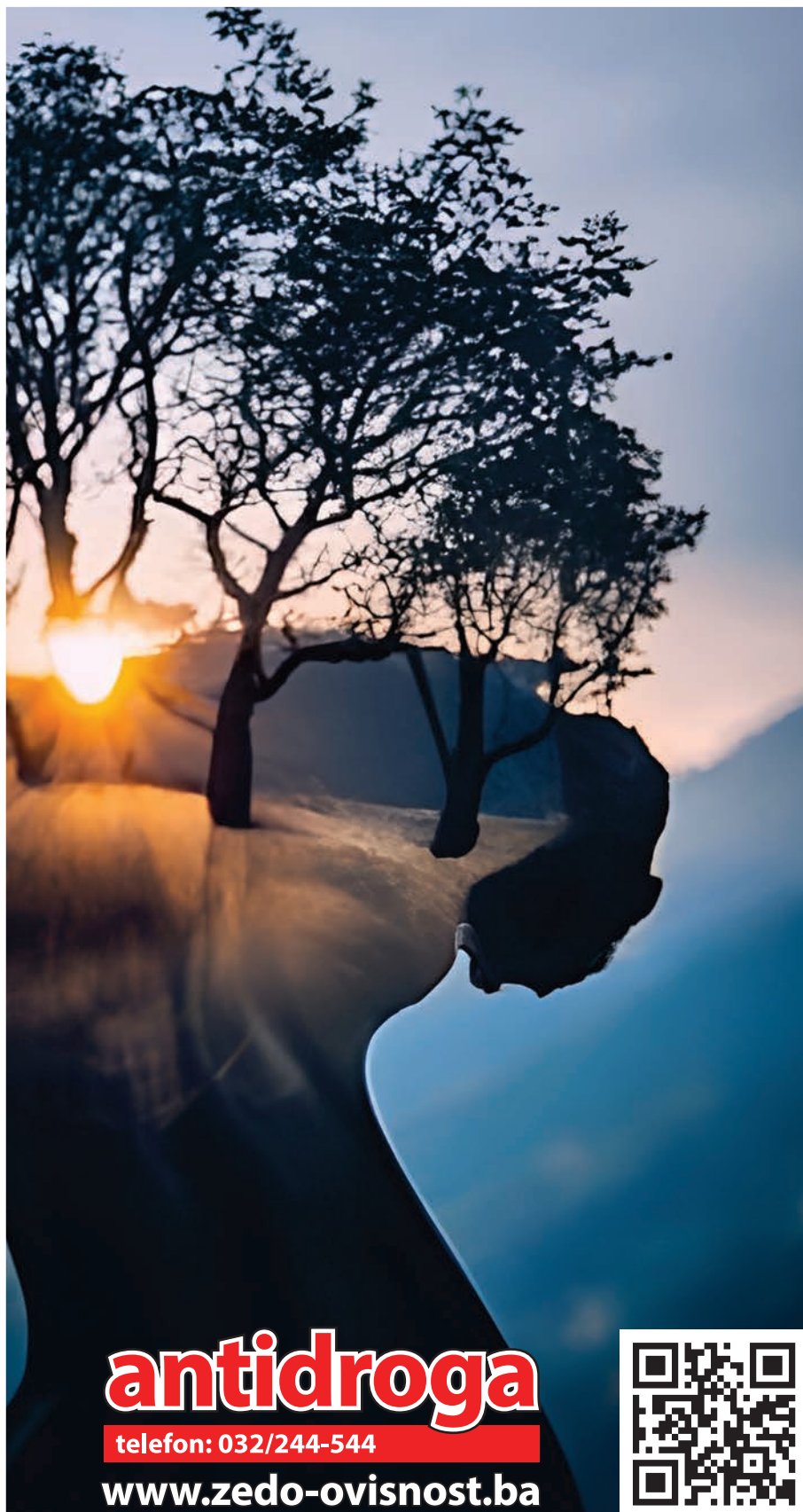




BILTEN

JZU Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona

GODINA 19. | BROJ 34 | NOVEMBAR/STUDENI 2024.



AAA
Bonitet izvrsnosti

akaz
akreditacija

antidroga

telefon: 032/244-544

www.zedo-ovisnost.ba



SADRŽAJ

UVODNA RIJEČ	3
NEUROBIOLOŠKA OSNOVA STRESA Amir Čustović	4
DRUŠTVENE DEVIJACIJE I NJIHOV UTJECAJ NA DRUŠTVENU STVARNOST I DRUŠTVENI ŽIVOT Mirnes Telalović	7
REHABILITACIJA I RESOCIJALIZACIJA OVISNIKA KROZ RAZLIČITE PRISTUPE Lejla Šaćirović	14
DEPRESIJA KAO FAKTOR OVISNOSTI Meliha Brdarević-Šikić, Emina Tufekčić	17
ŠTETNE POSLJEDICE DUHANSKIH PROZVODA Emina Tufekčić, Meliha Brdarević-Šikić	20
SOCIJALNE POSLJEDICE OVISNOSTI O DROGAMA Eldina Selimović-Džano	23
TRANSKRANIJALNA MAGNETNA STIMULACIJA U TRETMANU OVISNOSTI Samir Kasper, Sedin Habibović, Isak Jaganjac, Eldina Selimović Džano, Meliha Brdarević Šikić, Amela Radončić, Vernesa Mehanović	27
KOCKANJE – BOLEST DRUŠTVA I BOLEST POJEDINCA Nermana Mujčinović	34
“MEDICINSKA UPOTREBA KANABIS ULJA: RAZDVAJANJE ČINJENICA OD MITOVA” Hassan Awad, Suad Bašić	41
TRETMAN MLADIH S NASILNIČKIM PONAŠANJEM I PONAŠANJIMA KOJE SU UVOD U OVISNOST O OPIJATIMA Emina Babić	48

JZU Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona

Za izdavača: **Amir Čustović**; Urednik: **Mirnes Telalović**

Uredništvo: **Nermana Mujčinović, Lejla Šaćirović, Meliha Brdarević- Šikić**

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

Dragi čitatelji,

S velikim zadovoljstvom predstavljamo vam novi Bilten našeg Zavoda posvećen jednoj od najvažnijih i najaktuelnijih tema današnjice - bolestima ovisnosti. Ovisnost predstavlja ozbiljan javnozdravstveni problem koji pogađa pojedince, obitelji i zajednice diljem svijeta, a i mi smodio tog svijeta. U ovom biltenu su radovi naših zaposlenika

koji se bave različitim aspektima ove kompleksne teme, pružajući uvid u izazove, istraživanja i strategije prevencije i liječenja. U radu naših kolega prepoznamo duboku posvećenost i stručnost, kao i želju da doprinesemo širenju svijesti o bolestima ovisnosti. Svaki od radova donosi jedinstvenu perspektivu, bilo da se radi o istraživačkim studijama, analizama slučajeva ili praktičnim preporukama za rad osoba koje se



bore s ovisnošću. Ovaj bilten nije samo zbirka radova; on je odraz posvećenosti, duboke empatije i razumijevanja prema onima koji se bore s izazovima ovisnosti, on je poziv na akciju. Pozivamo vas da razmislite o važnosti edukacije i podrške osobama pogođenim ovisnošću, kao i ulozi zajednice u stvaranju okruženja koje promiče zdravlje i blagostanje. Vjerujemo da će vas sadržaj

ovog biltena potaknuti da se aktivnije uključite u borbu protiv bolesti ovisnosti, bilo kroz profesionalni angažman, volonterski rad ili jednostavnim širenjem informacija. Zahvaljujemo svim autorima na njihovom trudu i predanosti, kao i svima vama koji ste uzeli vremena da pročitate, istražite ovu važnu temu. Nadamo se da će vam ovaj bilten biti koristan izvor informacija i inspiracije. Srdačno.

Direktor: Čustović dr. Amir

NEUROBIOLOŠKA OSNOVA STRESA

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

Sažetak

Cilj rada je prikazati neurobiološku osnovu stresa. Odgovor na stres reguliše hipotalamus-hipofizno-nadbubrežna (HPA) osovina, neuroendokrini sistem koji se aktivira tokom stresa. Određeni neuroni u području hipotalamusa oslobađaju nešto što se zove kortikotropin-oslobađajući faktor (CRF), koji se vezuje za receptore u hipofizi. Ovo zauzvrat stimulira oslobađanje posebnog hormona, adrenokortikotropnog hormona ACTH, iz hipofize u krvotok. ACTH se veže za korteks nadbubrežne žlijezde i aktivira sintezu klase hormona zvanih glukokortikoidi, tačnije kortizola. Glukokortikoidi djeluju kao nizvodni okidači za reakciju na stres. Pored niza drugih zadataka, oni daju važnu negativnu povratnu informaciju HPA osi da se "isključiti" kada se akutni stres završi.

Ključne riječi: Stres, HPA osovina, adenokortikotropni hormon.

Uvod

Za sve nas stres je dio svakodnevnog života. Finansijske brige, problemi na poslu ili sukobi u vezi izazivaju stres. Tijelo na to reaguje automatski. Srce kuca brže, nivo šećera u krvi i krvni pritisak raste, a disanje se ubrzava. U mozgu se, također, dešavaju ključne promjene: strah i anksioznost se šire, naša sposobnost koncentracije i pamćenja opada, raste žeđ, a apetita nema. Stres je teret koji utiče na biološki sistem čovjeka. Neurobiološka osnova čovjeka reaguje na stresor u smislu prilagodbe, pripreme na adekvatan odgovor. Povećava se razina hormona koja dovodi do rasta šećera u krvi, krvni pritisak, rastom kortizola nadbubrežne žlijezde metabolizam se usmjerava na razgradnju masti koji dovodi do porasta masnoća u krvi, neurotransmiteri centralnog nervnog sistema aktiviraju emocionalne i kognitivne procese u cilju odgovora na stres. Međutim, taj odgovor često nije u funkciji adekvatnog funkcionisanja osobe u dobrim ponašajnim obrascima. Kratkotrajni uticaji stresa imaju drugačiji učinak od onih dugotrajnih. Kratkotrajni odgovori na stres uključuju povišeni adrenalin u krvi, povećan promet serotonina u mozgu (hronični stres ga, međutim, smanjuje), glikogenolizu i povećanu budnost. Dugo-

trajni stres povećava razinu kortizola, potiče razgradnju masti i proteina. Sustavni ili "fiziološki" stres dovodi do trenutnih reakcija kao što je porast krvnog tlaka tokom fizičkog napora. Neurogeni ili "psihološki" stres aktivira limbički sistem mozga, koji testira stresor na njegov potencijal prijetnje. Javljaju se emocije kao što je strah. Prednji režanj frontalnog lobusa prilagođava ponašanje situaciji i može kontrolisati emocije povezane sa stresom. Suprotno tome, intenzivan stres preko limbičkog sistema može nadjačati ovaj kontrolni učinak prefrontalnog mozga (recipročni inhibitorni učinak). Hipotalamus ima pristup neuronskim (satomotornim, autonomnim) i endokrinim eferentnim tokovima, te tako postaje centar za koordinaciju odgovora na stres.

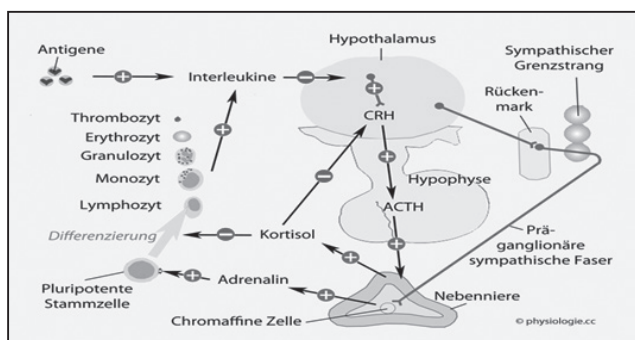
Stresne situacije izazivaju homeostatske i adaptacijske reakcije u tijelu

Živi sistemi ili sustavi moraju moći izdržati niz fizioloških stresova (fizičkih, hemijskih, bioloških, psiholoških) kako bi normalno funkcionisali. Takav stres može se smatrati kao "normalni stres", pri čemu se "normalni" stres može nazvati *eustresom*, a prekomjerni (potencijalno štetni) stres može se nazvati *distresom*. Stres je neophodan za održavanje fizioloških sistema funkcionalnim (otpornim) i to prema vrsti stresa (npr. trening snage, izazovi mikrobima...), prema intenzitetu (ne previše, ne premalo), prema vremenu (ne prečesto ili prerijetko, ne previše rano ili prekasno) koje u adaptacionom smislu možemo nazvati, umjesto stresom, optimalnim opterećenjem.

"Stres" je obrazac odgovora na podražaj, kojim mozak poduzima automatizirane protumjere za stabilizaciju vitalnih varijabli (npr. gubitak krvi) ("sustavni stres") ili, uz uključivanje limbičkog sistema, klasificira količinu doživljenog podražaja kao pretjeranu kvalitetu podražaja, odnosno prepoznaje kao prijetnju ("neurogeni stres"), a odgovor je generalizirana reakcija na stres. Kao rezultat tog odgovora može biti homeostaza ili održavanje fizioloških varijabli stabilnim, a ako je odgovor nedovoljan ili neadekvatan stvaraju se nove vrijednosti u u parametrima tijela koje označavamo kao adaptacija na nove stresorom izazvane okolnosti.

Stresori su podražaji koji utječu na stresni sistem, mogu biti vanjski, unutrašnji, ili fizički, hemijski, biološki psihogeni, socijalni.

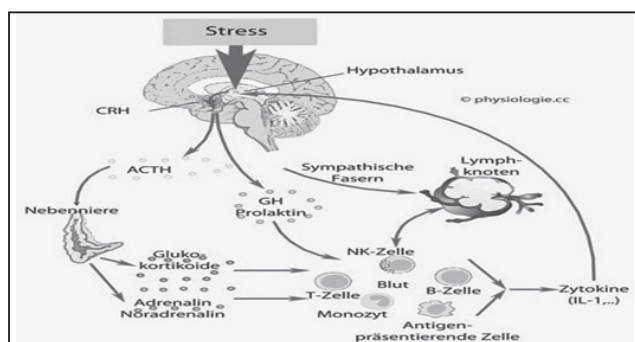
Učinci stresa su biološke reakcije ili promjene kao rezultat utjecaja odgovarajućeg stresora na neurobiološku osnovu koja je odgovorna za reakciju. Ta osnova je povezani sistem kortiko-, hipotalamohipofizni-nadbubrežni, vegetativni-celularni i humoralni sistem. Najpraktičniji prikaz tog reagiranja šematski je prikazan na sljedećoj slici (Slika 1).



Slika 1. Prikaz neurobiološke osnove u reakciji na stres.

Celularni i humoralni odgovor na stres

Adenokortikotropne hormone (ACTH) pokreće kore nadbubrežne žlijezde te stvaranje glukokortikoida, a stimulacijom srži nadbubrežne žlijezde dovodi do oslobađanja adrenalina/norepinefrina, simpatička vlakna, također, izravno stimuliraju limfno tkivo, oslobađajući citokine kao medijatore upalnog odgovora. Sami leukociti imaju receptore za hormone stresa, citokine i oni ih moduliraju. Nasuprot tome, citokini ushodno aktiviraju neuroendokrini sistem (hipotalamus), te se krug reakcije pojačava. Prikaz celularnog i humoralnog moduliranja stresom ili odgovora na stres je slikovno prikazan na sljedećoj šemi (Slika 2).



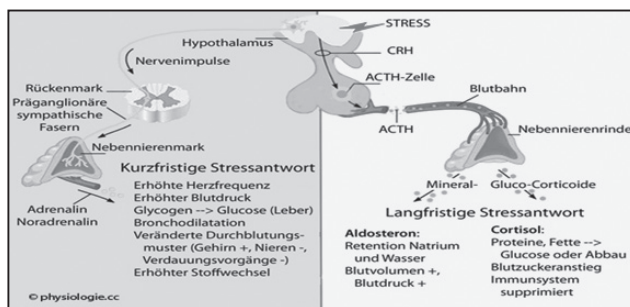
Slika 2. Prikaz pokretanja celularnog i humoralnog imunog odgovora

Neuroendokrine reakcije

Stres potiče otpuštanje brojnih hormona, primjerice iz hipofize (prolaktin, somatotropin, vazopresin, oksitocin). Konkretno, akutni stres dovodi do aktivacije simpatičko-nadbubrežne osovine (kateholamini, glukokortikoidi). Izlučivanje nekih hormona tipično je potisnuto stresom (inzulin, hormoni štitnjače, gonadotropini, spolni hormoni).

Vaskularna reakcija u stresu

Opći obrazac vaskularne reakcije povezane sa stresom je posljedica povećanog tonusa simpatikusa. Ispoljava se kao vazokonstrikcija (*adrenergički*: povećanje arteriolarnog vaskularnog tonusa, a time i perifernog otpora; tonifikacija vena, a time i pohranjivanje i poboljšanje povratni protok krvi u srce). U sklopu reakcije *borbe ili bijega* dolazi do vazodilatacije u **skeletnim mišićima** (bolja cirkulacija krvi), zbog povećane aktivnosti kolinergičkih prenosnika povezanih sa simpatičkih vlakana.

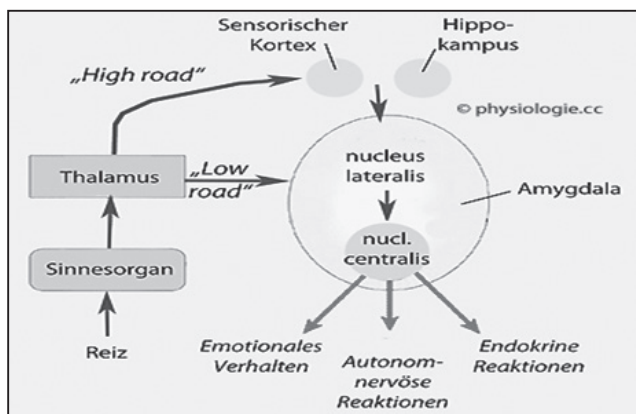


Slika 3. Prikaz hormonalnog odgovora na stres.

Strah

Najbitniji početni adaptivni emocionalni odgovor jeste strah, definisan kao sistem neurofizioloških procesa koji pripremaju organizam da se nosi s prijetnjama (stvarnim ili percipiranim). Zato će se strah kao fenomen posebno obraditi sa aspekta neurofiziološke osnove. Prva reakcija na odgovarajući vanjski podražaj je *emocija* (nesvjesna). Ona može biti negativna (strah) ili pozitivna (nagrada) i podložna je transformaciji kroz proces naučenog ili učenja. Dio mozga koji se smatra centrom straha je sistem amigdale (*jezgre amigdalae*), posebno vanjska i središnja. Lateralna (vanjska) jezgra prima senzorne ulaze iz talamusa i dovode ih u vezu sa ranijim iskustvom i u direktnoj komunikaciji sa središnjom jezgrom amigdale aktivira eurohumoralne reakcije (povećanje simpatičkog tonusa, proizvodnja hormona stresa). Amigdala

tako koordinira reakcije na *vanjske* okidačke podražaje. Amigdala komunicira s, između ostalog, prefrontalnim mozgom (procjena, upravljanje strahom) i hipotalamusom (os vegetativnog odgovora). Stres aktivira dopaminergičke, noradrenergičke, serotoninergičke i kolinergičke projekcije moždanom deblu prefrontalni korteks, koji zauzvrat šalje signale limbičkom sistemu i bazalnim ganglijima i pomaže u kontroli emocija. Ovi putevi će biti šematski prikazani na sljedećoj slici (Slika 4).



Slika 4. "Krug straha"

Posebnu ulogu u odgovorima na stres imaju i drugi dijelovi mozga kao što je Insula. Ona prepoznaje emocionalno nabijene uzroke podražaja nalik stresu i koordinira autonomno-živčane (npr. ubrzani rad srca), endokrine (npr. otpuštanje kortizola) i motoričke reakcije (npr. pokreti bijega). Konačno, prefrontalni mozak i prednji cingularni girus ulaze u igru. Kroz uključivanje ovih kortikalnih dijelova, naučeni i/ili društveno posredovani obrasci prosuđivanja uključeni su u reakciju straha. Naučene petlje straha mogu se ponovno "odučiti" uz pomoć frontalnog mozga (redukcija straha), za što je neophodan endokanabinoidni sustav koji je mjesto svaranja ugođe, redukcije straha, relaksacije te podložan traženju ponovnog podražaja kao ugođe, što u stvari predstavlja prvu kariku u formiranju žudnje i ovisničkog ponašanja.

Zaključak

Kod ljudi je adaptacija na stresore složen proces i svi mehanizmi još nisu shvaćeni. Važni kontrolni krugovi odvijaju se između kore mozga, moždanog debla i perifernih organa. Ako osjetilni organi percipiraju bilo kakvu vrstu vanjskog stresa, on se odmah preko nervnih vlakana prenosi u senzorni talamus i tamo dalje obrađuje, uključujući amigdalnu, centar za uzburku i prijetnje, gdje munjevitom brzinom procjenjuje opasnu situaciju. Veliki dio ovih fizioloških procesa adaptacije odvija se bez kontrole naše svijesti, već direktno kroz reakcije hipotalamusa. Sve ove funkcionalne promjene nazivaju se "reakcija alarma", prva faza u sistemu adaptacije ljudi i životinja. Faza uspješne adaptacije na vanjske podražaje naziva se "faza otpora". Ovdje tijelo može stvoriti novu ravnotežu između stresa i odgovarajućeg biološkog odgovora kroz povećanu proizvodnju hormona i povezano prilagođavanje funkcija organa. Do određenog stimulusa ili intenziteta stresa adaptacija je uspješna i tijelo izranja jače.

Literatura:

1. Brajković L, Braš M, Domokuš N, Varjačić T, Đorđević V. Stres i posljedice stresa liječnika onkologa. 2013; 41:118-122.
2. Havelka M. Zdravstvena psihologija Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu; 1990.
3. Rodrigues, Leão, Carvalho, Almeida, Sousa (2010): Potencijalno programiranje dopaminergičkih kola stresom u ranom životu. Psihofarmakologija (Berl). 2011.
4. Liston, Miller, Goldwater, Radley, Rocher, Hof, Morrison, McEwen (2006): Promjene izazvane stresom u prefrontalnoj kortikalnoj dendritičnoj morfologiji predviđaju selektivna oštećenja u perceptivnom pomjeranju seta pažnje. J Neurosci. 2006.
5. Begić D. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada; 2021.
6. Hudek-Knežević J, Kardum I. Stres i tjelesno zdravlje. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2006.

DRUŠTVENE DEVIJACIJE I NJIHOV UTJECAJ NA DRUŠTVENU STVARNOST I DRUŠTVENI ŽIVOT

Dr. sc. **Mirnes Telalović**

JZU Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona

Sažetak

U radu je data kraća elaboracija prestupničkog ponašanja, s obzirom da problem prestupničkog ponašanja i delinkvencije djece i mladih svakako zahtijeva širi pristup, ali i na ovakav način, ustvari, skrećemo pažnju na opasnost od eksplozije prestupničkog i delinkventnog ponašanja djece i mladih. Motiv za opredjeljenje problemu koji je izložen u ovom radu, nađen je, prevashodno, u svakodnevnom profesionalnom radu, u susretu sa mladim osobama i njihovim roditeljima, koji su jednostavno izgubili smisao života, izgubili i svaku nadu, često pitajući: zašto se to meni dešava?, gdje smo pogriješili?, jesam li ja kriv?, zaslužujem li da živim?, jesam li ja normalan?, je li naša porodica normalna?, zašto ne možemo prestati sa ovakvim ponašanjem pa da budemo „normalni“ kao i drugi?, šta da radimo?, i niz drugih sličnih pitanja, često prizivajući Boga da ih uzme sebi kako bi olakšali život sebi i drugima oko sebe? I zaista, možemo, kao istraživači, ali i kao roditelji postavljati pitanja: ko je kriv?, zašto se neka djeca ponašaju asocijalno a druga poštuju društvene norme?, zaslužuju li ta djeca da im se uništi život i jesu li svjesna toga?, šta porodica čini?, ima li to veze s porodicom?, odgojem?, djetinjstvom?, roditeljima?, da li društvena zajednica čini dovoljno na sprečavanju i smanjenju delinkventnog ponašanja i da li može više? Ustvari, kako to kaže Baron-Koen (2011) šta je to što čovjeka tjera da čini zlo sebi i drugim ljudima. Nažalost, stiče se dojam da pojedinac, porodica i zajednica još uvijek nisu svjesni, ili nedovoljno svjesni, problema prestupničkog ponašanja i delinkvencije djece i mladih. Ovaj problem je jako izražen u našem društvu i to je, istovremeno, problem koji se svake godine povećava. Pojedinac, društvo i porodica su institucije koje mogu biti uzroci i dobrog ali i lošeg. U takvom međudjelovanju pojedinca, društva i porodice najjasnije je ispisana međuzavisnost ove tri institucije bez kojih je

nemoguće razumijevati čovjeka.

Gljučne riječi: prestupničkog ponašanja, djece i mladih, obitelj, kriminalitet, teorija

Uvod

U svakom društvu, bez obzira da nivo organizacije i prosperiteta, postoje negativne sociopatološke pojave. Među ovim pojavama najznačajnije su: kriminalitet, prostitucija, narkomanija, alkoholizam, skitnja, prosjačenje, samoubistvo i danas sve izraženije nasilje u porodici. U današnjem (post)modernom društvu bremenitom brojnim protivječnostima, tenzijama, i aktuelno rečeno, rizicima, ne treba davati puno argumenta zašto društvene devijacije jesu tema *par excellence*. Devijacije zbog svojih društvenih uzroka i negativnih posljedica zakupljuju veliku pažnju društvene javnosti. Teorijska objašnjenja prirode, uzroka i uslova nastanka društvenih devijacija utiču na karakter društvenog reagovanja na ove pojave. Ove pojave mogu se dijeliti po osnovu raznih kriterija. U američkoj sociologiji i kriminološkoj literaturi najviše je zastupljena podjela svih društveno negativnih pojava u dvije grupe: društvena dezorganizacija¹ i devijacija².

Društvene devijacije

Mnogi autori devijantnost vidi kao pojavu koja u pravilu označava društvenu nepoželjnost zbog suprotstavljanja dominantnim konvencijama korištenja institucionalnih normi koje se vrednuju kao jedino „ispravne“, „normalne“, „zdrave“, i „moralne.“

1 „Dezorganizacija je privremeni ili trajni poremećaj nekog fizičkog, biološkog, psihološkog ili sociološkog sistema. U psihologiji dezorganizacija je stanje narušenog usklađenog, koordinisanog funkcionisanja određenih mentalnih struktura.“ (Vidanović, 2006: 96)

2 „Devijacija izvorno znači skretanje s putanje, izmenu izvesnog pravca, odstupanje od neke vrednosti. U nauci o društvenim devijacijama, označava ponašanje pojedinca ili društvenih grupa koja odstupaju od moralnih, religijskih, običajnih normi i vrednosti (npr. kriminal, maloletnička delinkvencija, samoubistvo, prostitucija, bolesti zavisnosti, prosjačenje, društvene dezorganizacije i sl.). Prema ovim ponašanjima postoji formalna i neformalna društvena reakcija osude i neodobravanja. U nauci o društvenim devijacijama koriste se četiri kriterijuma devijacija: normativni, vrednosni, ljudskih potreba i društvene reakcije.“ (Vidanović, 2006: 95)

Osvrćući se na značaj izučavanja i razmatranja društvenih devijacija na „našim“ prostorima Jugović, (2009: 31) navodi: „U našem aktuelnom društvenom kontekstu, koji karakterišu velike ‘tranzicijske tegobe’ sa posebno izraženim bujanjem svih oblika društvenih devijacija (pre svih kriminaliteta, narkomanije, samoubistava, agresija, itd), razmatranje i izučavanje društvenih devijacija posebno je važno zbog njihovog uticaja na društvenu stvarnost i društveni život. Većina društvenih devijacija doživljavaju se kao društveno-opasne pojave jer se njima ugrožavaju najviše, duhovne, moralne, materijalne i kulturne vrednosti, kao što se ugrožava i normativni poredak jednog društva (običajni, pravni, moralni, religijski) [...] Socijalni problemi i društvene devijacije mogu biti jedan od ograničavajućih faktora razvoja društva i blokiranja društvenih promena.“ Zapravo, govoreći o društvenoj i individualnoj dezorganizaciji kao mogućem uzroku maloljetničke delinkvencije, moguće je kazati da društvena dezorganizacija pogađa porodicu, razne organizacije, institucije, lokalnu i širu zajednicu, i ima svoje pokazatelje. Kroz dezorganizaciju porodice ovi pokazatelji su u prvom redu stopa razvedenih brakova i napuštanje porodične zajednice. Pokazatelji dezorganizacije lokalne i šire zajednice su: procenat nepismenih, nezaposlenih, kriminalitet, korupcija, socijalno patološke pojave itd. Lična devijacija ili **individualna dezorganizacija** obuhvata ponašanja koja u različitim oblicima odstupaju od društvenih standarda i normi i izazivaju određene društvene reakcije.

