

# BILTEN

JZU Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona

GODINA 20. | BROJ 36 | DECEMBAR/PROSINAC 2025.



**AAA**  
Bonitet izvrsnosti

**akaz**  
akreditacija

**antidroga**

telefon: 032/244-544

[www.zedo-ovisnost.ba](http://www.zedo-ovisnost.ba)



## SADRŽAJ

|                                                                                                                                                                                                  |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| UVODNA RIJEČ<br>dr. sci. Mirnes Telalović                                                                                                                                                        | 3  |
| OVISNOST I KRIMINALITET<br>dr. sci. Mirnes Telalović                                                                                                                                             | 4  |
| FENTANIL – IZAZOV MODERNOG DOBA U BORBI PROTIV OVISNOSTI I<br>SMRTNOSTI OD OPIJATA<br>prim. mr. sci Amir dr. Čustović<br>Mia Lamia dr. Čustović                                                  | 10 |
| EFIKASNOST TERAPIJSKE ZAJEDNICE U TRETMANU I REHABILITACIJI I RESOCIJALIZACIJI<br>OSOBA OVISNIH O PSIHOAKTIVNIM SUPSTANCAMA<br>Eldina Selimović-Džano, mag. iur; dipl. soc. pedagog              | 12 |
| ULOGA LOKALNE ZAJEDNICE U PREVENCIJI OVISNOSTI<br>Emina Tufekčić, magistar njemačkog jezika i književnosti<br>Doc.dr. Meliha Brdarević-Šikić, dipl. psiholog                                     | 16 |
| ZAŠTO NE TREBAM BITI OVISNIK O STIMULANSIMA<br>mr. sc. med. dr. Hassan Awad, spec. neuropsihijatar                                                                                               | 19 |
| DELIRANTNI SINDROM<br>mr.sci. Kasper dr. Samir, spec.neuropsihijatar<br>mr.sci. Sedin Habibović, diplomirani psiholog<br>mr. Emina Babić, dipl.soc.pedagog<br>Isak Jaganjac, medicinski tehničar | 23 |
| ULOGA PORODICE I PSIHOLOŠKIH FAKTORA DJETETA U PREVENCIJI OVISNOSTI<br>Doc.dr. Meliha Brdarević-Šikić, dipl. psiholog<br>Emina Tufekčić, magistar njemačkog jezika i književnosti                | 27 |
| KOCKANJE ADOLESCENATA – SVE PRISUTNIJI RIZIK<br>Dr.sc. Nermina Mujčinović, psiholog                                                                                                              | 30 |
| REHABILITACIJA I RESOCIJALIZACIJA OSOBA OVISNIH O PSIHOAKTIVNIM SUPSTANCAMA:<br>MULTIDISCIPLINARNI PRISTUP I MODELI OPORAVKA<br>Lejla Šaćirović, MA psih., psiholog                              | 33 |

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

Za izdavača: **JZU Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona**

Urednik: **Mirnes Telalović**

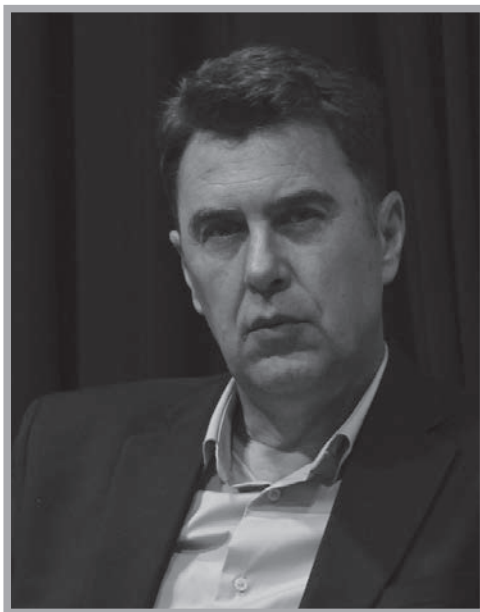
Adresa: **Aska Borića 28, 72000 Zenica**

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

Štampa: Format Zenica

## UVODNA RIJEČ

Poštovane čitateljice i čitatelji, Pred vama je novo izdanje Biltena JZU Zavoda za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona, publikacije koja već godinama služi kao važno mjesto razmjene stručnih znanja, iskustava i aktuelnih informacija iz oblasti ovisnosti i mentalnog zdravlja. U vremenu u kojem se dinamika društvenih promjena ubrzava, a globalni trendovi zloupotrebe psihoaktivnih supstanci stalno dobijaju nove forme, naša zajednička odgovornost je ostati informisani, spremni na reakciju i utemeljeni na naučnim spoznajama. Ovaj broj biltena donosi teme koje reflektiraju kompleksnost fenomena ovisnosti i nužnost multidisciplinarnog djelovanja. Kroz radove naših autora sagledavamo ovisnost kao medicinski, psihološki, socijalni, porodični i bezbjednosni problem, s posebnim naglaskom na njenu usku povezanost s kriminalitetom, kao i na rastuću opasnost sintetskih opioda poput fentanila, koji mijenjaju globalnu sliku ovisnosti i javnog zdravlja. Savremena kriza opijata, iako još uvijek ne u punoj mjeri prisutna u Bosni i Hercegovini, zahtijeva spremnost sistema, jačanje stručnih kapaciteta i razvoj mehanizama ranog prepoznavanja rizika. U ovom broju posebno ističemo i značaj terapijskih zajednica kao jednog od najefikasnijih modela rehabilitacije, kao i ulogu porodice, lokal-



ne zajednice, obrazovnog sistema i zdravstvenih ustanova u procesu oporavka i reintegracije osoba ovisnih o psihoaktivnim supstancama. Prilozi naših autora govore o važnosti rane intervencije, kvalitetnih preventivnih programa, unapređenih terapijskih procedura, ali i o potrebi razumijevanja ovisnosti kao hroničnog, ali izlječivog poremećaja koji zahtijeva strpljenje, znanje i koordinisan rad različitih sektora. Zavod za bolesti ovisnosti ZDK nastavlja svoju misiju unapređenja tretmana, edu-

kacije i prevencije, te aktivno učestvuje u jačanju institucionalnih kapaciteta i mreže podrške. Nastojimo pratiti aktuelne međunarodne trendove, sarađivati s relevantnim institucijama i zajednicama, te razvijati programe koji će doprinijeti stabilnijem, zdravijem i sigurnijem društvu. Ovaj bilten je dio naših kontinuiranih napora da stručna i šira javnost imaju pristup pouzdanim informacijama i savremenim stručnim uvidima. Zahvaljujem se svim autorima, suradnicima i članovima uredništva koji su svojim radovima doprinijeli kvalitetu ovog izdanja. Nadamo se da će sadržaji koje vam predstavljamo potaknuti nova promišljanja, unaprijediti profesionalnu praksu i ojačati zajedničku borbu protiv ovisnosti.

Želim vam ugodno, korisno i inspirativno čitanje.

*dr. sci. Mirnes Telalović*



# OVISNOST I KRIMINALITET

dr. sci. Mirnes Telalović

JZU Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona

## Sažetak

Ovisnost o psihoaktivnim supstancama predstavlja jedan od ključnih faktora povezanih s pojavom kriminaliteta u savremenom društvu. Istraživanja dosljedno potvrđuju da zloupotreba droga i alkohola povećava rizik od počinjenja različitih oblika krivičnih djela, uključujući imovinske delikte, nasilni kriminal, nasilje u porodici kao i prekršaje vezane za nezakonitu nabavku i distribuciju supstanci. Ovaj odnos je najčešće dvosmjernan: ovisnost može voditi kriminalnom ponašanju zbog potrebe za pribavljanjem sredstava za drogu, dok istovremeno kriminalno okruženje povećava izloženost i dostupnost psihoaktivnih supstanci. Poseban izazov predstavljaju maloljetnici i osobe u stanju socijalne deprivacije, koje su podložnije rizicima i lakše ulaze u ciklus ovisnosti i kriminaliteta. U radu se analiziraju uzroci, obrasci i mehanizmi koji povezuju ove dvije pojave te se naglašava važnost preventivnih programa, rane intervencije, međuresorne saradnje i rehabilitacijskih pristupa koji mogu doprinijeti smanjenju kriminalnih aktivnosti i uspješnijem tretmanu osoba s problemom ovisnosti.

## Uvod

Oblik i dinamika prestupničkog ponašanja su bitni pokazatelji ove pojave. Pored njih na ozbiljnost i težinu prestupničkog ponašanja djece i mladih ukazuju oblici ponašanja koje Jaošvić (1991: 91) naziva novim oblicima, a koji upućuju na „sve veću društvenu opasnost“. Ovaj autor pored drugih oblike prestupničkog ponašanja mladih posebno upozorava na sve češće konzumiranje alkohola i drugih narkotika od strane mladih, snažniji prodor ove pojave u ruralna područja, povećanje učešća mladih iz imućnijih društvenih slojeva i slično. Interesantno je kako ovaj autor u klasifikaciji oblika prestupničkog ponašanja mladih referira se na podjelu koju je predložio dr. K. Vodopivec, po kome se svi oblici sociopatološkog ponašanja razvrstavaju u četiri osnovne kategorije. Po ovoj podjeli u četvrtu kategoriju svrstavaju se radnje samouništenje u koje spadaju alkoholizam, narkomanija i pokušaji amoubi-

stva i samoubistvo.<sup>1</sup> Sam naziv sociopatološke grupe i oblici koji je čine, govori koliko je ovisnost teška lična ali i društvena devijacija.<sup>2</sup> Teško je zamisliti da postoji i jedna mlada osoba na ovom svijetu koja se ne suoči sa ponudom ili prilikom da upotrijebi alkohol, duhan ili neku drugu drogu.<sup>3</sup> U skladu sa klasifikacijom na koju je uputuo Jašović (1991) i grupe u koju se alkoholizam i narkomanija svrstavaju, Petrović, Meško (2004: 158) navode: „Kada je u pitanju veza narkomana i krivičnog djela, onda možemo govoriti o narkomanu kao žrtvi krivičnog djela, narkomanu kao učinitelju krivičnog djela vezanog uz drogu, ili pak narkomanu kao učinitelju bilo kojeg krivičnog djela.“ Dakle, uočavamo da autori razvrstavaju djela koja ovisnici čine prema sebi i djela koja čine prema drugima. Stoga ova sociopatološka pojava kao oblik prestupničkog ponašanja nekada stvara percepciju kako je više usmjerena prema sebi, mada njena posljedica okrenuta je činjenju krivičnih djela i prema drugima.

Ignjatović (2007: 173) navodi da se u kriminološkoj literaturi bolesti ovisnosti, kao što su alkoholizam i narkomanija, tretiraju kao kriminogeni faktor sa socijalnim (socijalno patološkim) predznakom, ali i ističe da „osnovna crta alkoholizma i narkomanije, postojanje zavisnosti od određenih supstanci, situira ove pojave u individualne činioce.“

Ddefiniciju ovisnosti koju WHO 1969. godine definira „kao psihičko, a ponekad i fizičko stanje, koje se karakteriše promjenom ponašanja, što uključuje nedovoljnu potrebu za stalnim ili povremenim uzimanjem droge, kako bi se postigao njen psihički učinak ili da

1 Po ovoj podjeli sociopatoloških pojava djece i mladih u prvu kategoriju svrstane su radnje destruktivno uperene protiv integriteta drugih ličnosti, u drugoj su radnje destruktivno uperene protiv vlasništva i materijalnih dobara, treću grupu čine radnje povlačenja i u četvrtoj su radnje samouništenja. U svakoj kategoriji postoje podgrupe. Šire o ovome: Jašović, (1991: 74)

2 Podaci Zavoda za bolesti ovisnosti Ze-Do kantona kao specijalizovane ustanove za tretman ovisnika upućuju na težinu ove pojave. Prema podacima ove ustanove ukupan broj registrovanih u 2024. godine je 1855 ovisnika na liječenju. Dostupno na: [www.zedo-ovisnost.ba/](http://www.zedo-ovisnost.ba/)

3 Đukanović, B. (1994: 26) navodi podatke po kojima je: „Prosječna starost našeg narkomana je 17 godina, dok je ova pojava najviše zastupljena u populaciji uzrasta 13-22 godine. Najveći broj narkomana se registruje iz srednjih škola (oko 65%), dok ostatak otpada na studente, radničku omladinu, osnovece itd.“

bi se izbjegla kriza zbog njenog neuzimanja (apstinencijalna kriza).“ Autorica naglašava, također, kako štete koje izazivaju droge pored individualne, reflektiraju se i na čitavu nuklearnu porodicu, te često i širi porodični kruga ali i ukupnu socijalnu sredinu ovisnika. Dedajić (2010: 27) pravi distinkciju između počinjenog kriminala nekog drugog oblika i kriminala „koji se javlja zbog trgovine drogom i krivičnih djela koja su povezana sa nabavkom novca za drogu.“<sup>4</sup>

Ignjatović (2007: 173) pojam narkomanije izjednačava sa zloupotrebom opojnih droga i smatra da je to „prekomjerno, redovno uzimanje droge usled čega nastupa zavisnost (fizička, psihička ili obe). Zbog toga bolesnik bez droge više ne može živjeti, imati potrebu za povećanjem doze, a delovanje droge izaziva oštećenje zdravlja i štete za društvo.“ Bez obzira na štetnost droga, ovaj autor skreće pažnju na posljedice alkoholizma<sup>5</sup> kao psihoaktivne supstance, i smatra da je alkoholizam jedan od značajnijih problema današnjice, jer prema podacima godišnje u svijetu umre veliki broj ljudi od ciroze jetre.

O ekspanziji alkoholizma, naročito među djecom i mladim upozorava i Tomić i sur. (2006) smatrajući da je alkoholizam sve prisutniji među djecom i mladima i kao takav postaje zdravstveni, socijalni, ekonomski, pravni i pedagoški problem. Alkoholizam predstavlja izvor neuspjeha u radu, ugrožavanja zdravlja, nekada i priprema za nastanak psihičkih oboljenja i poremećaja u ponašanju.<sup>6</sup> Alkohol na maloljetne konzumente ostavlja nesagledive posljedice. Marković (1973: 178) smatra da „posredno djelovanje alkoholizma na vladanje maloljetnika očituje se tako što on razara porodične odnose, utječe na stvaranje nenormalnih odnosa [...] djeluje kao loš primjer koji mladi rado slijede, dovo-

di do siromaštva i gubitka roditeljske kontrole, porodične dezorganizacije i svađe.“ Autor navodi podatak da 37,5% mladih ispoljenog prestupničkog ponašanja dolazi iz porodica u kojima jedan ili oba roditelja neu-mjereno konzumiraju alkohol.<sup>7</sup>

Smatra se da alkoholizam ima primarni uticaj na kriminalitet, a neki autori naglašavaju sekundarni uticaj. Ustvari ovo predstavlja jednu vrstu neslaganja oko pitanja da li je alkoholizam posredni ili neposredni faktor kriminaliteta, kao i da li utiče na obim i strukturu kriminaliteta. Kod ovoga se daju vrlo različiti odgovori i definicije, ali se najčešće pažnja zadržava na definisanju pojma akutnog i hroničnog alkoholizma i njihovog različitog dejstva na kriminalitet.

Kada je u pitanju etiologija alkoholizma u nastanku alkoholizma ključnim se smatra uticaj kombinacije bioloških, psiholoških i sociokulturoloških faktora.

Zbog posljedica koje izazivaju psihoaktivne supstance rijetki su konzumenti koji su ispoljili prestupničko ponašanje a da nisu došli u sukob sa zakonom. Najčešće su u sukobu sa zakonom ili pod uticajem psihoaktivnih supstanci ili činjenja krivičnih djela u cilju pribavljanja novca za njihovu nabavku.

