

УНИВЕРЗИТЕТ У БЕОГРАДУ
ФАКУЛТЕТ ПОЛИТИЧКИХ НАУКА

Стевица Борковић

СОЦИЈАЛНА ИЗОЛАЦИЈА И
ДЕЗИНТЕГРАЦИЈА ПОРОДИЦЕ
ОПИЈАТСКИХ ЗАВИСНИКА

ДОКТОРСКА ДИСЕРТАЦИЈА

Београд, јул 2015.

UNIVERSITY OF BELGRADE
FACULTY OF POLITICAL SCIENCES

Stevica Borkovic

SOCIAL ISOLATION AND THE
DISINTEGRATION OF THE FAMILY OF
OPIATE ADDICTS

DOCTORAL DISSERTATION

Belgrade, July 2015.

Ментор:

Проф. др Тамара Цамоња Игњатовић, редовни професор,
Универзитет у Београду – Факултет политичких наука

Чланови комисије:

Доц. др Петар Настасић

Проф. др Јасна Хрнчић

Датум одбране: _____

СОЦИЈАЛНА ИЗОЛАЦИЈА И ДЕЗИНТЕГРАЦИЈА ПОРОДИЦЕ ОПИЈАТСКИХ ЗАВИСНИКА

Резиме: Болести зависности данас су један од најраширенијих друштвених проблема. Неопходно је радити на што бољој превентиви. Ова истраживање је само једно у низу које је дало одговор како изгледа породица зависника и са каквим проблемима се она сусреће. Испитаници су били мушког пола, јер су то зависници који су највише заступљени у лечењу и рехабилитацији. Како је зависност врло комплексна болест, најуспешнији третмани се спроводе уз присуство свих чланова породице, јер се поремећај развијао у оквиру специфичних породичних околности, па је из тог разлога неопходна промена свих њених чланова.

У уводном делу докторске дисертације образлаже се утицај опијата на промену личности и са којим проблемима се зависник и његова породица суочавају када се нађу у социјалној изолацији и дезинтеграцији.

У првом поглављу одређују се појмови „зависник”, „зависност”, „психичка зависност”, „физичка зависност и толеранција”, „психоактивне супстанце”, карактеристике опијатске зависности, карактеристике других психоактивних супстанци, облици и карактеристике нехемијских зависности, објашњени су фактори који доводе до настанка болести зависности, фазе развоја и превенција болести зависности, карактеристике породице зависника, последице и лечење болести зависности, карактеристике третмана опијатских зависника, законска регулатива у вези опијатских и других психоактивних супстанци.

Друго поглавље бави се породицом и њеним значајем у настанку опијатске и друге зависности. Посебно се бави породицом из угла системске теорије и њеном улогом у лечењу, објашњава дисфункционалност и кризу савремене породице због утицаја чији су показатељи сиромаштво, насиље у породици, разводи, ванбрачне заједнице и малолетничка делинквенција.

У трећем поглављу је стављен акценат на групу и њену улогу у настанку опијатске зависности. Посебно се одређује утицај вршњачке групе и породице, као и примена групне терапије у лечењу и рехабилитацији.

У четвртом поглављу описане су социјалне последице зависности од опијата које укључују трансформацију личности од здраве особе до наркомана и његову везу са криминалитетом и антисоцијалним понашањем. Описане су родне разлике зависника као и карактеристике породица које су због зависности дезинтегрисане и социјално изоловане.

У петом поглављу одређује се појам „Социјална изолација”, историјски корени изолације, њени облици и последице по појединца, породицу и друштво.

Шесто поглавље се бави одређењем појмова „Социјална интеграција” и „дезинтеграција” и назначава све елементе интеграције и дезинтеграције у породици.

Седмо поглавље се надовезује на шести и односи се на елементе и исходе процеса социјалне изолације и дезинтеграције породице опијатских зависника.

Осми део рада односи се на представљање методологије истраживања кроз одређење предмета, циљева, хипотеза, испитиваног узорка, инструмената, процедуре прикупљања података и статистичке обраде. Предмет истраживања је испитивање интерперсоналних односа међу свим члановима породице опијатског зависника, укључујући појаву насиља, односе са широм породицом, степен задовољења потреба чланова породице, и проблеми са којима се зависник сусреће у ужој и широј социјалној средини.

Циљ тезе је да се утврди са каквим специфичним социјалним проблемима се опијатски зависник сусреће у својој породици као и у ужој и широј социјалној средини.

Истраживање се обавило на узорку од 118 испитаника, од којих су 60 чинили студенти као контролна група и 58 опијатских зависника који су на рехабилитацији и у апстиненцији најмање шест месеци. Подаци добијени на истраживању заснивају се на упитнику полуотвореног типа.

Девету целину рада представља приказ добијених резултата. Ту су потврђене хипотезе да се породица опијатског зависника налази у социјалној изолацији и дезинтеграцији.

На крају, у дискусији и закључку се резимирају основни налази, истиче се колико је породица опијатског зависника у проблему у односу на оне породице у којој зависности нема.

Ова докторска дисертација представља значајан допринос разумевању проблема са којима суочава породица зависника, остваривању увида у то да се овакве породице у

односу на друге заиста дезинтегрисане и да се налазе у социјалној изолацији јер су стигматизоване од стране друштва.

Кључне речи: Социјална изолација, дезинтеграција, породица, опијати, зависност, психоактивна супстанца, превенција, група, вршњачке групе.

Научна област: интегрисане, интердисциплинарне и мултидисциплинарне студије.

Ужа научна област: студије социјалног рада.

УДК: 316.356.2-056.83, 613.83:316.356.2

SOCIAL ISOLATION AND THE DISINTEGRATION OF THE FAMILY OF OPIATE ADDICTS

Summary: Addictions are today one of the most widespread social problems. It is necessary to work on to better prevention. This research is just one of many who gave the answer seems to families of addicts and what problems it faces. The subjects were males, because they are addicts who are mostly represented in treatment and rehabilitation. As dependence on a very complex disease, the most successful treatments are carried out in the presence of all members of the family, because the disorder developed within the specific family circumstances, and is for that reason necessary to change all of its members.

In the introductory part of the doctoral thesis is explained by the influence of opiates on personality changes and problems with which the addict and his family faced when they find themselves in social isolation and disintegration.

In the first chapter the concepts of "addict", "addiction", "psychic dependence," "physical dependence and tolerance", "psychotropic substances", the characteristics of opiate dependency, the characteristics of other psychoactive substances, types and characteristics of non-chemical addictions, explains the factors that lead to the emergence of addictions, stage of development and the prevention of substance abuse, characteristics of families of addicts, consequences and treatment of addiction, the characteristics of the treatment of opiate addicts, legislation regarding opiate and other psychoactive substances.

The second chapter deals with the family and its importance in the development of opiate and other dependencies. Especially dealing with family from the perspective of systems theory and its role in the treatment, explains the dysfunction and the crisis of modern family due to the impact of which are indicators of poverty, domestic violence, divorce, extramarital relationship and juvenile delinquency.

In the third chapter, with emphasis on the group and its role in the development of opiate dependence. In particular, determines the impact of peer groups and families, as well as the use of group therapy in treatment and rehabilitation.

The fourth chapter describes the social consequences of addiction to opiates, which include personality change from a healthy person to the drug and its link with crime and antisocial behavior. It describes the gender differences addicts and family characteristics that are due depending disintegrated and socially isolated.

The fifth chapter defines the concept of "social isolation", the historical roots of isolation, its forms and consequences for the individual, family and society.

The sixth chapter deals with the definition of the term "social integration" and "disintegration" and indicates all the elements of integration and disintegration of the family.

The seventh chapter builds on the sixth and refers to the elements of the process and outcomes of social isolation and disintegration of the family of opiate addicts.

The eighth part of the paper refers to the presentation of research methodology through the definition of the subject, objectives, hypothesis, test sample, instruments, procedures, data collection and statistical analysis. The subject of research is to examine interpersonal relations among all the family members addicts, including the occurrence of violence, relationships with extended family, the degree of satisfaction of needs of family members, and the problems that the addict faces in the wider social environment.

The aim of the thesis is to determine what kind of specific social problems facing the opiate addict in their family and in the wider social environment.

The research was performed on a sample of 118 respondents, of which 60 students did as a control group and 58 opiate addicts who are undergoing rehabilitation and sober for at least six months. Data obtained in the survey are based on a semi-open questionnaire.

Ninth whole work is a presentation of the results. There are consistent with the hypothesis that the family is opiate addicts in social isolation and disintegration.

Finally, the discussion and conclusion summarizes the main findings, highlights how the family opiate addicts in the problem in relation to those families in which there is no dependency.

This doctoral thesis is an important contribution to understanding the problems that face families of addicts, achieving insight into that kind of family in relation to other really disintegrated and that they are in social isolation because they are stigmatized by society.

Keywords: Social isolation, disintegration of families, opiates, dependence, psychoactive substance, prevention, group, peer group.

Scientific area: an integrated, interdisciplinary and multidisciplinary studies.

Special topics: studies of social work.

UDC: 316.356.2-056.83, 613.83:316.356.2

САДРЖАЈ

УВОД	1
I ТЕОРИЈСКИ ОКВИР И ПОЈМОВНА ОДРЕЂЕЊА	5
1. БОЛЕСТ ЗАВИСНОСТИ И ЗАВИСНИК	6
1.1. Појам „зависник” и „зависност”	6
1.2. Психичка зависност	8
1.3. Физичка зависност и толеранција	8
1.4. Психоактивне супстанце	10
1.4.1. Историјат и савремено доба	11
1.4.2. Појам и дефиниција „психоактивна супстанца”	11
1.4.3. Дејство психоактивних супстанци на централни нервни систем	13
1.5. Зависност од опијата	15
1.5.1. Историјат	15
1.5.2. Врсте опијатских дрога	16
1.5.3. Услови и узроци настанка зависности од опијата	17
1.5.4. Клиничка слика и медицинске последице	18
1.5.5. Епидемиологија	19
1.6. Друге врсте психоактивних супстанци	20
1.6.1. Канабиноиди	20
1.6.2. Стимуланси	22
1.6.3. Халуциногени	27
1.6.4. Депресори централног нервног система	28
1.6.5. Аналгетици	46
1.6.6. Инхаланти	46
1.7. Нехемијске зависности	47
1.7.1. Коцка	47
1.7.2. Зависност од интернета	52
1.7.3. Зависност од комјутерских игара	54
1.7.4. Зависност од употребе мобилних телефона	56

1.8. Фактори настанка зависности	56
1.8.1. Човек као фактор зависности	57
1.8.2. Средина као фактор зависности	60
1.8.3. Супстанца као фактор зависности	65
1.9. Фазе развоја болести зависности	66
1.10. Превенција болести зависности	66
1.10.1. Специфичности превенције зависности од опијата	68
1.10.2. Принципи превенције СЗО	69
1.11. Породица зависника	71
1.12. Последице болести зависности	72
1.13. Лечење болести зависности	73
1.14. Третман зависности од опијата	74
1.14.1. Медицински третман код зависности од опијата	75
1.14.2. Породица опијатског зависника и системска групна породична терапија опијатске зависности и релације са осталим приступима третмана	76
1.14.3. Програми за смањење штете	78
1.14.4. Супституциони програми	79
1.15. Законска регулатива у вези са опијатима и другим психоактивним супстанцама	80
2. ПОРОДИЦА И ЊЕН ЗНАЧАЈ У НАСТАНКУ ОПИЈАТСКЕ И ДРУГИХ ЗАВИСНОСТИ	84
2.1. Породица у светлу системске теорије	90
2.2. Функционалност и дисфункционалност у породици	91
2.3. Дисфункционалност породице и зависност	93
2.4. Криза савремене породице	95
2.4.1. Сиромаштво	96
2.4.2. Насиље у породици	98
2.4.3. Разводи	100
2.4.4. Ванбрачне заједнице	102
2.4.5. Малолетничка делинквенција	104
2.5. Системска породична терапија као облик лечења болести зависности	106
3. ГРУПА И ЊЕН ЗНАЧАЈ У НАСТАНКУ ОПИЈАТСКЕ ЗАВИСНОСТИ	108
3.1. Место и улога група у развоју личности и социјализацији појединца	108
3.2. Значај вршњачких група и однос породице и вршњачких група у	

адолесценцији	109
3.3. Вршњачке групе и болести зависности	110
3.4. Групна терапија као облик лечења болести зависности	111
3.4.1. Историјат примене групе у третману болести зависности	113
3.4.2. Групни рад кроз фазе лечења	115
4. СОЦИЈАЛНЕ ПОСЛЕДИЦЕ ЗАВИСНОСТИ ОД ОПИЈАТА	117
4.1. Трансформација личности опијатског зависника („наркоманско понашање“)	117
4.2. Антисоцијално понашање (дисоцијализација) и криминалитет повезан са опијатском зависношћу	119
4.3. Значај родних разлика повезаних са социјалним последицама опијатске зависности	120
4.4. Социјална изолација опијатског зависника и породице	121
4.5. Дезинтеграција опијатског зависника и породице	122
4.6. Процеси ресоцијализације и реинтеграције опијатских зависника	123
4.6.1. Током интензивног третмана	123
4.6.2. У продужној фази лечења	124
4.6.3. У пеналним условима	125
4.6.4. Терапијске заједнице (клубови) и комуне	126
4.6.5. Садашње стање у нашој средини и могући трендови у будућности ...	127
5. СОЦИЈАЛНА ИЗОЛАЦИЈА	129
5.1. Историјски корени изолације и теорије социјалне изолације	129
5.2. Схватање појма „социјална изолација“	130
5.3. Облици социјалне изолације	131
5.4. Последице социјалне изолације	132
6. СОЦИЈАЛНА ИНТЕГРАЦИЈА И ДЕЗИНТЕГРАЦИЈА	133
6.1. Схватање појмова „социјална интеграција“ и „дезинтеграција“	133
6.2. Елементи интеграције и дезинтеграције у породици	135
7. ЕЛЕМЕНТИ И ИСХОДИ ПРОЦЕСА СОЦИЈАЛНЕ ИЗОЛАЦИЈЕ И СОЦИЈАЛНЕ ДЕЗИНТЕГРАЦИЈЕ ПОРОДИЦЕ ОПИЈАТСКИХ ЗАВИСНИКА	136
II ИСТРАЖИВАЊЕ	139
8. МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА	140
8.1. Предмет истраживања	140
8.2. Циљ и задаци истраживања	140

8.3. Хипотезе	141
8.4. Узорак	142
8.5. Инструменти процене	142
8.6. Обрада података	145
8.7. Процедура истраживања	145
9. РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА	145
9.1. Социјалдемографске карактеристике испитаника	145
9.2. Базична интересовања испитаника	147
9.3. Време првог сусрета са психоактивним супстанцама	148
9.4. Врсте конзумираних психоактивних супстанци	149
9.5. Предзнања о психоактивним супстанцама	150
9.6. Разлози првог узимања психоактивних супстанци	151
9.7. Контакти са социјалном средином	152
9.7.1. Одржавање контакта са ужом и широм социјалном средином	152
9.7.2. Подршка код решавања проблема	154
9.7.3. Подршка шире и уже социјалне средине	155
9.8. Породично насиље	157
9.9. Коришћење породичних, друштвених и институционалних ресурса	158
10. ДИСКУСИЈА РЕЗУЛТАТА	158
ЗАКЉУЧАК	166
ЛИТЕРАТУРА	171
СПИСАК ИНТЕРНЕТ САЈТОВА	182
ПРИЛОЗИ	183
УПИТНИК УР1 (упитник намењен корисницима на рехабилитацији од психоактивних супстанци)	184
УПИТНИК УР2 (упитник намењен студентима БУ)	201
БИОГРАФИЈА АУТОРА	212
Изјава о ауторству	213
Изјава о истоветности штампане и електронске верзије докторског рада	214
Изјава о коришћењу	215

УВОД

Наркоманија је данас једна од најзначајнијих проблема савременог друштва. Статистика уочава да се она из године у годину све више шири захватајући бројне друштвене слојеве, богате, средње и сиромашне.

