da izazovu probleme sa srcem. Neke studije sugeriraju da energetske napitke mogu uzrokovati povećanje otkucaja srca i krvnog tlaka, što može biti opasno za ljude sa srčanim oboljenjima. Osim toga, bilo je izvještaja o mladim ljudima koji su imali problema sa srcem nakon konzumiranja velikih količina energetske napitaka (Pro Engineering/ Manufacturing inc, 2023).

Pored fizičkih efekata, efekti na mentalno zdravlje zbog konzumiranja energetske napitaka mogu uključivati samodestruktivno ponašanje, nesanicu, probleme s regulacijom ponašanja i loš način života, kao što je loša ishrana i konzumacija brze hrane. Upotreba energetske napitaka kod adolescenata također može utjecati na buduće izbore hrane i pića kod mladih ljudi zbog promjena u razvoju centra za nagrađivanje i ovisnost u mozgu i ovisnosti zbog visokog sadržaja kofeina (Gipp, 2019).

Dok su neuropsihijatrijski utjecaji energetske napitaka i dalje u velikoj mjeri nedovoljno istraženi, smatra se da je hronična konzumacija energetske napitaka s kofeinom povezana s napadima panike, psihotičnim epizodama i pretjeranom ekscitacijom moždane kore koja dovodi do glavobolje. Nadalje, nedavna studija o konzumiranju energetske napitaka od strane odraslih izvjestila je da su četiri slučaja doživjela napade koji su se pojavili nakon konzumiranja energetske napitaka koji sadrže aminokiselinu taurin i kofein, a napadi su se povukli nakon prestanka konzumacije ovih napitaka (Sidharthan, 2023).

Još jedna zabrinutost u vezi energetske napitaka je njihov potencijal da izazovu ovisnost i zloupotrebu. Budući da sadrže visok nivo kofeina i šećera, energetska pića mogu izazvati veliku ovisnost, a neki ljudi mogu postati ovisni o njima kako bi ostali puni energije. Osim toga, bilo je izvještaja o ljudima koji miješaju energetska pića s alkoholom, što može biti opasno i dovesti do zdravstvenih problema.

Rad istraživača sa Univerziteta Waterloo i Univerziteta Dalhousie, objavljen u Preventive Medicine, otkrio je da srednjoškolci skloni depresiji, kao i oni koji puše marihuanu ili piju alkohol češće konzumiraju energet-

ska pića od svojih vršnjaka (Media Relations, 2014). Nova studija sugerira da će tinejdžeri koji piju energetska pića s visokim udjelom kofeina, kao što su Red Bull ili Monster, češće koristiti alkohol, droge i cigarete. Za studiju, objavljenu u januarском/februarском izdanju Journal of Addiction Medicine, istraživači su analizirali podatke od skoro 22.000 učenika. Studija je pokazala da je oko 30% reklo da konzumira energetska pića obogaćena kofeinom, više od 40% je pilo bezalkoholna pića svakog dana, a 20% je svakodnevno pilo dijetalna bezalkoholna pića. Dječaci su češće nego djevojčice konzumirali energetska pića. Učenici koji su konzumirali energetska pića su dva do tri puta češće rekli da su konzumirali alkohol, cigarete i droge od onih koji nisu konzumirali energetska pića. Dok je konzumacija bezalkoholnih pića također bila povezana s upotrebom ovih supstanci, veza je bila mnogo jača za energetska pića (Davis, 2022).

Zaključak

Energetska pića su rastući trend svuda u svijetu. Ona su općeprihvaćena u društvu i marketinški protkepljena tako da mnogi ljudi nisu svjesni njihovih štetnih efekata. Zbog njihovog primamljivog izgleda i okusa energetska pića postaju prvo za čime mladi posežu kako bi povećali budnost i pažnju, ostvarili bolje rezultate u sportu i školi i sl. Međutim, štetne posljedice koje ova pića mogu izazvati su višestruke i ozbiljne. Energetska pića su povezana sa gojaznošću, visokim krvnim pritiskom i kardiovaskularnim problemima. Jedno energetska piće može sadržavati više šećera i kofeina nego što bi osoba trebala imati u jednom danu. Osim toga, mnoga energetska pića imaju i druge sastojke koji nisu dovoljno dobro ispitani da bi se znalo njihovo djelovanje na tijelo. Postoji mnogo alternativa energetska pićima koje nude zdravo povećanje energije i koje nemaju štetne posljedice na zdravlje ljudi.