Raspravljajući o prestupničkom ponašanju³ kao društvenoj pojavi, Jašović (1991) smatra da pored činjenice da je pojedinac kao biološko i psihičko biće nosilac delinkvencije, ovo ponašanje je ipak društveno uslovljeno. Zanimljivo je kao, u tom pogledu autor ističe još jednu karakteristiku po kojoj prestupničko ponašanje ima društveni karakter, odnosno da ovo ponašanje nije prestupničko u odnosu na strukturu ličnosti već u odnosu na strukturu društvenih vrijednosti. (Jašović, 1991: 28) Kako su devijantni oblici ponašanja sastavni dio društva, o ovoj pojavi se, u naučnom smislu, raspravlja ili razmatra o njenoj suštini, što se u stvari

označava pojam teorije.⁴ Značaj teorijskih pristupa o društvenim devijacijama je u njihovom dominirajućem uticaju na odnos i politiku društva prema društvenim devijacijama i socijalnim problemima, zbog toga što one daju fenomenološka i uzročna objašnjenja iz kojih najdirektnije proizlaze svi vidovi (formalni i neformalni) društvenog reagovanja na ove pojave.

O značaju same teorije a posebno kriminoloških teorija, Petrović, Meško (2004) smatraju da se o kriminologiji ne može govoriti bez kriminoloških teorija. Po njima teorija je „zbir logičnih i empirijskih međusobno povezanih konstatacija koje razlažu pojavu koja se izučava.“ (Petrović, Meško, 2004: 11) Također, važno je naglasiti da u naučnom smislu teorija, uglavnom daje orijentaciju u saznanju o tome zašto su neke činjenice značajne, šta su prihvatljive solucije u istraživanju i kako da postupamo ako ne dobijemo prihvatljive solucije.

Kroz cjelokupnu historiju ljudske civilizacije djeca su bila i ostala onaj dio populacije bez koje čovječanstvo nema budućnosti. Zbog toga i ne čudi konstantno prisustvo brige o djeci u različitim kulturama i društvenim uređenjima, naročito u okviru obitelji⁵, a potom i šire društvene zajednice. Istovremeno, ljudska historija obiluje i primjerima različitih zloupotreba, zlostavljanja, drastičnog kažnjavanja djece, počev od osude za kršenje važećih kodeksa, moralnih i pravnih normi i pravila uspostavljenih u zajednicu, do stradanja, patnji i smrti djece u ratnim zbivanjima.

U izvještaju sa VIII kongresa Ujedinjenih nacija o prevenciji kriminaliteta i tretmana učinitelja krivičnih djela, koji je održan 1990. godine u Havani, upozorava se na opseg prestupničkog ponašanja mladih i problem kojem se treba posvetiti posebna pažnja, naročito u zemljama u razvoju⁶. U ovim zemljama populacija

4 „Teorija je, dakle, skup sistematskih, povezanih, iskustvenih stavova, najčešće zakona, koji objašnjavaju suštinu pojave i odnose se na celinu ili deo predmetne stvarnosti.“ (Pečujlić, Milić, 1995: 18, citirano prema: Jugović, 2009: 15)

5 Obitelj je institucija u kojoj djeca stiču prve moralne i društvene vrijednosti. O značaju obitelji, Pašalić-Kreso, (2004:33) navodi: „Obitelj je neophodna ne samo djetetu u njegovom razvoju, nego i odraslima i svi pokušaji da ona bude zamjenjena, odgovarajućim društvenim institucijama (teorije o odumiranju porodice, ili o suvišnosti porodice u ranom socijalizmu, ili pak neka shvatanja utopista) dosada nisu urodile plodom. Konstatujemo, dakle, da universum obitelji traje, uprkos mnogim pesimističnim konstatacijama i još pesimističnijim prognozama, i da iako promjenjiv, multiforman, uvijek nov i drugačiji, a po svojoj suštini isti, obavlja i dalje svoju primarnu zadaću. Iako je obitelj dosada izgubila mnoge, ranije obavljane funkcije: i ekonomsku, i socijalnu, i obrazovnu, i zdravstvenu, i radnu, i religijsku i dr. ostale su joj i dalje samo one zadaće i uloge u kojima je zapravo obitelj nezamjenjiva. Obitelj današnjeg doba je, po svemu sudeći, sve bliža onom konačnom svodjenju na samu njenu suštinu, a koja jeste zapravo njena **diferentna specifičnost**; suština iz koje je ona crpi, i crpi snagu za svoj opstanak i trajanje. Tu prvenstveno spada onaj **osjećaj pripadanja obitelji/roditeljima, ljubav i poštovanje** među članovima obitelji, **sigurnost i stabilnost**, a koje niko drugi na takav način ne može „ugrađivati“ u ličnost djeteta. Djeci je potrebno da osjete toplinu, bliskost drage osobe, djeci je potrebno grljenje, ljuljanje na koljenu, pričanje [...] zaštita, ljubav i uopće sve što stvara osjećaj pripadanja i sigurnosti“.

6 „Države prvog tipa, uključujući i Sjedinjene Države, postale su industrijalizovane. One u drugoj kategoriji uglavnom su na znatno nižem nivou industrijskog razvoja i često se nazivaju manje razvijenim društvima, ili *zemlje u razvoju*.“ (Gidens, 2003: 39)

3 Pojam maloljetnička delinkvencija veoma je široko i različito definisan i uglavnom se odnosi na delinkventno ponašanje mladih osoba. Mnogo je polemika o korištenju ovog pojma kada su u pitanju maloljetnici u smislu njegovog stigmatizirajućeg faktora. Mi ćemo u ovom radu za ponašanja maloljetnika koja krše krivične, pravne i moralne vrijednosti i normi koristiti pojam „prestupničko ponašanje“. Jašović prestupničko ponašanje definiše: „*ponašanje mladih jeste svako ponašanje pojedinaca ili grupa mladih koje je protidruštveno, odnosno društveno neprihvatljivo, tj. kojim se krše pravne ili moralne norme određenog društva i koje, kada je društveno vidljivo, izaziva spontano ili organizovano društveno reagovanje u namjeri da se zaštite društvena dobra i vrednosti a i sami akteri takvog ponašanja.*“ (Jašović, 1991: 61)

Šire o ovom: Jašović, (1991: 59-64)

mladih je u stalnom porastu, a u isto vrijeme ove su zemlje pogodne za nastanak i razvoj prestupničkog ponašanja. Prestupničko ponašnje kao što su ovisnost, nasilničko ponašanje i kriminalitet uopšte spadaju u grupu individualnih devijacija, a mogu biti povezani s društvenom dezorganizacijom. Prestupničko ponašanje, bez obzira na vrstu i učinioce, maloljetnici⁷ ili odrasle osobe, napada razna lična i društvena dobra, vrijednosti⁸ i odnose. Osvrćući se na kriminalni povratak (recidivizam) djece i maloljetnika Hirjan i Singer (1987: 28) posebno naglašavaju da „osobe u kriminalnom povratu su, općenito uzevši, veoma problematičan dio svake delinkventne populacije. Razumljivo je zato da su kriminalni povratnici ili recidivisti objekt posebnog izučavanja i praćenja. Počinioči krivičnih djela koji su u povratu u pravilu su najtvrdokornija skupina unutar kriminalne populacije neke zemlje. Iz njihovih se redova javljaju delinkventi iz navike i habitualni delinkventi koji pretežno dio života provode u sukubu s društvenim normama formuliranim u Krivičnom Zakonu.“ Ajduković (1998) u definisanju antisocijalnog ponašanja u prvi plan stavlja društvenu organizaciju, odnosno značaj pravnih normi i njihovog uvažavanja. „Antisocijalna se ponašanja mogu definirati kao ponašanja koja su nužno socijalno neprihvatljiva i kojima se krše (ali nije uvijek!) pozitivni pravni propisi (Rutter, Giller i Hagell, 1998). Oblik antisocijalnog ponašanja koje karakterizira kršenje pravnih normi naziva se delinkventno ponašanje i ono je najčešće praćeno ostalim oblicima društveno neprihvatljivog ponašanja (ovisnost o drogama, alkoholizam, skitnja, agresivno ponašanje itd.).“ (prema: Vrselja, 2010: 146) Ovakvo ponašanje može imati ozbiljne implikacije na pojedinca, porodicu, zajednicu i cjelokupno društvo. Društvenu organizaciju, jasne norme, njihovo poštivanje i za Gidensena (2003: 211) su od ključne važnosti u definisanju devijantnosti, na osnovu čega konstatuje da devijantnost (prestupništvo) se može definisati kao nepriznavanje datog skupa normi koje prihvata znatan broj ljudi u nekoj zajednici ili društvu. Nijedno društvo, kao što je već naglašeno, ne može se, jednostavno, podijeliti na one koji odstupaju od normi i na one koji

ih se pridržavaju. No, unatoč javnoj svijesti o potrebi reduciranja takvog ponašanja, naučni je napredak u postizanju toga cilja otežan zato što su mladi koji se ponašaju delinkventno međusobno veoma heterogena populacija. Naime, činjenica je da većina mladih u razdoblju adolescencije⁹ počinu barem jedno delinkventno djelo, te da je takvo ponašanje privremeno i situacijski determinirano.¹⁰

Etiologija

Danas se u okviru etiologije savremenih teorija o prestupničkom ponašanju najčešće razmatraju biološke, psihološke i sociološke teorije koje opet svaka iz svog ugla posmatra ovu pojavu, nadopunjujući jedna drugu te ih je na taj način najidealnije i posmatrati. Jašović (1991: 190) primjećuje da „antropološka, biološka, psihopatološka i psihološka teorije objašnjenja kriminaliteta i delinkvencije imaju zajedničku komponentu u tome što u *unutrašnjim, ličnim ili tzv. endogenim faktorima* vide odlučujuće uzročnike takvog ponašanja [...] nasuprot takvoj orijentaciji teorijske misli, razvijena su shvatanja koja uzroke delinkventnog ponašanja vide u *spoljnim – egzogenim faktorima*.“¹¹ Osjetljivost i složenost fenomena prestupničkog ponašanja jasno oslikava Gidens (2003) kada zaključuje da za razliku od nekih socioloških oblasti u kojima je određeno teorijsko gledište vremenom postalo najistaknutije, za proučavanje prestupničkog ponašanja i dalje je od značaja više teorijskih tumačanja. Sociološke teorije koje su imale veliki uticaj u okviru sociologije delinkventnog ponašanja Gidens (2003: 213) navodi četiri sociološka pristupa: funkcionalističke teorije, interakcionističke teorije, teorije društvenih sukoba i teorije kontrole.¹² Govoreći o paradigmi teorija o društvenoj devijantnosti i socijalnom radu referirajući se na opštu definiciju naučne teorije, moguće je konstatovati da teorije o

7 Definišući maloljetnika, Buljubašić (2005) navodi: „Maloljetnik je osoba određenog starosnog uzrasta, posebnih biopsihičkih osobina, koja se razlikuje od djece i odraslih po stepenu emocionalne i intelektualne zrelosti“, osvrćući se na savremena krivična zakonodavstva navodi da ona „normativno diferenciraju različite starosne kategorije učinitelja krivičnih djela“ (Buljubašić, 2005: 18-19)

8 Gidens daje poseban značaj društvenim vrijednostima i povezuje sa interakcijom ljudi i okoline. U tom smislu navodi: „Od osnovnog značaja za sve kulture jesu one ideje koje određuju šta se smatra važnim, vrednim i poželjnim. Ove apstraktne ideje, ili **vrednosti**, daju značenje i služe kao vodič ljudima u njihovoj interakciji sa svetom koji ih okružuje.“ (Gidens, 2003: 24-25)

9 „U savremenim koncepcijama razvoja ličnosti adolescencija se shvata kao specifična faza u razvoju, praćena izrazito burnim psihičkim, emocionalnim i moralnim krizama, previranjima i lutanjima. Tretira se i kao prelazni period iz djetinjstva u zrelost. Uzrast se aproksimativno određuje u rasponu od 12 do 20 godina kada se kod mladih dešavaju značajne telesne i psihičke promene praćene specifičnim promenama u socijalnoj sferi života. Razlikuje se pet faza: predadolescentna, rana, srednja (prava), kasna adolescencija i postadolescentna. Svaka izaziva određene krize, među kojima su najznačajnije: normativna, kriza (konfuzija) identiteta, kriza autoriteta, asketizam, hipohondrija i kriza seksualnosti.“ (Vidanović, 2006: 8-9)

10 „Tako se u istraživanju Šakića, Franc i Mlačića (2002) pokazalo da je u uzorku od 2 823 adolescenata 77,6% njih iskazalo da je tokom 1998. godine barem jednom počinilo neko od 9 oblika blažih antisocijalnih ponašanja te da se ta ponašanja mogu pripisati subkulturalnom stilu mladih. Međutim, kod malobrojnih takvo ponašanje nije privremeno, nego je ono veoma stabilno i trajno; počinje u predškolskoj dobi, a nastavlja se i u odrasloj dobi. S obzirom da se pokazalo da je pojava ozbiljnih oblika antisocijalnih ponašanja u dječjoj dobi jedan od najsnažnijih rizičnih faktora za razvoj kasnije hronične kriminalne karijere (Loeber i Farrington, 2008.), posljednjih je godina dob javljanja delinkventnog ponašanja i povezanost dobi javljanja s perzistentnim delinkventnim ponašanjem središnja tema istraživanja delinkventnog ponašanja u okviru razvojne psihopatologije.“ (Fergusson, Horwood i Nagin, 2002, citirano prema: Vrselja, 2010: 146)

11 Šire o ovome: Jašović, (1991: 190-201)

12 Šire o ovome: Gidens, (2003: 213)

društvenoj devijantnosti čine skup empirijsko-sistematskih i uobičenih stavova i zakona koji objašnjavaju i definišu prirodu društvene devijantnosti kao jednog dijela društvene stvarnosti. U tom kontekstu Jugović izvodi pet zajedničkih obilježja za sve teorije o društvenoj devijantnosti, te konstatuje: „Složenost i kompleksnost društvenog života i društvene devijantnosti, kao i uticaj ideologija i interesa koji usmeravaju i definišu naučno saznanje, neminovno su doveli do različitosti u naučnim pogledima na stvarnost a samim tim i do različitih teorijskih slika društvene devijantnosti.“ (Jugović, 2009: 16)

Za razliku od generalnih teorija kriminala (npr. Gottfredson i Hirschi, 1990), prema kojima su osobe koje se ponašaju kriminalno međusobno homogena populacija, a njihovo ponašanje objašnjivo jednim faktorom ili vrlo ograničenim brojem faktora Paternoster i Brame, (1997) teorije u okviru razvojne psihopatologije promatraju kriminalnu populaciju kao heterogenu, a njihovo ponašanje objašnjavaju većim brojem faktora. Također, za razliku od generalnih teorija kriminala, teorije u okviru razvojne psihopatologije drže da jedan faktor nema isti utjecaj u svim životnim fazama te da je moguć i utjecaj životnih okolnosti na promjene u kriminalnom ponašanju.

Naravno da period javljanja, odnosno ispoljavanja prestupničkog ponašanja, predstavlja bitan faktor u njegovom intezitetu i perzistentnom karakteru. Istraživači se u okviru razvojne psihopatologije slažu da postoje najmanje dva tipa delinkvenata na temelju vremena javljanja tog ponašanja. (npr. Klevens, Restrepo, Roca i Martinez, 2000, prema Vrselja, 2010: 146-147.) Ta se dva tipa razlikuju u etiologiji, razvojnom slijedu, prognozi te upućuju na potrebu za različitim strategijama intervencije i istraživanja.¹³ „Kako navodi Moffitt (1993), s obzirom da je delinkventno ponašanje tokom adolescencije normativno, ovakvi provokativni nalazi svakako zahtijevaju pažnju ispitivača i upućuju na potrebu za istraživanjima koja bi pomogla u razrješavanju da li je suzdržavanje od delinkvencije zbilja znak dobre prilagodbe.“ (Vrselja, 2010:157)

Danas se nastanak prestupničkog ponašanja, objašnjava i razmatra unutar različitih teorijskih koncepata, od

tradicionalnih do savremenih teorija. Značajan broj teorija naglašava važnost porodice i okoline kao što je teorija prisile.¹⁴ Osnovi pristup teorije prisile ogleda se u razumijevanju ranog nastanka asocijalnog ponašanja kroz učenje i interakciju članova porodice. Objasnjavajući značaj roditeljskog ponašanja kroz teoriju prisile Šincek (2007: 122) smatra da se roditeljsko ponašanje „pokazalo ključnim te ova teorija pretpostavlja da je antisocijalno ponašanje naučeno u obitelji kroz interakcije članova obitelji, tj. kroz brojna ponavljanja određenih obrazaca interakcija. To dovodi do toga da dijete usvaja agresivno ponašanje kao efikasan način za postizanje kontrole nad uznemirujućim i kaotičnim situacijama. Naime, obrasci ponašanja koji su ključni za razvoj i usvajanje agresivnog, a kasnije i antisocijalnog ponašanja, povremeno se javljaju u svim obiteljima, no u rizičnim obiteljima su puno učestaliji.“ S druge strane, ključni je mehanizam razvoja kasne delinkvencije treniranje devijantnosti od strane devijantnih vršnjaka u situacijama kada je smanjen roditeljski nadzor. Autori koji se, danas, nesumnjivo ubrajaju u istraživače teoretičare u oblasti delinkvencije i kriminaliteta kao najuticajniji su svakako Donald A. Andrews i James Bonta iz Kanade, kao i David P. Farrington iz Velike Britanije. Ovi autori posmatraju rizične faktore kroz ličnost i okolinu te predlažu integrativne teorije kriminaliteta. Kroz rezultate nekoliko istraživanja, Andrews i Bonta (2006) „ističu važnost povezanosti s roditeljima i roditeljskog nadzora u razvoju delinkventnog ponašanja s obzirom na susjedstvo u kojem obitelj živi.“¹⁵ (Ricijaš, 2009: 60) Historijski gledano dugo vremena je prevladavao psihijatrijski pristup izučavanja uzroka, modela koji nastoje objasniti samo prestupničko ponašanje iz medicinskog rakursa s fokusom na terapiju i rehabilitaciju, te posljedicama prestupničkog ponašanja, a vrlo malo na prevenciju i analizu faktora koji ga uzrokuju. Sagledavajući radove u tom području (Majstorović, Miščin, 2001) ukazuju na dominaciju istraživanja epidemiološkog tipa, dok je broj radova usmjerenih na objašnjavanje ili predikciju

14 „Teorija prisile može se svrstati u socijalno interakcijske teorije, koje su (prema Patterson, Reid i Dishion, 1992.) osamdesetih godina zajedno sa socijalno kognitivnim teorijama bile dominantni pristupi objašnjenju ponašanja djece. Socijalno kognitivni pristup stavlja naglasak na očekivanja, atribucije i socijalne kognicije djece kao medijatore socijalnog ponašanja. Kod socijalno interakcijskih pristupa postoje tri podskupine, s obzirom na to stavljaju li naglasak na: a) privrženost, b) interakciju s članovima obitelji i vršnjacima ili na c) kontekst u kojem dijete i obitelj funkcionira. Ipak, unatoč naglašavanju pojedinih medijatora u svakoj od podskupina socijalno interakcijskog pristupa, autori su često proučavali doprinose i onih varijabli koje naglašavaju druge podskupine. Stoga, Patterson, Reid i Dishion (1992.) predlažu da se ovi pojedinačni pristupi ujedine u grupaciju za koju je ključno proučavanje socijalnih interakcija.“ (Šincek, 2007: 121)

15 Rezultati nekoliko istraživanja do kojih dolaze Andrews i Bonta (2006) upućuju na zaključak da djeca sa snažnijim roditeljskim vezama i jačim nadzorom, u odnosu na djecu koja to nemaju, u istoj okolini, imaju manji rizik za delinkventnom ponašanjem. Šire o ovom: Andrews, D.A., Bonta, J. (2006). *A Psychology of Criminal Justice*, McGraw-Hill, Inc., New York

13 Vrselja (2010: 157) prezentira istraživanje u kojem su „Shedler i Block (1990) uporedili ličnosti triju grupa adolescenata: one koji nikada nisu konzumirali droge, one koji su povremeno eksperimentirali sa drogama te one koji su ih često konzumirali. Rezultati ovog istraživanja pokazali su da adolescenti koji su povremeno konzumirali droge bili najbolje prilagođena skupina mladih u usporedbi s druge dvije skupine mladih u istraživanju. Kao što je i očekivano, oni koji su bili učestali korisnici droge bili su najproblematičnija skupina. Međutim pokazalo se da ni oni koji nikada nisu probali drogu nisu prilagođena skupina mladih: oni su bili napeti, socijalno izolirani, plašljivi, nisu bili vedri i znatiželjni pretjerano su se kontrolirali itd.“

ovisničkog ponašanja znatno manji. Također, nema, opšte prihvaćenog, koherentnog teorijskog sistema ili modela koji bi integrirao različite rizične faktore koji objašnjavaju etiologiju prestupničkog ponašanja npr. uzimanja psihoaktivnih supstanci, kao i razvoja težih oblika ovisnosti. Iz tog razloga, kod nas, a i u svijetu, programi su uglavnom usmjereni na sekundarnu prevenciju medicinske prirode supstitucionog karaktera, te programi smanjenja štete.¹⁶

Radetić-Lovrić (2011: 24) smatra da su sedamdesete godina prošlog vijeka, u bivšoj Jugoslaviji godine kada je došlo do značajnog povećanja broj prestupnika u smislu zloupotrebe droga (Milosavljević, B., 2004), i da se 1975. godina smatra godinom kada je došlo do nagle ekspanzije ovisnosti od droga na ovim prostorima. Đukanović (1994) navodi kako je po izvještajima Saveznog zavoda za zdravstvenu zaštitu iz 1975. godine od ukupno 2398 registrovanih ovisnika u bivšoj Jugoslaviji u BiH bilo je 90 registrovanih ovisnika o drogama. Po izvještajima iste ustanove „samo deset godina kasnije operišu sa cifrom od 1000 narkomana u BiH.“ (Đukanović, 1994: 27) Od tada pa do danas, na našim prostorima prestupničko ponašanje u obliku zloupotrebe droga poprima razmjere epidemije. Kako je period mladalaštva sam po sebi izazovan, Hirjan i Singer (1987: 16-17) uzroke ovakvog ponašanja vide u veoma suptilnoj, složenoj i recipročnoj interakciji čitavog niza raznoraznih faktora endogene i egzogene prirode te konstatuju da „mladalaštvo je, prema interdisciplinarnom stanovištu većine učenjaka, očito veoma složen multikauzalan i multidimenzionalan biosocijalni ili socijalno-kulturni fenomen. Brojne subjektivne i objektivne, endogene i egzogene determinante, kao djelimičnog, tako i općeg značaja, izazivaju u međusobno kompliciranoj, suptilnoj i dijalektičkoj interakciji u populaciji ove dobne skupine stanovništva različite socijalne fenomene“, te primjećuju da „jedna od takvih pojava jeste i asocijalno, a katkad i delinkventno ponašanje manjeg dijela maloljetnika.“ (Hirjan i Singer, 1987: 17) Ovakvim definisanjem mladalaštva, primjetit ćemo značaj holističkog teorijskog razmatranja prestupničkog ponašanja djece i mladih, ali svakako

zapažamo i značaj unutarnjih (porodičnih) i vanjskih (društvenih faktora), te interakcije na mikro, mezo i egzo ali i makro nivou. Provedene epidemiološke studije jasno ukazuju na važnost faktora socijalizacije, prije svega porodice, škole ali i vršnjačke grupe u kojoj se osoba kreće. Tokom procesa socijalizacije mlada osoba usvaja i internalizira različite norme¹⁷ i vrijednosti, usvaja socijalne vještine, razvija i oblikuje svoju ličnost.¹⁸ Posebno usvaja norme svoje porodice (mikro nivo), gdje se u najvećem dijelu i formira kako ličnost što će dovesti do transgeneracijskog procesa i manifestovati se kao poželjna ili nepoželjna matrica ponašanja, do funkcionalnog ili disfunkcionalnog pojedinca. Kvalitet procesa i razvoja ličnosti (što Bronfenbrenner naziva ekološkom teorijom razvoja ličnosti) uspostavlja se kroz interakciju djeteta-roditelj-okolina i odražava se na svim nivoima. „Kao primarna društvena grupa porodica je od fundamentalnog značaja za normalan život, rast i razvoj svih njenih članova, a posebno djece. Njena uloga je velika naročito u ostvarivanju zaštitne, socijalizatorske, emotivne i odgojne funkcije. Jako bitna uloga porodice u bilo kom društvu jeste njeno učesće, posredovanje u prenošenju društvenih, moralnih i drugih vrijednosti društva u kome živi.“ (Tomić, 2006: 16) Ponašanje roditelja i kvaliteta međusobne komunikacije svih članova porodice dva su ključna faktora koja određuju djetetov stav prema drugima. Porodica predstavlja matricu budućeg socijalnog ponašanja. O značaju komunikacije, prenosa i tumačenja poruka unutar porodice Alić (2012: 62) primjećuje da „od količine i prezasićenosti komunikacije zavisit će funkcionisanje obitelji kao sistema, ali i kasnija sposobnost komunikacije i tumačenja poruka“, također navodi „discipliniranje djece upotrebom fizičke sile u stilu 'sad ću te naučiti kako se tuku slabiji!' je također vid učenja komunikacije koji govori o emocionalnom odnosu, strukturi odnosa i pripremi male osobe kako da i sama rješava konfliktnu situaciju. U slučaju izloženosti nasilju, kao i kod prenosa anksioznosti, nasilje neće ostati na osobi koja je bila žrtvom, već se često prenosi na sljedećeg slabijeg i pogodnog za prenos nasilja.“ Pored konstantnog tehnološkog napretka i razvoja savremenih oblika medicinske, psihosocijalne pomoći

16 Prema Informaciji o maloljetničkom prestupništvu na području Ze-Do kantona, koju je u augustu 2013. godine usvojila Vlada Ze-Do kantona, navodi se da je povećan broj osoba s iskazanim prestupničkim ponašanjem kod osoba mlađih od 14 godina života. Najčešća krivična djela koja čine maloljetnici su teške tjelesne povrede, razbojništva i seksualni prestupi. U istoj Informaciji navode se najčešći uzroci koji dovode do prestupništva, a to su: poremećeni obiteljski odnosi, alkoholizam u obitelji, siromaštvo i povećan broj narkotika. Prema Informaciji u Ze-Do kantonu u 2010. godini bilo je registrovano 133 maloljetnih počinioca krivičnih djela, u 2011. godini 241, u 2012. godini 184, dok je u prva tri mjeseca 2013. godine registrovano 35 maloljetnih počinioca krivičnih djela. Također, navodi se kako je najveći broj maloljetnih počinioca krivičnih djela recidivisti (www.vladazdb.ba).

17 „Norme su pravila ponašanja koja odražavaju ili otelovljuju vrednosti jedne kulture. Vrednosti i norme svojim zajedničkim delovanjem oblikuju ponašanje jedne kulture.“ (Gidens, 2003: 25)

18 Sorokin (1967) u knjizi Socijalna psihologija, daje jednu interesantnu definiciju ličnosti, a koju i kasnije detaljno objašnjava. „U pogledu definicije ljudske ličnosti vrijedi isto što i za druge definicije: ona je arbitrarna. Ako je arbitrarna, slijedi da nije jedina, već da ih ima više [...] ličnost je skup manifestiranih, manje-više stabilnih osobina, koje su integrirane na svakom pojedincu specifičnim način, a koje nalazimo zastupljene kod određenog pojedinca.“ (Sorokin, 1967: 146)

i potrebe za povećanom brigom društva, broj osoba s iskazanim oblicima prestupničkog ponašanja u svijetu, a nakon rata u Bosni i Hercegovini posebno, pokazuje stalni trend porasta. Posebno zabrinjava perzistentno smanjenje dobne granice iskazivanja prestupničkog ponašanja. Adekvatna briga i pristup ovoj populaciji izazov je s kojim će se društvo suočiti, u čemu je od fundamentalne važnosti stručna elaboracija o svim uticajima na formiranju i sklonosti prema prestupničkom ponašanju.

Literatura:

1. Alić, A. (2012). *Struktura i dinamika obiteljske kulture*. Sarajevo: Dobra knjiga.
2. Antonijević, M., Bukelić, J., Erić, L.J., Morić-Petrović, Aleksić, Z., Jojić-Milenković, M. (1971). *Narkomanija mladih*. Beograd: BIGZ.
3. Baron-Koen, S. (2011). *Psihologija zla*. Beograd: Clio.
4. Bronfenbrenner, J. (1997). *Ekologija ljudskog razvoja*. Preveli sa engleskog jezika Biljana Branković (treći dio) i Tatjana Seizova (Predgovor, prvi, drugi, četvrti dio i zabilježke). Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva.
5. Cohen, A. K. (1955). *Delinquent Boys*. Glencoe: Free Press.
6. Đukanović, B. (1994). *Droge: Od zloupotrebe do ovisnosti*. Sarajevo: GIK „Oko“.
7. Đukanović, B. (1999). *Porodice narkomana*, Sarajevo: Kaligraf.
8. Gidens, E. (2003). *Sociologija*. Preveli sa engleskog Nadežda Silaški i Tatjana Đurović. Beograd: Ekonomski fakultet.
9. Hajduković, Č. (1975). *Prestupničko ponašanje mladih*. Beograd: Savremena administracija.
10. Ignjatović, Đ. (2007). *Kriminologija*. Osmo izmjenjeno i dopunjeno izdanje. Beograd: Dosije.
11. Jašović, Ž. (1991). *Kriminologija maloletničke delinkvencije*. Beograd: Naučna knjiga.
12. Jugović, A. (2009). *Teorija društvene devijantnosti*. Beograd: JP Službeni glasnik.
13. Kapetanović-Bunar, E. (1985). *Alkoholizam-život na dva kolosjeka*. Ljubljana: ČGP
14. Milosavljević, M. (2003). *Devijacije i društvo*. Beograd: Draganić.
15. Milosavljević, M. (2005). *Socijalni rada na međi vekova*. Beograd: Draganić.
16. Pašalić – Kreso, A. (2004). *Koordinate obiteljskog odgoja*. Sarajevo: Jež
17. Radetić-Lovrić, S. (2011). *Zavisnost od droga mladih*. Laktaši: Grafomark.
18. Vidanović, I. (2005). *Pojedinac i porodica*. IV Dopunjeno izdanje. Beograd: TIRO-ERC.
19. Vidanović, I. (2006). *Rečnik socijalnog rada*. Beograd: TIRO-ERC.

