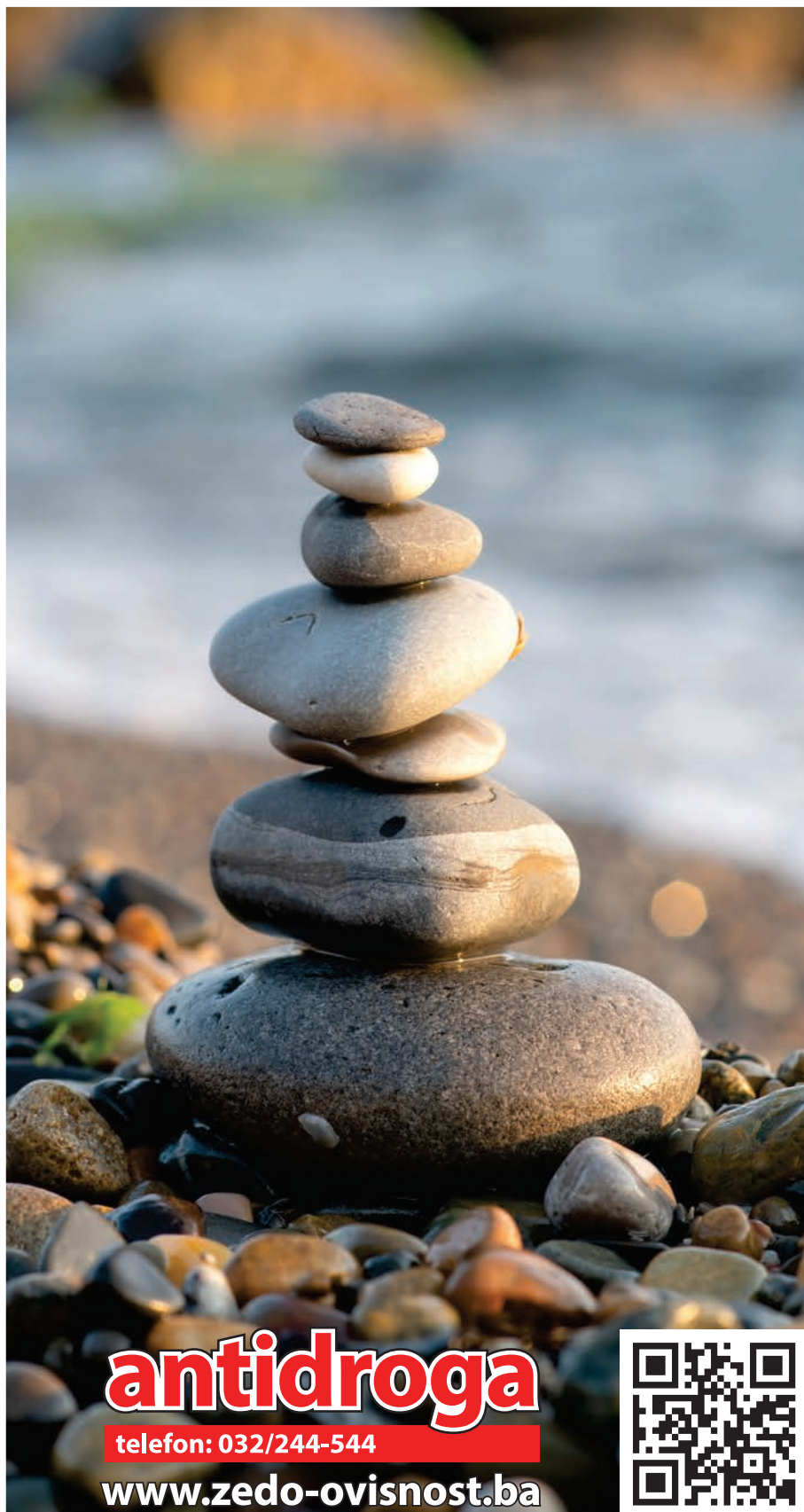


ISSN 2303-4912

BILTEN

JZU Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona

GODINA 21. | BROJ 37 | JUNI/LIPANJ 2026.



AAA
Bonitet izvrsnosti

akaz
akreditacija

antidroga

telefon: 032/244-544

www.zedo-ovisnost.ba



SADRŽAJ

UVODNA RIJEČ dr. sci. Mirnes Telalović	3
ISKUSTVO ZAVODA ZA BOLESTI OVISNOSTI ZENIČKO-DOBOJSKOG KANTONA U PREVENCIJI, TRETMANU I REHABILITACIJI OVISNOSTI dr. sci. Mirnes Telalović	4
ODNOS TRADICIJSKE I KONVENCIONALNE MEDICINE: SUFIJSKO LIJEČENJE NA PRIMJERU ŠEJHA MESUDA HADŽIMEJLIĆA prim. mr. sci Amir dr. Čustović	13
ZAŠTO KOCKAR? dr.sc. Nermana Mujčinović	15
SPORT KAO VAŽAN FAKTOR PRIMARNE PREVENCIJE U LOKALNOJ ZAJEDNICI Emina Tufekčić, magistar njemačkog jezika i književnosti Doc.dr Meliha Brdarević- Šikić, dipl.psiholog	20
EFIKASNOST MINDFULNESS TEHNIKA U AMBULANTNOM TRETMANU OVISNOSTI mr. sc. med. dr. Hassan Awad, spec. neuropsihijatar Adila Softić dipl.psiholog, psihoterapeut CTA Suad dr. Bašić Lejla Šaćirović, MA psih., psiholog	24
OVISNOST O VJEŽBANJU mr.sci. Kasper dr. Samir, spec.neuropsihijatar mr.sci. Sedin Habibović, diplomirani psiholog mr. Emina Babić, dipl.soc.pedagog	27
OVISNOSTI O DROGAMA KAO DRUŠTVENI PROBLEM I NJENE POSLJEDICE Eldina Selimović-Džano, mag. iur; dipl. soc. pedagog	29
TEORIJSKI PRISTUP AGRESIVNOM PONAŠANJU KAO OSNOVE KA RAZVIJANJU OVISNOSTI I NASILNOM PONAŠANJA mr. Emina Babić, dipl.soc.pedagog	33
ALKOHOLIZAM KAO SAVREMENI BIOPSIHOSOCIJALNI PROBLEM: UZROCI, POSLJEDICE I MOGUĆNOSTI LIJEČENJA Lejla Šaćirović, MA psih., psiholog	36

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

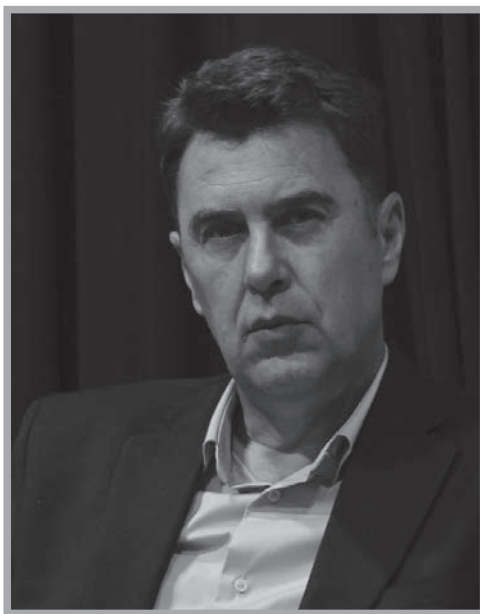
UVODNA RIJEČ

Poštovane kolegice i kolege, saradnici, studenti i cijenjeni čitaoci,

Pred vama je novo izdanje Biltena Javne zdravstvene ustanove Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona, publikacije koja već dugi niz godina predstavlja prostor za razmjenu stručnih iskustava, naučnih saznanja i primjera dobre prakse iz oblasti prevencije, tretmana i rehabilitacije ovisnosti.

Savremeno društvo suočava se sa brojnim izazovima koji direktno utiču na mentalno zdravlje pojedinaca i zajednice. Pored tradicionalnih oblika ovisnosti o alkoholu, drogama i duhanskim proizvodima, sve više pažnje zahtijevaju i bihevioralne ovisnosti, poput kockanja, pretjerane upotrebe interneta, društvenih mreža i drugih oblika rizičnih ponašanja. Istovremeno, ubrzane društvene promjene, ekonomske neizvjesnosti i sve prisutniji stresori dodatno naglašavaju potrebu za jačanjem preventivnih aktivnosti i dostupnosti stručne pomoći.

Sadržaj ovog broja Biltena odražava upravo tu složenost fenomena ovisnosti. Autori kroz različite stručne perspektive analiziraju uzroke, posljedice i mogućnosti prevencije ovisničkih ponašanja, ukazujući na važnost interdisciplinarnog pristupa u njihovom razumijevanju i tretmanu. Posebna pažnja posvećena je ulozi sporta kao faktora primarne prevencije, značaju edukacije i preven-



tivnih programa u lokalnoj zajednici, kao i savremenim terapijskim pristupima koji doprinose uspješnijem oporavku i rehabilitaciji.

U ovom broju čitaoci će pronaći radove koji se bave problematikom kockanja, alkoholizma, agresivnog ponašanja, ovisnosti o vježbanju, ali i temama koje otvaraju prostor za šire promišljanje o odnosu duhovnosti, zdravlja i liječenja. Zajednička nit svih tekstova jeste nastojanje da se kroz stručni i naučno utemeljen pristup doprinese

boljem razumijevanju čovjeka, njegovih potreba i izazova sa kojima se suočava.

Vjerujemo da će radovi objavljeni u ovom izdanju biti korisni stručnjacima različitih profila, studentima, istraživačima, kao i svima koji se u svom radu ili životu susreću sa problematikom ovisnosti. Naš cilj ostaje isti – jačanje svijesti o značaju prevencije, unapređenje kvaliteta stručne prakse i podsticanje saradnje između zdravstvenog, socijalnog, obrazovnog i drugih sistema koji zajednički djeluju na zaštiti i unapređenju zdravlja stanovništva.

Zahvaljujem svim autorima na uloženom trudu, stručnosti i spremnosti da svoja znanja i iskustva podijele sa stručnom i širom javnošću. Uvjerem sam da će i ovo izdanje Biltena predstavljati vrijedan doprinos razvoju stručne misli i unapređenju prakse u oblasti prevencije i tretmana ovisnosti.

*S poštovanjem,
dr. sci. Mirnes Telalović*

ISKUSTVO ZAVODA ZA BOLESTI OVISNOSTI ZENIČKO-DOBOJSKOG KANTONA U PREVENCIJI, TRETMANU I REHABILITACIJI OVISNOSTI

Dr sci. Mirnes Telalović

JZU Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona

Apstrakt:

Rad prikazuje koncept djelovanja Zavoda za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona kao specijalizirane javnozdravstvene ustanove usmjerene na prevenciju, dijagnostiku, liječenje i rehabilitaciju osoba s poremećajima uzrokovanim upotrebom psihoaktivnih supstanci. Poseban fokus stavljen je na multidisciplinarni pristup, integraciju zdravstvenog i socijalnog sistema, te provođenje sudski izrečenih mjera u oblasti nasilja u porodici. Cilj rada je prikazati model rada koji doprinosi smanjenju ovisnosti i jačanju društvene sigurnosti.

Ključne reči: ovisnost, tretman, prevencija, rehabilitacija, multidisciplinarni pristup, nasilje u porodici

Uvod

Ovisnost o drogama spada u najteže socio-patološke pojave savremenog doba. Iako već dugo postoje razni programi zloupotrebe droga, na žalost još uvijek se ne može reći da postoje efikasni načini za njeno suzbijanje. I u razvijenim, ekonomski stabilnim, modernim zemljama, pojava zloupotrebe droga predstavlja značajan sociopatološki problem koji za sobom povlači niz drugih kriminogeno-patoloških ponašanja. Ovaj problem posebno je prisutan u siromašnim zemljama koje prolaze tranzicijsku fazu razvoja.

Stanje u Bosni i Hercegovini i nakon rata, suočena sa i dalje sa negativnim društvenim pojavama i komplikacijama, posebno je danas izložena valu upotrebe i zloupotrebe svih psihoaktivnih supstanci. Trenutno u Bosni i Hercegovini postoji pet metadonskih centara: Sarajevo, Zenica, Mostar, Sanski most, Doboj i Banja Luka. Prvi Program metadonskog održavanja prvi put je uveden u Sarajevu 1989. godine i provodio se u tadašnjem „Savjetovalištu za psihološku podršku mladima“, koje je djelovalo još od 1978. godine u sklo-

pu Psihijatrijske klinike Univerzitetsko-medicinskog centra u Sarajevu.

Prema podacima Zavoda za alkoholizam i druge toksikomanije Kantona Sarajevo, krajem 1991. godine bilo je registrovano oko 1.000 uživalaca droga, od čega je oko 50 uključeno u metadonski program održavanja. Tokom rata u Bosni i Hercegovinu sve organizovane aktivnosti na polju prevencije i liječenja narkomanije prekinute su u proljeće 1992. godine, a tretirani su samo sporadični slučajevi ovisnosti od droga vezani za predoziranje, apstinenciju i toksička psihotička stanja. U Sarajevu je 2000. godine otvoreno Odjeljenja za narkomaniju, dok je metadonski program detoksikacije (MDT) počeo sa radom u januaru 2002. godine. Tokom 2004. godine zbog sve izraženijeg problema ovisnosti na području Zeničko-dobojskog kantona sačinjena je Infomacija o zloupotrebi droga na području Zeničko-dobojskog kantona, a na osnovu podataka iz Centra za mentalno zdravlje Zenica u kojem su tretirani ovisnici o drogama. Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona osnovan je u decembru 2025. godine.

Specifičnosti „zeničkog modela“

Bolesti ovisnosti predstavljaju kompleksan javnozdravstveni i društveni problem koji zahtijeva sistemski i koordiniran odgovor različitih sektora. U tom kontekstu, Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona razvija model rada zasnovan na savremenim principima liječenja ovisnosti, integrirajući medicinske, psihološke i socijalne intervencije. Sve aktivnosti Zavoda za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona imaju za cilj da se unapređenjem kvaliteta zdravstvene usluge postigne što veće zadovoljstvo pacijenata i pozitivni rezultati rada i poslovanja. U programe primarne prevencije nastojimo uključiti što

veći broj adolescenata i mladih ljudi, sa ciljem razvijanja svijesti i otpora prema psihoaktivnim supstancama, kao i neprilagođenom i patološkom ponašanju. Permanentno unapređujemo i znanje zaposlenih putem programa kontinuirane interne i eksterne edukacije, sa ciljem ostvarivanja što kvalitetnije zdravstvene usluge. Iz toga proizilaze strateški principi u radu Zavoda za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona:

- Visoki kvalitet zdravstvene usluge;
- Kontinuirana medicinska edukacija osoblja, kroz stalno stručno unapređivanje postojećih programa liječenja i uspostavljanje novih, u skladu sa preporukama SZO;
- Multidisciplinarni timski pristup;
- Primarna prevencija i rano otkrivanje poremećaja;
- Monitoring i evaluacija svih segmenata rada;
- Multisektorijalna saradnja;
- Pozitivno finansijsko poslovanje;
- Medijska promocija rada ustanove.

Organizacija i djelokrug rada

Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona djeluje kao specijalizirana ustanova koja pruža usluge: dijagnostike i procjene stanja korisnika; ambulantnog i stacionarnog tretmana; psihoterapijskog i savjetodavnog rada; farmakoterapije i supstitucijske terapije; rehabilitacije i resocijalizacije; provođenja sudskih mjera i tretmana počinilaca nasilja.

Rad Zavoda usklađen je sa zakonodavnim okvirom, posebno sa Zakonom o zaštiti od nasilja u porodici Federacije BiH i relevantnim zdravstvenim i socijalnim propisima.

Jedan od temeljnih principa rada Zavoda jeste **multidisciplinarnost**. Stručni timovi uključuju: psihijatre, psihologe, socijalne radnike, medicinske sestre/tehničare, edukatore i terapeute.

Ovakav pristup omogućava sveobuhvatno sagledavanje problema ovisnosti, koji se ne tretira isključivo kao medicinski, već i kao psihosocijalni fenomen.

Tretman u Zavodu za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona zasniva se na individualiziranom pristupu i uključuje: medikamentoznu terapiju – stabilizacija psihičkog i fizičkog stanja, psihoterapiju – individualni i grupni rad, edukaciju korisnika i porodice – jačanje uvida i podrške, rehabilitacijske programe – razvoj socijalnih i radnih vještina. Poseban segment predstavlja rad sa osobama koje imaju dualne dijagnoze (ovisnost i druge mentalne smetnje), gdje je potreban dodatno integriran pristup.

Ambulanta Zavoda za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona je funkcionalna jedinica od koje počinje i gdje se obavlja najveći dio terapijsko-medicinskog procesa u ustanovi. U Ambulanti se provodi dijagnostika bolesti ovisnosti, dijagnostika pratećih bolesti, terapija, pripreme za stacionarni tretman na detoksu, sekundarna prevencija i savjetovanja (roditelja, bračnih drugova, partnera i drugih saradnika u liječenju), usmjerenja u pogledu preventivnih aktivnosti (uz učešće uposlenika u izvršenju istih), usmjerenja u pogledu rehabilitacionih aktivnosti, statistička obrada, dio naučno-istraživačkog rada, dio rada na strategiji Zavoda za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona, evaluacija ukupnog rada Zavoda za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona.

U Ambulanti je nastao koncept rada koji daje osnovne karakteristike „zeničkog modela“ u liječenju ovisnosti, odnosno decentralizacijskog modela. Pošto je konci-zan, smatramo za korisno da se navede.

Koncept rada Ambulante Zavoda za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona:

Nema liste čekanja.

- Pacijent dolazi na pregled sa identifikacionim dokumentom (lična karta, pasoš). Nije neophodna ni zdravstvena knjižica u prvom susretu – u saradnji sa socijalnim radnicima reguliše se u početku liječenja.
- Liječenje je dobrovoljno. Obavezno liječenje izvršava se samo po nalogu suda (najčešće alkoholizam).
- Liječenje je besplatno i u okviru zdravstvenog sistema.
- Liječenje je pristupačno ugroženoj populaciji.
- Metadon je bio osnovni supstitucionij lijek. Suboxon (buprenorfin + nalokson) uveden je u augusta 2010., a besplatan je od februara 2011. godine.
- Metadon se uzima pod nadzorom medicinskog osoblja (supervizirano). Suboxon se u prvoj fazi daje supervizirano, a nakon toga pod kontrolom saradnika u liječenju ili bez te kontrole.
- Nema isključivanja pacijenata, osim u slučaju nastale kontraindikacije za tretman.
- Testiranje urina na psihoaktivne supstance sastavni je dio liječenja i obično se radi dvaput mjesečno. Pacijent može odložiti test za jedan dan.
- Pacijent potpisuje informisani pristanak na liječenje, ranije tzv. „metadonski ugovor“.
- Metadon i Suboxon daju ovlašteni ljekari Zavoda. Naltrekson se ne koristi rutinski za prevenciju relapsa, ali je moguće uputiti pacijenta na ugradnju implanta (koji nije besplatan). Nalokson se rutinski

koristi u hitnim slučajevima.

- Terenski rad: Dostupnost pacijentima je omogućena sa pregledima i podjelom metadona na 9 punktova (Ambulanta Zavoda i Detoks u Zenici i još sedam gradova Kantona: Breza, Doboj Jug, Kakanj, Maglaj, Tešanj, Vareš, Visoko).
- Stabilni pacijenti dobijaju lijek za ponijeti („take home“ doze).
- Sastavni dio rada su tzv. „prateći programi“: individualna i grupna psihoterapija, rad na prevenciji ovisnosti i rehabilitaciji ovisnika.
- U sklopu Zavoda postoji bolnički dio sa deset kreveta za detoksifikaciju – Detoks.
- Saradnja sa terapijskim zajednicama: Uz preporuku Zavoda pacijent može dobiti finansijsku potporu na nivou kantona za smještaj u komunu.
- Baza podataka Zavoda uključuje redovno vođenje medicinske evidencije u papirnom i elektronskom obliku (anamneza, socijalna anamneza, psihološko testiranje, fotografisanje, antropometrijski podaci, jedinstveni obrazac prijave pacijenta-Pompidu, protokoli posjeta, uzimanja lijeka, testiranja itd.).
- Supstituciona terapija metadonom i Suboxonom provodi se i u Kazneno popravnom zavodu Zenica i u Kazneno popravnom zavodu Busovača, koji je poluotvorenog tipa. Detoksifikacija se radi samo po izraženoj želji pacijenta, a najčešće je održavanje.
- Sve usluge mogu se tržišno pružiti i osobama koje nisu stalno nastanjene u Zeničko-dobojskom kantonu.
- Od 2013. godine otvorena je ambulanta za liječenje ovisnika o etanolu (alkoholizam).
- U ambulanti za alkoholizam vrši se dijagnostika, tretman, postavljanje indikacija i priprema pacijenata za detoksifikaciju, kontrola i dalje praćenje pacijenata.
- Tretiraju se pacijenti sa dvojnoum dijagnozom, to jest pacijenti koji imaju primarnu psihijatrijsku dijagnozu i u svrhu samomedikacije su koristili THC, opijate ili stimulanse.
- Takođe se tretiraju pacijenti kod kojih je jatrogeno nastala ovisnost o benzodiazepinima, hipnoticima, opijatskim analgeticima, drugim psihofarmaceutima.
- Pacijenti sa akutnim psihotičnim poremećajima izazvanim kozumacijom amfetamina i THC nakon otpusta sa psihijatrijske klinike KB upućuju se u našu ambulantu radi daljeg praćenja i postaju naši pacijenti.
- Od 2020. godine otvorena je ambulanta za bihe-

vioralne ovisnosti (patološko kockanje, ovisnost o internetu, pornografijama itd.).