Đukanović, B., (1994) govoreći o teorijskom i integrirajućem pristupu narkomanije ističe problem ne postojanja jedinstvenog i integralnog pristupa fenomenu zloupotrebe droga. U tom smislu, autor naglašava da „opšta zbrka već počinje u savremenoj nozografiji,<sup>8</sup> gdje se pojedini ne slažu čak ni sa terminološkim određenjem pojmova i pojava, pa je za neke od njih zloupotreba droga definisana kao simptom, dok joj drugi pripisuju značenje entiteta, tj. bolesti ('disease of drug adiction'), dok bi treći preferirali određene ovisnosti ('dependences').“ (Đukanović, 1994: 20)

Primjetno je da je pojam droga u modernoj medicini zamijenjen pojmom psihoaktivna supstanca. Međutim, definicija narkomanije kao „strasti za uživanjem“ u drogama je davno prevaziđena, jer je narkomanija evoluirajući poprimila mnogo šire dimenzije i prerasla opseg obične strasti, i razvijajući se, na negativnu stranu po ljude postala obilježje jedne cijele kulture i jednog novog principa i načina života, postala bolest! Stanje koje izazivaju droge, Bodler (1957) još davno nazvao „bjekstvo u 'vještačke rajeve'“, a da ova pojava „u savremenom svijetu dostiže zabrinjavajuće razmjere i sve više opterećuje moderno društvo.“

4 Autorica pojašnjava da joj nije namjera „da opravda kriminal koji je povezan trgovinom zabranjenih psihoaktivnih supstanci, već da pokuša da determinira poziciju pojedinca u društvu, a koji je korisnik ovih psihoaktivnih supstanci u cilju da promjeni svoju svijest, da bi se osjećao dobro.“ (Dedajić, 2010: 27)

5 „Prema istraživanjima UNDP Bosnia and Herzegovina 2000 Youth, 11% mladih pije alkohol povremeno ili redovno, 43% samo u određenim prilikama, dok samo 46% mladih ne konzumira alkohol. U odnosu na polnu strukturu, 19% mladića konzumira alkohol stalno ili povremeno, dok 4% djevojaka stalno konzumira alkohol.“ (Šarić, 2010: 101)

6 U knjizi *Ovisnost o drogama* (2001), u petom poglavlju *Nasilje u porodici i ovisnostima o psihoaktivnim supstancama*, Avdibegović, navodi kao su alkohol i droge veoma važni faktori prestupničkog ponašanja i nasilja u porodici. Navodi se podatak kao u državi New York tokom samo jedne godine od ukupnog broja zlostavljane i zapostavljene djece njih 64% imaju roditelje ovisnike. Također, navodi se podatak o studiji od 472 žene gdje je utvrđeno da 87% žena koje su ovisne o alkoholu ili drugom drogama imale su seksualni ili drugo tejelesno ili psihičko zlostavljanje tokom djetinjstva. U 50% slučajeva nasilja u porodici rezultiralo je pojavom ovisnosti o psihoaktivnim supstancama. Šire o ovome: Sinanović, (2001: 115)

7 Šire o ovome: Marković, (1973: 178-186)

8 Medicinski izraz koji označava opisivanje bolesti.

Iako se danas u klasifikaciji ovisnosti, prema težini koju ona izaziva, često može sresti podjela na lakše i teže droge, praktična iskustva govore da se ovoj vrsti podjele treba prići dosta obazrivo. Naime, većina heroinskih ovisnika svoj „ovisnički staž“ počeli su sa tzv. lakšim drogama. Također, u široj literaturi moguće je zapaziti više tipologija narkomana. Petrović, Meško (2004: 158) u podjeli narkomana polaze od načina zloupotrebe droga te ih dijele na „probatore, situacione narkomane, eksperimentatore, medicinske (jatrogene) narkomane i narkomane ovisnike.“<sup>9</sup>

Dedajić (2010: 70) vrši podjelu prema trendu korištenja droga, i navodi kako se može „izdvojiti nekoliko tipova korisnika droga: eksperimentalni, reakcioni, funkcionalni, nefunkcionalni, društveno tradicionalni i terapijski“, te dalje navodi: „Granice između trendova u odnosu na korištenje droga su fleksibilni, pa tako pojedini korisnici droga prelaze iz jedne klasifikacije u drugu, koje obično ali neobavezno vodi od nižeg ka višem stepenu ovisnosti i vice-versa.“

Pored fizičke i psihičke opasnosti koje konzumacija droge izaziva na pojedinaca ona ima i niz drugih širih posljedica. Na ekspanziju narkomanije i njene ozbiljne posljedice upozorava Milosavljević (2002: 76) i smatra da se niz zemalja „suočilo i suočava sa subkulturom narkomana. Subkultura narkomana, osim ovisnosti podrazumijeva prihvatanje određene vrijednosne orijentacije, stavova i načina života, odjevanja, seksualnih kontakata i sl.“ Uzimanje droge je neka vrsta pristupnice osobe u subkulturu koju karakteriše nerad, nenasilje, ljubav, negacija svakog poredka, hedonizam, pasivizam i neurednost u životu, ponašanju i održavanju higijene. Ta životna filozofija narkomana nije samo racionalizacija ovisnosti već i filozofija života u kome dominira odsustvo osjećanja dužnosti, želje za kompetencijom.“ Na ovisnost o psihoaktivnim supstancama kao asocijalnim pojavama u porodici koje imaju poseban uticaj na društveno neprihvatljivo ponašanje djece i mladih upozoravaju mnogi autori npr. Sinanović, (2001); Miković, (2004); Buljubašić, (2005, 2008); Tomić i sur. (2006); Dedajić, (2010), i drugi. Miković (2004: 93) npr. smatra da su alkoholizam, skitnja, zloupotreba droga, prosjačenje, kriminogeno ponašanje članova porodice, zlostavljanje u porodici i prostitucija najčešće prisutne sociopatološke pojave u porodici. Ovisnost o psihoaktivnim supstancama kao sociopatološka pojava i novi oblik prestupničkog ponašanja

predstavlja izazove savremenog društva. Stoga je neophodno ovaj vid prestupničkog ponašanja shvatiti krajnje ozbiljno, naročiti zbog njegovog perzistentnog karaktera. Preventivni programi predstavljaju imperativnu zadaću društvene zajednice.

### **Etiologija ovisnosti i kriminaliteta**

Realnost nezaustavljivog porasta skoro svih oblika prestupničkog ponašanja i nasilja karakteristika je Europu, ali nažalost i Bosne i Hercegovine. Uz zloupotrebu psihoaktivnih supstanci kriminalno ponašanje ju nerazdvojni dio ponašanja osoba ovisnih o psihoaktivnim supstancama. Prema rasprostranjenosti, uzrocima i posljedicama ovisnost o psihoaktivnim supstancama je primarno društveni problem (socijalno-patološka pojava), a sekundarno medicinski, odnosno psihijatrijski problem.

Kao što smo već kazali neki autori kao što su npr. Ignjatović (2007); Jašović (1991) i drugi ovu vrstu ponašanja nazivaju novim oblikom prestupničkog ponašanja. Mada je Jašović (1991) ukazao na to da je ova vrsta ponašanja poznata i da se novim oblikom može nazvati samo u onim društvima gdje nije bila prisutna ili je manje prisutna. Iako većina autora faktor ovisnosti svrstava u socijalne ili sociopatološke, Ignjatović (2007: 173) ovisnosti svrstava u individualne faktore.<sup>10</sup> Dedajić (2010) smatra da postoje mnogi drugi faktori koji su relevantni za nastanak ovisnosti. Autorica navodi kako su, danas brojne polemike vezane za etiologiju ovisnosti, međutim postoji saglasnost da je neophodno prihvatiti multifaktorski pristup ovom problemu. „Ovaj pristup više faktora govori o interakciji 3 značajna faktora za nastanak ovisnosti: 1. Socijalni faktor, 2. Ličnost ovisnika kao faktor, 3. Droga kao faktor.“ (Dedajić, 2010: 34) Istu podjelu etioloških faktora nalazimo i kod Sinanovića (2001: 9).

Medicini, psihijatriji pripada onaj dio zloupotrebe PAS-a (psihoaktivna supstanca) koji ima karakter bolesti, bolesti ovisnosti. Žudnja za psihoaktivnim supstancama potiskuje i mjenja sve psihičke funkcije, osjećanja, moral, odgovornost, vrijednosne sisteme i podstiče one osobine koje zaslužuju zadovoljenu žudnju – manipulativnost, pasivnost, bezobzirnost, egocentričnost, hedonizam. Veoma često su psihički poremećaji, kao što su poremećaji ličnosti, afektivni poremećaj, a rjeđe mentalna zaostalost i teže duševne bolesti, osnovni činioci u nastanku ovisnosti. Nasta-

<sup>9</sup> Šire o ovome: Petrović, Meško, (2004: 158-160)

<sup>10</sup> Šire o ovome: Ignjatović, (2007: 173-174)

nak ovisnosti o PAS-a je veoma složen i komplikovan proces. Vučković, i sur., (2007) smatraju bi se različiti činioci koji utiču na razvoj ovisnosti mogli svrstati u četiri osnovne grupe: 1. psihoaktivna supstanca; 2. ličnost; 3. porodica i 4. društvo.<sup>11</sup> Ovisnici su uglavnom, mladi ljudi, između 15 i 25 godina života, uzimaju marihuanu, heroin i sve ostale droge, javno nastupaju, ne skrivaju svoju ovisnost, naprosto doživljavaju je kao svoju ideologiju i veoma su često kriminogenog ponašanja. Adolescentni ovisnici čine subpopulaciju sa specifičnom filozofijom, kulturom i stilom života. Mladi koji kreću ka ovisnosti od PAS-a uglavnom su nezrele i nesigurne ličnosti, veoma sugestibilne, nesamostalne sa neizgrađenim mehanizmom samokontrole.

Dostupnost psihoaktivnih supstanci, geografski položaj Bosne i Hercegovine, socijalni faktori, siromaštvo, nezaposlenost, posljedice rata, pasivan odnos društva naspram ovog problema, zanemaren problem maloljetničke delinkvencije predstavljaju faktore koji mogu uticati na dalje povećanje delinkventnog ponašanja a time i ovisnost o psihoaktivnim supstancama. Društvene okolnosti na našim prostorima nešto su drugačije nego u svijetu. Socijalno-ekonomsko, političko stanje, tranzicija, nedavna ratna dešavanja, velika nezaposlenost, nizak nivo moralnih vrijednosti kod mladih, sve su to elementi prisutni u našem društvu koji indirektno dovode do asocijalnih ponašanja mladih osoba. Koliko ovisnost patološki djeluje na osobu ukazuje i podatak koji Petrović, Meško (2004: 160) navode da ovisnici o psihoaktivnim supstancama vrlo često učestvuju u krivičnim djelima krađe, teške krađe ali i prevarama roditelja, uže i šire nad rodbine, prijatelja i poznanika.

Sociopatološke pojave, ovisnost o psihoaktivnim supstancama i maloljetnička delinkvencija, u smislu uzročno posljedične veze predstavljaju jasnu i ozbiljnu opasnost po pojedinaca, porodicu ali i društvenu zajednicu. Ove pojave dovode do društveno nefunkcionalnog i neupotrebljivog pojedinaca i porodice, te produbljuju socijalnu ali i ekonomsku dezorganizaciju društva. Brzina porasta i ozbiljnost ovih sociopatoloških pojava, nameću potrebu i ozbiljnost bavljenja ovim problemom.

### Savremeni modeli tretmana ovisnosti

Mada se sa stajališta ovlaštenog ljekara može činiti kako je terapijski proces liječenja ovisnosti o opijatima svima jasan, u kontaktu s ljekarima često se postavljaju

pitanja koja to uvjerenje pobijaju. Najčešće se postavljena pitanja odnose na primjenu supstitucijske farmakoterapije, dužinu liječenja ovisnosti, potrebu obavljanja kontrolnih pregleda, prekid terapijskog procesa i davanje lijeka na ruke pacijentu zbog boravka izvan mjesta prebivališta. Tretman se provodi u specijalizovanim ustanovama za tretman bolesti ovisnosti. Pacijent se nakon toga uvodi u program liječenja uz primjenu farmakoterapije opijatskim agonistom (metadon) ili agonistom/antagonistom (buprenorfin), ovisno o dogovoru s pacijentom. Sakoman (2002) zapravo smatra da je liječenje ovisnosti pomoć u sazrijevanju i cijelo vrijeme provođenja terapijskog postupka ovisnika se mora učiti i poticati da preuzima odgovornost za sebe i svoj život, a ne da stalno krivca za svoje nevolje traži izvan sebe.

Stoga primjena farmakoterapije u liječenju ovisnosti sama po sebi nije dovoljna kako bi se značajnije promijenilo poremećeno ponašanje, ali je neophodna za privlačenje opijatskih ovisnika u program i što dulje zadržavanje u njemu. Važno je pored farmakoterapije pacijentu pružiti i psihosocijalnu podršku. Učinkovitost supstitucijske farmakoterapije u tretmanu ovisnosti o opijatima se temelji na naučnim dokazima, bilo da je riječ o primjeni metadona ili buprenorfina. S obzirom na niz nejasnoća koje primjena supstitucijske farmakoterapije i dalje izaziva u javnosti, u brojnim državama svijeta pa tako i u BiH, iz naučnih istraživanja su proizašle smjernice za farmakoterapiju opijatske ovisnosti – za metadon i subokson.<sup>12</sup> Prema Smjernicama program liječenja ovisnosti mora biti individualiziran i pacijent treba imati poziciju subjekta u terapijskom procesu. Od pacijenta se obavezno očekuje redovito javljanje izabranom ljekaru, koji će, ovisniku neposredno omogućiti primjenu supstitucijske terapije i redovito javljanje na kontrolne preglede u zakazanom terminu. Svaki pacijent se pridržava pravila terapijskog procesa ovisno o svojim sposobnostima, no važno je inzistirati na redovitom, u početku i čestim, kontrolnim pregledima, s ciljem pokretanja pozitivnih promjena u ponašanju. Gdje god to porodična dinamika dopušta trebalo bi, uz psihosocijalnu intervenciju, provesti i porodični postupak. Podvrgavanje kontroli apstinencije testiranjem urina, slin i kose, na licu mjesta ili u biohemijskom laboratoriju, provodi se povremeno i uz pristanak ovisnika. Da bi se indicirala primjena

<sup>11</sup> Šire o ovome: Vučković, (2007)

<sup>12</sup> Ministarstvo civilnih poslova. Odsjek za zdravstvo. *Smjernice za tretman ovisnika o opijatima u BiH*. 2013.



supstitucijske farmakoterapije u liječenju heroinskih ovisnika, ljekar mora imati potrebno teoretsko i praktično znanje provjereno na propisani način, što ga čini ovlaštenim liječnikom za takav specifičan oblik tretmana. Edukacija se provodi po posebnom programu koji mora uključivati posebna znanja iz farmakoterapije opijatskim agonistima i agonistima/antagonistima. U Bosni i Hercegovini postoje četiri specijalizovane ustanove za liječenje ovisnosti: Sarajevo, Zenica, Banja Luka i Mostar. Prvo organizovano liječenje alkoholizma organizuje se od 1960. godine u Psihijatrijskoj bolnici Sokolac (ZALCNARC, 2013). Tretman i rehabilitacija se organizuje i u okviru Specijalne bolnice za mentalnu rehabilitaciju Jagomir, a od 1977. godine se formira OOUR Zavod za alkoholizam i druge toksikomanije u okviru RO Neuropsihijatrijske discipline. Petrović (2003) navodi da je u Beogradu 1987. godine formiran Centar za bolesti zavisnosti. Tokom 90-tih godina ovisnici o ilegalnim drogama se liječe u okviru novoformiranih centara za mentalno zdravlje. Do 2005. godine liječenje ovisnika, a naročito hospitalni tretman, bio je oslonjen na Odsjek za alkoholizam i narkomaniju KCU u Sarajevu. U decembru 2005. godine formira se JZU Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona. Time su bolnički kapaciteti u Bosni i Hercegovini povećani sa prvobitnih 10, koliko ih je bilo u Zavodu Sarajevo, na dodatnih 6 kreveta od maja 2008. godine kada se formira bolnički odjel u Zeničko-dobojskom kantonu.

### Recidivizam ovisnosti i prestupničkog ponašanja

U velikom broju slučajeva prestupničkog ponašanja utvrđeno je da isti maloljetni počinioci ponovo vrše krivična djela, što izaziva povećanu opasnost za društvo. Upravo recidivizam<sup>13</sup> (povratništvo) ukazuje na trajniju neprilagođenost počinitelja krivičnih djela društvenoj sredini i njenim uspostavljenim normama i standardima. Buljubašić (2005: 212) ističe da je recidivizam „posebna kategorija u okviru kriminaliteta“, i da se s obzirom na problem recidivizma ovom problemu „poklanja sve veća pažnja, jer je među osobama koje su učinile krivično djelo značajan broj povratnika (recidivista).“ Autorica napominje da i kod pojma recidi-

vizma postoji više njegovih shvatanja. Smatra da je njegovo shvatanje uslovljeno time da li mu se prilazi iz pozicije krivično pravnog ili kriminoliškog shvatanja, a može se posmatrati i iz penološkog shvatanja. Također, navodi podatke o maloljetnim učiniteljima krivičnog djela i povratnicima (recidivistima) na području kantona Sarajevo u periodu 1997.- 2004. godine, gdje se uočava povećanje broja recidivista. U 1997. godini recidivista bilo je 30,68%, dok je taj procenat u 2004. godini iznosio već 40,18%.<sup>14</sup>

Milosavljević (1997: 87) pojavu recidivizma posmatra iz pet okvira i to: 1) Recidivizam u svijetu socijalne patologije; 2) Recidivizam u okviru kriminaliteta; 3) Recidivizam u okviru suicida; 4) Recidivizam u okviru toksikomanije; i 5) Recidivizam u okviru socijalnih izopačenosti. Za pojam recidivizam u okviru kriminaliteta, slično kao i Buljubašić (2005, 2008), Milosavljević (1997 : 88) navodi se „recidivizma u okviru kriminaliteta definiše se sa formalno pravnog, penološkog i kriminološkog aspekta. Formalno pravno određenje recidivizma se zasniva na tzv. formalno pravnim kriterijima. Po tom određenju povratnik recidivista je ona osoba koja ponovo izvrši bilo koje krivično djelo.“ Pojašnjavajući recidivizam u populaciji kriminaliteta, Milosavljević (1997: 89) iznosi zabrinjavajuće podatke, po kojima je recidivizam vrlo visok „kreće se od 40 – 80%, a u nekim zemljama je niži [...] neka istraživanja upozoravaju (npr., Szabo, 1971) da je recidivizam u porastu i da to ‘svjedoči o nuspjehu društva da stvori građane koji će, uprkos sukcesivnom kažnjavanju poštovati donijete zakone’.“ Autor smatra da je pojava recidivizma neuspjeh društvene zajednice u iznalaženju adekvatnijih mjera koje nisu samo usmjerene na kažnjavanje počinioca.

Šabani i Budimlić, smatraju da je jedan od ciljeva kriminalne politike, predviđanje kriminalnog ponašanja. U tom smislu napominju kako su izvedene tzv. pragmatične tabele. Autori navode kako Pinatel (1964)<sup>15</sup> smatra da socijalna patologija na temelju ovih tabela može da izvede „hipoteze o budućem kriminalnom ponašanju [...] tabela obuhvata petnaest faktora i odnose se na prognozu recidiviteta. To su: 1. Nasljedna mana, 2. Kriminalitet u uzlaznoj liniji srodstva, kod predaka, 3. Loše prilike kod vaspitanja, 4. Loš uspjeh u školi, 5. Započeto a nezavršeno učenje, 6. Neredovan rad, 7. Kriminalitet prije 18. godine, 8. Više od četiri

13 U *Rečniku socijalnog rada* (2006) pod pojmom recidivizam navodi se: „U medicini, psihijatriji i socijalnom radu, pojava da se neki poremećaj ponovo javlja posle perioda ozdravljenja. U kriminalistici i forenzičkoj psihologiji, ponavljanje istog postupka po izdržanoj kazni za koji je počinitelj već osuđivan.“ (Vidanović, 2006: 328)

14 Šire o ovome: Buljubašić, (2005: 212-214)

15 Pineta, (1964: 109-117)



ranije kazne, 9. Naročito brz povrat, 10. Međugradski kriminalitet, 11. Psihopatije, 12. Alkohlizam, 13. Loše ponašanje u zatvoru, 14. Otpuštanje iz zatvora prije 36. godine starosti, 15. Loše društvene i porodične prilike poslije otpuštanja.“ (Šabani, Budimlić, (n.d.) :98) Po nekim studijama povratnici u kriminal su uglavnom psihopatske strukture ličnosti, često bezosjećajne (nizak nivo empatije, što se opet može dovesti u vezu s Baron-Koenovom (2011) teorijom o empatiji kao uzroku asocijalnog ponašanja), egocentrične, emotivno labilne i povodljive. Istraživanja ukazuju na osnovne uzroke koji su značajno povezani s recidivizmom. To su prije svega: dob maloljetnika u vrijeme prvog osuđenja; broj prijašnjih optužbi/hapšenja; broj institucionalnih smještaja; akademski uspjeh; ponašanje i prisutnost u školi; konzumiranje sredstava ovisnosti; porodična stabilnost; roditeljska kontrola; veza s vršnjacima; agresivno ponašanje u školi; negativan pritisak vršnjaka; poremećaj ponašanja i hiperaktivni poremećaj; poremećaj ophođenja; prokriminalni stavovi i uvjerenja; ličnost i temperament; asocijalno ponašanje roditelja/antisocijalni roditeljski model. Posebno je zloupotreba sredstava ovisnosti značajan uzrok recidivizma maloljetnika.