Članci objavljeni u naučnim časopisima i zbornicima

20. Ajduković, M. (2001). Utjecaj zlostavljanja i zanemarivanja u obitelji na psihosocijalni razvoj djece. *Dijete i društvo: časopis za promicanje prava djeteta*. Vol. 3, broj 1-2. str. 59-77.
21. Bašić, J. (2006). Rizična ponašanja i prevencija, u: *Zbornik radova sa 1. znanstvene konferencije – Sistem preveniranja socijalnog isključivanja mladih*. Zenici: Islamski pedagoški fakultet, str. 63-76.
22. Vrselja, I. (2010). Etiologija delinkventnog ponašanja: Prikaz Pettersenove i Moffittine teorije razvoja psihopatologije. *Psihologijske teme*, Vol. 19 (1), str. 145-168.

Magistarski i doktorski radovi

23. Alić, A. (2007). *Povezanost socio-pedagoških faktora obiteljskog života i transgeneracijskog prijenosa vrijednosnih orijentacija*. Doktorska disertacija, Sarajevo: Filozofski fakultet u Sarajevu.
24. Ricijaš, N. (2009). *Pripisivanje uzročnosti vlastitog delinkventnog ponašanja mladih*. Doktorska disertacija, Zagreb: Pravni fakultet. Studijski centar socijalnog rada u Zagrebu.

Zakoni, pravilnici, priručnici i smjernice

25. Ministarstvo civilnih poslova. (2013). Odsjek za zdravstvo. *Smjernice za tretman ovisnika o opijatuima u BiH*.
26. Službene novine Federacije BiH (2014). *Zakon o zaštiti i postupanju sa djecom i maloljetnicima u krivičnom postupku u Federaciji BiH*. Sarajevo: Službene novine FBiH, 7/14.
27. Stel, J. (2002). Priručnik o prevenciji alkoholizma, narkomanije i pušenja: Kako olakšati svakodnevni život. Prijevod: Ešref Kenan Rašidagić, Ensar Eminović, Sarajevo: RABIC.

Online izvori

28. Budimić, M., Šabani, A. (n.d.). *Kriminologija*. [Online]. Sarajevo. Dostupno na: [12](http://www.fkn.unsa.ba/Portals/0/Nastavnicidokumenti/Budi-

</div>
<div data-bbox=)

- mlic%20M/K1%202013/Kriminologija_skripta_final.pdf [pristupljeno 20. decembr 2014].
29. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2012). Godišnji izvještaj Evropskog monitoring centra za droge i ovisnike od droga za 2012. godinu (EMCDDA). Dostupno na: <http://www.emcdda.europa.eu/>
30. Federalna uprava policije. (2012). *Informaciji o stanju sigurnosti za 2012. godinu*. Dostupno na: www.fup.gov.ba
31. Ricijaš, N. (2009). Atribuiranje vlastitog delinkventnog ponašanja nisko rizičnih i visoko rizičnih maloljetnih delinkvenata. *Kriminologija i socijalna integracija*. Vol. 17 (2009) Br. 1, str. 1-96. Dostupno na: <http://hrcak.srce.hr/file/63835>
32. Šincek, D. (2007). Doprinosi teorije prisile u razumijevanju delinkventnog ponašanja mladih. *Ljetopis socijalnog rada*. Vol. 14 (1), str. 119-14. Dostupno na: <http://www.hrcak.srce.hr/file/17652/05Sincek202.pdf> [pristupljeno: 20. decembar 2013].
33. Zavod za bolesti ovisnosti Ze-Do kantona. Dostupno na: www.zedo-ovisnost.ba/
34. Žic-Raljić, A. (2002). Struktura ponašanja djece u obitelji. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, Izvorni znanstveni rada. Vol. 38. br.2. str. 165-186. Dostupno na: http://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=148434

REHABILITACIJA I RESOCIJALIZACIJA OVISNIKA KROZ RAZLIČITE PRISTUPE

Lejla Šaćirović, MA psih., psiholog

JZU Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona

Sažetak

Ovisnost je hronična, recidivirajuća bolest mozga. Ovisnost o psihoaktivnim supstancama predstavlja jedan od vodećih javnozdravstvenih i socijalnih problema u našoj zajednici koji sve više postaje svjetski trend u načinu života koji preovladava u svim slojevima društva. Proces liječenja je dugotrajan, složen i neophodan je multidisciplinarni pristup radi sveobuhvatnog i što učinkovitijeg liječenja, rehabilitacije i reintegracije liječenih osoba ovisnih o psihoaktivnim supstancama u društvenu zajednicu. U liječenju ovisnika o psihoaktivnim supstancama u Zavodu za bolesti ovisnosti ZDK primjenjuju se ambulantno i stacionarno liječenje kroz koje je pacijentima omogućen medikamentozni tretman, psihotretman i socio tretman. Također, važnu ulogu u tretmanu i procesu rehabilitacije imaju i terapijske zajednice s kojima Zavod ima ostvarenu dugogodišnju saradnju. Riječ je o uobičajenom obliku dugotrajnog tretmana za osobe koje zloupotrebljavaju sredstva ovisnosti.

Ključne riječi: ovisnost, psihosocijalne intervencije, terapijska zajednica

Uvod

Liječenje ovisnosti je proces koji zahtijeva različit pristup za svakog pojedinca jer ovisi o brojnim individualnim karakteristikama. Uvijek je to dugotrajan proces koji je za pojedine ovisnike i doživotan. Pored psihosocijalnih intervencija koje se u tretmanu kontinuirano primjenjuju u Zavodu za bolesti ovisnosti ZDK, rad na motivaciji pacijenata za odlazak u terapijske zajednice predstavlja značajan aspekt tretmana obzirom da podrazumijeva osnaživanje pacijenta za nastavak tretmana van ustanove u kojoj je tretman započet. Proces rehabilitacije i resocijalizacije pacijenata je dugotrajan proces koji iziskuje i uključivanje pojedinca i u lokalnu zajednicu kroz različite programe pažljivo i svrsishodno osmišljene za njihovo mentalno osnaživanje i osposobljavanje kako bi bili korisni članovi u zajednici kojoj pripadaju.

Iako su danas dostupne različite mogućnosti liječenja

ovisnosti kao što je ambulantno, stacionarno i liječenje kroz odlazak u terapijske zajednice (komune), u praksi se pokazalo da sve ove metode većinom mogu biti privremenog karaktera, a sve zbog prirode bolesti uzimajući u obzir činjenicu da je ovisnost hronična i recidivirajuća bolest. S toga, redovna kontrola i nadzor su vrlo značajni u samom procesu liječenja kako bi se održala apstinencija i održala motivacija pacijenta. Naime, povratak u ovisnost predstavlja veliki izazov i za pacijente koji dugo apstiniraju, te postoji veliki rizik od smrtnog ishoda pri povratku u ovisničko ponašanje, a nakon dugovremenske apstinencije.

Proces rehabilitacije zahtijeva i aktivnu uključenost članova porodice ovisnika kako bi se, na prvom mjestu, obnovili raskinuti odnosi, te kako bi ovisnik imao podršku za dalje napredovanje unutar njegovog ponovnog integriranja u društvenu zajednicu.

Pristupi rehabilitaciji ovisnika

U svijetu, u procesu rehabilitacije ovisnika nailazimo na različite pristupe koji su godinama razvijani i analizirani kroz njihove učinke na postizanje konačnog cilja, a to je uspješna integracija pojedinca u društvo. Uspješna integracija pojedinca u zajednicu podrazumijeva njegovu sposobnost da obnovi i ostvari dobre i kvalitetne međuljudske odnose sa članovima svoje porodice, na prvom mjestu, a nakon toga i ostvarivanje novih odnosa sa drugim ljudima u zajednici.

Neki od najčešćih i ustaljenih pristupa u rehabilitaciji ovisnika su:

• Stacionarna rehabilitacija

- Ona podrazumijeva smještaj ovisnika u specijalizirane ustanove kao što su klinike, bolnice, terapijske zajednice tokom određenog vremena. U sklopu ovog vida rehabilitacije, ovisnici primaju medikamentoznu terapiju, psihosocijalnu podršku, te su uključeni u radnu i okupacijsku terapiju kroz različite i pažljivo osmišljene aktivnosti. Sve ove metode su kontrolisane i obavljaju se pod nadzorom stručnog osoblja (De Leon, 2010).

- **Medicinski potpomognuta rehabilitacija ili medicinski model**
 - Ova vrsta medicinski potpomognute rehabilitacije podrazumijeva korištenje medicinske intervencije i farmakoterapije za liječenje ovisnosti u vidu primjene supstitucione terapije poput metadona i buprenorfina kako bi se smanjila žudnja za drogom i simptomi ustezanja, te održala stabilnost tokom procesa oporavka.
- **Dnevna bolnica**
 - Dnevna bolnica podrazumijeva redovno posjećivanje ovisnika tokom dana u specijaliziranu ustanovu. Tokom svojih posjeta, pacijenti sudjeluju u različitim terapijama, grupama podrške i obrazovnim programima, te se vraćaju kući nakon završetka dnevnih aktivnosti (O'Brien, McLellan, Childress i Woody, 2009).
- **Ambulantni model**
 - Ambulantni model rehabilitacije odnosi se na mogućnost da pacijenti terapiju i podršku primaju u vanjskom okruženju dok ostaju integrirani u svoje svakodnevne živote. Ovakav model uključuje individualnu, grupnu terapiju i podršku, te edukaciju o bolesti ovisnosti kroz redovni rad sa stručnim osobljem. Ovakav vid rehabilitacije u Zavodu za bolesti ovisnosti ZDK je proširen dodatno kroz sedmične posjete terenskim ambulantama na području cijelog Zeničko-dobojskog kantona. Ovaj model je još poznat i kao „Zenički model“ koji podrazumijeva odlazak stručnog tima u susret pacijentu s ciljem minimiziranja nepoželjnih oblika ponašanja uzimajući u obzir da je ovisnička populacija osjetljiva i mogući su česti recidivi. Također, uzimajući u obzir materijalni status ovisnika koji je u većini slučajeva težak, kroz ovakav model Zavod nastoji smanjiti troškove za pacijente koji bi morali dolaziti u centralnu ambulantu Zavoda po svojoj terapiju.

Terapijske zajednice kao poseban model rehabilitacije ovisnika

Terapijska zajednica je najpoznatija socioterapijska metoda u kojoj se koriste psihoterapijske i socioterapijske tehnike i metode liječenja ovisnika o drogama i drugim ovisnostima. Ideja terapijske zajednice se temelji na njegovanju kolektivne odgovornosti, kohezivnosti, osjećaja pripadnosti grupi kroz koju se osnažuje svaki pojedinac, a smanjuje ovisnost o stručnom osoblju. Ova metoda se može koristiti u okruženjima kao što

su klinike, bolnice i svim sredinama gdje bolesnici i osoblje su u interakciji.

U terapijskim zajednicama je bitno da svi članovi učestvuju u donošenju odluka bitnih za njihov boravak u terapijskoj zajednici jer se na ovaj način kod pacijenata stvara interes za propitivanje o samom sebi, o drugim članovima što doprinosi aktivnom uključivanju ovisnika u svakodnevni život koji ne podrazumijeva samo fokus na potragu za sredstvom ovisnosti. Ovaj princip se naziva „kultura istraživanja“ što podrazumijeva otvoreno postavljanje pitanja o sebi i svijetu oko sebe. Postoje dva osnovna pristupa odnosno modela terapijskih zajednica, a to su:

- Demokratski
- Hijerarhijski ili bihevioralni.

Demokratski pristup terapijske zajednice razvio se kao metoda grupnog rada u liječenju osoba oboljelih od niza psihijatrijskih poremećaja koristeći principe socijalnog učenja.

Hijerarhijski pristup zasnovan je kao pokret samopomoći za ovisnike o psihoaktivnim supstancama primarno koristeći bihevioralne tehnike modifikacije (Štrkalj-Ivezić, 2014).

U svojoj suštini, terapijska zajednica se zasniva na činjenici da niko nije „posve bolestan niti je iko posve zdrav“ što predstavlja bazičnu jednakost između osoblja i pacijenata kao ljudskih bića koji su isti ili slični u bazičnim psihološkim iskustvima i procesima. U terapijskim zajednicama komunikacije se odvija dvosmjerno na svim nivoima, donošenje odluka se odvija na svim nivoima, postoji konsenzus u donošenju odluka, a socijalno učenje odvija se po principu „ovdje i sada“. Ono što je jako važno za uspješno funkcionisanje terapijske zajednice jeste zasnivanje rada na sljedećim principima: da svaki član zajednice ima jednake mogućnosti učestvovanja u organizaciji terapijske zajednice (demokratizacija), da svi članovi mogu slobodno izražavati svoje misli i osjećanje bez negativnih posljedica (permisivnost), da postoji direktna komunikacija i slobodna interakcija u stvaranju osjećaja dijeljenja i pripadanja (zajedništvo) i da se članovi terapijske zajednice stalno moraju suočavati sa stvarnošću i kako ih percipiraju drugi članovi (suočavanje sa stvarnošću). Većina terapijskih procesa odvija se u grupama i u svakodnevnom životu zajednice iako se paralelno primjenjuje i individualni psihoterapijski rad. Terapijska promjena zasniva se na dva procesa, a to su učenje kroz življenje i kulturu istraživanja. Učenje kroz življenje odnosi se na sve ono što se događa između članova

zajednice tokom zajedničkog života, naročito kada se javljaju krize. Kultura istraživanja odnosi se na svjesno preispitivanje prihvaćena mišljenja i tvrdnje koje su se već ukorijenile u pojedinca.

Pored svih segmenata terapijske zajednice kao modela liječenja ovisnosti, sastanak terapijske zajednice predstavlja središnji događaj čiji je cilj podijeliti što više informacija u velikoj grupi kako bi one bila svima dostupne i kako bi svaki član grupe imao potpuni uvid u stanje grupe. Ovim sastancima prisustvuju svi pacijenti i svi članovi osoblja. Ovakvi sastanci doprinose sticanju osjećaja sigurnosti, kontinuiteta i stabilnosti grupe. Na ovaj način stvara se kohezivnost i jača povjerenje između svih članova grupe. Sastanci terapijske zajednice koriste se kako za informisanje i planiranje daljeg rada, tako i za psihoterapijsko i socioterapijsko djelovanje (Jukić, 2008).

Faze liječenja u terapijskoj zajednici

Da bi proces liječenja u terapijskoj zajednici dao povoljne rezultate, pacijent mora proći kroz određene faze liječenja. Te faze su:

- Faza uključivanja: Ova faza podrazumijeva preporuke, pripremu i selekciju pacijenata za terapijsku zajednicu. U ovu fazu moraju biti uključeni stručnjaci, porodica novog člana i u konačnici članovi terapijske zajednice koji su već u procesu liječenja.
- Faza procjene i pripreme: U ovoj drugoj fazi, dolazi do formalnog uključivanja u proces rehabilitacije kroz formalni pristanak tj. potpisivanje terapijskog ugovora, te osmišljavanja individualnog plana liječenja.
- Faza liječenja: Ova faza podrazumijeva sve one metode i tehnike koje su svojstvene za terapijsku zajednicu, a koje primarno podrazumijevaju redovna prisustva grupnom radu ali i individualnom kod onih zajednica koje se za njega opredijele. Pojedine terapijske zajednice ne praktikuju individualni rad jer smatraju da on narušava grupnu dinamiku.
- Faza oporavka: Ova faza ne smije završavati otpuštanjem pacijenta iz terapijske zajednice nakon čega se gubi svaki kontakt. Neohodno je da postoji podrška tokom procesa odlaska i mogućnost ponovnog povremenog vraćanja u socijalnu mrežu kojoj je pacijent pripadao (Hećimović, 1987).

Zaključak

Rehabilitacija je proces liječenja ovisnika koji podrazumijeva različite metode liječenja prilagođene ovisni-

cima. Svakom pacijentu se pristupa individualno kroz osmišljavanje individualnog plana liječenja. Resocijalizacija ovisnika predstavlja oblike društvenog uključivanja kroz različite aktivnosti kao što su stručno osposobljavanje, uključivanje u sport, kulturu, društveno koristan rad, te druge aktivnosti koje će ovisnika približiti lokalnoj zajednici kojoj pripada na način da je koristan kako sebi tako i ljudima oko sebe. Porodica predstavlja glavni motor pokretač procesa oporavka kroz podršku i afirmaciju svega onoga što je pred pacijentom u procesu liječenja. Nažalost, zbog specifičnosti bolesti ovisnosti, liječeni ovisnici su izložni predrasudama i stigmati, te i nakon oporavka, teško bivaju prihvaćeni u svojoj zajednici. Često se gubi povjerenje od strane članova društva obzirom da su ovisnici, u svom ovisničkom životu, mahom skloni prevarama kako bi zadovoljili svoje potrebe za psihoaktivnim supstancama, te tako teško uspijevaju vratiti povjerenje kako članova porodica tako i drugih članova zajednice. Ovisnost jeste hronična i recidivirajuća bolest koja narušava pojedinca ali i svijet oko njega, ipak uz ispunjavanje niza faktora postoje dobri izgledi da ovisnik postane ponovo koristan i funkcionalan član društva vrijedan poštovanja i povjerenja.

Literatura:

1. De Leon, G. (2010). *Is the Therapeutic Community an Evidence Based Treatment? What the Evidence Says*. International Journal of Therapeutic Communities 31(2), 104-128.
2. Hećimović V. (1987), *Terapijska zajednica*. Zagreb: Socijalna zaštita.
3. O'Brien, C. P., McLellan, A. T., Childress, A. R. i Woody, G. E. (2009). *Penn/VA center for studies of addiction*. Neuropsychopharmacology, 56, 44-47.
4. Jukić V, Pisk Z (2008). *Psihoterapija – škole i psihoterapijski pravci u Hrvatskoj danas*. Zagreb: Medicinska naklada i Psihijatrijska bolnica Vrapče.
5. Štrkalj-Ivezić, S., Jendričko T., Pisk Z., Mertić-Biočina, S. (2014). *Terapijska zajednica*. Socijalna psihijatrija, 42 (3) 172-179.
6. Štrkalj-Ivezić S, Urlić I, Restek Petrović B. (2010). *Rad u grupi i grupna psihoterapija*. Hrvatski liječnički zbor, Psihijatrijska bolnica Vrapče, Udruga «Svitanje».

DEPRESIJA KAO FAKTOR OVISNOSTI

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

Emina Tufekčić, magistar njemačkog jezika i književnosti

JZU Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona

Sažetak

Depresija, karakterizirana trajnom tugom i nedostatkom interesa i zloupotreba psihoaktivnih supstanci koje mijenjaju mentalne procese, su dva ključna pitanja u mentalnom zdravlju. Njihova učestalost i dubok uticaj na pojedince i društvo zahtijevaju sveobuhvatno razumijevanje. Iako svaki problem može postojati nezavisno, njihovo zajedničko pojavljivanje je često i predstavlja jedinstvene izazove u razumijevanju i tretmanu.

Uvod

Preklapanje depresije i zloupotrebe psihoaktivnih supstanci je rastuća zabrinutost u području javnog zdravlja. Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (WHO), depresija je vodeći uzrok invaliditeta u svijetu, a poremećaji zloupotrebe supstanci su među najčešćim mentalnim poremećajima globalno. Razumijevanje ove veze nije važno samo za individualni tretman i oporavak, već i za strategije javnog zdravlja i raspodjelu resursa. Dvostruki teret depresije i zloupotrebe psihoaktivnih supstanci zahtijeva integrisane pristupe u tretmanu, povećanu svijest i prilagođene strategije prevencije.

Depresija

Depresija je uobičajen, ali složen poremećaj mentalnog zdravlja koji se karakterizira trajnim osjećajem tuge, gubitkom interesa ili zadovoljstva u aktivnostima i nizom dodatnih emocionalnih i fizičkih problema. Simptomi depresije mogu se znatno razlikovati, ali obično uključuju trajne osjećaje tuge, beznada i bezvrijednosti. Fizički simptomi mogu uključivati promjene u obrascima spavanja, apetitu i nivoima energije. Drugi česti znakovi su poteškoće s koncentracijom, smanjena produktivnost i povlačenje iz društvenih aktivnosti. U težim slučajevima, depresija može dovesti do misli o smrti ili samoubojstvu.

Freud je bio začetnik psihoanalitičke teorije depresije, koju je opisao kao reakciju na gubitak imaginarnog ili stvarnog objekta. Abraham i Freud polazili su od pretpostavke da karakter pojedinca predisponira javljanje

depresije, i to njegova simbiotska ovisnost o važnim objektima i ambivalencija osjećaja prema istima. Depresija je izraz neurotične strukture ličnosti, očajnički krik za ljubavlju, oblik agresije prema sebstvu, konflikt ega i fiksacija na iskustva bespomoćnosti. Usko je povezana s agresijom, tjeskobom, i krivnjom. Prema Bibringu javlja se ponajprije u osoba s narcističnim crtama ličnosti kao posljedica nepostizanja previše postavljenih ciljeva. Zbog posljedica tih neuspjeha pogođen je individualni narcizam, dolazi do gubitka samopoštovanja, a lančanom reakcijom i do pojave ostalih simptoma depresije. Kognitivna teorija tvrdi da poremećaji kognitivnih funkcija dovode do javljanja afektivnih simptoma. Pacijenti imaju negativna iskustva tijekom psihosocijalnog sazrijevanja što rezultira depresivnim obrascima mišljenja. Karakteristični su samopodcjenjivanje, beznadnost i osjećaj bezvrijednosti. Bihevioralna teorija objašnjava depresiju kao posljedicu smanjenja djelovanja pozitivnog potkrepljenja. Osnova ove teorije je da se javlja fenomen naučene bespomoćnosti. Takav pacijent ne osjeća se sposobnim kontrolirati događaje.

Depresija kod adolescenata

Depresija kod adolescenata je mnogo sličnija onoj kod odraslih. Adolescent se često žali na apatiju i tugu kao i na nedostatak energije i dosadu. Poremećaji sna i apetita su mnogo češći. Može postojati nedostatak apetita ili obratno, pretjeran unos hrane, u čemu se nalazi kratkotrajno zadovoljstvo. Teškoće usnivanja i često buđenje noću mogu činiti adolescenta iscrpljenim tokom dana. Preokupiranost tjelesnim izgledom je česta. Također se javlja i osećaj uzaludnosti i beznadežnosti. Prisutne su često i suicidalne misli i parasuicidalno ponašanje. Klinička je slika često maskirana različitim oblicima odstupanja u ponašanju te odrasli često iza agresije, kršenja normi i pravila ponašanja i otpora, posebno prema autoritetima, ne prepoznaju depresiju. Međutim, nisko samopoštovanje često se otkriva da se radi o depresiji te djeca najčešće sami sebe opisuju negativnim terminima kao npr. ja sam glup, loš, niko me ne voli, smotan sam i sl.

Razdražljivost, socijalno povlačenje i nesposobnost da se suoči i sa najmanjim frustracijama bez izljeva bijesa također potvrđuju da se radi o depresiji. Mogu se pokušavati "liječiti" drogama i alkoholom. Adolescenti često imaju atipične simptome kao što su prekomjerno spavanje, povećanje apetita, osjetljivost na odbijanje i letargiju.

Zloupotreba psihoaktivnih supstanci

Zloupotreba psihoaktivnih supstanci odnosi se na zloupotrebu droga koje utječu na um, emocije i ponašanje. Ove supstance uključuju širok raspon legalnih i ilegalnih droga koje mijenjaju funkciju mozga, rezultirajući privremenim promjenama u percepciji, raspoloženju, svijesti i ponašanju. Zajedničke zloupotrebljene supstance uključuju alkohol, opioide (kao što su heroin i lijekovi protiv bolova na recept), kanabis, stimulanse (poput kokaina i amfetamina), halucinogene i sedative. Ne postoji tačno određena struktura ličnosti ovisnika, ali postoje crte ličnosti i faktori dispozicije za razvoj ovisnosti. Trauma koju pojedinac doživi tokom perioda sazrijevanja rezultira blokadom psihorazvojnog procesa pa u konačnici imamo pojedinca s nezrelim psihičkim sistemom koji je skloniji od prosječne populacije zloupotrebi psihoaktivnih supstanci. Trauma može biti seksualno zlostavljanje, visoka razina agresije u obitelji, disfunkcionalnost obitelji, smrt i gubitak bliskih osoba. Neke od karakteristika ovisnika o alkoholu su impulzivnost, emocionalna nestabilnost, nisko samopouzdanje i nizak prag tolerancije na frustracije, dok su obilježja ovisnika o psihoaktivnim supstancijama antisocijalno ponašanje, sklonost izlaganju opasnosti, impulzivnost i nezadovoljstvo sobom. Ovisnici se koriste nezrelim mehanizmima odbrane: negacijom, projekcijom i cijepanjem. U njih su prisutne histrionske crte ličnosti, narcistični su i ne trpe bol i traumu, pa im upravo sredstvo ovisnosti predstavlja bijeg od toga. Alkoholičari bolje kontroliraju agresiju i više su integrirani u društvo od narkomana. U ovisnika je važno istaknuti da imaju smanjenu emocionalnu inteligenciju i da kognitivna inteligencija ne igra ulogu u razvitku ličnosti. S eksperimentiranjem se započinje najčešće u adolescenciji i tome pridonose osjećaj praznine, depresivnost, potištenost, osjećaj besmisla i napuštenosti

Povezanost mentalnog zdravlja i depresije sa zloupotrebom psihoaktivnih supstanci

Duševni poremećaji su dijelom posljedica zloupotrebe sredstava ovisnosti, a dijelom su uzrok posezanja

za sredstvima ovisnosti. Moglo bi se reći da ovisnici pri početku zloupotrebe na nesvjestan način pokušavaju izliječiti svoju emocionalnu labilnost, nezrelost i simptome drugih duševnih bolesti drogama. Sredstva ovisnosti kratkoročno mogu ublažiti simptome psihičkih tegoba pacijenata, ali dugoročno ih pogoršavaju i dovode do nastanka novih psihijatrijskih komorbiditeta. Što je stepen ovisnosti veći, a sredstvo ovisnosti jače, veća je mogućnost postojanja usporedne duševne bolesti u ovisnika. Sindrom „duple dijagnoze“ je uspostavljen da bi se lakše opisala česta povezanost upotrebe sredstava ovisnosti sa psihičkim poremećajima. Naime, u mladih koji boluju od nekog psihičkog poremećaja, tri puta je veća vjerovatnost da će posegnuti za jednom od droga. Ovisnici, osim što pokazuju povećanu učestalost depresije, iskazuju i povišenu razinu napetosti, emocionalnu labilnost s čestim promjenama raspoloženja i antisocijalno ponašanje. Da pacijenti koji imaju neku duševnu bolest ne uzimaju sredstva ovisnosti, ona se ne bi dalje komplicirala i pogoršavala, a u slučaju uzimanja supstance zasigurno hoće.

Program mjera zdravstvene zaštite duševnog zdravlja i depresije, prevencije i izvanbolničkog liječenja ovisnosti

1. Savjetovanje usmjereno zaštititi duševnog zdravlja djece i adolescenata; savjetovanje obitelji, majki s dojenčadi i predškolskom djecom, savjetovanje za školsku djecu i adolescente s ciljem zdravog odrastanja i što boljeg uklapanja u okolinu; savjetovanje i edukacijski rad s nastavnim osobljem predškolskih i školskih ustanova u vezi zdravog odrastanja; sudjelovanje u provođenju zdravstvenog odgoja.
2. Rad na očuvanju duševnog zdravlja djece i adolescenata s rizičnim ponašanjem; savjetovanje i skrb za djecu i adolescente rizičnog ponašanja, kao i one posebno izložene stresu s ciljem povećanja sposobnosti za savladavanje kriznih stanja i prilagodbu na nove okolnosti, te sprječavanja nastupa duševnog poremećaja; edukacijski rad s nastavnim osobljem predškolskih i školskih ustanova u vezi prepoznavanja i rada s djecom i adolescentima pod povećanim rizikom; sudjelovanje u provođenju zdravstvenog odgoja.
3. Zaštita duševnog zdravlja opće populacije (uključujući stariju dob) s ciljem povećanja sposobnosti za sučeljavanje sa svakodnevnicom i savladavanje kriznih situacija te sprječavanje nastupa duševnog poremećaja i depresije; savjetovanje i rad s osobama i njihovim obiteljima, pod povećanim rizikom ili izloženim stresnoj

situaciji; savjetovanje i edukacija obitelji, njegovatelja i osoblja staračkih domova; sudjelovanje u provođenju zdravstvenog odgoja i prosvjećivanju stanovništva.

4. Rano otkrivanje, dijagnostika i terapija djece i adolescenata s poremećajima ponašanja i problemima duševnog zdravlja i depresije; senzibiliziranje i edukacija primarne zdravstvene zaštite za rano prepoznavanje poremećaja ponašanja i problema duševnog zdravlja djece i adolescenata; savjetovanje, individualna i grupna terapija za djecu i adolescente s poremećajima ponašanja i problemima duševnog zdravlja; liječenje i rehabilitacija prema medicinskoj indikaciji, prema savremenim medicinskim saznanjima i stručnim smjernicama; uključivanje obitelji u terapijski proces.