Literatura:

1. A. Davis (2022). The Connection Between Energy Drinks and Addiction in Teens. Clearfork Academy. Preuzeto sa: <https://clearforkacademy.com/blog/the-connection-between-energy-drinks-and-addiction-in-teens/>
2. A. Gipp (2019). Energy Drinks and Young People. BDA-The Association of UK Dietitians. Preuzeto sa: <https://www.bda.uk.com/resource/energy-drinks-and-young-people.html#:~:text=P-physical%20effects%20of%20high%20energy%20drink%20intake&text=Increased%20caffeine%20consumption%20in%20children,hyperactivity%20has%20also%20been%20reported>
3. Alcohol and Drug Foundation (2021). Energy drinks—Do they really give you wings. Preuzeto sa: <https://adf.org.au/insights/energy-drinks/>
4. A. P. Smith (2013). Caffeine and Caffeinated Energy Drinks. Principles of Addiction: Academic Press; 1, 777-785
5. C. Sidharthan (2023). Red alert on energy drinks: Severe health risks for kids and teens. NEWS Medical Life Science. Preuzeto sa: <https://www.news-medical.net/news/20230530/Red-alert-on-energy-drinks-Severe-health-risks-for-kids-and-teens.aspx>
6. K. Pearson (2023). Are Energy Drink Good or Bad for You?. Healthline. Preuzeto sa: https://www.healthline.com/nutrition/energy-drinks#TOC_TITLE_HDR_2
7. Media Relations (2014). Energy drinks linked to teen health risks. University of Waterloo. Preuzeto sa: <https://uwaterloo.ca/news/news/energy-drinks-linked-teen-health-risks>
8. M. Kademani (2023). For kids and teens, energy drinks may have harmful side effects. UCLAhealth. Preuzeto sa: <https://www.uclahealth.org/news/teens-energy-drinks-side-effects>
9. Pro Engineering/ Manufacturing inc (2023). The History and Rise of Energy. Preuzeto sa: <https://prowm.com/brewing/energy-drinks-history-rise-pasteurization/>

Zavod za bolesti ovisnosti posjetili su predstavnici Centra za odvikavanje od ovisnosti "Marjanovac"



Predstavnici Centra održali su radni sastanak sa direktorom Zavoda, prim. mr. sci. Amir dr. Čustović i stručnim timom Odjeljenja za ambulantni i Odjeljenja za stacionarni tretman Detoks.

Obnovljen je protokol o stručnoj saradnji između Zavoda i Centra, a koordinatorici Centra "Marjanovac", s. Amati Anđelić uručena je zahvalnica za uspješnu osmogodišnju saradnju. Iskazano je obostrano zadovoljstvo i otvorenost za sve buduće aktivnosti.

Pacijenti Odjela za stacionarni tretman Detoks imali su priliku da se upoznaju sa predstavnicima i radom Centra kroz njihovu edukativnu prezentaciju. Svaki prvi četvrtak u mjesecu pacijenti Detoksa i zainteresovani saradnici u liječenju će imati priliku da se upoznaju sa programom rada Centra "Marjanovac" kroz njihove posjete i edukacije.

Ovim putem zahvaljujemo se Centru za odvikavanje od ovisnosti "Marjanovac" na posjeti i ugodnom druženju.



8. Kongres medicinskih sestara i tehničara Bosne i Hercegovine s međunarodnim učešćem



U periodu od 26.-29.10.2023. godine u Zenici se održava 8. Međunarodni kongres medicinskih sestara i tehničara s međunarodnim učešćem.

Cilj ovogodišnjeg Kongresa je istaknuti i definisati važnost sestrinskog poziva, od strane samih sestara i tehničara kao i ostalih učesnika u sistemu zdravstva. Predstavnici Zavoda na ovom značajnom događaju su Glavna medicinska sestra Zavoda Sanela Hamzić zajedno sa medicinskim sestrama i tehničarima Zavoda.