- Krajem 2020. godine u sklopu ambulate je osnovana apoteka i zaposlen je magistar farmacije.

Decentralizacijski model rada u Zavodu

Specifičnost rada Zavoda za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona je decentralizacijski model, odnosno pružanje usluga po općinama Zeničko-dobojskog kantona. Pregledi pacijenata, testiranja i podjela supstitucione terapije obavljaju se u osam ambulanti i samo izuzetno na Detoksu, što praktično čini 9 punktova za preglede i podjelu supstitucione terapije. Metadonske ambulate rade u Zenici, Visokom, Brezi, Kaknju, Varešu, Doboj-Jugu, Tešnju i Maglaju. Također, imali smo dvije ambulate u KPZ Zenica i Busovača, gdje su se obavljali mjesečni kontrolni pregledi i vršila podjela supstitucione terapije. Sa ovakvim radom na terenu, Zavod je jedina ustanova u BiH koja je načinila decentralizaciju prijema i pregleda pacijenata, kao i distribuciji supstitucione terapije. Jedina ustanova koja omogućava pacijentu da u svojoj općini/gradu ima kompletnu medicinsku uslugu ove vrste. U tu svrhu obavlja se ogroman terenski rad. Svakog utorka jedan tim sa ljekarom neuropsihijatom i dva medicinska tehničara ide službenim autom u tri grada kantona. Četvrtkom (ili nekad drugim danom u sedmici), odlazi drugi tim sa psihologom, socijalnim radnikom i glavnim medicinskim tehničarom u cilju pružanja usluga iz svog djelokruga rada. Treći tim koji pripada primarnoj prevenciji, obilazi teren baveći se prevencijom bolesti ovisnosti, koja je u godini pandemije bila reducirana.

Rad ambulate

Osnovni pokazatelji o kvantitetu i kvalitetu rada ambulate prikazani su u elementima koji su mjerljivi, ponovljivi i mogu se numerički iskazati: broj neuropsihijatrijskih pregleda, broj pacijenata, broj novootkrivenih pacijenata, struktura pacijenata, rezultati testiranja na psihoaktivne supstance, decentralizacija i terenski rad, supstituciona terapija, testiranje na markere hepatitisa C, B i HIV-a, rad psihologa u Ambulanti, rad socijalnog radnika u sklopu Ambulate, saradnja sa drugim odjeljenjima Zavoda, kontinuirana edukacija osoblja i učešće u međunarodnim konferencijama.

Broj pacijenata

Ukupan broj registrovanih pacijenata u Zavodu za

bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona od osnivanja do kraja 2025. godine iznosi 2.073 pacijenta. U ambulantni je tokom 2025. godine pregledano i tretirano ukupno 731 lice, od kojih je 541 pacijent registrovan kao ovisnik. Tokom 2024. godine pregledano je i tretirano ukupno 758 lica, od kojih je 551 pacijent registrovan kao ovisnik, što predstavlja smanjenje od 3,6 % u odnosu na 2024. godinu, 2,3 % u odnosu na 2023. godinu i 6,7 % u odnosu na 2022. godinu. Analizom podataka za posljednje četiri godine uočava se sljedeće: tokom 2025. godine pregledano i tretirano je 731 lice, od kojih je 541 registrovani ovisnik; tokom 2024. godine pregledano i tretirano je 758 lica, od kojih je 551 registrovani ovisnik; tokom 2023. godine pregledano i tretirano je 744 lica, od kojih je 540 registrovanih ovisnika; tokom 2022. godine pregledano i tretirano je 778 lica, od kojih je 557 registrovanih ovisnika.

Novoregistrovani pacijenti

Broj novoregistrovanih pacijenata tokom 2025. godine iznosio je 111, od kojih je 18 pacijenata, odnosno 16,4 %, osiguranika drugih kantona/županija. Tokom 2024. godine registrovano je 106 novih pacijenata, od kojih su 32 pacijenta, odnosno 30%, osiguranici drugih kantona/županija. Broj novoregistrovanih pacijenata povećan je za 5,6 % u 2025. godini u odnosu na 2024. godinu. Posmatrajući posljednje četiri godine, može se konstatovati trend rasta broja novoregistrovanih pacijenata. Tokom 2024. godine registrovano je 106 novih pacijenata, od kojih je 30 % bilo osigurano u drugim kantonima/županijama; tokom 2023. godine registrovana su 84 nova pacijenta, od kojih je 37% bilo osiguranika drugih kantona/županija; dok je u 2022. godini broj novoregistrovanih pacijenata iznosio 93, od kojih je 22,6% bilo osiguranika drugih kantona/županija.

Prevalenca

Prevalenca opijatskih ovisnika koji su na tretmanu u Zeničko-dobojskom kantonu opada i sada iznosi 0,07%, u 2024. godini 0,08%, u 2020. godini je bila 0,09, a prethodnih godina 0,1 do 0,2. Po zvaničnim podacima Evropskog monitoring centra za praćenje droga prevalenca liječenih opijatskih ovisnika u zemljama Jugoistočne Evrope je od 0,2 do 0,3%.

Novoregistrovani opijatski ovisnici

Uočljiv je pad broja novoregistrovanih opijatskih ovisnika unazad pet godina. U 2025. godini bilo je

7 novoregistrovanih opijatskih ovisnika, od kojih su samo 3 liječena supstitucionom terapijom, dok su 4 bila na tretmanu vani i samo su nastavili tretman kod nas, odnosno nisu novi ovisnici. U 2024. godini bilo je 17 novoregistrovanih opijatskih ovisnika, u 2023. godini 23, dok je u 2022. godini evidentirano 9 pacijenata. U 2021. godini broj je iznosio 19, a u 2020. godini evidentirano je 10 pacijenata.

Neuropsihijatrijski pregledi

Pacijenti su u stalnom kontaktu sa ljekarima i prosječno su na kontroli dvaput mjesečno, a mnogi i češće. Tokom 2025. godine obavljeno je ukupno 4.360 pregleda, od toga 3.842 u Zenici, 492 na terenu i 26 u KPZ Busovača. Tokom 2024. godine obavljeno je ukupno 4.416 pregleda, od toga 3.750 u Zenici, 555 na terenu i 111 u KPZ Zenica. Na osnovu navedenog konstatuje se da je broj pregleda u 2025. godini manji za 1,3% ili za 56 pregleda u odnosu na 2024. godinu.

Testiranje na psihoaktivne supstance

Testiranje je obavezni dio supstitucionog programa i pacijenti se ne uključuju u terapiju bez laboratorijske potvrde prisustva psihoaktivnih supstanci u organizmu. Rutinska šema podrazumijeva test na 12 psihoaktivnih supstanci u prvom pregledu i nakon detoksifikacije, a skoro u svakom susretu test na opijate, amfetamin, tramadol, metadon ili buprenorfin. Uobičajeno se pacijenti testiraju dva do četiri puta mjesečno. S obzirom da su, pored heroína, najraširenije droge marihuana sa svojim derivatima, benzodiazepini, tramadol i amfetamini na teritoriji BiH, iz tog razloga često testiramo pacijenta na te supstance.

Broj testiranja i testova

Testiranje pacijenata je jedan od osnovnih dijagnostičkih alata. U 2025. godini testirano je ukupno 3.410 pacijenata, dok je ukupan broj testiranih parametara iznosio 15.350, što predstavlja prosjek od 1.279 testiranja mjesečno. U 2024. godini ukupno je testirano 3.286 pacijenata, uz 13.135 testiranih parametara, odnosno prosječno 1.095 testiranja mjesečno. U 2023. godini testirano je 3.026 pacijenata, a ukupan broj testiranih parametara iznosio je 9.455, što odgovara prosjeku od 788 testiranja mjesečno. U poređenju s 2024. godinom, ukupan broj testiranih pacijenata u 2025. godini veći je za 3,6%, dok je broj testiranih parametara povećan za 14,5%.

U odnosu na 2023. godinu, u 2025. godini zabilježen

je porast broja testiranih pacijenata od 11,3%, dok je broj testiranih parametara povećan za 38,4%, što ukazuje na značajno povećanje obima i složenosti dijagnostičkog rada.

Stabilni pacijenti koji su više od 10 godina na zamjenskoj terapiji testirani su jednom u periodu od 6 do 12 mjeseci.

Pozitivnost na opijate

Jedan od indikatora uspješnosti rada sa heroinskim ovisnicima je procenat pozitivnih testova na opijate kod pacijenata koji su uključeni u supstitucijski program liječenja. Tokom 2024. godine procenat pozitivnosti na opijate iznosi 5,94%, u 2023. godini 6,45%, u 2022. godini 9%, a tokom 2021. godine bilo je 12%. Iz prethodno navdenog vidi se da procenat pozitivnih nalaza na opijate lagano opada.

U zadnje tri godine procenat pozitivnih testova na THC je bio konstantan i iznosio je oko 27%. Procenat pozitivnih testova na amfetamine unazad 5 godina je u jasnom porastu, od 14,88% u 2021. godini do 22,50% u 2025. godini.

Pozitivnost na opijate pacijenata koji su na zamjenskoj terapiji i dalje je ispod evropskog nivoa više nego očito (evropski prosjek je preko 30%, a u našem Zavodu 7,32 % za 2025. godinu).

Procenat pozitivnih testova na različite psihoaktivne supstance tokom pet godina (2021–2025). Supstance obuhvaćene analizom su: Opijati, Amfetamin, THC (tetrahidrokanabinol), BZD (benzodiazepini), COC (kokain), MDMA ili ekstazi (3,4-metilendioxi-metamfetamin), Tramal (tramadol) i Alkohol.

Opijati: Postoji kontinuirani pad u procentu pozitivnih testova sa 12,18% u 2021. na 5,94% u 2024. i sa blagom porastom u 2025. godini. Mogući uzroci su: poboljšana regulacija i kontrola upotrebe opijata, povećana dostupnost tretmana za zavisnost od opijata, smanjena dostupnost ilegalnih opijata na tržištu, promjena u stilu života kod mladih.

Amfetamin: Jasan porast sa 14,88% u 2021. godini na 22,50% u 2025. godini. Mogući uzroci su: povećana dostupnost i popularnost amfetamina, promjene u preferencijama korisnika droga, nedovoljna prevencija i edukacija o rizicima korištenja amfetamina.

THC (Tetrahidrokanabinol): Stabilan procenat pozitivnosti na kanabinoide od 27% u periodu od tri godine, što ukazuje na: kontinuiranu i nepromijenjenu prisutnost upotrebe kanabinoida u populaciji pacijenata koji se testiraju, odsustvo značajnog porasta ili pada

trenda uprkos promjenama u ukupnom broju testiranja i pacijenata. Drugim riječima, problem je hroničan, ali stabilan.

BZD (Benzodiazepini): Blagi pad sa 64,23% u 2021. godini na 60,82% u 2024. godini i ponovo porast na 63,8 u 2025. godini, uz povremene fluktuacije.

COC (Kokain): Značajan porast sa 0,25% u 2021. godini na 3,76 % u 2025. godini. Mogući uzroci su: povećana dostupnost kokaina na tržištu, rast tražnje za stimulansima u određenim populacijama, nedovoljna efikasnost preventivnih mjera protiv kokaina.

MDMA (3,4-Metilendioxi-metamfetamin): Opšti pad sa 3,08% u 2021. godini na 1,59% u 2025. godini, uz kratkoročne fluktuacije. mogući uzroci su: smanjena popularnost MDMA-a među korisnicima, povećana dostupnost drugih stimulansa koji zamjenjuju MDMA, efikasnije preventivne kampanje usmjerene na MDMA.

Tramal (tramadol): Fluktuirajući trend sa blagim povećanjem ukupnog procenta sa 4,01% u 2021. godini na 5,15% u 2024. godini, zatim značajan pad na 3,10% u 2025. godini.

Alkohol: kontinuirani blagi pad pozitivnosti na alkohol, sa 12,57% u 2021. na 11,22% u 2024, pa na 9,57% u 2025. Mogući uzroci su: promjene u zakonodavstvu i regulaciji prodaje alkohola, povećana svijest o zdravstvenim rizicima povezanim s konzumacijom alkohola, socio-ekonomski faktori koji utječu na potrošnju alkohola.

Pozitivnosti za različite supstance kod pacijenata Zavoda za bolesti ovisnosti Ze-Do kantona za period od 2021. do 2025. godine.

Opšti trendovi:

Opijati: Postepeni pad sa 12,18% (2021.) na 7,32% (2025.); Amfetamin: Stalan rast sa 14,88% (2021.) do 22,50% (2025.), što ukazuje na povećanu upotrebu amfetamina među pacijentima: THC (marihuana): Blagi pad sa 33,62% (2021.) na 27,32% (2025.); Benzodiazepini (BZD): Blagi pad sa 64,23% (2021.) na 63,81% (2025.), iako i dalje visoka prevalencija. Kokain (COC): Postepen rast sa 0,25% (2021.) na 3,76% (2025.), iako je još uvek niska prevalencija. MDMA: Opada sa 3,08% (2021.) na 1,59% (2025.). Tramadol (Tramal): Fluktuacije; rast sa 4,01% (2021.) na 6,14% (2022.), pad na 5,15% (2024.), zatim značajan pad na 3,10% (2025.). Alkohol: Blagi pad sa 12,57% (2021.) na 9,57% (2025.).

Analiza po supstanci

A. Opijati: Trend: Postepeni pad od 12,18% do 7,32%. Interpretacija: Moguće smanjenje upotrebe opijata u populaciji pacijenata. Efektivniji tretmani supstitucije (metadon, buprenorfin). Kontrola i regulacija lijekova.

B. Amfetamin: Trend: Konstantan rast sa 14,88% do 22,50%. Interpretacija: Povećana dostupnost i upotreba amfetamina („spid“) u populaciji. Trend ukazuje na potrebu za dodatnim preventivnim i terapijskim programima usmjerenim na amfetamine.

C. THC: Trend: Blagi pad sa 33,62% do 27,32%. Interpretacija: Popularnost marihuane je stabilna, ali blagi pad može odražavati smanjenje upotrebe ili promjenu u populaciji pacijenata.

D. BZD (Benzodiazepini): Trend: Visoka prevalencija, blagi pad sa 64,23% na 63,81%. Interpretacija: Benzodiazepini su i dalje najzastupljenija supstanca. Potrebno kontinuirano praćenje i kontrola propisivanja.

E. Kokain (COC): Trend: Rastući trend od 0,25% do 3,76%. Interpretacija: Početna niska prevalencija, ali rast može ukazivati na ulazak kokaina u lokalno tržište supstanci.

F. MDMA: Trend: Pad sa 3,08% na 1,59%. Interpretacija: Smanjena upotreba MDMA u populaciji pacijenata. Može biti rezultat smanjenja dostupnosti ili promjena u preferencijama korisnika.

G. Tramadol (Tramal): Trend: Fluktuirajući; rast u 2022., pad u 2024., značajan pad u 2025. (3,10%). Interpretacija: Blagi porast do 2022. može biti rezultat samoliječenja bolova ili zloupotrebe. Pad u 2024.–2025. može ukazivati na bolju regulaciju dostupnosti i receptura od strane ljekara.

H. Alkohol: Trend: Blagi pad sa 12,57% na 9,57%. Interpretacija: Alkohol ostaje značajan faktor rizika, ali blagi pad može reflektovati promjene u populaciji ili u edukaciji i prevenciji.

Opšti trendovi i zaključci:

1. Opijati i Tramadol pokazuju pad, što sugerise efikasnu kontrolu i regulaciju supstanci ili uspjeh u tretmanima supstitucije.
2. Amfetamin i Kokain pokazuju rast, što zahtijeva pažnju u preventivnim i terapijskim programima.
3. Benzodiazepini ostaju dominantna supstanca, sa visokim procentom pozitivnosti.
4. THC i Alkohol pokazuju blagi pad, što sugerise stabilizaciju u populaciji.
5. MDMA pokazuje pad i nisku prevalenciju, što ukazuje na smanjenu prisutnost u populaciji.

Analiza dostupnih podataka ukazuje na relativno sta-

bilan obim rada Zavoda za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona u proteklom četverogodišnjem periodu, uz blagi trend smanjenja ukupnog broja pregledanih i tretiranih lica. Iako je u 2025. godini evidentiran pad od 3,6% u odnosu na 2024. godinu, kao i u odnosu na ranije godine, ove promjene nisu značajne u mjeri koja bi ukazivala na drastične oscilacije u potrebi za uslugama Zavoda.

Posebno je važno istaći da broj registrovanih ovisnika ostaje gotovo konstantan kroz posmatrani period, što potvrđuje kontinuiranu prisutnost problema ovisnosti u zajednici i potrebu za održavanjem stabilnih i dostupnih tretmanskih kapaciteta. Ovakav odnos između ukupnog broja korisnika i broja registrovanih ovisnika ukazuje na to da Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona primarno djeluje kao ključna specijalizirana ustanova za tretman ovisnosti, uz istovremeno obuhvatanje i šire populacije korisnika.

Blagi pad ukupnog broja korisnika može se tumačiti kao rezultat kombinacije faktora, uključujući moguće efekte preventivnih aktivnosti, promjene u obrascima traženja pomoći, ali i šire društvene okolnosti. Međutim, stabilnost broja ovisnika sugerira da potreba za kontinuiranim unapređenjem tretmanskih, rehabilitacijskih i preventivnih programa ostaje nepromijenjena. U konačnici, ovi pokazatelji potvrđuju značaj dugoročnog, sistemskog i multidisciplinarnog pristupa u radu Zavoda, uz potrebu daljnjeg jačanja preventivnih aktivnosti i međuinstitucionalne saradnje s ciljem smanjenja pojavnosti ovisnosti i unapređenja javnog zdravlja.

Ključni aspekti supstitucionog terapijskog tretmana

Smanjenje rizika od predoziranja: uključeni pacijenti imaju redovan nadzor stručnog osoblja, što omogućava pravovremenu intervenciju u slučaju potencijalnih komplikacija. Terapijski programi, poput metadonske i suboksonske terapije, stabilizuju fizičko i psihičko stanje pacijenata, smanjujući potrebu za konzumiranjem ilegalnih supstanci.

Smanjenje smrtnosti: pacijenti na terapiji imaju nižu stopu smrtnosti jer su pod stalnim medicinskim i psihološkim nadzorom. Stručni timovi pružaju podršku u rješavanju dodatnih zdravstvenih problema, kao što su zarazne bolesti (hepatitis C i HIV), čime se poboljšava njihov ukupni zdravstveni ishod.

Socijalna reintegracija: terapijski programi ne samo da smanjuju smrtnost već pomažu pacijentima da se integrišu u društvo, smanjujući rizik od socijalne izolacije, koja često vodi ka recidivu i predoziranju.

Poboljšanje kvaliteta života pacijenata: supstituciona terapija značajno poboljšava kvalitet života pacijenata jer smanjuje potrebu za ilegalnim supstancama, stabilizira psihofizičko stanje i omogućava funkcionalniji svakodnevni život. Kroz stabilnost terapije pacijenti lakše održavaju porodične odnose, zapošljavaju se ili se ponovo uključuju u obrazovni i društveni sistem. Istovremeno, porodice pacijenata dobijaju veću sigurnost, smanjuje se nivo stresa i konflikata, te se jača osjećaj povjerenja i nade u dugoročan oporavak.

Ekonomске dobiti supstitucione terapije: supstituciona terapija donosi značajne ekonomske koristi, kako za pojedinca i njegovu porodicu, tako i za društvo u cjelini. Kod pacijenata se smanjuju troškovi vezani za nabavku ilegalnih supstanci, liječenje komplikacija i česta hospitalizacija, što porodicama omogućava finansijsku stabilnost i redovniji prihod. Na nivou društva, supstituciona terapija smanjuje troškove zdravstvenog sistema, pravosuđa i policije, povećava radnu sposobnost i zapošljivost pacijenata, te doprinosi većoj produktivnosti i dugoročnim uštedama javnih sredstava.

Podrška porodici i zajednici: uključenje pacijenata u tretman ima širi uticaj na njihove porodice i zajednicu. Redovan tretman smanjuje opterećenje na zdravstveni sistem, socijalne službe i organe reda, dok istovremeno poboljšava kvalitet života pacijenata i njihovih bližnjih. Uključivanje pacijenata u tretman nije samo zdravstveni prioritet već i ključni korak u smanjenju smrtnosti i predoziranja.

Preventivni rad u Zavodu za bolesti ovisnosti zeničko-dobojskog kantona

U okviru strategije primarne prevencije Odjeljenja za prevenciju i savjetovanje, aktivnosti su planirane i realiziraju se kroz programe u dvije razine i to kroz programe i projekte prevencije i istraživačke programe. U Strategiji Odjeljenja za prevenciju i savjetovanje, a kroz program primarne prevencije, cilj je uključiti što veći broj adolescenata i mladih sa ciljem sprječavanja upotrebe „prve droge“. Pravilan odgoj i afirmacija znanja su najzreliji oblici prevencije narkomanije i svih oblika ovisnosti. Stalnom provedbom organiziranih primarno-preventivnih odgojno-obrazovnih programa moguće je veliki dio još zdrave populacije djece i mladih zaštititi i odvratiti od započinjanja uzimanja sredstava ovisnosti. Najgori stav omladine, kao populacije kada i započinju prvi koraci oko uzimanja psihoaktivnih sredstava, jeste da je „droga bezopasna“. U tom kontekstu i Zavod za bolesti ovisnosti prepoznaje

svoju ulogu i definira strategiju.