5. Rano otkrivanje, dijagnostika i terapija osoba s problemima duševnog zdravlja i depresije; senzibiliziranje i edukacija primarne zdravstvene zaštite za rano prepoznavanje problema duševnog zdravlja; savjetovanje i rad s osobama s problemima duševnog zdravlja i članovima obitelji; liječenje i rehabilitacija prema medicinskoj indikaciji, u skladu sa savremenim medicinskim saznanjima i stručnim smjernicama - individualna i grupna terapija; uključivanje obitelji u terapijski proces.

6. Rad s obiteljima i skrbnicima osoba s problemima duševnog zdravlja i depresije; savjetovanje, individualna i grupna terapija, rad s obiteljima i njegovateljima.

Liječenje i preventivno djelovanje

Kako bi liječenje ovih pacijenata bilo uspješno, potrebno je liječiti i zloupotrebu sredstava ovisnosti i samu depresiju ili neki drugi psihijatrijski komorbiditet od kojeg pacijent boluje. Trebalo bi na početku liječenja dijagnostički procijeniti jesu li psihičke smetnje posljedica bolesti ovisnosti ili se radi o dva različita, neovisna problema. Stručnjak treba riješiti nedoumicu treba li prvo liječiti ovisnost ili komorbidni poremećaj ili pak istodobno liječiti te dvije bolesti. Na početku liječenja postavljaju se jasni ciljevi. Kad govorimo o depresiji i anksioznosti, njih uvijek treba liječiti paralelno s liječenjem bolesti ovisnosti jer je najvjerojatnije u ovim slučajevima riječ o samomedikaciji iz koje se postupno razvila ovisnost.

Obrazovi programi i inicijative zajednice imaju ključnu ulogu u prevenciji i osvještavanju. Educirajući javnost o rizicima zloupotrebe supstanci i znakovima

depresije, ovi programi nastoje smanjiti stigmatu i potaknuti ranu intervenciju.

Zaključak

Depresija je hronično stanje koje ne utječe samo na raspoloženje i misli, već i na fizičko zdravlje. Depresija je uobičajena među osobama koji se bore s ovisnošću o drogama ili alkoholu. Zloupotreba supstanci može izazvati ili pojačati osjećaj usamljenosti, tuge i beznađa koji su često povezani s depresijom. Procjenjuje se da jedna trećina ljudi s velikom depresijom također ima problem s alkoholom. Dok će većina ljudi tokom života doživljavati uspone i padove, klinička depresija traje sedmicama, mjesecima, a ponekad čak i godinama. To ometa cijeli život osobe, uključujući njihovu sposobnost za rad i održavanje zdravog načina života. Za one koji se bore s depresijom koji osjećaju da im se ne nazire kraj, droga i alkohol ponekad se mogu činiti lakim rješenjem za njihove probleme. Ove supstance mogu privremeno ublažiti svaku emocionalnu bol i izazvati osjećaj sreće. Međutim, ove supstance mogu izazvati ovisnost. Što se više konzumiraju, to će organizam više ovisno o njihovim djelovanjima. S vremenom, zloupotreba supstanci može pogoršati simptome depresije, kao i dovesti do zdravstvenih problema poput oštećenja mozga. U konačnici, ipak, zloupotreba supstanci za ublažavanje depresije može uzrokovati još veću štetu životu pojedinca – od financijskih problema do ličnih poteškoća.

Literatura:

1. <https://mednet-edu.net/depresija-i-ovisnost-o-vise-psihoaktivnih-supstanci/> (Otvarano 30.10.2024.)
2. <https://repozitorij.mefst.unist.hr/islandora/object/mefst%3A1136/datastream/PDF/view> (Otvarano 30.10.2024.)
3. Zoričić Z. Ovisnosti. Prevencija, liječenje i oporavak. 1. izdanje. Zagreb: Školska knjiga; 2018. 3-146 str.
4. <https://djecja-psihijatrija.hr/depresija-u-djecjoj-i-adolescentnoj-dobi/> (Otvarano 30.10.2024.)
5. <https://repo.ozs.unist.hr/islandora/object/ozs%3A172/datastream/PDF/view> (Otvarano 30.10.2024.)
6. <https://mednet-edu.net/kormobiditeti-kod-ovisnika/> (Otvarano 30.10.2024.)

ŠTETNE POSLJEDICE DUHANSKIH PROZVODA

Emina Tufekčić, magistar njemačkog jezika i književnosti

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

JZU Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona

Sažetak

Pandemija pušenja predstavlja globalni javnozdravstveni problem. Pušenje ubija veći broj ljudi nego prometne nesreće, alkohol, požari, ubojstva, samoubojstva, droga i AIDS zajedno. Prema procjenama Svjetske zdravstvene organizacije, svake godine umire više od 6 miliona ljudi zbog neposrednog pušenja, a 890.000 zbog pasivnog pušenja. Od ukupnog broja umrlih zbog pušenja, pola umire u radno produktivnoj dobi, između 35. i 69. godine starosti, te gube u prosjeku oko 20 godina života.

Posljedice pušenja odražavaju se ne samo na zdravlje čovjeka, uzrokujući razne bolesti koje smanjuju kvalitetu života i dovode do prerane smrti, nego i na društveno-ekonomske prilike svakodnevnog života. Smanjena radna sposobnost, odsutnost s posla, povećani troškovi zdravstvene zaštite (liječenja i rehabilitacije), predstavljaju veliki ekonomski teret svakoj zajednici.

Uvod

Borba protiv ovisnosti o cigaretama od ključne je važnosti za javno zdravlje. Pušenje je vodeći uzrok preventabilnih bolesti i smrti širom svijeta, uzrokujući milione smrtnih slučajeva godišnje. Ovisnost o nikotinu povezana je s razvojem brojnih ozbiljnih zdravstvenih problema, uključujući rak pluća, srčane bolesti i hronične respiratorne bolesti.

Prevenција i liječenje ovisnosti o cigaretama donose značajne benefite. Prestanak pušenja poboljšava zdravlje pušača već unutar nekoliko sedmica, smanjujući rizik od smrtonosnih bolesti i poboljšavajući kvalitetu života. Također, smanjuje financijsko opterećenje zdravstvenog sistema koji se suočava s troškovima liječenja bolesti povezanih s pušenjem.

Kampanje za podizanje svijesti, edukacija, zakonske regulative i dostupnost programa za prestanak pušenja ključni su elementi u borbi protiv ove ovisnosti. Osiguravanje podrške pušačima da prestanu pušiti ne

samo da spašava živote, već i doprinosi zdravijoj i produktivnijoj zajednici.

Borba protiv ovisnosti o cigaretama stoga nije samo cilj pojedinca, već i važan zadatak za društvo u cjelini.

Koliko je pušenje štetno?

Štetni učinci pušenja prvi put su dokazani prije pedesetak godina. Među 4000 hemikalija koje su sastojci duhanskog dima za više od 70 je dokazano da imaju kancerogeno djelovanje (katran). Podražajno, toksično, psihoaktivno, termičko i djelovanje na razvoj ovisnosti dokazano je u još 250 supstanci. Nikotin iz duhanskog dima supstanca je koja izaziva ovisnost, no i ostale tvari iz duhanskog dima utječu na samu ovisnost mijenjajući njezin razvoj. Zato danas sve češće govorimo o ovisnosti o duhanu, a ne samo o nikotinu. Gotovo da ne postoji organski sistem koji ne trpi posljedice pušenja. Pušenje povećava rizik od razvoja preko 30 bolesti – ateroskleroze, koronarne bolesti srca, srčanog i moždanog infarkta, karcinoma usne šupljine, ždrijela, traheje, bronha, pluća, mokraćnog mjehura, debelog crijeva i rektuma, bubrega i drugih lokalizacija, leukemija, astme, hroničnog bronhitisa oštećenja zubnog mesa i zuba, katarakte, dijabetesa tipa 2 i dr. U prosjeku skraćuje život narušavajući ne samo duljinu života, već i njegovu kvalitetu. Osim za pušača, nedvojbeno su dokazani štetni učinci pušenja na plod u trudnoći ali i preko pasivnog pušenja za sve osobe u okolini, posebno za malu djecu.

Ovisnost o duhanu

Ovisnost o duhanu je hronično stanje obilježeno jakom žudnjom za nikotinom, spojem koji se nalazi u duhanu i proizvodima kao što su cigarete, cigare, duhan za žvakanje, elektroničke cigarete, grijani duhanski proizvodi i nikotinske vrećice. Nikotin je poznat po svojim stimulirajućim učincima na živčani sistem, ali istovremeno ima i snažan potencijal za stvaranje ovisnosti.

Ovisnost o duhanu predstavlja ozbiljan javnozdrav-

stveni problem s brojnim posljedicama za pojedinca i društvo. Dugotrajna upotreba duhanskih proizvoda povezana je s nizom teških zdravstvenih stanja, uključujući više od 20 različitih tipova ili podtipova raka, bolesti srca i krvožilnog sistema, kronične respiratorne bolesti i mnoge druge. Osim toga, pasivno pušenje predstavlja rizik za osobe koje ne puše, posebno za djecu i trudnice.

Prema procjenama Svjetske zdravstvene organizacije, svake godine umire više od 6 miliona ljudi zbog neposrednog pušenja, a 890.000 zbog pasivnog pušenja. Od ukupnog broja umrlih zbog pušenja, pola umire u radno produktivnoj dobi, između 35. i 69. godine starosti, te gube u prosjeku oko 20 godina života.

Na društvenoj razini, ovisnost o duhanu ima i ekonomske i socijalne posljedice. Troškovi povezani s liječenjem bolesti uzrokovanih pušenjem, kao i gubitak produktivnosti zbog bolesti i preranih smrti, značajno opterećuju zdravstvene sisteme i ekonomiju.

Uprkos zakonodavnim mjerama pušenje i dalje predstavlja značajan problem u Bosni i Hercegovini. Bosna i Hercegovina se nalazi na listi evropskih zemalja s najvećim udjelima pušača. Posebnu zabrinutost izaziva pušenje među mladima jer rani početak pušenja može dovesti do ovisnosti i ozbiljnih zdravstvenih problema u kasnijim godinama.

Smanjenje pušenja zahtijeva saradnju cjelokupnog društva jer se problem pušenja proteže izvan individualnih navika. Uspješno smanjenje pušenja može se postići samo kroz koordinirane napore koji uključuju vladu, zdravstvene institucije, obrazovne ustanove, medije i zajednicu.

Novi duhanski i nikotinski proizvodi

Novi duhanski i nikotinski proizvodi često se predstavljaju kao alternativa tradicionalnim cigaretama, ali važno je znati da svi ti proizvodi, kao i cigarete, sadrže nikotin, koji je visoko adiktivan, te druge hemikalije koje mogu imati negativne posljedice na zdravlje.

Budući da se radi o relativno novim proizvodima na tržištu, dugoročni učinci njihovog korištenja još su uvijek nepoznati, ali nekoliko ključnih područja zabrinutosti već je identificirano. Posebno zabrinjava njihova popularnost među adolescentima, s obzirom na to da oni mogu postati ovisni o nikotinu pri nižim razinama konzumiranja u odnosu na odrasle, te da izloženost nikotinu tokom adolescencije može rezultirati štetnim i dugotrajnim posljedicama na razvoj mozga.

Elektroničke cigarete ili e-cigarete (vaping uređaji,

olovke za vape) elektronički su uređaji koji zagrijavaju tekućinu kako bi proizveli aerosol koji korisnici udišu. Tekućine, poznate kao e-tekućine ili vape juice, obično sadrže nikotin, propilen glikol, biljni glicerol, arome i druge hemijske spojeve.

EVALI (eng. E-cigarette or Vaping Associated Lung Injury) je akronim koji označava ozljedu pluća povezanu s potrebom e-cigareta. Ovaj izraz postao je poznat 2019. godine kada su zabilježeni brojni slučajevi ozbiljnih plućnih ozljeda među korisnicima e-cigareta, ponajviše u Sjedinjenim Američkim Državama.

Grijani duhanski proizvodi, također poznati kao "heat-not-burn" (HNB) proizvodi, koriste tehnologiju koja zagrijava duhan na nižu temperaturu nego što je potrebno za izgaranje, stvarajući paru umjesto dima.

Nikotinske vrećice su vrećice koje sadrže dehidrirani nikotin u obliku bijelog praha. Napravljene su za postavljanje između usana i desni te ne zahtijevaju pljuvanje. Blagi simptomi intoksikacije uključuju mučninu i povraćanje, uz povećanu izloženost simptomima kao što su proljev, slinjenje i usporavanje otkucaja srca. Teška trovanja mogu biti karakterizirana napadajima i respiratornom depresijom. Posebnu opasnost predstavlja to što konzumaciju kod djece i mladih odrasli teško mogu uočiti i kontrolirati što može dovesti do razvoja ovisnosti već u toj dobi.

Liječenje i prestanak pušenja

Prestanak pušenja jedan je od najvažnijih koraka koje osoba može poduzeti za poboljšanje svog zdravlja. Iako je izazovno, postoje mnogi učinkoviti načini liječenja i podrške koji mogu pomoći pušačima da se oslobode ovisnosti o nikotinu.

Prestanak pušenja donosi brojne zdravstvene prednosti. Unutar nekoliko dana od prestanka, razina ugljičnog monoksida u krvi se smanjuje, a pluća počinju bolje funkcionirati. Nakon nekoliko sedmica, cirkulacija se poboljšava, a kašalj i otežano disanje se smanjuju. Dugoročno, prestanak pušenja smanjuje rizik od srčanih bolesti, raka pluća, hronične opstruktivne plućne bolesti i drugih ozbiljnih zdravstvenih problema.

Metode liječenja

Nikotinska nadomjesna terapija (NNT) uključuje proizvode poput nikotinskih flastera, guma, pastila, inhalatora i sprejeva. Ovi proizvodi pružaju kontrolirane doze nikotina kako bi se smanjili simptomi apstinencije i žudnja, pomažući pušačima da postupno smanje ovisnost o nikotinu.

Individualno ili grupno savjetovanje može biti izuzetno korisno. Profesionalni savjetnici za prestanak pušenja pružaju podršku, razvijaju plan za prestanak i pomažu pušačima da se nose s okidačima i stresom. Telefonijske linije za prestanak pušenja i online programi također nude podršku i resurse.

Kognitivno-bihevioralna terapija (KBT) je oblik psihoterapije koji pomaže pušačima da prepoznaju i promijene negativne obrasce razmišljanja i ponašanja povezanih s pušenjem. Kroz KBT, pušači uče strategije za suočavanje sa žudnjom i stresom bez cigareta.

Zaključak

Borba protiv ovisnosti o cigaretama od ključne je važnosti za javno zdravlje. Pušenje je vodeći uzrok preventabilnih bolesti i smrti širom svijeta, uzrokujući milijune smrtnih slučajeva godišnje. Ovisnost o nikotinu povezana je s razvojem brojnih ozbiljnih zdravstvenih problema, uključujući rak pluća, srčane bolesti i hronične respiratorne bolesti.

Prevencija i liječenje ovisnosti o cigaretama donose značajne benefite. Prestanak pušenja poboljšava zdravlje pušača već unutar nekoliko sedmica, smanjujući rizik od smrtonosnih bolesti i poboljšavajući kvalitetu života. Također, smanjuje financijsko opterećenje zdravstvenih sistema koji se suočavaju s troškovima liječenja bolesti povezanih s pušenjem.

Kampanje za podizanje svijesti, edukacija, zakonske regulative i dostupnost programa za prestanak pušenja ključni su elementi u borbi protiv ove ovisnosti. Osiguravanje podrške pušačima da prestanu pušiti ne samo da spašava živote, već i doprinosi zdravijoj i produktivnijoj zajednici.

Borba protiv ovisnosti o cigaretama stoga nije samo cilj pojedinca, već i važan zadatak za društvo u cjelini.

Literatura:

1. Mehić-Basara M. i sur. (2009). "Priručnik za izradu strategije prevencije ovisnosti" Sarajevo
2. <https://mentalnozdravlje.zagreb.hr/savjeti-strucnjaka/koliko-je-pusenje-stetno/> (Otvorano 27.10.2024.god)
3. <https://ovisnosti.hzjz.hr/duhan/> (Otvorano 27.10.2024.god)
4. <https://www.zzjzdnz.hr/zdravlje/pusenje-i-zdravlje/ucinci-pusenja-na-zdravlje> (Otvorano 29.10.2024.god)
5. <https://poliklinika-binova.hr/savjeti/prestanak-pusenja-kako-pobijediti-ovisnost-o-cigaretama/> Otvorano 29.10.2024.god)
6. WHO global report. Mortality attributable to tobacco. Geneva: World Health Organization; 2012 Available from: http://www.who.int/tobacco/publications/surveillance/rep_mortality_attributable/en/ Otvorano 29.10.2024.god)

SOCIJALNE POSLJEDICE OVISNOSTI O DROGAMA

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

Sažetak

Ovisnost je kompleksan problem koji ne pogađa samo pojedinca, već i njegovu porodicu, prijatelje, radno okruženje i širu društvenu zajednicu. Dugotrajna upotreba droga može rezultirati značajnim brojem fizičkih, psihičkih i društvenih problema. Jednom zarobljen u krugu ovisnosti, pojedinac više ne može normalno funkcionirati bez stalnog uzimanja droga, što dovodi do negativnih promjena u ponašanju i odnosu prema okolini. Socijalne posljedice često su dublje i teže od samih zdravstvenih problema povezanih sa ovisnošću. Ovaj rad istražuje različite aspekte socijalnih posljedica ovisnosti, uključujući razaranje porodičnih veza, povećanje stope kriminala, socijalnu isključenost i stigmatizaciju ovisnika kao i negativan utjecaj na radnu produktivnost. Cilj ovog rada je da prikaže kako ovisnost može dovesti do razaranja porodičnih veza, koje su posljedice tog razaranja i koje mogućnosti za liječenje postoje.

Glavne riječi: ovisnost, posljedice ovisnosti, socijalne posljedice ovisnosti

Uvod

Ovisnost o psihoaktivnim tvarima jest bolest mozga. Brojni su razlozi, motivi, potrebe i životne situacije zbog kojih pojedinac može započeti, a kasnije i nastaviti, uzimati sredstva koja mogu izazvati tu bolest. Ono što podržava takvo čovjekovo ponašanje i vodi prema stanju ovisnosti prije svega je narav (ugodnost) upamćenoga doživljaja, iskustva „drogiranošću“ te jednostavnost, djelotvornost i brzina načina kojim osoba može promijeniti stanje svijesti i doživljavanje stvarnosti. Zato, zloupotrebu droga možemo definirati kao neprirodan, visoko rizičan i društveno neprihvatljiv način zadovoljavanja prirodne ljudske potrebe za osjećajem ugođe i zadovoljstva. Taj se osjećaj stvara, doživljava i istodobno pamti zahvaljujući vrlo složenim mehanizmima djelovanja na neurobiohemijski ustroj našega mozga. Iako uzimanje droga i ovisnost možemo promatrati kao lični izbor i individual-

no čovjekovo ponašanje, zloupotreba psihoaktivnih sredstava u zajednici prije svega je društveno uvjetovan fenomen. Njegova pojava ovisi o stavovima prema upotrebi pojedinih sredstava, o njihovoj ponudi i dostupnosti na tržištu kao i faktorima koji utječu na potražnju i distribuciju potrošnje pojedinih „droga“ (Sakoman, 2006).

Definicija ovisnosti

Prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije, ovisnost o drogama je stanje ponavljajuće ili hronične toksičnosti koja je posljedica pretjerane upotrebe prirodnih ili sintetičkih droga. Ovisnost o narkoticima također je izraz koji se koristi za opisivanje ovisnosti o drogama, ali je neprikladan izraz jer se odnosi posebno na ovisnost o narkoticima. Svim drogama zajedničko je da izravno aktiviraju sistem nagrađivanja u mozgu (stvaranjem osjećaja iznimnog zadovoljstva) koji je uključen u ponašanje i proces pamćenja. Intenzivni odgovor sistema za nagrađivanje uzrokuje zaneimarivanje normalnih aktivnosti (Slijepčević, 2018). Bitne karakteristike ovisnosti o drogama uključuju spremnost na sve kako bi se nabavila droga, povećanje količine uzete droge, psihološko i fizičko oslanjanje na efekte droge i negativan učinak droge ne samo na pojedinca, već i na društvo u cjelini (WHO, 1989). Posebno je interesantna socijalna i psihološka definicija ovisnosti gdje (Goodman, 1990) navodi da ovisnost podrazumijeva kompulzivnu potrebu da se ponavlja određena aktivnost uprkos negativnim posljedicama. On naglašava da ovisnost nije ograničena samo na supstance već može uključivati i ponašanja kao što su kockanje, seksualne aktivnosti ili prejedanje. Dakle, ovisnost se može definirati kao hronična bolest mozga koja se karakterizira neprekidnom i kompulzivnom upotrebom supstanci, unatoč svjesnosti o negativnim posljedicama koje takva ponašanja donosi. Ovisnost ne pogađa samo fizičko i psihičko zdravlje pojedinca već ima i značajan utjecaj na njegove socijalne odnose i funkcije u zajednici.

Socijalne posljedice ovisnosti

Ozbilnost problema ovisnosti o PAS se najbolje ogleda u brojnim posljedicama koje iz njega proizlaze. Imajući na umu definiciju zdravlja prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji, po kojoj je zdravlje “stanje potpunog fizičkog, psihičkog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsustvo bolesti”, može se reći da su posljedice zloupotrebe PAS prisutne u sve tri sfere ove definicije.

Razaranje porodičnih veza

Ovisnost često uzrokuje velike probleme unutar porodice. Osoba koja pati od ovisnosti može postati emocionalno i fizički udaljena od članova porodice, uzrokujući:



a. Gubitak povjerenja: Ovisnici često lažu, manipuliraju ili skrivaju svoje ponašanje, a što narušava povjerenje među članovima porodice. Ovisnost narušava međusobno povjerenje između partnera. Laži, manipulacija i prikrivanje aktivnosti vezanih za ovisnost uništavaju otvorenu komunikaciju i podrivaju emocionalnu povezanost. Gabor Maté (2008) ističe da ovisnici najčešće ulaze u začarani krug laži i skrivenih aktivnosti kako bi prikrili svoje stanje. To vodi ka sve većem otuđenju između partnera.

b. Finansijski problemi: Ovisnost često dovodi do finansijskih poteškoća jer ovisnici često troše velike sume novca

na nabavku droge, dok istovremeno gube sposobnost zadržavanja posla. Porodice pogođene ovisnošću češće su suočene s dugovima, gubicima imovine i nestabilnošću, što dodatno pogoršava porodične odnose.

- c. Nasilje u porodici:* Ovisnost može dovesti do porasta sukoba, fizičkog i psihičkog nasilja unutar porodice što ozbiljno narušava porodični život i može imati dugoročne posljedice na djecu i druge članove porodice.
- d. Zanemarivanje djece:* Ovisnici često zanemaruju roditeljske obaveze što može dovesti do ozbiljnih posljedica po razvoj i dobrobit djece. Istraživanja

pokazuju da se djeca često povlače u sebe, osjećaju krivicu ili razvijaju strah od napuštanja. Emocionalne posljedice ove vrste često ostaju prisutne u odrasloj dobi, uzrokujući poteškoće u njihovim vlastitim odnosima.

Ovisnost se opravdano često naziva porodičnom bolešću. Ako se ne traži liječenje, efekti zloupotrebe droga mogu postati međugeneracijski. S druge strane, porodica je i najefikasnija grupa za podršku. Liječenje pojedinca bez uključivanja porodice može ograničiti efikasnost liječenja iz dva glavna razloga: zanemaruje razarajući utjecaj ovisnosti o PAS na porodični sistem ostavljajući članove porodice neliječenim i ne prepoznaje porodicu kao potencijalni sistem podrške za promjenu. Porodična terapija u liječenju ovisnosti o PAS može pomoći identifikovanjem porodičnih snaga i resursa i pomoći porodici u spriječavanju zloupotrebe PAS s jedne generacije na drugu.

Uticaj ovisnosti na širu porodicu

Povećan stres i iscrpljenost članova porodice: Porodice koje brinu o članu s ovisnošću često doživljavaju emocionalnu iscrpljenost i stres. Članovi porodice mogu preuzeti uloge „spasioca“ ili „izbjegavača konflikta“, što doprinosi dodatnim napetostima.

Finansijski i socijalni pritisci: Porodice koje pružaju finansijsku podršku ovisniku suočavaju se s dodatnim finansijskim teretom, a u slučajevima gdje dolazi do kriminalnog ponašanja ili posramljenosti, dolazi do socijalne izolacije porodice. SAMHSA (2014) ističe da mnoge porodice ovisnika žive pod stigmatizacijom i povlače se iz socijalnog života, što dodatno pogoršava međusobne odnose unutar porodice.

Osjećaj srama i stigme: Prema istraživanjima, porodice često osjećaju stid i sram zbog ponašanja ovisnika, što dovodi do osjećaja izolacije. Pritisak i stigmatizacija mogu izazvati dalju emocionalnu distancu unutar porodice, smanjujući međusobnu podršku i povezanost.

Povećanje stope kriminaliteta

Ovisnost je često povezana sa kriminalnim aktivnostima, koji mogu uključivati:

- a. Krivična i prekršajna djela povezana sa nabavkom supstanci:* Ovisnici često pribjegavaju krađama, pljačkama i drugim ilegalnim radnjama kako bi finansirali svoju ovisnost.
- b. Prodaja droga:* Pojedini ovisnici ulaze u mreže trgovine drogama šireći kriminalne aktivnosti i produžujući probleme ovisnosti u zajednici.

c. **Nasilje:** Kriminal povezan sa drogom često uključuje nasilje što dodatno ugrožava sigurnost zajednice. Perić i Marković (2015) u svojoj studiji navode da je u većini slučajeva kriminal povezan s potrebom ovisnika da financiraju svoju ovisnost, što rezultira porastom sitnih krađa, nasilja i trgovine drogom. Najveći dio krivičnih djela povezanih sa upotrebom PAS čine ekonomsko kompulzivni i psihofarmakološki kriminal. Psihofarmakološki model nasilja uključuje fiziološki proces uzimanja same psihoaktivne supstance. Primjerice, ponašanje korisnika droge može dovesti do nestabilnog, neobuzdanog stanja koje dovodi do izvršenja krivičnog djela. Psihofarmakološko nasilje može uključivati upotrebu droga od strane počinitelja, žrtve ili oboje. Osobe ovisne su također pod većim rizikom da postanu žrtve nasilja zbog efekata PAS. Ekonomsko kompulzivno nasilje nastaje kada se korisnici droga upuštaju u profitno orijentisane kriminalne aktivnosti kako bi finansirali svoju ovisnost (Goldstein, 1991).

Socijalna isključenost i stigmatizacija

Ovisnici su često stigmatizirani i isključeni iz društva. Stigma oko ovisnosti može uzrokovati:

- Gubitak socijalnih veza: Ovisnici često gube prijatelje i podršku zbog svog ponašanja što ih dovodi u stanje socijalne izolacije.
- Zatvorene mogućnosti za zapošljavanje: Mnogi poslodavci nisu voljni zaposliti bivše ovisnike, čak i nakon završenih programa rehabilitacije i resocijalizacije zbog percepcije o nepouzdanosti ili riziku povratka u ovisnost.
- Poteškoće u pristupu zdravstvenim uslugama: Zbog stigme i diskriminacije, ovisnici često izbjegavaju tražiti pomoć, a zdravstveni sistemi ponekad nisu prilagođeni njegovim potrebama.

Osobe koje pate od ovisnosti često se povlače iz društvenog života, što može dodatno pogoršati njihovo mentalno zdravlje. Mikić (2017) ističe da socijalna izolacija ne samo da dovodi do daljnjeg pogoršanja ovisnosti, nego i smanjuje mogućnost uspješne rehabilitacije. U većini slučajeva, ovisnici gube kontakt s prijateljima i bližnjima te ostaju socijalno izolirani zbog stigme koja ih prati.

Utjecaj na radnu produktivnost

Ovisnost ima negativan utjecaj na radnu produktivnost. Neke od posljedica uključuju:

- Odsutnost s posla: Ovisnici često izostaju s posla zbog zdravstvenih problema povezanih s ovisnošću,

što smanjuje njihovu radnu produktivnost.

- Smanjena učinkovitost: Kada su prisutni na radnom mjestu, ovisnici često pokazuju smanjenu učinkovitost zbog umora, nesanice ili posljedica supstanci koje koriste.
- Rizik od nesreća na radu: Ovisnici su skloniji nesrećama na radu zbog smanjenog fokusa i koordinacije, što može imati ozbiljne posljedice za njih same i druge radne kolege.

Prevenција i smanjenje socijalnih posljedica ovisnosti

Da bi se smanjile socijalne posljedice ovisnosti, potrebno je usvojiti sveobuhvatan pristup koji uključuje:

- Edukaciju i prevenciju: Edukacija o posljedicama ovisnosti, posebno među mladima ključna je za smanjenje ovisnosti. Obrazovne i zdravstvene ustanove kao i mediji imaju važnu ulogu u širenju svijesti o rizicima ovisnosti.
- Rehabilitacijski programi: Liječenje od ovisnosti zahtijeva kvalitetne rehabilitacijske programe koji su kombinacija medicinske, psihološke i socijalne podrške.
- Podrška u zapošljavanju: Liječenim ovisnicima treba pružiti podršku u ponovom zapošljavanju kroz programe obuke i javnih radova, kako bi se smanjila njihova socijalna isključenost.
- Podrška porodicama: Porodica ovisnika često treba podršku i savjetovanje, kao bi se lakše nosile sa izazovima koje donosi ovisnost člana porodice.