Србија такође није поштеђена ове црне статистике, мада узроци могу да се сагледају из више угла. Криза раних деведесетих година на територији бивше СФРЈ изазвала је бројне проблеме. Промена политичког система и рат довели су до распада земље, сиромаштва, пропасти средњег слоја становништва, санкција у виду економских, политичких, здравствених и културно-спортских баријера. Последица тога је хиперинфлација.

Данас промена традиционалних друштвених вредности доводи до тога да породица васпитање деце препушта системима који нису надлежни да спроводе родитељску улогу, него да социјализују појединца у друштво (образовне, спортске и културне институције, средства масовног информисања – телевизија, радио, интернет и штампа). Неке породице се суочавају са насиљем међу партнерима, разводом и сиромаштвом. Истовремено, млађи чланови породице улазе у најкритичнију фазу свог животног развоја – адолесценцију, а у том процесу не виде позитивне моделе којима би стремили у потрази за својим идентитетом. У друштву су све више видљивији утицаји новокомпоноване музике, филмова у којима доминира насиље, гардеробе и обуће најутицајнијих светских марки. Тежња за припадношћу неким од тих субкултурних група је све више видљивија. На фрустрације поједини млади реагују све иритантније и тај проблем решавају на радикалан начин. Окрећу се вршњачким групама које негативно утичу на формирање младе личности. Један од разлога за приступ таквим групама је прихватање од стране других због чега лакше развија сопствени идентитет. Овај идентитет је прожет утицајима нових вредности којима група стреми, а неки од њих су: вршњачко насиље, злоупотреба психоактивних супстанци, просјачење, крађе, разбојништва и други облици малолетничке делинквенције.

Психоактивне супстанце многим тинејџерима представљају нешто ново у животу, али и начин да уђу у групу која ће их прихватити као равноправне чланове. У првом маху се чини као да је дрога нешто што треба да пробају и када нису део те групе. Слушајући разне приче и договштине о њиховим својствима управо је то важан фактор због чега се јавља радозналост да се супстанца ипак узме. Након тог првог корака, многи млади наставе са узимањем док касније не уђу у зачарани круг из ког не могу да се лако извуку. Код свих се увек јављају сличне мисли: „Мени не може да се догоди да постанем зависник”, „ја то могу да контролишем”, „нисам ја наркоман ако понекад узем, а и не узимам дрогу преко шприца”.... Све ове заблуде које вршњачка група негује доприноси да се проблем развија дубље. Најпре се узимају оне супстанце за које се погрешно мисли да су „лаке”. Почиње се цигаретама, марихуаном, алкохолом и таблетама, а онда се отварају врата и за друге као што су екстази, ЛСД, хероин и кокаин. Злоупотреба временом доводи до зависности.

Неопходно је да се разуме из какве најчешће породичне средине долази млада особа која злоупотребљава психоактивне супстанце или постаје зависник. Почетком кризе деведесетих година породица је своје функције пребацила на друге системе социјализације. Због тога је потребно схватити да постоје функције у којима је породица незаменљива. Те функције су заштитне и егзистенцијалне, оне доприносе развоју индивидуе, преко њих се поштују устаљене друштвене вредности (обичај, морал и право), омогућава се оптималан развој деце, али и развијање толеранције међусобних разлика код сваког члана породице. Међутим, када ове функције нису у неким сегментима или у потпуности испуњене, јављају се породичне кризе које се могу манифестовати повлачењем појединих чланова у себе или чешћим испољавањем конфликта. Криза понекад и не мора да буде интензивна и бурна и тада породична дисфункционалност траје веома дуго времена и тако постаје животни стил породице. Интезитет дисфункционалности највећи је код породица зависника од неке психоактивне супстанце. То је из разлога што постоје одређене психолошке особености зависника које утичу на све чланове породице, а то су: неспособност преузимања сопствене одговорности, нереалистичан однос према животу, емоционална и социјална незрелост, недостатак самодисциплине, егоцентричан став и преокупираност собом, негативан или амбивалентан став према ауторитету, површност у односима са другима и ограниченост његових интересовања. Зависнику је основни циљ да одржи свој зависнички систем. Само у ситуацијама када процени да може

изгубити нешто од тог система, да може бити одбачен или да може бити угрожено његово дрогирање, онда се на тренутак мења.

Емоције зависника осцилирају од манипулација до дистанце. Чланови породице се највише жале на недостатак блискости и осећања „празнине”. Породичне улоге самим тим су замењене и конфузне. Нема јасног модела понашања. Зависник успешно манипулише скоро са свима.

Неизвесно је да ли је породица пре настанка зависности функционисала на други начин са аспекта снага које су чланови користили за решавање одређених проблема, начина провођења заједничког слободног времена, слоге међу брачним супружницима и њихове деце и међусобног поверења. Поставља се питање да ли је те аспекте породичног живота захватила **дезинтеграција** и пре појаве зависности и која је још више напредовала током трајања зависности.

И са социјалног становишта породица је пре појаве зависности функционисала другачије имајући у виду њен ослонац на рођаке, суседе, пријатеље и колеге са посла. Они су представљали неког са ким је породица зависника делила своје тешкоће, тражила савет, имала охрабрење и подршку и то све у циљу савладавања животних проблема.

Током периода лечења мали број пацијената и породице се ослања на ове снаге, заправо, већина њих сматра да проблем зависности треба крити у кругу породице. Жигосање, срам и стид родитеља да можда нису успели у социјализацији детета јесу разлози за овакво понашање, а са друге стране, друштво двоструког морала често осуђује зависнике од дроге и алкохоличаре и сматра да они нису излечиви због чега им је ресоцијализација веома тешка. Све ово ставља породицу зависника у једну тешку ситуацију и води је у **социјалну изолацију**. Сам зависник ускоро уочи колико је суров свет око њега. Стигма води ка повлачењу у себе, доводи до недовољне отворености према блиским особама као и до усамљености са бројним психичким проблемима. Окружење које у почетку уме да да подршку зависнику да изађе из проблема из неких својих разлога, такође у појединим случајевима може да покаже дистанцирани однос када пацијент почне успешно да се социјално и професионално афирмише. То све, на крају, ствара одређену конфузију код пацијента што може искористити или га навести да се поново врати у проблем.

Некадашњи модел породице који је највише био заступљен током седамдесетих и осамдесетих година је озбиљно пољуљан због чега данас имамо велики број младих

људи који све више користе психоактивне супстанце. Највећи број се никада и не појаве на лечењу, док их неке породице потпуно одбацују или показују незаинтересованост за њих. Нажалост, то је само почетак њихових проблема.

Како је наркоманија врло комплексна болест, ова докторска дисертација бавиће се следећим аспектима:

- Карактеристикама дезинтеграције и социјалне изолације породице;
- Породицама ризичног понашања која уводе у наркоманију;
- Узроцима наркоманије у породици;
- Фазама социјалне дезинтеграције и социјалне изолације породице од средине.

Такође, ова дисертација ће дати одговор како је изгледала породица опијатског зависника пре рехабилитације. Уједно, приказаће и резултате истраживања који се односе на то колико су породице у којима нема зависности такође на неки начин социјално изоловане и дезинтегрисане и у којој мери.

I ТЕОРИЈСКИ ОКВИР И ПОЈМОВНА ОДРЕЂЕЊА

1. БОЛЕСТ ЗАВИСНОСТИ И ЗАВИСНОСТ

У пракси је понекад тешко раздвојити повременог уживаоца од зависника. За повременог уживаоца је карактеристично да током дејства супстанце такође може да направи низ проблема по себе и друштво. Зависник такве проблеме чини стално. Ако је веровати статистичким показатељима, број пробатора, повремених уживаоца дроге и зависника је на сваких неколико година све већи како у свету тако и на нашим просторима. Заблуде које постоје у вези бројних психоактивних супстанци остају и даље главни покретач људске радозналости да се супстанца први пут проба. Ако супстанца већ код првог узимања створи очекивани резултат дејства, стварају се услови да се она у скорије време поново узме, а након тога све чешће док се не уђе у зачарани круг из којег се не може изаћи без стручне помоћи.

1.1. Појам „зависник” и „зависност”

Постоје неке карактеристике зависника које их раздвајају од оних лица који психоактивну супстанцу повремено узимају. Најпре, њихово стање треба да је праћено неодољивом или тешко савладивом потребом за сталним или привременим узимањем супстанце. То се ради из два разлога: да се понови њено психичко дејство које се зове ужитак, а са друге стране да се избегне тешка физичка тегоба.

Из овога се може закључити да је **зависник** „она особа која је психо-физички зависна од једне или више психоактивних супстанци”.¹

Када се каже „зависност” брзо се помисли на неку природну или синтетичку супстанцу, што је погрешно јер постоје и нехемијски облици зависности као што су коцка и зависност од интернета.

Да би се неко дијагностиковао као зависник, он мора да испуњава следеће критеријуме:²

- Јака жудња или осећање принуде да се дрога узме;
- Отежана контрола над понашањем у вези са узимањем супстанце;

¹ Букелић Ј., *Дрога у школској клици*, Веларта, Београд, 1995, стр. 15.

² Настасић П., *Не дозволи да те дрога избаци из игре*, Едукативни приручник, Привредни преглед, ДОО, Београд, 2004, стр. 27-28.

- Апстиненцијални синдром;
- Повећање толеранције на супстанцу;
- Провођење све више времена у тражењу, узимању и опорављању од супстанци;
- Прогресивно занемаривање других задовољстава и интересовања;
- Настављање узимања и поред јасних чињеница о директним и индиректним штетним дејствима и последицама узимања супстанце.

Ако је било који критеријум од ових набројаних присутан код особе, реч је о зависнику.

Раније је често био у употреби појам *наркоман*. Међутим, данас се под наркоманом сматра само оно лице које је зависно од опијата или стимуланса.³

Без обзира о којој супстанци је реч, зависност можемо одредити као „везаност особе за неку психоактивну супстанцу, која се испољава као неодољива страст за њеним конзумирањем”.⁴

Зависник као личност је несигурна, напета, преплављена стрепњом, депресивна је и збуњена у погледу властитог идентитета. На другој страни, оваква личност је истовремено и самољубљива, поседује низак праг фрустрација код неиспуњавања недостижних циљева, има смањен осећај везивања како за појединца тако и за групу.⁵

Интересантно је напоменути да људи могу да поседују модел зависничког размишљања, чак и пре развијања саме зависности и тако тај модел представља погодно тло за настајање зависности. Млади лако постају радознали обећањима о доживљају које ће им употреба супстанци донети, што надјачава страх од потенцијалних последица. Карактеристика зависничког мишљења је да оно мења доживљај зависника о самој себи, при чему не омета његово виђење других људи. Тако имамо парадоксалну ситуацију да родитељ наркомана који је алкохоличар буде искрено узнемирен што његово дете не увиђа разорне последице конзумирања дроге. Исти случај се проналази и код наркомана који не показује разумевање за очев алкохолизам.⁶

³ Наркоманија потиче од грчке речи *narke* што значи страст. Представља ненормалну склоност или жељу за узимањем опојних средстава као што су хероин и морфијум, понекада и хашиша што може особу да доведе до дубоке зависности. Ова средства дају се као лекови против снажних болова (нпр. код тумора се даје тродон), што током лечења такође може створити зависност. Вујаклија М., *Лексикон страних речи и израза*, Просвета, Београд, 1992, стр. 578.

⁴ Видановић И., *Речник социјалног рада*, Ауторско издање, Београд, 2006, стр. 429.

⁵ Тадић Н., *Психијатрија детињства и младости*, Научна књига, Београд, 2006, стр. 383.

⁶ Abraham J. Twerski, *Addictive Thinking*, M.D., Hazelden, Center City, Minnesota, 1997, стр. 13-15.

Да би за неког могли да кажемо да је зависник, он мора да је психички и/или физички зависан. Скоро све психоактивне супстанце стварају психичку зависност, док се код неких јавља и физичка. Термин „толеранција” је чешће везан за физичку зависност.

1.2. Психичка зависност

Свака употреба или злоупотреба психоактивних супстанци може довести до стварања психичке зависности. У почетку, супстанце се узимају ради стварања одређеног ефекта. Због тог пријатног доживљаја, наставља се са узимањем супстанци све до тог момента када је стварање било каквог пријатног доживљаја немогућ без њене употребе.

Најкраће речено, психичка зависност је такав вид зависности при којој преовлађују психичке сметње.⁷

Психичке сметње се најчешће јављају у виду различитих реакција код којих преовлађују измене у доживљавању и понашању. Са једне стране, супстанце се узимају како би се искривила реалност (фалсификовала реалност), а са друге стране како би се избегла нелагодност или тегоба.

Можемо закључити да је психичка зависност стање које се одликује жељом, потребом, навиком или компулзијом да се супстанца узме како би се растеретила напетост и изазвало осећање пријатности.

То се види у следећој дефиницији: „Психичка зависност је психолошко стање које се испољава као неодољива жеља за дрогом, навика, да се дрога узме, у почетку због осећања задовољства, растерећења или отклањања осећања нелагодности, а касније услед створене зависности, коју прате веома непријатни симптоми”.⁸

1.3. Физичка зависност и толеранција

У фази развијене болести код узимања појединих психоактивних супстанци долази до стварања физичке зависности. И код алкохолизма и наркоманије у

⁷ Букелић Ј., *Дрога у школској клици*, Веларта, Београд, 1995, стр. 15.

⁸ Марјановић Д., Милићевић Ж., *Дрога, алкохол, коцка – непријатељи живота*, приручник за превенцију болести зависности у основним школама, Завод за уџбенике, Београд, 2013, стр. 42.

моментима неузимања супстанце долази до јављања врло непријатних психичких и телесних нелагода.

Под **физичком** или **телесном зависношћу** подразумевамо узимање одређених дрога које изазивају физиолошке промене и такав степен поремећаја у организму да се он навикава и развија органску потребу за том супстанцом.⁹

Из овога се може закључити да организам више није у стању да функционише без уноса одређене количине супстанце. Како временом расте потреба за све већом количином јавља се један феномен у медицини који се назива *толеранција*.

Она представља први знак да се јавила телесна зависност. Како се тело адаптирало на повећане дозе супстанце, тако сада исте дозе почињу да стварају мањи ефекат. Зависник почиње да повећава дозе и ту лежи опасност од предозирања који може да доведе до смртог исхода.