Cilj aktivnosti Zavoda za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona u oblasti primarne prevencije je spriječiti ili smanjiti potrebu za uzimanjem droga, dok smanjenje dostupnosti rade organi MUP-a, sudovi itd. Preventivni programi Zavoda za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona su usmjereni prema sljedećim ciljanim sredinama: kanton i općine, sistem obrazovanja, sistem sportskih udruženja, sistem vjerskih zajednica, studenti i opća populacija. Vrste programa su: opća edukacija, edukacija edukatora, razvoj zdravih životnih stilova mladih, poticanje sportskih aktivnosti i omasovljavanja sporta, izrada edukativnih resursa (dokumentarni filmovi, brošure, itd.), izdavačka djelatnost, kampanje, web-informisanje, medijske aktivnosti, naučna djelatnost, preventivna politika, savjetovalište. Cilj Odjeljenja je dostaviti edukativnu informaciju tako da bude dostupna većini stanovnika kantona. Najveći dio aktivnosti Odjeljenja vezan je za školski sistem. Prije početka školske godine osmišljavaju se i pišu projekti primarne prevencije u školama, te se isti šalju prema Pedagoškom zavodu i Ministarstvu za obrazovanje, nauku, kulturu i sport Zeničko-dobojskog kantona, na odobrenje. Od strane Pedagoškog zavoda i Ministarstva za nauku, kulturu i sport ZDK odobrena su četiri projekta: Edukacija učenika uzrasta 13-18 godina, Edukacija Vijeća učenika, Edukacija roditelja i Edukacija nastavnika. Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona je potpisao protokol o saradnji i realizovao jedan projekat sa Ministarstvom unutrašnjih poslova ZDK, Centrom za socijalni rad Zenica i Saradnjom mješovitom školom Mladost pod nazivom „Unapređenje međuinstitucionalnog odgovora na povećanju sigurnosti mladih i veće involviranosti roditelja u kontekstu preveniranja ovisnosti mladih“. Projekat pod nazivom „Zajedno u prevenciji ovisnosti“ u saradnji sa JU Kantonalna bolnica Zenica, JU Medicinska škola Zenica i JU Medicinski fakultet u Zenici. U izvještajnom periodu potpisan je Sporazum o saradnji sa Nogometnim klubom Čelik Zenica i JU Prva gimnazija u Zenici.

Preventivni rad Zavoda za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona zasniva se na principima javnog zdravlja i obuhvata: **primarnu prevenciju** – sprječavanje pojave ovisnosti kroz edukaciju i podizanje svijest; **sekundarnu prevenciju** – rano prepoznavanje rizičnih ponašanja i pravovremeno uključivanje u tretman; **tercijarnu prevenciju** – sprečavanje recidiva i podrška rehabilitaciji. Osnovni ciljevi preventivnog

djelovanja uključuju smanjenje rizičnih faktora, jačanje zaštitnih faktora, te unapređenje znanja i stavova o štetnosti psihoaktivnih supstanci.

Ciljne grupe preventivnih aktivnosti Zavoda za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona usmjerene su prema različitim populacijama: djeca i mladi (osnovne i srednje škole), roditelji i porodice, prosvjetni radnici, rizične grupe u zajednici, opća populacija. Poseban fokus stavlja se na mlade kao najosjetljiviju kategoriju za razvoj rizičnih oblika ponašanja.

Metode i oblici rada preventivnog rada Zavoda za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona realizira se kroz različite metode: edukativne radionice i predavanja u školama i lokalnim zajednicama; kampanje podizanja svijesti o štetnosti ovisnosti; savjetodavni rad sa pojedincima i porodicama; medijske aktivnosti i javni nastupi; stručne edukacije za profesionalce koji rade s rizičnim grupama.

Radionice su interaktivnog karaktera i usmjerene na razvoj socijalnih i životnih vještina, uključujući donošenje odluka, otpornost na pritisak vršnjaka i upravljanje stresom.

Sve ovo zahtjeva multisektorsku saradnju, jer efikasnost preventivnog rada Zavoda za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona u velikoj mjeri zavisi od saradnje sa drugim institucijama, uključujući: obrazovne ustanove, centre za socijalni rad, zdravstvene ustanove, policijske strukture, nevladine organizacije. Ovakav pristup omogućava sveobuhvatno djelovanje i bolju pokrivenost ciljnih grupa. Iako je efekte prevencije teško mjeriti u kratkom roku, kontinuirane aktivnosti doprinose povećanju nivoa informisanosti i smanjenju rizičnih ponašanja. Dugoročno, preventivni rad ima značajan utjecaj na smanjenje broja novih ovisnika i rasterećenje zdravstvenog sistema.

U dosadašnjem radu prepoznati su ključni izazovi u preventivnom radu, koji obuhvataju: nedovoljnu uključenost svih relevantnih aktera, ograničene resurse, stigmatizaciju problema ovisnosti, promjenjive trendove u upotrebi psihoaktivnih supstanci. Zbog toga je neophodno kontinuirano unapređenje preventivnih strategija i prilagođavanje savremenim izazovima.

Preventivni rad Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona predstavlja temelj dugoročne borbe protiv bolesti ovisnosti. Kroz sistemski, kontinuiran i multidisciplinarni pristup, Zavod doprinosi smanjenju rizičnih ponašanja i jačanju zdravih stilova života u zajednici. Daljnje jačanje preventivnih aktivnosti i međuinstitucionalne saradnje ostaje

ključni pravac razvoja u cilju očuvanja javnog zdravlja. Također, prepoznat je problem bihevioralnih ovisnosti, te je organizovano posebno Odjeljenje za bihevioralne ovisnosti JZU Zavoda za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona, koje predstavlja specijalizovanu organizacionu jedinicu čiji je osnovni zadatak praćenje, istraživanje, prevencija i stručni rad u oblasti savremenih oblika ovisničkih ponašanja, sa posebnim naglaskom na djecu, adolescente i mlade. U fokusu rada Odjeljenja nalaze se bihevioralne ovisnosti kao što su ovisnost o kockanju, internetu, društvenim mrežama, videoigrama, kao i drugi obrasci rizičnih ponašanja koji značajno utiču na mentalno zdravlje i psihosocijalno funkcionisanje pojedinaca i porodica. Rad Odjeljenja zasniva se na interdisciplinarnom, naučno utemeljenom i preventivno orijentisanom pristupu, sa ciljem rane identifikacije rizičnih obrazaca ponašanja, jačanja zaštitnih faktora, te podizanja svijesti javnosti o složenosti i ozbiljnosti problema bihevioralnih ovisnosti. Posebna pažnja posvećuje se razvoju programa i projekata usmjerenih prema djeci i mladima, kroz saradnju sa osnovnim i srednjim školama, roditeljima, nastavnicima, stručnim službama, te relevantnim institucijama i organizacijama na području Zeničko-dobojskog kantona.

U okviru *rehabilitacijskog programa* saradnja sa terapijskim zajednicama ostvaruje se na osnovu potpisanog Ugovora Ministarstva za rad, socijalnu politiku i izbjeglice Zeničko-dobojskog kantona i jednog broja terapijskih zajednica. Uz saglasnost i preporuku Zavoda za bolesti ovisnosti nadležno Ministarstvo snosi troškove boravka u terapijskoj zajednici. Zakonom je uređeno da se preporuka i saglasnost može dati isključivo pacijentima koji su na tretmanu, što je doprinijelo uključivanju pacijenata na tretman, a odlazak u terapijsku zajednicu provodi se nakon detoksifikacije. Kroz ovaj program uspostavljena je saradnja sa terapijskim zajednicama u cilju praćenja tretmana pacijenta i njegovog napretka, dok Zavod po potrebi pruža stručnu podršku.

Zaključak

Model rada Zavoda za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona predstavlja primjer integriranog i funkcionalnog pristupa tretmanu ovisnosti. Kombinacijom preventivnih, terapijskih i rehabilitacijskih mjera doprinosi se smanjenju ovisnosti i unapređenju javnog zdravlja. Daljnje jačanje ovog modela i međuinstitucionalne saradnje ostaje ključni pravac razvoja.

Literatura

1. Baron-Koen, S. (2011). *Psihologija zla*. Beograd: Clio.
 2. Bošković, M. (1997). *Kriminologija i socijalna patologija*. Novi Sad: Matica srpska.
 3. Bukelić, J. (1972). *Toksikomanije*. Zagreb: Obeliks.
 4. Dedajić, N. (2010). *Socijalni rad sa ovisnicima o drogi*. Tuzla: OFF-SET.
 5. Đukanović, B. (1994). *Droge: Od zloupotrebe do ovisnosti*. Sarajevo: GIK „Oko“.
 6. Đukanović, B. (1999). *Porodice narkomana*, Sarajevo: Kaligraf.
 7. Eskadon, R., Galvez, C. (2006). *Slobodni od droge i ostalih zavisnosti*. Beograd: Preporod.
 8. Gidens, E. (2003). *Sociologija*. Preveli sa engleskog Nadežda Silaški i Tatjana Đurović. Beograd: Ekonomski fakultet.
 9. Hudolin, V. (1982). *Istina o drogama*. Zagreb: Jumena.
 10. Kapetanović-Bunar, E. (1985). *Alkoholizam-život na dva kolosjeka*. Ljubljana: ČGP DELO.
 11. Kušević, V. (1987). *Zloupotreba droga*. Grafički zavod Hrvatske.
 12. Milosavljević, B. (1997). *Socijalna patologija i društvo*, Beograd: Institut za kriminološka i sociološka istraživanja.
 13. Nastatić, P. (2004). *Ne dozvoli da te droga izbaci iz igre*. Beograd: Draganić.
 14. Nenadović, M. (1995). *Narkomanija i alkoholizam*. Beograd: Medicinski fakultet.
 15. Nikolić, D. (2000). *Bolesti ovisnosti*. Socijalna misao, Beograd.
 16. Petrović, S. (1988). *Ličnost narkomana*. Gornji Milanovac: Dečije novine.
- Online izvori
17. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2012). Godišnji izvještaj Evropskog monitoring centra za droge i ovisnike od droga za 2012. godinu (EMCDDA). Dostupno na: <http://www.emcdda.europa.eu/>
 18. Federalni zavod za statistiku. (2014). *Statistički godišnjak FBiH za 2004. godinu*. Dostupno na: www.fzs.ba.
 19. Zavod za bolesti ovisnosti Ze-Do kantona. Dostupno na: www.zedo-ovisnost.ba/
 20. Žic-Raljić, A. (2002). Struktura ponašanja djece u obitelji. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, Izvorni znanstveni rada. Vol. 38. br.2. str. 165-186. Dostupno na: http://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak _jezik = 148434.

ODNOS TRADICIJSKE I KONVENCIONALNE MEDICINE: SUFIJSKO LIJEČENJE NA PRIMJERU ŠEJHA MESUDA HADŽIMEJLIĆA

prim. mr. sci Amir dr. Čustović

JZU Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona

Sažetak

Rad analizira odnos između tradicijske i konvencionalne medicine s posebnim osvrtom na sufijsko liječenje kao oblik duhovno utemeljene terapijske prakse. U teorijskom dijelu razmatra se razvoj i savremena interakcija između alternativnih i znanstvenih medicinskih pristupa, uključujući koncept komplementarne i integrativne medicine. Empirijski dio rada fokusira se na primjer šejha Mesuda Hadžimejlića, jednog od najpoznatijih sufijskih iscjelitelja u Bosni i Hercegovini. Analizira se njegov pristup liječenju, metode koje koristi te odnos prema pacijentima. Zaključno se razmatra mogućnost sinteze duhovnih i medicinskih praksi u savremenom društvu.

Ključne riječi: tradicijska medicina, konvencionalna medicina, sufijsko liječenje, integrativna medicina, Hadžimejlić

Teorijski okvir

Savremeni medicinski sistemi karakteriziraju postojanje različitih pristupa liječenju koji se mogu podijeliti na konvencionalnu i nekonvencionalnu medicinu. Konvencionalna medicina temelji se na znanstvenim metodama, empirijskim istraživanjima i kliničkoj praksi, dok tradicijska medicina uključuje narodne, duhovne i kulturno uvjetovane metode liječenja.

U novije vrijeme razvija se koncept komplementarne i alternativne medicine (CAM/KAM), koji podrazumijeva korištenje različitih terapijskih metoda uz konvencionalno liječenje. Time nastaje i pojam integrativne medicine, koja nastoji objediniti najbolje aspekte oba pristupa. Tradicionalna medicina uključuje racionalne metode (npr. upotreba ljekovitog bilja) i iracionalne ili simboličke metode (magija, religija, rituali). Ove prakse često imaju snažnu psihološku i kulturnu funkciju, posebno u zajednicama gdje su duboko ukorijenjene. Istraživanja u Hrvatskoj i regiji pokazuju da interes za tradicijske metode liječenja ne opada, već se u određenim aspektima ponovno revitalizira, posebno u kontekstu savremenih društvenih i zdravstvenih izazova.

Sufijsko liječenje kao oblik tradicijske medicine

Sufi liječenje temelji se na uvjerenju da je zdravlje rezultat ravnoteže između tjelesne, mentalne i duhovne dimenzije čovjeka. Bolest se ne posmatra isključivo kao fizički poremećaj, već kao znak narušene harmonije. U tom smislu, liječenje uključuje različite elemente: učenje Kur'ana, molitve, zapise, biljne pripravke i savjete za način života. Posebna važnost pridaje se duhovnoj dimenziji liječenja, što potvrđuje i izjava šejha Mesuda Hadžimejlića: „On je taj koji daje lijek... ja se oslanjam potpuno na Kur'an i Kur'anom radim.“ Ovakav pristup ukazuje na teološki okvir liječenja, u kojem iscjelitelj djeluje kao posrednik, dok se izvor liječenja pripisuje Božijoj volji. Sufi razumijevanje bolesti dodatno naglašava njenu funkcionalnu dimenziju, gdje bolest može imati i ulogu pročišćenja i uspostavljanja ravnoteže, a ne isključivo negativnog fenomena. Sufijsko liječenje predstavlja specifičan oblik duhovne medicine koji svoje temelje nalazi u islamskoj tradiciji, Kur'anu i praksi poslanika Muhammeda. Ovaj pristup polazi od holističkog shvatanja čovjeka kao jedinstva tijela, uma i duha. Za razliku od konvencionalne medicine, koja često djeluje na simptom, sufijsko liječenje nastoji uspostaviti ravnotežu u svim dimenzijama ljudskog postojanja. Bolest se ne posmatra isključivo kao negativna pojava, već kao proces koji može imati i pročišćavajuću funkciju. Liječenje se temelji na:

- Božijoj riječi (Kur'an)
- duhovnim praksama (molitva, zikr)
- prirodnim lijekovima (bilje, voda, hrana)
- simboličkim sredstvima (zapisi, hamajlije)
- Važan element ovog pristupa jeste uvjerenje da je Bog jedini istinski iscjelitelj, dok je iscjelitelj posrednik u tom procesu.

Primjer prakse: Šejh Mesud Hadžimejlić

Šejh Mesud Hadžimejlić bio je istaknuti predstavnik sufijskog liječenja u Bosni i Hercegovini. Njegova praksa zasnivala se na višestoljetnoj porodičnoj tradiciji i ličnom duhovnom iskustvu. Pacijenti su dolazili iz

različitih društvenih slojeva, bez obzira na vjeru ili nacionalnost. Posebno je uočljivo veće prisustvo žena, što se može povezati s njihovom ulogom u porodici i brizi za zdravlje. Sufi liječenje često je obuhvatalo ne samo medicinske, već i socijalne i emocionalne probleme, poput bračnih odnosa, stresa i životnih kriza. Njegovo djelovanje karakteriziraju:

- liječenje širokog spektra bolesti (fizičkih i psihičkih)
 - otvorenost prema pacijentima svih religija i društvenih grupa
 - kombinacija duhovnih i prirodnih metoda liječenja
- Poseban doprinos predstavlja osnivanje hastahane u Kačunima, gdje se u istom prostoru susreću:
- konvencionalna medicina (poliklinika)
 - sufijsko liječenje (tekija)

Time se ostvaruje konkretan model integracije različitih medicinskih pristupa.

Diskusija

Analiza sufi liječenja na primjeru šejha Mesuda Hadžimejlića pokazuje da se radi o kompleksnom i funkcionalnom medicinskom sistemu koji ne djeluje izolirano, već paralelno s konvencionalnom medicinom. Iako na prvi pogled pripada domeni religijske i tradicijske prakse, njegovi efekti i društvena uloga ukazuju na širi značaj. Prije svega, sufi liječenje potvrđuje tezu da zdravlje nije isključivo biomedicinska kategorija, već i kulturni i duhovni konstrukt. Za razliku od konvencionalne medicine, koja se primarno fokusira na fiziološke uzroke bolesti, sufi pristup integrira psihičku i duhovnu dimenziju. Ovakav model blizak je savremenim konceptima holističke i integrativne medicine.

Istovremeno, važno je naglasiti da sufi liječenje ne odbacuje nužno konvencionalnu medicinu. Naprotiv, iz dostupnih podataka vidljivo je da pacijenti često kombiniraju oba pristupa. U tom smislu, izjava šejha Mesuda da „neki ljekari znaju poslati teške slučajeve“ ukazuje na postojanje neformalne i implicitne saradnje između ova dva sistema. Ova saradnja, iako nije institucionalizirana, pokazuje pragmatičan odnos prema liječenju, gdje se prioritet daje dobrobiti pacijenta.

S druge strane, popularnost ovakvih oblika liječenja može se objasniti i određenim ograničenjima konvencionalne medicine. Biomedicinski model često zanemaruje emocionalne i egzistencijalne aspekte bolesti, što dovodi do toga da pacijenti traže dodatne oblike podrške. U tom kontekstu, sufi liječenje nudi ne samo terapiju, već i smisao, utjehu i osjećaj kontrole nad vlastitim stanjem.

Posebno je značajan društveni aspekt ove prakse. Otvorenost prema pacijentima svih vjera i društvenih slojeva ukazuje na inkluzivni karakter sufi liječenja. Time ono prevazilazi granice religijske prakse i postaje oblik socijalne podrške i zajedničkog kulturnog prostora.

Međutim, potrebno je pristupiti ovom fenomenu i kritički. Nedostatak standardizacije, medicinske verifikacije i kontroliranih istraživanja predstavlja ograničenje u procjeni stvarne efikasnosti ovih metoda. Također, postoji rizik od odgađanja ili izbjegavanja konvencionalnog liječenja u korist alternativnih pristupa, što može imati negativne posljedice po zdravlje pacijenata. Ipak, umjesto isključivog suprotstavljanja, savremeni pristupi sve više naglašavaju potrebu za dijalogom između različitih medicinskih sistema. U tom smislu, primjer šejha Mesuda Hadžimejlića može se posmatrati kao ilustracija mogućnosti koegzistencije i komplementarnosti, gdje različiti pristupi liječenju odgovaraju na različite potrebe pacijenata.

Na kraju, može se zaključiti da sufi liječenje ima višestruku funkciju: medicinsku, psihološku, socijalnu i duhovnu. Upravo ta višedimenzionalnost objašnjava njegovu dugotrajnost i relevantnost u savremenom društvu.

Zaključak

Odnos između tradicijske i konvencionalne medicine u savremenom društvu sve više prelazi iz konflikta u saradnju. Integrativni pristupi pokazuju da kombinacija različitih medicinskih sistema može doprinijeti boljem razumijevanju zdravlja i bolesti. Sufijsko liječenje predstavlja važan primjer duhovne medicine koja naglašava holistički pristup čovjeku. Praksa šejha Mesuda Hadžimejlića pokazuje da je moguće povezati duhovne i medicinske metode u cilju unapređenja zdravlja. Buduća istraživanja trebala bi se fokusirati na dublje razumijevanje efekata ovakvih pristupa i njihovu potencijalnu primjenu u savremenim zdravstvenim sistemima. Sufi liječenje predstavlja značajan segment tradicijske medicine u Bosni i Hercegovini, koji se temelji na duhovnim principima i holističkom razumijevanju zdravlja. Kako ističe šejh Mesud: „Svakoj bolesti ima lijeka, osim starosti i smrti.“ Ova izjava sažima temeljnu filozofiju njegovog pristupa, u kojem se liječenje posmatra kao proces koji nadilazi isključivo fizičku dimenziju.

Literatura

1. Brenko, A., Dugac, Ž., Randić, M. (2009). *Narodna medicina*. Zagreb.
2. Dürriegl, M. (2017). *Zbirka narodne medicine*. HAZU, Zagreb.
3. Glušica, A. (2015). U: Hadžimejlić, M. *O čovjeku*.
4. Hadžimejlić, M. (2015). *O čovjeku*.
5. Klino, S. (2015). Razgovori sa šejhom Mesudom Hadžimejlićem.
6. Muinuddin (2012/1434). Sufijsko učenje o liječenju.
7. Mujezinović, E. (2015). Prikazi sufijskog liječenja.
8. Marjanić, S., Ratkovčić, R. (2019). Odnos tradicijske i konvencionalne medicine.

ZAŠTO KOCKAR?

dr.sc. Nermana Mujčinović

JZU Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona

Uvod

Poremećaj kockanja predstavlja jedan od najsloženijih oblika bihevioralnih ovisnosti, sa značajnim implikacijama po mentalno zdravlje pojedinca, funkcioniranje porodice i šire društvene zajednice. U posljednjim decenijama bilježi se kontinuiran porast dostupnosti i društvene prihvatljivosti kockanja, posebno kroz razvoj online platformi, kladionica i elektronskih igara na sreću, što dodatno doprinosi povećanju broja osoba sa problematičnim obrascima ponašanja.

Savremene dijagnostičke klasifikacije svrstavaju poremećaj kockanja u grupu poremećaja ovisnosti i srodnih poremećaja, čime se naglašava njegova klinička i etiološka povezanost sa ovisnostima o psihoaktivnim supstancama (American Psychiatric Association, 2013). Klinička iskustva potvrđuju da se kod ovih pacijenata registruju fenomeni tolerancije, apstinencijskog sindroma u psihološkom smislu, gubitka kontrole i nastavka ponašanja uprkos štetnim posljedicama.