Zaključak

Ovisnost ima širok i ozbiljan utjecaj na pojedinca, porodicu i širu zajednicu. Socijalne posljedice ovisnosti izrazito su ozbiljne i zahvaćaju širi društveni kontekst, uključujući porodicu, radnu zajednicu, pravni sistem i društvo u cjelini. Razaranje porodičnih odnosa, povećanje stope kriminaliteta, socijalna isključenost i gubitak radne produktivnosti samo su neki od negativnih posljedica ovisnosti. Osobe koje se bori sa ovisnošću često gube radna mjesta, suočavaju se sa stigmom i izolacijom što dodatno pogoršava njihov psihički i emocionalni status. Osim što utiče na kvalitetu života pojedinca, ovisnost ima i širi društveni utjecaj kroz smanjenu produktivnost radne snage te narušavanja društvene kohezije. Stoga, borba protiv ovisnosti zahtijeva sveobuhvatan pristup koji uključuje sveobuhvatne strategije prevencije, edukaciju, rehabilitaciju i kontinuiranu podršku, a sve s ciljem smanjenja razornih posljedica na društvo.

Literatura:

1. Goodman, A. (1990) *Addiction: Definition and Implications*, British Journal of Addiction, 85 (11).
2. Goldstein A. (1991) *Delinquent Gangs: A Psychological Perspective*. New York.
3. Maté, G. (2008). *In the realm of hungry ghosts*. Toronto: Vintage Canada.
4. Mikić, A. (2017). *Socijalna izolacija kao posljedica ovisnosti*. Sarajevo: Fakultet političkih nauka Univerziteta u Sarajevu.
5. Perić, I. & Marković, V. (2015) *Kriminalitet povezan s ovisnošću*. Split: Pravni fakultet Sveučilišta u Splitu.
6. SAMHSA (2014). *SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach*. Rockville: HHS
7. Sakoman, S. (2006) *Mozak, ovisnost i društvo// Mozak i um-trajni izazov čovjeku*. Zagreb: Institut društvenih znanosti Ivo Pilar.
8. Slijepčević, M., Puharić, Z., Salaj, T. (2018) *Ovisnosti*, Udžbenik zdravstvene studije, Veleučilište u Bjelovaru, Bjelovar
9. World Health Organization. (1989) *Drinking practices of specific categories of employees: report on a WHO consultation*, Cologne, 20-24 November

TRANSKRANIJALNA MAGNETNA STIMULACIJA U TRETMANU OVISNOSTI

Samir Kasper, Sedin Habibović, Isak Jaganjac, Eldina Selimović Džano,
Meliha Brdarević Šikić, Amela Radončić, Vernesa Mehanović
JZU Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona

Transkranijalna magnetna stimulacija je tehnika za neinvazivnu stimulaciju ljudskog mozga. Stimulacija se proizvodi stvaranjem kratkog magnetnog polja visokog intenziteta propuštanjem kratke električne struje kroz magnetni kalem. Polje može ekscitirati ili inhibirati malu oblast mozga ispod zavojnice. Može se uticati na sve dijelove mozga koji se nalaze neposredno ispod lubanje, ali većina studija se odnosila na motorni korteks gdje se može proizvesti žarišni trzaj mišića. Tehnika se može koristiti za mapiranje moždanih funkcija i ispitivanje ekscitabilnosti različitih regija. Kratka inercija omogućila je mapiranje mnogih senzornih, motoričkih i kognitivnih funkcija. TMS ima određen klinički potencijal a budući da može utjecati na funkciju mozga ako se primjenjuje ponavljano razvija se u različite terapijske svrhe.

Metoda je prvi put primjenjena od strane Mertona i Mortona 1980. godine kao transkranijalna električna stimulacija (TES). Pet godina kasnije 1985. godine Barker sa saradnicima nakon modifikacije aparature i rješavanja brojnih tehničkih problema počinje koristiti transkranijalnu magnetnu stimulaciju (TMS). TMS je našla široku primjenu dok se TES koristi rjeđe za usko specijalizirane ciljeve. TMS se najviše koristi u istraživačkim projektima vezanim za moždanu fiziologiju i patofiziologiju ali je našla određenu kliničku primjenu i u neurologiji, psihijatriji i adiktologiji.

Danas se najčešće koristi repetitivna transkranijalna magnetna stimulacija (rTMS). Liječenje se sprovodi specijalnim uređajem koji sadrži zavojicu u kojoj se stvara magnetno polje po karakteristikama slično onom koji se koristi u aparatima za magnetnu rezonancu. Zavojnica se postavlja na glavu pacijenta na način da je magnetsko polje usmjereno na dio mozga za koji se pretpostavlja da je uključen u patogenezu oboljenja. Prosječno trajanje jednog tretmana ovisno o indikaciji je 20-40 minuta. Terapijski rezultat se postiže nakon 20-30 tretmana. Najmanje bi se procedure trebale ponavljati 2 puta sedmično ali po dostupnim podacima iz literature najbolji rezultati se postižu apli-

kacijom 5 seansi sedmično što znači da bi jedan kompletan terapijski ciklus trajao 4-6 sedmica.

Nuspojave terapije su blage do umjerene i smanjuju se tokom trajanja terapije. Najčešće nuspojave su: glavobolja, neugodne senzacije na mjestu aplikacije, trnjenje i grčevi mišićne muskulature. Najteža komplikacija je pojava epileptičnog napada za vrijeme aplikacije terapije koja se javlja izuzetno rijetko (po podacima iz literature javlja se jedan epi napad na 30 000 tretmana ili 1 epi napad na 1000 pacijenata).

Rizične grupe za provođenje ove vrste tretmana su: trudnice, maloljetna osobe, osobe starije od 65 godine, osobe koje boluju od neuroloških bolesti, i osobe koje u tijelu imaju ugrađene elektronske naprave (npr pace maker). Apsolutna kontraindikacija za provođenje ovog vida tretmana su osobe koje imaju magnetski osjetljiv materijal na ili u glavi smješten 30cm ili manje od mjesta potencijalne aplikacije magnetne zavojnice zbog mogućeg zagrijavanja metala što bi moglo dovesti do ozbiljnih oštećenja tkiva.

Terapijske indikacije za primjenu ove metode su: terapijski rezistentna depresija, opsesivno kompulzivni poremećaj, PTSD, Tourette-ova bolest, hronični bolni sindrom, generalizirani anksiozni poremećaj, bipolarni poremećaj, neurološki poremećaji pokreta kao npr parkinsonova bolest, funkcionalni tremor, fokalna epilepsija, kortikalni mioklonus, spastičnost i sl. U većini zemalja gdje je odobrena za upotrebu u tretmanu rezistentne depresije predstavlja alternativu elektroconvulzivnoj terapiji (ECT). Zbog konciznosti članka u ovom radu zadržaćemo se na primjeni rTMS u adiktologiji.

TMS se primjenjuje u tretmanu umjernog do ozbiljnog alkoholizma. Tretman uključuje 15 seansi u toku 3 sedmice a potom 5 seansi u roku od 3 mjeseca kao terapija održavanja. Regije koje se ciljaju u toku tretmana su medijalna frontocorticalna regija te regija te regija anterior cingulate cortex-a. Kontrole tretmana koje su provođene funkcionalnom magnetno rezonancom ukazala su na pad aktivnosti neurona u navedenim

regijama kao i u području nucleus caudatusa. Uočeno je statistički signifikantno smanjenje stope teških pijanstava koje se nastavilo i u posttretan fazi. Takođe pacijenti su primjetili i značajno sniženje žudnje za ponovnom konzumacijom alkohola čak i u potencijalno psihotraumatskim situacijama. Takođe su navodili i značajno sniženje anksioznosti i depresivnosti u toku apstinencijalnog peroida. U većini provedenih studija nije bilo ozbiljnijih neželjenih efekata kao posljedica aplicirane terapije.

Nikotin najvažnija psihoaktivna komponenta u duhanskom dimu je visoko adiktivna i to je razlog što većina konzumenta duhanskih produkata postanu ovisnici. Nikotinska ovisnost je uključena u neuronske krugove povezane sa nagradom te kognitivnim i emotivnim procesima te kod predisponiranih osoba dolazi nakon hronične i perizistentne upotrebe do izmjena u ovim krugovima što je drugo ime za ovisnost. Dosadašnja terapija nikotinske ovisnosti uključujući i psihoterapiju i psihofarmakoterapiju (varenciklin) nije dala bitnije rezultate. Pored ranije pominjanog frontalnog korteksa mjesto od posebnog interesa ta TMS je Insula zbog najveće gustine nikotinskih acetylholinskih receptora u mozgu kao i zbog činjenice primjećene u neurohirurgiji da su pacijenti sa lezijom insularnog lobus prekidali konzumaciju duhanskih prerađevina brzo i lako. Većina provedenih studija predviđje terapijski protokol u trajanju od 6 sedmica uz signifikantno smanjenje žudnje za konzumacijom i prestanka konzumacije duhanskih prerađevina već nakon prve sedmice tretmana s time da se parametri poboljšavaju paralelno sa dužinom trajanja tretmana.

Ovisnost o kokainu predstavlja veliki klinički i javnozdravstveni problem u cijelo svijetu. Za sada ne postoji adekvatna psihofarmakoterapija i psihoterapija koja bi pomogla u rješavanju ovog problema. rTMS je jedna od najviše obećavajućih eksperimentalnih metoda u razrješavanju kokainske ovisnosti. Provedeno je više dobro dizajniranih kliničkih studija u kojima je ispitivana efikasnost ove metode u tretmanu kokainske ovisnosti. Najčešće nuspojave kod ove grupe pacijenata su bile: glavobolja, hipomanične epizode, anksioznost, iritabilnost, zubobolja, diskomfort na mjestu aplikacije zavojnice, mučnina i povraćanje i zujanje u ušima. Svi ovi simptomi su bili blagi i prolazni. Većina studija preporučuje aplikaciju rTMS 5 dana sedmično 4-6 sedmica a nakon toga terapiju održavanja jednu seansu sedmično ili mjesečno ovisno od dizajna studije. Rezultati su pokazali signifikantno produžavanje

trajanja remisije u konzumaciji kokaina nakon tretmana rTMS u odnosu na pojedinačne klasične tehnike. Također je uočeno da se mjerljivi rezultati psihoterapije (naročito kognitivno-bihevioralne) pozitivno multipliciraju u kombinaciji se rTMS. Za sada rTMS pruža ohrabrujuće rezultate u tretmanu kokainske ovisnosti ali je neophodno provesti, veće, multicentrične studije kako bi se dobili validni podaci o uspješnosti ovog vida tretmana u terapiji kokainske ovisnosti.

U tretmanu ovisnosti o stimulansima u malim eksperimentalnim grupama rTMS je pokazala poprilično kontadiktorne rezultate. Bazična hipoteza je bila da će se inhibicijom dorzolateralnog prefrontalnog korteksa uz pomoć TMC doći do određenih promjena u dopaminergičkim regijama mozga što bi moglo dovesti do smanjenja žudnje i prekida ciklusa gratifikacije koji se javlja prilikom konzumacije stimulansa. Međutim klinička istraživanja nisu potvrdila ovu hipotezu. Istina je i da su studije provedene na relativno malom broju ispitanika i nisu bile baš najbolje dizajnirane da bi se iz njih mogli izvući neki dalekosežniji rezultati. U budućnosti bi trebalo provesti studije na većem broju ispitanika po mogućnosti policentrične i prospektivne kako bi se bar približno mogao odrediti eventualni terapijski potencijal TMS u tretmanu ovisnika o stimulansima.

Potencijal rTMS je ispitivan i kod opijatnih ovisnika. U svim studijama pored rTMS ispitanici su koristili još neke vidove tretmana (drugs free ili tretman kompletnim ili parcijalnim agonistima) tako da se nije moglo jasno izdiferencirati šta su rezultati osnovne terapije a šta rezultati rTMS. Interpolacijom rezultata većine rezultata može se zaključiti da primjena rTMS dovodi do smanjenja broja recidiva kao i do produženja trajanja prosječne remisije ali ovi rezultati još uvijek nisu statistički signifikantni i potvrđeni u randomiziranim multicentričnim studijama pa se kao takvi ne mogu uzeti u obzir pri razmatranju terapijski opcija.

TMS je relativno nova terapijska metoda koja je već etablirana u nekim oblastima neurologije i psihijatrije. U adiktologiji to još uvijek nije slučaj. Za to postoji više razloga koje ćemo u nastavku ukratko pobrojati. Prvi je relativno visoka cijena aparature po svim standardima te tako i troškovi servisiranja. Neophodna je i dodatna obuka kadra koji će raditi na aparatima te zbog visokih ulaznih troškova i cost-benefit odnos. Zbog navedenih razloga u javnom zdravstvenom sektoru primjena ove metode je vezana za ustanove kliničkog ranga a u privatnom zdravstvenom sektoru za

usko specijalizirane neurološke i psihijatrijske ambulate. Adiktološke institucije još uvijek nemaju ovaj terapijski potencijal.

Drugi razlog je čisto medicinski. Usprkos relativno velikom broju provedenih studija još uvijek nije sa sigurnošću utvrđeno da li rTMS ima terapijski efekat u tretmanu hemijskih ali i biheviralnih ovisnosti, koliko je uticaj placebo efekta i sl. Upadljiv je izostanak velikih multicentričnih, randomiziranih studija koje bi dale ključne odgovore na ova pitanja i adekvatno pozicionirale rTMS u polju adiktologije.

Za sada na ovom stepenu znanja možemo reći da bi rTMS mogla biti korisna terapijska adjuvanta metoda u tretmanu ovisnika i nadopuna dosadašnjim konvencionalnim metodama tretmana. Drugim riječima ne radi se ni o kakvoj spektakularnoj metodi koja će preko noći riješiti problem ovisnosti. Uz sve nabrojano treba napomenuti i da je neophodna stroga selekcija pacijenata nad kojim će se provoditi ovaj vid tretmana kako bi se prevenirale potencijalne komplikacije koje su češće kod ovisnika nego kod ostalih grupa pacijenata.

Literatura:

1. Afra, J. · Mascia, A. · Gerard, P. ... **Interictal cortical excitability in migraine: a study using transcranial magnetic stimulation of motor and visual cortices** *Ann. Neurol.* 1998; **44**:209-215
2. Amassian, V. E. · Cracco, R. Q. · Maccabee, P. J. ... **Suppression of visual perception by magnetic coil stimulation of human occipital cortex** *Electroencephalogr. Clin. Neurophysiol.* 1989; **74**:458-462
3. Aurora, S. K. · Ahmad, B. K. · Welch, K. M. ... **Transcranial magnetic stimulation confirms hyperexcitability of occipital cortex in migraine** *Neurology.* 1998; **50**:1111-1114
4. Baraduc, P. · Lang, N. · Rothwell, J. C. ... **Consolidation of dynamic motor learning is not disrupted by rTMS of primary motor cortex** *Curr. Biol.* 2004; **14**:252-256
5. Barker, A. T. · Jalinous, R. · Freeston, I. L. **Noninvasive magnetic stimulation of human motor cortex** *Lancet.* 1985; **2**:1106-1107
6. Basso, D. · Lotze, M. · Vitale, L. ... **The role of prefrontal cortex in visuo-spatial planning: A repetitive TMS study** *Exp. Brain Res.* 2006; **171**:411-415
7. Beckers, G. · Zeki, S. **The consequences of inactivating areas V1 and V5 on visual motion perception** *rain.* 1995; **118**:49-60
8. Beer, S. · Rosler, K. M. · Hess, C. W. **Diagnostic value of paraclinical tests in multiple sclerosis: relative sensitivities and specificities for reclassification according to the Poser committee criteria** *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry.* 1995; **59**:152-159
9. Cantello, R. **Applications of transcranial magnetic stimulation in movement disorders** *J. Clin. Neurophysiol.* 2002; **19**:272-293
10. Cantello, R. · Civardi, C. · Cavalli, A. ... **Cortical excitability in cryptogenic localization-related epilepsy: interictal transcranial magnetic stimulation studies** *Epilepsia.* 2000; **41**:694-704
11. Cantello, R. · Rossi, S. · Varrasi, C. ... **Slow repetitive TMS for drug-resistant epilepsy: clinical and EEG findings of a placebo-controlled trial** *Epilepsia.* 2007; **48**:366-374
12. Chan, K. M. · Nasathurai, S. · Chavin, J. M. ... **The usefulness of central motor conduction studies in the localization of cord involvement in cervical spondylitic myelopathy** *Muscle Nerve.* 1998; **21**:1220-1223
13. Chen, R. · Classen, J. · Gerloff, C. ... **Depression of motor cortex excitability by low-frequency transcranial magnetic stimulation** *Neurology.* 1997; **48**:1398-1403
14. Civardi, C. · Cantello, R. · Asselman, P. ... **Transcranial magnetic stimulation can be used to test connections to primary motor areas from frontal and medial cortex in humans** *Neuroimage.* 2001; **14**:1444-1453
15. Cohen, L. G. · Roth, B. J. · Nilsson, J. ... **Effects of coil design on delivery of focal magnetic stimulation. Technical considerations** *Electroencephalogr. Clin. Neurophysiol.* 1990; **75**:350-357
16. Cohen, L. G. · Celnik, P. · Pascual-Leone, A. ... **Functional relevance of cross-modal plasticity in blind humans** *Nature.* 1997; **389**:180-183
17. Corthout, E. · Uttl, B. · Walsh, V. ... **Timing of activity in early visual cortex as revealed by transcranial magnetic stimulation** *Neuroreport.* 1999; **10**:2631-2634
18. Corthout, E. · Uttl, B. · Ziemann, U. ... **Two periods of processing in the (circum)striate visual cortex as revealed by transcranial magnetic stimulation** *Neuropsychologia.* 1999; **37**:137-145
19. Couturier, J. L. **Efficacy of rapid-rate repetitive transcranial magnetic stimulation in the treatment of depression: a systematic review and meta-analysis** *J. Psychiatry Neurosci.* 2005; **30**:83-90
20. De Ridder, D. · Verstraeten, E. · Van der Kelen, K.

- ... **Transcranial magnetic stimulation for tinnitus: influence of tinnitus duration on stimulation parameter choice and maximal tinnitus suppression** *Otol. Neurotol.* 2005; **26**:616-619
21. Delvaux, V. · Alagona, G. · Gerard, P. ... **Post-stroke reorganization of hand motor area: a 1-year prospective follow-up with focal transcranial magnetic stimulation** *Clin. Neurophysiol.* 2003; **114**:1217-1225
 22. Di Lazzaro, V. · Oliviero, A. · Profice, P. ... **Comparison of descending volleys evoked by transcranial magnetic and electric stimulation in conscious humans** *Electroencephalogr. Clin. Neurophysiol.* 1998; **109**:397-401
 23. Di Lazzaro, V. · Oliviero, A. · Meglio, M. ... **Direct demonstration of the effect of lorazepam on the excitability of the human motor cortex** *Clin. Neurophysiol.* 2000; **111**:794-799
 24. Di Lazzaro, V. · Oliviero, A. · Profice, P. ... **Muscarinic receptor blockade has differential effects on the excitability of intracortical circuits in the human motor cortex** *Brain Res.* 2000; **135**:455-461
 25. Di Lazzaro, V. · Oliviero, A. · Pilato, F. ... **Motor cortex hyperexcitability to transcranial magnetic stimulation in Alzheimer's disease** *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry.* 2004; **75**:555-559
 26. Di Lazzaro, V. · Pilato, F. · Saturno, E. ... **Theta-burst repetitive transcranial magnetic stimulation suppresses specific excitatory circuits in the human motor cortex** *J. Physiol.* 2005; **565**:945-950
 27. Epstein, C. M. · Davey, K. R. **Iron-core coils for transcranial magnetic stimulation** *J. Clin. Neurophysiol.* 2002; **19**:376-381
 28. Esser, S. K. · Huber, R. · Massimini, M. ... **A direct demonstration of cortical LTP in humans: A combined TMS/EEG study** *Brain Res. Bull.* 2006; **69**:86-94
 29. Ferbert, A. · Priori, A. · Rothwell, J. C. ... **Inter-hemispheric inhibition of the human motor cortex** *J. Physiol.* 1992; **453**:525-546
 30. Fregni, F. · Simon, D. K. · Wu, A. ... **Non-invasive brain stimulation for Parkinson's disease: a systematic review and meta-analysis of the literature** *Neurol. Neurosurg. Psychiatry.* 2005; **76**:1614-1623
 31. Fregni, F. · Marcolin, M. A. · Myczkowski, M. ... **Predictors of antidepressant response in clinical trials of transcranial magnetic stimulation** *Int. J. Neuropsychopharmacol.* 2006; **9**:641-654
 32. Fregni, F. · Otachi, P. T. · Do Valle, A. ... **A randomized clinical trial of repetitive transcranial magnetic stimulation in patients with refractory epilepsy** *Ann. Neurol.* 2006; **60**:447-455
 33. Fuhr, P. · Borggrefe-Chappuis, A. · Schindler, C. ... **Visual and motor evoked potentials in the course of multiple sclerosis** *Brain.* 2001; **124**:2162-2168
 34. Gentner, R. · Classen, J. **Modular organization of finger movements by the human central nervous system** *Neuron.* 2006; **52**:731-742
 35. Gerloff, C. · Corwell, B. · Chen, R. ... **Stimulation over the human supplementary motor area interferes with the organization of future elements in complex motor sequences** *Brain.* 1997; **120**:1587-1602
 36. Gerloff, C. · Bushara, K. · Sailer, A. ... **Multimodal imaging of brain reorganization in motor areas of the contralesional hemisphere of well recovered patients after capsular stroke** *Brain.* 2006; **129**:791-808
 37. Hallett, M. **The neurophysiology of dystonia** *Arch. Neurol.* 1998; **55**:601-603
 38. Hallett, M. **Transcranial magnetic stimulation and the human brain** *Nature.* 2000; **406**:147-150
 39. Haraldsson, H. M. · Ferrarelli, F. · Kalin, N. H. ... **Transcranial magnetic stimulation in the investigation and treatment of schizophrenia: a review** *Schizophr. Res.* 2004; **71**:1-16
 40. Herrmann, L. L. · Ebmeier, K. P. **Factors modifying the efficacy of transcranial magnetic stimulation in the treatment of depression: a review** *J. Clin. Psychiatry.* 2006; **67**:1870-1876
 41. Huang, Y. Z. · Edwards, M. J. · Bhatia, K. P. ... **One-Hz repetitive transcranial magnetic stimulation of the premotor cortex alters reciprocal inhibition in DYT1 dystonia** *Mov. Disord.* 2004; **19**:54-59
 42. Huang, Y. Z. · Edwards, M. J. · Rounis, E. ... **Theta burst stimulation of the human motor cortex** *Neuron.* 2005; **45**:201-206
 43. Janssen, B. A. · Theiler, R. · Grob, D. ... **The role of motor evoked potentials in psychogenic paralysis** *Spine.* 1995; **20**:608-611
 44. Kansaku, K. · Carver, B. · Johnson, A. ... **The role of the human ventral premotor cortex in counting successive stimuli** *Exp. Brain Res.* 2007; **178**:339-350
 45. Khedr, E. M. · Farweez, H. M. · Islam, H. **Therapeutic effect of repetitive transcranial magnetic stimulation on motor function in Parkinson's disease patients** *Eur. J. Neurol.* 2003; **10**:567-572
 46. Khedr, E. M. · Ahmed, M. A. · Fathy, N. ... **Therapeutic trial of repetitive transcranial magnetic stimulation after acute ischemic stroke** *Neurology.* 2005; **65**:466-468

47. Khedr, E. M. · Kotb, H. · Kamel, N. F. ... **Long-lasting antalgic effects of daily sessions of repetitive transcranial magnetic stimulation in central and peripheral neuropathic pain** *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*. 2005; **76**:833-838
48. Kim, Y. H. · You, S. H. · Ko, M. H. ... **Repetitive transcranial magnetic stimulation-induced cortico-motor excitability and associated motor skill acquisition in chronic stroke** *Stroke*. 2006; **37**:1471-1476
49. Kleijnung, T. · Eichhammer, P. · Langguth, B. ... **Long-term effects of repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) in patients with chronic tinnitus** *Otolaryngol. Head Neck Surg*. 2005; **132**:566-569
50. Knoch, D. · Pascual-Leone, A. · Meyer, K. ... **Diminishing reciprocal fairness by disrupting the right prefrontal cortex** *Science*. 2006; **314**:829-832
51. Kujirai, T. · Caramia, M. D. · Rothwell, J. C. ... **Corticocortical inhibition in human motor cortex** *J. Physiol*. 1993; **471**:501-519
52. Lefaucheur, J. P. · Drouot, X. · Keravel, Y. ... **Pain relief induced by repetitive transcranial magnetic stimulation of precentral cortex** *Neuroreport*. 2001; **12**:2963-2965
53. Lefaucheur, J. P. · Drouot, X. · Nguyen, J. P. **Interventional neurophysiology for pain control: duration of pain relief following repetitive transcranial magnetic stimulation of the motor cortex** *Neurophysiol. Clin*. 2001; **31**:247-252
54. Lefaucheur, J. P. · Drouot, X. · Von Raison, F. ... **Improvement of motor performance and modulation of cortical excitability by repetitive transcranial magnetic stimulation of the motor cortex in Parkinson's disease** *Clin. Neurophysiol*. 2004; **115**:2530-2541
55. Leocani, L. · Cohen, L. G. · Wassermann, E. M. ... **Human corticospinal excitability evaluated with transcranial magnetic stimulation during different reaction time paradigms** *Brain*. 2000; **123**:1161-1173
56. Leocani, L. · Toro, C. · Zhuang, P. ... **Event-related desynchronization in reaction time paradigms: a comparison with event-related potentials and corticospinal excitability** *Clin. Neurophysiol*. 2000; **112**:923-930
57. Liepert, J. · Tegenhoff, M. · Malin, J. P. **Changes of cortical motor area size during immobilization** *Electroencephalogr. Clin. Neurophysiol*. 1995; **97**:382-386
58. Lomarev, M. P. · Kanchana, S. · Bara-Jimenez, W. ... **Placebo-controlled study of rTMS for the treatment of Parkinson's disease** *Mov. Disord*. 2006; **21**:325-331
59. Lotze, M. · Markert, J. · Sauseng, P. ... **The role of multiple contralesional motor areas for complex hand movements after internal capsular lesion** *J. Neurosci*. 2006; **26**:6096-6102
60. Maertens de Noordhout, A. · Remacle, J. M. · Pepin, J. L. ... **Magnetic stimulation of the motor cortex in cervical spondylosis** *eurology*. 1991; **41**:75-80
61. Mano, Y. · Nakamuro, T. · Tamura, R. ... **Central motor reorganization after anastomosis of the musculocutaneous and intercostal nerves in patients with traumatic cervical root avulsion** *Ann. Neurol*. 1995; **38**:15-20
62. Mansur, C. G. · Fregni, F. · Boggio, P. S. ... **A sham stimulation-controlled trial of rTMS of the unaffected hemisphere in stroke patients** *Neurology*. 2005; **64**:1802-1804
63. Massimini, M. · Ferrarelli, F. · Huber, R. ... **Breakdown of cortical effective connectivity during sleep** *Science*. 2005; **309**:2228-2232
64. McDonnell, M. N. · Orekhov, Y. · Ziemann, U. **Suppression of LTP-like plasticity in human motor cortex by the GABA(B) receptor agonist baclofen** *Exp. Brain Res*. 2007; **180**:181-186
65. Merton, P. A. · Morton, H. B. **Stimulation of the cerebral cortex in the intact human subject** *Nature*. 1980; **285**:227
66. Mochizuki, H. · Huang, Y. Z. · Rothwell, J. C. **Inter-hemispheric interaction between human dorsal premotor and contralateral primary motor cortex** *J. Physiol*. 2004; **561**:331-338
67. Modugno, N. · Curra, A. · Giovannelli, M. ... **The prolonged cortical silent period in patients with Huntington's disease** *Clin. Neurophysiol*. 2001; **112**:1470-1474
68. Mottaghy, F. M. · Sparing, R. · Topper, R. **Enhancing picture naming with transcranial magnetic stimulation** *Behav. Neurol*. 2006; **17**:177-186
69. Muellbacher, W. · Ziemann, U. · Wissel, J. ... **Early consolidation in human primary motor cortex** *Nature*. 2002; **415**:640-644
70. Mull, B. R. · Seyal, M. **Transcranial magnetic stimulation of left prefrontal cortex impairs working memory** *Clin. Neurophysiol*. 2001; **112**:1672-1675
71. Mulleners, W. M. · Chronicle, E. P. · Palmer, J. E. ... **Suppression of perception in migraine: evidence for reduced inhibition in the visual cortex** *Neurology*. 2001; **56**:178-183
72. Murase, N. · Rothwell, J. C. · Kaji, R. ... **Subthres-**