Толеранција је „промена реаговања организма на унуту дрогу. Испољава се као потреба да се повећа доза, да се повећа количина унете дроге како би се постигао жељени ефекат који се раније добијао са мањом дозом, мањом количином дроге”.¹⁰

Слично тумачење даје и др Јован Букелић који каже да: „Толеранцију карактерише немогућност постизања жељених ефеката ранијом дозом дроге, доводећи је често на ниво токсичне или легалне дозе”.¹¹

Повећање толеранције се јавља на све дроге које изазивају физичку зависност. Алкохол представља изузетак, али у предтоксикоманској фази и код њега се јавља повећање, док у четвртој токсикоманској фази долази до пада толеранције.

Феномен *пада толеранције* код алкохола зависник посматра као знак да нема проблема са пићем. Дешава се чак да се код мањих доза брзо напије иако тога није свестан. Организам као да се брани од даљих оштећења. Међутим, у овој фази дошло је до великог оштећења рада бубрега и јетре, а даље узимање и тих мали количина пића неповољно настављају да делују на њихов рад.¹²

Код толеранције долази до тешке телесне нелагоде у случају неузимања психоактивних супстанци. Да би избегао те ефекте, у ситуацијама када зависник није у могућности да набави жељену супстанцу он прибегава другим који такође могу

⁹ Кузмановић Б., Штајнбергер И., *Психологија*, Завод за уџбенике и наставна средства, Београд, 1992, стр. 182.

¹⁰ Настасић П., *Не дозволи да те дрога избаци из игре*, Едукативни приручник, Привредни преглед, ДОО, Београд, 2004, стр. 27.

¹¹ Букелић Ј., *Дрога у школској клици*, Веларта, Београд, 1995, стр. 11.

¹² Настасић П., *Алкохолизам и међугенерациско преношење*, Технисс, Београд, 1998, стр. 85-87.

развити физичку зависност. То касније доводи до укрштене толеранције када организам тражи више супстанци истовремено.¹³

Укрштена толеранција значи да постигнута толеранција на једну дрогу важи и за неку другу.¹⁴

У овом случају, зависник се налази у незавидној ситуацији, јер у ситуацијама када је без више дрога истовремено наступа моменат апстиненцијалног синдрома.

Апстиненцијални синдром представља „психичке и физичке реакције људи који су престали да користе одређене дроге или алкохол од којих су постали зависни. Код појединаца се могу јавити симптоми као што су дрхтавица, бол у дигестивном систему, делириум тременс, страх или напад панике, акутна анксиозност и нагла промена расположења”.¹⁵

Ове сметње некада могу бити лакше, а некада тежег облика па захтевају и медицинску помоћ.

Из домена људске свести, здравој популацији је несхватљиво како неко себи може да дозволи да му се овако нешто догоди. Супстанца била природна или синтетичка у сваком случају врши одређене промене на нивоима централног нервног система и на тај начин дешавају се пријатни психолошки моменти. У стварности, ти пријатни психолошки моменти су последица тренутног, а касније и трајнијег оштећења мозга.

Свака психоактивна супстанца делује на исти начин и због тога није тешко дефинисати шта би она била.

1.4. Психоактивне супстанце

У савременом речнику адолесцента често је у употреби реч „хемија”. Овом хемијом се заправо описују дејства психоактивних супстанци која непрекидно буде радозналост, жеље и потребу да се свака хемија мора пробати. Која ће се хемија пробати зависи од својства супстанце. О њеном дејству сазнаје се од других лица, вршњачких група, интернета и дилера. О последицама се не зна скоро ништа. Свако

¹³ Madzarevic V., *Have you ever wondered if your prescription drugs are really safe?*, Second edition, USA-Charleston, 2014, стр. 57-59.

¹⁴ Настасић П., *Не дозволи да те дрога избаци из игре*, Едукативни приручник, Привредни преглед, ДОО, Београд, 2004, стр. 27.

¹⁵ Видановић И., *Речник социјалног рада*, Ауторско издање, Београд, 2006, стр. 39.

мисли да то може да контролише. Обично је тада касно. Када се млад човек ухвати у зачарани круг, једино решење нуде родитељи и други ближи сродници, а то је најчешће посета професионалцима. Међутим, и у овим ситуацијама млада особа избегава помоћ јер је убеђена да она нема никакав проблем. То је зато што та чувена хемија оставља за собом бројне физичке последице по централни нервни систем, што утиче на промене темперамента, карактера, навика, потреба, односно до оштећења личности у сваком смислу.

1.4.1. Историјат и савремено доба

Дрога је позната још у праисторији. Многи народи су је користили из церемонијалних и религијских разлога. Дроге су се углавном добијале од одређених биљака и њиховом обрадом користиле су се за промену расположења, понашања, мишљења и за изазивање халуцинација. Због тога је њихова злоупотреба била веома ретка.

Данас је најраширенија употреба психоактивних супстанци у медицинске сврхе, а то су дроге из групе опијата који елиминишу или смањују физичку бол. Међутим, злоупотреба ових и других супстанци се све више повећава.

Повећано интересовање за дрогом развијало се током шездесетих година развојем хипи покрета, односно „пролећима младих”.

У нашој земљи наркоманија почиње да се јавља средином седамдесетих година прошлог века, а до тада је била ретка појава. Данас је раширена скоро у свакој држави и представља велики проблем, док технологија производње све више напредује.

1.4.2. Појам и дефиниција „психоактивна супстанца”

Дроге, односно психоактивне супстанце су продукти биљног, животињског и минералног порекла. Ако се злоупотребе, могу се јавити значајне промене у физичком и психичком смислу.

Светска здравствена организација дефинише дрогу на следећи начин: „Дрога је свака супстанца, која, унесена у организам, може да модификује једну или више функција”.¹⁶

¹⁶ Букелић Ј., *Дрога у школској клуби*, Веларта, Београд, 1995, стр. 5.

У терапијским приручницима проналазимо и оваква схватања: „Дроге су хемијске супстанце које унете у тело путем крви нађу свој пут до мозга и ту испољавају своје дејство. Оно што их чини тако „пожељним” и „чаробним” је чињеница да оне мењају оно што осећамо и мислимо у периоду њиховог деловања - нпр. изазивају осећај лебдења или вртоглавице (који неке у почетку страшно плаши), затим, мењају ниво емоционалног доживљаја или расположења било ка „плусу” (диму) или ка „минусу” (спуштају), понекад смањују осећање телесног бола (анестезирају или отупљују), или појачавају опажање околине (до халуцинирања)”.¹⁷

Најкраће речено, могли бисмо да кажемо да је дрога свака супстанца која путем крви стиже до мозга, мења стање свести, а након краће или дуже употребе изазива психичку и/или физичку зависност.

Заједничка одлика свих психоактивних супстанци је да *оне мењају стање свести*. У те супстанце спада и најраширенија легална дрога као што је алкохол.¹⁸

Дроге, хемија или само супстанца су синоними и важна им је карактеристика да увек испољавају своје дејство неvezано на који начин су се унеле у организам.

Други појмови захтевају посебно објашњење.

Тако се **злоупотреба психоактивних супстанци** сматра свако узимање дроге на узрасту од 12 до 18 година. Ово стање се најчешће јавља код адолесцената.¹⁹

У психијатријском смислу, злоупотреба је свако коришћење психоактивних супстанци која оштећује физичко и ментално здравље.²⁰

Злоупотреба се још назива и штетна употреба или абрузус.

На крају, често се за неку особу која конзумира супстанцу назива политоксикоманом или токсикоманом. Између ова два појма постоји разлика.

Политоксикоманија или **полиадикција** означава штетну употребу више супстанци истовремено.²¹

Овде није реч о зависности, јер се још није развила. За разлику од ње, код токсикоманије јесте. Због тога, **токсикоманија** представља злоупотребу и зависност од дрога, алкохола, таблета и цигарета.²²

¹⁷ Настасић П., *Не дозволи да те дрога избаци из игре*, Едукативни приручник, Привредни преглед, ДОО, Београд, 2004, стр. 13.

¹⁸ Каличанин П., *Психијатрија - Дијагностичко-терапијски приручник за лекаре опште медицине*, Технис, Београд, 1997, стр. 57.

¹⁹ Настасић П., *Не дозволи да те дрога избаци из игре*, Едукативни приручник, Привредни преглед, ДОО, Београд, 2004, стр. 31.

²⁰ Каличанин П., *Психијатрија - Дијагностичко-терапијски приручник за лекаре опште медицине*, Технис, Београд, 1997, стр. 60.

²¹ Видановић И., Колар Д., *Ментална хигијена*, Ауторско издање, Београд-Сремчица, 2003, стр. 136.

Токсикоманије представљају социјално-медицинску болест. Међутим, постоје бројне болести које не означавају само зависност од психоактивних супстанци него и зависност од оних импулса које човеку изазивају бројне психичке, професионалне, породичне и друштвене проблеме. Ту се мисли пре свега на коцку и зависност од интернета због чега је најбоље говорити о болестима зависности.

1.4.3. Дејство психоактивних супстанци на централни нервни систем

Имајући у виду да психоактивне супстанце испољавају дејство на централни нервни систем, може се закључити да су последице по њега и најопасније. У мозгу се дешавају промене након сваког узимања било какве супстанце. Сваки „позитиван” ефекат због чега се она узима заправо представља знак оштећења мозга, а поновљена узимања доводе до психичке и телесне зависности.

Централни нервни систем се састоји између осам и десет милијарди нервних ћелија који се зову *неурони*. Њихов број се природно смањује каснијих година, односно уласком у старо доба. Међутим, дроге смањују њихов број тако што их оштећују или ремете њихово функционисање.

Свака ћелија се састоји од **ћелијске опне** или **мембране**. Улога те опне је да пропушта одређене материје у ћелију као што су натријум, хлориди и калцијум. Такође, та иста опна омогућава да из ћелије излазе материје које су битне за нормално функционисање човека. Супстанца која ремети функционисање ове опне је алкохол. Он повећава пропустљивост ове ћелије и на тај начин опна прима више материје него што јој је потребно, из ње излази више материја него што је природно, а са друге стране у њу улазе и отрови, односно оне материје које могу да је униште.

На свакој ћелији налазе се структуре које су на њој прикачене и називају се **рецептори**. Како неурони не налажу једни на друге, између њих постоји узак простор познат као **синапса** чија је улога да повезује ћелије међусобно и преношење физиолошких и нервних импулса. На њих делују одређене хемикалије које их стимулишу или смирују и тако се ствара жељена промена. Хемикалије могу бити оне које се стварају у неуронима или оне које су уношене у тело. Хемикалије које неурони производе су **неуротрансмитери** и њих има пуно из потребе човека за разноврсним

²² Исто.

активностима. Њихово функционисање ремети било која психоактивна супстанца унешена у тело.²³

На рецепторе најчешће делују дроге из групе опијата, седативи, канабиноиди и фенилциклидин. Њихово узимање временом доводи до повећања количине чиме се тровање организма појачава, а мозак све више оштећује. Дроге које најчешће делују на неуротрансмитере су стимуланси, марихуана, екстази, седативи и алкохол.

Код употребе психоактивних супстанци најчешће страдају врло важни неуротрансмитери као што су допамин, серотонин, норепинефрин и гама аминокбутерна киселина (ГАБА).

Допамин је важан неуротрансмитер из разлога што изазива ситост, задовољство, еуфорију и заљубљеност. На његово лучење највише утичу кокаин, амфетамин, алкохол, екстази и марихуана. То временом доводи до депресије и апатије.

Серотонин утиче на расположење, сан и болести срца. Депресија наступа када мозак лучи исувише мало серотонина, док његово високо присуство изазива маничне епизоде.²⁴

Супстанце које делују на лучење серотонина су екстази и алкохол што доводи до еуфорије. Последице употребе су халуцинације и крвни притисак.

Норепинефрин (норандреналин) је такође битан за регулисање расположења, сна и апетита. На њега најчешће делују стимуланси.

Гама аминокбутерна киселина (ГАБА) је важна за функционисање трећине синапси у централном нервном систему. На њу негативно делују депресори централног нервног система (алкохол, бензодиазепини, барбитурати).²⁵

Може се закључити да централни нервни систем има свој ритам који функционише на природан начин. У случајевима узимања психоактивних супстанци тај ритам се ремети што доводи до раздражљивости, нервозе, поремећаја биоритма, расположења, депресије, страхова и променама на унутрашњим органима (срце, јетра и жлезде са унутрашњим лучењем). Негативна психичка стања често доводи повећана концентрација неуротрансмитера као што је *ацетил холин* што је и карактеристично код зависника.

²³ Настасић П., *Болести зависности у адолесценцији*, Публикум, Београд, 2011, стр. 33-36.

²⁴ Видановић И., *Речник социјалног рада*, Ауторско издање, Београд, 2006, стр. 352.

²⁵ Варагић Б., Милошевић М., *Фармакологија*, Елит-медицина, Београд, 1999, стр. 102.

1.5. Зависност од опијата

Опијати представљају групу психофармаколошких средстава која се користе и као лекови и као дрога (било која од психоактивних дрога која потиче од опијумског мака или је хемијске структуре попут дроге изведене из опијума). Они смањују или уклањају бол (као аналгетици), имају успављујуће или умирујуће деловање, а доводе и до промена расположења. Деле се на: ²⁶

1. Егзогене опијате који се деле на: природне опијате (морфијум), полусинтетске (хероин) и синтетске (метадон);
2. Ендогене опијате који настају у мозгу (ендорфини).

1.5.1. Историјат

Опијум потиче од грчке речи *опос* што означава сок. Још од трећег века пре нове ере налазе се први писани трагови који говоре о њему. ²⁷

Он се користио у скоро свим древним цивилизацијама ради ублажавања стања код тешких болести, а у неким случајевима код суицида. Трговина опијумом је била веома развијена у земљама Старе Грчке, Месопотамије и Египта. Углавном се уносио пушењем. Хипократ га је признавао и као лек и као наркотик.

У 16. веку опијум се појављује у Европи захваљујући трговини са далекоисточним државама. Користи се најчешће као лек. Међутим, половином 19. века долази и до два опијумска рата у којој учествују Француска и Британија када Кина забрањује увоз опијума. Кина доживљава пораз и плаћа ратну одштету, а уједно предаје територију Хонг Конг Великој Британији. ²⁸

Године 1803. открива се главни састојак опијума. Реч је о морфину за који се дуго веровао да не ствара никакву зависност и да је безбедан за употребу. Заблуда ће се односити и на хероин који ће се ускоро открити. Из морфина настаје диацетилморфин захваљујући енглеском хемичару Ц Р. Рајту који га открива у просторијама Бајера. Хајнрих Дресер је био хемичар задужен за тестирање овог лека. Сматрао је да је диацетилморфин сигурна замена за морфин као лек и за лечење респираторних

²⁶ Брлас С., *Терминолошки описни рјечник овисности*, Опис важних термина из подручја овисности о дрогама, алкохолизма и проблематичног патолошког коцкања, Вировитица, Загреб, 2011, стр. 80.

²⁷ Букелић Ј., *Дрога у школској клуби*, Веларта, Београд, 1995, стр. 22.

²⁸ <http://sr.wikipedia.org/sr/%D0%A5%D0%B5%D1%80%D0%BE%D0%B8%D0%BD>, 2015.

инфекција без проблема зависности. Тестирао је лек на животињама, али и на себи и својим колегама. Тај лек ускоро добија назив хероин.²⁹

Хероин ускоро добија на популарности као лек против кашља који је у то време био опасан по здравље. Највише су га прихватили зависници од морфина. Међутим, како су брзо примећени случајеви зависности и пораста толеранције, набавка хеорина све више опада, па Бајер почиње уместо тога да производи комерцијални лек аспириин који је и данас актуелан, а производња хероина постаје ускоро забрањена. Међутим, како је био јефтин, а чак три до четири пута јачи од морфина и имао велики број живаоца и зависника, почиње илегално да се производи што траје и данас.