Jedno od centralnih pitanja u razumijevanju ovog poremećaja jeste: zbog čega određeni pojedinci razvijaju ovisnički obrazac kockanja, dok drugi zadržavaju kontrolisano ili povremeno učestvovanje u igrama na sreću? Odgovor na ovo pitanje zahtijeva integraciju različitih teorijskih modela i kliničkih opažanja, uz uvažavanje interakcije između individualnih predispozicija i faktora sredine.

Kognitivni faktori i disfunkcionalna uvjerenja

U okviru kognitivno-bihevioralnog modela, poseban značaj imaju disfunkcionalna uvjerenja koja doprinose razvoju i održavanju kockarskog ponašanja. Klinički se najčešće susreću kognitivne distorzije poput iluzije kontrole, vjerovanja u „posebne strategije“ koje navodno povećavaju vjerovatnoću dobitka, te pogrešno razumijevanje slučajnosti i vjerovatnoće (Ladouceur i sar., 2001).

Pacijenti često selektivno pamte dobitke, dok gubitke minimiziraju ili racionaliziraju, što dovodi do iskrivljene percepcije ukupnog ishoda kockanja. U terapijskom procesu se nerijetko registruje i tzv. „gambler's fallacy“, uvjerenje da će se nakon niza gubitaka „mor-

ati“ desiti dobitak, što dodatno podstiče nastavak ponašanja.

Ova uvjerenja imaju snažnu emocionalnu komponentu i često su povezana sa nadom u rješavanje finansijskih ili životnih problema putem kockanja, što dodatno otežava njihovu kognitivnu restrukturaciju. U postratnom kontekstu Bosne i Hercegovine, dugotrajne socioekonomske posljedice tranzicije i nestabilnosti dodatno pogoduju razvoju ovakvih uvjerenja. Visoka stopa nezaposlenosti, nesigurni oblici rada i ograničene mogućnosti ekonomskog napredovanja kod dijela populacije stvaraju osjećaj bezizlaznosti i smanjene kontrole nad vlastitim životom. U takvom okruženju kockanje se često percipira kao dostupna i brza strategija potencijalnog izlaza iz finansijskih teškoća. Istovremeno, društvena normalizacija kladionica i njihova široka dostupnost u lokalnim zajednicama dodatno smanjuju percepciju rizika. Postratni stres, kolektivna trauma i narušene porodične i socijalne strukture također doprinose povećanoj vulnerabilnosti pojedinaca. Sve navedeno čini kontekst u kojem kognitivne distorzije ne samo da nastaju, nego se i dugoročno održavaju i učvršćuju.

Bihevioralni mehanizmi održavanja ponašanja

Sa stanovišta bihevioralne psihologije, kockanje se može razumjeti kroz principe operantnog uslovljavanja. Varijabilni raspored potkrepljenja, koji karakterizira nepredvidiva pojava dobitaka, predstavlja jedan od najsnažnijih oblika učenja (Skinner, 1953). Upravo ova nepredvidivost doprinosi visokom nivou perzistencije ponašanja.

U kliničkoj praksi to se manifestira kroz kontinuirano ulaganje novca i vremena, uprkos akumuliranim gubicima i negativnim posljedicama. Povremeni dobitak djeluje kao snažno potkrepljenje koje „resetuje“ percepciju rizika i dodatno učvršćuje ponašanje.

Potrebno je naglasiti ulogu sekundarnih potkrepljenja, kao što su uzbuđenje, socijalna interakcija ili privremeni bijeg od svakodnevnih problema, koji također doprinose održavanju kockarskog obrasca.

U specifičnom društvenom kontekstu Bosne i Hercegovine, ovi bihevioralni mehanizmi dodatno su pojačani

izuzetno visokom dostupnošću kockarskih sadržaja. Prema dostupnim podacima, u BiH postoji nekoliko hiljada uplatnih mjesta, pri čemu se procjenjuje da dolazi približno jedna kladionica na oko 1.000 stanovnika, što našu zemlju svrstava u sam vrh Europe po broju kladionica po glavi stanovnika. Takva prostorna i socijalna dostupnost znači da je kockanje stalno prisutno u svakodnevnom okruženju pojedinca, čime se značajno povećava vjerovatnoća inicijacije i održavanja ponašanja.

Istovremeno, kontinuirano prisustvo reklama za klađenje putem televizije, društvenih mreža i sportskih događaja ima funkciju normalizacije i glamurizacije kockanja, pri čemu se naglašavaju dobici, a minimiziraju rizici, što dodatno djeluje kao oblik indirektnog potkrepljenja ponašanja.

Poseban problem predstavlja sve veća dostupnost online klađenja, koje omogućava stalni pristup bez vremenskih i prostornih ograničenja, čime se brišu granice između epizodnog i kompulsivnog ponašanja. Kod mlađe populacije, online klađenje se često preklapa sa obrascima problematične upotrebe interneta, pri čemu se razvija kombinovani obrazac ovisničkog ponašanja koji uključuje i digitalnu ovisnost i kockanje, uz bržu progresiju i teži klinički tok.

Neurobiološki aspekti

Neurobiološka istraživanja ukazuju na značajnu ulogu dopaminskog sistema nagrađivanja u razvoju ovisnosti o kockanju. Aktivacija mezolimbickog dopaminskog puta povezana je sa osjećajem nagrade i zadovoljstva, ali i sa anticipacijom dobitka (Potenza, 2008).

Savremena istraživanja ukazuju da dopamin ne učestvuje samo u doživljaju nagrade, već primarno u procesu učenja i motivacije, odnosno u signaliziranju značaja i očekivanja nagrađujućeg ishoda. U kontekstu kockanja, posebno je značajno da se dopaminska aktivacija javlja i u fazi očekivanja ishoda, a ne samo prilikom dobitka, što dodatno pojačava motivaciju za nastavak ponašanja. Studije pokazuju da se dopamin oslobađa čak i u situacijama neizvjesnog ili niskog dobitka, što potvrđuje da sama nepredvidivost ishoda ima snažan potkrepljujući efekat. Nadalje, intenzitet dopaminske aktivnosti povezan je sa težinom simptoma kockanja, što ukazuje na njegovu ulogu u progresiji poremećaja (Joutsa i sar., 2012).

Dodatno, teorijski modeli poput koncepta „incentive salience“ (Robinson i Berridge, prema Potenza, 2013) naglašavaju da dopamin povećava „želju“ (wanting), a

ne nužno „užitak“ (liking), što objašnjava zašto kockari nastavljaju sa ponašanjem i kada ono više ne donosi stvarno zadovoljstvo. Ovi nalazi potvrđuju da je dopaminski sistem ključan u formiranju i održavanju ovisničkog ponašanja, jer povezuje anticipaciju, motivaciju i učenje u jedinstven funkcionalni mehanizam (Potenza, 2013).

Kod osoba sa poremećajem kockanja uočavaju se promjene u funkcionisanju ovog sistema, što rezultira pojačanom osjetljivošću na nagradu i smanjenom sposobnošću inhibicije impulsa. Ove neurobiološke karakteristike doprinose razvoju žudnje (craving) i smanjenoj kontroli ponašanja.

Važno je naglasiti da se slični neurobiološki obrasci registruju i kod ovisnosti o supstancama, što dodatno potvrđuje opravdanost klasifikacije kockanja kao ovisničkog poremećaja.

Faktori ličnosti

U kliničkom radu posebno mjesto zauzima razumijevanje emocionalne funkcije kockanja. Kod značajnog broja pacijenata kockanje predstavlja maladaptivnu strategiju regulacije emocija. Najčešće se koristi kao način smanjenja anksioznosti, ublažavanja depresivnih simptoma ili izbjegavanja osjećaja praznine i dosade.

Osobe sa izraženom impulsivnošću, niskom tolerancijom na frustraciju i poteškoćama u odgađanju zadovoljstva pokazuju povećan rizik za razvoj poremećaja, što potvrđuju brojna istraživanja koja impulsivnost identificiraju kao centralni vulnerabilni faktor u razvoju poremećaja kockanja (Ioannidis i sar., 2017; Hodgins i Holub, 2015). Također, impulsivno donošenje odluka i preferencija za neposrednu nagradu u odnosu na odgođenu povezani su sa težinom kliničke slike i progresijom poremećaja (Ioannidis i sar., 2017).

Dodatno, prisustvo traumatskih iskustava, hroničnog stresa ili narušenih porodičnih odnosa značajno povećava vulnerabilnost za razvoj problematičnog kockanja, pri čemu se posebno ističe povezanost između posttraumatskih simptoma i kockarskog ponašanja (Grubbs i Chapman, 2019; Leppink i Grant, 2015). Istraživanja ukazuju da trauma i stres mogu djelovati kao okidači, ali i kao održavajući faktori, jer kockanje često preuzima funkciju maladaptivne regulacije afekta.

U kliničkoj populaciji često se registruje komorbiditet sa depresivnim i anksioznim poremećajima, kao i poremećajima vezanim za upotrebu psihoaktivnih supstanci, što zahtijeva integrisan terapijski pristup.

Socijalni i razvojni faktori

Socijalni kontekst ima značajnu ulogu u razvoju kockarskog ponašanja. Rano izlaganje kockanju, modeliranje ponašanja u porodici, kao i dostupnost i društvena prihvatljivost igara na sreću predstavljaju važne rizične faktore (Blaszczynski i Nower, 2002).

Posebno je značajno naglasiti uticaj savremenih tehnologija, koje omogućavaju kontinuirani pristup kockarskim sadržajima bez prostorno-vremenskih ograničenja. Time se brišu granice između rekreativnog i problematičnog kockanja, što otežava ranu detekciju poremećaja.

U Bosni i Hercegovini kockanje predstavlja izrazito rasprostranjen društveni fenomen, obilježen visokom dostupnošću i širokom prihvaćenošću. Imamo više od dvije hiljade uplatnih mjesta sportskog klađenja, uz dodatni broj automat klubova i kasina. Ova dostupnost dodatno je pojačana ekspanzijom online klađenja, koje omogućava kontinuiran pristup bez prostorno-vremenskih ograničenja i uz minimalan nadzor. Finansijski pokazatelji ukazuju na izrazito visok promet u sektoru igara na sreću, koji se mjeri u milijardama konvertibilnih maraka na godišnjem nivou, uz kontinuiran trend rasta. Posebno zabrinjava činjenica da značajan dio populacije učestvuje u nekom obliku kockanja, pri čemu sportsko klađenje dominira kao najzastupljeniji oblik.

Dodatni rizik predstavlja rano uključivanje mladih u kockanje, naročito muške populacije, kod kojih se bilježi veća sklonost rizičnim obrascima ponašanja. Online platforme dodatno pogoduju razvoju problematičnih oblika kockanja kroz anonimnost, dostupnost i korištenje algoritama koji potiču kontinuirano sudjelovanje. Uprkos ograničenjima u dostupnosti sistematskih istraživanja, postojeći podaci ukazuju na zabrinjavajuće trendove rasta i sve nižu dobnu granicu inicijacije. Ovakav kontekst značajno povećava rizik za razvoj ovisnosti o kockanju i zahtijeva sistemski i koordiniran odgovor svih uključenih faktora.

Poseban doprinos razumijevanju rasprostranjenosti kockanja među mladima daju istraživanja Odjeljenja za bihevioralne ovisnosti Zavoda za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona. Istraživanje realizirano u trećim razredima srednjih škola pokazalo je da 35,2% učenika ima bliske prijatelje koji učestvuju u igrama na sreću, uključujući sportsko klađenje i online kockanje. Također, 8,9% ispitanih učenika izjavilo je da i sami povremeno ili često učestvuju u ovim aktivnostima.

Integrativni klinički model

Integrativni model Blaszczynskog i Nowerove (2002) predstavlja jedan od najkorisnijih okvira za razumijevanje heterogenosti kockarskog ponašanja. Model razlikuje tri osnovna tipa kockara: bihevioralno uslovljene kockare, kod kojih dominiraju mehanizmi učenja; emocionalno ranjive kockare, kod kojih kockanje ima funkciju regulacije afekta; te antisocijalno-impulsivni tip, karakteriziran izraženom impulsivnošću i problemima u kontroli ponašanja.

Bihevioralno uslovljeni kockari najčešće nemaju izraženu psihopatologiju u osnovi, već njihovo ponašanje nastaje i održava se primarno kroz mehanizme potkrepljenja i učenja. Kod ove grupe često se registruje postupna eskalacija ponašanja, uz relativno očuvane kapacitete za uvid i bolju terapijsku responzivnost. Emocionalno ranjivi kockari, sa druge strane, ulaze u kockanje kao način suočavanja sa negativnim emocionalnim stanjima, uključujući anksioznost, depresivnost i osjećaj praznine. Kod njih je kockanje funkcionalno povezano sa regulacijom afekta, zbog čega je relaps češći u situacijama emocionalnog distresa.

Treći tip, antisocijalno-impulsivni kockari, predstavljaju klinički najzahtjevniju grupu, koju karakteriziraju izraženi problemi u kontroli impulsa, sklonost rizičnom ponašanju i često prisustvo komorbidnih poremećaja ličnosti ili zloupotrebe supstanci. Kod ove populacije terapijski pristup zahtijeva dugotrajniji i strukturiraniji rad, uz često slabiju adherenciju tretmanu.

Važno je naglasiti da navedeni tipovi ne predstavljaju strogo odvojene kategorije, već kontinuum, pri čemu se u kliničkoj praksi često susreću preklapanja karakteristika.

Ovaj model ima posebnu vrijednost u planiranju tretmana, jer omogućava identifikaciju dominantnih mehanizama koji održavaju ponašanje i usmjerava izbor terapijskih intervencija. Tako, na primjer, kod bihevioralno uslovljenih kockara fokus može biti na modifikaciji ponašanja i kognitivnih distorzija, dok je kod emocionalno ranjivih neophodan rad na regulaciji emocija i razvoju adaptivnih strategija suočavanja. Kod antisocijalno-impulzivnog tipa često je potrebno uključiti širi spektar intervencija, uključujući rad na kontroli impulsa i strukturi ličnosti.

Primjena ovog modela u kliničkom radu doprinosi preciznijoj procjeni i individualizaciji tretmana, čime se povećava njegova efikasnost i dugoročni ishodi. Ova

tipologija ima direktne implikacije za kliničku praksu, jer ukazuje na potrebu individualizacije tretmana u skladu sa dominantnim etiološkim faktorima.

Implikacije za tretman

Kognitivno-bihevioralna terapija predstavlja terapijski pristup sa najjačom empirijskom podrškom u tretmanu poremećaja kockanja. Fokusirana je na identifikaciju i modifikaciju disfunkcionalnih uvjerenja, razvoj adaptivnih strategija suočavanja i prevenciju relapsa. Brojna istraživanja potvrđuju efikasnost ovog pristupa u smanjenju učestalosti i intenziteta kockarskog ponašanja, kao i u unapređenju psihosocijalnog funkcioniranja pacijenata (Cowlshaw i sar., 2012; Gooding i Tarrier, 2009). Poseban terapijski fokus stavlja se na prepoznavanje kognitivnih distorzija, poput iluzije kontrole i pogrešnog tumačenja slučajnosti, te njihovu sistematsku kognitivnu restrukturaciju (Ladouceur i sar., 2001).

Pored rada na kognitivnom nivou, značajan segment terapije odnosi se na bihevioralne intervencije, uključujući kontrolu stimulusa, upravljanje novcem i planiranje alternativnih aktivnosti koje zamjenjuju kockanje. Tehnike prevencije relapsa, razvijene u okviru modela Marlatt i Gordon (1985), imaju važnu ulogu u identifikaciji visokorizičnih situacija i razvoju strategija za njihovo prevazilaženje. U tom kontekstu, pacijenti se osposobljavaju za prepoznavanje okidača i razvoj samokontrole, što je od ključnog značaja za dugoročno održavanje apstinencije.

Dodatno, sve veći značaj ima integracija motivacijskih tehnika, obzirom na čestu ambivalenciju kod osoba sa poremećajem kockanja (Miller i Rollnick, 2013). Kombinacija kognitivno-bihevioralnih i motivacijskih intervencija pokazuje bolje ishode u odnosu na pojedinačne pristupe. Također, noviji pristupi uključuju elemente tzv. „trećeg vala“ KBT-a, poput „mindfulness“ tehnika i terapije usmjerene na prihvatanje, koje doprinose boljoj regulaciji impulsa i emocionalnih stanja.

Klinička praksa potvrđuje da je efikasnost tretmana uslovljena individualizacijom pristupa, uzimajući u obzir specifične karakteristike pacijenta, komorbiditet i dominantne mehanizme održavanja poremećaja. Upravo zbog toga kognitivno-bihevioralna terapija predstavlja fleksibilan i strukturiran okvir koji omogućava prilagođavanje intervencija različitim kliničkim profilima.

U kliničkom radu često je neophodna kombinacija individualnog psihoterapijskog rada, psihoedukacije,

porodičnih intervencija i, po potrebi, farmakoterapije. Poseban izazov predstavlja rad sa motivacijom pacijenata, obzirom na čestu ambivalenciju i minimiziranje problema.

Zaključak

Pitanje „Zašto kockar?“ zahtijeva složen i multidimenzionalan odgovor. Poremećaj kockanja nastaje kao rezultat interakcije faktora ličnosti, kognitivnih, bihevioralnih, neurobioloških i psihosocijalnih faktora, pri čemu ne postoji jedinstven etiološki put.

Klinička praksa potvrđuje značaj individualiziranog pristupa u procjeni i tretmanu, uz fokus na dominantne mehanizme održavanja poremećaja. Rano prepoznavanje rizičnih obrazaca ponašanja i pravovremena intervencija od ključne su važnosti za prevenciju razvoja težih oblika poremećaja.

Daljnji razvoj integrisanih tretmanskih programa, kao i kontinuirana edukacija stručnjaka i šire javnosti, predstavljaju važne korake u unapređenju odgovora na ovaj kompleksan problem. Poseban značaj ima razvoj sistemskih preventivnih programa usmjerenih na djecu i adolescente, obzirom na sve raniju izloženost kockarskim sadržajima. Edukacija u školama treba obuhvatiti osnovna znanja o rizicima kockanja, mehanizmima nastanka ovisnosti i prepoznavanju rizičnih obrazaca ponašanja. Uvođenje strukturiranih preventivnih radionica može doprinijeti razvoju kritičkog mišljenja kod mladih, posebno u odnosu na nerealna uvjerenja o brzom dobitku i kontroli ishoda. Važan segment prevencije odnosi se i na jačanje socioemocionalnih vještina, uključujući toleranciju na frustraciju, regulaciju emocija i donošenje odluka.

Također, neophodno je educirati nastavnike i školsko osoblje kako bi mogli prepoznati rane znakove problematičnog ponašanja i adekvatno reagovati kroz upućivanje stručnim službama. Uloga roditelja je jednako značajna, te programi prevencije trebaju uključivati i roditeljsku edukaciju o rizicima i načinima zaštite djece. U savremenom kontekstu, posebnu pažnju zahtijeva i online okruženje, gdje je pristup kockarskim sadržajima često nedovoljno reguliran i lako dostupan maloljetnicima. Rezultati istraživanja Odjeljenja za bihevioralne ovisnosti Zavoda za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona dodatno potvrđuju potrebu za sistemskim preventivnim programima usmjerenim na školsku populaciju, kao i za jačanjem uloge obrazovnih institucija u ranom prepoznavanju rizičnih obrazaca ponašanja.

Preventivne aktivnosti trebaju biti kontinuirane, sistemski podržane i prilagođene razvojnim karakteristikama djece i mladih. Intersektorska saradnja između zdravstvenog, obrazovnog i socijalnog sistema predstavlja ključni preduslov za efikasnu prevenciju. Uz to, javnozdravstvene kampanje usmjerene na podizanje svijesti o rizicima kockanja mogu doprinijeti smanjenju stigme i poticanju pravovremenog traženja pomoći. Sve navedeno ukazuje da prevencija mora imati jednaku važnost kao i tretman, kako bi se dugoročno smanjila prevalenca ovog poremećaja u populaciji.

Literatura

1. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
2. Blaszczynski, A., Nower, L. (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction*, 97(5), 487–499. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2002.00015.x>
3. Cowlshaw, S., Merkouris, S., Chapman, A., Radermacher, H. (2012). Psychological therapies for pathological and problem gambling. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (11)
4. Grubbs, J. B., Chapman, H. (2019). Predicting gambling situations: The roles of impulsivity, substance use, and post-traumatic stress. *Substance Abuse: Research and Treatment*
5. Gooding, P., Tarrier, N. (2009). A systematic review and meta-analysis of cognitive-behavioural interventions to reduce problem gambling: Hedging our bets? *Behaviour Research and Therapy*, 47(7), 592–607. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.04.002>
6. Hodgins, D. C., Holub, A. (2015). Components of impulsivity in gambling disorder. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 13(6), 699–711
7. Ioannidis K, Hook R, Wickham K, Grant JE, Chamberlain SR. Impulsivity in Gambling Disorder and problem gambling: a meta-analysis. *Neuropsychopharmacology*. 2019 Jul;44(8):1354–1361. Epub 2019 Apr 16.
8. Joutsa, J., Johansson, J., Niemelä, S., Ollikainen, A., Hirvonen, M. M., Piepponen, P., Arponen, E., Alho, H., Voon, V., Rinne, J. O., Hietala, J. (2012). Mesolimbic dopamine release is linked to symptom severity in pathological gambling. *NeuroImage*, 60(4), 1992–1999.
9. Ladouceur, R., Sylvain, C., Boutin, C., Doucet, C. (2001). Understanding and treating pathological gamblers. John Wiley & Sons.
10. Leppink, E. W., Grant, J. E. (2015). Traumatic event exposure and gambling: Associations with clinical, neurocognitive, and personality variables. *Annals of Clinical Psychiatry*, 27(1), 16–24.
11. Ladouceur, R., Sylvain, C., Boutin, C., Doucet, C. (2001). Understanding and treating pathological gamblers. John Wiley & Sons.
12. Marlatt, G. A., Gordon, J. R. (1985). Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. Guilford Press.
13. Miller, W. R., Rollnick, S. (2013). Motivational interviewing: Helping people change (3rd ed.). Guilford Press.
14. Potenza, M. N. (2008). The neurobiology of pathological gambling and drug addiction: An overview and new findings. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 363(1507), 3181–3189. <https://doi.org/10.1098/rstb.2008.0100>
15. Potenza, M. N. (2013). Neurobiology of gambling behaviors. *Current Opinion in Neurobiology*, 23(4), 660–667. <https://doi.org/10.1016/j.conb.2013.03.004>
16. Robinson, T. E., Berridge, K. C. (2008). The incentive sensitization theory of addiction: Some current issues. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 363(1507), 3137–3146. <https://doi.org/10.1098/rstb.2008.0093>
17. Skinner, B. F. (1953). Science and human behavior. Free Press.