Možemo konstatovati da se jako malo radi na primarnoj prevenciji, a posebno malo na prevenciji recidiva. Potrebno je teorijske koncepte, posebno savremene, koristiti u kreiranju preventivnih politika napr. reintegrativno ostiđivanje<sup>16</sup> (primjer Japana).

## Literatura

1. Baron-Koen, S. (2011). *Psihologija zla*. Beograd: Clio.
2. Bošković, M. (2006). *Kriminologija*. Novi Sad: Univerzitet u Novom Sadu-Pravni fakultet.
3. Bukelić, J. (1981). *Droge mit ili bolest*. Beograd: Zavod za Udžbenike i nastavna sredstva.
4. Buljubašić, S. (2008). *Maloljetnička delinkvencija*. Drugo dopunjeno izdanje. Sarajevo: DES.
5. Cohen, A. K. (1955). *Delinquent Boys*. Glencoe: Free Press.
6. Dedajić, N. (2010). *Socijalni rad sa ovisnicima o drogi*. Tuzla: OFF-SET.
7. Dervišbegović, M. (1998). *Socijalni rad teorija i praksa*. II dopunjeno i izmjenjeno izdanje. Sarajevo: Studentska štamparija.
8. Đukanović, B. (1994). *Droge: Od zloupotrebe do ovisnosti*. Sarajevo: GIK „Oko“.
9. Đukanović, B. (1999). *Porodice narkomana*, Sarajevo: Kaligraf.
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 DELO.
14. Milosavljević, M. (2005). *Socijalni rada na međi vekova*. Beograd: Draganić.
15. Milutinović, M. (1976). *Kriminologija sa osnovama kriminalne politike i penologije*. II dopunjeno izdanje, Beograd: Savremena administracija.
16. Mitić, M. (1997). *Porodica i stres: Između poraza i nade*. Beograd: Institut za psihologiju.
17. Mladenović –Kupčević, R. (2001). *Kriminologija*. Sarajevo: Fakultet kriminalističkih nauka Univerzitet u Sarajevu.
18. Petrović, B., Meško, G. (2004). *Kriminologija*. Sarajevo: Pravni fakultet Univerziteta
19. Zavod za bolesti ovisnosti Ze-Do kantona. Dostupno na: [www.zedo-ovisnost.ba/](http://www.zedo-ovisnost.ba/)

<sup>16</sup> U okviru savremenih teorijskih pristupa, u ovom radu, predstavili smo i teoriju reintegrativnog postidiđivanja na str. 58-60.

# FENTANIL – IZAZOV MODERNOG DOBA U BORBI PROTIV OVISNOSTI I SMRTNOSTI OD OPIJATA

prim. mr. sci Amir dr. Čustović, Mia Lamia dr. Čustović  
JZU Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona

## Sažetak:

Fentanil je sintetski opioid izuzetno snažnog analgetskog djelovanja koji ima široku primjenu u medicini, ali i rastuću ulogu u globalnoj epidemiji ovisnosti i smrtnosti od opijata. Njegova farmakološka svojstva čine ga nezamjenjivim u liječenju jakih bolova, no istovremeno i izrazito rizičnim zbog uskog terapijskog indeksa i velike potencije. U posljednjoj deceniji zabilježen je nagli porast ilegalne proizvodnje fentanila i njegovih derivata, što je dovelo do drastičnog povećanja slučajeva predoziranja, naročito u Sjedinjenim Američkim Državama, ali i u Evropi. U Bosni i Hercegovini zloupotreba fentanila zasad nije raširena, ali postoje indikatori da bi mogao postati značajan javnozdravstveni problem. Ovaj rad prikazuje farmakološke karakteristike fentanila, njegovu medicinsku primjenu, mehanizam djelovanja, rizike zloupotrebe te javnozdravstvene aspekte i mogućnosti prevencije.

**Ključne riječi:** fentanil, opioidi, ovisnost, predoziranje, prevencija

## Uvod

Fentanil je sintetski opioidni analgetik iz skupine fenilpiperidina, razvijen 1959. godine od strane belgijskog hemičara Paula Janssena. Ubrzo je postao nezamjenjiv lijek u anesteziologiji i palijativnoj njezi zbog izuzetne snage i brzine djelovanja. Procjenjuje se da je 50 do 100 puta potentniji od morfina, a 30 do 50 puta jači od heroina. U medicinskoj praksi koristi se u obliku injekcija, transdermalnih flastera, pastila i intranazalnih sprejeva. Fentanil se primjenjuje za kontrolu hroničnih bolova kod onkoloških pacijenata, kao i kod bolova koji ne reaguju na slabije opioide.

Paralelno s korisnom medicinskom primjenom, fentanil je postao centralna supstanca nove faze opijatske krize. Od 2013. godine bilježi se eksplozivni porast

ilegalne proizvodnje i distribucije fentanila i njegovih analoga (karfentanil, sufentanil, alfentanil), koji se često miješaju s heroinom ili kokainom bez znanja korisnika, što dramatično povećava rizik od smrtnog predoziranja.

## Farmakološke karakteristike i mehanizam djelovanja

Fentanil je visoko lipofilna supstanca koja brzo prolazi kroz krvno-moždanu barijeru. Djeluje kao potentni agonist  $\mu$ -opioidnih receptora u centralnom nervnom sistemu, što dovodi do snažnog analgetskog i sedativnog efekta.

Metabolizira se u jetri putem enzima CYP3A4 u neaktivne metabolite, a izlučuje se putem urina. Poluvrijeme eliminacije varira, ovisno o načinu primjene, između 3 i 12 sati.

Zbog svoje potentnosti i brzog djelovanja, čak i minimalna odstupanja u dozi mogu izazvati ozbiljnu respiratornu depresiju, hipoksiju i smrt. U kliničkoj praksi koristi se isključivo pod nadzorom ljekara, jer zahtijeva strogu kontrolu doziranja i monitoring pacijenta.

## Medicinska primjena

Medicinska upotreba fentanila obuhvata:

- **Anesteziologiju:** kao komponenta opće anestezije i analgezije tokom operacija.
- **Palijativnu njegu:** kod terminalnih stadija malignih bolesti i kod bolova otpornih na druge analgetike.
- **Akutne bolove:** u kontrolisanim bolničkim uslovima.

Dostupan je u različitim farmaceutskim oblicima: intravenozne ampule, transdermalni flasteri, bukalne tablete i nazalni sprejevi. Transdermalni flasteri su naročito korisni kod hroničnih bolesnika jer omogućavaju kontinuirano otpuštanje lijeka do 72 sata.

### Zloupotreba i javnozdravstvene posljedice

Zloupotreba fentanila najčešće se odnosi na ilegalno proizvedene oblike koji se prodaju kao heroin ili u obliku tableta koje oponašaju benzodiazepine ili oksikodon. Korisnici često nisu svjesni da konzumiraju fentanil, što povećava rizik smrtnog ishoda. Prema podacima *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)*, u SAD-u je od 2019. do 2023. godine više od 70% smrtnih slučajeva povezanih s opioidima bilo vezano za sintetske opioide, uglavnom fentanil.

U Evropi, prema *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)*, fentanil i njegovi derivati čine između 60 i 80% svih smrtnih slučajeva povezanih s opioidima u zemljama s visokim stepenom dostupnosti droge. Njegova upotreba često je povezana s tzv. "tihim predoziranje" jer djeluje brzo, bez izraženih znakova euforije, a smrt može nastupiti unutar nekoliko minuta.

### Toksikološki aspekt

Letalna doza fentanila iznosi oko 2 miligrama, što je količina jedva vidljiva golim okom. Toksikološki izazovi uključuju otežano otkrivanje u standardnim testovima urina i brz razvoj tolerancije i ovisnosti. Antidot – **nalokson** – može poništiti djelovanje fentanila, ali zbog njegove jačine često je potrebna veća doza i ponovljena primjena.

### Fentanil u Bosni i Hercegovini i regionu

U Bosni i Hercegovini fentanil je registrovan kao lijek za upotrebu u medicinske svrhe i dostupan je u bolničkim uslovima. Međutim, nadzorna tijela bilježe porast pokušaja ilegalne nabavke putem interneta. Podaci Zavoda za javno zdravstvo Federacije BiH i Agencije za lijekove BiH upućuju na to da su slučajevi zloupotrebe još uvijek sporadični, nisu evidentirani slučajevi trovanja, ali trendovi iz regiona (posebno Hrvatska i Srbija) pokazuju da se pojavljuju slučajevi trovanja i predoziranja fentanilom i njegovim derivatima.

Zbog blizine tržišta Evropske unije i porasta internetske distribucije, potrebno je hitno pojačati sistem ranog upozoravanja, laboratorijske kapacitete i edukaciju zdravstvenih profesionalaca.

### Prevenција i tretman ovisnosti o fentanilu

Prevenција ovisnosti o fentanilu mora biti multidisciplinarna i obuhvatiti:

- **Edukaciju zdravstvenih radnika** o sigurnom propisivanju opioida i praćenju pacijenata.

- **Javnozdravstvene kampanje** o rizicima upotrebe sintetskih opioida.
- **Rani skrining** i intervencije kod pacijenata s bolovima i historijom ovisnosti.
- **Dostupnost terapije** za ovisnike, uključujući farmakoterapiju metadonom i buprenorfinom, te psihosocijalnu rehabilitaciju.
- **Program distribucije naloksona** za hitne slučajeve predoziranja.

Uloga zdravstvenih ustanova poput Zavoda za bolesti ovisnosti je ključna u edukaciji, prevenciji i tretmanu, ali i u povezivanju s policijom, školama i ministarstvima zdravstva i obrazovanja.

### Zaključak

Fentanil je lijek izuzetne vrijednosti i izuzetne opasnosti. Njegova medicinska upotreba mora ostati pod strogom kontrolom, dok prevencija zloupotrebe zahtijeva integrisani pristup zdravstvenih, sigurnosnih i obrazovnih institucija.

U kontekstu Bosne i Hercegovine, neophodno je ojačati nadzor nad propisivanjem i distribucijom opioida, razviti programe ranog upozoravanja, te kontinuirano educirati zdravstvene radnike i građane. Iskustva drugih zemalja pokazuju da je najbolja strategija kombinacija **prevencije, liječenja i harm-reduction** pristupa, uz jačanje institucionalne saradnje i praćenje novih psihoaktivnih supstanci.

### Literatura

1. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *Synthetic Opioid Overdose Data*. Atlanta: CDC, 2024.
2. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). *European Drug Report 2024: Trends and Developments*. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2024.
3. World Health Organization (WHO). *Fentanyl Information Sheet*. Geneva: WHO, 2023.
4. Volkow ND, Jones EB, Einstein EB. *Widening Disparities in Overdose Deaths Involving Synthetic Opioids*. N Engl J Med. 2022;387(2):123–131.
5. Agencija za lijekove i medicinska sredstva BiH. *Registar lijekova BiH*. Sarajevo, 2024.
6. Zavod za javno zdravstvo FBiH. *Izvještaj o zloupotrebi psihoaktivnih supstanci u FBiH, 2024*.



# EFIKASNOST TERAPIJSKE ZAJEDNICE U TRETMANU I REHABILITACIJI I RESOCIJALIZACIJI OSOBA OVISNIH O PSIHOAKTIVNIM SUPSTANCAMA

Eldina Selimović-Džano, mag. iur; dipl. soc. pedagog

JZU Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona

## Sažetak

Terapijska zajednica predstavlja jedan od najefikasnijih modela rehabilitacije osoba ovisnih o psihoaktivnim supstancama. Ovaj pristup polazi od ideje da se promjena ponašanja ne postiže samo medicinskim tretmanom, već kroz integraciju psihoterapijskih intervencija, grupnog rada i strukturisanog života. Rad prikazuje istorijski razvoj terapijskih zajednica, teorijske osnove, faze tretmana sa akcentom na ulogu porodice tokom boravka člana u terapijskoj zajednici, te analizu uspjehnosti kroz savremena istraživanja.

Ključne riječi: terapijska zajednica, ovisnost o drogama, rehabilitacija, resocijalizacija

## Uvod

Ovisnost o psihoaktivnim supstancama predstavlja globalni društveni i zdravstveni problem. Pored medicinskih posljedica, ovisnost dovodi do propadanja porodice, gubitka posla, kriminalnih aktivnosti i društvene marginalizacije. Tradicionalni ambulantni tretmani kod hroničnih ovisnika često daju ograničene rezultate, što je dovelo do razvoja terapijskih zajednica kao alternativnog i dugotrajnog modela liječenja. Terapijska zajednica omogućava korisniku da, kroz boravak u strukturisanom i kontrolisanom okruženju, mijenja navike, razvija odgovornost i uči funkcionisati bez droga. Zbog toga se smatra jednim od djelotvornijih modela rehabilitacije ovisnika.

## Definisanje terapijskih zajednica u literaturi

U literaturi možemo pronaći značajan broj različitih definicija terapijskih zajednica za ovisnike o psihoaktivnim supstancama. U ovom radu pomenuti ću nekoliko interesantnih definicija. Hećimović (1987)

terapijsku zajednicu određuje kao oblik organizacije zajedničkog života grupe osoba u kojoj se trajno, smišljeno i stvaralački traži angažirano učešće i uključivanje što većeg broja pripadnika te grupe na izvršavanju zadataka kojima se ostvaruje postojanje zajednice načinom primjerenim potrebama konkretnih osoba-članova zajednice, iz čega proistječe povoljno djelovanje na pojedince- pripadnike grupe kao i na njihovo zajedništvo. Vanderplasschen i sar. (2014) ponudili su definiciju terapijske zajednice po kojoj terapijska zajednica predstavlja okruženje „bez droge“, u kojem članovi apstiniraju od konzumiranja droge i gdje osobe s problemima ovisnosti (a i drugim problemima) žive zajedno na organiziran i strukturiran način, s ciljem nastanka promjene i omogućavanja života bez droge u vanjskom svijetu i životu. Najjednostavnija definicija bi bila da je terapijska zajednica uobičajen oblik dugotrajnog tretmana za osobe koje zloupotrebljavaju sredstva ovisnosti (National Institute on Drug Abuse, 2015).

Važno je naglasiti da se terapijska zajednica kao jedna od metoda liječenja najduže održala kao pristup u liječenju ovisnosti o drogama, počevši od terapijske zajednice Synanon čiji su se principi dalje proširili na institucijske terapijske programe liječenja ovisnika širom Sjedinjenih Američkih Država pa i same Europe.

## Faze u procesu liječenja u terapijskoj zajednici

Većina terapijskih zajednica traži da ovisnik prije ulaska izvrši detoksikaciju u zdravstvenoj ustanovi i obično ne primaju pacijente sa psihijatrijskim smetnjama, kao ni one nasilničkog ponašanja. U terapijskoj zajednici ovisnik živi u strogo strukturanoj i hijerarhijski postavljenoj sredini. Svaki član zajednice

može napredovati i dobijati odgovornosti i zaduženja. Poželjna ponašanja se potiču i nagrađuju, a neprihvatljiva kažnjavaju. Način rada je većinom individualno savjetovanje, grupni sastanci i rekreativno-okupacione aktivnosti. U nekim terapijskim zajednicama akcenat se stavlja na edukaciju i različite vokacione treninge za različite aktivnosti. Posebno je važno napomenuti kako teče proces liječenja i kako izgleda boravak u terapijskoj zajednici. To je najlakše predstaviti kroz četiri osnovne, preklapajuće faze:

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

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

3. Nakon faze uključivanja i procjene i pripreme slijedi **faza liječenja**. U ovoj fazi, akcenat je na terapijskim programima. Terapijski programi mogu biti različiti, od učešća jednom sedmično do stalnog boravka, od pretežno socioterapijskih do psiho-analitičkih, kognitivno-bihevioralnih, humanističkih, interpersonalnih i sistemskih grupa, u trajanju od nekoliko sedmica do nekoliko godina, vremenski ograničenih ili otvorenih, a broj članova varira od 6 do preko 50. Neke zajednice uključuju individualnu terapiju, dok druge smatraju da ona narušava proces grupe dinamike. Tipični program sastoji se od 3 do 5 dolazaka sedmično, a grupne intervencije uključuju mješavinu sastanaka zajednice, male terapijske grupe, zajedničke obroke i neformalno vrijeme. Tipičan broj članova je između 12 i 24, podijeljenih u 3 male grupe, u trajanju 12 do 18 mjeseci. U slučaju kriznih situacija sastanci se dogovaraju u kratkom vremenu.

4. **Faza oporavka**: Do nedavno je boravak u terapijskoj zajednici naglo završavao otpuštanjem pacijenta s liječenja, dok se danas preporučuje da se članovima omogući podrška tokom procesa odlaska i ponovnog vraćanja u raniju socijalnu mrežu. To se može olakšati i grupama za praćenje koje traju određeno vrije-

me. Ove su grupe podržavajuće s praktičnim ciljem, a ne terapijske s ciljem eksploracije. Osim planiranih, postoje i prerani odlasci ako se član ne može nositi s terapijom ili se isključuje zbog ozbiljnih i ponavljanih kršenja pravila. Navedeno ne mora značiti neuspjeh terapijskog tretmana, ali svakako da duži ostanak pretpostavlja veću učinkovitost (Štrkalj Ivezić i sar., 2014).