1.5.2. Врсте опијатских дрога

Најпознатије дроге из ове групе су морфијум, хероин, кодеин, метадон и тродон.
30

Морфијум је бели прах. Добија се обрадом из опијума и има наркотички ефекат. Уједно је снажан и као аналгетик и као хипнотичка дрога. Користи се за елиминисање или ублажавања болова.³¹

Кодеин је дериват морфијума, али је слабији од њега. Јавља се у облику сирупа и таблета. Његова медицинска употреба је дејство на центре за кашаљ и ублажавању телесних болова. Зависници га уносе орално, чешће интравенозно или интрамускуларно. Изазива благу еуфорију, понекад муцање и лошу координацију покрета па се чини као да је особа под дејством алкохола. Веће дозе могу изазвати епилепсију.

Хероин се у продаји налази као бели или браонкасти прах. Понекад се јавља и као црна супстанца (црни хероин). Често се меша са другим супстанцама као што су млеко у праху, брашно, шећером, али и врло опасним материјама као што су отрови за глодаре. Сами зависници често не знају шта уносе у свој организам. Хероин се уноси ушмркивањем и интравенозно, ређе интрамускуларно. Понекад се и пуши и то се зове „хватање змајева”. Неки корисници спајају хероин са кокаином и то се зове спидбол (speed ball).

²⁹ исто

³⁰ Опијум и његови природни деривати (морфин и кодеин) и полусинтетски деривати (хероин) називају се опијати, док се синтетски опијати (метадон и други) називају *опиоиди*.

³¹ Милосављевић М., *Девиијације и друштво*, Драганић, Београд, 2003, стр. 165.

Метадон или хептанон се производи се у облику таблета, капи и ампула. Уноси се оралним путем. Користи се најчешће у лечењу зависника од хероина и ублажавању физичких болова.

Бупренофрин, субутекс и субоксон се уносе орално. Они су у виду таблета и користе се такође у лечењу зависности од хероина (одржавање апстиненције) и елиминисању физичких болова.

Тродон (трамадол, синтрадон) се појављује на тржишту у облику таблета. Користи се у медицинске сврхе у циљу елиминисања или ублажавања снажних болова, нарочито код тумора. Код његове злоупотребе могу се јавити епилептични напади.

1.5.3. Услови и узроци настанка зависности од опијата

У зависност од опијата најчешће се улази *социогеним путем*, односно експериментисањем са другим дрогама попут алкохола, марихуане, амфетамини и екстази. Постоји ретко и *медицински пут* уласка у зависност. Ту се јавља зависност код оних особа који су користили опијатске лекове за елиминисање или ублажавања физичких болова услед неких болести.

Када је особа психички зависна од неких других дрога, у овом случају хероин се појављује као нова дрога чије дејство зависници називају "спуштање" јер отклања раздражљивост, несаницу и депресивност. Како хероин изазива брзу зависност, тако долази и до повећања толеранције, а самим тим набавка хеорина постаје све скупља. Због тога се улази у криминогено понашање попут крађа, разбојништва и проституције.³²

Слична ситуација је и са лековима као што су трамадол (тродон) и метадон који се користе код болова. Са њима се такође улази у зависност социогеним путем, односно током експериментисања са алкохолом, марихуаном и екстазијем, али и као замена за хероин.

Треба напоменути да су млади људи који се окрећу наркоманији незреле и несигурне личности, подложне су туђем утицају, нису самосталне и немају изграђен механизам самоконтроле. Из наркоманског круга тешко излазе јер они на све могуће начине настоје да их задрже као чланове и жртве.³³

³² Настасић П., *Болести зависности у адолесценцији*, Публикум, Београд, 2011, стр. 50-51.

³³ Марјановић Д., Милићевић Ж., *Дрога, алкохол, коцка – непријатељи живота*, приручник за превенцију болести зависности у основним школама, Завод за уџбенике, Београд, 2013, стр. 23.

1.5.4. Клиничка слика и медицинске последице

Особе које су психифизичке зависне од опијата имају следећи апстиненцијални синдром: дијареја, болови у целом телу, проблеми са спавањем, цурење из носа и сув кашаљ.³⁴

Најчешће коришћен опијат јесте хероин. Невезано да ли се уноси пушењем, инхалирањем, ушмркивањем или интравенозно, сваки начин брзо доводи до психо-физичке зависности. Временом наступа безвољност, општа малаксалост, пад радне способности и незаинтересованост за било каква задовољства, а касније ни сам хероин који се и даље набавља више не представља никакав ужитак. Узима се само да би се отклонио апстиненцијални синдром. Памћење и пажња попуштају.

У клиничкој слици хероинског апстиненцијалног синдрома постоје следеће четири фазе:³⁵

- Прва фаза се јавља након 8 до 12 сати колико је прошло од последњег узимања хероина. Карактеристике је јака жеља за узимањем супстанце, раздражљивост, узнемиреност, напетост, недостатак апетита, несаница, зевање, сузење, кијање и жежење коже;
- Друга фаза започиње другог дана када још траје апстиненцијални синдром. Све карактеристике претходне фазе су сада појачане. Несаница је најтежа, појављују се дрхтање, слабост, презнојавање, мишићна напетост и повремено дијареја;
- Трећа фаза започиње крајем другог дана и одликује се боловима у мишићима. Зависника "не држи" место, стално хода, устаје, па поново седе. Све време се жали да се ужасно осећа, да га све боли и да је неопходно да опет узме дрогу. У овој фази су честа одустајања од покушаја лечења као и нови рецидиви;
- Четврта фаза започиње четвртог дана апстиненције. Сви симптоми су и даље присутни, а јављају се и нови: поремећај варења и болови у стомаку. Зависник је исцрпљен и уплашен. Зенице су упадљиво проширене, упадљиво зева, шмрче, повремено запада у стање грознице. Присутни су и повраћање и пролив. Након

³⁴ Настасић П., *Не дозволи да те дрога избаци из игре*, Едукативни приручник, Привредни преглед, ДОО, Београд, 2004, стр. 26.

³⁵ Марјановић Д., Милићевић Ж., *Дрога, алкохол, коцка – непријатељи живота*, приручник за превенцију болести зависности у основним школама, Завод за уџбенике, Београд, 2013, стр. 67-68.

пет до седам дана ови симптоми се повлаче, мада се зависник може жалити још дуго на општу слабост и блаже болове у мишићима.

Дуготрајно узимање опијата изазива тешке поремећаје као што су: губитак апетита и смањење тежине, импотенција, привремена стерилност, општу безвољност и равнодушност, оштећење личности и морално пропадање, оштећење централног нервног система, а ако се не предузме лечење наступа и смрт.³⁶

1.5.5. Епидемиологија

Према глобалном годишњем извештају канцеларије УН за дрогу у криминал (УНОДЦ) који се односи на 2010. годину, преко 200 милиона људи користи дрогу у свету. Од тога 162 милиона користи канабиноиде (марихуану и хашиш), 35 милиона стимулансе (најчешће амфетамин, метамфетамин и екстази), 16 милиона опијатске дроге (опијум, морфијум, хероин) и 13 милиона кокаин. Авганистан је највећи произвођач опијума у свету, па самим тим и његов највећи извозник.³⁷

Наркоманија као проблем младих, појавила се крајем шестдесетих година захваљујући хипи покрету, а данас има епидемијски карактер и представља проблем многих држава. Пораст употребе дрога, посебно опијатских, сваке године достиже све виши ниво. Ни наша земља није изузета од ове опасности.

До средине седамдесетих година прошлог века у нашој средини је појава наркоманије била ретка појава. Опијум су узимали најчешће старији људи који живе сами, а своју зависност су скривали. Медицински пут уласка у проблем је био примаран, јер су се ови људи раније лечили опијумским медикаментима због неких тежих болести.³⁸

Раније су наркомани чинили 1% становништва у нашој земљи, а данас је тај проценат порастао и чини 5%.³⁹

Према процени Специјалне болнице за болести зависности у Драјзеровој улици у Београду у 2013. години, у Србији има 170 000 корисника опијата, а просечно лечени

³⁶ Кузмановић Б., Штајнбергер И., *Психологија*, Завод за уџбенике и наставна средства, Београд, 1992, стр. 192.

³⁷ <http://narkomanija-narkomanija.blogspot.com/2010/04/u-svetu-najmanje-200-miliona-narkomana.html>, 2015.

³⁸ Марјановић Д., Милићевић Ж., *Дрога, алкохол, коцка – непријатељи живота*, приручник за превенцију болести зависности у основним школама, Завод за уџбенике, Београд, 2013, стр. 22.

³⁹ Исто, стр. 24.

зависник има 31 годину. Свега 14 000 зависника се лечило код њих. У регистру Завода за јавно здравље исте године се водило 7900 зависника што би значило да на 1000 суграђана долази 5 наркомана.⁴⁰

1.6. Друге врсте психоактивних супстанци

Постоји велики број психоактивних супстанци и оне утичу на свест и осећања људи. Неке супстанце су се користиле још у праисторији, а и дан данас су врло популарне (марихуана и кокаин), неке на почетку развоја људске цивилизације као што је алкохол, врло раширен код свих народа, а неке као што су екстази, ЛСД и амфетамин су производи двадесетог века.

Постоје преко 250 различитих психоактивних супстанци. Њих можемо да поделимо у неколико група. То су: канабиноиди, опијати, стимуланси, депресори централног нервног система, инхаланти, халуциногени и аналгетици.

1.6.1. Канабиноиди

Ова група супстанци се користила још у праисторији. И данас је њихова употреба веома раширена. Могло би се рећи да су канабиноиди једни од најраспрострањенијих дрога на свету.

У њих спадају марихуана, хашиш и сканк. Све оне у себи садрже главни састојак делта-9-тетра-хидро-канабинол, познатији као ТХЦ. Биљка од које се добијају је канабис сатива која је зелене боје.

Марихуана је зелена, смеђа или сива мешавина сувог, сецканог лића, стабљика, семенки и цвећа конопље. Њена употреба у Европи и Америци почела је шездесетих година прошлог века развојем хипи покрета.

Марихуана садржи три процента ТХЦ-а. Најчешће се уноси у виду цигарета (џоинт) који се пуши. Неки стављају марихуану у храну или чај.

Сваке године се злоупотреба ове супстанце повећава. Према извештају Уједињених нација, интернационалног програма за контролу дроге, са седиштем у Њујорку и Бечу само 2001. године је било преко 190 000 000 корисника марихуане.⁴¹

⁴⁰ <http://www.novosti.rs/vesti/naslovna/drustvo/aktuelno.290.html:422700-Narkomanija-u-Srbiji-Dzoint-u-osnovnoj-igla-u-dvadesetoj>, 2015.

⁴¹ Вучковић Н., *Марихуана - од забаве до болести*, Футура публикације, Нови Сад, 2001, стр. 21.

Марихуана је најраширенија илегална дрога која се користи у свету и код нас. Она има бројне називе: трава, вутра, мара и слично.

Сканк је дрога слична марихуани само садржи већи проценат ТХЦ-а у себи. Често је прскана са разним халуциногеним дрогама (нпр. ПЦП), што корисници ретко знају.

Хашиш се добија од смоле цветова женске биљке. Садржи између 3,6% и 28% ТХЦ-а. Он је један од најстаријих дрога на свету. Употребљава се више од 5000 година.

Хашишово уље је смоласта течност исцеђена из хашиша. Она просечно садржи 10% ТХЦ-а, али може имати и преко 43%.

Синсемила се прави од пупољака и цветних врхова женске биљке. Има од 7,5% до 28% ТХЦ-а.⁴²

Уношењем канабиноида у организам долази до јављања еуфорије и интензивне сензорне импресије. У стварности, канабиноиди појачавају оне особине личности којих су обично корисници несвесни (плашљивост, депресија, самоћа, нарцизам).

Телесне последице дуже употребе канабиноида су: бронхијална астма, алергије, убрзање раста тумора плућа, уста и грла, кашњење или потпуни престанак менструационог циклуса код девојака.

Психичке последице коришћења марихуане и других канабиноида су следеће: оштећења краткорочне меморије, трајна когнитивна оштећења (памћење, мишљење, концентрација, учење), пролазна психотична стања (халуцинације, параноја, сумљичавост) и флеш бекови.

Канабиноиди повећавају ниво допамина, серотонина и норепинефрина. Употреба канабиноида може довести до психозе и покретања латентне психозе. Понекад је психоза узрок повећаног узимања марихуане. Канабис је посебно фактор ризика за покретање бројних психоза ако се узима за време адолесценције.⁴³

Најопаснија психичка последица употребе марихуане је *амотивациони синдром*. Он представља негативни резултат дуге употребе дроге када мозак више није у стању да лучи довољно количина допамина и серотонина због чега се јављају апатија и дубока депресивност. Нелечење оваквог стања може довести до суицида.⁴⁴

⁴² Лазих Б., *То може бити и Ваше дете*, Д.О.О. Др Боро Лазих, Београд, 2007, стр. 33.

⁴³ Le Bec PY, Fateseas M., Denis C., Lavie E., Auriacombe M., *Cannabis and Psychosis: Search of a Causal Link Through a Critical and Systematic Review*, Encephale, 2009, стр. 35-38.

⁴⁴ Moore Th, Zammit S., Lingford-Hughes A., Barnes TR, Jones PB, Burke M., Lewis G., *Cannabis Use and Risk of Psychosis, Mood and Cognitive Functioning*, Lancet, 2007, стр. 40-41.

Особа која дуготрајно користи марихуану има следеће препознатљиве карактеристике: тетурав и несигуран ход, закрвављене очи, сув кашаљ, измршављеност, осећање умора, поремећај спавања, нередовне менструације код девојака, запуштеност око личне хигијене, дезоријентација у простору, пад ефикасности и интересовања за школу, учење, спорт и друге раније цењене активности.⁴⁵

1.6.2. Стимуланси

Стимуланси представљају групу дрога код којих се јако брзо ствара психичка и физичка зависност. Код њиховог коришћења јавља се осећај вишка енергије, снаге, смањење потребе за сном и повећања доброг расположења.

У стимулансе спадају кокаин, крек, амфетамин, кофеин, никотин и енергетска пића.

Кокаин се добија од лишћа кока које расте у Јужној Америци. Он је најчешће у облику чистог белог праха који се уноси ушмркивањем, интравенозно, а ређе интрамускуларно и гутањем. При дуготрајној употреби изазива страховите халуцинације. Раније је постојала заблуда да кокаин не ствара физичку зависност.

Крек је новија дрога која се појавила током осамдесетих година прошлог века у Америци и Европи. Супстанца која се добија од кокаина у облику жућкастосиве мрвице соли. Најчешће се уноси пушењем, ушмркивањем, гутањем и интрамускуларно. Код пушења се ствара пуцкетање. У односу на кокаин, њему се додају бројне врло опасне супстанце како би се повећала количина. Довољно је да се узме само мала количина како би се створио будући зависник. Ефекат крека су брза стимулација и повећана концентрација. Нажалост, ти ефекти за собом брзо остављају тешке телесне и психичке последице (психозе).⁴⁶

Амфетамини (спид) се појављују у виду таблета. Оне се најчешће гутају, док је дејство спорије, али дуготрајније.