- hold low-frequency repetitive transcranial magnetic stimulation over the premotor cortex modulates writer's cramp *Brain*. 2005; **128**:104-115
73. O'Shea, J. · Muggleton, N. G. · Cowey, A. ... **Timing of target discrimination in human frontal eye fields** *J. Cogn. Neurosci.* 2004; **16**:1060-1067
74. O'Shea, J. · Johansen-Berg, H. · Trief, D. ... **Functionally specific reorganization in human premotor cortex** *Neuron*. 2007; **54**:479-490
75. Osaka, N. · Otsuka, Y. · Hirose, N. ... **Transcranial magnetic stimulation (TMS) applied to left dorsolateral prefrontal cortex disrupts verbal working memory performance in humans** *Neurosci. Lett.* 2007; **418**:232-235
76. Pascual-Leone, A. · Walsh, V. **Fast backprojections from the motion to the primary visual area necessary for visual awareness** *Science*. 2001; **292**:510-512
77. Pascual-Leone, A. · Cammarota, A. · Wassermann, E. M. ... **Modulation of motor cortical outputs to the reading hand of Braille readers** *Ann. Neurol.* 1993; **34**:33-37
78. Pascual-Leone, A. · Valls-Solé, J. · Wassermann, E. M. ... **Responses to rapid-rate transcranial magnetic stimulation of the human motor cortex** *Brain*. 1994; **117**:847-858
79. Pascual-Leone, A. · Dang, N. · Cohen, L. G. ... **Modulation of muscle responses evoked by transcranial magnetic stimulation during the acquisition of new fine motor skills** *J. Neurophysiol.* 1995; **74**:1037-1045
80. Pierantozzi, M. · Panella, M. · Palmieri, M. G. ... **Different TMS patterns of intracortical inhibition in early onset Alzheimer dementia and frontotemporal dementia** *Clin. Neurophysiol.* 2004; **115**:2410-2418
81. Reutens, D. C. · Berkovic, S. F. · Macdonell, R. A. ... **Magnetic stimulation of the brain in generalized epilepsy: reversal of cortical hyperexcitability by anticonvulsants** *Ann. Neurol.* 1993; **34**:351-355
82. Richardson, A. G. · Overduin, S. A. · Valero-Cabre, A. ... **Disruption of primary motor cortex before learning impairs memory of movement dynamics** *J. Neurosci.* 2006; **26**:12466-12470
83. Ridding, M. C. · Sheean, G. · Rothwell, J. C. ... **Changes in the balance between motor cortical excitation and inhibition in focal, task specific dystonia** *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatr.* 1995; **59**:493-498
84. Rossini, P. M. · Dal Forno, G. **Integrated technology for evaluation of brain function and neural plasticity** *Phys. Med. Rehabil. Clin. N. Am.* 2004; **15**:263-306
85. Rothwell, J. C. **Transcranial electrical and magnetic stimulation of the brain: basic physiological mechanisms** Hallett, M. · Chokroverty, S. **Magnetic Stimulation in Clinical Neurophysiology** Elsevier, Butterworth Heinemann, Philadelphia, 2004; 43-60
86. Sack, A. T. · Kohler, A. · Bestmann, S. ... **Imaging the brain activity changes underlying impaired visuospatial judgments: simultaneous fMRI, TMS, and behavioral studies** *Cereb. Cortex*. 2007; in press. Published online March 3, 2007
87. Sadato, N. · Pascual-Leone, A. · Grafman, J. ... **Activation of the primary visual cortex by Braille reading in blind subjects** *Nature*. 1996; **380**:526-528
88. Sakuma, K. · Murakami, T. · Nakashima, K. **Short latency afferent inhibition is not impaired in mild cognitive impairment** *Clin. Neurophysiol.* 2007; **118**:1460-1463
89. Sanger, T. D. · Garg, R. R. · Chen, R. **Interactions between two different inhibitory systems in the human motor cortex** *J. Physiol.* 2001; **530**:307-317
90. Siebner, H. R. · Mentschel, C. · Auer, C. ... **Repetitive transcranial magnetic stimulation has a beneficial effect on bradykinesia in Parkinson's disease** *Neuroreport*. 1999; **10**:589-594
91. Siebner, H. R. · Tormos, J. M. · Ceballos-Baumann, A. O. ... **Low-frequency repetitive transcranial magnetic stimulation of the motor cortex in writer's cramp** *Neurology*. 1999; **52**:529-537
92. Siebner, H. R. · Rossmeier, C. · Mentschel, C. ... **Short-term motor improvement after sub-threshold 5-Hz repetitive transcranial magnetic stimulation of the primary motor hand area in Parkinson's disease** *J. Neurol. Sci.* 2000; **178**:91-94
93. Silvanto, J. · Lavie, N. · Walsh, V. **Stimulation of the human frontal eye fields modulates sensitivity of extrastriate visual cortex** *J. Neurophysiol.* 2006; **96**:941-945
94. Skrdlantova, L. · Horacek, J. · Dockery, C. ... **The influence of low-frequency left prefrontal repetitive transcranial magnetic stimulation on memory for words but not for faces** *Physiol. Res.* 2005; **54**:123-128
95. Sohn, Y. H. · Wiltz, K. · Hallett, M. **Effect of volitional inhibition on cortical inhibitory mechanisms** *J. Neurophysiol.* 2002; **88**:333-338
96. Sohn, Y. H. · Voller, B. · Dimyan, M. ... **Cortical control of voluntary blinking: a transcranial magnetic stimulation study** *Clin. Neurophysiol.* 2004; **115**:341-347

97. Stefan, K. · Kunesch, E. · Cohen, L. G. . . . **Induction of plasticity in the human motor cortex by paired associative stimulation** *Brain*. 2000; **123**:572-584
98. Strafella, A. P. · Paus, T. · Fraraccio, M. . . . **Striatal dopamine release induced by repetitive transcranial magnetic stimulation of the human motor cortex** *Brain*. 2003; **126**:2609-2615
99. Takeuchi, N. · Chuma, T. · Matsuo, Y. . . . **Repetitive transcranial magnetic stimulation of contralesional primary motor cortex improves hand function after stroke** *Stroke*. 2005; **36**:2681-2686
100. Trompetto, C. · Assini, A. · Buccolieri, A. . . . **Motor recovery following stroke: a transcranial magnetic stimulation study** *Clin. Neurophysiol.* 2000; **111**:1860-1867
101. Ugawa, Y. · Terao, Y. · Hanajima, R. . . . **Magnetic stimulation over the cerebellum in patients with ataxia** *Electroencephalogr. Clin. Neurophysiol.* 1997; **104**:453-458
102. Valero-Cabre, A. · Payne, B. R. · Pascual-Leone, A. **Opposite impact on (14)C-2-deoxyglucose brain metabolism following patterns of high and low frequency repetitive transcranial magnetic stimulation in the posterior parietal cortex** *Exp. Brain Res.* 2007; **176**:603-615
103. Valzania, F. · Strafella, A. P. · Tropeani, A. . . . **Facilitation of rhythmic events in progressive myoclonus epilepsy: a transcranial magnetic stimulation study** *Clin. Neurophysiol.* 1999; **110**:152-157
104. Waldvogel, D. · van Gelderen, P. · Muellbacher, W. . . . **The relative metabolic demand of inhibition and excitation** *Nature*. 2000; **406**:995-998
105. Walsh, V. · Ellison, A. · Battelli, L. . . . **Task-specific impairments and enhancements induced by magnetic stimulation of human visual area V5** *Proc. Biol. Sci.* 1998; **265**:537-543
106. Wassermann, E. M. **Risk and safety of repetitive transcranial magnetic stimulation: report and suggested guidelines from the International Workshop on the Safety of Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation, June 5-7, 1996** *Electroencephalogr. Clin. Neurophysiol.* 1998; **108**:1-16
107. Wassermann, E. M. · McShane, L. M. · Hallett, M. . . . **Noninvasive mapping of muscle representations in human motor cortex** *Electroencephalogr. Clin. Neurophysiol.* 1992; **85**:1-8
108. Werhahn, K. J. · Kunesch, E. · Noachtar, S. . . . **Differential effects on motorcortical inhibition induced by blockade of GABA uptake in humans** *J. Physiol.* 1999; **517**:591-597
109. Werhahn, K. J. · Conforto, A. B. · Kadom, N. . . . **Contribution of the ipsilateral motor cortex to recovery after chronic stroke** *Ann. Neurol.* 2003; **54**:464-472
110. Wig, G. S. · Grafton, S. T. · Demos, K. E. . . . **Reductions in neural activity underlie behavioral components of repetition priming** *Nat. Neurosci.* 2005; **8**:1228-1233
111. Wolters, A. · Sandbrink, F. · Schlottmann, A. . . . **A temporally asymmetric Hebbian rule governing plasticity in the human motor cortex** *J. Neurophysiol.* 2003; **89**:2339-2345
112. Zangen, A. · Roth, Y. · Voller, B. . . . **Transcranial magnetic stimulation of deep brain regions: evidence for efficacy of the H-coil** *Clin. Neurophysiol.* 2005; **116**:775-779
113. Ziemann, U. **TMS and drugs** *Clin. Neurophysiol.* 2004; **115**:1717-1729
114. Ziemann, U. · Rothwell, J. C. · Ridding, M. C. **Interaction between intracortical inhibition and facilitation in human motor cortex** *J. Physiol.* 1996; **496**:873-881
115. Ziemann, U. · Paulus, W. · Rothenberger, A. **Decreased motor inhibition in Tourette's disorder: evidence from transcranial magnetic stimulation** *Am. J. Psychiatry.* 1997; **154**:1277-1284
116. Ziemann, U. · Hallett, M. · Cohen, L. G. **Mechanisms of deafferentation-induced plasticity in human motor cortex** *J. Neurosci.* 1998; **18**:7000-7007
117. Ziemann, U. · Ilic, T. V. · Pauli, C. . . . **Learning modifies subsequent induction of long-term potentiation-like and long-term depression-like plasticity in human motor cortex** *J. Neurosci.* 2004; **24**:1666-1672

KOCKANJE – BOLEST DRUŠTVA I BOLEST POJEDINCA

dr.sc. **Nermana Mujčinović**

JZU Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona

Kockanje u Bosni i Hercegovini je ozbiljan i rasprostranjen fenomen, s velikim ekonomskim utjecajem, ali i značajnim društvenim i zdravstvenim posljedicama. Sektor kockanja generiše velike prihode ali problemima povezani s ovisnošću o kockanju rastu, a resursi za liječenje i prevenciju su ograničeni. Država se suočava sa izazovima u regulaciji i praćenju ovog sektora, kao i u pružanju adekvatne podrške osobama pogođenim ovom ovisnošću.

U zadnjih desetak godina u našoj državi se drastično povećala ponuda, dostupnost i reklamiranje raznih igara na sreću, pogotovo sportskog klađenja. što je dovelo do velikog povećanja broja ovisnika o kockanju. Između 5% i 8% osoba koje se bave kockanjem pokazuje znakove problematičnog kockanja ili kockarske ovisnosti, tako da se na osnovu dostupnih podataka o uplatama i potrošnji procjenjuje da u Bosni i Hercegovini ima između 35 000 i 60 000 ovisnika o kockanju.

Bolest društva

Bosna i Hercegovina ima izuzetno veliki broj kladionica i kockarskih objekata. U 2023. godini je bilo ukupno 11 priređivača igara na sreću koji su imali 2.132 uplatna mjesta, zatim 24 automat kluba sa 94 poslovne jedinice i jedan kasino. Ovaj broj je izuzetno visok u odnosu na broj od 3 miliona stanovnika, te smo na samom vrhu ljestvice po broju kladionica po glavi stanovnika. Na ovaj broj moramo dodati i ogroman i nepoznat broj online priređivača igara na sreću koji se nude putem interneta, putem raznih platformi, nedovoljno kontrolisanih aplikacija i koji najčešće nisu niti registrovani u našoj državi za ovakvu vrstu ponuda.

Kladionice i kockarnice su prisutne ne samo u urbanim područjima već i u manjim gradovima i selima. Statistički podaci o kockanju u Bosni i Hercegovini su ograničeni i često se zasnivaju na izvještajima nevladinih organizacija, medijskim analizama i statističkim podacima kladionica i drugih kockarskih operatera. Bez obzira na metodološke manjkavosti, svi se slažu

da su dobijeni podaci više nego porazni. Posebno se to odnosi na podatak da je u zadnjih pet godina promet u kladionicama bio preko 8 milijardi maraka.

Kada govorimo o Federaciji BiH, ono što se zna je da je promet u kladionicama u Federaciji BiH u 2023. godini iznosio više od 1,721 milijarde KM, što je u odnosu na 2022. godinu povećanje za oko devet miliona KM. U prvih osam mjeseci ove godine promet priređivača igara na sreću klađenjem u Federaciji već iznosi preko milijardu maraka.

Kada govorimo o Zeničko-dobojskom kantonu, za prvih osam mjeseci 2024. godine promet je iznosio gotovo 122 miliona maraka, te će, ovim tempom, do kraja godine dostići cifru od 200 miliona maraka.

Prema dostupnim izvještajima, veliki broj građana BiH učestvuje u kockanju, pri čemu se procjenjuje da više od 50% odraslog stanovništva povremeno sudjeluje u nekoj vrsti kockanja, s naglaskom na sportske kladionice. Sportsko klađenje je najpopularniji oblik kockanja u našoj državi, sa posebnim fokusom na nogomet i druge sportove. Mogućnost klađenja online je dodatno pojednostavila proces uplata i omogućila potpunu anonimnost svima koji se klade, te dodatno otežala mogućnost uvođenja kontrole u pretjerano klađenje i/ili preveniranje bolesti ovisnosti. Algoritmi koji se koriste u online igrama dizajnirani su da potiču stalno sudjelovanje, kroz personalizirane bonuse i psihološke trikove.

Mali broj istraživanja na našem području pokazuju da je veliki broj mladih, posebno muškaraca, uključen u kockanje. Mladi muškarci u dobi između 18 i 35 godina čine najveći dio klijenata kladionica.

Posebno je zabrinjavajuće što se veliki broj mladih susreće s kockanjem već u tinejdžerskim godinama, a mnogi razvijaju problematične oblike ponašanja povezane s kockanjem, te posljedično bolest ovisnosti.

Istraživanje provedeno od strane Zavoda za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona u trećim razredima srednjih škola je pokazalo 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.

Društveni faktori koji utiču na kockanje

Društveni faktori koji utiču na visoku stopu kockanja u Bosni i Hercegovini su složeni i višeslojni, a na prvom mjestu bi se moglo govoriti o postratnom okruženju i opštoj ekonomskoj nesigurnosti.

Dugogodišnji ratni sukobi i postratni period ostavili su mnoge ljude sa visokim nivoom stresa, anksioznosti i psiholoških trauma. Neki ljudi pribjegavaju kockanju kao načinu bijega od stvarnosti i pokušaju da prevaziđu lične i kolektivne traume.

Osim toga, Bosna i Hercegovina se decenijama suočava sa visokom stopom nezaposlenosti, posebno među mladima, te općom ekonomskom nesigurnošću. Za mnoge ljude, kockanje predstavlja nadu u brzu zaradu i izlaz iz teške finansijske situacije, što povećava učestalost kockanja.

Kockanje je lako dostupna forma zabave u sredinama gdje postoje ograničene druge opcije. Mnogi ljudi traže izlaz iz dosade i stresa u kockanju, posebno u manjim gradovima i ruralnim sredinama.

Osim svega navedenog, postoji ukorijenjena tradicija kockanja i kladenja u našoj sredini (Bingo, Loto...), pa je kockanje često društveno prihvaćeno, pa čak i podstaknuto kao neka vrsta porodičnih običaja.

U svemu tome postoji nedovoljna svijest o opasnostima kockanja. Obrazovanje o rizicima patološkog kockanja je sporadično, neuvezano, nesistemska i često slabo, a mnogi ljudi nisu svjesni kako kockanje može dovesti do bolesti ovisnosti i ozbiljnih finansijskih i socijalnih posljedica.

Bolest pojedinca

Prema DSM-5 (Dijagnostičkom i statističkom priručniku za mentalne poremećaje, peta verzija), ovisnost o kockanju se klasificira kao poremećaj u vezi s kockanjem (Gambling Disorder). Ranije se ova bolest u DSM-IV klasificirala kao "poremećaj nagona", ali u DSM-5 je premještena u kategoriju "poremećaja vezanih uz supstance i ovisnosti" jer pokazuje sličnosti s poremećajima ovisnosti o supstancama, kao što su ovisnički obrasci ponašanja i nemogućnost kontrole.

Da bi se dijagnosticirao poremećaj kockanja, osoba

mora ispoljavati najmanje četiri od sljedećih simptoma u razdoblju od 12 mjeseci:

- Potreba za kockanjem s povećanim iznosima novca kako bi se postiglo uzbuđenje (tolerancija).
- Nemogućnost kontrole ili smanjenja kockanja.
- Nemir ili iritacija kada pokušava smanjiti ili prestati s kockanjem.
- Konstantno razmišljanje o kockanju.
- Kockanje kao način bijega od problema ili loših emocija (npr. osjećaja bespomoćnosti, krivnje, anksioznosti).
- Vraćanje na kockanje nakon gubitaka, s namjerom da se izgubljeni novac vrati.
- Laganje o razini uključenosti u kockanje.
- Ugrožavanje važnih odnosa, posla ili obrazovnih prilika zbog kockanja.
- Oslanjanje na druge kako bi financirali kockanje.

Poremećaj kockanja može biti klasificiran kao blagi, umjereni ili teški, ovisno o broju ispunjenih kriterija. Prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti (MKB-10), ovisnost o kockanju se klasificira pod šifrom F63.0 – Patološko kockanje.

Patološko kockanje u MKB-10 spada u grupu "Poremećaji navika i impulsa" i definira se kao česti, ponavljajući obrasci kockanja koji dominiraju životom pojedinca i dovode do socijalnih, profesionalnih i materijalnih problema.

Evo ključnih karakteristika prema MKB-10:

- Patološko kockanje je definirano kao kontinuirana ili periodična sklonost kockanju, koja se nastavlja i raste usprkos negativnim posljedicama na život osobe.
- Osobe koje pate od ovog poremećaja ne mogu kontrolirati poriv za kockanjem, iako su svjesne negativnih posljedica po svoje psihofizičko zdravlje, finansijsko stanje, socijalne odnose ili posao.
- Često imaju izraženu potrebu za ponovnim kockanjem kako bi nadoknadili gubitke, što rezultira tzv. "začaranim krugom".

U novijoj verziji, MKB-11, poremećaj kockanja je premješten u grupu poremećaja ovisnosti uz poremećaje izazvane upotrebom supstanci. Ova promjena je slična onoj u DSM-5 i odražava bolje razumijevanje sličnosti između poremećaja kockanja i poremećaja ovisnosti o supstancama.

Oba klasifikacijska zdravstvena sistema naglašavaju ozbiljne socijalne, emocionalne i psihološke posljedice koje patološko kockanje može izazvati kod oboljelog pojedinca.

Kockanje je često povezano sa visokim nivoima stresa, dugovima i društvenim problemima, uključujući porodične sukobe, depresiju i suicidalne misli (Neal i sar., 2005).

Individualni faktori koji utiču na kockanje

Moderni pristupi u razumijevanju individualnih faktora u razvoju ovisnosti o kockanju oslanjaju se na integraciju neurobioloških, psiholoških, socijalnih i bihevioralnih faktora.

Ovisnost o kockanju povezuje se s promjenama u mozgu, posebno sa načinom na koji mozak koristi dopamin, neurotransmiter odgovoran za osjećaj nagrade i zadovoljstva. Kockanje aktivira slične moždane regije kao i ovisnost o drogama, izazivajući snažan osjećaj "nagrade" koji pojačava ovisničko ponašanje (Heyman, 1996).

Mozak osoba koje su ovisne o kockanju može razviti promjene u strukturi i funkciji koje ih čine sklonijim impulsivnim odlukama i potragom za rizičnim situacijama.

Postoje dokazi da genetski faktori mogu igrati ulogu u vulnerabilnosti za ovisnost o kockanju. Određeni genski markeri povezani s kontrolom impulsa i emocionalnom regulacijom mogu povećati rizik od razvoja problema s kockanjem.

Epigenetičke promjene, koje se odnose na način na koji okolina utječe na izražavanje gena, takođe se istražuju u ovom kontekstu.

Bihevioralni i socijalni faktori su prepoznati kroz model ovisnosti o nagradi. Ovaj model objašnjava kako ljudi postaju ovisni kroz stalno traženje nagrade. Čak i mali dobici mogu izazvati uzbuđenje i stimulirati nastavak kockanja. Faktori poput financijskih problema, stresa, društvene izolacije i dostupnosti kockanja mogu značajno doprinijeti razvoju ovisnosti.

Kada govorimo o psihološkom profilu kockara, postoji nekoliko ključnih karakteristika i faktora koji su često povezani sa problematičnim ili patološkim kockanjem. Mnogi kockari imaju visoku sklonost ka impulsivnom ponašanju, što znači da donose odluke bez dugoročnog razmišljanja o posljedicama (Grant i Potenza, 2004). Kockanje često ispunjava potrebu za visokim nivoom stimulacije i uzbuđenja, tzv. potragu za uzbuđenjem (Zuckerman, 1996). Kockari često traže situacije visokog rizika kako bi doživjeli nava-lu adrenalina. Kod njih su veoma često uključene kognitivne distorzije, a najčešće kao verovanje da mogu kontrolisati ishode slučajnih događaja (npr.

"Kontrola iluzija") ili se pojavljuje precenjivanje šanse za pobjedu. Emocionalna disregulacija je takođe psihološka karakteristika osoba sklonih kockanju. Tada je kockanje način bjega od negativnih emocija poput depresije, anksioznosti, ili od stresa. Kockari često imaju nisku toleranciju na frustraciju i koriste kockanje kao način za momentalno olakšanje (Dickerson i O'Connor, 2006).

Bio-psiho-socijalni model integrira biološke, psihološke i socijalne aspekte kako bi se pružilo sveobuhvatnije razumijevanje ovisnosti. Pritom se ne fokusira samo na pojedinca, već i na društvene okolnosti i kulturološke faktore koji utječu na razvoj ovisničkog ponašanja.

Svi ovi pristupi naglašavaju da je ovisnost o kockanju složena bolest koja zahtijeva multidisciplinarni pristup u dijagnostici i liječenju, uzimajući u obzir različite faktore koji doprinose problemu.

Razumijevanje i tretman ovisnosti: gdje je Bosna i Hercegovina sada

Razlika u razumijevanju i tretiranju ovisnosti o kockanju između razvijenog svijeta i Bosne i Hercegovine ogleda se u nekoliko ključnih aspekata, koji uključuju pristup zdravstvenim politikama, resurse za prevenciju i liječenje, društvenu stigmatu i dostupnost kockanja.

U razvijenim zemljama poput SAD-a, Kanade, Australije i većine zapadne Europe, ovisnost o kockanju se sve više prepoznaje kao zdravstveni problem sličan drugim ovisnostima, poput ovisnosti o drogama i alkoholu. Postoji opsežna regulativa kockanja, koja uključuje stroge zakone o odgovornom kockanju, financiranje istraživanja i programe za prevenciju ovisnosti. Vlade često uspostavljaju programe za edukaciju i pomoć osobama pogođenim kockanjem, a specijalizirane klinike i savjetovališta su dostupni (Suisse, 2013).

Iako se ovisnost o kockanju prepoznaje kao problem u našoj državi, zdravstvena infrastruktura i regulative nisu toliko razvijene. Zakonodavni okvir za kockanje postoji, ali je često fleksibilno primijenjen, a resursi za prevenciju i tretman su uglavnom ograničeni. Za razliku od Zeničko-dobojskog kantona u kojem je Zavod za bolesti ovisnosti ZDK adresa za pomoć ovisnicima o kockanju, većina programa za pomoć ovoj kategoriji bolesnih u našoj državi se oslanja na nevladine organizacije, a ne na državne institucije. Psihijatrijska podrška u javnom zdravstvu često je ograničena, a specijalizirane klinike za liječenje kockanja su izrazito rijetke.

U razvijenim zemljama postoji sveobuhvatnija regulacija tržišta kockanja. Mnoge zemlje su uvele stroga pravila koja ograničavaju oglašavanje kockanja, a kockarnice i online platforme često su podložne rigoroznoj kontroli. Takođe postoje alati za samoisključivanje (self-exclusion), gdje ljudi mogu dobrovoljno zatražiti zabranu pristupa kockarnicama i online kockarskim sajtovima (Suisse, 2013). Kockanje je u BiH široko rasprostranjeno i lako dostupno, čak i u malim gradovima. Kockarnice, kladionice i online platforme su često vrlo prisutne u svakodnevnom životu, a regulacija i nadzor su izrazito lošiji u poređenju sa razvijenim zemljama. Kultura kladjenja, posebno sportske kladionice, duboko je ukorijenjena u svakodnevnom životu, posebno među mladima. Kockanje je često shvaćeno kao društveno prihvaćena aktivnost, a kada postoji ta tendencija dodatno se otežava suočavanje s ovisnošću (Westberg i sar., 2017).

U mnogim razvijenim zemljama postoji sve veća svijest o ovisnosti o kockanju kao psihološkom i medicinskom problemu. Postoji smanjenje stigme oko traženja pomoći, a ovisnost o kockanju se sve češće tretira u okviru mentalnog zdravlja, što olakšava pristup tretmanu. Programi poput anonimnih kockara (Gamblers Anonymous) i stručna psihološka pomoć dostupni su i društveno prihvaćeni, dok u BiH još uvijek postoji stigma vezana uz mentalne poremećaje i ovisnosti, uključujući ovisnost o kockanju. Ljudi koji pate od ovog problema često ne traže pomoć zbog straha od društvenog osuđivanja. To može dodatno otežati oporavak i smanjiti šanse za pravovremeni tretman. Psihološka pomoć i savjetovaništa nisu uvijek dostupni, posebno u ruralnim područjima, a svijest o ozbiljnosti ovog problema nije toliko rasprostranjena. U razvijenim zemljama postoje specijalizirani centri za liječenje ovisnosti o kockanju, uključujući individualnu terapiju, grupne programe, kao i digitalne alate za samopomoć i prevenciju. Vlade i privatne organizacije ulažu u istraživanja kako bi unaprijedile metode tretmana (Meyer, Hayer i Griffiths 2009). Osim toga, države u razvijenom svijetu često imaju izdvojene budžete za istraživanje i prevenciju ovisnosti o kockanju. Programi finansirani od strane države ili neprofitnih organizacija mogu pružiti besplatne ili subvencionirane usluge.

Savremeni tretmani ovisnosti o kockanju

U svijetu se danas koristi širok spektar specifičnih intervencija za liječenje ovisnosti o kockanju. Ove

intervencije su razvijene na temelju istraživanja i uključuju terapijske, medicinske, tehnološke i regulatorne mjere koje ciljaju različite aspekte ovisnosti.

Nekoliko najčešće korištenih intervencija su: kognitivno-bihevioralna terapija (KBT), motivaciono savjetovanje, grupe podrške – Gamblers Anonymous (Anonimni kockari), farmakoterapija, samopomoć i digitalni alati, programi za samoisključivanje (Self-exclusion programs), tehnološka blokada (Blocking software), edukativni programi i prevencija, državne regulatorne mjere, terapija usmjerena na kontrolu impulsa itd.

Kognitivno-bihevioralna terapija (KBT)

U tretmanu ovisnosti o kockanju koristi se KBT kako bi se osobe podučile prepoznavanju iracionalnih vjerovanja i kognitivnih distorzija koje dovode do kockanja, poput preuveličane percepcije šansi za pobjedu. Kognitivno-bihevioralna terapija je jedan od najučinkovitijih pristupa za liječenje ovisnosti o kockanju. Fokusira se na prepoznavanje i promjenu disfunkcionalnih misli i ponašanja povezanih s kockanjem. Cilj joj je razviti svijest o obrascima ponašanja i mislima koje potiču kockanje te ih zamijeniti zdravijim alternativama. KBT uključuje tehnike kao što su restrukturiranje kognitivnih distorzija (npr. iluzija kontrole), trening vještina rješavanja problema, kontrola impulsa, tehnike relaksacije i postavljanje ciljeva. Terapija se obično provodi kroz individualne ili grupne sesije koje mogu trajati od nekoliko sedmica do nekoliko mjeseci.

Motivaciono savjetovanje

Motivaciono savjetovanje je terapijski pristup koji se fokusira na motiviranje pojedinca da promijeni svoje destruktivne navike, poput ovisnosti o kockanju. Cilj je pomoći osobi da postane svjesna problema koje kockanje stvara njenom životu i razvije unutrašnju motivaciju za promjenu. Koristi tehniku "rolling with resistance" ("prihvatanje sa otporom"), tj. ne sukobljava se sa klijentom već ga se potiče da sam istraži i artikulira svoje ambivalentne osjećaje prema kockanju, te da prepozna problem i razvije unutarnu motivaciju za promjenu. Fokus je na osnaživanju pacijenata i postavljanju ciljeva, a ne na prisili. Motivaciono intervjuiranje se često koristi u ranim fazama tretmana kako bi se ovisnici o kockanju potaknuli na prihvatanje problema i rad na njegovom rješavanju. Pomaže u razvijanju želje za promjenom kroz razmatranje prednosti imana nastavka kockanja.

Grupe podrške – Gamblers Anonymous (Anonimni kockari)

Gamblers Anonymous (GA) su grupe za samopomoć zasnovane na principima "Dvanaest koraka", slične kao Anonimni alkoholičari. Pruža se podrška kroz dijeljenje iskustava i emocionalnu potporu od strane drugih koji se suočavaju sa sličnim problemima. Sastanci se održavaju redovno, a članovi anonimno dijele svoja iskustva, borbe i uspjehe u oporavku. Velika prednost grupa podrške je što pomažu u izgradnji osjećaja zajedništva i podrške, te smanjuju osjećaj srama i izolacije.