SPORT KAO VAŽAN FAKTOR PRIMARNE PREVENCIJE U LOKALNOJ ZAJEDNICI

Emina Tufekčić, magistar njemačkog jezika i književnosti

Doc.dr Meliha Brdarević- Šikić, dipl.psiholog

JZU Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona

Sažetak

Savremeno društvo suočava se sa sve izraženijim problemom različitih oblika ovisnosti, posebno među djecom i mladima. Pored tradicionalnih oblika ovisnosti poput zloupotrebe alkohola, duhana i psihoaktivnih supstanci, sve više su prisutne i bihevioralne ovisnosti kao što su kockanje, ovisnost o internetu, društvenim mrežama i videoigrama. Ovisnost predstavlja ozbiljan javnozdravstveni, socijalni i obrazovni problem koji zahtijeva sistemsko djelovanje na svim nivoima društva. U tom kontekstu, primarna prevencija zauzima posebno mjesto jer ima za cilj spriječiti nastanak rizičnih ponašanja prije nego što se problem razvije.

Sport predstavlja jedan od najefikasnijih instrumenata primarne prevencije ovisnosti jer pozitivno utiče na fizičko, psihičko i socijalno zdravlje pojedinca. Kroz sportske aktivnosti razvijaju se disciplina, odgovornost, samopouzdanje, osjećaj pripadnosti i sposobnost upravljanja stresom, što direktno smanjuje vjerovatnoću razvoja ovisničkog ponašanja. Posebno je značajna uloga sporta u lokalnoj zajednici gdje su djeca i mladi svakodnevno uključeni u obrazovne, kulturne i rekreativne aktivnosti. U radu se obrazlažu zdravstvene, socijalne, ekonomske i obrazovne koristi sporta kao faktora primarne prevencije.

Lokalna zajednica, kroz škole, sportske klubove, omladinske centre, centre za mentalno zdravlje i nevladine organizacije, ima mogućnost da sport koristi kao organizovani oblik preventivnog djelovanja. Dostupnost sportskih sadržaja, podrška porodice i institucionalna saradnja dodatno jačaju preventivni efekat.

Cilj ovog rada jeste prikazati značaj sporta kao faktora primarne prevencije ovisnosti, analizirati njegovu ulogu u razvoju zdravih životnih stilova te ukazati na važnost uključivanja lokalne zajednice u sistemsku primjenu preventivnih sportskih programa.

Ključne riječi: sport, primarna prevencija, ovisnost, lokalna zajednica, mladi, zdrav stil života, prevencija

Uvod

Ovisnost predstavlja složen biopsihosocijalni poremećaj koji ozbiljno narušava zdravlje pojedinca, porodične odnose i stabilnost društvene zajednice. Najčešće se povezuje sa zloupotrebom alkohola, cigareta i opojnih droga, ali savremeni pristupi sve više prepoznaju i bihevioralne ovisnosti poput patološkog kockanja, ovisnosti o internetu, društvenim mrežama i videoigrama. Posebno osjetljiva populacija jesu djeca i adolescenti, jer se upravo u tom razvojnem periodu formiraju životne navike, socijalni obrasci ponašanja i emocionalni mehanizmi suočavanja sa stresom. Nedostatak kvalitetnog provođenja slobodnog vremena, vršnjački pritisak, porodični problemi i nedovoljna uključenost u pozitivne društvene aktivnosti predstavljaju značajne faktore rizika za razvoj ovisnosti.

Primarna prevencija ima zadatak da djeluje prije nastanka problema, odnosno prije pojave ovisničkog ponašanja. Njena svrha nije samo informisanje o štetnosti ovisnosti, već i razvoj zaštitnih faktora koji povećavaju otpornost pojedinca na različite oblike rizičnih ponašanja.

U tom smislu sport zauzima posebno mjesto kao snažan preventivni alat. Sport nije samo fizička aktivnost, već važan odgojni, socijalni i zdravstveni mehanizam koji doprinosi razvoju ličnosti, samodiscipline i osjećaja pripadnosti zajednici. Kroz sport se mladi usmjeravaju ka zdravim izborima i konstruktivnom provođenju slobodnog vremena.

Lokalna zajednica predstavlja ključni prostor za realizaciju ovih aktivnosti jer upravo na tom nivou postoji mogućnost neposrednog rada sa djecom, mladima i porodicama. Zato je sport jedan od najvažnijih faktora primarne prevencije ovisnosti u savremenom društvu.

Primarna prevencija ovisnosti – osnovni koncept

Primarna prevencija podrazumijeva skup aktivnosti koje imaju za cilj spriječiti pojavu bolesti, poremećaja ili socijalno neprihvatljivih ponašanja prije njihovog nastanka. Kada je riječ o ovisnostima, primarna prevencija se usmjerava na smanjenje faktora rizika i jačanje zaštitnih faktora kod djece, mladih i odraslih.

Osnovni ciljevi primarne prevencije su:

- edukacija o štetnosti psihoaktivnih supstanci
- razvoj emocionalne stabilnosti
- jačanje samopouzdanja i socijalnih vještina
- razvijanje otpornosti na vršnjački pritisak
- promocija zdravih stilova života
- organizovano i kvalitetno provođenje slobodnog vremena

Primarna prevencija se smatra najefikasnijim i najekonomičnijim oblikom borbe protiv ovisnosti jer djeluje prije nego što nastanu ozbiljne zdravstvene, socijalne i pravne posljedice. Upravo zbog toga sport ima izuzetno važnu ulogu kao praktičan oblik svakodnevne prevencije.

Sport kao zaštitni faktor protiv razvoja ovisnosti

Sport predstavlja snažan zaštitni faktor jer pozitivno utiče na cjelokupan razvoj ličnosti. Redovna fizička aktivnost doprinosi ne samo tjelesnom zdravlju nego i psihološkoj stabilnosti, emocionalnoj kontroli i socijalnoj integraciji. Najvažniji preventivni efekti sporta uključuju:

Razvoj samodiscipline

Sport zahtijeva red, odgovornost, poštovanje pravila i kontinuitet rada. Mladi koji su uključeni u sportske aktivnosti razvijaju sposobnost samokontrole, što smanjuje sklonost impulsivnim i rizičnim ponašanjima.

Jačanje samopouzdanja

Sportski uspjesi, napredak i osjećaj lične vrijednosti jačaju samopoštovanje. Osobe koje imaju razvijeno samopouzdanje rjeđe traže „bijeg“ kroz psihoaktivne supstance ili druge oblike zavisnosti.

Smanjenje stresa i anksioznosti

Fizička aktivnost pozitivno djeluje na mentalno zdravlje, smanjuje stres, napetost i simptome depresije. Sport predstavlja zdrav način suočavanja sa emocionalnim problemima.

Razvoj osjećaja pripadnosti

Sportski timovi i klubovi stvaraju osjećaj zajedništva i socijalne podrške. Mladi koji imaju osjećaj pripadnosti grupi manje su podložni negativnom vršnjačkom uticaju.

Kvalitetno provođenje slobodnog vremena

Jedan od važnih uzroka rizičnih ponašanja jeste dosada i neorganizovano slobodno vrijeme. Sport nudi zdravu alternativu i smanjuje prostor za destruktivne aktivnosti.

Uloga škole u povezivanju sporta i prevencije

Škola predstavlja centralno mjesto za provođenje preventivnih aktivnosti jer okuplja djecu i mlade u najosjetljivijem razvojnem periodu. Kroz nastavu tjelesnog odgoja, školske sekcije i sportske klubove moguće je sistemski djelovati na prevenciju ovisnosti. Škola kroz sport može:

- razvijati navike redovne fizičke aktivnosti
- promovisati zdrave stilove života
- prepoznavati učenike u riziku
- organizovati sportske turnire i preventivne radionice
- povezivati roditelje i stručne službe

Važno je naglasiti da sportske aktivnosti u školi ne trebaju biti usmjerene isključivo na takmičenje, već i na uključivanje što većeg broja djece, posebno onih koji su socijalno osjetljivi ili povučeni. Inkluzivan pristup sportu značajno povećava preventivni efekat.

Uloga porodice u podršci sportskim aktivnostima

Porodica ima ključnu ulogu u formiranju zdravih navika i životnih stilova. Roditelji koji podstiču djecu na bavljenje sportom direktno doprinose smanjenju rizika od razvoja ovisnosti. Podrška porodice podrazumijeva:

- motivisanje djece za uključivanje u sport
- zajedničko provođenje vremena kroz rekreaciju
- praćenje sportskih aktivnosti
- razvijanje pozitivnog odnosa prema zdravlju
- pružanje emocionalne sigurnosti i podrške

Djeca koja odrastaju u stabilnom porodičnom okruženju i imaju podršku roditelja znatno rjeđe razvijaju zavisnička ponašanja. Sport dodatno jača porodične veze kroz zajedničke aktivnosti i pozitivnu komunikaciju.

Lokalna zajednica kao prostor preventivnog djelovanja

Lokalna zajednica ima važnu odgovornost u stvaranju uslova za zdrav razvoj djece i mladih. Sportski tereni, klubovi, rekreativni centri, omladinske organizacije i javne ustanove predstavljaju ključne resurse primarne prevencije. Lokalna zajednica treba omogućiti:

- dostupne i besplatne sportske sadržaje
- podršku sportskim klubovima i školama
- organizaciju rekreativnih i preventivnih programa
- saradnju sa centrima za mentalno zdravlje
- uključivanje nevladinog sektora i volontera

Posebno je važno omogućiti sportsku dostupnost djeci iz socijalno ugroženih porodica jer upravo ta populacija često nosi veći rizik razvoja ovisnosti. Kada lokalna zajednica ulaže u sport, ona istovremeno ulaže u prevenciju bolesti, sigurnost društva i kvalitet života građana.

Dugoročne koristi sporta u prevenciji ovisnosti

Sport kao oblik primarne prevencije ovisnosti donosi brojne dugoročne koristi koje se ne odnose samo na fizičko zdravlje pojedinca, već i na njegov psihološki razvoj, socijalno funkcionisanje, obrazovni uspjeh i ekonomsku stabilnost društva. Njegov preventivni

značaj posebno dolazi do izražaja kod djece i mladih jer upravo u tom periodu nastaju životne navike koje često ostaju prisutne tokom cijelog života. U nastavku su detaljno objašnjene najvažnije dugoročne koristi sporta u prevenciji ovisnosti.

Zdravstvene koristi

Smanjenje broja ovisnika

Jedna od najvažnijih dugoročnih koristi sporta jeste smanjenje vjerovatnoće razvoja ovisnosti o alkoholu, cigaretama, drogama, kockanju i drugim oblicima zavisničkog ponašanja. Mladi koji aktivno učestvuju u sportskim aktivnostima imaju manje slobodnog vremena za rizična ponašanja i češće razvijaju svijest o važnosti zdravlja. Sport ih usmjerava prema pozitivnim ciljevima, takmičenju, ličnom napretku i zdravom načinu života. Osoba koja ulaže trud u fizičku spremnost i sportski napredak rjeđe će svjesno narušavati svoje zdravlje štetnim supstancama.

Bolje mentalno zdravlje mladih

Sport značajno utiče na psihičku stabilnost jer smanjuje stres, napetost i emocionalnu iscrpljenost. Fizička aktivnost podstiče lučenje hormona zadovoljstva poput endorfina i serotonina, koji pozitivno utiču na raspoloženje. Mladi koji se bave sportom često lakše podnose školski pritisak, porodične probleme i socijalne izazove. Umjesto da traže „bijeg“ u alkoholu, drogama ili internetu, oni razvijaju zdravije mehanizme suočavanja sa problemima. Zbog toga sport predstavlja važan oblik zaštite mentalnog zdravlja.

Smanjenje depresije i anksioznosti

Savremeni način života često dovodi do usamljenosti, anksioznosti i depresivnih stanja, posebno kod adolescenata. Sport pomaže u smanjenju ovih problema jer povećava osjećaj lične vrijednosti, uspjeha i socijalne povezanosti. Redovno bavljenje fizičkom aktivnošću poboljšava kvalitet sna, reguliše emocije i povećava osjećaj kontrole nad vlastitim životom. Osoba koja ima bolju emocionalnu ravnotežu manje je sklona razvoju zavisničkog ponašanja. Sport tako djeluje preventivno i u oblasti mentalnih poremećaja koji često prethode razvoju ovisnosti.

Unapređenje fizičkog zdravlja

Pored psiholoških koristi, sport direktno poboljšava fizičko zdravlje kroz jačanje imunološkog sistema, bolju kondiciju, pravilniji razvoj tijela i smanjenje rizika od hroničnih bolesti. Djeca i mladi koji se bave sportom rjeđe razvijaju gojaznost, probleme sa kičmom, kardiovaskularne bolesti i metaboličke poremećaje. Kada osoba rano usvoji naviku fizičke aktivnosti, veća je vjerovatnoća da će takav stil života zadržati i u odrasloj dobi. Zdravo tijelo često doprinosi i zdravijim životnim izborima.

Socijalne koristi

Smanjenje nasilja i delinkvencije

Mladi koji nisu uključeni u organizovane aktivnosti češće su izloženi negativnim uticajima vršnjaka, uličnoj delinkvenciji i nasilnom ponašanju. Sport smanjuje taj rizik jer pruža strukturu, pravila i pozitivan autoritet kroz trenere i sportske kolektive. Sportsko okruženje razvija poštovanje pravila, toleranciju i kontrolu impulsa. Umjesto destruktivnog ponašanja, energija se usmjerava ka treningu, takmičenju i ličnom napretku. Na taj način sport doprinosi sigurnijoj lokalnoj zajednici.

Jačanje socijalne integracije

Sport povezuje ljude različitih socijalnih, ekonomskih i kulturnih sredina. Djeca i mladi kroz sportske timove razvijaju prijateljstva, osjećaj pripadnosti i međusobnu podršku. Osobe koje se osjećaju prihvaćeno i povezano sa drugima manje su sklone izolaciji, depresiji i traženju „utjehe“ u ovisničkim ponašanjima. Posebno je važna uloga sporta kod socijalno osjetljivih grupa koje kroz sportske aktivnosti lakše pronalaze svoje mjesto u zajednici.

Razvoj odgovornosti i discipline

Sport podrazumijeva redovnost, poštovanje pravila, tačnost i odgovornost prema sebi i timu. Dugoročno, ove osobine oblikuju stabilniju i zreliju ličnost. Mladi sportisti uče da uspjeh zahtijeva trud, strpljenje i odricanje, što smanjuje potrebu za trenutnim zadovoljstvima koja često nude različiti oblici ovisnosti. Disciplina stečena kroz sport često se prenosi i na školu, posao i porodični život.

Bolji međuljudski odnosi

Kroz timski rad, saradnju i komunikaciju sport razvija socijalne vještine koje su ključne za zdrave odnose sa drugima. Mladi uče kako rješavati konflikte, prihvatati poraz, poštovati različitosti i pružati podršku drugima. Dobre interpersonalne vještine smanjuju osjećaj usamljenosti i socijalne frustracije, što direktno smanjuje rizik od razvoja ovisnosti. Sport tako doprinosi emocionalnoj i socijalnoj stabilnosti pojedinca.

Ekonomske koristi

Smanjenje troškova liječenja ovisnosti

Liječenje ovisnosti zahtijeva dugotrajan medicinski, psihološki i socijalni tretman koji predstavlja veliko finansijsko opterećenje za zdravstveni sistem. Ako sport kroz primarnu prevenciju spriječi nastanak ovisnosti, značajno se smanjuju troškovi hospitalizacije, terapije, rehabilitacije i dugoročnog liječenja. Prevencija je uvijek finansijski isplativija od liječenja posljedica.

Manji troškovi socijalne zaštite

Osobe sa razvijenim ovisnostima često zahtijevaju dodatnu podršku kroz centre za socijalni rad, progra-

me resocijalizacije i institucionalnu zaštitu. Smanjenjem broja ovisnika smanjuje se potreba za ovim intervencijama, što rasterećuje socijalni sistem i omogućava ulaganje sredstava u razvojne projekte. Sport tako indirektno doprinosi stabilnijem društvenom sistemu.

Smanjenje troškova pravosudnog sistema

Ovisnosti su često povezane sa kriminalitetom, nasiljem, porodičnim sukobima i drugim oblicima društveno neprihvatljivog ponašanja koji zahtijevaju intervenciju policije, sudova i kaznenih ustanova. Prevencijom ovisnosti kroz sport smanjuje se broj ovakvih slučajeva, čime se smanjuju i troškovi pravosudnog sistema. To doprinosi sigurnijem i funkcionalnijem društvu.

Veća produktivnost stanovništva

Zdravi, psihički stabilni i socijalno funkcionalni pojedinci imaju veću radnu sposobnost, bolju koncentraciju i veću profesionalnu efikasnost. Osobe koje nisu opterećene ovisnostima češće završavaju školovanje, zapošljavaju se i aktivno doprinose ekonomskom razvoju zajednice. Sport tako dugoročno utiče i na razvoj ljudskog kapitala.

Obrazovne koristi

Bolji školski uspjeh

Djeca koja se bave sportom često razvijaju bolju organizaciju vremena, radne navike i veću odgovornost prema školskim obavezama. Fizička aktivnost poboljšava koncentraciju, pažnju i sposobnost učenja, što pozitivno utiče na školski uspjeh. Učenici koji imaju jasne ciljeve i razvijene radne navike rjeđe ulaze u rizična ponašanja.

Manje izostanaka iz škole

Uključivanje u sport često povećava motivaciju učenika za redovno pohađanje nastave, posebno kada škola aktivno povezuje obrazovanje i sportske aktivnosti. Djeca koja imaju osjećaj pripadnosti školi i pozitivno iskustvo u školskom okruženju rjeđe izostaju sa nastave i manje su sklona napuštanju obrazovanja. To direktno smanjuje prostor za razvoj rizičnih ponašanja.

Veća motivacija za lični razvoj

Sport razvija ambiciju, istrajnost i želju za napretkom. Mladi koji kroz sport uče postavljati ciljeve i raditi na sebi i često prenose isti obrazac ponašanja na školovanje, karijeru i privatni život. Takav pristup smanjuje pasivnost i povećava otpornost na negativne društvene uticaje. Sport tako postaje škola života, a ne samo fizička aktivnost.

Zaključna misao

Dugoročne koristi sporta u prevenciji ovisnosti višestruko nadilaze samu fizičku aktivnost. Sport oblikuje zdraviju, stabilniju i otporniju ličnost, jača porodicu,

unapređuje školu i doprinosi sigurnijoj lokalnoj zajednici. Zato sport treba posmatrati kao strateški alat primarne prevencije, a ne samo kao rekreaciju ili slobodnu aktivnost.

Zaključak

Sport predstavlja jedan od najvažnijih faktora primarne prevencije ovisnosti u lokalnoj zajednici jer djeluje istovremeno na fizičko, psihičko i socijalno zdravlje pojedinca. Kroz sport se razvijaju disciplina, odgovornost, samopouzdanje, osjećaj pripadnosti i zdravi stilovi života, što značajno smanjuje rizik od razvoja različitih oblika ovisnosti.

Poseban značaj sport ima u radu sa djecom i mladima, jer upravo u tom periodu nastaju životne navike koje određuju buduće ponašanje. Škola, porodica i lokalna zajednica imaju zajedničku odgovornost da sport učine dostupnim, organizovanim i prepoznatim kao važan preventivni alat.

Prevencija ovisnosti ne može se zasnivati samo na upozoravanju o štetnim posljedicama, već na stvaranju pozitivnih alternativa. Sport upravo predstavlja jednu od najsnažnijih alternativa jer mladima nudi zdrav identitet, socijalnu povezanost i osjećaj lične vrijednosti.

Zato ulaganje u sport nije samo ulaganje u rekreaciju, već ulaganje u zdravlje, sigurnost i budućnost cijelog društva.

Literatura

1. Sakoman, S. (2009). Prevencija ovisnosti kod djece i mladih. Zagreb: Školska knjiga.
2. Hudolin, V. (2010). Alkoholizam: stil života ili bolest. Zagreb: Medicinska naklada.
3. Bašić, J. (2008). Prevencija poremećaja u ponašanju i rizičnih ponašanja mladih.
4. Ajduković, M. (2013). Rizični i zaštitni čimbenici u razvoju djece i mladih.
5. World Health Organization (WHO). (2021). Physical Activity and Mental Health Guidelines.
6. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2020). International Standards on Drug Use Prevention.
7. Strategija za prevenciju ovisnosti u Federaciji Bosne i Hercegovine 2025-2035.
8. Ministarstvo zdravstva Federacije Bosne i Hercegovine. Programi prevencije bolesti ovisnosti.
9. Zavod za javno zdravstvo Federacije Bosne i Hercegovine. Smjernice za promociju zdravih stilova života kod mladih.
10. Evropska komisija za sport i zdravlje mladih. Preventivni značaj sportskih aktivnosti u zajednici.