Треба напоменути да се користе две врсте хемикалија за производњу опојних дрога. Прекурзори се употребљавају за производњу синтетичких дрога као што су метамфетамин, амфетамин и за друге дроге где је неопходна мала количина те

⁴⁵ Настасић П., *Не дозволи да те дрога избаци из игре*, Едукативни приручник, Привредни преглед, ДОО, Београд, 2004, стр. 36-37.

⁴⁶ Букелић Ј., *Дрога у школској клуби*, Веларта, Београд, 1995, стр. 51-52.

хемикалије. За производњу кокаина и хероина поред прекурзора користе се још и биљни додаци што производњу чини споријом и знатно скупљом.⁴⁷

Кетамин је анестетик који се користи у ветеринарској медицини код болова. Обично се у тело уноси интрамускуларно. Најновија истраживања показују да има позитиван утицај код пацијената који болују од тешке депресије и да се ефекат једне мале дозе кетамина осећа чак седам дана. Нажалост и овај лек се злоупотребио као дрога. Многи ефекти су слични као код употребе кокаина или амфетамина. Већа количина кетамина може изазвати бунила, амнезију и халуцинације. И код ових зависника се јавља пораст толеранције.⁴⁸

Апстиненцијални синдром код зависника од стимуланса изражава се у виду: поспаности, појачаног апетита, депресивности и грчевима у мишићима.

Телесне последице због употребе стимуланса су: физичка зависност, предозирање, поремећај ритма дисања и рада срца, главобоље, оштећење централног нервног система, вирусне и бактеријске инфекције.

Психичке последице су: психичка зависност, депресија, напетост, раздражљивост, панични поремећај, халуцинације и психоза.

Кокаинска или *амфетаминска психоза* (лудило) је најопаснија психичка последица код злоупотребе и зависности од стимуланса. Често се погрешно дијагностикује као схизофренија иако има сличне карактеристике. Карактерише се сумњичавошћу, идеји прогањања при бистрој свести иако је очувана оријентација у времену и простору, праћена је слушним и визуелним халуцинацијама (нпр. нешто се гмиже испод коже).⁴⁹

Кофеин припада групи метилксантина. Добија се из семена кафе, лишћа чаја и семена какаа. У једној шољици кафе налази се од 100 до 150 мг кофеина.⁵⁰

Прекомерно конзумирање кофеина доводи до физичке и психичке зависности. То је због тога што ова супстанца, иако слабија, припада групи стимуланса.

Знаци хроничног тровања кофеином су: немир, поремећен сан, тахикардија, аритмија, дијареја и опстипација.

⁴⁷ International Narcotics Control Strategy, volume I, Drugs and Chemical Control, March 2007, United States Department of State, Bureau for International Narcotics and Law Enforcement Affairs.

⁴⁸ Wikipedia, *Кетамин*,

<http://sr.wikipedia.org/sr/%D0%9A%D0%B5%D1%82%D0%B0%D0%BC%D0%B8%D0%BD>, 2012.

⁴⁹ Paparelli A., Di Forti M., Morrison PD, Murray RM, *Drug-induced Psychosis: How to Avoid Star Gazing in Schizophrenia Research by Looking at More Obvious Sources of Light*, Front Behav Neurosci, 2011, стр.5.

⁵⁰ Букелић Ј., *Дрога – мит или болест*, Завод за уџбенике и наставна средства, Београд, 1989, стр. 143.

Код зависника од кофеина, апстиненцијални синдром се манифестује на следећи начин: главобоља, поспаност, нервоза, раздражљивост, анксиозност и промена расположења.

Карактеристике кофеина и његова присутност у одређеним намирницима и пићу су следеће:⁵¹

- Кофеин се најчешће узима у облику пића;
- Нека пића и производи садрже више кофеина;
- Кока-кола и чај садрже кофеин;
- Кафа садржи много више кофеина од њих;
- 250 мл енергетског пића садржи више него двоструко кофеина од конзерве кока-коле;
- 30 грама црне чоколаде садржи приближно половину количине кофеина коју садржи шоља кафе.

Савремена индустрија користи кофеин у многим пићима. Раније је то била кока-кола којој и даље не опада популарност, али последњих петнаест година на тржишту се појављују разне врсте енергетских пића које најчешће користе млади или професионални возачи како би могли да возе ноћу. Ова пића су врло опасна, јер садрже огромну концентрацију кофеина која може да делује разарајуће на централни нервни систем. Међу таквим напцима на нашем тржишту врло популарни су гуарана и ред бул. Међутим, конкуретни произвођачи непрекидно измишљају нова енергетска пића, а разлика је у количини кофеина који понекад у појединим пићима може бити застрашујућ.

Млади обично користе ова пића да би могли мање да спавају, да боље уче, али најчешће да би подигли расположење и ослободили се напетости.

Никотин се добија од дувана који је пореклом из Јужне Америке. У свету се дуван производи преко две милијарде килограма годишње.

Поред алкалоида никотина, дуван садржи и следеће материје: смола, етарско уље, масти стерола, восак, гума, шећер, соли (фосфат, нитрат, малат и цитрат), калцијум,

⁵¹ Младеновић Јанковић С., Дешић З., *Твоје знање мења све*, информатор за ученике, Министарство просвете, Београд, 2010, стр. 11.

калијум, доста канцорогених материја. Главни састојак дувана никотин је јак отров, а његови токсични ефекти упоређују се са ефектима цијанида.⁵²

Дуван садржи и катран. У зависности од цигарета, неке садрже више катрана, а неке мање.

Дуван се најчешће користи у облику цигара, цигарета или као дуван за лулу. У организам се уноси пушењем, иако га у неким земљама појединци уносе жвакањем и гутањем, мада ретко.

Зависност од дувана је најчешћа смртоносна болест зависности. Просечно се почиње са 16 година, тако да је јако мали број оних који започну да пуше после двадесете. 85% особа је зависно од свакодневног пушења, док се апстиненцијални синдром јавља код 50% пушача када покушају да оставе никотин. Овај вид зависности је подједнако раширен код оба пола, али је заступљенији код оних са нижим образовањем и нижим економским статусом, а врло чест код психијатријских болесника (50%) и код зависника од других психоактивних супстанци (80%).⁵³

Као и кофеин, и никотин припада групи стимуланса. Пушењем се човек осећа буднијим и опуштенијим. Без никотина, људи који редовно пуше постају раздражљиви и нервозни. Код млађих особа може доћи до ограничења у развоју и застоја у расту.

Никотин је најчешће одговоран за изазовање рака плућа. Исто тако доводи до бројних срчаних болести, рака уста и грла. Дуготрајно пушење изазива проблеме са дисањем и циркулацијом крви. Пушење изазива и прерано старење и борање коже. Пушачи имају жуте мрље на зубима и прстима. Њихов дах и одећа увек имају непријатан мирис.⁵⁴

Као и други стимуланси, и пушење доводи до психичке и физичке зависности. То је због тога што никотин изазива „пријатне” ефекте као што су: умањивање страха, опуштеност и изазивање бројних пријатних осећаја.

Карактеристике пушача као зависника су следеће:

- Имају потребу за цигаретом без обзира на ситуацију;
- Понашање је условљено никотином;

⁵² Букелић Ј., *Дрога – мит или болест*, Завод за уџбенике и наставна средства, Београд, 1989, стр. 136-137.

⁵³ Алчаз С., *Пушење као болест зависности – супстанцијална теорија*, Болести зависности, Европски центар за мир и развој (ЕЦПД) Универзитета за мир Уједињених нација, Београд, 2004, стр. 199.

⁵⁴ Младеновић Јанковић С., Дешић З., *Твоје знање мења све*, информатор за ученике, Министарство просвете, Београд, 2010, стр. 18.

- Иако знају да је пушење штетно, не могу да апстинирају због јаке психичке и физичке зависности одређених неуротрансмитера.

Апстиненцијални синдром код никотина се јавља веома брзо, два сата након његовог неуношења, а може трајати и до шест месеци. Јавља се снажна жудња за цигаретом, променљиво расположење, узрујаност са знацима анксиозних и депресивних реакција. Успорен је рад срца, опада концентрација, метаболизам се успорава и приметна је констатна глад.

У одвикавању од никотина постоје бројне супституциона средства као што су: никотин у форми фластера, жвака, лозенги, назални спреј, инхалери микротаблете.

Истраживања показују да само 30% људи успеју да оставе дуван без ичије помоћи и то само на два дана. Они који га оставе трајно из првог покушаја обухватају свега 3% пушачке популације. Половина успе сама, али тек из петог или седмог покушаја.⁵⁵

За успешну борбу против пушења, неопходно је разумети да људи пуше из различитих разлога. Неки то чине док нешто раде, док се концентришу на одређени задатак, у доколици, уз кафу или друштво. Неки то чине из задовољства, неки да се ослободе од анксиозности, а поједини и да се опусте. Имајући у виду ове разлике, неким се може помоћи тако што ће узимати одређена фармаколошка средства укључујући и гуме за жвакање или фластере, а већини најбоље резултате даје когнитивно-бихејвиорална психотерапија. Као код свих болести зависности, и овде је неопходна мотивација и истрајност у лечењу.⁵⁶

Према *др Петру Бовојићу* из института „Батут“, дуванска индустрија користи штетне материје по људско здравље у производњи цигарета што само појачава зависност код пушача. То су:⁵⁷

- **Сумпор** ради добијања интезивне жуте боје дувана;
- **Препарате на бази олова** због корекције укуса цигарета;
- **Антифриз** ради постизања баланса влаге у цигаретама;
- **Титан диоксид** како би пепео био што белји;
- **Азбестна влакна** како се пепео не би крунио.

⁵⁵ Исто.

⁵⁶ Бергер Д., *Здравствена психологија*, Друштво психолога Србије, Београд, 1997, стр. 77-79.

⁵⁷ Пушење,

http://sr.wikipedia.org/sr/%D0%9F%D1%83%D1%88%D0%B5%D1%9A%D0%B5_%D0%B4%D1%83%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%B0, 2012.

Из овога се може закључити да људи често не знају шта све уносе у организам, иако су на паклицима означена упозорења да су цигарете штетне за здравље по појединца и околину.

1.6.3. Халуциногени

Халуциногени представљају групу дрога које изазивају интензивне халуцинације са пратећим емоционалним доживљајима.

У ову групу спадају: Екстази, ПЦП, ЛСД, артане, мескалин и печурке.

Екстази се јавља у облику таблета разних боја. У средини таблете је обично мање удубљење. Ова супстанца је по хемијској структури стимуланс, али по ефектима је халуциноген (МДМА - метилен-диокси-мет-амфетамин). Екстази изазива еуфорију, весело расположење са осећајем блискости са свима у окружењу и осећај огромне енергије. Због тога се често користи на техно и рејв журкама. Опасан је јер подиже крвни притисак у мозгу због чега су могућа озбиљна оштећења. Током свог дејства изазива презнојавање, мучнину и убрзано лупање срца.

Екстази често у себи садржи кокаин, амфетамин, кофеин и ефедрин. Неки корисници га узимају са алкохолом и марихуаном.⁵⁸

ПЦП (анђеоски прах, фенилциклидин) изазива осећај неуморности, велике количине енергије и еуфорије. Налази се у чистом облику као кристални прах, у облику таблета и капсула. Често се додаје цигаретама марихуане. Најчешће се уноси ушмркивањем и пушењем, а ређе интравенозно и орално. Некада се користио у медицинској сврси ради отклањања физичких болова. Данас он оставља тешке телесне и психичке последице по оне који га злоупотребљавају.

ЛСД се уноси испод језика (сублингвално) у облику поштанске маркице. Ова халуциногена дрога појачава постојеће расположење.

Штетни ефекти ЛСД се деле на психичке и тератогене. Психичке последице обухватају психозе. Особа која је препсихотичке структуре могу да испоље слику

⁵⁸ Екстази је први пут произведен у Немачкој почетком 20. века. Користио се за синтезу других лекова, а седамдесетих година су поједини психијатри почели да га користе у лечењу депресије иако није добио званично одобрење за коришћење на људима. Крајем 2000. године у Америци се одобрило клиничко испитивање МДМА које ће одредити да ли се може користити за лечење посттрауматског стресног поремећаја. Подаци о напретку до данас још нису изашли у јавност.

душевно оболеле особе. Тератогене последице се изражавају оштећењем хромозома због чега може доћи до рађања наказне деце, а жене до побачаја или стерилитета.⁵⁹

Код узимања ове дроге поремећен је доживљај тродимензионалности времена. Оно може бити убрзано или успорено. Постоји сензација „Ја свести” и „космичке свести”. Особа која није припремљена на ове доживљаје је анксиозна, застрашена и панична.

Артане је лек који се користи у лечењу Паркисонове болести. Нажалост, његова злоупотреба је видљива у кругу зависника. При његовом дејству изазива се осећај привиђања светлости, боја и неправилних фигура. Флешбекови су могући. Након дуже употребе изазива појачан страх, сталну напетост и дубоку депресију.

Мескалин је у облику капсула или прашка, а може бити и у облику изданака кактуса од којег се иначе и добија. Он се уноси жвакањем или се кува па се пије као чај или се ставља у млеко или кафи како би се ублажио његов горак укус. Његовом употребом изазивају се бунила, халуцинације и осећај лебдења.

Халуциногене печурке се све више гаје у земљама Западне Европе. Иако је њихов узгој забрањен, зависници и корисници их непрекидно гаје код куће и у вртovima. Псилоцибе представљају посебну врсту печурака јер имају главни састојак *псилоцибин*. Овај састојак даје ефекта као и ЛСД, само што траје краће, неколико сати. Карактеристике дејства су: вртоглавица, мишићна слабост, успрен пулс и пад крвног притиска, халуцинације, депресија или еуфорија.

Телесне последице које се појављују након дуже употребе халуциногених дрога су: поремећен крвни притисак и пулса, поремећен рад срца, поремећај дисања, дехидрација тела, а у тежим случајевима и смрт.

Психичке последице су: конфузност, узнемиреност, психозе, флешбекови, психичка зависност, депресија и анксиозност.

1.6.4. Депресори централног нервног система

Ова група супстанци је најлегалнија у земљи. Осим одређених законских забрана за млађе од 18 година, алкохол користи највећи број становника сваке земље у региону и свету. На другој страни су седативи који се производе, преписују и користе на

⁵⁹ Букелић Ј., *Дрога у школској клици*, Веларта, Београд, 1995, стр. 104-105.

одређени начин у циљу опуштања. Нажалост, бројне таблете су такође нашле свој пут до оних који их злоупотребљавају.

У ову групу супстанци спадају: бензодиазепини, барбитурати и алкохол.

Бензодиазепини припадају групи хипноседатива. Потенцијал стварања зависности је мали, али при њиховој неконтролисаном употреби и без знања лекара развија се психичка и физичка зависност. Из тих разлога Светска здравствена организација је број од преко 30 бензодиазепина свела на минимум због нежељених ефеката и на тај начин ставила под контролу ове лекове.

Бројна истраживања показују да је злоупотреба ових лекова све већа, нарочито међу младим људима. Расте број оних који су их пробали на узрасту од 13 година. Иако се издавају искључиво на лекарски рецепт, преко црног тржишта се и даље најчешће купују бенсендин, ксалол, бромазепам, лоразепам, деметрин...