### Uloga porodice tokom boravka člana u terapijskoj zajednici

Porodica ima izuzetno važnu ulogu u procesu oporavka člana koji boravi u terapijskoj zajednici. Iako se sam tretman odvija u strukturisanom i kontrolisanom okruženju, emocionalna i psihološka povezanost s porodicom ostaje snažan faktor koji može značajno uticati na uspjeh rehabilitacije. Tokom ovog perioda porodica prolazi kroz vlastiti proces prilagođavanja, učenja i promjene, što je često jednako zahtjevno kao i sam oporavak korisnika.

Redovni kontakti sa članom zajednice, bilo putem posjeta, telefonskih razgovora ili pisane komunikacije, doprinose osjećaju podrške, ali i očuvanju odnosa koji će biti važni nakon povratka u porodično okruženje. Istovremeno, porodica uči da poštuje granice terapijskog procesa, da razvija strpljenje i povjerenje u stručni tim koji vodi rehabilitaciju.

Kroz porodične edukacije, radionice i zajedničke terapijske sesije, porodica stiče znanja o prirodi ovisnosti, mehanizmima oporavka i načinima na koje može konstruktivno doprinijeti procesu promjene. Na taj način, članovi porodice uče razlikovati podršku od kontrole, razumjeti važnost samostalnosti korisnika i prepoznati vlastite obrasce ponašanja koji su ranije mogli održavati disfunkcionalne odnose.

Uloga porodice nije samo da „čekaju“ završetak tretmana, već da aktivno učestvuju u procesu rehabilitacije kroz saradnju sa terapeutima, učešće u porodičnim programima i lični rad na promjeni. Ovakav angažman doprinosi stvaranju zdravijeg porodičnog sistema koji može pružiti stabilno i podržavajuće okruženje nakon završetka boravka u zajednici.

Istraživanja potvrđuju da porodice koje su uključene u proces tretmana doprinose boljoj stabilnosti korisnika, manjoj vjerovatnoći recidiva i većoj uspješnosti reintegracije u društvo (Velleman & Templeton, 2012). Porodica, dakle, nije samo emocionalna podrška – ona postaje aktivni partner u procesu oporavka i ključni nosilac promjene unutar šire mreže podrške.

### Efikasnost terapijskih zajednica

Veliki broj istraživanja potvrđuje da su terapijske zajednice jedan od najefikasnijih modela tretmana ovisnosti, posebno kada se radi o dugotrajnom i sveobuhvatnom pristupu rehabilitaciji. Ovaj model ne fokusira se samo na prestanak konzumiranja psihoaktivnih supstanci, već na cjelokupnu promjenu životnog stila, sistema vrijednosti i obrasca ponašanja.

Prema podacima Evropskog centra za praćenje droga i ovisnosti (EMCDDA, 2020), između **55% i 70% korisnika** koji završe program u terapijskoj zajednici ostaju apstinentni godinu dana nakon izlaska. Ovi rezultati ukazuju na visok nivo uspješnosti, naročito u poređenju s kraćim ili manje strukturisanim oblicima tretmana.

Istraživanja De Leona i Wexlera (2015) pokazuju da boravak u terapijskoj zajednici dovodi do **značajnog smanjenja kriminalnog ponašanja**, dok se istovremeno bilježi **porast zaposlenosti, poboljšanje socijalnih i porodičnih odnosa te povećan osjećaj odgovornosti i samopoštovanja** kod korisnika (Galanter, 2016).

Prema izvještaju *National Institute on Drug Abuse* (2018), **dugotrajniji boravak**, u trajanju od 9 do 12 mjeseci, značajno povećava vjerovatnoću uspješnog oporavka. U tom periodu korisnici imaju dovoljno vremena da razviju nove obrasce ponašanja, nauče konstruktivne načine suočavanja sa stresom i izgrade stabilnu mrežu podrške.

Sveobuhvatni pristup terapijskih zajednica, koji kombinuje psihoterapijske, edukativne i radno-okupacione aktivnosti, omogućava dugoročniju promjenu i stabilniju resocijalizaciju. Efikasnost ovog modela ne ogleda se samo u apstinenciji, nego i u kvalitetu života korisnika nakon tretmana – u obnovljenim porodičnim vezama, boljoj socijalnoj integraciji i većoj samostalnosti u svakodnevnom životu.

### Kratki osvrt na historijski razvoj terapijskih zajednica za liječenje ovisnika

Kada govorimo o liječenju ovisnosti o drogama putem korištenja metode terapijske zajednice kao tretmana liječenja ovisnosti, u Americi, u Santa Monici, Kaliforniji je davne 1958. godine osnovana prva terapijska zajednica za ovisnike (Ofshe, 1980). To je zapravo, bila reakcija ovisnika na neadekvatan medicinski institucionalni tretman osoba ovisnih o psihoaktivnim supstancama. Tako je nastala terapijska zajednica ovisnika o heroinu pod nazivom **Synanon** u koju su se pod vodstvom Charlesa Dedericha, pripadnika pokreta

Anonimnih alkoholičara pridružila grupa heroinskih ovisnika nezadovoljnih dotadašnjim pristupom liječenja ovisnosti. Synanon je trajno prestao sa radom 1991. godine jer se prethodno preobrazio u svojevrsni kult (Church of Synanon) povezan s brojnim kriminalnim aktivnostima i time došao u sukob sa zakonom (Bugari, 2013).

Nova terapijska zajednica osnovana je 1963. godine u New Yorku u saradnji s bivšim ovisnicima i profesionalcima koji su radili u terapijskoj zajednici Synanon, pod nazivom **Daytop** (Drug Abuse Youth Treatment Program). Daytop je bio svojevrsni odgovor na povećani broj ovisnika o drogama, a posebno se to odnosilo na ovisnike iz Vijetnamskog rata koji su u društvu tada predstavljali gorući problem. Daytop je preteča brojnih modernih terapijskih zajednica, a postoji i djeluje i danas i zbog toga se smatra najstarijom aktivnom terapijskom zajednicom na svijetu (Bugari, 2013). Širenje terapijskih zajednica za ovisnike o drogama započelo je kasnih šezdesetih i ranih sedamdesetih godina prošlog stoljeća zbog rastućeg problema ovisnosti o heroinu i uslijed toga epidemije virusa HIV-a osamdesetih godina.<sup>1</sup> Zajednička ideja svih terapijskih zajednica je da ovisnici živeći i radeći zajedno, pomažući jedni drugima ostvaruju kolektivni smisao za život bez droge.

Savremene terapijske zajednice su pretrpjele mnoge transformacije od samog formiranja, ali je cilj i dalje ostao ne samo pomoći osobi da prestane uzimati drogu, već joj pomoći da izgradi takav životni stil koji podržava život bez droge.

U Bosni i Hercegovini postoji nekoliko ustanova za liječenje osoba ovisnih o psihoaktivnim supstancama u kojima se liječenje provodi kroz terapijske zajednice.<sup>2</sup> Sve ove ustanove za cilj imaju rehabilitaciju i liječenje bolesti ovisnosti o psihoaktivnim supstancama. Koli-

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

2 Neke od ustanova u BiH koje se bave liječenjem problema ovisnosti, a liječenje provodi kroz terapijske zajednice su: Centar za rehabilitaciju ovisnika o psihoaktivnim supstancama „Smoluća“ Tuzla, JU Terapijska zajednica Kampus Kantona Sarajevo, Terapijska zajednica „Viktorija“ Banja Luka, Centar za odvikavanje od ovisnosti – „Marjanovac“ u Aleksandrovcu.



ko dugo će ovisnici ostati u ovim ustanovama zavisi prvenstveno od volje ovisnika, dužine tretmana liječenja, a za liječenje sa pozitivnim rezultatima potrebna je minimalna godina dana boravka u terapijskoj zajednici.

Iako kapaciteti nisu dovoljni, rezultati pokazuju pozitivan trend smanjenja relapsa i kriminalnog ponašanja. Najveći izazovi su: finansiranje, nedovoljna postpenalna podrška i nedostatak stručnog kadra. Zbog svega navedenog, potrebno je razvijati mrežu saradnje sa centrima za socijalni rad, sudovima, zdravstvenim ustanovama i poslodavcima kako bi se omogućila uspješna reintegracija korisnika.

### Zaključak

Terapijska zajednica dokazano je efikasan model u liječenju ovisnosti o psihoaktivnim supstancama. Promjena se ne dešava samo medicinskim putem, već kroz svakodnevni život u strukturisanom okruženju, socijalno učenje, grupni rad i razvoj nove životne rutine. Prema mnogim istraživanjima, ovisnici koji završe program terapijske zajednice do kraja pokazuju pozitivan uspjeh u smislu stabilnog životnog stila bez droge, bez kriminalnih aktivnosti uz završavanje edukacije i održavanje zaposlenosti. Korisnici koji završe program ostvaruju veće šanse za dugotrajnu apstinenciju, smanjenje kriminalnog ponašanja i uspješniju integraciju u društvo. Zbog toga terapijska zajednica ostaje jedna od važnijih metoda rehabilitacije u savremenoj praksi.

### Literatura

1. Bugari, S. (2013). *Liječenje ovisnika o drogama u terapijskim zajednicama*. Socijalni rad i duhovnost. Sarajevo: Connectum.
2. De Leon, G., & Wexler, H. (2015). *TCs: Outcomes, challenges and research directions*. International Journal of Therapeutic Communities, 36(2), 89–102.
3. Galanter, M. (2016). What is recovery? *A conceptual model and explication*. Journal of Substance Abuse Treatment, 69, 12–18.
4. Hećimović, V. (1987). *Terapijska zajednica*. Zagreb: Socijalna zaštita.
5. National Institute on Drug Abuse (2015). *Therapeutic communities*, pristup: 08.04.2021. [www.drugabuse.gov/publications/researchreports/therapeuticcommunities/references](http://www.drugabuse.gov/publications/researchreports/therapeuticcommunities/references)
6. National Institute on Drug Abuse (2018). *Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide*. Washington, DC: NIDA.
7. Ofshe, R. (1980). *The Social Development of the Synanon Cult: The Managerial Strategy of Organizational Transformation*. Sociological Analysis, 41(2), 109–127.
8. Vanderplasschen, W., Vandeveld, S. i Broekaert, E. (ur.). (2014). *Therapeutic communities for treating addictions in Europe. Evidence, current practices and future challenges*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
9. Velleman, R., & Templeton, L. (2012). *Impact of substance misuse on families: A review*. Drugs: Education, Prevention and Policy, 19(1), 1–17.
10. Štrkalj-Ivezić, S., Jendričko, T., Pisk, Z. i Martić-Biočina, S. (2014). *Terapijska zajednica*. Socijalna psihijatrija, 42(3), 172–179.

# ULOGA LOKALNE ZAJEDNICE U PREVENCIJI OVISNOSTI

Emina Tufekčić, magistar njemačkog jezika i književnosti, Doc.dr. Meliha Brdarević-Šikić, dipl. psiholog  
JZU Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona

## Sažetak

Ovisnost predstavlja jedan od najznačajnijih problema savremenog društva, sa ozbiljnim posljedicama po pojedince, porodice i zajednice. Prevencija ovisnosti zahtijeva koordiniran i sveobuhvatan pristup, koji uključuje ne samo zdravstvene i obrazovne institucije, već i lokalnu zajednicu u cjelini. Lokalna zajednica ima ključnu ulogu kroz pružanje edukacije, socijalne podrške, kulturnih i sportskih aktivnosti, te kroz osiguravanje sigurnog okruženja za mlade i ranjive grupe. Ovaj rad analizira ulogu lokalne zajednice u prevenciji ovisnosti, razmatra metode i strategije koje se primjenjuju, kao i izazove sa kojima se susreću lokalne inicijative. Na kraju, rad pruža preporuke za unapređenje preventivnog djelovanja, naglašavajući da je uspješna prevencija rezultat zajedničkog djelovanja različitih sektora unutar lokalne zajednice.

## Uvod

Ovisnost se definiše kao stanje u kojem pojedinac gubi kontrolu nad upotrebom određene supstance ili ponašanja, što dovodi do štetnih posljedica po njegovo fizičko i psihičko zdravlje. Ovisnost se može manifestirati kroz alkohol, psihoaktivne supstance, kockanje, kao i novije oblike, poput ovisnosti o internetu i video igrama. Globalno gledano, ovisnost je jedan od vodećih uzroka bolesti, smrtnosti i socijalnih problema. U Bosni i Hercegovini, problem je posebno izražen među mladima, gdje statistike pokazuju porast konzumacije alkohola i droga, često pod utjecajem vršnjaka, medija i socijalnog okruženja.

Savremeni izazovi, uključujući socijalno-ekonomske nejednakosti, visoku nezaposlenost među mladima i ograničen pristup preventivnim programima, dodatno pogoršavaju problem. Biopsihosocijalni model ovisnosti naglašava da je pojavljivanje ovisnosti rezultat kombinacije bioloških predispozicija, psiholoških faktora i socijalnog okruženja, što čini lokalnu zajednicu ključnim akterom u prevenciji.

Cilj ovog rada je analizirati ulogu lokalne zajednice

u prevenciji ovisnosti, predstaviti metode i strategije prevencije, razmotriti izazove i prepreke, te dati preporuke za unapređenje preventivnog djelovanja.

## Ovisnost – problem savremenog društva

Ovisnost je kompleksan društveni i medicinski problem, koji ima višestruke implikacije. Biološki aspekti uključuju genetske predispozicije i neurohemijske promjene u mozgu koje utiču na kontrolu impulsa i nagrađivanja. Psihološki faktori obuhvataju stres, traumu, nisko samopouzdanje i depresiju. Socijalni faktori uključuju vršnjački pritisak, porodične probleme i dostupnost supstanci.

## Vrste ovisnosti

Najčešće oblike ovisnosti čine:

- **Alkoholna ovisnost** – jedan od vodećih uzroka bolesti jetre, kardiovaskularnih problema i socijalnih konflikata.
- **Ovisnost o drogama** – uključuje ilegalne supstance kao što su marihuana, kokain, heroin, ali i legalne lijekove koji se zloupotrebljavaju.
- **Kockarska ovisnost** – utječe na finansijsko i socijalno stanje pojedinca i porodice.
- **Ovisnost o internetu i digitalnim tehnologijama** – sve češći oblik među mladima, uzrokujući socijalnu izolaciju, probleme sa učenjem i mentalno zdravlje.

## Statistički podaci

Prema izvještajima Instituta za javno zdravstvo BiH, procjenjuje se da oko 25% mladih u dobi od 15 do 24 godine konzumira alkohol redovno, dok je upotreba psihoaktivnih supstanci u porastu. Globalno, Svjetska zdravstvena organizacija (WHO) procjenjuje da preko 35 miliona ljudi pati od ovisnosti o drogama, dok alkohol doprinosi više od tri miliona smrtnih slučajeva godišnje.

## Posljedice ovisnosti

Ovisnost ima brojne posljedice, uključujući:

- **Zdravstvene** – bolesti jetre, kardiovaskularni

problemi, smanjenje kognitivnih sposobnosti, psihički poremećaji.

- **Socijalne** – konflikti u porodici, nasilje, kriminal, gubitak radne sposobnosti.
- **Ekonomске** – povećani troškovi za zdravstveni sistem, smanjenje produktivnosti i finansijska nestabilnost porodica.

### Lokalna zajednica i njena uloga

Lokalna zajednica obuhvata grupu ljudi koji žive u istom području i dijele resurse, interese i odgovornosti. U prevenciji ovisnosti, lokalna zajednica djeluje kroz obrazovne, socijalne, kulturne i zdravstvene strukture.

#### Struktura lokalne zajednice

- **Škole i obrazovni centri** – glavni kanali za edukaciju mladih o rizicima od ovisnosti.
- **Nevladine organizacije** – pružaju podršku, organizuju radionice i mentorski rad.
- **Zdravstvene ustanove** – vrše prevenciju, liječenje i savjetovanje.
- **Policija i lokalne vlasti** – provode preventivne kampanje i regulaciju dostupnosti supstanci.

#### Primjeri lokalnih inicijativa

U BiH, nekoliko lokalnih zajednica implementira programe prevencije ovisnosti:

- Radionice u školama o zdravim životnim stilovima.
- Sportske aktivnosti i omladinski klubovi koji nude alternativu rizičnom ponašanju.
- Kampanje nevladinih organizacija za podizanje svijesti roditelja i mladih.

Ovi primjeri pokazuju da lokalna zajednica može značajno uticati na smanjenje rizika od ovisnosti kroz aktivno uključivanje svih sektora društva.

### Metode i strategije prevencije

Prevencija ovisnosti u lokalnoj zajednici obuhvata nekoliko nivoa:

#### Edukacija i informisanje

Edukativni programi pružaju informacije o štetnosti supstanci i razvijaju svijest o rizicima. Radionice i predavanja u školama, kampanje u medijima i interaktivni sadržaji za mlade su ključni alati.

#### Socijalna podrška i mentorski programi

Mentori i volonteri pomažu mladima da razviju pozitivne životne navike, rješavaju probleme i donose zdra-

vije odluke. Programi uključuju savjetovanje, grupne aktivnosti i podršku u kriznim situacijama.

#### Sportske i kulturne aktivnosti

Angažovanje mladih u sportu, umjetnosti i kulturnim projektima smanjuje vrijeme provedeno u rizičnim situacijama i razvija socijalne vještine.

#### Suradnja sa porodicom i školama

Uključivanje roditelja u preventivne programe povećava njihovu efikasnost. Redovna komunikacija između roditelja, nastavnika i stručnjaka za mentalno zdravlje omogućava ranu identifikaciju problema i pravovremenu intervenciju.

#### Teorijske osnove prevencije

Primarna prevencija ciljano djeluje na zdrave pojedince kako bi se spriječilo pojavljivanje ovisnosti. Sekundarna prevencija fokusira se na ranu identifikaciju i intervenciju kod rizičnih pojedinaca. Tercijarna prevencija pomaže u rehabilitaciji i reintegraciji osoba koje su već razvile ovisnost.