EFIKASNOST MINDFULNESS TEHNIKA U AMBULANTNOM TRETMANU OVISNOSTI

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

Adila Softić dipl. psiholog, psihoterapeut CTA

Suad dr. Bašić

Lejla Šaćirović, MA psih., psiholog

JZU Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona

Sažetak

Mindfulness tehnike predstavljaju savremeni psihoterapijski pristup koji se sve češće koristi u tretmanu ovisnosti. Njihova primjena u ambulantnim uslovima omogućava pacijentima razvoj samoregulacije, smanjenje impulzivnosti i bolju kontrolu žudnje (cravinga). Cilj ovog rada je prikazati teorijsku osnovu mindfulness pristupa, njegovu efikasnost u tretmanu ovisnosti, te mogućnosti implementacije u ambulantnom radu Zavoda za bolesti ovisnosti ZDK.

Abstract

Mindfulness techniques represent a contemporary psychotherapeutic approach that is increasingly used in the treatment of addiction. Their application in outpatient settings enables patients to develop self-regulation, reduce impulsivity, and improve control over craving. The aim of this paper is to present the theoretical foundations of the mindfulness approach, its effectiveness in the treatment of addiction, as well as the possibilities for its implementation in outpatient care at the Institute for Addiction Disorders of the Zenica-Doboj Canton.

Uvod

Ovisnost o psihoaktivnim supstancama predstavlja složen biopsihosocijalni poremećaj koji utiče ne samo na fizičko zdravlje, nego i na psihičko funkcionisanje, porodične odnose i socijalni status pojedinca. Zbog toga liječenje ovisnosti zahtijeva integrirani pristup koji uključuje medicinske, psihološke i socijalne intervencije.

U praksi, tretman najčešće obuhvata farmakoterapiju (npr. supstitucijsku terapiju), psihoterapijske metode poput kognitivno-bihevioralne terapije, kao i različite oblike psihosocijalne podrške. Iako su ovi pristupi efikasni, mnogi pacijenti se i dalje suočavaju s izazovima poput ponovne žudnje za supstancom (craving),

impulzivnog ponašanja i teškoća u regulaciji emocija, što često dovodi do povrata bolesti (relapsa).

U tom kontekstu, posljednjih decenija sve više pažnje posvećuje se tzv. „trećem talasu“ psihoterapije, koji uključuje pristupe usmjerene na svjesnost, prihvatanje i regulaciju unutrašnjih iskustava. Jedan od najznačajnijih među njima je mindfulness, odnosno svjesna pažnja.

Mindfulness se može jednostavno objasniti kao sposobnost da osoba bude u potpunosti prisutna u sadašnjem trenutku – da primijeti svoje misli, emocije i tjelesne senzacije bez automatskog reagovanja i bez osuđivanja. Umjesto da pokušava potisnuti neugodne misli ili ih „riješiti“, osoba uči da ih prepozna, prihvati kao prolazna iskustva i da ne djeluje impulsivno pod njihovim uticajem.

U svakodnevnom životu, ljudi često funkcionišu „na autopilotu“ – reaguju brzo, bez razmišljanja, vođeni navikama i emocijama. Kod osoba koje se bore s ovisnošću, ovaj obrazac je posebno izražen: pojava žudnje ili stresa može automatski pokrenuti potrebu za konzumacijom supstance. Mindfulness pomaže da se ovaj automatski lanac prekine.

Primjenom mindfulness tehnika, pacijent uči da:

- prepozna trenutak kada se javlja želja za supstancom
- zastane prije nego što reaguje
- svjesno izabere drugačiji odgovor

Na primjer, umjesto da na pojavu žudnje reaguje odmah konzumacijom, osoba može primijetiti: „Osjećam jaku želju, ali to je samo osjećaj koji će proći.“ Ova promjena perspektive, iako naizgled jednostavna, ima značajan terapijski efekat.

Zbog svoje praktičnosti i relativne jednostavnosti, mindfulness tehnike su posebno pogodne za ambulantni tretman, gdje pacijenti mogu naučene vještine primjenjivati u svakodnevnim situacijama. Time se ne tretira samo simptom ovisnosti, nego se razvijaju dugoročne

sposobnosti samoregulacije i otpornosti na stres.

U ovom radu bit će prikazana teorijska osnova mindfulness pristupa, pregled njegove efikasnosti u tretmanu ovisnosti, te mogućnosti njegove implementacije u radu Zavoda za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona.

Šta je mindfulness i kako djeluje u tretmanu ovisnosti

Mindfulness, ili svjesna pažnja, predstavlja vještinu usmjeravanja pažnje na sadašnji trenutak - na ono što osoba misli, osjeća i doživljava u datom trenutku - bez prosuđivanja i bez automatskog reagovanja. Iako na prvi pogled djeluje jednostavno, u praksi se radi o vještini koja se uči i razvija kroz strukturirane vježbe.

Kod osoba koje se bore s ovisnošću, ponašanje je često vođeno automatizmima. Pojava stresa, dosade, anksioznosti ili unutrašnje napetosti može brzo aktivirati potrebu za konzumacijom supstance. Taj proces se često odvija bez svjesnog promišljanja - kao naučeni obrazac reagovanja.

Mindfulness interveniše upravo u tom lancu reakcija. Umjesto automatskog odgovora, pacijent uči da napravi kratku „pauzu“ između impulsa i reakcije. Ta pauza omogućava svjesniji izbor ponašanja.

Kako mindfulness pomaže kod žudnje (cravinga)

Jedan od ključnih problema u liječenju ovisnosti jeste žudnja za supstancom. Ona može biti vrlo intenzivna i često se doživljava kao nešto što se mora odmah „riješiti“.

Mindfulness pristup mijenja način na koji pacijent doživljava craving. Umjesto borbe protiv želje ili njenog potiskivanja, pacijent uči da je posmatra kao prolazno iskustvo.

Na primjer:

- pacijent primijeti da se javlja želja
 - fokusira pažnju na tjelesne senzacije (napetost, ubrzano disanje)
 - posmatra kako se intenzitet želje mijenja kroz vrijeme
- Ovaj proces se često opisuje kao „surfanje na talasu žudnje“ - želja raste, dostiže vrhunac i zatim opada, bez potrebe za konzumacijom supstance.

Regulacija emocija i smanjenje impulzivnosti

Mnogi pacijenti koriste psihoaktivne supstance kao način suočavanja s neugodnim emocijama - poput tuge, anksioznosti, frustracije ili unutrašnje praznine. Problem nastaje kada takav način regulacije emocija postane dominantan.

Mindfulness pomaže pacijentima da:

- prepoznaju emocije u ranoj fazi
- imenuju ih (npr. „osjećam napetost“, „osjećam strah“)
- ostanu prisutni s tim iskustvom bez bijega

Time se smanjuje potreba za impulsivnim reagovanjem. Pacijent postepeno razvija veću toleranciju na stres i nelagodu, što je ključni faktor u prevenciji relapsa.

Efikasnost mindfulness tehnika u tretmanu ovisnosti

U posljednjih dvadesetak godina proveden je značajan broj istraživanja koji ukazuju na korisnost mindfulness pristupa u tretmanu ovisnosti.

Rezultati pokazuju da primjena mindfulness tehnika može dovesti do:

- smanjenja intenziteta cravinga
- produženja perioda apstinencije
- smanjenja učestalosti relapsa
- poboljšanja emocionalne stabilnosti

Posebno se ističu programi poput Mindfulness-Based Relapse Prevention (MBRP), koji kombinira elemente kognitivno-bihevioralne terapije i mindfulness praksi. Ovakvi programi pokazuju dobre rezultate, naročito kod pacijenata koji imaju ponavljane relapsne epizode. Važno je naglasiti da mindfulness nije „zamjena“ za standardni tretman, nego **dodatna terapijska komponenta** koja može povećati ukupnu efikasnost liječenja.

Primjena mindfulness tehnika u ambulantnom radu Zavoda

Jedna od najvećih prednosti mindfulness pristupa jeste njegova prilagodljivost ambulantnim uslovima rada. Za razliku od nekih kompleksnijih terapijskih metoda, mindfulness ne zahtijeva posebnu opremu niti složene organizacione uslove.

U okviru Zavoda za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona, mindfulness se može implementirati kroz:

1. Grupne radionice

- trajanje: 60–90 minuta
- jednom sedmično
- male grupe (6–10 pacijenata)

Sadržaj može uključivati:

- vježbe disanja
- body scan (svjesno opažanje tijela)
- rad sa mislima i emocijama

- tehnike suočavanja sa cravingom

2. Individualni rad

Tokom redovnih ambulantnih pregleda, terapeut može:

- uvesti kratke mindfulness vježbe (2–5 minuta)
- objasniti pacijentu kako da koristi tehniku u svakodnevnim situacijama
- pratiti napredak i motivaciju

3. Kućne vježbe

Pacijenti se podstiču da:

- svakodnevno praktikuju kratke vježbe (5–10 minuta)
- vode bilješke o iskustvu
- prepoznaju situacije u kojima im mindfulness pomaže

Prednosti u lokalnom kontekstu

Primjena mindfulness tehnika u našem okruženju ima nekoliko važnih prednosti:

- niska finansijska zahtjevnost
- jednostavna implementacija u postojeći sistem rada
- dobra prihvaćenost kod pacijenata
- kompatibilnost s farmakoterapijom i drugim psiho-terapijskim pristupima

Ograničenja i izazovi: Ipak, postoje i određena ograničenja:

- dio pacijenata može imati poteškoće s koncentracijom
- potrebna je edukacija osoblja
- efekti se razvijaju postepeno, ne odmah

Zbog toga je važno postaviti realna očekivanja i koristiti mindfulness kao dio šireg terapijskog plana.

Zaključak

Mindfulness tehnike predstavljaju vrijedan i praktičan dodatak ambulantnom tretmanu ovisnosti. Njihova primjena omogućava pacijentima da razviju veću svjesnost o vlastitim mislima, emocijama i impulsima, što doprinosi boljoj samokontroli i smanjenju rizika od relapsa. Uvođenje strukturiranih mindfulness intervencija u rad Zavoda za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona može značajno unaprijediti kvalitet pruženih usluga i ishode liječenja.

Literatura

1. Kabat-Zinn J. Full Catastrophe Living. New York: Delacorte Press; 1990.
2. Bowen S, Chawla N, Marlatt GA. Mindfulness-Based Relapse Prevention for Addictive Behaviors. New York: Guilford Press; 2011.
3. Garland EL, Howard MO. Mindfulness-oriented recovery enhancement. *Addict Behav.* 2018.
4. Witkiewitz K, Marlatt GA. Relapse prevention for alcohol and drug problems. *Am Psychol.* 2004.
5. Brewer JA et al. Mindfulness training for smoking cessation. *Drug Alcohol Depend.* 2011.
6. Chiesa A, Serretti A. Are mindfulness-based interventions effective for substance use disorders? *Subst Use Misuse.* 2014.
7. Zgierska A et al. Mindfulness meditation for substance use disorders. *Subst Abus.* 2009.
8. Tang YY et al. The neuroscience of mindfulness meditation. *Nat Rev Neurosci.* 2015.
9. Volkow ND, Koob GF. Brain disease model of addiction. *N Engl J Med.* 2016.
10. Garland EL et al. Mindfulness-Oriented Recovery Enhancement. *Psychol Addict Behav.* 2014.

OVISNOST O VJEŽBANJU

mr.sci. Kasper dr. Samir, spec.neuropsihijatar

mr.sci. Sedin Habibović, diplomirani psiholog

mr. Emina Babić, dipl.soc.pedagog

JZU Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona

Ovisnost o vježbanju još uvijek nije klasifikovana kao ovisnost u dijagnostičkim priručnicima poput MKB X i DSM V.U ovim priručnicima je klasifikovana pod kategorijom poremećaj kontrole impulsa F63.Međutim sve više uglednih autora predlaže da se klasifikuje kao ovisnost i to u kategoriji bihevioralnih ovisnosti i pretpostavljamo da će se to u budućnosti i desiti.

Patološko vježbanje se definiše kao tjelesna aktivnost koja umjesto zdravstvene koristi za tjelesno i duševno zdravlje postaje opsesivno kompulzivna potreba koja domnira svakim aspektom života pojedinca i dovodi do narušavanja duševnog a ponekad i tjelesnog zdravlja.

Mada izgleda paradoksalno kod patološkog vježbanja javljaju se isti fenomeni kao kod ovisnosti izazvane konzumacijom psihoaktivnih substanci.U nastavku ćemo dati kratku komparaciju fenomena koji se javljaju kod ovisnosti o vježbanju i heroinske ovisnosti:

-Tolerancija(kod heroina potreba za povećanjem doze kako bi se postigli isti ili približno isti efekti kod ovisnosti o vježbanju potreba za sve dužim ili intenzivnijim treninzima kako bi se ostvarili euforični efekti i osjećaj satisfakcije)

-Apstinencijalna kriza(kod heroina razvoj psihičkih i somatskih simptoma ako se ne uzme droga kod patološkog vježbanja pojava tjeskobe,razdražljivosti,nesanice i osjećaja krivnje kada se ne realizira planirani plan treninga.

-Gubitak kontrole(kod heroina bezuspješni pokušaji prekida konzumacije droge uprkos negativnim zdravstvenim i drugim posljedicama,kod ovisnosti o vježbanju također bezuspješni pokušaji smanjivanja vremena koje se provodi u vježbanju.)

-Prioritizacija(kod heroina nastavak konzumacije i povećanje vremenskog perioda neophodnog za nabavku i aplikaciju droge uključujući činjenje krivičnih i prekršajnih djela,kod patološkog vježbanja

Rasprostranjenost varira ovisno o posmatranoj populaciji od relativno niskih stopa u opštoj populaciji do

izuzetno visokih stopa kod osoba koje se rekreativno ili profesionalno bave sportom.U BiH nažalost ne postoje validne studije koje bi mogli citirati međutim pregledom svjetske literature može se zaključiti sljedeće:u opštoj populaciji pogađa 0,3% do 3% ljudi,kod rekreativaca kreće se od 3% do 14%.Pojedini autori citiraju i razlike prema vstama sportova koji se kreću 6,4% kod sportova snage,8,2% kod fitnesa i bodibildinga,10,4% kod loptaskih spostova do preko 13% kod trkača dugoprugaša,maratonaca i biciklista.

Kao i kod drugih hemijskih i bihevioralnih ovisnosti ne postoji samo jedan specifičan riziko faktor već se radi o multifaktorskom poremećaju koji u konačnici dovodi do razvoja navedenog poremećaja.Zbog prostora ćemo samo taksativno nabrojati najčešće riziko faktore uz kratka pojašnjenja:

-Biološki uzroci.Tokom vježbanja dolazi do oslobađanja neurotransmitera serotonina i dopamina što je kod umjerenog vježbanja dobrodošlo i koristi se u medicini u čitavom spektru preventivnih i terapijskih aktivnosti.Međutim,kod osoba koje patološki vježbaju dolazi do razvoja fenomena tolerancije tako da je neophodno provesti više vremena u vježbanju ili povećati intenzitet vježbanja kako bi se ostvario isti učinak.Isto tako kod osoba koje patološki vježbaju isto postaje jedini način za regulaciju stresa i nošenja sa stresogenim fenomenima.

-Psihološki faktori.Tu možemo nabrojati nekoliko faktora kao što su npr.osjećaj kontrole.U savremenom tempu života vježbanje je jedna od rijetkih stvari koje su skoro u potpunosti pod kontrolom pojedinca.Kod osoba sa niskim samopouzdanjem vježbanje u ekstremnim slučajevima postoje skoro jedini način potvrđivanja vlastite vrijednosti i samopoštovanja.Takođe patološko vježbavanje je daleko češće kod osoba sa tjelesnom dismorfijom.

-Društveni faktori koji može se reći imaju ključnu ulogu u oblikovanju odnosa prema vježbanju.Tu prije svega mislimo na uticaj društvenih mreža.tkk.kulturu

wellnesa, uticaj medija i marketinga (prvenstveno kompanija iz oblasti fitnesa i dodataka prehrani) i sl.

Izvjeshni autori naročito anglosaksonski razlikuju primarnu i sekundarnu ovisnost o vježbanju. Kod primarne ovisnosti vježbanje je samo sebi cilj i usmjereno je na oslobađanje serotonina i dopamina u CNS kao i na bijeg od emocionalnog stresa. Kod sekundarne ovisnosti vježbanje je samo sredstvo za postizanje drugog cilja najčešće kontrole tjelesne težine ili vanjskog izgleda.

Uz ovisnost o vježbanju javljaju se i komorbidni poremećaji. Ovdje ćemo samo taksativno pobrojati uz dodatak kratkih pojašnjenja. Najčešći komorbidni poremećaji su:

- Anoreksija i bulimija nervosa vježbanje se koristi kao ekstremna metoda kontrole težine ili poništavanja unesenih kalorija
- Anoreksija atletica ili anoreksija vježbanja
- Mišićna dismorfija (Bigoreksija)
- Tjelesni dismorfni poremećaj
- Depresija
- Anksiozni poremećaj
- Opsesivno-kompulzivni poremećaj
- Ovisnost o supstancama (anabolički steroidi)
- Druge biheavioralne ovisnosti (patološka ovisnost o radu ili kupovini)

Dijagnostikovanje komorbiditeta je naročito značajno za terapijski proces jer bez tretmana komorbiditeta ne mogu se očekivati dugotrajni terapijski rezultati.

Ovisnost o vježbanju još uvijek nije službeno uvrštena u psihijatrijske dijagnostičke priručnike pa se u dijagnostičkom procesu koriste kriterijumi kao i kod ostalih biheavioralnih ovisnosti. Tu se misli na korišćenje standardiziranih upitnika kao što su Exercise Dependence Scale (EDS-R) test koji boduje apstinenciju, toleranciju, gubitak kontrole i smanjenje drugih aktivnosti. Exercise Addiction Inventory (EAI) kratki test od 6 pitanja koji identifikira osobe u riziku za razvoj poremećaja. Uz ove upitnike koristi se i procjena prema 7 ključnih kriterija i to:

1. Tolerancija: stalno povećanje trajanja ili intenziteta treninga
2. Apstinencija: Anksioznost, razdražljivost i nesanica kada se ne vježba.
3. Namjera: Vježbanje duže ili češće nego što je prvobitno planirano
4. Gubitak kontrole: bezuspješni pokušaji smanjenja vježbanja

5. Vrijeme: Veliki dio dana posvećen treningu ili oporavku od vježbanja
6. Smanjenje ostalih aktivnosti: Zanemarivanje posla, orodice, rijatelja
7. Kontinuitet: Nastavak vježbanja uprkos povredama ili bolesti
8. Zbog uspješnog provođenja terapijskog procesa preporučuje se utvrditi da li se radi o primarnoj ili sekundarnoj ovisnosti.

U terapiji ovisnosti o vježbanju terapijski cilj nije uspostavljanje potpune apstinencije već uspostavljanje zdravog i umjerenog odnosa prema fizičkoj aktivnosti. Zlatni standard u tretmanu ovog poremećaja je psihoterapija kognitivno-biheavioralnim pristupom gdje se radi na identifikaciji okidača, promjeni uvjerenja i restrukturiranju prioriteta. Takođe se koriste edukacija i biheavioralni ugovori (psihoedukacija, planiranje odmora ugovor o vježbanju). Ukoliko se radi o sekundarnoj ovisnosti u sklopu terapije je neophodno tretirati i komorbiditet (dismorfija, poremećaji ishrane, depresija i sl.). Ako je neophodno koriste se i psihofarmaci i to antidepresivi SSRI klase i anksiolitici a neki autori preporučuju mindfulness i meditaciju kao i promjenu vrste aktivnosti (Prelazak sa visoko intenzivnih treninga na jogu, šetnju ili tai-chi).

Ovisnost o vježbanju je ozbiljan biheavioralni poremećaj koji se skriva iza maske zdravog života. Ključno je razlikovati motivaciju od prisile, ovisnik vježba jer mora kako bi izbjegao tjeskobu i krivnju.

Literatura:

1. Gavrilović, I. i Macuka, I. (2018): "Ovisnost o vježbanju – doprinos perfekcionizma i odstupajućih navika hranjenja"
2. Vižintin, M. i Barić, R. (2014): "Ovisnost o vježbanju – spolne razlike"
3. Barić, R. i suradnici (2024): "Exercise addiction and eating disorders – do men have it too?"
4. Findrik, K. (2020): "Ovisnost o vježbanju"
5. Hausenblas, H. A. & Downs, D. S. (2014): "The Truth About Exercise Addiction"
6. Szabo, A. (2010): "Addiction to Exercise: A Symptom or a Disorder?"

OVISNOSTI O DROGAMA KAO DRUŠTVENI PROBLEM I NJENE POSLJEDICE

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

JZU Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona

Sažetak

Ovisnost o drogama predstavlja kompleksan biopsihosocijalni problem koji ima dalekosežne posljedice ne samo za pojedinca, nego i za porodicu i širu društvenu zajednicu. Pored zdravstvenih komplikacija, ovisnost značajno narušava socijalno funkcionisanje, utiče na međuljudske odnose, radnu sposobnost i društvenu integraciju. U savremenom društvu, zloupotreba psihoaktivnih supstanci sve više poprima karakter javnozdravstvenog i socijalnog izazova, što zahtijeva multidisciplinarni pristup u prevenciji, tretmanu i rehabilitaciji ovisnika. Posebno je značajno sagledati socijalne posljedice ovisnosti, jer one često predstavljaju ključnu prepreku uspješnoj reintegraciji u društvo. Cilj ovog rada je analizirati najvažnije socijalne posljedice ovisnosti o drogama, s posebnim osvrtom na utjecaj na porodicu, obrazovanje, zapošljavanje i društvenu uključenost pojedinca.