Барбитурати су лекови који се користе код лечења епилепсије, несанице и увода у анестезију. Као и бензодиазепини, они у великим дозама могу изазвати позитивно расположење и сва слична понашања као код узимања алкохола.

Хронично тровање барбитуратима увек је удружено са неким психијатријским поремећајем, обично неурозом или поремећајем карактера. Они се обично узимају орално, али зависници од хероина их најчешће уносе интравенозно. Неуротичне особе које испољавају страх и несигурност своје дозе повећавају постепено након дужег времена, за разлику од психопата који узимају барбитурате само ради њеног омамљујућег ефекта.⁶⁰

Барбитурати и бензодиазепини се најчешће комбинују са алкохолом или другим супстанцама (са хероином или марихуаном) ради повећања ефеката, или у покушају прекидања узимања истих како би се елиминисао или ублажио апстиненцијални синдром.

ГХБ (гамахидроксибутират, ликвид, течни екстази) је депресор познатији као дрога за силовање. Најчешће је у форми прашкастог облика беле боје, али може бити и у облику безбојне течности. Врло је сличан неуротрансмитеру ГАБА тако да делује на исте рецепторе у мозгу као и он. Ова дрога се производи мешањем гама-бутирлактана и јаке базе калијум или натријум хидроксида. Уноси се орално, стављањем у алкохолно

⁶⁰ Петровић П. С., *Дрога и људско понашање*, Дечје новине, Горњи Милановац, 1989, стр. 84-86.

пиће. Дејство је слично као код алкохола. Изазива психичку зависност након дуже употребе.⁶¹

Како депресори централног нервног система стварају и физичку зависност, апстиненцијални синдром има следеће карактеристике: напетост, несаница, убрзан рад срца, пораст телесне температуре и дрхтање руку.

Најраширенији депресор и лако доступан је алкохол.

Алкохол у себи садржи *етил* који је јак отров за организам. Жестока алкохолна пића садрже додатно и вештачке боје и друге штетне адитиве. Алкохол је јако раширен у нашој популацији, па се често и не сматра дрогом.

Најчешће *последице* зависности од алкохола су: цироза јетре, гастритис, обољење срца и оштећење нерава, слабљење имуног система, повећање ризика од рака, делиријум тременс (алкохолно лудило), ритирање уринарног тракта, дехидрација организма, мамурлук, губитак комплекса Б витамина, смањење витамина Ц и других минерала (калцијум калијум, магнезијум).⁶²

Алкохол је обично дрога која се уз цигарету и кафу најпре проба у пубертету. Он представља даљи корак да се касније узму илегалне дроге као што су марихуана, екстази, хероин и сканк. У односу на све дроге које оштећују неке унутрашње органе, алкохол је због свог састава још опаснији јер захвата све унутрашње и спољашње органе.

Алкохол је нераздвојни пратилац човека кроз историју. Коришћен је у разним приликама: као лек, као храна, као део религиозних светковина и као средство за ублажавање брига. У Старом Риму била је забрањена употреба алкохола код оних који нису навршили тридесет година, јер су се тада те године сматрале као важне за заснивање породице, док је *Хипократ* тврдио да је алкохолизам смишљено и намерно изазивање лудила.

Алкохол се као супстанца највише ценио у старој Грчкој. Тако је *Дионис* био бог раста и плодности винове лозе, а пре свега, бог вина. Религију везану за Диониса, увек прати вино, игра и све остало што човеку помаже да побегне од свакодневнице.⁶³

Иако постоје записи током људске историје када се алкохолизам и кажњавао, данас се на њега гледа као на здравствену тегобу, а изненађујуће је то колико је раширен и које све заблуде постоје у вези њега како код младих тако и код одраслих

⁶¹ www.stetoskop.info/GHB-gamahidroksibutirat-1695-s3-content.htm, 12.07.2012.

⁶² Николић В., *Лечење природном медицином*, Издање аутора, Београд, 2007, стр. 78-80.

⁶³ Соули С., *Грчка митологија - рађање света, богови, хероји, Тројански рат, одисеја*, Издања Михалис Тоубис А.Е., Атина, 1995, стр. 50-51.

лица. Чак и алкохолизам као болест збуњује друштво које тачно не може да процени да ли је неко алкохоличар или није.

Схватање појмова „алкохолизам” и „алкохоличар”

На почетку бављења алкохолизма као негативном појавом дошло је до развитка првобитног правца познатом као **моралистички**. Тај правац је посматрао алкохолизам као безобразлук због чега су се алкохоличари строго кажњавали. Касније се увиђа да је алкохолизам болест централног нервног система због чега почиње да се развија **медицински правац** који је у почетку подразумевао само *класичан рад са пацијентом* у смислу детоксикације, преписивање лекова и блокатора уз површну едукацију болести зависности, а онда су се у *прелазном моделу* медицинског правца у терапију укључивали чланови из алкохоличарског окружења по потреби, да би се на крају развио *системско-породични приступ*, јер се алкохолизам коначно почео посматрати као болест или симптом породице. Овај последњи модел и дан данас даје 75% успешно апстинираних клијената.

Од када се алкохолизам почео посматрати као здравствена тегоба почело је и његово научно дубље проучавање.

Алкохолизам је реч арапског порекла и изворно гласи „alkoholu” што значи врло фин прашак добијен из вина, пива или ракије. Негде се може наћи и реч „alkali” што значи палити.⁶⁴

Неоспорно је да се каже да је алкохол са фармаколошког становишта дрога, која утиче на телесне и психичке функције као и на понашање. Може да буде злоупотребљен и да штетно делује како на појединца тако и на друштво.

С обзиром на алкохол временом може да створи зависност, такво обољење се на крају назива алкохолизам. Због тога се алкохолизам сматра болешћу, а не хиром, лошом навиком или безобразлуком.⁶⁵

Неки аутори сматрају да је и пијано стање болесно стање човека. Ако се то стање понавља више пута годишње, оно добија хроничан карактер.⁶⁶

⁶⁴ Бошковић М., *Криминологија са пенологијом - део 2 - социјална патологија*, Универзитет у Новом Саду, Нови Сад, 2000, стр. 128.

⁶⁵ Стојковић Љ., *Брачни лавиринт, ви, ваш муж и алкохол*, Аутономни женски центар, Београд, 2002, стр. 23.

⁶⁶ Никић С., *Линија или зид*, Проналазаштво, Београд, 1989, стр. 14.

Можемо закључити да свако поновљено пијење које изазива било какве последице по особу или друштво, знак је алкохолизма који захтева стручну помоћ.

Слично схватање је и код појма „алкохоличар”.

Према Светској здравственој организацији: „Алкохоличари су оне особе које екцесивно пију алкохолна пића, постајући постепено зависна од алкохола, при чему испољавају било отворене социјалне поремећаје, или манифестације које оштећују њихово телесно или друштвено здравље, њихове односе са другим особама и њихово добро социјално и економско понашање било да само испољавају предзнаке који наговештавају поремећаје таквог карактера. Због тога они заслужују лечење”.⁶⁷

Ова дефиниција је значајна, јер истиче неколико компоненти: дуготрајно, и прекомерно пијење које изазива проблеме, психичку и/или физичку зависност и видљиве последице по здравље, породицу и ширу друштвену средину.

Фазе развоја алкохолизма

Као и наркоманија, алкохолизам има своје фазе развоја болести док не доведе до потпуне трансформације личности, психичке и физичке зависности. Све ово ствара велики број проблема.

Постоје четири фазе развоја алкохолизма:⁶⁸

- **Фаза умереног пијења;** то је фаза где се алкохол узима у складу са друштвеним обичајима и где понекад долази до пијанства које се друштвено оправдава и ретко се кад осуђује;
- **Тренинг фаза** је фаза када се и даље пије умерено, али су пијанства мало чешћа;
- **Предтоксикоманска фаза** се одликује стварањем психичке зависности и повећањем толеранције на алкохол;
- **Токсикоманска фаза** се одликује физичком зависношћу, феноменом прве чаше, смањењем толеранције на алкохол, немогућношћу апстиненције и прекидом филма.

⁶⁷ Станковић З., Беговић Д., *Алкохолизам од прве до последње чаше*, терапијски приручник, Креативни центар, Београд, 2005, стр. 11.

⁶⁸ Николић Д., *Алкохолизам у СФР Југославији*, часопис за социјално-економска питања бр. 9-10, Београд, 1987, стр. 33-35.

Феномен прве чаше или губитак контроле се јавља код оних особа када се изгубила могућност умереног пијења. То траје целог живота. Када алкохоличар узме само једну чашу алкохола брзо је више пута долива док се не напије.

Алкохолна амнезија или прекид филма је губитак сећања на поједине садржаје из периода пијанства. Она се може јавити и код неалкохоличара током пијанства када дође до тровања алкохолом и тада се зове *бенигна амнезија*. У случају чешћег понављања реч је о *малигној амнезији* што представља не само знак развијеног алкохолизма него и оштећења у централном нервном систему.

Пад толеранције је феномен јер се у односу на друге дроге које изазивају физичку зависности (стимуланси, опијати, бензодиазепини, барбитурати и аналгетици) једино јавља код алкохола. У том стању алкохоличару је потребна свега мала количина алкохола да се напије, што му се раније није дешавало.

Било која присутност наведених знакова јесте показатељ развијеног алкохолизма у потпуности због чега је неопходно лечење.

Врсте алкохолизма

Алкохолизам се може посматрати према његовом настанку и развоју. Тако постоје примарни, секундарни и комбиновани алкохолизам.

Примарни алкохолизам се јавља код оних који одрастају у средини где сви пију, јер постоје такви обичаји и навике. Због тога се проблеми са алкохолом дуго година не препознају.

Секундарни алкохолизам се јавља код особа које су пре редовнијег пијења имале неке психичке или телесне тешкоће. На овакав начин особа постаје лажно сигурна и снажна.

Комбиновани алкохолизам представља спој примарног и секундарног алкохолизма. Особа рано долази у контакт са алкохолом, пије умерено под притиском средине, а онда због психичких или телесних тешкоћа почне да пије прекомерно.

Појачани животни стресови последњих година имају највећи значај у свим облицима алкохолизма који су до сада набројани.

Типологија алкохоличара

Алкохоличаре можемо да поделимо на оне који пију свакодневно и периодично. Унутар ове поделе постоје и подквалификације.

Периодични алкохоличари јесу они који пију са прекидима. Неки пију само један дан, па данима не пију, неки пију по неколико дана или недеља, па дуже онда не узимају алкохол, док неки имају одређене месеце за то. Периодични алкохоличари због свог модела пијења збуњују околину да ли због тих великих пауза они имају проблема са зависношћу или не. Неопходно је сетити се дефиниције алкохоличара која напомиње да су они зависници без обзира колико пили ако њихово опијање изазива бројне проблеме како по њих тако и по друштво. Периодични алкохоличари су у стањима пијанства врло опасни, јер могу бити агресивни како вербално тако и физички.

Како пију са прекидима, периодични алкохоличари могу да се поделе у неколико подгрупа: ⁶⁹

- *Модел дневног опијања* где алкохоличар пије дању, а ноћу се трезни;
- *Модел вечерњег опијања* где алкохоличар пије увече, а ноћу се трезни кроз сан;
- *Модел викенд опијања*, који започиње петком увече и траје све до понедељка ујутру;
- *Модел опијања у време добијања плате*;
- *Модел опијања у посебним и обичајним приликама* (сахране, свадбе, испраћаји);
- *Модел менаџерског опијања* (приликом закључивања важних послова).

Свакодневни алкохоличари су они који пију по систему свакодневног доливања. За њих се обично каже да су се давно напили, па сада само доливају одређену количину алкохола како би одржавали његову концентрацију у крви. У већини случајева реч је о мирним алкохоличарима који не изазивају проблеме по друге, али им је зато мањи квалитет рада на послу и имају најчешће последице телесне природе на основу којих и постоји следећа подгрупа:

⁶⁹ Станковић З., Беговић Д., *Алкохолизам од прве до последње чаше*, терапијски приручник, Креативни центар, Београд, 2005, стр. 26.

- *Пивско срце* је дегенерација срчаног мишића која се јавља услед учесталог коришћења пива;
- *Проблеми са јетром* се јављају најчешће код оних који стално пију вино због чега је најчешћа компликација цироза;
- *Озбиљна оштећења централног нервног система* настају код оних који пију жестока алкохолна пића (атрофија мозга, деменција, делиријум тремс).

Лаицима се често чини да је боље бити миран алкохоличар него агресиван.

Америчка школа на Јејлу је установила одређене типове хроничних алкохоличара:

70

- Алкохоличари који пију екцесивно, симптоматски, али нередовно;
- Алкохоличари који пију екцесивно, симптоматски, али редовно;
- Алкохоличари који пију токсикомански (нагонски).

Јелинек је сматрао да постоје одређени типови алкохоличара које можемо поделити на следећи начин:

- **Алфа алкохоличари** су они код којих постоји психичка зависност. Они пију само у неким тешким психичким тренуцима;
- **Бета алкохоличари** немају ни физичку ни психичку зависност, али имају карактеристичне здравствене компликације изазване дуготрајном употребом алкохола што је резултат друштвених обичаја;
- **Гама алкохоличари** пију повремено, али је код њих изражен *феномен прве чаше*. Могу бити врло агресивни по себи и друге;
- **Делта алкохоличари** су т.к. свакодневни алкохоличари, мирни и шаливције;
- **Епсилон алкохоличари** су такође периодични алкохоличари код којих су опијања бурна, дуготрајна и редовно праћена озбиљним социјалним проблемима.

⁷⁰ Бошковић М., *Криминологија са пнеологијом - део 2 - социјална патологија*, Универзитет у Новом Саду, Нови Сад, 2000, стр. 136.

Агресивно понашање периодичних алкохоличара се много теже може подносити због чега они долазе брже на лечење условљени од стране своје околине, док су свакодневни алкохоличари доста мирнији и они најчешће долазе због бројних медицинских компликација које имају због дуготрајног пијења.

Алкохолизам појединих категорија становништва

Алкохолизам погађа све категорије људи, свих узрасних доби, без обзира на њихову професију, положај у друштву, статус, расу и етничку припадност, јер је то болест човека.

На настанак и развој алкохолизма код **жена** утичу индивидуални фактори (усамљеност, несигурност, стрес, ниско самопоштовање) и брачно-породични (незадовољство браком, развод, губитак мужа, одлазак деце из породице). Женски алкохолизам је склон далеко већој осуди него мушки од стране друштва због чега је он најскривенији, а већи број жена се и никада не јави на лечење.

Код женског алкохолизма можемо говорити о два типа пијења: *алкохолизам домаћице* где доминира солистичко пијење и кришом од других и *мушки тип* који доминира код запослених жена и где се пије јавно.

Код **младих** узимање алкохола обично почиње са тежњом да се смањи несигурност, да се обезбеди самопоуздање и смањи патња. Ово може да буде начин да се привремено избегне реалност која их фрустрира, али и начин импулсивног пражњења неподношљиве унутрашње напетости.⁷¹

Четири најважнија фактора битна су за разумевање процеса настанка и развоја алкохолизма код младих:

- Адолесценција која је препуна бурних и противуречних ситуација;
- Породица која као најважнија ћелија људског друштва има највећи утицај на младог човека;
- Група вршњака која је битна замена за још недовољно неформирану индивидуу;
- Шира социјална средина са својим површним ставовима према пијењу младих што доприноси продубљивању проблема.