### Izazovi i prepreke

Prevencija ovisnosti u lokalnoj zajednici suočava se sa brojnim izazovima:

- **Nedostatak resursa** – ograničena finansijska sredstva i manjak kvalifikovanog osoblja otežavaju implementaciju programa.
- **Stereotipi i stigma** – negativni stavovi prema ovisnicima smanjuju njihovu inkluziju i pristup podršci.
- **Ograničena svijest i edukacija** – mnogi građani nisu dovoljno informisani o rizicima i preventivnim metodama.
- **Utjecaj medija i društvenih mreža** – glamurizacija alkohola, droga i kockanja povećava rizično ponašanje.

Prevazilaženje ovih prepreka zahtijeva koordinirani pristup, kontinuiranu edukaciju i aktivno uključivanje svih članova zajednice.

### Preporuke i zaključak

Za efikasnu prevenciju ovisnosti u lokalnoj zajednici, preporučuje se:

1. Osigurati adekvatna sredstva i stručno osoblje za preventivne programe.
2. Promovisati inkluzivne aktivnosti koje angažuju mlade i marginalizovane grupe.

3. Razvijati međusektorsku suradnju između škola, zdravstvenih ustanova, policije i nevladinih organizacija.
4. Sprovoditi kontinuirane edukativne kampanje za roditelje, nastavnike i mlade.
5. Razvijati dugoročne strategije koje uključuju praćenje i evaluaciju preventivnih aktivnosti.

Zaključak je da prevencija ovisnosti nije odgovornost samo pojedinca, već cijele zajednice. Aktivno uključivanje lokalne zajednice kroz obrazovne, socijalne i kulturne inicijative može značajno smanjiti rizik od ovisnosti i doprinijeti zdravijem, sigurnijem i produktivnijem društvu. Prevencija je kontinuiran proces koji zahtijeva suradnju svih sektora, a uspjeh ovisi o integraciji lokalnih resursa, obrazovanja i socijalne podrške.

### Literatura / Reference

1. World Health Organization (WHO). *Global status report on alcohol and health*, 2018.
2. Institut za javno zdravstvo Republike Srpske. *Izveštaj o upotrebi droga u BiH*, 2022.
3. Jovanović, M. (2019). *Prevencija ovisnosti u lokalnoj zajednici*. Beograd: Centar za prevenciju.
4. Novak, D. (2020). *Uloga škola i lokalne zajednice u prevenciji ovisnosti*. Sarajevo: Edukativni centar.
5. Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
6. WHO. *Preventing substance use and mental health disorders in youth*, 2020.



# ZAŠTO NE TREBAM BITI OVISNIK O STIMULANSIMA

mr. sc. med. dr. Hassan Awad, spec. neuropsihijatar

JZU Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona

## Uvod

Stimulansi predstavljaju grupu psihoaktivnih supstanci koje djeluju na centralni nervni sistem povećavajući nivo energije, budnosti i osjećaj euforije. Najčešće korišteni stimulansi su kokain, amfetamini, metamfetamin, MDMA (ekstazi) te lijekovi poput metilfenidata i modafinila, koji se u nekim slučajevima zloupotrebljavaju (UNODC, 2024). Zloupotreba stimulansa je globalni javnozdravstveni problem, sa značajnim individualnim, porodičnim i društvenim posljedicama.

U Bosni i Hercegovini trendovi zloupotrebe stimulansa pokazuju porast među mladima i studentskom populacijom, a dostupnost sintetičkih droga preko ilegalnih mreža i interneta dodatno povećava rizik (Zavod za javno zdravstvo FBiH, 2023). Upravo zato postavlja se ključno pitanje: zašto ne trebam biti ovisnik o stimulansima? Odgovor leži u razumijevanju neurobioloških, kliničkih, psihosocijalnih i društvenih posljedica koje stimulansi ostavljaju na pojedinca i zajednicu.

## Neurobiološki mehanizmi stimulansa

Stimulansi primarno djeluju povećavajući koncentraciju neurotransmitera dopamina, noradrenalina i serotonina u sinaptičkoj pukotini (Koob & Volkow, 2016). Dopamin igra ključnu ulogu u sistemu nagrađivanja mozga, pa nagli porast ovog neurotransmitera izaziva intenzivni osjećaj zadovoljstva i euforije. Međutim, ponovljena upotreba dovodi do iscrpljivanja dopaminskih rezervi, smanjenja osjetljivosti receptora i trajnih neuroadaptacija.

Kod hronične upotrebe stimulansa javljaju se promjene u prefrontalnom korteksu i limbičkom sistemu, što dovodi do smanjene kontrole impulsa, slabljenja kognitivnih funkcija i povećane sklonosti ka kompulsivnom uzimanju droge (Everitt & Robbins, 2016). Neurobiološki, ovisnost o stimulansima je poremećaj učenja i pamćenja, gdje mozak patološki uči da je droga primarni izvor nagrade.

## Kliničke i zdravstvene posljedice

### Psihijatrijske posljedice

Hronična upotreba stimulansa povezana je sa razvojem anksioznosti, depresije i psihotičnih poremećaja (Darke et al., 2008). Kokainska i amfetaminska psihoza klinički mogu nalikovati shizofreniji, sa halucinacijama, paranoidnim idejama i dezorganiziranim mišljenjem. Rizik od suicidalnosti značajno raste kod osoba koje zloupotrebljavaju stimulatívne droge (Chen et al., 2019).

Osim primarnih psihijatrijskih simptoma, kod ovisnika o stimulansima često se javlja **komorbiditet sa drugim oblicima ovisničkog ponašanja**. Pod uticajem „spida“ ili drugih stimulansa, osobe često posežu za **alkoholom**, kako bi ublažile pad raspoloženja ili nesanicu nakon djelovanja droge. Kombinacija stimulansa i alkohola povećava rizik od hepatotoksičnosti, kardiovaskularnih komplikacija (Pennings et al., 2002). Ova kombinacija dodatno povećava neurotoksičnost i rizik od impulzivnih reakcija, agresivnih ili suicidalnih ponašanja.

Takođe, kod ove populacije čest je prelazak u **behavioralne ovisnosti** — naročito **kockanje, kompulzivno korištenje interneta i seksualna rizična ponašanja**. Ovi oblici ovisnosti dodatno su pojačani stimulatívnim efektom droge i smanjenom kontrolom impulsa, što dovodi do začaranog kruga samodestruktivnog ponašanja i socijalne disfunkcionalnosti (Grant & Chamberlain, 2016).

### Neurološke posljedice

Zloupotreba stimulansa može izazvati epileptičke napade, moždane udare i trajna kognitivna oštećenja. Studije pokazuju da hronični korisnici metamfetamina imaju smanjeni volumen sive mase i narušene izvršne funkcije (Thompson et al., 2004).

### Epileptički napadi

**Mehanizam:** Stimulansi poput amfetamina, metamfetamina i kokaina naglo povećavaju koncentraciju

dopamina, noradrenalina i glutamata, uz istovremeno smanjenje GABA-ergične inhibicije u mozgu. Taj disbalans dovodi do hiperekscitabilnosti neuronskih mreža — neuroni prekomjerno „pucaju“, sinhronizirano i nekontrolisano.

**Patofiziološki ishod:** Kod akutne intoksikacije dolazi do naglog porasta ekscitacije kortikalnih neurona, što može rezultirati generaliziranim toniko-kloničkim napadima, čak i kod osoba bez ranije epilepsije. Uz to, stimulansi uzrokuju hipertenziju, hiponatrijemiju i hipertermiju, što dodatno povećava rizik konvulzija. Hronični korisnici mogu razviti trajnu epileptogenu disfunkciju, posebno u temporalnim i frontalnim režnjevima. (Ref: Jones et al., 2020; Darke et al., 2008.)

### Moždani udari

**Mehanizam:** Zloupotreba stimulansa dovodi do izraženog porasta krvnog pritiska i vazospazma — naročito u cerebralnim arterijama. Pored toga, stimulansi povećavaju agregaciju trombocita, oštećuju endotel krvnih sudova i uzrokuju vaskulitis.

**Posljedica:** Ishemijski moždani udar može nastati zbog vazokonstrikcije i tromboze malih arterija. Hemoragični udar se javlja usljed naglog porasta krvnog pritiska i rupture oslabljene arterijske stijenke, naročito kod kokainske intoksikacije.

Kod mladih korisnika, ovi udari se često javljaju bez klasičnih faktora rizika, što ukazuje na direktno toksično i vazookluzivno djelovanje droga. (Ref: Westover & McBride, 2007; Kaye et al., 2007.)

### Trajna kognitivna oštećenja

**Mehanizam:** Dugotrajna upotreba stimulansa dovodi do neurotoksičnih efekata na dopaminergičke i serotonergičke neurone — naročito u prefrontalnom korteksu, hipokampusu i striatumu. Ti regioni su odgovorni za pamćenje, planiranje, pažnju i emocionalnu regulaciju.

**Posljedica:** Gubitak sinaptičkih veza i oksidativni stres uzrokuju hipometabolizam i gubitak sive mase (Thompson et al., 2004).

Klinički se ispoljava kroz smanjenu pažnju, pamćenje, radno pamćenje, izvršne funkcije i emocionalnu nestabilnost.

Čak i nakon apstinencije, ove promjene mogu biti dugotrajne ili djelomično ireverzibilne, što potvrđuju neuroimaging studije (Volkow et al., 2016). (Ref: Thompson et al., 2004; Volkow & Koob, 2016.)

### Somatske posljedice zloupotrebe stimulansa

Stimulansi djeluju snažno na kardiovaskularni sistem. Akutna upotreba povećava rizik od aritmija, hipertenzivnih kriza, infarkta miokarda i iznenadne smrti (Kaye et al., 2007). Takođe se bilježe gastrointestinalni, respiratorni i imunološki poremećaji.

Zloupotreba stimulansa ima ozbiljne posljedice po cjelokupno fizičko zdravlje korisnika. Pored iscrpljenosti, gubitka tjelesne mase, dehidracije i oštećenja jetre, naročito je pogođen **kardiovaskularni sistem**.

### Kardiovaskularne posljedice

Stimulansi djeluju snažno na kardiovaskularni sistem, putem kombinacije **simpatičke hiperaktivacije, vazospazma, oksidativnog stresa i elektrofiziološke nestabilnosti srca**.

**1. Simpatomimetska hiperaktivacija:** Stimulansi potiču pojačano otpuštanje adrenalina i noradrenalina, što uzrokuje povećanje srčane frekvencije, vazokonstrikciju i povišen krvni pritisak. Ovaj proces značajno povećava rizik od hipertenzivnih kriza i preopterećenja srca, što može dovesti do hipertrofije miokarda i kasnijeg srčanog zatajenja (Kaye et al., 2007).

**2. Vazospazam i ishemija:** Kokain i amfetamini izazivaju spazam koronarnih arterija koji može nastati i kod potpuno zdravih krvnih sudova, dovodeći do ishemije miokarda, angine pectoris i infarkta. Kod mladih korisnika stimulansa često se bilježe infarkti bez aterosklerotskih promjena, što ukazuje na funkcionalni, a ne strukturni uzrok (Mittleman & Wetli, 1987).

**3. Oksidativni stres i oštećenje endotela:** Hronična stimulacija  $\beta$ -adrenergičkih receptora dovodi do stvaranja reaktivnih kisikovih vrsta (ROS), čime se oštećuju ćelije endotela i srčanog mišića. Posljedica su endotelna disfunkcija, upala, fibroza i razvoj dilatativne kardiomiopatije (Nguyen & Matsumoto, 2008).

**4. Aritmije i iznenadna smrt:** Stimulansi mijenjaju električnu stabilnost srca djelovanjem na natrijske i kalijeve kanale, uzrokujući ventrikularne aritmije, fibrilaciju komora i ponekad iznenadnu srčanu smrt. Ovaj rizik se dodatno povećava ako korisnik istovremeno konzumira alkohol, ima elektrolitni disbalans ili dehidraciju (Hollander, 2008).

**5. Hronične komplikacije:** Dugotrajna upotreba stimulansa može uzrokovati dilatativnu kardiomiopati-

tiju, valvularne lezije i plućnu hipertenziju, što često dovodi do zatajenja srca u mlađoj životnoj dobi.

### Socijalne i funkcionalne posljedice

Ovisnost o stimulansima ne pogađa samo pojedinca već i njegovu porodicu i društvo. Porodični odnosi često bivaju narušeni zbog agresivnog ponašanja, laži, krađa i gubitka povjerenja. Na radnom mjestu dolazi do pada produktivnosti, čestih izostanaka i gubitka posla (Gossop et al., 2002).

Zloupotreba stimulansa povezana je i sa rizičnim seksualnim ponašanjem, čime raste incidenca HIV-a i drugih spolno prenosivih bolesti (Levy et al., 2017). Osobe u aktivnoj ovisnosti nerijetko ulaze u kriminalne aktivnosti kako bi pribavile sredstva za drogu, što dodatno opterećuje pravosudni i sigurnosni sistem.

### Poseban rizik kod mladih

Adolescenti su posebno ranjivi jer je njihov mozak u fazi razvoja, naročito prefrontalni korteks odgovoran za donošenje odluka i kontrolu impulsa (Casey et al., 2008). Upotreba stimulansa u ranoj dobi značajno povećava rizik od trajne ovisnosti, psihijatrijskih poremećaja i školskog neuspjeha.

Tzv. „pametne droge“, poput metilfenidata ili modafinila, nerijetko se zloupotrebljavaju među studentima radi poboljšanja kognitivnih performansi. Međutim, istraživanja pokazuju da takva praksa nosi rizik ozbiljnih nuspojava i dugoročnih oštećenja (Wilens et al., 2008).

### Prevenција i tretman

#### Primarna prevencija

Prevenција zloupotrebe stimulansa zahtijeva multisektorski pristup. Edukacija u školama, promocija zdravih stilova života, jačanje socijalnih vještina i porodice ključni su elementi uspješne prevencije (WHO, 2022).

#### Sekundarna i tercijarna prevencija

Rana identifikacija i intervencija kod osoba koje pokazuju rizična ponašanja smanjuju vjerovatnoću razvoja ovisnosti. Tretman ovisnosti o stimulansima uključuje psihosocijalne intervencije (kognitivno-bihevioralna terapija, motivacioni intervjui) i, u nekim slučajevima, farmakološke pristupe koji su još u fazi istraživanja (Rawson et al., 2002).

### Farmakološki pristupi liječenju ovisnosti o stimulansima

Iako trenutno ne postoji odobreni lijek za liječenje ovisnosti o stimulansima, brojna istraživanja posljed-

njih decenija usmjerena su na razvoj farmakoterapijskih strategija koje bi mogle smanjiti žudnju, olakšati apstinenciju i prevenirati relaps.

Prvi konceptualni okvir za farmakološko liječenje stimulanskih ovisnosti definiran je početkom 2000-ih (Rawson et al., 2002), kada su identificirane tri glavne istraživačke linije: **agonistička**, **antagonistička** i **imunoterapijska**. Ovaj model i danas predstavlja osnovu savremenih studija, koje su značajno napredovale u razumijevanju neurobioloških mehanizama ovisnosti.

Nove kliničke studije (Trivedi et al., 2021; Kosten et al., 2014) istražuju **kombinovane pristupe** koji povezuju dopaminergičke agoniste (poput bupropiona i modafinila) s antagonistima (npr. naltrekson), te ispitivanje **vakcina protiv kokaina i metamfetamina** koje djeluju imunološkim mehanizmom. Ovi pristupi pokazuju umjeren uspjeh u smanjenju žudnje i produženju apstinencije, iako nijedan još nije standardizovan za kliničku praksu.

U tom smislu, farmakološki tretman ovisnosti o stimulansima i dalje se nalazi u **eksperimentalnoj fazi**, dok se najveći terapijski efekti postižu kombinovanjem psihosocijalnih metoda, poput kognitivno-bihevioralne i kontingencijske terapije.

### Uloga Zavoda za bolesti ovisnosti

Zavodi u Bosni i Hercegovini, uključujući Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona, imaju centralnu ulogu u organizaciji tretmana i prevencije. Pored direktnog rada sa pacijentima, ključna je saradnja sa školama, lokalnim zajednicama, pravosudnim organima i zdravstvenim institucijama u kreiranju zaštitnog okruženja za mlade.

### Zaključak

Odgovor na pitanje „zašto ne trebam biti ovisnik o stimulansima“ nalazi se u cjelokupnom spektru posljedica koje one uzrokuju: od teških neurobioloških oštećenja, preko psihijatrijskih i somatskih komplikacija, do razaranja porodičnih odnosa i društvene disfunkcionalnosti. Ovisnost o stimulansima nije samo individualni problem, već i javnozdravstveni izazov koji zahtijeva sveobuhvatan i multidisciplinaran odgovor.

Zdrav izbor, život bez ovisnosti, čuva integritet mozga, mentalno i fizičko zdravlje, porodicu i zajednicu. Prevencija i rano djelovanje ostaju najbolji odgovor na epidemiju stimulativnih droga.