Još jedna uspješna životna priča i prekvalifikacija



Još jedan naš pacijent je uspješno završio prekvalifikaciju formalnog programa obrazovanja odraslih za zanimanje cnc operater, a zahvaljujući saradnji Zavoda sa drugim ustanovama u lokalnoj zajednici. I

ne samo to, u skladu sa stečenim novim obrazovanjem dobio je i ponudu za zaposlenje. Kada imate izazov sa kojim se prvi put susrećete onda vam je i podrška i više nego bitna. Stručni saradnici Odjeljenja za rehabilitaciju i resocijalizaciju i stručno osoblje Zavoda su pacijentu pružali psihosocijalnu podršku kroz kontinuirano motivisanje i savjetovanje tokom trajanja programa. Čestitamo pacijentu na uloženom trudu i želimo mu puno uspjeha u životu i rad

Svjetski dan mentalnog zdravlja



U JZU Zavod za bolesti ovisnosti ZDK smo ovaj Dan posvetili sebi samima, „mentalnom zdravlju profesionalaca koji svaki dan rade sa ljudima koji imaju problem sa bolestima ovisnosti, koji često imaju osim ovisnosti i druge bolesti i poteškoće. Uz kafu i sok smo razgovarali, o važnim temama i aktuelnim dešavanjima u oblasti mentalnog zdravlja govorili su nam direktor Zavoda Prim. mr. sc. Čustović dr Amir, neuropsihijatar i Prim. mr. sc. Awad dr Hassan, neuropsihijatar. Radionicu na temu „I naše mentalno zdravlje je važno“ je održala kolegica Adila Softić, psiholog i psihoterapeut te smo tom prilikom razmjenili svoja iskustva i osjećanja koja su vezana za naš rad u Zavodu.

Zajednički zaključak jeste da je posebno važno da o svom mentalnom zdravlju mislimo upravo mi koji svakodnevno radimo sa pacijentima koji trebaju našu pomoć - medicinsku uslugu i naš psihosocijalni tretman, da brinemo o svom emocionalnom zdravlju i da smo spremni za lični rast i razvoj te na taj način unaprijediti i svoj rad ali i upravljanje stresom.



Sarajevski simpozij za medicinske sestre-tehničare



U periodu od 30.11. do 03.12.2023. godine održan je Sarajevski simpozij za medicinske sestre-tehničare sa međunarodnim učešćem u organizaciji Komore medicinskih sestara-tehničara Kantona Sarajevo. Glavna tema ovogodišnjeg simpozija bila je “Specijalističko obrazovanje za medicinske sestre-tehničare-rješenje problema u zdravstvenom sistemu”. Glavna sestra Zavoda zajedno sa medicinskim sestrama i tehničarima iz Odjeljenja za ambulantni tretman i Odjeljenja za stacionarni tretman prisustvovala je ovom događaju, te su na taj način promovisali rad Zavoda kroz podjelu promotivnog i edukativnog materijala koji je izrađen od strane naše ustanove.u.

Svjetski dan čišćenja obilježen na Odjeljenju za stacionarni tretman Zavoda za bolesti ovisnosti ZDK



Povodom Svjetskog dana čišćenja, danas su naši vrijedni pacijenti čistili i uređivali dvorište Odjela za stacionarni tretman Detoks.

Akcija je provedena u sklopu radno-okupacione terapije i pod nadzorom stručnog osoblja Detoksa.

Ovakvim aktivnostima nastojimo da doprinesemo razvijanju radnih navika i povećanju svijesti kod naših pacijenata o važnosti čistoće okoliša.

“Bolje se družiti uživo”



U sklopu kontinuiranog projekta Odjeljenja za bihevioralne ovisnosti pod nazivom “Bolje se družiti uživo”, pacijenti Odjeljenja za stacionarni tretman su, uz stručnu podršku uposlenika Odjeljenja za rehabilitaciju i resocijalizaciju i Odjeljenja za stacionarni tretman, izrađivali ukrasne drvene kutije koje će biti distribuirane osnovnim školama u kojima se bude realizovala pomenuta radionica Odjeljenja za bihevioralne ovisnosti, a s ciljem odlaganja mobilnih uređaja učenika prije početka školskog časa u izrađenu kutiju.

Dana 07.11.2023. godine uposlenice Odjeljenja za bihevioralne ovisnosti i Odjeljenja za rehabilitaciju i resocijalizaciju su, u toku radionice u Osnovnoj školi Katolički školski centar Sv. Pavao Zenica, pedagogici škole uručile izrađenu kutiju i prigodne poklone.

Cilj ovakvih aktivnosti jeste podizanje svijesti kod školske populacije o štetnostima prekomjerne upotrebe interneta i online igrica.

Također, ovom aktivnosti, pored terapijskog efekta, daje se prilika pacijentima da svojim radom doprinesu i lokalnoj zajednici.