⁷¹ Големан Д., *Емоционална интелигенција*, Геопоетика, Београд, 2005, стр. 237-240.

Пијење код **земљорадника** се такође променило. Раније је сељак пио из солистичких, обичајних и религиозних обичаја, а сматрало се да је алкохол и лековит. Данас поред ракије се све више употребљавају индустријски произведена алкохолна пића, а сеоска продавница постала је место која је заменила кафану.

Јавне личности су стално под судом шире јавности. У њих убрајамо адвокате, професоре, лекаре, просветне раднике, спортисте, уметнике, естрадне звезде, новинаре и др. Овај положај подразумева константан психички притисак због чега редовније пију у односу на друге како би осетили олакшање.

Последњих деценија запажа се све већи број **старих лица** који имају проблема са алкохолом. Ту разликујемо два типа пијења: *пролонгирани* или *продужени тип пијења* који се јавља као наставак опијања које је започето још у млађим данима али због пада толеранције и здравствених тегоба пије се ређе, *старачки тип пијења* који се јавља у касним годинама због бројних проблема који су типични за тај животни период (одлазак деце из породице, пензионисање, смрт брачног партнера, здравствени проблеми).

Критичне професије за настанак алкохолизма су: угоститељски радници, грађевинари, рудари, поморци, месари и молери. Коришћењем алкохолних пића на радном месту проузоркују ниску продуктивност, непрецизност у раду, радни апстентизам⁷², повреде на раду и привремену инвалидност.

Алкохолизам је нарочито присутан у великим фирмама. Притисак на радном месту, лоша међуљудска комуникација, лоши услови рада, непостојање исхране и одмора су једни од битнијих фактора који могу да доведу до претеране употребе алкохола.⁷³

Последице алкохолизма

Алкохолизам се може посматрати као социјални проблем:⁷⁴

- Због велике распрострањености;

⁷² Радни апстентизам је изостајање са посла. Алкохоличари изостају са посла два и по пута више од оних који то нису.

⁷³ Јакшић С., *Социо-психолошки аспекти процењивања родитељске подобности*, Социјални рад и социјална политика, зборник радова и докумената, ФПН, Београд, 1994, стр. 278-280.

⁷⁴ Гачић Б., *Алкохолизам и породица*, Социјална политика и социјални рад, часопис за теорију и праксу бр. 2, Београд, 1978, стр. 55-56.

- Због тога што највећу улогу имају социјални чиниоци;
- Зато што породица и читава друштвена заједница осећају његове последице;
- Зато што је неопходна удружена акција читаве заједнице да би борба против њега имала успеха.

Због тога последице алкохолизма могу да буду здравствене, породичне, економске, професионалне и шире социјалне природе.

Дуготрајно пијење алкохола доводи до озбиљних оштећења организма која могу бити телесног или менталног карактера. Један број **здравствених последица** се може санирати апстиненцијом и додатним лечењем, али су неке последице трајне.

Унутрашњи органи који најчешће страдају код алкохолизма су: желудац због прекомерног лучења хлороводоничне киселине пошто алкохол делује стимулативно на њу (гастритис, чир), јетра (хепатоза или цироза), срце (пивско срце, инфаркт), црева (дијареја, затвор), панкреас (што доводи до дијабетеса), оштећења централног нервног система (алкохолна лудила, епилепсије, деменције), пад имунитета и оштећења периферног нервног система (полинеуритис).⁷⁵

Спољни изглед алкохоличара показује најчешће знакове болести. Они су необријани, неуредни, хигијенски запуштени и не одржавају зубе.

Психичке последице се могу поделити у три велике групе: *поремећај психичких функција* (опадање концентрације и интелигенције, отежаног мишљења), *промене карактера личности* (социјална и емоционална незрелост, недостатак самодисциплине, себичност и егоцентризам, површан однос са другим људима, ограничено интересовање, неспособност изражавања емоција, слабо подношење неуспеха и лажљивост, коришћење бројних механизма одбране) и *психотични поремећаји* (алкохолна лудила, делиријум тременс, алкохолна деменција, алкохолна падавица и алкохолна халуциноза).⁷⁶

Патолошко напито стање је облик алкохолног лудила које може наступити и код неалкохоличара. Наступа нагло и карактерише га сужење свести, немир, конфузност и страх. Особа у овом стању доживљава застрашујуће халуцинације у облику животиња

⁷⁵ Бреитенфелд Д., Волфл Д., *Алкохолизам – поремећаји изазвани пијењем алкохола*, Ауторско издање, Ријека, 2010, стр. 128-129.

⁷⁶ Као и код свих болести зависности и код алкохоличара се јављају бројни механизми одбране који одржавају психичку зависност. Међу њима су пројекција, негација, социјална компарација и рационализација. У односу на наркоманију, код алкохоличара се најчешће јављају још два механизма одбране. То су: *потискивање* које се огледа у заборавности (потиснутости) непријатних догађаја који су узроковани пијењем и *минимализација*, односно умањивањем последица које су узроковане пијењем.

које је угрожавају. Бранећи се од њих може учинити убиство. Ово лудило траје неколико минута или неколико сати, а завршава се дубоким сном. Потребна је хоспитализација и медицинска помоћ.

У наступу *делиријум тременса* важни фактори су: инфекције, повреде главе и општи пад одбрамбених снага организма. Обично му претходи стање чији су симптоми: малаксалост, појачано знојење, подрхтавање прстију на рукама, повраћање, присутан је осећај стрепње, напетости и несаница. Наступа предвече и ноћу. Изражене су халуцинације. Привиђају се животње (паукови, мрави, змије) који миле по њима. Орјентација у простору и времену је изгубљена, али је сачувана у односу на себе (зна ко је и шта је). Пратећи телесни симптоми делиријума су: температура, тресење руку и целог тела, интензивно знојење, повраћање, мука и знојење. Делиријум тременс се обично јавља код наглог прекидања пијења жестоких алкохолних пића.⁷⁷

Алкохолна деменција настаје услед пропадања неурона. Заборављају се сасвим једноставне ствари, када је нешто речено, где се оставила нека ствар, а понекад се заборављају именована одређених предмета које се свакодневно користе у животу (шоља, усисивач, тацна, судопера). Апстиненцијом и одговарајућом терапијом пропадање може да се успори.

Корсаковљева психоза (лудило) је слично као алкохолна деменција, само су испади у памћењу већи и они се попуњују измишљеним садржајима који се зову конфабулације.

Алкохолна патолошка љубомора је често присутна код алкохоличара. С обзиром да алкохол утиче и на сексуални живот зависника, ова љубомора представља тактичку одбрану како би се одговорност за неуспех пребацио на брачног друга који не пије. Понекад је таква љубомора врло озбиљна, јер може довести до убиства партнера.

Алкохолна халуциноза се одликује халуцинацијама које обично почињу у вечерњим сатима када се чују одређени звуци који се касније претварају у јасне речи. У почетку је особа свесна да ти звукови не постоје, али касније може да их прихвати, па чак и да прича или да се свађа са тим гласовима. Ове халуцинације су обично праћене страхом. Лечење је дуго и мукотрпно. Ове особе од страха или наређењем тих гласова могу извршити суицид.

Алкохолна падавица или *епилепсија* која настаје као последица оштећења мозга. Почиње се са губитком свести због чега болесник пада на земљу. Затим долази до

⁷⁷ Марић Ј., *Клиничка психијатрија*, Медицински факултет, Београд, 2001, стр. 315-318.

укочености целог тела (тоничка фаза епилепсије), коју смењује фаза грчева целог тела (клоничка фаза). Пошто током напада пацијент не дише може се јавити модро плава боја по кожи. Могућа је и пена на устима са траговима крви због угриза језика. Напад траје неколико минута, а пацијент је после тога збуњен и поспан.

Алкохолна депресија и суицид су врло честа стања код алкохоличара. Депресија може бити пролазна и трајна, често повезана са другим душевним поремећајима, док трећина алкохоличара покуша или успе да се убије док су у мамурлуку или су већ у тешкој депресији.⁷⁸

Истраживања су показала да у просеку 15% радно способног становништва чине алкохоличари. **Професионалне последице** се могу поделити на две групе:⁷⁹

- *На оне које се тичу односа према послу* (лако се уоче и казне), а то су: изостајање са посла, чешћа боловања (два до три пута чешће од осталих радника), повреда на послу, инвалидност;
- *На оне који се тичу алкохоличарског понашања на послу*. Њих је теже открити јер их алкохоличари вешто скривају. То су: губитак интересовања за посао, променљиво расположење, склоност критици (увек су им други криви за све), учестали међуљудски конфликти, преувеличавање значаја сопственог рада уз потцењивање рада других.

Шире социјалне последице се тичу антисоцијалног поремећаја који се јавља у алкохолисаном стању. Постоје два најдристичнија облика антисоцијалног понашања у коме алкохоличари учествују:

- *Саобраћај*; дозвољени ниво алкохола у крви је 0,5%. Возачи професионалци не смеју уопште имати алкохол у крви док возе. Око 20% саобраћајних несрећа изазивају возачи који су у алкохолисаном стању. Најзначајнији поремећаји који се дешавају код ових возача су: продужетак психичке секунде, сужење видног поља, док је вероватноћа инцидената повећана што је степен алкохолисаности

⁷⁸ Бреитенфелд Д., Волфл Д., *Алкохолизам – поремећаји изазвани пијењем алкохола*, Ауторско издање, Ријека, 2010, стр. 129-130.

⁷⁹ Миловановић Д., Поповић М., *Алкохолизам у индустрији*, Диспанзер за лечење алкохоличара и борбу против алкохолизма, књига 10, Београд, 1966, стр. 18-21.

већи. Слух је знатно смањен, постоје проблеми у ноћној вожњи, понашање у вожњи је некритичност према себи...⁸⁰

- *Криминал*; према светским искуствима, иза 50% до 60% свих криминалних радњи налази се алкохол. Најчешћи облици криминалног понашања везани за алкохол су: крађе, агресивно и насилничко понашање, сексуални деликти, тешке телесне повреде, убиства и малолетничка делинквенција.⁸¹

Алкохолизам је повод не само за прекршаје (дисциплинска одговорност, пропусти на послу, брачне несугласице) већ је повод и за разна кривична дела као што су: повреде, клевете, изазивање нереди, злостављање, телесне повреде, паљевине, саобраћајне несреће и убиства. Алкохолисаност је стање које може довести до убиства и самоубиства.

Иначе, при алкохолисаности долази до импулсивности, експлозивних покрета и радњи, како према околини, тако и према себи. За дела извршена у таквом стању (патолошке опијености), постоји потпуна неурачунљивост. Разумљиво је да су те исте особе у непитом стању урачунљиве (уколико нису душевно оболеле).

Породица алкохоличара

Здравље, односно поремећеност једне породице процењује се на основу успешности њеног функционисања. Алкохолизам у породици представља однос између алкохоличара и неалкохоличара, у овом случају однос партнера који пије са свима онима који не пију, укључујући и децу. Они чине алкохоличарски систем где сви чланови породице доприносе одржавању тог система. Због тога се онај који пије назива „жедан алкохоличар”, а онај који не пије „суви алкохоличар”.

Главне карактеристике породичног система у коме доминира алкохол су следеће:⁸²

- Поремећај организације свакодневног живљења;
- Неадекватна породична правила;

⁸⁰ Шпадијер Џинић Ј., *Социјална патологија – социологија девијантности*, Завод за уџбенике и наставна средства, Београд, 1988, стр. 168-170.

⁸¹ Бошковић М., *Криминологија са пенологијом - део 2 - социјална патологија*, Универзитет у Новом Саду, Нови Сад, 2000, стр. 128.

⁸² Настасић П., *Екосистемски приступ алкохолизму*, Публикум, Београд, 2011, стр. 47-48.

- Конфузија породичних веза и улога;
- Поремећена хијерархија међу субсистемима;
- Дисфункционалне, нејасне, испрекидане и недоследне комуникације;
- Нестабилне, варирајуће интеракције праћене обрасцима двоструког понашања односно, формирање коалиције против других чланова породице;
- Поремећене границе система како унутар породице тако и у односима са спољним светом;
- Извотоперени системи вредности праћени антисоцијалним понашањем.

Током дугогодишњег опијања алкохоличар успоставља поремећене комуникационе обрасце у породици које су нејасне, двосмислене и противуречне. Алкохоличар обично говори полуистине, често разговор који може угрозити његово опијање окреће на другу тему. То све доприноси да *емоционални односи* осцилирају од љубави, преко мржње до потпуне незаинтересованости. Последице тога је да се сви укућани удаљавају једни од других.

Брачни партнери постају поново блиски у оним периодима када се не пије. Тада обично и *сексуални односи* буду бољи. Њих нема када се опијање настави. Алкохоличар тада криви брачног партнера за то, сматрајући да је неверан због чега се јавља патолошка алкохолна љубомора. Тада конфликти поново расту.

У таквом хаосу нико од чланова породице није у стању да обавља своју *улогу* која му по природи припада. Тако рецимо, старија деца се брину о млађима, док мајка ради два посла истовремено како би се склонила од супруга.

Због трошења све више новца на пиће, чашћавања друштва у кафани, породица има егзистенцијалне проблеме.

Како пријатељи и фамилија постају запостављени од стране алкохоличарских породица, она се све више *социјално изолује* из свих друштвених веза.

У већини случајева, мушкарац је тај који пије, док жена реагује на различите начине:⁸³

- **Жена паћеница** - ова жена као да жели да пати и да изазива сажаљење од стране околине;

⁸³ Станковић З., Беговић Д., *Алкохолизам од прве до последње чаше*, терапијски приручник, Креативни центар, Београд, 2005, стр. 50-51.

- **Жена мајка** - стално прихвата или одбацује супруга. Овај однос подсећа на однос мајке и немирног детета где је мајка стално критичар, али која не жели да остави дете;
- **Жена контролор** је супериорна у односу на инфериорног супруга. Она је та која обезбеђује средства за живот, а супруг је издржаван и обавља кућне послове;
- **Жена која кажњава** стално моралише, спроводи разне казнене мере, али никада не доводи сам брак у питање.

Ређи случајеви показују и однос између супруга и алкохоличарке. Ту имамо следеће типове супружника чије жене пију:⁸⁴

- **Мужеве чије су жене пиле и пре брака;** обично су се ови супружници упознали у кафани у којој су заједно пили;
- **Мужеве старији од својих супруга;** обично су то пословно успешни људи који доминирају над својим супругама. Међутим, нису заинтересовани емотивно за њихов однос због чега се женина зависност дуго и одржава;
- **Мужеве крутог, повученог и коректног понашања** су најчешће особе које се баве интелектуалним радом. Супруге су доминантне у њиховом односу.

Најзначајнија последица алкохолизма јесте та да он представља регрутовање нових алкохоличара у чак 80% случајева. Деца обично следе модел понашања који је постојао у примарној породици, а њиховим неадекватним реакцијама се често и открива постојећи алкохолизам код родитеља.

Код мале деце се најчешће јављају: дуже мокрење у кревету, страх од мрака, грицкање ноктију, немирлук, појава тикова, проблеми са исхраном и астма.