### Literatura

1. UNODC. World Drug Report 2024. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime.
2. Zavod za javno zdravstvo FBiH. Izvještaj o zloupotrebi droga u FBiH, 2023.
3. Koob GF, Volkow ND. Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. *Lancet Psychiatry*. 2016;3(8):760–773.
4. Everitt BJ, Robbins TW. Drug addiction: updating actions to habits to compulsions ten years on. *Annu Rev Psychol*. 2016;67:23–50.
5. Darke S, Kaye S, McKetin R, Dufou J. Major physical and psychological harms of methamphetamine use. *Drug Alcohol Rev*. 2008;27(3):253–262.
6. Chen LY, Crum RM, Martins SS, Kaufmann CN, Strain EC. Cocaine use and suicide attempts in U.S. adults. *Drug Alcohol Depend*. 2019;202:1–6.
7. Kaye S, McKetin R, Dufou J, Darke S. Methamphetamine and cardiovascular pathology: a review of the evidence. *Addiction*. 2007;102(8):1204–1211.
8. Gossop M, Marsden J, Stewart D. The National Treatment Outcome Research Study (NTORS): 4–5 year follow-up results. *Addiction*. 2002;97(1):79–90.
9. Levy ME, et al. High HIV incidence among MSM in Washington, D.C.: HIV prevention challenges in a dynamic epidemic. *AIDS Behav*. 2017;21(6):1661–1670.
10. Casey BJ, Jones RM, Hare TA. The adolescent brain. *Ann NY Acad Sci*. 2008;1124:111–126.
11. Wilens TE, et al. Misuse and diversion of stimulants prescribed for ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008;47(1):21–31.
12. WHO. International Standards on Drug Use Prevention, 2nd edition. Geneva: World Health Organization, 2022.
13. Rawson RA, et al. A comparison of contingency management and cognitive-behavioral approaches during methadone maintenance treatment for cocaine dependence. *Arch Gen Psychiatry*. 2002;59(9):817–824.
14. Volkow ND, Koob GF, McLellan AT. Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction. *N Engl J Med*. 2016;374(4):363–371.
15. Pennings EJ, Leccese AP, de Wolff FA. Effects of concurrent use of alcohol and cocaine. *Addiction*. 2002;97(7):773–783.
16. Grant JE, Chamberlain SR. Expanding the definition of addiction: DSM-5 vs ICD-11. *CNS Spectrums*. 2016;21(4):300–303.
17. Jones HE, Comer SD, Kranzler HR. Neurotoxic effects of stimulant abuse: clinical manifestations and pathophysiology. *Frontiers in Psychiatry*. 2020;11:559.
18. Westover AN, McBride S. Stroke in young adults who abuse amphetamines or cocaine: a population-based study of hospitalized patients. *Archives of General Psychiatry*. 2007;64(4):495–502.
19. Thompson PM, Hayashi KM, Simon SL, Geaga JA, Hong MS, Sui Y, et al. Structural abnormalities in the brains of human subjects who use methamphetamine. *Journal of Neuroscience*. 2004;24(26):6028–6036.
20. Mittleman RE, Wetli CV. Cocaine and sudden “natural” death. *Journal of Forensic Sciences*. 1987;32(1):11–19.
21. Hollander JE. Cocaine-induced myocardial ischemia. *New England Journal of Medicine*. 2008;338(21):1481–1482.
22. Nguyen P, Matsumoto RR. Cardiovascular toxicity of psychostimulants: mechanisms and therapeutic strategies. *Toxicology and Applied Pharmacology*. 2008;233(3):439–453.
23. Rawson RA, Gonzales R, Ling W. *Pharmacotherapy for stimulant abuse: Research to practice*. Addictive Behaviors. 2002;27(6):1239–1253.
24. Kosten TR, et al. *Vaccines against cocaine and methamphetamine: human trials and future directions*. Drug and Alcohol Dependence. 2014;144:184–190.
25. Trivedi MH, et al. *Bupropion and Naltrexone in Methamphetamine Use Disorder*. New England Journal of Medicine. 2021;384(2):140–153.



# DELIRANTNI SINDROM

mr.sci. Kasper dr. Samir, spec.neuropsihijatar, mr.sci. Sedin Habibović, diplomirani psiholog,

mr. Emina Babić, dipl.soc.pedagog, Isak Jaganjac medicinski tehničar

JZU Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona

Delirijum je akutno, prolazno, obično promjenljivo i reveribilno stanje poremećaja pažnje, kognitivnih funkcija i stanja svijesti. Čitav niz uzroka može dovesti do razvoja delirantnog stanja ali ćemo se mi u ovom radu pozabaviti delirantnim stanjima koje se javljaju u toku alkoholizma i ovisnosti o ilegalnim psihoaktivnim supstancama.

Za alkoholni delirijum se koristi naziv delirium tremens mada se nekada koristio i termin delirium aethylicus koji je u međuvremenu napušten. Predstavlja najozbiljniju formu alkoholne ovisnosti i predstavlja po život ozbiljno stanje (po različitim izvorima od 13-18%) koje zahtjeva hitan bolnički tretman najčešće u jedinicama intenzivne njege.

Delirijum koji se javlja kod ovisnika o ilegalnim pas se naziva toksični delirijum i javlja se znatno rjeđe od delirijum tremensa. Najčešći uzrok je kombinacije više raznorodnih pas ali su u igri i brojni drugi uzročnici. Patogeneza delirijuma je kompleksna i do danas nije u potpunosti rasvijetljena. Za delirantna stanja kojima se bavimo u ovom radu od značaja su tri grupe faktora. To su:

- poremećaj balansa neurotransmitera
- sistemska upala koja narušava krvno-moždanu barijeru
- reducirani protok krvi i poremećaji metabolizma CNS-a

Većina hipoteza i provedenih kliničkih studija ukazuje na redukciju nivoa aetil holina i ekscesivno povećanje dopamina kao jedan od glavnih faktora u razvoju delirantnog sindroma. U patogenezu su vjerovatno uključeni i drugi neurotransmiteri poput glutamata i gama amino buterne kiseline ali još uvijek nema značajnih naučnih dokaza koji bi to potvrdili.

Sistemska upala neovisno kako je izazvana (infekcijom, traumom op. zahvatom, intoksikacijom) dovodi do otpuštanja medijatora upale koji prolaze kroz krvno moždanu barijeru djelujući na mikroglijalno

tkivo i astrocite čime dovode do poremećaja u sinaptičkoj funkciji ćelija CNS-a. Istraživanja provedena u posljednje dvije godine novim slikovnim i funkcionalnim neurodijagnostičkim metodama (provedena su na ograničenom broju ispitanika tako da njihove rezultate za sada treba uzeti sa rezervom) ukazuju da bi ovi upalni medijatori mogli djelovati na sitne krvne sudove mozga izazivajući stvaranje mikrotrombova čime se dodatno kompromituje moždani krvotok.

Od ranije prisutni poremećaji moždane cirkulacije i metabolizma također mogu dovesti u sklopu sa drugim faktorima do razvoja delirantnog sindroma.

Postoje još neki faktori koji mogu precipitirati stanje delirantnog sindroma kao što su: reakcija organizma na akutni stres, poremećaji depolarizacije na neuronskim membranama, sistemske bolesti koje utiču na moždani krvotok i metabolizam, poremećaji ciklusa budno stanje san i sl.

U najvećem riziku za razvoj delirium tremensa su pacijenti sa istorijom dugog kontinuiranog konzumiranja alkohlnih pića koji su iz raznoraznih razloga prekinuli konzumaciju ili su je značajno smanjili. Ostali riziko faktori koji bi mogli dovesti do razvoja delirantnog sindroma su:

- ranije epizode delirijum tremensa i alkoholne epilepsije
- životna dob između 30 i 65 godina po većini studija
- koegzistirajuće bolesti ili infekcije.
- korištenje drugih psihoaktivnih supstanci i lijekova iz grupe psihofarmaka zajedno sa alkoholom
- loše opšte zdravstveno stanje uključujući i pothranjenost, dehidraciju i vitaminsku deficijenciju
- bolesti i oštećenja jetre
- ranije prisutne epizode alkoholne psihoze ili preegzistirajući kognitivni deficiti.
- obrazac kontinuirane konzumacije alkohlnih pića naspram dipsomanskom
- nedostatak medicinskog nadzora prilikom pokušaja prestanka ili smanjenja konzumacije alkohlnih pića.

Glavni riziko faktori za razvoj toksičnog delirijuma su: -istovremena konzumacija više raznorodnih psihoaktivnih supstanci uključujući i psihotropne lijekove i alkohol

- starija životna dob
- od ranije prisutni organski ili funkcionalni poremećaji CNS-a uključujući i cerebrovaskularne poremećaje, parkinsonovu bolest i sl.
- prisustvo hroničnih organskih bolesti kod pacijenta (bolesti jetre, bubrega, KV sistema i sl.)
- loše opšte zdravstveno stanje uključujući i pothranjenost, dehidraciju i deficijenciju vitamina.
- ovisnost i psihoaktivnim supstancama uključujući i overdoziranja i stanja apstinencijalne krize
- metabolički poremećaji i hirurški zahvati naročito ortopedski
- faktori okoline (nedostatak sna, ozbiljan emocionalni stres, primjena mjera fizičkog sputavanja i sl.)

Simptomi delirantnog sindroma predstavljaju naglu i fluktuirajuću promjenu mentalnih funkcija i to stanja svijesti, kognitivnih funkcija te poremećaje ponašanja i emocija. Za delirantni sindrom je karakteristično pogoršanje simptoma tokom noći i njihova djelomična regresija u toku dana. Ovdje ćemo samo taksativno nabrojati simptome delirantnog sindroma:

- poremećaj alo i autopsihičke orijentacije
- smetnje koncentracije
- fluktuirajuće stanje budnosti i sna (iz stanja letargije pacijent naglo prelazi u stanje velike uznemirenosti i nemira povremeno i hostilnosti)
- poremećaj ciklusa san budno stanje (pacijenti su pospani danju a u toku noći su budni i psihomotor-no uznemireni.)
- smetnje pamćenja naročito za nedavne događaje
- dezorganizacija misaonog toka
- otežan govor i razumjevanje riječi
- perceptivne obmane slušne i vidne
- deluzijski poremećaji sa paranoidnim interpretacijama i idejama odnosu
- brze varijacije raspoloženja
- brze varijacije ponašanja od letargije do psihomotor-ne uznemirenosti i hostilnosti.

Ključna diferencijalno dijagnostička karakteristika delirantnog sindroma je nagli početak i fluktuiranje simptomatologije po čemu se razlikuje od drugih sličnih patoloških entiteta.

Dijagnoza delirantnog sindroma se postavlja na osnovu

specifične kliničke slike. Ipak zbog daljeg terapijskog tretmana neophodno je uraditi detaljne laboratorijske pretrage (kako bi se utvrdilo funkcionisanje vitalnih organa poput bubrega, jetre i srca te eventualno postojanje infekcije kao i acido bazni status i jonogram), EKG (u svrhu praćenja rada srca i pojave eventualnih aritmija), EEG a u slučaju sumnje na neurološke komplikacije i CT i MRI. Ovisno od razvoja kliničke slike mogu se poduzimati i druge neophodne dijagnostičke procedure.

Delirantni sindrom dovodi do čitavog niza komplikacija koje ovise kako o samom delirijumu tako i o premorbidnom stanju pacijenta. Po većini klasifikacija komplikacije se dijele na akutne i hronične ali to prevazilazi okvire ovog rada pa ćemo mi navesti najčešće:

- Povećana stopa mortaliteta. Bez tretmana stopa mortaliteta kod deliruma iznosi oko 20% dok sa tretmanom u jedinicama intenzivne njege se kreće od 1% do 5%. Većina letalnih ishoda je u vezi sa respiratornom insuficijencijom i srčanim aritmijama.
- epileptički napadi
- srčane aritmije koje u kombinaciji sa drugim faktorima mogu dovesti do hipertenzije, srčanih udara, cerebrovaskularnih inzulta, KV kolapsa i sl.
- ekstremna hipertermija
- disbalans elektrolita
- aspiraciona pneumonija
- fizičke povrede kao posljedica epi napada i violetnog ponašanja.
- Wernicke-Korsakoff sindrom
- Komplikacije drugih organskih sistema ovisno o premorbidnom stanju pacijent.

Terapija delirantnog sindroma ovisi o uzroku delirijuma. Terapijski proces treba početi što prije po mogućnosti u jedinicama intenzivne njege ili psihijatrijskim odjeljenjima koja raspolažu kapacitetima za provođenje intenzivne njega. Pošto su relativno česte komplikacije od strane KV sistema neophodno je vršiti kontinuirani monitoring KV parametara i po potrebi intervenisati a takođe imati u pripremi i sdekvatnu aparaturu (npr. respirator)

Ovdje ćemo samo taksativno u kratkim crtama nabrojati terapijske procedure koje se koriste u tretmanu delirantnog sindroma. To su:

- Nadoknada vode i elektrolita infuzionim otopinama
- Aplikacija parenteralnih oblika kratkodjelujućih

benzodiazepina i atipičnih antipsihotika u svrhu sedacije.

- Shodno razvoju kliničke slike aplikacija drugih grupa lijekova ovisno o simptomatologiji.
- Ukoliko se radi o toksičnom delirijuma primjena mjera detoksikacije te aplikacija antagonističkih i agonističkih lijekova.
- Primjena mjera fiksacije u strogim indikacijam.
- osiguravanje uspostavljanja adekvatnog cirkadijalnog ritma
- tretman pacijenta u mirnoj i relativno tihoj bolesničkoj sobi.

Navedenim terapijskim procedurama dolazi do potpunog povlačenja simptoma delirijuma i potpunog oporavka. Iz za sada neutvrđenih razloga kod nekih pacijenta trajanje simptoma i oporavak traju znatno duže. Delirijum tremens i toksični delirijum su najteže komplikacije bolesti ovisnosti. Relativno se rijetko javlja ju ali uvijek treba misliti na njih i imati pripremljen plan za njihovu dijagnostiku i tretman. Najbolji lijek za tretman ovih sindroma je prevencija značaj pojačan nadzor nad pacijentima u tretman alkoholne ili ovisnosti o ilegalnim psihoaktivnim supstancama kao i pacijentima koji se tek uključuju u tretman ili kod kojih se provodi neki od modaliteta detoksifikacije.

### Literatura:

1. Maldonado JR. Acute brain failure: pathophysiology, diagnosis, management, and sequelae of delirium. *Crit Care Clin.* (2017) 33:461–519. doi: 10.1016/j.ccc.2017.03.013
2. First MB. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition, and clinical utility. *J Nerv Ment Dis.* (2013) 201:727–9. doi: 10.1097/NMD.0b013e3182a2168a
3. Vasilevskis EE, Han JH, Hughes CG, Ely EW. Epidemiology and risk factors for delirium across hospital settings. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol.* (2012) 26:277–87. doi: 10.1016/j.bpa.2012.07.003
4. Inouye SK. Delirium in older persons. *N Engl J Med.* (2006) 354:1157–65. doi: 10.3390/healthcare10040724
5. Jones RN, Cizginer S, Pavlech L, Albuquerque A, Daiello LA, Dharmarajan K, et al. Assessment of instruments for measurement of delirium severity: a systematic review. *JAMA Intern Med.* (2019) 179:231–9. doi: 10.1001/jamainternmed.2018.6975
6. Inouye SK, Charpentier PA. Precipitating factors for delirium in hospitalized elderly persons. predictive model and interrelationship with baseline vulnerability. *JAMA.* (1996) 275:852–7. doi: 10.1001/jama.1996.03530350034031
7. Inouye SK. Delirium in hospitalized older patients: recognition and risk factors. *J Geriatr Psychiatry Neurol.* (1998) 11:118–25. doi: 10.1177/089198879801100302
8. Inouye SK. Predisposing and precipitating factors for delirium in hospitalized older patients. *Dement Geriatr Cogn Disord.* (1999) 10:393–400. doi: 10.1159/000017177
9. Fong TG, Tulebaev SR, Inouye SK. Delirium in elderly adults: diagnosis, prevention and treatment. *Nat Rev Neurol.* (2009) 5:210–20. doi: 10.1038/nrneurol.2009.24
10. Inouye SK, Westendorp RG, Saczynski JS. Delirium in elderly people. *Lancet.* (2014) 383:911–22. doi: 10.1016/S0140-6736(13)60688-1
11. Zipser CM, Deuel JW, Held JPO, Ernst J, Schubert M, Weller M, et al. Economic Impact of poststroke delirium and associated risk factors: findings from a prospective cohort study. *Stroke.* (2021) 52:3325–34. doi: 10.1161/STROKEA-HA.120.033005
12. Zipser CM, Deuel J, Ernst J, Schubert M, Weller M, von Känel R, et al. Predisposing and precipitating factors for delirium in neurology: a prospective cohort study of 1487 patients. *J Neurol.* (2019) 266:3065–75. doi: 10.1007/s00415-019-09533-4
13. Zipser CM, Deuel J, Ernst J, Schubert M, von Känel R, Bottger S. The predisposing and precipitating risk factors for delirium in neurosurgery: a prospective cohort study of 949 patients. *Acta Neurochir.* (2019) 161:1307–15. doi: 10.1007/s00701-019-03927-z
14. Mazzola P, Ward L, Zazzetta S, Brogini V, Anzuini A, Valcarcel B, et al. Association between preoperative malnutrition and postoperative delirium after hip fracture surgery in older adults. *J Am Geriatr Soc.* (2017) 65:1222–8. doi: 10.1111/jgs.14764
15. Young GB. Encephalopathy of infection and systemic inflammation. *J Clin Neurophysiol.* (2013) 30:454–61. doi: 10.1097/WNP.0b013e3182a73d83
16. Rudler M, Weiss N, Bouzbib C, Thabut D. Diagnosis and management of hepatic encephalo-

- pathy. *Clin Liver Dis.* (2021) 25:393–417. doi: 10.1016/j.cld.2021.01.008
17. Schubert M, Schurch R, Boettger S, Garcia ND, Schwarz U, Bettex D, et al. A hospital-wide evaluation of delirium prevalence and outcomes in acute care patients - a cohort study. *BMC Health Serv Res.* (2018) 18:550. doi: 10.1186/s12913-018-3345-x
18. World Medical Association. World medical association declaration of helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA.* (2013) 310:2191–4. doi: 10.1001/jama.2013.281053
19. Schuurmans MJ, Shortridge-Baggett LM, Duursma SA. The delirium observation screening scale: a screening instrument for delirium. *Res Theory Nurs Pract.* (2003) 17:31–50. doi: 10.1891/rtnp.17.1.31.53169
20. Hunstein D. ePAAC© : ergebnisorientiertes PflegeAssessment AcuteCare (Version 2.0). (2012) p. 1–72.
21. Zipser CM, Spiller TR, Hildenbrand FF, Seiler A, Ernst J, von Känel R, et al. Discharge destinations of delirious patients: findings from a prospective cohort study of 27,026 patients from a large health care system. *J Am Med Dir Assoc.* (2022) 23:1322–7.e2. doi: 10.1016/j.jamda.2022.01.051
22. Seiler A, Schubert M, Hertler C, Schettler M, Blum D, Guckenberger M, et al. Predisposing and precipitating risk factors for delirium in palliative care patients. *Palliat Support Care.* (2019) 18:437–46. doi: 10.1017/S1478951519000919
23. Baumberger D, Hunstein D. The linkage of nursing assessment and nursing workload. *Stud Health Technol Inform.* (2009) 146:36–40.
24. Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD]. *Purchasing power parities (PPP) (indicator)*. Paris: OECD (2022).
25. Zipser CM, Hildenbrand FF, Haubner B, Deuel J, Ernst J, Petry H, et al. Predisposing and precipitating risk factors for delirium in elderly patients admitted to a cardiology ward: an observational cohort study in 1,042 patients. *Front Cardiovasc Med.* (2021) 8:686665. doi: 10.3389/fcvm.2021.686665
26. Marquetand J, Gehrke S, Bode L, Fuchs S, Hildenbrand F, Ernst J, et al. Delirium in trauma patients: a 1-year prospective cohort study of 2026 patients. *Eur J Trauma Emerg Surg.* (2021) 48:1017–24. doi: 10.1007/s00068-021-01603-5
27. Tasker RC, Menon DK. Critical care and the brain. *JAMA.* (2016) 315:749–50. doi: 10.1001/jama.2016.0701



# ULOGA PORODICE I PSIHOLOŠKIH FAKTORA DJETETA U PREVENCIJI OVISNOSTI

Doc.dr. Meliha Brdarević-Šikić, dipl. psiholog, Emina Tufekčić, magistar njemačkog jezika i književnosti  
JZU Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona

## Sažetak

Prevenција ovisnosti kod djece i adolescenata predstavlja ključni izazov savremenog društva. Porodica i psihološki faktori djeteta imaju centralnu ulogu u oblikovanju otpornosti prema rizičnim ponašanjima, uključujući zloupotrebu alkohola, droga, kockanje i digitalnu ovisnost. Porodično okruženje, kvalitet komunikacije, emocionalna podrška i parentalni stilovi direktno utiču na razvoj ličnosti i socijalnih vještina djeteta. Psihološki faktori kao što su emocionalna regulacija, samopouzdanje, rezilijencija i socijalne vještine povećavaju sposobnost djece da odbiju rizične ponude. Ovaj rad detaljno analizira ulogu porodice i psiholoških faktora u prevenciji ovisnosti, uključuje teorijske okvire, primjere istraživanja i preporuke za praksu, te naglašava da je uspješna prevencija rezultat holističkog pristupa koji uključuje porodicu, školu i širu zajednicu.