Svjetski dan djeteta



JZU Zavod za bolesti ovisnosti ZDK, u saradnji sa Institutom za zdravlje i sigurnost hrane, Uprava policije MUP ZDK, a na inicijativu OK Čelik Volley Zenica, obilježio 20.11.-Svjetski dan djeteta

Ovim povodom, 20. novembra u OŠ “Musa Ćazim Ćatić” Zenica za učenike 9. razreda iz 8 osnovnih škola u Zenici, organizovan je edukativno-zabavni sadržaj pod nazivom “ Udahnimo odbojku zajedno” u okviru kojeg su održane radionice i kviz na temu zdravlja, sigurnosti i bihevioralnih ovisnosti, a 21.11. će biti organizovan odbojkaški turnir za učenike iz istih škola.

Ispred Zavoda, radionicu “Bolje se družiti uživo” održala je šefica Odjeljenja za bihevioralne ovisnosti dr.sci. Nermana Mujčinović, a prisutnima se obratio i direktor Zavoda prim. mr. sci Amir dr. Čustović.



Posjeta predstavnika Zavoda za javno zdravstvo FBIH



Dana 26.09.2023. godine Zavod su posjetili predstavnici Službe za zdravstvenu statistiku Zavoda za javno zdravstvo FBiH. Upoznati smo sa njihovim novim softverskim rješenjem RegiZ, posebno dizajniranom programu kojim su uvezane sve zdravstvene ustanove svih nivoa. Program će nam olakšati popunjavanje i korištenje obrazaca u skladu sa zakonom i evidencijama u oblasti zdravstva. Zahvaljujemo se predstavnicima Zavoda za javno zdravstvo FBiH na posjeti i uspješnoj saradnji.

Okončan foto konkurs za pacijente na temu: "Grad bez ovisnosti"



Zavod za bolesti ovisnosti ZDK je i ove godine raspisao konkurs za pacijente. Ove godine pacijenti su slali fotografije svojih gradova pod sloganom "Grad bez ovisnosti". Na adresu Zavoda stiglo je ukupno 48 fotografija iz 7 različitih gradova. Stručna komisija je izabrala 12 najboljih foto uradaka koji će biti objavljeni na kalendaru Zavoda za 2024. godinu. Pacijentima čije fotografije su izabrane kao najbolje su uručene zahvalnice i prigodni pokloni tokom ove sedmice. Nagrađene fotografije možete pogledati u prilogu ove objave. Zahvaljujemo se pacijentima na saradnji i proaktivnosti.

Obilježavanje 18 godina rada Zavoda za bolesti ovisnosti ZDK

Povodom obilježavanja 18 godina rada Zavoda za bolesti ovisnosti ZDK i završetka realizacije projekta "Edukacija mladih edukatora", danas je upriličena svečana dodjela certifikata za učenike Osnovne škole "Enver Čolaković" iz Zenice. Učenicima su se obratili direktor Zavoda prim. mr. sci. Amir dr Čustović i šefica Odjeljenja za prevenciju i savjetovanje doc.dr. Meliha Brdarević-Šikić. Ovim putem se zahvaljujemo menadžmentu i učenicima Osnovne škole "Enver Čolaković" na uspješnoj saradnji i realizaciji projekta.



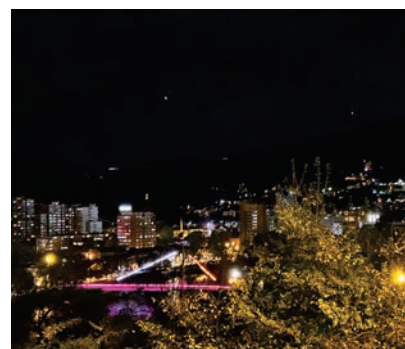
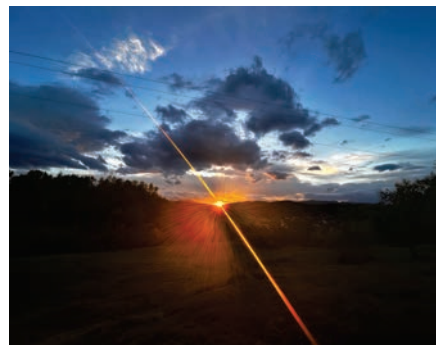


**JAVNA ZDRAVSTVENA USTANOVA
ZAVOD ZA BOLESTI OVISNOSTI
ZENIČKO-DOBOJSKOG KANTONA**

+387 32 244 544; +387 32 444 910

[www.mfacebook.com/Zavodzaovisnosti/](https://www.facebook.com/Zavodzaovisnosti/)

www.zedo-ovisnost.ba



Fotografije su nagrađeni uradci pacijenata JZU Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona u okviru foto konkursa: "Grad bez ovisnosti".