Farmakoterapija

Farmakoterapija podrazumijeva korištenje lijekova za pomoć u liječenju ovisnosti o kockanju, posebno kada je prisutna i komorbidna psihijatrijska patologija poput depresije ili anksioznosti. Najčešće se uključuju antidepresivi, stabilizatori raspoloženja ali i opioidni antagonisti. Lijekovi poput SSRI (selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina) mogu pomoći u smanjenju simptoma depresije i anksioznosti, dok se stabilizatori raspoloženja mogu koristiti za kontrolu impulsivnosti i promjena raspoloženja. Naltrekson, lijek koji se koristi za liječenje alkoholizma i ovisnosti o opioidima, može pomoći u smanjenju zadovoljstva povezanog s kockanjem.

Farmakoterapija je najčešće dodatak psihoterapiji i koristi se isključivo pod strogim nadzorom liječnika.

Samopomoć i digitalni alati

Samopomoć obuhvata različite pristupe koje osoba može preduzeti samostalno ili uz minimalnu podršku terapeuta. Tako postoje online forumi i grupe, platforme gdje pojedinci dijele svoja iskustva, strategije za oporavak i pružaju podršku jedni drugima. U digitalne alate ubrajamo razne aplikacije i softvere poput mobilnih aplikacija koje nude praćenje napretka, vođenje dnevnika, tehnike za smanjenje stresa i kontrolu impulsivnosti, te digitalne programe za podršku koji pružaju edukaciju i vježbe za kontrolu ovisnosti.

Programi za samoisključenje (Self-exclusion programs)

Programi za samoisključenje su široko dostupni građanima EU i oni omogućavaju osobama da se dobrovoljno isključe iz ulaska u kockarske objekte ili sa online platformi. Osoba se sama prijavljuje i na taj način joj je onemogućen fizički pristup kockarnicama ili online kockarskim stranicama na određeni period.

Najvažniji efekti su smanjenje impulsivne odluke o kockanju i pružanje fizičke i psihološke barijere protiv kockanja. Programi variraju od kratkoročnih (6 mjeseci) do dugoročnih (doživotno). Ovi programi postoje na nacionalnoj i lokalnoj razini u mnogim razvijenim zemljama. Na primjer, u Velikoj Britaniji postoji GamStop za online kockanje i slični programi u fizičkim kockarnicama (Meyer, Hayer i Griffiths, 2009).

Tehnološka blokada (Blocking software)

Tehnološka blokada podrazumijeva korištenje softvera koji blokira pristup online kockarskim platformama. Instaliranjem ovakvog softvera onemogućava se pristup online kockarskim stranicama. To su npr. softveri kao što su Gamban, BetBlocker, GamBlock i sl. Pomažu u smanjenju psihološke žudnje i iskušenja, te dostupnosti kockanja. Ovaj softver se može instalirati na računare, tablete i mobilne telefone, blokirajući sve sajtove povezane s kockanjem (Heirene i Gainsbury, 2020).

Edukativni programi i prevencija

Edukativni programi i prevencija su usmjereni na smanjenje rizika od razvoja problema s kockanjem putem informisanja i obrazovanja. Cilj je povećanje svijesti o rizicima kockanja, edukacija o zdravim načinima zabave i oporavka, a ciljana kategorija su djeca i mladi kroz edukacije u školama, kroz radionice, medijske kampanje i druge društvene platforme. JZU Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona je 2019. godine formirao Odjeljenje za bihevioralne ovisnosti koje se bavi prevencijom ponašajnih ovisnosti, a time i ovisnosti o kockanju kroz direktni rad sa djecom i mladima Zeničko-dobojskog kantona.

Državne regulatorne mjere

Ove mjere uključuju zakonske i regulatorne inicijative koje se primjenjuju na industriju kockanja kako bi se smanjio rizik od ovisnosti. Jedna od mjera je npr. regulacija reklama kojom bi se trebalo ograničiti ili zabraniti reklamiranje kockarskih usluga. Država može nametnuti i jasna ograničenja u igrama kao npr. uvođenje pravila o maksimalnim iznosima uloga, limitima gubitaka ili vremenskim ograničenjima za igre. Obaveza države je i strože licenciranje kockarskih operatera i nadzor nad njihovim poslovanjem kako bi se osigurala zaštita korisnika. Regulatorne mjere u

mnogim razvijenim zemljama uključuju stroga pravila o oglašavanju kockanja, kontrolu nad tržištem i pružanje informacija o odgovornom kockanju. Neki od regulatornih zahtjeva obuhvataju upozorenja o riziku od kockanja i pružanje kontakt informacija za pomoćne linije i resurse. Tako npr. vlade u Velikoj Britaniji i Australiji zahtijevaju od operatera da nude opcije za postavljanje finansijskih limita, pauza u kockanju, kao i alate za samoisključenje (Bhattacharjee, i sar., 2023).

Tehnike tretmana usmjerene na impulse i emocije

Terapija usmjerena na kontrolu impulsa pomaže pacijentima da razviju strategije za smanjenje impulsivnog kockanja i poboljšaju kontrolu nad svojim ponašanjem. Jedna od tehnika je Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT). Tehnike mindfulnessa mogu se koristiti za podizanje svijesti o emocionalnim stanjima koja pokreću kockanje, pomažući pacijentima da se bolje nose sa stresom i anksioznošću bez pribjegavanja kockanju.

Sveobuhvatni pristup liječenju ovisnosti o kockanju

Liječenje ovisnosti o kockanju zahtijeva sveobuhvatan i prilagođen pristup koji obuhvata različite intervencije s ciljem pružanja podrške pojedincima na njihovom putu ka oporavku. Svaka od ovih intervencija ima svoje specifične prednosti i primjenjuje se u skladu s individualnim potrebama pacijenata. Zbog kompleksnosti ovisnosti o kockanju, najuspješniji tretmani često uključuju kombinaciju različitih intervencija. Holistički pristup uzima u obzir ne samo psihološke i bihevioralne aspekte ovisnosti, nego i društvene, biološke i tehnološke faktore koji utječu na pojedinca. Ne postoji jedinstveno rješenje za sve, pa se kombinacija terapija odabire na temelju individualnih potreba, preferencija, ozbiljnosti ovisnosti i prisutnosti komorbidnih stanja kao što su depresija ili anksioznost.

U svijetu se kognitivno-bihevioralna terapija ističe kao najučinkovitiji oblik terapije za promjenu disfunkcionalnih misli i ponašanja povezanih s kockanjem. Ova terapija je često prvi izbor u tretmanu i pruža temelje za daljnje intervencije. Motivaciono savjetovanje i grupe podrške pomažu u razvijanju unutarnje motivacije za promjenu i pružaju emocionalnu podršku kroz zajedništvo, dok Anonimni kockari (Gamblers Anonymous) pomažu pojedincima da osjete pripadnost zajednici i dobiju podršku od osoba sličnih iskustava. Iako lijekovi sami po sebi ne mogu izliječiti ovisnost o kockanju, oni mogu pomoći

u smanjenju simptoma povezanih sa komorbidnim stanjima, poput depresije ili anksioznosti, i doprinijeti uspjehu psihoterapije. Digitalni alati, aplikacije i programi za blokiranje kockarskih stranica pružaju dodatnu podršku i pomažu u kontroli impulsa. Oni mogu biti korisni kao podrška drugim terapijama, posebno kod mlađih osoba koje su sklone online kockanju. Edukativni programi su ključni za smanjenje broja novih ovisnika, posebno među mladima. Prevencija i rano prepoznavanje problema mogu značajno smanjiti potrebu za kasnijim intervencijama. Državne politike i zakoni mogu igrati važnu ulogu u smanjenju dostupnosti kockanja i zaštiti ranjivih skupina. Uvođenje restrikcija i pravila za kockarsku industriju može pomoći u smanjenju broja ovisnika.

Sveobuhvatan pristup koji kombinuje različite terapijske, medicinske i tehnološke intervencije pokazao se kao najučinkovitiji u liječenju ovisnosti o kockanju. Svijest o dostupnim opcijama liječenja, kao i pravovremeno prepoznavanje problema, ključni su za uspješan oporavak. Kroz kombinaciju psihoterapije, podrške zajednice, samopomoći i preventivnih mjera, moguće je postići dugotrajan oporavak i smanjenje negativnih posljedica kockanja kako na pojedinca, tako i na cjelokupno društvo.

Literatura:

1. Američka psihijatrijska udruga (2014). DSM-V - Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje- peto izdanje, Međunarodna verzija. Jastrebarsko: Naklada Slap.
2. Bhattacharjee, A., Dolton, P., Mosley, M. and Pabst A. (2023) The fiscal costs and benefits of problem gambling: Towards better estimates. London, UK: National Institute of Economic and Social Research.
3. Dostupno na: <https://www.niesr.ac.uk/wp-content/uploads/2023/04/The-Fiscal-Costs-and-Benefits-of-Problem-Gambling.pdf>
4. Dickerson, M., O'Connor, J. (2006). *Gambling as an Addictive Behaviour: Impaired Control, Harm Minimisation, Treatment and Prevention (International Research Monographs in the Addictions)*, Cambridge University Press, The Edinburgh Building, Cambridge
5. Gainsbury, S., Blaszczynski, A. (2012). Harm minimisation: Gambling. U Richard Pates i Diane Riley (Ur.), *Harm reduction in substance use and high-risk behaviour*, (pp. 263- 278). Chichester:

- Wiley-Blackwell Publishing.
6. Grant, J.E., Potenza, M.N. (2004). *Pathological Gambling: A Clinical Guide to Treatment*, American Psychiatric Publishing, Washington DC, London, England
 7. Heirene, R., Gainsbury, S. (2020). How can we improve consumer protection in online gambling? International Association of Gaming Regulators.
 8. Dostupno na: <https://iagr.org/industry-news/how-can-we-improve-consumer-protection-in-online-gambling/>
 9. Heyman, G.M. (1996) Resolving the contradictions of addiction. *Behavioral and Brain Sciences*. 1996; 19:561-74.
 10. Dostupno na: <http://geneheyman.com/publications.htm>
 11. Neal, P., Delfabbro, P. i O'Neil, M. (2005). *Problem gambling and harm: Towards a national definition*. Melbourne, Australia: Gambling Research Australia.
 12. Meyer, G., Hayer, T., Griffiths, M. (2009). *Problem gambling in Europe: Challenges, prevention, and interventions*, Springer Science+Business Media, LLC
 13. Svetska zdravstvena organizacija (1998). MKB 10 – klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja – dijagnostički kriterijumi za istraživanje. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva.
 14. Suissa, A.J., (2013). Gambling and cyber-addiction as a social problem: Some psychosocial benchmarks. *Canadian Social Work Review / Revue canadienne de service social*. Vol. 30, No. 1 (2013), pp. 83-100 (18 pages). Canadian Association for Social Work Education (CASWE)
 15. Dostupno na: <https://www.jstor.org/stable/43486761>
 16. Zuckerman, M. (1996). The psychobiological model for impulsive unsocialized Sensation seeking: A comparative approach, *Neuropsychobiology*, 34 (3), 125 – 139.
 17. Westberg, K., Beverland, M., Thomas, S. (2017). The unintended normalization of gambling: family identity influences on the adoption of harmful consumption practices. *Journal of Macromarketing*. 37(4):426-443
 18. Dostupno na: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0276146717720979>

"MEDICINSKA UPOTREBA KANABIS ULJA: RAZDVAJANJE ČINJENICA OD MITOVA"

Prim. Mr sci med dr **Hassan Awad**, Šef Odeljenja za ambulantni tretman

Dr **Suad Bašić**, specijalista psihijatar Šef Odeljenja za detoks

JZU Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona

Sažetak

Ovaj rad istražuje medicinsku upotrebu kanabis ulja, njegove potencijalne koristi, rizike i nuspojave, te razdvaja mitove od naučnih činjenica. Rad daje sveobuhvatan uvid u pravnu i naučnu osnovu upotrebe kanabis ulja. Pregled naučnih istraživanja pokazuje da kanabis ulje, posebno CBD, može biti efikasno u tretmanu stanja poput epilepsije, hroničnih bolova i anksioznosti, dok THC nosi veći rizik od zavisnosti i nuspojava. Rad se bavi najčešćim mitovima, poput tvrdnji da kanabis ulje liječi sve bolesti, i ističe važnost informisanog korištenja ovog proizvoda u skladu sa naučnim dokazima. Takođe se ukazuje na praznine u istraživanjima i potrebu za daljim proučavanjem.

Summary

This paper explores the medical use of cannabis oil, its potential benefits, risks, and side effects, while separating myths from scientific facts. The paper provides a comprehensive insight into the legal and scientific foundations of cannabis oil use. A review of scientific research shows that cannabis oil, particularly CBD, can be effective in treating conditions such as epilepsy, chronic pain, and anxiety, while THC carries a higher risk of addiction and side effects. The paper addresses common myths, such as claims that cannabis oil cures all diseases, and emphasizes the importance of informed use of this product in line with scientific evidence. It also highlights gaps in research and the need for further study.

Uvod

Kratko objašnjenje šta je kanabis ulje.

Kanabis ulje je ekstrakt koji se dobija iz biljke kanabisa, posebno iz njenih cvetova i listova. Glavni sastojci kanabis ulja su kanabinoidi, hemijski spojevi koji deluju na kanabinoidne receptore u ljudskom telu. Najpoznatiji kanabinoidi su **tetrahidrokanabinol (THC)**, koji ima psihoaktivne efekte, i **kanabidiol (CBD)**, koji nema psihoaktivna svojstva, ali se koristi zbog svojih potencijalnih medicinskih svojstava. Kanabis ulje se često koristi u medicinskoj svrsi, ali njegova legalnost, upotreba i efekti mogu značajno varirati u zavisnosti od zemlje i vrste kanabisa iz koje je ulje ekstrahovano.

Zašto postoji konfuzija oko njegove medicinske upotrebe.

Tema kanabis ulja je relevantna zbog rastućeg interesovanja za njegove potencijalne medicinske koristi, posebno u tretmanu hroničnih bolesti kao što su epilepsija, bol, i anksioznost. Kako sve više zemalja razmatra legalizaciju ili regulaciju upotrebe kanabisa u medicinske svrhe, debata o njegovoj efikasnosti i sigurnosti postaje sve značajnija. Međutim, konfuzija oko medicinske upotrebe kanabis ulja proizlazi iz nekoliko faktora:

1. **Nedostatak doslednih naučnih dokaza:** Iako postoje obećavajući rezultati iz pojedinih studija, mnoga istraživanja o kanabis ulju još uvek nisu dovoljna ili su kontradiktorna. Različiti oblici kanabisa (CBD, THC) imaju različite efekte, što dodatno komplikuje razumevanje njegovih medicinskih potencijala.
2. **Pravni status:** U mnogim zemljama zakoni o upotrebi kanabisa u medicinske svrhe nisu jasni ili se često menjaju, što dodatno doprinosi nesigurnosti oko toga gde i kako se kanabis ulje može legalno koristiti.
3. **Mitovi i preuveličane tvrdnje:** Popularna kultura često preuveličava lekovite moći kanabis ulja, sugerišući da ono može lečiti gotovo sve bolesti, od karcinoma do mentalnih poremećaja, bez dovoljno naučnih dokaza. To dovodi do nerealnih očekivanja i zbunjenosti kod pacijenata.

Ova kombinacija nedostatka konsenzusa u nauci, različitih zakonskih regulativa, i raširenih mitova stvara kompleksnu situaciju u kojoj je potrebno razdvojiti činjenice od zabluda.

Razlika između kanabis ulja sa THC i CBD.

Kanabis ulje može biti bogato različitim kanabinoidima, a najpoznatiji među njima su THC (tetrahidrokanabinol) i CBD (kanabidiol). Iako oba potiču iz iste biljke (*Cannabis sativa*), oni imaju različite hemijske strukture i različite efekte na ljudsko tijelo, što rezultira razlikama u njihovoj medicinskoj upotrebi, zakonskom statusu i nuspojavama. U nastavku ćemo detaljnije istražiti kako se THC i CBD razlikuju, kako djeluju na organizam i kako se koriste u terapeutske svrhe.

Medicinska upotreba kanabis ulja

Pregled naučnih istraživanja o medicinskim koristima

Medicinska upotreba kanabis ulja: naučna istraživanja i dokazi. Kanabis ulje, posebno njegovi ključni sastojci kanabidiol (CBD) i tetrahidrokanabinol (THC), proučava se zbog potencijalnih koristi u tretmanu različitih medicinskih stanja. Iako je potrebno još opsežnih kliničkih ispitivanja, dosadna istraživanja pokazuju obećavajuće rezultate, naročito u liječenju hroničnih bolesti i stanja za koja tradicionalni lijekovi nisu uvijek djelotvorni.

Hronični bol

Jedna od najistraživanijih medicinskih upotreba kanabis ulja je tretman hroničnih bolova, naročito kod pacijenata s bolestima poput artritisa, multiple skleroze i neuropatskog bola.

- **CBD i THC u tretmanu bola:** Istraživanja su pokazala da kanabinoidi mogu pomoći u smanjenju bola kod pacijenata s hroničnim bolovima koji ne reagiraju na uobičajene terapije. Jedno od najčešće citiranih istraživanja iz 2015. godine, objavljeno u časopisu *JAMA*, analiziralo je 79 studija i zaključilo da kanabis može značajno smanjiti hronični neuropatski bol. Kanabis djeluje na endokanabinoidni sistem, koji ima ključnu ulogu u regulaciji bola. Kombinacija CBD-a i THC-a posebno je korisna jer THC djeluje kao analgetik, dok CBD ima protuupalna svojstva.
- **Klinička ispitivanja:** U kliničkom ispitivanju koje je obuhvatilo pacijente s multiplom sklerozom, kanabis ulje koje sadrži kombinaciju CBD-a i THC-a (proizvod poput Sativex-a) značajno je smanjilo bolove u mišićima, kao i grčeve. Ove studije sugeriraju da kanabis ulje može biti posebno korisno kod pacijenata s bolovima koji su otporni na opioide ili nesteroidne protuupalne lijekove (NSAID).

Epilepsija

Kanabis ulje, posebno CBD, pokazalo je izuzetno dobre rezultate u tretmanu određenih oblika epilepsije, naročito onih koji su otporni na konvencionalne lijekove.

- **Dravetov sindrom i Lenox-Gastautov sindrom (LGS):** Ova dva oblika epilepsije su među najtežim i najotpornijim na lijekove. Naučna istraživanja su pokazala da CBD može značajno smanjiti učestalost napada kod pacijenata koji boluju od ovih oblika epilepsije. Jedna od najvažnijih studija, objavljena u *New England Journal of Medicine* 2017. godine, pokazala je da je kod pacijenata s Dravetovim sindromom došlo do smanjenja broja napada za više od 50% kod onih koji su primali CBD ulje.
- **Epidiolex:** Na osnovu ovih istraživanja, Epidiolex, lijek na bazi čistog CBD-a, postao je prvi kanabis lijek koji je odobren od strane američke Uprave za hranu i lijekove (FDA) za tretman Dravetovog sindroma i LGS-a. Studije

pokazuju da ovaj lijek pomaže u kontroliranju epileptičkih napada kod djece i odraslih, gdje tradicionalni antiepileptici nisu efikasni.

Anksioznost i depresija

CBD se pokazao kao potencijalno koristan u tretmanu anksioznosti i depresije, iako je potrebno više istraživanja kako bi se razumjeli svi mehanizmi djelovanja.

- **Anksiolitička svojstva CBD-a:** Nekoliko studija pokazuje da CBD može pomoći u smanjenju simptoma anksioznosti, posebno kod socijalne anksioznosti i posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP). Studija iz 2011. godine, objavljena u časopisu *Neuropsychopharmacology*, pokazala je da su pacijenti sa socijalnom anksioznošću koji su uzimali CBD ulje prije javnog govora imali znatno manje simptoma anksioznosti u usporedbi s placebo grupom.
- **Regulacija serotonina:** Vjeruje se da CBD djeluje tako što modulira serotonin receptore u mozgu, što bi moglo objasniti njegovu ulogu u smanjenju anksioznosti i depresije. Istraživanja su pokazala da CBD može stimulirati 5-HT_{1A} receptore, koji su povezani s raspoloženjem i emocijama, slično načinu na koji funkcioniraju antidepresivi.
- **PTSP:** U preliminarnim studijama, CBD je pokazao potencijal u smanjenju simptoma posttraumatskog stresa kod veterana i drugih osoba koje pate od ovog poremećaja, smanjujući noćne more i anksioznost.

Neurodegenerativne bolesti

Kanabis ulje također pokazuje potencijal u tretmanu neurodegenerativnih bolesti, kao što su Parkinsonova bolest, Alzheimerova bolest i multipla skleroza.

- **Parkinsonova bolest:** Studije su pokazale da CBD može pomoći u smanjenju tremora i ukočenosti mišića kod pacijenata s Parkinsonovom bolešću, kao i poboljšanju kvaliteta sna i smanjenju anksioznosti. Studija iz 2014. godine, objavljena u časopisu *Journal of Psychopharmacology*, pokazala je da su pacijenti koji su uzimali CBD imali značajno poboljšanje u kvaliteti života u usporedbi s placebo grupom.
- **Alzheimerova bolest:** Istraživanja na životinjama pokazala su da kanabinoidi mogu pomoći u smanjenju upala i akumulacije beta-amiloida u mozgu, što su ključne karakteristike Alzheimerove bolesti. Iako su ljudske studije još u ranoj fazi, postoje preliminarni dokazi da kanabis ulje može usporiti napredovanje bolesti ili poboljšati simptome kod pacijenata s ranim fazama Alzheimerove bolesti.
- **Multipla skleroza (MS):** Kanabis ulje, posebno kombinacija CBD-a i THC-a, pokazalo je značajne rezultate u smanjenju mišićnih grčeva i bolova kod pacijenata s multiplom sklerozom. Kanabis lijek Sativex je odobren u mnogim

zemljama za ovu svrhu. Studija iz 2018. godine, objavljena u časopisu *Neurology*, pokazala je smanjenje simptoma kod pacijenata s MS-om nakon upotrebe kanabis ulja.

Kancer i terapija bolova kod kancera

Kanabis ulje se također istražuje kao dopunska terapija kod pacijenata s kancerom, kako za smanjenje bolova, tako i za ublažavanje nuspojava hemoterapije.

- **Ublažavanje mučnine i povraćanja:** THC, psihoaktivni sastojak kanabisa, koristi se u tretmanu mučnine i povraćanja kod pacijenata koji primaju hemoterapiju. Lijekovi kao što su Dronabinol, sintetički oblik THC-a, pokazali su značajno smanjenje ovih simptoma. CBD također može smanjiti mučninu kod pacijenata s kancerom.

- **Analgetici kod kancera:** Istraživanja pokazuju da kanabis ulje može biti efikasno u smanjenju bolova kod pacijenata s terminalnim stadijumima raka. Pruža mogućnost pacijentima koji ne odgovaraju na opioide ili koji žele izbjeći nuspojave povezane s opioidnim lijekovima.

Zaključak: Medicinska upotreba kanabis ulja ima značajan potencijal u tretmanu različitih hroničnih stanja, ali su potrebna dodatna istraživanja kako bi se potpuno razumjele njegove koristi i dugoročni efekti. Dosadašnja istraživanja pokazuju pozitivne rezultate kod hroničnih bolova, epilepsije, anksioznosti, neurodegenerativnih bolesti i kao pomoćna terapija kod kancera, ali postoje značajne razlike u efektivnosti između pojedinih pacijenata, što zahtijeva individualizovan pristup terapiji.

Rasprava o tome šta nauka zaista podržava, a šta je nedovoljno istraženo

Upotreba kanabis ulja kao medicinskog sredstva je tema od velikog interesa u posljednjih nekoliko decenija, kako za naučnu zajednicu, tako i za javnost. Međutim, dok se u nekim oblastima kanabis ulje pokazalo kao obećavajuće, postoje mnoga područja koja su još uvijek nedovoljno istražena ili kontroverzna. Ova rasprava će pružiti pregled onoga što nauka podržava na osnovu dostupnih istraživanja, kao i oblasti koje zahtijevaju dodatne studije.

Područja sa snažnim naučnim potvrđenim dokazima

1. Epilepsija (Dravetov sindrom i Lenox-Gastautov sindrom)

Najsnažniji naučni dokazi u korist kanabis ulja odnose se na upotrebu čistog CBD-a u tretmanu teških oblika epilepsije, poput Dravetovog sindroma i Lenox-Gastautovog sindroma. Lijek poput Epidiolexa, koji sadrži CBD, odobren je od strane FDA za ovu svrhu, čime je postavljen temelj za legitimnu medicinsku upotrebu kanabisa.

Klinička ispitivanja su pokazala značajno smanjenje broja epileptičnih napada kod pacijenata koji su bili otporni na tradicionalne antiepileptičke lijekove. Ova oblast je najbolje istražena i kanabis ulje u ovom kontekstu ima jasno definisanu medicinsku vrijednost.

2. Hronični bol

Postoje brojne studije koje podržavaju upotrebu kanabinoida, posebno kombinacije THC-a i CBD-a, u tretmanu hroničnog bola. Pacijenti s bolestima poput artritisa, multiple skleroze i neuropatskog bola pokazali su poboljšanja u upravljanju bolovima kada su koristili kanabis ulje. U medicinskim okruženjima, lijekovi poput Sativexa, koji sadrže kanabinoide, koriste se za ublažavanje bolova. Studije pokazuju da kanabinoidi djeluju na endokanabinoidni sistem, koji je uključen u regulaciju bola, upale i imunološke reakcije. Ovaj terapijski efekat je već prepoznat u mnogim zemljama gdje je medicinska upotreba kanabisa legalna.

3. Ublažavanje simptoma kod kancera

Iako kanabis ulje nije direktno antikancerogeno, ono je korisno u ublažavanju simptoma povezanih s lečenjem raka, uključujući mučninu i povraćanje izazvano hemoterapijom, kao i hronični bol kod terminalnih stadija raka. THC se već dugo koristi kao lijek za mučninu kod onkoloških pacijenata, a brojna klinička ispitivanja su pokazala da kanabis može značajno smanjiti neželjene efekte hemoterapije. Lijekovi poput Dronabinola, koji sadrže sintetički THC, su već regulisani za ovu upotrebu.

Područja sa ograničenim ili nedovoljno snažnim dokazima

Tretman mentalnih poremećaja (anksioznost, depresija, PTSP)

Iako su preliminarne studije pokazale da CBD može pomoći u smanjenju simptoma anksioznosti, depresije i posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP), dokazi u ovoj oblasti su i dalje ograničeni i protivrečni. Na primjer, u nekim studijama je CBD pokazao potencijal kao anksiolitik (sredstvo za smirenje), ali su efekti varirali između pacijenata. Istraživanja o uticaju kanabisa na depresiju također nisu dovoljno opsežna da bi se donijeli čvrsti zaključci, a postoji i zabrinutost da dugotrajna upotreba THC-a može pogoršati simptome depresije kod određenih osoba. Generalno, terapijska upotreba CBD-a za mentalne poremećaje zahtijeva opsežnije kliničke studije.

Neurodegenerativne bolesti (Alzheimerova i Parkinsonova bolest)

Istraživanja o upotrebi kanabis ulja za neurodegenerativne bolesti poput Parkinsonove i Alzheimerove bolesti su u

ranim fazama. Postoje indicije da kanabinoidi mogu pomoći u smanjenju simptoma kao što su tremor, ukočenost mišića i kognitivno propadanje. Međutim, većina ovih istraživanja je sprovedena na životinjskim modelima ili na malim grupama pacijenata, što znači da dokazi nisu dovoljno jaki da bi se kanabis ulje moglo koristiti kao standardna terapija. Potrebne su obimnije studije kako bi se potvrdili dugoročni efekti kanabisa kod pacijenata s ovim bolestima.

Antikancerogena svojstva kanabisa

Iako postoje in vitro i istraživanja na životinjama koja pokazuju da kanabinoidi mogu imati antikancerogena svojstva (posebno u usporavanju rasta tumora), do sada nema dovoljno kliničkih dokaza koji bi potvrdili ovu hipotezu kod ljudi. Trenutna naučna zajednica nije jedinstvena po pitanju korišćenja kanabisa kao lečenja za kancer; dok su neki preliminarni rezultati obećavajući, potrebne su rigorozne kliničke studije koje bi potvrdile antikancerogene efekte kod ljudi. Stoga, iako kanabis može ublažiti simptome povezane s lečenjem raka, kao što su bol i mučnina, nije dokazano da direktno leči sam rak.

Područja koja zahtijevaju dodatna istraživanja

Tretman autoimunih bolesti

Iako postoji hipoteza da kanabinoidi mogu pomoći u tretmanu autoimunih bolesti zbog njihovih protivupalnih svojstava, nedostaje dovoljno kliničkih ispitivanja koja bi potvrdila ovu tvrdnju. Na primjer, u tretmanu bolesti poput lupusa, reumatoidnog artritisa ili inflamatornih bolesti creva, kanabis bi potencijalno mogao pomoći u smanjenju upale i bola, ali su dokazi zasnovani uglavnom na anegdotalnim izveštajima i preliminarnim studijama. Ovo je oblast koja bi mogla imati značajan potencijal, ali zahtijeva dalji naučni rad.

Dugoročni efekti upotrebe kanabisa

Dok su kratkoročni efekti upotrebe kanabis ulja dobro dokumentovani, dugoročne posljedice kontinuirane upotrebe nisu dovoljno istražene. Postoji zabrinutost da dugoročna upotreba THC-a može imati negativne posljedice na mentalno zdravlje, uključujući povećan rizik od razvoja anksioznih poremećaja, depresije ili psihotičnih simptoma, posebno kod mladih ljudi. Također, potrebna su dodatna istraživanja o dugoročnom uticaju kanabisa na kardiovaskularni i respiratorni sistem.