## Uvod

Ovisnost kod mladih predstavlja kompleksan problem savremenog društva sa dugoročnim posljedicama po fizičko, mentalno i socijalno zdravlje. Iako mnogi faktori doprinose pojavi ovisnosti, porodica i psihološki faktori djeteta su od presudnog značaja za prevenciju. Porodica je primarni socijalni okvir u kojem dijete uči vrijednosti, norme i ponašanja. Psihološki faktori, uključujući emocionalnu regulaciju, samopouzdanje, sposobnost rješavanja problema i socijalne vještine, direktno utiču na otpornost djeteta prema rizičnim ponašanjima.

Savremeni izazovi, poput socijalno-ekonomskih nejednakosti, visokog pritiska vršnjaka, utjecaja medija i digitalne tehnologije, povećavaju rizik od razvoja ovisnosti kod mladih. Biopsihosocijalni model ovisnosti naglašava da kombinacija genetskih predispozicija, psiholoških i socijalnih faktora određuje sklonost pojedinca ka rizičnim ponašanjima, dok razvojni modeli naglašavaju značaj ranih godina i utjecaj porodice na kasniji životni put.

Cilj ovog rada je detaljno istražiti ulogu porodice i psi-

holoških faktora djeteta u prevenciji ovisnosti, analizirati teorijske modele, prikazati primjere istraživanja i ponuditi preporuke za praktičnu primjenu u lokalnoj zajednici.

## Ovisnost kod djece i adolescenata – problem savremenog društva

Ovisnost kod mladih je rezultat kompleksnog djelovanja bioloških, psiholoških i socijalnih faktora. Rizična ponašanja se često pojavljuju u adolescenciji, kada su djeca podložna vršnjačkom pritisku i traženju identiteta.

### Vrste ovisnosti kod mladih

- **Alkohol i droga** – najčešći uzrok ovisnosti kod adolescenata, povezan s eksperimentiranjem i socijalnim pritiscima.
- **Kockarska i digitalna ovisnost** – sve češći oblici kod djece, posebno uz povećanu dostupnost interneta, video igrice i online kladjenja.
- **Sigurnosno-rizična ponašanja** – pušenje, rizična vožnja, agresivno ponašanje i izostanak iz škole.

### Statistički podaci

U BiH, procjenjuje se da 20-25% adolescenata u dobi od 15-19 godina eksperimentira s alkoholom, dok oko 10% prijavljuje eksperimentiranje s ilegalnim supstancama. Digitalna ovisnost i korištenje društvenih mreža do kasno u noć postaju sve izraženiji problem, naročito kod djece uzrasta 12-18 godina. Globalno, Svjetska zdravstvena organizacija (WHO) procjenjuje da više od 35 miliona ljudi pati od ovisnosti o drogama, dok alkohol doprinosi više od tri miliona smrtnih slučajeva godišnje.

### Posljedice ovisnosti kod mladih

- **Fizičke i mentalne** – poremećaji spavanja, depresija, anksioznost, smanjena koncentracija, poremećaji u učenju.
- **Socijalne** – konflikti s porodicom, vršnjački pritisak, antisocijalno ponašanje, rizik od kriminala.
- **Ekonomске** – povećani troškovi porodice, problemi sa školskim uspjehom i budućim zapošljavanjem.

### Porodica i njena uloga u prevenciji ovisnosti

Porodica je primarni agent socijalizacije i ključni faktor u prevenciji rizičnih ponašanja.

#### Struktura i funkcija porodice

- **Emocionalna podrška** – stabilna i podržavajuća porodica smanjuje osjećaj nesigurnosti kod djeteta.
- **Obrazovne funkcije** – roditelji oblikuju vrijednosti, norme i zdrave životne navike.
- **Socijalne norme i discipline** – porodica kroz dosljednu disciplinu i granice pomaže djetetu u razvoju samokontrole.

#### Porodični faktori koji utiču na prevenciju

- **Kvalitet roditeljskog odnosa** – bliski, podržavajući odnosi smanjuju rizična ponašanja.
- **Parentalni stilovi** – autoritativni stil (kombinacija topline i kontrole) pokazuje najbolje rezultate u prevenciji ovisnosti; autoritarni i permissivni stilovi često povećavaju rizik.
- **Kontrola i nadzor** – aktivno praćenje aktivnosti djeteta, bez pretjeranog nametanja, omogućava zdrav razvoj.
- **Komunikacija i otvorenost** – poticanje djeteta da izrazi osjećaje, strahove i dileme povećava otpornost na rizična ponašanja.

Primjeri istraživanja pokazuju da djeca koja imaju stabilnu porodičnu podršku kasnije manje eksperimentiraju s alkoholom, drogama i drugim rizičnim ponašanjima.

#### Socioekonomski faktori porodice

Nizak socioekonomski status, nezaposlenost roditelja ili niska razina obrazovanja mogu povećati rizično ponašanje djeteta. Programi podrške porodicama sa socioekonomskim izazovima uključuju edukaciju roditelja i besplatne aktivnosti za djecu koje smanjuju rizik od eksperimentiranja.

### Psihološki faktori djeteta u prevenciji ovisnosti

Psihološki faktori značajno određuju otpornost djeteta na rizična ponašanja.

#### Emocionalna otpornost i samopouzdanje

Djeca koja su emocionalno stabilna i imaju visoko samopouzdanje lakše odbijaju rizične ponude i donose zdrave odluke. Razvoj emocionalne inteligencije kroz škole i roditeljsku podršku pokazuje visoku preventivnu vrijednost.

#### Socijalne vještine i peer pressure (vršnjački pritisak)

Socijalne vještine predstavljaju sposobnost djeteta da uspostavlja i održava kvalitetne međuljudske odnose,

izražava osjećaje na konstruktivan način, rješava konflikte i donosi samostalne odluke unutar socijalnog okruženja.

Kod djece i adolescenata, razvijene socijalne vještine smanjuju rizik od rizičnih ponašanja jer im omogućavaju:

- Odbijanje neprimjerenih ponuda – sposobnost reći “ne” kada se suoče s ponudom alkohola, droga ili kockanja.
  - Rješavanje konflikata – konstruktivan način reagovanja u situacijama sukoba s vršnjacima smanjuje stres i socijalni pritisak.
  - Empatiju i razumijevanje drugih – omogućava djeci da bolje procijene posljedice svojih i tuđih postupaka.
- Vršnjački pritisak (peer pressure) je jedan od najznačajnijih socijalnih faktora rizika u adolescenciji. Djeca i mladi često žele pripadati grupi i biti prihvaćeni, što može dovesti do eksperimentiranja s rizičnim ponašanjima. Peer pressure može biti:
- **Direktan** – vršnjaci direktno traže ili nude supstance ili rizične aktivnosti.
  - **Indirektan** – djeca osjećaju implicitni pritisak da se ponašaju slično svojim prijateljima da bi bila prihvaćena.

#### Razvijene socijalne vještine pomažu djetetu da:

1. Prepozna situacije u kojima postoji pritisak.
2. Razvije strategije za odbijanje rizičnih ponuda bez gubitka socijalnog statusa.
3. Traži podršku od roditelja, nastavnika ili vršnjačkih mentora.

Primjeri preventivnih programa uključuju radionice u školama, grupne diskusije i simulacije rizičnih situacija gdje djeca vježbaju odbijanje peer pressure-a kroz praktične vježbe i mentorstvo.

### Teorijski okvir

#### Teorija socijalnog učenja (Bandura, 1977)

Ova teorija naglašava da djeca uče ponašanje promatrajući druge – roditelje, vršnjake i medije. U kontekstu prevencije ovisnosti:

- Djeca koja vide roditelje i starije članove porodice koji vode zdrav život i konstruktivno rješavaju probleme imaju manji rizik od eksperimentiranja s supstancama.
- Modeliranje pozitivnih socijalnih vještina i strategija odbijanja peer pressure-a povećava otpornost djeteta.

#### Biopsihosocijalni model

Ovaj model objašnjava ovisnost kao rezultat kombinacije:

- **Bioloških faktora** – genetska predispozicija, neurohemijske promjene.

- **Psiholoških faktora** – emocionalna regulacija, samopouzdanje, stres.
- **Socijalnih faktora** – porodica, vršnjaci, školsko okruženje, mediji.

Prevenција ovisnosti zahtijeva djelovanje na sva tri nivoa. Primjerice, roditeljska podrška i vježbanje socijalnih vještina djeluju na psihološke i socijalne faktore, dok edukacija o rizicima supstanci djeluje na informiranost i svjesnost djeteta.

#### **Ekološki model (Bronfenbrenner, 1979)**

Ekološki model naglašava utjecaj više slojeva okruženja:

- **Mikrosistem** – porodica, škola, vršnjaci.
- **Mezosistem** – međusobna interakcija porodice i škole ili vršnjaka.
- **Egzosistem** – šira zajednica, lokalne institucije, mediji.
- **Makrosistem** – kulturne norme, zakonski okvir, socioekonomski faktori.

Primjenom ekološkog modela, prevencija se posmatra holistički: porodica razvija osnovne vrijednosti i socijalne vještine, škola i zajednica podržavaju zdrave obrasce ponašanja, dok šira društvena sredina oblikuje normative i dostupnost resursa.

#### **Metode i strategije prevencije**

##### **Porodične strategije**

- Redovna komunikacija o rizicima i posljedicama rizičnog ponašanja.
- Postavljanje jasnih pravila i granica, uz dosljednost i podršku.
- Aktivno uključivanje roditelja u aktivnosti i interese djeteta.

##### **Edukacija i socijalna podrška**

- Radionice u školama i lokalnoj zajednici o prevenciji ovisnosti.
- Mentorski programi i savjetovanje za roditelje i djecu.
- Grupe podrške za roditelje i obitelji sa iskustvom problema ovisnosti.

##### **Psihološki razvoj i jačanje otpornosti**

- Programi emocionalne inteligencije, socijalnih vještina i samopouzdanja.
- Tehnike rješavanja problema, upravljanja stresom i mindfulness.
- Promocija zdravih aktivnosti: sport, umjetnost i kulturne aktivnosti.

#### **Izazovi i prepreke**

Prevenција ovisnosti kroz porodicu i psihološke faktore

suočava se sa:

- Nedostatkom edukacije roditelja i resursa za podršku.
- Utjecajem medija, društvenih mreža i vršnjačkog pritiska.
- Porodičnim problemima: konflikti, zanemarivanje i disfunkcionalna komunikacija.
- Regionalnim izazovima: ruralna područja imaju manje dostupnih programa i stručnjaka.

#### **Preporuke i zaključak**

Za jačanje prevencije ovisnosti kroz porodicu i psihološke faktore:

1. Edukacija roditelja o rizicima i preventivnim metodama.
2. Razvoj emocionalne otpornosti, samopouzdanja i socijalnih vještina kod djece.
3. Aktivno uključivanje porodice u školu i zajednicu kroz radionice, grupne aktivnosti i savjetovanja.
4. Stvaranje sigurnog i podržavajućeg porodičnog okruženja s jasnim pravilima i dosljednom komunikacijom.
5. Kontinuirana evaluacija preventivnih programa i prilagođavanje lokalnim potrebama.

Zaključak je da porodica i psihološki faktori predstavljaju temelj prevencije ovisnosti. Aktivna, podržavajuća i edukovana porodica, zajedno sa razvojem emocionalne i socijalne otpornosti kod djeteta, značajno smanjuje rizik od rizičnih ponašanja. Prevencija zahtijeva holistički pristup i saradnju porodice, škole i lokalne zajednice.

#### **Literatura / Reference**

1. Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
2. WHO. *Preventing substance use and mental health disorders in youth*, 2020.
3. Institut za javno zdravstvo Republike Srpske. *Izveštaj o upotrebi droga u BiH*, 2022.
4. Jovanović, M. (2019). *Prevencija ovisnosti u lokalnoj zajednici*. Beograd: Centar za prevenciju.
5. Novak, D. (2020). *Uloga porodice i psiholoških faktora u prevenciji ovisnosti*. Sarajevo: Edukativni centar.
6. Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). *The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work*. Child Development, 71(3), 543–562.
7. Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development*. Harvard University Press.

# KOCKANJE ADOLESCENATA – SVE PRISUTNIJI RIZIK

Dr.sc. Nermana Mujčinović, psiholog

JZU Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona

## Uvod

Kockanje je društveno prihvaćena aktivnost u Bosni i Hercegovini, pa tako i u gradu Zenici. Podaci o zastupljenosti ponašanja vezanih za kockanje i novcu koji se troši u te svrhe nas sve iznova iznenađuju. Kada se ponašanje vezano za kockanje javlja u adolescentnom periodu, ono predstavlja značajan rizik za razvoj bihevioralne ovisnosti.

Adolescencija je razvojno razdoblje u kojem su emocionalna nezrelost, impulsivnost i traženje uzbuđenja izraženiji, pa time i sklonost rizičnim oblicima ponašanja, uključujući i kockanje. Kockanje među maloljetnicima u Bosni i Hercegovini postaje sve izraženiji društveni i javnozdravstveni problem. Iako zakonski propisi zabranjuju sudjelovanje osoba mlađih od 18 godina u igrama na sreću, brojni izvještaji i istraživanja ukazuju na lako dostupne oblike kockanja i prisutnost maloljetnika u kladionicama, kao i na sve širu upotrebu online platformi koje omogućavaju prikriveno sudjelovanje. Digitalizacija i rast dostupnosti interneta dodatno su doprinijeli normalizaciji kockarskog ponašanja kod djece i adolescenata, koji su često izloženi marketinškim porukama i uzorima koji promoviraju brzu zaradu i uzbuđenje.

Psihološka istraživanja pokazuju da adolescentni period, obilježen impulzivnošću, traženjem uzbuđenja i slabijom samokontrolom, čini ovu populaciju posebno ranjivom za razvoj problema povezanih s kockanjem. Rani početak kockanja povezan je sa većim rizikom od razvoja patološkog kockanja, depresivnosti, anksioznosti, delinkventnog ponašanja i školskog neuspjeha. Uz to, socioekonomski faktori, nedovoljna roditeljska supervizija i tolerantni stavovi prema kockanju u društvu dodatno pogoršavaju situaciju.

U Bosni i Hercegovini još uvijek nedostaju sistemski istraživanja o prevalenciji i obrascima kockanja među maloljetnicima, ali dostupni podaci i iskustva stručnjaka iz prakse ukazuju na zabrinjavajuće trendove. U školskom i porodičnom okruženju često se ne pre-

poznaju rani znakovi problema, dok institucionalni mehanizmi prevencije i kontrole nisu dovoljno razvijeni. Prevencija kockanja maloljetnika zahtijeva multidisciplinarni pristup koji uključuje edukaciju roditelja, nastavnika i djece, regulaciju reklamiranja igara na sreću te jačanje digitalne pismenosti.

Upravo iz tih razloga, potrebno je kontinuirano pratiti i analizirati obrasce ponašanja mladih, razvijati programe ranog prepoznavanja i osnaživati lokalne zajednice da aktivno djeluju u zaštiti maloljetnika od rizika koje nosi kockanje.

Online kladionice i kazino-aplikacije agresivno ciljaju mlade kroz reklame na društvenim mrežama i influencerske sadržaje, dok zakonska zabrana pristupa maloljetnicima ostaje teško provediva. Brojna istraživanja potvrđuju da se adolescenti često susreću s kockanjem mnogoprije 18. godine, što može rezultirati ranim razvojem problema kontrole impulsa i prelaskom u patološko kockanje, a samim tim i u ovisnost.

## Istraživanje „Obilježja igranja igara na sreću i kockanja kod srednjoškolaca u gradu Zenici”

Odjeljenje za bihevioralne ovisnosti JZU Zavoda za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona provelo je u proteklom periodu istraživanje pod nazivom „Obilježja igranja igara na sreću i kockanja kod srednjoškolaca u gradu Zenici”.