Ključne riječi: ovisnost, posljedice ovisnosti, socijalne posljedice ovisnosti

Uvod

Ovisnost o psihoaktivnim tvarima predstavlja složen i višedimenzionalan poremećaj koji obuhvata biološke, psihološke i socijalne aspekte ljudskog funkcionisanja. Različiti faktori, uključujući individualne predispozicije, životne okolnosti i socijalno okruženje, mogu doprinijeti razvoju ovisničkog ponašanja.

Upotreba droga najčešće započinje iz radoznalosti, potrebe za eksperimentisanjem ili suočavanja sa stresnim situacijama, ali vremenom može prerasti u obrazac ponašanja koji je teško kontrolisati. Djelovanje psihoaktivnih supstanci direktno utiče na centralni nervni sistem, mijenjajući percepciju, raspoloženje i način razmišljanja. Upravo zbog tih efekata, kod korisnika se razvija tendencija ponavljanja upotrebe, što može dovesti do razvoja ovisnosti. U tom kontekstu, zloupotreba droga ne može se posmatrati isključivo kao individualni izbor, već kao kompleksan društveni

fenomen koji je uslovljen širim socijalnim i ekonomskim faktorima. Zato, zloupotrebu droga možemo definirati kao neprirodan, visoko rizičan i društveno neprihvatljiv način zadovoljavanja prirodne ljudske potrebe za osjećajem ugođe i zadovoljstva. Taj se osjećaj stvara, doživljava i istodobno pamti zahvaljujući vrlo složenim mehanizmima djelovanja na neurobiohemijski ustroj našega mozga. Iako uzimanje droga i ovisnost možemo promatrati kao lični izbor i individualno čovjekovo ponašanje, zloupotreba psihoaktivnih sredstava u zajednici prije svega je društveno uvjetovan fenomen. Njegova pojava ovisi o stavovima prema upotrebi pojedinih sredstava, o njihovoj ponudi i dostupnosti na tržištu kao i faktorima koji utječu na potražnju i distribuciju potrošnje pojedinih „droga“ (Sakoman, 2006).

Savremeni pristupi naglašavaju da ovisnost nije samo zdravstveni problem, već i značajan društveni izazov. Na njen razvoj utiču dostupnost supstanci, socijalne norme, porodični odnosi, kao i širi društveni kontekst. Stoga je razumijevanje ovisnosti nužno posmatrati kroz interdisciplinarni okvir koji uključuje medicinske, psihološke i socijalne perspektive.

Definicija ovisnosti

Prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije, ovisnost se može opisati kao hronično, ponavljajuće stanje koje nastaje usljed kontinuirane ili pretjerane upotrebe psihoaktivnih supstanci, pri čemu dolazi do razvoja psihičke i/ili fizičke ovisnosti. Karakteriše je snažna potreba za uzimanjem supstance, smanjena kontrola nad njenom upotrebom te nastavak konzumiranja uprkos štetnim posljedicama. Ovisnost o narkoticima također je izraz koji se koristi za opisivanje ovisnosti o drogama, ali je neprikladan izraz jer se odnosi posebno na ovisnost o narkoticima.

Svim drogama zajedničko je da izravno aktiviraju sistem nagrađivanja u mozgu (stvaranjem osjećaja iznimnog zadovoljstva) koji je uključen u ponašanje i proces pamćenja. Intenzivni odgovor sistema za

nagrađivanje uzrokuje zanemarivanje normalnih aktivnosti (Slijepčević, 2018). Bitne karakteristike ovisnosti o drogama uključuju spremnost na sve kako bi se nabavila droga, povećanje količine uzete droge, psihološko i fizičko oslanjanje na efekte droge i negativan učinak droge ne samo na pojedinca, već i na društvo u cjelini (WHO, 1989). Posebno je interesantna socijalna i psihološka definicija ovisnosti gdje (Goodman, 1990) navodi da ovisnost podrazumijeva kompulzivnu potrebu da se ponavlja određena aktivnost uprkos negativnim posljedicama. On naglašava da ovisnost nije ograničena samo na supstance već može uključivati i ponašanja kao što su kockanje, seksualne aktivnosti ili prejedanje.

Osnovna obilježja ovisnosti uključuju aktivaciju sistema nagrađivanja u mozgu, što dovodi do osjećaja zadovoljstva i pojačava želju za ponavljanjem istog ponašanja. Vremenom dolazi do razvoja tolerancije, što znači da su potrebne veće količine supstance kako bi se postigao isti efekat, kao i pojave apstinencijskog sindroma pri prekidu uzimanja. Važno je naglasiti da ovisnost ne obuhvata isključivo zloupotrebu supstanci, već može uključivati i određene obrasce ponašanja koji imaju sličan mehanizam nastanka i održavanja. U savremenom shvatanju, ovisnost se posmatra kao hronična bolest mozga koja ima značajne posljedice po psihičko zdravlje, ali i po socijalne odnose i ukupno funkcionisanje pojedinca u društvu.

Dakle, ovisnost se može definirati kao hronična bolest mozga koja se karakterizira neprekidnom i kompulzivnom upotrebom supstanci, unatoč svjesnosti o negativnim posljedicama koje takva ponašanja donosi. Ovisnost ne pogađa samo fizičko i psihičko zdravlje pojedinca već ima i značajan utjecaj na njegove socijalne odnose i funkcije u zajednici.

Socijalne posljedice ovisnosti

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

Razaranje porodičnih veza

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

- b. Gubitak povjerenja: Ovisnici često lažu, manipuliraju ili skrivaju svoje ponašanje, a što narušava povjerenje među članovima porodice. Ovisnost narušava međusobno povjerenje između partnera. Laži, manipulacija i prikrivanje aktivnosti vezanih za ovisnost uništavaju otvorenu komunikaciju i podrivaju emocionalnu povezanost. Gabor Maté (2008) ističe da ovisnici najčešće ulaze u začarani krug laži i skrivenih aktivnosti kako bi prikrili svoje stanje. To vodi ka sve većem otuđenju između partnera.
- c. Finansijski problemi: Ovisnost često dovodi do finansijskih poteškoća jer ovisnici često troše velike sume novca na nabavku droge, dok istovremeno gube sposobnost zadržavanja posla. Porodice pogođene ovisnošću češće su suočene s dugovima, gubicima imovine i nestabilnošću, što dodatno pogoršava porodične odnose.
- d. Nasilje u porodici: Ovisnost može dovesti do porasta sukoba, fizičkog i psihičkog nasilja unutar porodice što ozbiljno narušava porodični život i može imati dugoročne posljedice na djecu i druge članove porodice.
- e. Zanemarivanje djece: Ovisnici često zanemaruju roditeljske obaveze što može dovesti do ozbiljnih posljedica po razvoj i dobrobit djece. Istraživanja pokazuju da se djeca često povlače u sebe, osjećaju krivicu ili razvijaju strah od napuštanja. Emocionalne posljedice ove vrste često ostaju prisutne u odrasloj dobi, uzrokujući poteškoće u njihovim vlastitim odnosima.

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

Uticaj ovisnosti na širu porodicu

Povećan stres i iscrpljenost članova porodice: Porodice koje brinu o članu s ovisnošću često doživljavaju emocionalnu iscrpljenost i stres. Članovi porodice mogu

preuzeti uloge „spasioca“ ili „izbjegavača konflikta“, što doprinosi dodatnim napetostima.

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

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

Povećanje stope kriminaliteta

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

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

Socijalna isključenost i stigmatizacija

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

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

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

Utjecaj na radnu produktivnost

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

- Odsutnost s posla: Ovisnici često izostaju s posla zbog zdravstvenih problema povezanih s ovisnošću, što smanjuje njihovu radnu produktivnost.
- Smanjena učinkovitost: Kada su prisutni na radnom mjestu, ovisnici često pokazuju smanjenu učinkovitost zbog umora, nesanice ili posljedica supstanci koje koriste.
- Rizik od nesreća na radu: Ovisnici su skloniji nesrećama na radu zbog smanjenog fokusa i koordinacije, što može imati ozbiljne posljedice za njih same i druge radne kolege.

Modeli intervencije u prevenciji socijalnih posljedica

Smanjenje socijalnih posljedica ovisnosti zahtijeva sveobuhvatan i koordinisan pristup koji obuhvata preventivne, terapijske i reintegracijske mjere. Učinkovito djelovanje podrazumijeva saradnju zdravstvenog, obrazovnog, socijalnog i pravnog sistema, s ciljem unapređenja kvaliteta života ovisnika i smanjenja negativnog utjecaja na društvo u cjelini.

U tom kontekstu, posebno se izdvajaju sljedeće strategije:

- Edukacija i rano preventivno djelovanje
- Kontinuirana edukacija o štetnim posljedicama upotre-

be psihoaktivnih supstanci predstavlja temelj prevencije, naročito među djecom i mladima. Kroz školske programe, radionice i javne kampanje potrebno je razvijati svijest o rizicima ovisnosti, ali i jačati zaštitne faktore poput samopouzdanja, socijalnih vještina i otpornosti na pritisak vršnjaka. Ulogu u ovom procesu imaju obrazovne institucije, zdravstvene ustanove, ali i mediji koji mogu značajno utjecati na formiranje stavova.

b) Unapređenje dostupnosti i kvaliteta tretmana

Efikasno liječenje ovisnosti zahtijeva dostupne i kvalitetne rehabilitacijske programe koji uključuju medicinski tretman, psihološku podršku i socijalnu rehabilitaciju. Važno je razvijati individualizirane pristupe koji odgovaraju specifičnim potrebama korisnika, uz kontinuirano praćenje i podršku tokom procesa oporavka. Poseban značaj ima smanjenje stigme kako bi se ovisnici ohrabрили da pravovremeno potraže pomoć.

c) Socioekonomska reintegracija i zapošljavanje

Jedan od ključnih izazova nakon liječenja ovisnosti jeste povratak u društvo, posebno u segmentu zapošljavanja. Potrebno je razvijati programe profesionalne rehabilitacije, obuke i podrške pri zapošljavanju, kako bi se smanjila socijalna isključenost i povećala ekonomska stabilnost bivših ovisnika. Uključivanje u radne aktivnosti doprinosi jačanju osjećaja korisnosti i smanjuje rizik od recidiva.

d) Podrška porodici i jačanje porodičnih odnosa

Porodica ima ključnu ulogu u procesu prevencije i oporavka. Stoga je važno osigurati savjetodavne i edukativne programe za članove porodice, kako bi mogli adekvatno odgovoriti na izazove koje ovisnost donosi. Jačanje komunikacije, razumijevanja i podrške unutar porodice doprinosi stabilnijem oporavku i smanjenju konflikata.

e) Razvoj društvenih i institucionalnih mjera podrške
Pored individualnih intervencija, neophodno je razvijati šire društvene mehanizme koji uključuju socijalne usluge, programe resocijalizacije i pravnu podršku. Intersektorska saradnja između institucija omogućava sistemski pristup problemu ovisnosti, čime se povećava efikasnost mjera i smanjuju dugoročne posljedice po zajednicu.

Zaključak

Ovisnost o psihoaktivnim supstancama predstavlja složen društveni problem koji ima višestruke posljedice po pojedinca, porodicu i širu društvenu zajednicu. Njeni efekti se ne ograničavaju samo na narušavanje fizičkog i psihičkog zdravlja, već značajno utiču na socijalne odnose, radnu sposobnost i ukupnu kvalitetu

života. Socijalne posljedice ovisnosti posebno se ogledaju u narušavanju porodičnih veza, socijalnoj izolaciji, smanjenoj produktivnosti i otežanoj društvenoj reintegraciji. Analiza ukazuje da ovisnost nije isključivo individualni problem, već fenomen koji zahtijeva sistemski i multidisciplinarni pristup. Efikasno suočavanje s ovim izazovom podrazumijeva kombinaciju preventivnih mjera, dostupnog i kvalitetnog tretmana, te kontinuirane podrške u procesu oporavka. Poseban značaj ima jačanje socijalnih i institucionalnih mehanizama koji omogućavaju uspješnu reintegraciju ovisnika u društvo. Integrirani pristupi koji povezuju zdravstveni, socijalni, obrazovni i pravni sektor predstavljaju ključ za smanjenje negativnih posljedica ovisnosti. U tom smislu, ulaganje u edukaciju, razvoj rehabilitacijskih programa, podršku zapošljavanju i jačanje porodičnih kapaciteta doprinosi ne samo oporavku pojedinca, već i jačanju društvene kohezije u cjelini. Sveobuhvatan i kontinuiran pristup problemu ovisnosti predstavlja osnovu za dugoročno smanjenje njenog utjecaja i izgradnju zdravijeg i funkcionalnijeg društva.

Literatura

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

TEORIJSKI PRISTUP AGRESIVNOM PONAŠANJU KAO OSNOVE KA RAZVIJANJU OVISNOSNI I NASILNOM PONAŠANJA

mr. Emina Babić, dipl.soc.pedagog

JZU Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona

Uvod

Agresivno ponašanje predstavlja složen oblik ljudskog ponašanja koji nastaje djelovanjem različitih bioloških, psiholoških i socijalnih faktora. Biološke osnove agresije uključuju uticaj genetike, rada nervnog sistema, hormona i moždanih struktura koje učestvuju u kontroli emocija i impulsa. Istraživanja pokazuju da određene promjene u funkcionisanju mozga, kao i djelovanje hormona poput testosterona i serotonina, mogu povećati sklonost agresivnim reakcijama. Razumijevanje bioloških faktora agresivnog ponašanja važno je kako bi se bolje objasnili uzroci agresije i razvili efikasni načini prevencije i kontrole ovakvog ponašanja.

Biološke osnove agresivnog ponašanja

Žužul (1989) definira agresiju (odnosno agresivnu ponašanje) kao "svaku reakciju (fiziku ili verbalnu) izvedenu s namjerom da se nekom drugom nanese šteta ili povreda bilo koji vrste, bez obzira da li je ta namjera do kraja realizirana" (Žužul, 1989).

Biološkim teorijama agresivnosti je zajedničko zanimanje za individualne razlike u ispoljavanju agresije. Istraživanja u kojima se pokušavaju pronaći fiziološke osnove agresivnog ponašanja kreću se u tri pravca (prema Beck, 2003):

1. *Uticaj genetike.* Žužul (1989) govori o nalazima povezanosti agresivnosti i XYY sindroma. Međutim, taj je sindrom u populaciji premalo zastupljen da bi na osnovu te povezanosti mogli generalizirati objašnjenja fenomena agresivnosti (po nekim procjenama ima ga oko 0,13% populacije).
2. *Uticaj mehanizama u mozgu.* Limbiki sustav i hipotalamus posebno su važni za pobuđivanje ili moduliranje agresivnog ponašanja. Podraživanje određenih hipotalamičkih područja i područja srednjeg mozga može izazvati napadačko ponašanje. Međutim, nisu sva područja srednjeg mozga jednako organizirana.

Pokazalo se kako podraživanje jednog dijela amigdale jezgri aktivira napadačko ponašanje (Carlson, 1987, prema Beck, 2003.).

3. *Uticaj hormona i neurotransmitera.* Istraživanja su pokazala da je agresivnost povezana s viškom muškog spolnog hormona testosterona (Moyer, 1983.; Olweuss, Mattison, Schalling i Low, 1988., Carlson, 1994.; Dabbs i sur. 1995.; Dabbs, 2000., prema Aronson, Wilson i Akert, 2002.). Ta povezanost testosterona i agresivnosti je ujedno i jedno od objašnjenja zašto su muškarci više od žena skloni agresivnom ponašanju. S druge strane, postoje dokazi da serotonin (kemijska tvar koja se prirodno izlučuje u srednjem mozgu) ima inhibirajući učinak na impulzivnu agresiju. Autori (Davison, Putnam i Larson, 2000. prema Aronson, Wilson i Akert, 2002.) su zabilježili kako nasilni kriminalci imaju nisku razinu prirodno stvorenog serotonina.

Teorija agresivnosti kao socijalno učenje

Veliki uticaj na to hoće li neka situacija biti doživljena kao provocirajuća ili ne imaju karakteristike provokatora. Ako je provokator percipiran kao simpatičan, zgodan, prijateljski ili opasan, manja je vjerojatnost agresije, dok je veća vjerojatnost pojave agresivnog ponašanja ako je ta osoba percipirana kao agresivna. Dodge je 1980. godine u eksperimentu s djecom pokazao da ako se namjere osobe, koja je izvor provokacije, percipiraju kao agresivne, onda je znatno veća šansa da će izazvati agresivno ponašanje, nego ako su namjere provokatora percipirane kao neagresivne (Žužul, 1989). Koju emociju će osoba pripisati svojoj pobuđenosti organizma uveliko ovisi o ponašanjima drugih osoba u istoj situaciji. Ako druge osobe iskazuju srdžbu, veća je vjerojatnost da će osoba svoje emocionalno uzbuđenje interpretirati kao srdžbu (Schachter i Singer, 1962, prema Oatley i Jenkins, 2003).

Ponašanje drugih će također uticati i na prizivanje skripti ponašanja pa će tako postojati tendencija da se ponašamo slično kao i drugi ljudi u sličnoj situaciji pa i ukoliko bi ta situacija bila slična počinjenom nasilju (Festinger, 1954.). Ta socijalna komparacija je to izražena što je situacija u kojoj se nalazimo manje jasna te što su nam sličnije dostupne osobe za uporedbu. Kada bismo tretirali ovaj problem terminima teorije socijalnog učenja, agresivnost je naučeni način postizanja cilja u socijalnim odnosima, čiji će uspjeh zavisiti od socijalnog konteksta.

Dakle, kako osoba nauči tako i ispoljava, ukoliko je stalno izložena primjerima agresivnih socijalnih ispada velika je vjerovatnoća da će i sama isto iskazivati kasnije u doba adolescencije i puberteta a moguće je i ranije. Procesom klasičnog uslovljavanja, ako se javlja zajedno sa dražima koje izazivaju agresiju ili emocionalna stanja koja vode agresiji, počinju vremenom i sama da izazivaju ista emocionalna stanja.

Koliko je važno socijalno učenje za sticanje agresivnog ponašanja djeteta pokazuju i potvrđuju podaci koji se navode u pojedinim literaturama i koje ističu pojedini autori kroz literaturu o povezanosti agresivnog ponašanja i načina podizanja djece i odgojnih načina te postupaka roditelja. Ukoliko je u odgajanju djece prisutno previše zabrana djelom kažnjavanje, posebno fizičkog, agresivno ponašanje javlja se kao češći oblik ponašanja nego tamo gdje ne postoji tolerancija i razumevanje za djecu. Rezultati istraživanja pokazuju da su djeca koju roditelji tolerišu ili čak ohrabruju te nagrađuju njihovu agresivnost, agresivnija od one koju roditelji vaspitavaju da ograničavaju manifestovanje agresivnih impulsa (Stevens, Bourdeaudhuij and Oost, 2002, prema Marković, 2015).

Jedan od također ključnih faktora u razvoju nasilnog ponašanja može biti i gubitak roditelja te snalaženje drugog roditelja u samohranom roditeljstvu. Za djecu i adolescente najteži je gubitak roditelja. Praćenje tokom deset godina stresnih životnih događaja kod irske djece, utvrđeno je da se po intenzitetu na prvom mjestu nalazi smrt roditelja, na drugom mjestu bolest roditelja, a na trećem mjestu ubijanje ljudi u oružanim sukobima na ulici (Muldoon i sur., 1998., prema Lacković-Grgin, 2004). Kod djece neki od navedenih neželjenih dešavanja stvaraju osjećaj bespomoćnosti, ne snalaze se najbolje u društvu, stvaraju socijalne averzije a njihov lično razvoj nije dovršen. Uz adekvatnu brigu jednog roditelja sve navede poteškoće se mogu prevazići i uz stručnu pomoć društva. Međutim potrebno je

napomenuti da su i gubitci koji mladi dožive u životu rizičan faktor pri razvoju nasilnog ponašanja.

Teorije o nasilju kao grupnom fenomenu

Kada se u literaturama opisuje fenomen nasilja koje se dešava u grupama često se fokus stavlja na djecu koja nisu direktno uključena u sam čin nasilja ali su posmatrači koji mogu tijekom kasnijeg naučenog ponašanja nastaviti sa istim. Shodno tome autor Popadić (2009) ističe: „Sve u svemu, kao što se pokazalo da se nasilje može bolje razumjeti ako se proučavanje nasilnika i žrtve dopuni proučavanjem interakcije između njih, isto tako se pokazuje da se interakcija između nasilnika i žrtve može razumjeti tek ako se posmatra u širem kontekstu, kao dio grupne dinamike” (Popadić, 2009: 142).

U trenucima kada se na nasilje gleda kao proces ili grupni fenomen tumačenja uglavnom idu u pravcu koji pokazuje na to da ono ne utiče samo na one koji su direktno uključeni (nasilnike, žrtve, nasilnike/žrtve), već i na neuključene učenike (posmatrače). Nasilje se odigrava u prisustvu posmatrača ili oni o epizodi nasilja bivaju naknadno obavješteni. S druge strane, utvrđeno je da ponašanje posmatrača u situacijama vršnjačkog nasilja značajno utiče na učestalost nasilničkog ponašanja (Salmivalli, Voeten and Poskiparta, 2011). Također autorica (Marković, 2015) koja se pomno bavila pitanjem grupnog fenomena i nasilja u tom kontekstu ističe da kada se razmatra fenomen nasilja kao grupni fenomen postoje četiri najčešće pominjani teorijski okviri:

Teorija socijalne dominacije, Teorija homeofilnosti, Teorija privlačnosti i Teoriju učesničkih uloga.