Mitovi i zablude o kanabis ulju

Najčešći mitovi

Uprkos naučnim istraživanjima i zakonskoj regulativi, kanabis ulje je okruženo brojnim mitovima i dezinformacijama. Ovi mitovi često dolaze od nedostatka obrazovanja o stvar-

nim efektima kanabinoide, preuveličavanja njihovih koristi ili jednostavnog širenja netačnih informacija putem medija i društvenih mreža. U ovom dijelu, razmotrićemo najčešće mitove o kanabis ulju i raspravićemo njihove zablude u kontekstu dostupnih naučnih dokaza.

Mit: „Kanabis ulje leči sve bolesti“

Ovaj mit je jedan od najraširenijih i najsnažnijih kada je u pitanju kanabis ulje. Mnogi vjeruju da kanabis ulje ima sposobnost da izleči gotovo svaku bolest – od raka, preko hroničnih bolesti, do mentalnih poremećaja. Ova tvrdnja je opasna jer stvara lažna očekivanja kod ljudi koji su ozbiljno bolesni i traže alternativne tretmane.

Stvarnost: Iako postoje dokazi da kanabis ulje može pomoći kod određenih bolesti, poput epilepsije i hroničnih bolova, ne postoji naučna potvrda da kanabis leči sve bolesti. Na primjer, studije koje sugerišu da kanabis ima antikancerogena svojstva su uglavnom sprovedene na životinjama ili u laboratorijskim uslovima (in vitro). Trenutno ne postoje klinički dokazi koji potvrđuju da kanabis ulje može lečiti kancer kod ljudi. Osim toga, postoje ograničenja u efikasnosti kanabisa kod drugih bolesti. Na primjer, dok kanabis ulje može smanjiti simptome anksioznosti kod nekih ljudi, kod drugih može izazvati suprotne efekte i pojačati simptome anksioznosti ili depresije.

Mit: „Prirodni lek znači da je bezbedno za svakoga“

Mnogi ljudi vjeruju da, zato što je kanabis ulje „prirodno“, automatski je sigurno za korišćenje, bez obzira na stanje osobe, dozu ili trajanje tretmana. Ovaj mit je sličan ideji da su svi biljni lekovi bezopasni, što je pogrešna pretpostavka.

Stvarnost: Iako je kanabis prirodna biljka, njegovo ulje može imati značajne nuspojave, posebno ako se ne koristi pravilno. Kanabinoidi, kao što su THC i CBD, mogu izazvati različite reakcije kod ljudi, u zavisnosti od njihovog zdravstvenog stanja, doze i načina upotrebe. Na primjer, THC može izazvati psihoaktivne efekte, uključujući anksioznost, paranoju i halucinacije kod određenih korisnika, posebno u visokim dozama ili kod onih koji su skloni mentalnim poremećajima. Kanabis ulje može takođe interagovati sa drugim lekovima, što može biti opasno za osobe koje uzimaju terapiju za bolesti srca, jetru ili druge hronične bolesti. Zato se savetuje oprez i konsultacija s lekarom pre upotrebe kanabis ulja, čak i kada se koristi u medicinske svrhe.

Mit: „Svi oblici kanabis ulja su isti“

Jedan od čestih mitova je da su svi proizvodi koji sadrže kanabis ili kanabinoide isti po sastavu i efikasnosti. Mnogi potrošači vjeruju da svaki proizvod označen kao

“CBD ulje” ili “kanabis ulje” ima iste zdravstvene koristi.

Stvarnost: Kanabis ulje može varirati u sastavu zavisno od načina na koji se proizvodi i vrste kanabisa iz kojeg se izvlači. Na primjer, neka kanabis ulja sadrže visok nivo THC-a, dok druga sadrže samo CBD, koji nije psihoaktivan. Pored toga, ulje koje sadrži kombinaciju THC-a i CBD-a može imati različite efekte u poređenju sa uljem koje sadrži samo jedan od ovih kanabinoida. Razlika postoji i u kvalitetu proizvoda. Na tržištu postoje neprovereni i neregulirani proizvodi koji mogu sadržavati nečistoće, pesticide ili varirati u koncentraciji aktivnih sastojaka, što može uticati na njihovu efikasnost i sigurnost. Zbog toga je važno birati proizvode od renomiranih proizvođača koji su podvrgnuti strogim kontrolama kvaliteta.

Mit: „Kanabis ulje ne izaziva zavisnost“

Ovaj mit je uobičajen među onima koji promovišu upotrebu kanabisa u medicinske svrhe. Veruje se da upotreba kanabis ulja, posebno onih proizvoda koji sadrže CBD, ne izaziva nikakvu vrstu zavisnosti.

Stvarnost: Iako se smatra da CBD nije zavistan, THC, psihoaktivna komponenta kanabisa, može izazvati zavisnost kod određenog broja korisnika. Dugotrajna upotreba THC-a može dovesti do razvoja tolerancije, što znači da korisnici trebaju veće doze kako bi postigli iste efekte, a to može rezultirati zavisnošću. Iako je rizik od zavisnosti manji u poređenju s drugim supstancama poput opioda ili alkohola, on i dalje postoji, naročito kod osoba koje koriste kanabis u velikim količinama ili tokom dugog vremenskog perioda. Postoje i sindromi povlačenja povezani s prestankom upotrebe kanabisa, koji uključuju simptome poput razdražljivosti, nesanice, anksioznosti i gubitka apetita.

Mit: „Veća doza znači bolje rezultate“

Postoji uvreženo vjerovanje da veće količine kanabis ulja pružaju bolje zdravstvene koristi, posebno kod pacijenata koji pate od teških bolesti ili hroničnih bolova. Ovaj mit podstiče ideju da je “više uvek bolje” kada su u pitanju biljni lekovi.

Stvarnost: Doziranje kanabis ulja je složen proces koji zavisi od individualnih karakteristika pacijenta, uključujući njihovu težinu, metabolički profil i specifično stanje koje se tretira. Veća doza kanabisa ne mora nužno dovesti do boljih rezultata, a u nekim slučajevima može čak izazvati štetne efekte, naročito ako ulje sadrži THC. Na primjer, visoke doze THC-a mogu izazvati psihozu, anksioznost, pa čak i paranoju kod određenih korisnika. S druge strane, naučne studije pokazuju da male doze CBD-a mogu biti dovoljno efikasne za lečenje određenih

stanja, poput anksioznosti ili hroničnih bolova, bez potrebe za prekomernim konzumiranjem.

Zaključak: Mitovi o kanabis ulju često dolaze iz neproverenih izvora i mogu dovesti do pogrešnih očekivanja i zloupotrebe ove supstance. Važno je razumeti da, iako kanabis ulje ima određene medicinske koristi, nije rešenje za sve bolesti i može imati neželjene efekte kod nepravilne upotrebe. Naučna zajednica nastavlja da istražuje kanabis i njegove komponente kako bi razdvojila mitove od stvarnih činjenica, ali odgovoran pristup i informisanje su ključni za pravilnu upotrebu kanabis ulja u medicinske svrhe.

Zablude o sigurnosti upotrebe (npr. nuspojave, potencijalna zavisnost)

Pitanje sigurnosti upotrebe kanabis ulja često izaziva konfuziju i dovodi do širenja dezinformacija. Mnogi veruju da, pošto potiče od prirodne biljke, kanabis ulje ne nosi nikakve rizike i da je bezbedno za upotrebu bez obzira na način i količinu konzumacije. Međutim, realnost je daleko složenija. Kao i kod bilo koje druge supstance, kanabis ulje može izazvati određene nuspojave, posebno kada se koristi neadekvatno. Pored toga, postoji rizik od zavisnosti, naročito kod proizvoda koji sadrže THC. Ovaj deo će rasvetliti najčešće zablude o sigurnosti kanabis ulja i pružiti naučno potkrepljene informacije o stvarnim rizicima.

Zabluda: „Kanabis ulje je potpuno bezopasno jer je prirodno“

Jedna od najrasprostranjenijih zabluda o kanabis ulju jeste da je, pošto potiče od biljke, potpuno bezopasno za ljudsko zdravlje. Ovo vjerovanje se temelji na ideji da prirodne supstance nemaju štetne efekte, u poređenju s farmaceutskim lekovima koji sadrže hemijske sastojke.

Stvarnost: Prirodno poreklo kanabis ulja ne znači automatski da je bezopasno. Iako kanabis ulje može imati terapijske efekte, postoje potencijalni zdravstveni rizici, posebno ako se ne koristi pravilno. Nuspojave kanabis ulja mogu uključivati:

Vrtoglavicu i pospanost: Kanabis ulje, naročito ono koje sadrži THC, može izazvati osećaj vrtoglavice ili jaku pospanost. Ove nuspojave mogu biti naročito izražene kod ljudi koji prvi put koriste proizvod ili kod onih koji konzumiraju veću dozu nego što je preporučeno.

Smanjena pažnja i koordinacija: THC, psihoaktivna komponenta kanabisa, može uticati na kognitivne funkcije, uključujući pažnju i sposobnost donošenja odluka. Zbog toga se ne preporučuje vožnja ili rukovanje teškim mašinama nakon konzumacije proizvoda koji sadrže THC.

Anksioznost i paranoja: Visoke doze THC-a mogu kod određenih korisnika izazvati povećanu anksioznost, pa čak i paranoju. Ovi efekti su češći kod osoba koje su osjetljivije na psihoaktivne supstance ili kod onih koji su skloni mentalnim poremećajima.

Problemi s probavom: Kanabis ulje može izazvati gastrointestinalne probleme, kao što su mučnina, povraćanje i gubitak apetita, naročito kod predoziranja.

Važno je napomenuti da CBD ulje, koje ne sadrži THC ili sadrži samo minimalne količine, generalno ima manji rizik od ozbiljnih nuspojava. Ipak, čak i proizvodi sa visokim sadržajem CBD-a mogu izazvati neželjene efekte kod određenih korisnika, kao što su umor, suvoća usta i promene apetita.

Zabluda: „Kanabis ulje ne izaziva zavisnost“

Često se smatra da je kanabis ulje bezbedno za dugotrajnu upotrebu i da ne izaziva zavisnost, posebno u poređenju s opioidima ili drugim lekovima koji imaju visok rizik od stvaranja zavisnosti.

Stvarnost: Iako je rizik od zavisnosti kod kanabis ulja manji u poređenju sa drugim supstancama, poput opioda, važno je razumeti da i dalje postoji potencijal za razvoj zavisnosti, naročito kod proizvoda koji sadrže THC. THC je psihoaktivna komponenta kanabisa koja može izazvati euforične efekte, zbog čega neki korisnici razvijaju toleranciju i zavisnost.

Kanabisni poremećaj zavisnosti (CUD – Cannabis Use Disorder) je prepoznat kao kliničko stanje kod osoba koje dugoročno koriste kanabis i razvijaju psihičku i fizičku zavisnost. Simptomi CUD-a uključuju:

Povećana tolerancija: što zahteva sve veće doze kako bi se postigli isti efekti.

Poteškoće s prestankom upotrebe kanabisa: čak i kada to korisnik želi.

Povlačenje: koje može uključivati iritabilnost, nesanicu, anksioznost i promene u apetitu.

Podaci pokazuju da oko 9% osoba koje koriste kanabis razviju neku vrstu zavisnosti, dok se taj procenat povećava na 17% kod osoba koje su počele da koriste kanabis u adolescenciji. Dugotrajna upotreba kanabis ulja koje sadrži THC može dovesti do sličnih problema.

CBD, sa druge strane, nije psihoaktivan i ne izaziva zavisnost. Međutim, proizvodi koji sadrže kombinaciju THC-a i CBD-a ili samo THC nose određeni rizik od zavisnosti, posebno kod česte ili dugotrajne upotrebe.

Zabluda: „Nema ozbiljnih dugoročnih efekata od upotrebe kanabis ulja“

Mnogi korisnici veruju da kanabis ulje, posebno CBD ulje, nema ozbiljne dugoročne posledice po zdravlje, čak i kod dugotrajne upotrebe.

Stvarnost: Dok su dugoročni efekti upotrebe CBD-a i dalje predmet istraživanja, postoje dokazi koji sugerišu da dugotrajna upotreba THC-a može imati negativne posledice, posebno po mentalno zdravlje. Neki od mogućih dugoročnih efekata uključuju:

Kognitivne disfunkcije: Istraživanja su pokazala da dugotrajna upotreba THC-a može smanjiti sposobnost koncentracije, pamćenja i učenja, posebno kod mladih ljudi čiji mozak još uvek nije u potpunosti razvijen. Ovi efekti mogu biti reverzibilni kod nekih korisnika nakon prestanka upotrebe, ali kod drugih mogu ostati trajni.

Povećan rizik od anksioznih i depresivnih poremećaja:

Postoje dokazi koji sugerišu da osobe koje dugotrajno koriste THC mogu biti pod većim rizikom od razvoja anksioznih poremećaja, depresije ili psihoze. Ovo je posebno izraženo kod osoba koje su genetski predisponirane ka mentalnim bolestima ili koje koriste velike količine kanabisa u mladosti.

Oštećenja pluća: Iako ovo više važi za pušenje kanabisa, dugotrajno inhaliranje može oštetiti pluća i dovesti do hroničnih respiratornih problema. Kod upotrebe kanabis ulja putem vapinga ili pušenja, može doći do sličnih problema.

Zabluda: „Nije potrebno pratiti upotrebu ili doziranje“

Neki korisnici veruju da kanabis ulje mogu koristiti bez nadzora lekara i da nisu potrebna specifična pravila u vezi sa doziranjem, jer smatraju da je reč o prirodnom leku koji ne može izazvati štetu.

Stvarnost: Pravilno doziranje kanabis ulja je ključno za efikasnost i sigurnost njegove upotrebe. Doze mogu značajno varirati u zavisnosti od zdravstvenog stanja, telesne težine, tolerancije na kanabis i vrste ulja (CBD ili THC). Prevelike doze, posebno kod THC-a, mogu izazvati neželjene efekte, uključujući, anksioznost, vrtoglavicu, halucinacije i paranoju.

Za osobe koje koriste kanabis ulje u medicinske svrhe, važno je pratiti doziranje i konsultovati se s lekarom, posebno ako se koristi uz druge lekove. Kanabis ulje može interagovati s određenim lekovima, poput antikoagulanasa, što može dovesti do ozbiljnih zdravstvenih problema ako se ne prati pravilno.

Literatura:

1. Boehnke, K. F., et al. (2022). "Cannabis Use in Chronic Pain Management: A Review of the Scientific Literature." *Journal of Pain Research*.

2. **Devinsky, O., et al. (2017).** "Trial of Cannabidiol for Drug-Resistant Seizures in the Dravet Syndrome." *New England Journal of Medicine*.
3. **National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (2017).** "The Health Effects of Cannabis and Cannabinoids: The Current State of Evidence and Recommendations for Research."
4. **Lucas, P. (2012).** "It Can't Hurt to Ask: A Patient-Centered Quality of Service Assessment of Health Canada's Medical Cannabis Policy and Program." *Harm Reduction Journal*.
5. **Huestis, M. A., et al. (2015).** "Cannabis in Medicine: A National Institutes of Health Workshop Review." *Cannabis and Cannabinoid Research*.
6. **Russo, E. B. (2011).** "Taming THC: Potential Cannabis Synergy and Phytocannabinoid-Terpenoid Entourage Effects." *British Journal of Pharmacology*.
7. **Abrams, D. I., et al. (2007).** "Cannabis in Pain and Palliative Care: A Review of the Clinical Evidence." *Journal of Pain and Symptom Management*.
8. **Hall, W., & Degenhardt, L. (2009).** "Adverse Health Effects of Non-Medical Cannabis Use." *The Lancet*.
9. **Hindelang, M. (2019).** "The Cannabis Conundrum: Myths vs. Facts." *Journal of Substance Abuse and Treatment*.
10. **Rahn, B. (2015).** "CBD vs. THC: Why is CBD Not Psychoactive?" *Leaf Science*.
11. **Cohen, P. J. (2009).** "Medical Marijuana 2010: It's Time to Fix the Regulatory Vacuum." *Journal of Law, Medicine & Ethics*.
12. **Whiting, P. F., et al. (2015).** "Cannabinoids for Medical Use: A Systematic Review and Meta-analysis." *JAMA*.
13. **Pertwee, R. G. (2008).** "The Diverse CB1 and CB2 Receptor Pharmacology of Three Plant Cannabinoids: Δ^9 -tetrahydrocannabinol, Cannabidiol and Δ^9 -tetrahydrocannabivarin." *British Journal of Pharmacology*.
14. **Volkow, N. D., et al. (2014).** "Adverse Health Effects of Marijuana Use." *New England Journal of Medicine*.

TRETMAN MLADIH S NASILNIČKIM PONAŠANJEM I PONAŠANJIMA KOJE SU UVOD U OVISNOST O OPIJATIMA

Emina Babić, Magistar socijalne pedagogije
JZU Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona



Rad JZU „Zavoda za bolesti ovisnosti ZDK“ prezentiran na Naučnom skupu povodom proslave postojanja TZ CROPS Tuzla a u Lukavcu, pod nazivom „Integrativni pristup u prevenciji i liječenju ovisnosti: „Duhovni, zdravstveni i društveni aspekti“.

Rad je predstavljen od strane zaposlenice Zavoda mr. Emine Babić uz podršku Odjela za rehabilitaciju i resocijalizacije te kolegice mr.iur. Eldina Selimović-Džano i mr.Lejla Šaćirović.

Sažetak

U osjetljivom dobu tinejdžeri/srednjoškolci postaju podložniji uticaju od strane svojih vršnjaka te samim time često budu pod uticajem određenih skupina čije ponašanje nije u skladu sa razvijanom prihvatljivom društvenom normom. Potrebno je imati na umu da vršnjaci mogu imati iitekav pozitivan/negativan uticaj na tinejdžere i srednjoškolce. Poseban je uticaj na socijalni razvoj djeteta jer u tom dobu mladi ljudi stiču svoj širi krug prijatelja, upoznaju društvo oko sebe jasnije, imaju znatno više informacija te im društvo vršnjaka mnogo znači, često se poistovjećuju s njima. Potrebno je mladima pomoći da pronađu i odaberu prijatelje koji imaju interese i stavove slične onima koje većina roditelja želi za svoje dijete, uključujući i dobre ocjene i ispunjavanje školskih obaveza, poštovanje prema drugima i izbegavanje droga, cigareta, alkohola, itd.

Ključne riječi: škola, tinejdžeri, tretman, ponašanje, poremećaji u ponašanju.

Uvod

Pojam/fenomen – tretman osoba sa poremećajima u ponašanju često je prisutan u teoretskom i praktičnom radu. Sama riječ tretman dolazi iz francuskog jezičkog područja od riječi traitement i u prijevodu znači postupanje, način prilaženja nekom problemu ili pitanju (Klaić, 1974; prema Bašić i Žižak, 1992). Postoje četiri značenja pojma tretman: „pobrinuti se“, „odnositi se prema“, „podvrgnuti nekoj akciji“, „pružiti zadovoljstvo“.

Prema ovome, možemo govoriti o komponenti brige i pomoći, interakcije učesnika tretmanskog procesa, profesionalnosti jednog dijela i samoaktivnosti drugog dijela učesnika ovog procesa te o komponenti dinamičnosti i orijentacije na pozitivne snage pojedinca (Stakić, 1980; prema Bašić i Žižak, 1992).

Skaler (1978; prema Bouillet i Uzelac, 2007) klasificira definicije koje se bave određenjem tretmana osoba sa poremećajem u ponašanju, u najširem smislu, u tri grupe. U prvu grupu ubraja sve one definicije koje krajnji cilj tretmanskog procesa vide u sprečavanju neprilagođenog ponašanja. To znači da se u slučaju ove grupe definicija, koju možda najbolje reprezentira definicija Markovića (1972), tretman je bitna aktivnost u suzbijanju već manifestirane delikvencije, temelji se na

naučnom poznavanju pojave, društvenim stavovima i mogućnostima, odnosno stepenu društvene pripravnosti da se angažira i sredstvima i naporima, može govoriti o tome da se pojam tretmana gotovo izjednačava sa pojmom specijalna prevencija (Marković, 1972; prema Bouillet i Uzelac, 2007).

U slučaju druge grupe definicija, radi se o definicijama koje tretman primarno određuje s aspekta pojedinaca kojima je pomoć potrebna. Najbolje je to ilustrirati navođenjem Ancelove definicije po kojoj je tretman aktivni postupak koji treba počivati na pozitivnim snagama pojedinca, davati mu samopouzdanje i osjećaj dostojanstva (Skaler, 1978; prema Bouillet i Uzelac, 2007).

Definicija Svjetske zdravstvene organizacije iz 1958. godine najadekvatniji je predstavnik treće skupine definicija u koju Skaler ubraja sve one definicije koje resocijalizaciju navode kao cilj tretmana, pri čemu se načini postizanja tog cilja ničim ne ograničavaju. Tretman u najširem smislu ima za cilj da prestupniku vrati njegovo mjesto u društvu. Za postizanje tog cilja moguće je koristiti represivne, socijalne, preodgojne, psihološke i medicinske metode, svaku posebno ili međusobno kombinirane (Skaler, 1978; prema Bašić i Žizak, 1992). Uvažavajući niz različitih karakteristika kompleksnih aktivnosti, razlikuje se nekoliko podjela tretmana na subsisteme i subtretmane: u odnosu na sredinu u kojoj se tretman provodi, razlikujemo izvaninstitucionalni, poluinstitucionalni i institucionalni tretman; u odnosu na dominantnost primijenjenih metoda, razlikujemo psihološki, pedagoški, socijalni, medicinski, penalni, pravni tretman; u odnosu na dužinu trajanja tretmanskog procesa razlikujemo kratkotrajne, adaptirane i dugotrajne tretmane; u odnosu na strukturu odnosa među osobama u tretmanu, razlikujemo grupni, kombinirani i individualni tretman (Menninger, 1971; prema Bašić i Žizak, 1992).

Psihoterapijski pristup

Psihoterapijski pristup je posebna tehnika rada s odraslima i adolescentima koja ima svoja određena pravila. Tako u okviru psihoterapijskog pristupa psihoterapeut empatijskim slušanjem klijentu daju podršku, ali ne upušta se u interpretacije eventualne psihopatologije. Psihoterapijska podrška gubi snagu ukoliko klijent sazna da je njemu draga osoba, osoba u koju je imao povjerenja „iza leđa izjavila nešto suprotno od onoga što sam klijent zna“. Psihoterapijski pristup podržava i potcrtava koliko je važna tajnost podataka (Moro, Frančišković i saradnici 2004).

Savremena psihoterapija i psihoterapijski pristup koji pomaže mladima i odraslima u prevazilaženju psiholoških poteškoća podrazumjeva slijedeće terapije: Psihoanalitička teorija; Kognitivno-bihevioralna terapija; Geštalt terapija; Terapija Alfreda Adlera; Egzistencijalistička terapija; Terapija usmjerena na osobu; Realitetna terapija; Feministička terapija i Terapija porodičnih sistema (Corey, 2004).

Međutim, ne odgovaraju svi psihoterapijski pravci mladim ljudima, adolescentima i tinejdžerima sa već izraženim pojavama problematičnog ponašanja u strukturi ličnosti. U literaturi spominje se da su dva terapijska pravca najsvrsishodnija i djelotvorna a to su Bihevioralna terapija i Kognitivna terapija odnosno psihoterapijski pravac.

Indikacije za potrebno djelovanje iz oblasti psihoterapije su uglavnom neuroze kod djece i adolescenata sa regresijom libida te njegova regresija na razvoj, jasna su indikacija za terapiju kao i simptomi kao što su fobije, konverzivne reakcije, poremećaji spavanja, nasilno ponašanje prema sebi i drugima kao i opsesivno kompulzivni poremećaj (Kocijan-Hercigonja, 2014; prema Kozarić-Kovačić i Frančišković, 2014).

Traume kod djece, žrtava najčešće vršnjakog nasilja, izaziva različit kliničke slike i posljedice u ovisnosti o vrsti traumatskog događaja, načinu na koji je izveden, razvojnoj fazi djeteta ili mlade osobe u kojoj se trauma dogodila kao i na kraju reakcije i stavova okoline u odnosu prema doživljenoj traumi. Traume se prema vrsti traumatskog događaja (Kocijan-Hercigonja, 2014; prema Kozarić-Kovačić i Frančišković, 2014) najčešće dijele na: zanemarivanje i zlostavljanje, a opet detaljnija podjela ili podgrupe su fizičko, emocionalno i seksualno zlostavljanje i svako od njih ima svoje specifičnosti u kliničkoj slici. Terapijski pristup žrtvama preživljenog vršnjačkog nasilja ali i drugog, je vrlo različiti. I kako se vidi u ranijem tekstu jedan od često primjenjivanih pristupa jest kognitivno-bihevioralni pristup koji uključuje slijedeće faze:

- Postupno izlaganja traumatskim sadržajima radi uvođenja najmanje traumatične, općenite informacije o vrsti traume;
- Podsticanje djeteta ili adolescenta da ispriča događaj uz emocionalnu aktivaciju, pri čemu se primjenjuju ekspresivne tehnike poput crteža, pisanja, igre i sl. i
- Podsticanje djeteta da nekoliko puta pređe kroz opis događanja uz emocionalne aktivacije dok ne dođe do dezentizacije (Kozarić-Kovačić i Frančišković, 2014:451).

Poremećaji u ponašanju iz kojih proizilazi razvoj nasilnog ponašanja

Ponašanja na kojima se zasniva dijagnoza jesu: pretjerana tuča ili zastrašivanje, surovost prema drugim ljudima ili životinjama, žestoka destruktivnost prema imovini, podmetanje požara, krađe, ponavljano laganje, izostajanje iz škole i bježanje od kuće, neobično česti i teški napadi bijesa i neposlušnost (Anonymous, 1994).

U Klasifikaciji DSM-IV Američke psihijatrijske udruge¹ povezanost između poremećaja u ponašanju, emocionalnih teškoća i drugih psihičkih bolesti prepoznatljiva je te u Višeosnoj klasifikaciji psihijatrijskih poremećaja kod djece i mladih. Prema ovoj klasifikaciji, oblici poremećaja u ponašanju i osjećajima koji se pojavljuju u djetinjstvu a kasnije se razvijaju u društveno neprilagođeno ponašanje i u konačnici u nasilno ponašanje i adolescenciji jesu:

- Hiperkinetički poremećaj: smetnje aktivnosti i pažnje, hiperkinetički poremećaj ophođenja i ostali hiperkinetički poremećaji;
- Poremećaji ophođenja: poremećaj ophođenja ograničen na obitelj, nedruštvenost kao poremećaj ophođenja, socijalizirani poremećaj ophođenja, prkos i sl;
- Mješoviti poremećaji ophođenja i osjećaja. Poremećaj depresivnog tipa, ostali mješoviti poremećaji ophođenja i emocija i sl;
- Emocionalni poremećaji koji se pojavljuju posebno u djetinjstvu: anksioznost zbog odvajanja u djetinjstvu, fobični strah u djetinjstvu, društvena tjeskoba u djetinjstvu, rivalstvu između braće i sestara i sl;
- Poremećaji u socijalnom funkcionisanju s početkom specifičnim za djetinjstvo ili adolescenciju;
- Tikovi: prolazni tik, kronični motorički ili glasovni tikovi, kombinovani vokalni i višestruki tikovi i sl., te ostali poremećaji ponašanja koji se obično javljaju u djetinjstvu i adolescenciji (Anonymous, 1994).

Zaključak

Adolescencija je životni period ranjivosti i mnogih rizika kao i vrijeme kada mladi na različite načine pokušavaju uspostaviti nezavisnost od svojih roditelja – konzumiranje duhana, alkohola, opijata, rano stupanje u seksualne odnose, bijeg od roditelja (i nastavnika) kao što se primjećuju i druga rizična ponašanja kojima se krše društvene norme i razvijaju negativne

posljedice kod djece i adolescenata. Porodica i škola (odgajatelji, nastavnici, pedagozi, psiholozi, socijalni pedagozi) prema djeci imaju zadatak da im pruže podršku u njihovom sazrijevanju, prepoznavanju njihove individualne ljudske vrijednosti i da im omoguće da razviju svoje pune potencijale. Jedna od odgojnih funkcija jeste da ih se osposobiti da i samostalno prevladaju 'rizične izazove'.

Literatura:

1. Anonymous (1994). *Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema, MKB-10, Deseta revizija*, svezak 1, Zagreb: Medicinska naklada.
2. Bašić, J. i Žižak, A. (1992). *Programski aspekti tretmana djece i omladine s poremećajima u ponašanju*, Zagreb: Republički fond socijalne zaštite.
3. Bouillet, D. i Uzelac, S. (2007). *Osnove socijalne pedagogije*, Zagreb: Školska knjiga.
4. Corey, G. (2004). *Teorija i praksa psihološkog savjetovanja i psihoterapije*, Jastrebarsko: Naklada Slap.
5. Kozarić-Kovačić, D. I Frančišković, T. (2014). *Psihoterapijski pravci*. Zagreb: Medicinska naklada.
6. Marković, M. (2015). *Uloge u vršnjačkom nasilju i školski uspjeh učenika*, Doktorska disertacija, Beograd: Filozofski fakultet.
7. Moro, Lj. Frančišković, T. I suradnici(2004). *Psihijatrija – udžbenik za više zdravstvene studije*, Rijeka:Glosa, 2004.



¹ O ovoj klasifikaciji više se može saznati iz članka pod naslovom *Poremećaji u ponašanju djece i mladeži* (Bašić, Koller-Trabović i Uzelac, 2004).



JZU ZAVOD ZA BOLESTI OVISNOSTI
ZENIČKO-DOBOJSKOG KANTONA

Kad porastem,

biću:



znaću šta ću,
a šta neću.