Cilj istraživanja bio je dobiti uvid u prevalenciju i obrasce kockanja među adolescentima, te utvrditi udio onih koji su u riziku razviti probleme s kockanjem.

Ministarstvo za obrazovanje, nauku, kulturu i sport Zeničko-dobojskog kantona dalo je pismenu podršku za provođenje istraživanja, a u istraživanju su sudjelovali samo oni učenici srednjih škola (N=439) čiji su roditelji potpisali saglasnost.

Upotrijebljen je Kanadski upitnik kockanja adolescenata (CAGI), standardiziran i ranije primjenjivan u istraživanjima u Sarajevu i Tuzli. Upitnik se sastoji od 43 pitanja raspoređena u četiri dijela: sociodemograf-



ske varijable, učestalost sudjelovanja u različitim oblicima kockanja, procjenu psihosocijalnih posljedica, te prisutnost rizičnih stilova ponašanja.

U ovom radu ćemo prikazati samo jedan dio od podataka koje smo istraživanjem prikupili.

### Neke od karakteristike uzorka

Ukupan broj ispitanika bio je 439 srednjoškolaca. Spolna struktura je uključivala 53,1% muških i 46,9% ženskih učenika. Najviše ispitanika imalo je 16 (38,3%) i 17 godina (29,6%). Škole smo razvrstali na gimnazije i stručne škole, te njih 49,4% pohađa gimnaziju, 50,6% stručnu školu. Porodični kontekst je pokazao da daleko najveći broj učenika, njih 83,6% živi sa oba roditelja. Školski uspjeh je dosta visok, pa se 37,8% izjasnilo da je u toku prethodne školske godine ostvarilo odličan uspjeh, 29,2% vrlo dobar, 26,7% dobar. Radni status roditelja je pokazao da je otac zaposlen u 83,8% slučajeva, majka u 50,3%.

### Frekvencija sudjelovanja u različitim oblicima kockanja

Analiza pokazuje da su adolescenti u Zenici najčešće izloženi igrama na sreću kroz sportske kladionice i lutrijske igre. Iako većina ispitanika nije imala iskustva s kockanjem, značajan postotak njih ipak povremeno učestvuje u igrama na sreću, što upućuje na rani kontakt s ponašanjima koja mogu prerasti u ovisnost. U tabeli 1 su dati postoci za svaki oblik kockanja o kojem su se izjašnjavali u upitniku:

Tabela 1.

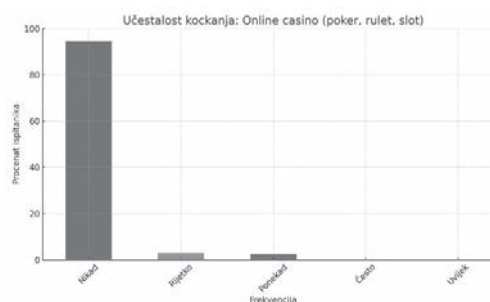
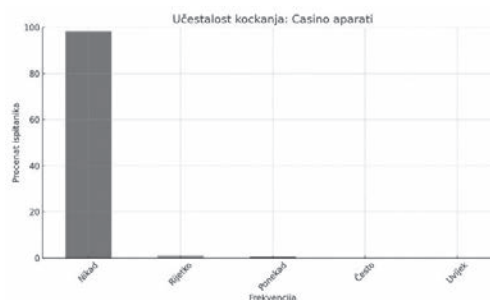
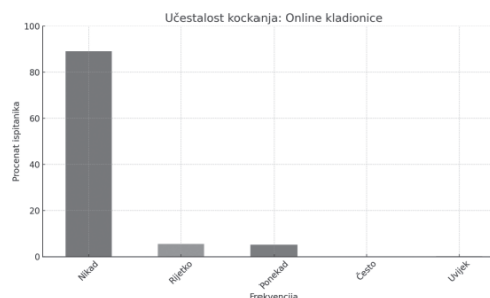
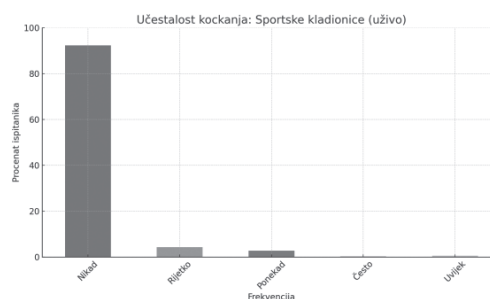
| Vrsta kockanja                       | Nikad | Rijetko | Ponekad | Često | Uvijek |
|--------------------------------------|-------|---------|---------|-------|--------|
| Lutrijske igre (loto, bingo)         | 89,1% | 3,4%    | 7,1%    | 0,2%  | 0,2%   |
| Kartanje za novac (blackjack, poker) | 95,0% | 3,2%    | 0,9%    | 0,9%  | –      |
| Sportske kladionice (uživo)          | 92,3% | 4,3%    | 2,7%    | 0,2%  | 0,5%   |
| Casino aparati                       | 98,2% | 1,1%    | 0,7%    | –     | –      |
| Žive igre u casinu                   | 98,6% | 1,1%    | 0,2%    | –     | –      |
| Online kladionice                    | 89,1% | 5,5%    | 5,2%    | –     | 0,2%   |
| Online casino (poker, rulet, slot)   | 94,5% | 3,0%    | 2,5%    | –     | –      |
| Videoigre za novac ili nagradu       | 83,4% | 8,4%    | 3,9%    | 2,7%  | 1,6%   |

Iako se na prvu čini da postotak onih koji se učestalo kockaju (često ili uvijek) nije previsok, zabrinjavajuće je da gotovo jedan od deset učenika povremeno

sudjeluje u nekom obliku kockanja. Posebno je vidljivo da je online kockanje (kladionice i kasino) dostupno i adolescentima, što ukazuje na propusnost sistema koji bi trebao striktno da provodi kontrolu dobi. Dodatno, 1,4% ispitanika je izjavilo da su osjetili krivnju zbog izgubljenog novca, a pojedini su naveli i emocionalne posljedice poput tuge ili izostajanja s treninga zbog kockanja

– što ukazuje na rane znakove problema u ponašanju.

Kada na grafikonima vizuelno uporedimo online i uživo kladenje ili online i uživo upotrebu mašina za kladenje jasno je da online kockanje i kladenje preuzima vodeću ulogu.



### Diskusija i zaključak

Dobijeni podaci potvrđuju da je kockanje prisutno među adolescentima u Zenici, uprkos zakonskoj zabrani pristupa maloljetnicima. Iako većina mladih ne kocka redovno, rana izloženost i dostupnost kladionica u dijelovima grada blizu škola, ali pogotovo dostupnost online platformi za kockanje mogu izrazito povećati rizik razvoja ovisnosti.

Kockanje, posebno online, povezuje se sa slabijom samokontrolom, lošijim školskim uspjehom, pove-

ćanom sklonošću impulsivnosti i anksioznosti.

Preporučuje se nastaviti kontinuirano edukativno djelovanje u školama, razvijanje digitalne pismenosti i preventivnih programa koji uključuju roditelje i nastavnike, te strožija kontrola online sadržaja koji promoviraju kockanje.

Istraživanja ovog tipa omogućavaju prepoznavanje trendova i pravovremenu reakciju stručnih službi, čime se doprinosi zaštiti mentalnog zdravlja mladih i prevenciji bihevioralnih ovisnosti.

# REHABILITACIJA I RESOCIJALIZACIJA OSOBA OVISNIH O PSIHOAKTIVNIM SUPSTANCAMA: MULTIDISCIPLINARNI PRISTUP I MODELI OPORAVKA

Lejla Šaćirović, MA psih., psiholog

JZU Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona

## Sažetak

Ovisnost o psihoaktivnim supstancama je hronična, recidivirajuća bolest mozga koja dovodi do ozbiljnih zdravstvenih, porodičnih i društvenih posljedica. Predstavlja jedan od vodećih javnozdravstvenih izazova u savremenom društvu, prisutan u svim društvenim slojevima i populacijskim skupinama. Proces liječenja je složen i dugotrajan, te zahtijeva integrisan i multidisciplinarni pristup koji obuhvata medicinski, psihološki i socijalni aspekt oporavka. U Zavodu za bolesti ovisnosti ZDK liječenje se provodi kroz ambulantne i stacionarne oblike rada, uz mogućnost nastavka rehabilitacije u terapijskim zajednicama, koje imaju značajnu ulogu u dugoročnoj resocijalizaciji pacijenata. Cilj ovog rada je prikazati različite pristupe rehabilitaciji i resocijalizaciji ovisnika, s posebnim osvrtom na ulogu terapijskih zajednica kao modela koji doprinosi održivoj apstinenciji i reintegraciji u društvenu zajednicu.

**Glavne riječi:** ovisnost, rehabilitacija, psihosocijalne intervencije, terapijska zajednica, multidisciplinarni pristup

## Uvod

Liječenje ovisnosti o psihoaktivnim supstancama zahtijeva individualiziran i dugotrajan pristup koji uvažava specifične psihološke, socijalne i biološke faktore svake osobe. U Zavodu za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona kontinuirano se primjenjuju različite psihosocijalne i medicinske intervencije, a poseban značaj ima motivisanje pacijenata za odlazak u terapijske zajednice, gdje se proces rehabilitacije nastavlja u strukturisanom okruženju. Rehabilitacija i resocijalizacija ovisnika predstavljaju ključne faze liječenja, čiji je cilj osnaživanje pacijenta za samostalan i funkcionalan život u zajednici.

## Pristupi rehabilitaciji ovisnika

U procesu rehabilitacije ovisnika razvijeni su brojni pristupi, koji se razlikuju prema intenzitetu, metodologiji i stepenu uključenosti stručnjaka i zajednice. Najčešći oblici su:

- Stacionarna rehabilitacija – boravak u specijaliziranim ustanovama (klinike, bolnice, terapijske zajednice) tokom određenog perioda. Uključuje farmakoterapiju, psihoterapiju i socijalnu podršku, uz strukturisane radno-okupacione aktivnosti (De Leon, 2010).
- Medicinski potpomognuta rehabilitacija – zasni-va se na farmakoterapijskim intervencijama (npr. metadon, buprenorfin) koje ublažavaju simptome apstinencije, stabilizuju stanje pacijenta i omogućavaju aktivno uključivanje u psihosocijalni tretman (WHO, 2022).
- Dnevna bolnica – omogućava pacijentima da tokom dana učestvuju u terapijama, grupama podrške i edukacijama, a potom se vraćaju kući. Ovaj model povezuje terapijski nadzor sa očuvanjem porodičnih i profesionalnih veza (O'Brien et al., 2009).
- Ambulantni model rehabilitacije – omogućava kontinuiranu podršku uz zadržavanje pacijenta u njegovom svakodnevnom okruženju. U Zavodu za bolesti ovisnosti ZDK razvijen je tzv. „Zenički model“, koji podrazumijeva terenske ambulante i odlazak stručnog tima u susret pacijentima. Na ovaj način smanjuju se troškovi liječenja, povećava dostupnost terapije i smanjuje rizik od recidiva.

## Terapijske zajednice kao poseban model rehabilitacije

Terapijska zajednica predstavlja strukturisani oblik grupnog života u kojem se koristi kombinacija psihoterapijskih, socioterapijskih i edukativnih metoda.

Zasniva se na principima zajedništva, odgovornosti i samopomoći, gdje svaki član zajednice ima aktivnu ulogu u vlastitom oporavku (Štrkalj-Ivezić, 2014). U praksi se razlikuju demokratske i hijerarhijske (bihevioralne) zajednice. Demokratske zajednice primarno su usmjerene na grupnu dinamiku i socijalno učenje, dok hijerarhijski model koristi strukturisani sistem samopomoći i modifikacije ponašanja.

### Faze liječenja u terapijskoj zajednici

1. Faza uključivanja – priprema i selekcija pacijenata, uz aktivno učešće stručnjaka, porodice i postojećih članova zajednice.
2. Faza procjene i pripreme – potpisivanje terapijskog ugovora i izrada individualnog plana liječenja.
3. Faza liječenja – intenzivan grupni i individualni psihoterapijski rad, kroz svakodnevne aktivnosti zajednice.
4. Faza oporavka i posttretmanska podrška – održavanje kontakta nakon izlaska iz zajednice, kroz nadzor i programe resocijalizacije (Hećimović, 1987; Martin et al., 2020).

### Socijalna inkluzija i zapošljavanje liječenih ovisnika

Socijalna inkluzija liječenih ovisnika predstavlja ključni korak u procesu potpuneresocijalizacije i prevencije relapsa. Nakon završetka tretmana, mnogi pacijenti suočavaju se s nizom prepreka pri povratku u društvo, među kojima su najizraženije stigmatizacija, nezaposlenost i nedostatak sistemске podrške. Bez mogućnosti zaposlenja i socijalne uključenosti, rizik od ponovne upotrebe supstanci značajno raste (Ashraf et al., 2023; EMCDDA, 2022).

Zapošljavanje ima višestruku rehabilitacijsku vrijednost jer vraća osjećaj lične vrijednosti, omogućava finansijsku nezavisnost i doprinosi jačanju samopouzdanja. U okviru programa posttretmanske podrške, mnoge terapijske zajednice i centri za rehabilitaciju sarađuju s lokalnim preduzećima i nevladinim organizacijama kako bi se omogućila radna integracija bivših ovisnika. Takvi programi obično uključuju radno-okupacione radionice, programe obuke i zapošljavanja u zaštićenim radnim okruženjima (UNODC, 2021).

U Bosni i Hercegovini, iako još uvijek ne postoji jedinstveni državni program socijalne inkluzije liječenih ovisnika, pojedine institucije i lokalne zajednice razvijaju vlastite modele saradnje između zdravstvenog sektora, centara za socijalni rad i poslodavaca. Zavod

za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona, u saradnji s lokalnim zajednicama, podržava uključivanje bivših pacijenata u programe stručnog osposobljavanja, volontiranja i zapošljavanja u društveno korisnim aktivnostima. Ovakvi oblici uključivanja predstavljaju most između rehabilitacije i pune reintegracije u zajednicu. Također, stvaranjem održivih modela saradnje između javnog i civilnog sektora moguće je značajno smanjiti stigmatu i povećati kvalitet života osoba koje su prošle proces liječenja ovisnosti.

Evropska iskustva pokazuju da programi zapošljavanja koji uključuju savjetodavnu podršku, praćenje i mentorstvo značajno smanjuju stopu recidiva i povećavaju kvalitet života liječenih ovisnika (Babor et al., 2022). Time se potvrđuje da uspjeh rehabilitacije nije moguć bez sistemске podrške i društvene otvorenosti prema procesu oporavka.

### Primjeri dobre prakse u Bosni i Hercegovini

U posljednjih nekoliko godina, u Bosni i Hercegovini i regiji razvijeni su brojni primjeri dobre prakse u području rehabilitacije i resocijalizacije ovisnika, koji pokazuju da uspjeh liječenja ne ovisi samo o medicinskom tretmanu, nego i o dugoročnoj podršci u zajednici. Ovi modeli povezuju javne institucije, nevladine organizacije i lokalne zajednice u cilju smanjenja stigme i povećanja društvene uključenosti liječenih ovisnika.

U Bosni i Hercegovini, značajan doprinos u području rehabilitacije i resocijalizacije pružaju javne ustanove poput **Zavoda za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona, JU Crops Smoluća, JU Terapijske zajednice Kampus Kantona Sarajevo**, te određene nevladine organizacije kao što je **Centar za odvikavanje od ovisnosti Marjanovac**. Ove institucije provode kombinovane programe koji uključuju medikamentoznu terapiju, grupni i individualni rad, kao i aktivnosti usmjerene na razvoj socijalnih vještina i profesionalnu reintegraciju. Zavod za bolesti ovisnosti ZDK razvija tzv. "*Zenički model*" koji se zasniva na terenskom radu, kontinuiranom praćenju pacijenata i saradnji s lokalnim zajednicama i porodicama. Ovaj pristup omogućava da se terapijski proces prilagodi potrebama pacijenata i smanji broj recidiva.

### Zaključak

Rehabilitacija i resocijalizacija ovisnika predstavljaju dugotrajan, ali izvodiv proces ako su uključeni svi relevantni akteri: stručni tim, porodica i zajednica. Multidisciplinarni pristup omogućava ne samo liječe-



nje bolesti, već i obnavljanje ličnih i socijalnih funkcija pacijenata. Uspjeh rehabilitacije zavisi od kontinuirane podrške, rada na motivaciji i društvenog prihvatanja liječenih ovisnika. Smanjenje stigme i reintegracija u društvo predstavljaju završni, ali najosjetljiviji segment procesa.

### Literatura

1. Ashraf, R., Kamarulzaman, A., & Johnson, S. (2023). Rehabilitation models for substance use disorders: A review of global practices. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 155, 109–118.
2. 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.
3. Hećimović, V. (1987). *Terapijska zajednica*. Zagreb: Socijalna zaštita.
4. Jukić, V., & Pisk, Z. (2008). *Psihoterapija – škole i psihoterapijski pravci u Hrvatskoj danas*. Zagreb: Medicinska naklada i Psihijatrijska bolnica Vrapče.
5. Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2021). Neurobiology of addiction: A neurocircuitry analysis. *The Lancet Psychiatry*, 8(8), 762–776.
6. Martin, L., Lopez, S., & Humphreys, K. (2020). Post-treatment engagement and recovery outcomes in therapeutic communities. *Addiction Research & Theory*, 28(5), 391–400.
7. O'Brien, C. P., McLellan, A. T., Childress, A. R., & Woody, G. E. (2009). Penn/VA Center for Studies of Addiction. *Neuropharmacology*, 56, 44–47.
8. Štrkalj-Ivezić, S., Jendričko, T., Pisk, Z., & Mertić-Biočina, S. (2014). *Terapijska zajednica*. *Socijalna psihijatrija*, 42(3), 172–179.
9. World Health Organization. (2022). *Treatment and care for people with drug use disorders: Global status report*. Geneva: WHO.



JZU ZAVOD ZA BOLESTI OVISNOSTI  
ZENIČKO-DOBOJSKOG KANTONA

Kad porastem,

biću:



znaću šta ću,  
a šta neću.