Teorija učesničkih uloga tretira potrebu da svaki pojedinac unutar grupe koju zastupa ima određenu ulogu koju obavlja. Ulogu mu dodjeljuje lider grupe, koji se za to izbora, dok su članovi grupe uglavnom zadovoljni ulogama uz pomoć kojih stječu poštovanje ostalih članova grupe. Često te uloge znaju biti vrlo zahtjevne i često nisu jednostavne za pojedinca a njihovo obavljanje je od krucijalne važnosti za ostanak unutar grupe, kako tvrde autori koji su se bavili ovom orijentacijskom teorijom u grupnom fenomenu.

Agresivnost u sklapanju kontakata

U kontaktu sa drugim osobama mladi ljudi koji pokazuju agresivnost prilikom komunikacije najčešće imaju već ranije utvrđene modele ponašanja. Većina teorije o agresivnom ponašanju karakteriše teza da čovjekovo

agresivno ponašanje, koje se manifestuje u ratu, zločinu, individualnim svađama i svim drugim vrstama destruktivnog i sadističkog ponašanja, proizlazi iz filogenetski programiranog, urođenog instinkta koji traži rasterećenje i čeka na povoljnu situaciju da se izrazi (Fromm, 1989). Dva najpoznatija zastupnika ideje da je agresivnom ponašanju osnovni uzrok biloški predodređen jesu Sigmund Freud i Konrad Lorenz.

Agresivnost uvijek ima svoj uzrok, a često nije riječ o istom ili sličnom uzroku. Najčešći uzroci agresivnosti su porodične neprilike, spolne razlike, neuspjeh u školi, nasljedni faktori, ubrzan način života i sl. Često mladi ljudi shvate da agresivno ponašanje dovodi do željenog cilja pa se počinju koristiti agresivnim ponašanjem kao instrumentom.

U kontaktu sa drugim mladim ljudima adolescent i djeca koriste različite načine agresivnog ponašanja. U nastavku slijedi objašnjenje nekoliko načina agresivnog ponašanja koje mladi ispoljavaju prilikom kontakta sa pojedincem ili grupom:

- *Borba ili fizički napad.* Osoba kod ovog tipa agresivnosti odmah pri prvom susretu inicira fizičko ili mentalno nadmetanje.
- *Verbalna agresivnost/verbalni sukobi.* Kod ovog oblika osobe najčešće upućuju drugim osobama pogrđne riječi, ruganje, verbalno maltretiranje, ukazivanje maksimalnog nepoštovanja i sl.
- *Posve tiha agresivnost.* Predstavlja ustvari odbijanje komunikacije sa drugom osobom ili njegovo potpuno ignorisanje.
- *Odglumljena agresivnost.* Često mladi ljudi u nemogućnosti da stupe u kontakt na adekvatan način "glume" različite oblike agresivnog ponašanja u nadi da će ustvari privući pažnju osobe sa kojom žele komunicirati.

Zaključak

Zaključno, agresivno ponašanje ima svoje biološke osnove, ali na njegov razvoj značajno utiču i porodično okruženje, odgoj, društvo i životna iskustva. Prevencija ovakvog ponašanja moguća je kroz pravovreme-

no prepoznavanje problema, razvijanje emocionalne kontrole, jačanje empatije, kvalitetnu komunikaciju u porodici i školi te stručnu psihološku podršku kada je potrebna. Posebno je važno kod djece i mladih poticati zdrave obrasce ponašanja, nenasilno rješavanje sukoba i sigurno okruženje za razvoj ličnosti.

Literatura:

1. Beck, R.C. (2003). *Motivacija – Teorija i navela*. Naklada Slap, Jastrebarsko Bierman, Smoot i Aumiller, 1993.
2. Fromm, B. (1980). *Autoritet i porodica*. Naprijed Zagreb.
3. Fromm, E. 1989, *Anatomija ljudske destruktivnosti 1*, NAPRIJED, Zagreb.
4. Greene, B. M. (2003). *Counseling and climate change as treatment modalities for bullying in school*. *International journal for the advancement of counseling*, Vol. 25, No. 4, 293-302.
5. Marković, M. (2015), *Uloge u vršnjačkom nasilju i školski uspjeh učenika*, Beograd
6. Popadić, D. (2009). *Nasilje u školama*. Beograd: Filozofski fakultet, Institut za psihologiju.
7. Rajhvajn-Bulat, L., Ajduković, M. (2012). *Obiteljske i psihosocijalne odrednice vršnjačkog nasilja među mladima*, Stdijski centar socijalnog rada, Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu.
8. Popović-Čitić, B. i Žunić-Pavlović, V. (2005). *Prevencija prestupništva dece i omladine*, Beograd: Ministarstvo prosvete i sporta Republike Srbije, Pedagoško društvo Srbije.
9. Salmivalli, C., Voeten, M. & Poskiparta, E. (2011). *Bystanders matter: Associations between reinforcing, defending, and the frequency of bullying behavior in classrooms*. *Journal of clinical child and adolescent psychology*, Vol. 40, No. 5, 668-676.
10. Stevanović, M. (1997). *Odgoj u obitelji i školi*, Sveučilišna knjižnica Pula.
11. Žužul, M. (1989). *Agresivno ponašanje – Psihološka analiza*. Radna zajednica Republike konferencije Saveza socijalistike omladine Hrvatske, Zagreb

ALKOHOLIZAM KAO SAVREMENI BIOPSIHOSOCIJALNI PROBLEM: UZROCI, POSljedICE I MOGUĆNOSTI LIJEČENJA

Lejla Šaćirović, MA psih., psiholog

JZU Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona

Sažetak

Alkohol predstavlja psihoaktivnu i toksičnu supstancu čija je konzumacija u savremenom društvu sve prisutnija i društveno prihvaćenija. Posebno tokom praznika i različitih svečanosti, alkohol se često povezuje sa opuštanjem, druženjem i stvaranjem osjećaja zadovoljstva, zbog čega mnogi njegovu upotrebu smatraju sastavnim dijelom obilježavanja važnih događaja. Međutim, učestala i nekontrolisana konzumacija alkohola može imati ozbiljne posljedice po fizičko i mentalno zdravlje pojedinca, ali i po njegove porodične i socijalne odnose. U radu će biti prikazano na koji način alkohol djeluje na organizam čovjeka, kakva je povezanost između emocija i konzumacije alkohola, te koliko ulogu porodica i društveno okruženje imaju u razvoju alkoholizma. Posebna pažnja posvećena je izazovima koje praznični period nosi kada je riječ o povećanoj konzumaciji alkohola i riziku od recidiva kod osoba koje se liječe od ovisnosti. Također, rad ukazuje na značaj preventivnog djelovanja, psihosocijalnog tretmana i podrške u procesu liječenja alkoholizma i održavanja apstinencije.

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

Uvod

Alkoholizam predstavlja ozbiljan zdravstveni i društveni problem koji značajno utiče na psihičko i fizičko funkcionisanje pojedinca. Dugotrajna i pretjerana konzumacija alkohola dovodi do promjena u radu mozga, razvoja tolerancije na alkohol i pojave apstinencijskih simptoma, što vremenom može rezultirati razvojem ovisnosti. Osim što negativno djeluje na zdravlje osobe koja konzumira alkohol, alkoholizam ostavlja posljedice i na porodične odnose, radnu sposobnost i socijalno funkcionisanje pojedinca.

Posljedice dugotrajne konzumacije alkohola ogledaju se kroz oštećenja nervnog sistema, poremećaje raspoloženja, depresivna stanja, probleme sa pamćenjem i koncentracijom, kao i smanjenu sposobnost racionalnog rasuđivanja. Alkohol utiče na emocionalnu stabilnost i ponašanje osobe, zbog čega često dolazi do konflikata u porodici i narušavanja međuljudskih odnosa. Odnos prema alkoholu razvija se još u ranom djetinjstvu kroz porodične obrasce ponašanja i utjecaj okoline. Djeca uče posmatrajući ponašanje roditelja i drugih bliskih osoba, zbog čega porodica ima važnu ulogu u formiranju stavova prema alkoholu. Upravo iz tog razloga alkoholizam se često opisuje kao porodična bolest, jer njegove posljedice pogađaju sve članove porodice, a ne samo osobu koja konzumira alkohol (Radović, 2006). Alkohol je jedna od najčešće korištenih psihoaktivnih supstanci među mladima, a razlozi njegove konzumacije su brojni. Njegova široka dostupnost i društvena prihvaćenost doprinose tome da mladi veoma rano dolaze u kontakt sa alkoholom. Posebnu zabrinutost izaziva činjenica da se mozak intenzivno razvija tokom adolescencije, zbog čega konzumacija alkohola u tom periodu može negativno uticati na kognitivni, emocionalni i socijalni razvoj mladih osoba. Savremeno društvo često alkohol povezuje sa zabavom, opuštanjem i različitim oblicima proslava, čime se dodatno stvara pritisak vršnjaka i okoline na pojedince da konzumiraju alkohol kako bi bili prihvaćeni u društvu. Takav pritisak posebno je izražen tokom rođendana, praznika i drugih značajnih događaja, kada se konzumacija alkohola smatra društveno poželjnim i očekivanim ponašanjem.

Razlozi konzumiranja alkohola

Alkohol djeluje na sposobnost pravilnog opažanja stvarnosti i značajno utiče na racionalno donošenje odluka kod odraslih osoba (Štifanić, 2005). Njegova

konzumacija posebno je opasna kod djece i adolescenata jer njihove spoznajne sposobnosti, emocionalna zrelost i vještine rješavanja problema još uvijek nisu u potpunosti razvijene. Upravo zbog toga mladi teže procjenjuju posljedice svojih postupaka i podložniji su impulsivnom ponašanju pod utjecajem alkohola.

Konzumacijom alkohola dolazi do smanjenja unutrašnjih kočnica i inhibicija koje su oblikovane moralnim vrijednostima, stavovima i pravilima ponašanja usvojenim kroz porodicu i društveno okruženje. Alkohol kod pojedinca stvara osjećaj opuštenosti, spontanosti i privremene emocionalne rasterećenosti, dok istovremeno smanjuje strah od procjene i kritike drugih ljudi. Sa povećanjem količine alkohola raste osjećaj slobode, samouvjerenosti i prividne lakoće življenja, zbog čega osoba nakratko zaboravlja svakodnevne obaveze, stres i emocionalne teškoće. Međutim, kada konzumacija alkohola pređe granicu kontrolisanog ponašanja i počne negativno uticati na svakodnevno funkcionisanje, kod pojedinca se sve češće javljaju osjećaji emocionalne praznine, unutrašnje tuposti i gubitka kontrole nad vlastitim ponašanjem. Kod odraslih osoba alkohol se nerijetko koristi kao način suočavanja sa stresnim životnim okolnostima, emocionalnim problemima i potrebom za opuštanjem. Praznici i različite svečane prilike često predstavljaju dodatni rizik za osobe koje se liječe od alkoholizma i pokušavaju održati apstinenciju. Tokom prazničnog perioda, u kombinaciji sa slobodnim vremenom, pojačanim emocijama i stresnim životnim okolnostima, povećava se mogućnost pojave recidiva. Posebno su osjetljive osobe koje dolaze iz disfunkcionalnih porodica u kojima nedostaju bliskost, podrška i zdravi porodični odnosi. Takve osobe praznike često doživljavaju emocionalno teško jer ih podsjećaju na usamljenost, neriješene porodične odnose i osjećaj nezadovoljstva vlastitim životom. Osjećaji tuge, praznine i emocionalnog nezadovoljstva mogu oslabiti samokontrolu, zbog čega osoba lakše posegne za alkoholom uz opravdanja poput: „Praznik je, jedna čaša neće ništa promijeniti.“ Takav način razmišljanja često predstavlja prvi korak ka povratku starim obrascima ponašanja i dodatno otežava proces liječenja i održavanja apstinencije.

Posljedice konzumacije alkohola

Posljedice konzumacije alkohola su brojne i zahvataju gotovo sve segmente ljudskog organizma i funkcionisanja. U nastavku su prikazane najvažnije skupine posljedica i način na koji alkohol djeluje na tijelo i psihi.

1) Fizičke posljedice

Alkohol djeluje toksično na organizam, kako direktno, tako i kroz produkte njegove razgradnje, ali i tako što remeti normalne metaboličke procese.

a) Jetra:

Jetra je organ koji najviše strada jer ima ključnu ulogu u preradi i razgradnji štetnih tvari. U početku se javlja masna jetra, stanje koje se može povući ako se prestane s alkoholom. Ako se konzumacija nastavi, dolazi do alkoholnog hepatitisa, zatim fibroze, a u konačnici i ciroze jetre, koja često ima težak i smrtonosan ishod.

b) Probavni sistem:

Kod osoba koje prekomjerno konzumiraju alkohol povećan je rizik od malignih bolesti usne šupljine, ždrijela, grkljana, jednjaka, jetre i debelog crijeva. Također se često javljaju upale sluznice jednjaka i želuca, kao i čirevi. Alkohol može izazvati i upalu gušterače, što dovodi do ozbiljnih poremećaja probave, problema sa apsorpcijom hranjivih materija, razvoja dijabetesa i u težim slučajevima smrtnog ishoda.

c) Nervni sistem:

Dolazi do oštećenja i centralnog i perifernog nervnog sistema, što se ogleda kroz slabiju koordinaciju pokreta, probleme s ravnotežom, pamćenjem, vidom i hodom, kao i gubitak fine kontrole mišića.

d) Metabolizam:

Kod osoba koje često piju alkohol prisutna je pothranjenost i nedostatak vitamina i minerala, posebno vitamina B grupe. Metabolizam je poremećen, dolazi do nakupljanja masnih naslaga, razgradnje mišićnih proteina i nestabilnog nivoa šećera u krvi, što u ekstremnim slučajevima može dovesti do kome ili smrti.

e) Kardiovaskularni sistem:

Alkohol povećava rizik od povišenog krvnog pritiska, moždanog i srčanog udara, a dugotrajna upotreba može dovesti i do oštećenja srčanog mišića, poznatog kao alkoholna kardiomiopatija.

f) Reproductivni sistem:

Kod muškaraca alkohol smanjuje seksualnu funkciju i može oštetiti testise. Kod žena povećava rizik od spontanog pobačaja i oštećenja ploda, uključujući fetalni alkoholni sindrom, koji može uzrokovati trajne poremećaje u razvoju djeteta.

2) Psihičke posljedice

Alkohol i psihički poremećaji često se međusobno isprepliću — nekada alkohol dovodi do njihovog razvoja, a nekada se konzumira kao “bijeg” od postojećih problema. Najčešće se javljaju anksioznost, depre-

sivna stanja, psihoze, patološka ljubomora, halucinacije i izražena agresivnost. U težim slučajevima može doći i do delirium tremensa.

3) Društvene posljedice

Iako se granice umjerene konzumacije alkohola uglavnom određuju prema fizičkom zdravlju, društvene i psihičke posljedice mogu se javiti i pri znatno manjim količinama.

a) Saobraćajne nesreće:

Vožnja pod uticajem alkohola jedan je od najčešćih uzroka teških i smrtonosnih saobraćajnih nesreća.

b) Porodični i socijalni odnosi:

Pod uticajem alkohola često dolazi do konflikata, svađa i narušenih odnosa u porodici, braku i među prijateljima. Alkoholizam se povezuje i sa značajnim brojem razvoda.

c) Kriminal i nasilje:

Alkohol povećava vjerovatnoću za nasilno ponašanje i povezan je s različitim krivičnim djelima poput krađa, fizičkih napada, ubistava, seksualnih delikata te zloupotrebe drugih supstanci.

Veza porodice, pojedinca, društva i alkohola

Sakoman (2002) porodicu opisuje kao mjesto na kojem se djeci mogu dati primjeri iz dragocjenog životnog iskustva i znanja, ali da bi porodica bila uspješna u tom nastojanju, sa djecom moramo imati dobar odnos. Da bi se razvio takav odnos neophodna je dobra, otvorena i kontinuirana komunikacija koja treba obilovati jasnim porukama i stvaranju atmosfere u kojoj svi članovi porodice se osjećaju jednako važnim i slobodnim da izraze svoje probleme, nedoumice ili emocije. Alkohol je sredstvo ovisnosti koje se, prema brojnim istraživanjima, prvi put vidi i proba u krugu porodice koji im bude ponuđen na nagovor roditelja ili drugih članova porodice. Ako je blizak član porodice ovisan o alkoholu, lako postaje uzor mlađem članu porodice koji taj obrazac ponašanja lako prihvata i ustvaja, te dolazi do transgeneracijskog prisustva ovisnosti. U našem društvu, konzumacija alkohola je sveprisutna pojava i predstavlja normalan obrazac ponašanja u raznim svečanim ili drugim prilikama kroz koje mnogi pronalaze opravdanja za svoju sveučestaliju konzumaciju alkoholnih pića (Daus-Šebedak, 2016).

Pored utjecaja porodice i vršnjaka, jaku ulogu igraju i mediji. Svjedočimo svakodnevnom porastu marketinškog oglašavanja u kojem se alkohol stavlja kao imperativ za dobru zabavu i provlači se kroz sve pore društva uključujući i one segmente koji bi trebali biti

simbol zdravlja kao što su sportske aktivnosti i natjecanja. Također, sve su prisutnije subliminalne poruke koje promovišu konzumaciju alkohola i na taj način stvaraju utisak i vjerovanje da je konzumacija alkohola prihvatljiva i čak poželjna društvena pojava.

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

Psihosocijalni tretman alkoholičara

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

Najpopularniji psihosocijalni pristupi sa dosljednom empirijskom podrškom su kratke intervencije, motivacijski pristupi, razni oblici kognitivno-bihevioralne terapije kao što su vještine suočavanja, samokontrola ponašanja, prevencija recidiva i drugi psihoterapijski pravci. Socijalne intervencije čija je učinkovitost dokazana su trening zapošljavanja, smještaj u terapijske zajednice, organizovanje slobodnog vremena i grupe samopomoći (klubovi liječenih alkoholičara).

Zaključak

Pristup alkoholizmu, koji predstavlja jedan od značajnih uzroka smrtnosti kako direktno tako i indirektno, zahtijeva istovremeno dobro organizovan i planski tretman liječenja, ali i razvijene preventivne programe. U mnogim slučajevima prevencija daje bolje rezultate jer sprječava razvoj bolesti, nego njeno liječenje kada se već razvije (Hudolin, 1991). Važan dio prevencije je podizanje svijesti o štetnosti alkoholizma, kako za osobu koja konzumira alkohol, tako i za njenu porodicu i širu okolinu. Kada ljudi bolje razumiju posljedice, veća je vjerovatnoća da će izbjeći rizična ponašanja. Problem predstavlja i laka dostupnost alkoholnih pića, koja često dovodi do povećane konzumacije. Kada je alkohol lako dostupan i prisutan u svakodnevnom životu, stvara se utisak da je njegovo korištenje normalno i društveno prihvaćeno ponašanje. U smanjenju broja oboljelih od bolesti ovisnosti važnu ulogu ima saradnja svih institucija i društvenih aktera. Samo zajedničkim i organizovanim djelovanjem moguće je stvoriti sigurnije i zdravije okruženje za život. Kada je riječ o konzumaciji alkohola tokom praznika i posebnih događaja, važno je biti svjestan vlastitih emocija i posljedica ponašanja. Potrebno je postaviti jasne lične granice, ciljeve i prioritete. Sasvim je prihvatljivo odlučiti da se praznici ne obilježavaju na isti način kao ranije, te je važno takvu odluku jasno izraziti i ne podlijeći pritisku okoline. Potiskivanje negativnih emocija uz pomoć supstanci koje mijenjaju percepciju stvarnosti najčešće donosi više štete nego koristi. Iako je konzumacija alkohola tokom praznika u mnogim sredinama društveno prihvaćena, posljedice mogu uključivati pojačanu anksioznost nakon praznika, depresivna stanja i produžen osjećaj tuge.

Literatura

1. Daus-Šebeđak D., (2016). *Zašto su se ovog čovjeka svi odrekli u obitelji?* Med Fam Croat Vol 24, No1.
2. Haber, P., Lintzeris, N., Proude, E., & Lopatsko, O. (2009). *Guidelines for the Treatment of Alcohol Problems*. Australian Government, The Department of Health.
3. Hudolin V., (1991). *Alkoholizam-Stil života alkoholičara*. XII Izdanje. Školska knjiga: Zagreb, 1991.
4. Koludrović, M. (1989). *Forenzičko psihijatrijsko prosuđivanje afektivnog čina kod počinitelja krivičnih djela ubojstva*. Doktorska disertacija. Zagreb: Medicinski fakultet.
5. Radović S., (2006). *Odgoj temelj prevencije od ovisnosti*. Žagar d.o.o. Rijeka. 28-45, 69-88.
6. Sakoman S., (2002). *Obitelj i prevencija ovisnosti*. SysPrint. Zagreb. 61.-81.
7. Štifanić M., (2005). *Alkoholizam i društvene znanosti*. Medicinski fakultet Rijeka.
8. World Health Organization (2023). *Global status report on alcohol and health*.
9. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (2022). *Alcohol Use Disorder: A Comparison Between DSM-IV and DSM-5*.



JZU ZAVOD ZA BOLESTI OVISNOSTI
ZENIČKO-DOBOJSKOG KANTONA

Kad porastem,

biću:



znaću šta ću,
a šta neću.