Код старије деце проблеми који се јављају су следећи: тешкоће у формирању идентитета, ниско самопоштовање, стрепња, емоционална лабилност, неодлучност, преосетљивост, проблеми у школи, агресивно и антисоцијално понашање.

⁸⁴ Исто, стр. 51-52.

Неке карактеристике лечења алкохолизма

Лечење алкохоличара је дуг и сложен процес. Како се ради о легалној супстанци коју користи шира популација у свету, окидачи за стварање кризе су бројни што алкохоличару само повећава отпоре за очекиваном променом на рехабилитацији.

Најпре треба разумети да као и код других болести зависности ни код алкохоличара нема добровољности у лечењу због чега је неопходно укључивање како сарадника из породице тако и из радне и шире социјалне средине. Све ове особе су имале значајну улогу у стварању алкохолизма, па је због тога неопходна и њихова едукација. Колико је лечење напорно и дуготрајно примећује се временом како алкохоличар размишља, јер очекује да ће касније моћи да настави са пијењем али да то ради умереније. Због тога је битан увид који чини да се са алкохолизмом раскрсти када се разумеју породични, медицински, професионални, економски и шири социјални проблеми којима је он допринуо.

Због тога је изузетно важно да алкохоличар настави са својом рехабилитацијом и каснијих година тако што ће одлазити у *социотерапијски клуб лечених алкохоличара*.

Основни задатак овог клуба је да олакша и да осигура потпуну и трајну апстиненцију. Он уједно треба да обезбеди и превенцију рецидива.

Састанци клуба одржавају се једном недељно у поподневним часовима и он има три етапе:

- **Фаза окупљања чланова** што је више рекреативног карактера и необавезног ћаскања са другим члановима клуба;
- **Тематска фаза** која анализира бројне теме везане за опасности које могу довести до рецидива;
- **Забавно-рекреативна фаза** је завршни део рада клуба који се догађа у опуштеној атмосфери уз шољу кафе или чаја, сокова.

Ефекти социотерапијског клуба на алкохоличара су бројни:⁸⁵

- Доживљај осећања припадности;

⁸⁵ Потребих Ј., *Породична и радна рехабилитација лечених алкохоличара*, Социјална политика и социјални рад, часопис за теорију и праксу број 2, Београд, 1978, стр. 36.

- Улагање сопствене снаге, као и удруживање са другим људима у заједничком циљу;
- Доживљавање новог искуства и њихова размена са другима и стицање реалнијег увида у своју болест;
- Мотивација сопствене снаге за сарадњу у процесу лечења и рехабилитације, мења се раније друштво у коме се пило, а стварају се нова пријатељства.

У клуб сваки пацијент улази након рехабилитационе фазе лечења и у њему треба да остане минимално две године. Пракса показује да већи број пацијента остаје у клубовима далеко више, па чак и по неколико деценија. Очигледно је да су искуства и подршка које тамо добијају нешто што је за многе пацијенте драгоценост и чега не желе да се одрекну.

На крају, да би успешно била остварена апстиненција, неопходно је придржавати се неких општих правила понашања. Нека од њих су:⁸⁶

- ✓ **Строго избегавати кафане и старо друштво** у којима је алкохоличар раније живео и пио. Кафане представљају чисту провокацију за изавање криза;
- ✓ **Схватити да је сваки дан проведен без пића капитал** у смислу очувања здравља, породичних и ширих социјалних односа, а не само економске стране;
- ✓ Када се криза појави неопходно је рећи себи **„Само још данас нећу пити“**;
- ✓ У кризним моментима неопходно је о **себи говорити као алкохоличару**;
- ✓ У кући **не сме да се држи алкохол**;
- ✓ Неопходно је **помагање другим члановима** који су у кризи;
- ✓ **Свакодневно треба да се узима блокатор за алкохол** (тетидис, есперал);
- ✓ **Ако дође до рецидива обавезно се јавити лекару/терапеуту.**

Тетидис, односно *есперал* (дисулфирам), је лек који алкохоличари користе да не би могли да пију. Њега називају „стражарем у стомаку“. Његова улога је да прекида разградњу алкохола и тиме доводи до знакова тровања ако се попије (црвенило у лицу,

⁸⁶ Потребих Ј., *Основи алкохолизма*, Радна организација за пројектовање и извођење грађевинских радова, „КМГ Трудбеник“, Београд, 1989, стр. 179-180.

отежано дисање, осећање гушења, убрзани рад срца, мучнина, повраћање, знојење, интензиван страх) док у тежим случајевима може довести и до смрти.⁸⁷

Изразито је важно да се тетидис током лечења даје од стране сарадника. Потребно је да прође доста дуги период док лечени алкохоличар не почне да га сам узима.

1.6.5. Аналгетици

Аналгетици су лекови који се користе у ублажавању или елиминисању физичких болова. У себи садрже анилин, пираамидофенол, парааминофенол, пиразолон, салицилну киселину и хинолин.⁸⁸

Ови састојци у већим количинама често доводе до стања слична код бензодиазепина, барбитурата и неких опијата. Понекад се користе за ублажавање апстиненцијалног синдрома код стимуланса, опијата и алкохола. Већа количина ових лекова у организму својим токсичним дејством могу угрозити и оштетити функције јетре и бубрега. Само у Америци предозирање овим лековима са смртним исходом је далеко већи него предозирање хероином и кокаином током једне године.

У ове лекове спадају они са слабијим дејством, па све до оних чије је дејство много пута јаче: аналгин, парацетамол, кофетин (опијатски аналгетик), андол, бруфен (реуматик), валорон (снажан аналгетик)...

Корисници лекова који узимају бензодиазепине, барбитурате и аналгетике називају се *фармакофиличари*. Ови лекови су лако доступни и јефтине, па се злоупотребљавају од стране младих и старих лица. Дужом употребом може се створити психичка и физичка зависност и тада се говори о *таблетоманима*.

1.6.6. Инхаланти

По инхалантима подразумевамо дроге које се удишу. Ту спадају: лепкови, растварачи, нафтни деривати и аеросоли.

Дужом употребом ових супстанци долази до измењеног стања свести због чега се стварност другачије препознаје и сагледава, а пратећи ефекат су вртлоглавице, агресивност и несвестица.

⁸⁷ Варагић В., Милошевић М., *Фармакологија*, Елит Медуца, Медицински факултет, Београд, 1999, стр. 156.

⁸⁸ Букелић Ј., *Дрога у школској клици*, Веларта, Београд, 1995, стр. 88-90.

У случају тровања наведених инхаланата може доћи до следећих реакција: иритација слузнице, опојност, јак немир, главобоља, вртоглавица, црвенило лица, цијаноза, грчеви, кома, парализа дисања и пнеумонија.⁸⁹

Међу посебном групом инхаланата спадају лепкови. Због своје лаке доступности, ниских цена и легалне производње нарочито се злоупотребљава од стране тинејџера, ромске популације и деце која бораве у прихватилиштима или домовима, а проблематичног су понашања.

Главни састав лепкова чини *толуен* који је токсичан и запаљив.

1.7. Нехемијске зависности

У ову групу зависности спадају коцка, зависност од интернета и зависност од видео игара. У последње време све више се говори и о зависности од мобилних телефона. Реч је о врло раширеној појави која се често сматра и поремећајем импулса.

1.7.1. Коцка

Коцка је међу најраширенијим облицима нехемијске зависности. Она данас поприма различите облике: од клађења на утакмицама и других спортских догађаја, државних лутрија до коцкарских игара.

У државама у којима је коцкање легализовано у последњих десет година, 0,5% становништва припада групи патолошких коцкара. У оним државама у којима је коцкање легализовано последњих двадесет година, 1,5% становништва чине патолошки коцкари. Од 1,3% до 1,8% становништва САД и Канаде имају проблем са овим обликом зависности. Нација која се највише коцка и клади су држављани Аустралије (82%). Државе ЕУ и САД троше више од 0,5%, а Канада, Нови Зеланд и Аустралија више од 1% укупног националног дохотка на игре на срећу.⁹⁰

Треба правити разлику између нормалног и патолошког коцкања. Нормално коцкање је друштвено прихватљиво коцкање. Ту се подразумева особа која може да

⁸⁹ Даундерер Макс, *Акутне интоксикације*, Медицинска књига, Минерва, Београд-Загреб, 1979, стр. 38.

⁹⁰ Торре Р., Зоричић З., *Коцкање и клађење – од забаве до овисности*, Хрватски савез клубова лечених алкохоличара, Загреб, 2013, стр. 17-19.

ограничи своје губитке „и заустави се док још добија”. Она је више мотивисана жељом за забавом и разонодом, а мање задовољењима конфликтних потреба.⁹¹

Кроз коцкарске игре се постиже лагодан осећај среће, али се у њој налази и тежња да се живот одједном промени па коцкарска игра прераста у игру судбине. Човеков мозак тражи све више и више, нешто узбудљиво, награду над наградама, али често не може да нађе решење за све. Тако очајан, коцка постаје средство олакшања. Међутим, она истовремено доноси бројне последице. Разорност коцкања је због тога често препознавана, стављана под контролу друштва, па опет ослобађана.⁹²

У међународној класификацији болести, патолошко коцкање је наведено као једна од шест категорија поглавља „Поремећаји контроле понашања”.

Поремећај контроле је: „Неспособност суздржавања од извођења неког понашања или нагона који је опасан за друге или за саму особу и које је обично обележен задовољством након што се изведе”.⁹³

Карактеристике оваквог поремећаја импулса су: изостанак отпора понашању, импулсу или искушењу да се направи чин који штети самој тој особи или другима, да постоји растући осећај напетости и узбуђења пре самог чина, док се за време вршења чина осећа задовољство и олакшање. Након овог чина не морају се јавити осећаји жаљења, кајања и кривице.

Патолошко коцкање је да оно преовлађује над самим зависником чинећи му штету на социјалном, професионалном, материјалном и породичном аспекту.

Коцкари имају следеће карактеристике:⁹⁴

- Особа је заокупљена коцкањем и стално прича о њему;
- Већина коцкара тврди да тражи узбуђење и еуфорију током самог чина коцке у односу на материјалну добит која их мање интересује;
- Јавља се немир или раздражљивост када се покуша прекинути са коцкањем;
- Стална потражња за позајмицама;

⁹¹ Младеновић И., Лажетић Г., *Зависност од коцкања*, Ауторско издање, Београд, 2014, стр. 42.

⁹² Младеновић И., Лажетић Г., *Патолошко коцкање – са приручником за самопомоћ*, Елит Медица, Београд, 2012, стр. 13-14.

⁹³ Metzger R., *American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - four Edition, Text Revision, DSM-IV-TR-TM*, DC: American Psychiatric Publishing Inc., Washington, 2003, str. 145-146.

⁹⁴ Станковић Д., *Патолошко коцкање - узроци и последице*, Ауторско издање, Нови Сад, 2007, стр. 17-18.

- Непрекидни раст дугова које патолошки коцкар мисли да ће успешно вратити, јер очекује велики добитак;
- У случају немогућности да се новац позајми, коцкар је склон кривотворењу, преварама и крађи;
- Коцкар често лаже своје чланове породице, пријатеље и терапеута колико има проблема због коцке;
- Особа може изгубити посао, образовну или пословну могућност због коцке;
- Може да предложи члановима породице и другим блиским људима неморалне идеје;
- Када западне дубоко у проблеме обично тражи помоћ од оних које је манипулисао.

Патолошко коцкање почиње у раној адолесценцији код мушкараца, а код жена касније. Обично је потребан мало дужи временски период како би се прешла граница коцкања из забаве у мрежу патолошког коцкања.

Највећи ризик развоја зависности од коцкања јавља се на узрасту од 18 до 25 година, а праве последице се углавном виде око 35. године живота. Особе са проблемом коцкања су по правилу млађи мушкарци, неожењени или ожењени без деце. Патолошки коцкари најчешће постају неожењене особе, а потом и растављене. Мушкарци почињу да се коцкају у млађем, а жене у средњем животном добу. Мушкарци који су зависни од коцке најчешће су зависни и од неке психоактивне супстанце у односу на жене које нису или су осетно мање зависне.⁹⁵

Нижа образовна структура становништва, незапосленост и припадност одређеним слојевима друштва удружени су са развојем склоности ка патолошком коцкању.

Постоје неке специфичности коцкања које су универзалне у развијеним и неразвијеним земљама света. Занимљиво је да се коцкају сви, дакле и они који имају и они који немају. Религиозни верници се увек по правилу коцкају мање у односу на ове групе. Нижи друштвени слојеви се увек коцкају више како из материјалних интереса, тако и из рутине и бега од свакодневице. Особе старије животне доби се коцкају мање

⁹⁵ Зоричић З., *Појавност и законодавна регулација коцкања*, XXV саветовање о болестима зависности са међународним учешћем, XXVII скупштина заједнице клубова лечених алкохоличара Србије, зборник саопштења, Здравствени центар „Свети Лука” и Српско лекарско друштво, Смедерево, 2009, стр. 94-95.

у односу на млађе, а старији то чине више због потребе за социјализацијом и забавом, док су млађи више мотивисани добитком.⁹⁶

Последице коцкања су сличне као последице других облика зависности. Ипак, коцка се по неким сегментима помало разликује. У овом случају, последице можемо поделити на индивидуалне и друштвене.

Индивидуалне последице су: раздражљивост, изразита осцилација расположења, проблеми у комуникацији са другим људима, одсуство с посла и неиспуњавање обавеза, занемаривање породице и банкрот.

Здравствене последице су: болести зависности, анксиозност, депресија, несаница, поремећај рада црева, главобоље и бројна психосоматска обољења.

Друштвене последице су: антисоцијални облици понашања, криминалитет, социјална изолација и социјална дезинтеграција која се најпре јавља у породици коцкара.

Постоје неколико врста коцкара, мада бројне литературе показују како старије тако и новије да најпре све коцкаре треба поделити на две групе као што су коцкари професионалци и на оне који то нису.

Професионални коцкари су они код којих је губитак врло ограничен. Они ретко имају озбљивљених проблема на пољу здравља, посла, породице и у социјалним односима, мада није увек правило.

Коцкари *непрофесионалци* могу се поделити у неколико група:⁹⁷

- **Социјални, друштвени тип** који играју у ограниченом раздобљу а губици су прихватљиви и у малој мери. Овај вид коцкања обухвата чак 85% људи на свету;
- **Нефреквентно**, епизодично коцкање се дешава мање од једном месечно;
- **Френкветно, редовито коцкање** које се дешава барем једном месечно;
- **Особе с ризиком од развоја проблематичног коцкања** и коцкају се често и понављано последњих годину и по дана;
- **Особе високог ризика за развој проблематичног коцкања** се коцкају понављано и учестало и имају већ један или два проблема због тога;

⁹⁶ Bergh C., Kuhlhorn E., *Social, psychological, and physical consequences of pathological gambling in Sweden*, Journal of Gambling Studies, 1994, стр. 275-285.

⁹⁷ Станковић Д., *Патолошко коцкање - узроци и последице*, Ауторско издање, Нови Сад, 2007, стр. 32-35.

- **Проблематично коцкање** које је код особе већ изазвало проблеме на више подручја (породица, посао, пријатељство, финансије, законски проблеми);
- **Патолошки коцкари** који у последњих годину и по дана имају више од пет проблема.

Лечење коцкара представља велики изазов. Не постоји тако тежак облик зависности. Примера ради, свега 5% коцкара може да се излечи, одмах иза њега следе таблетомани, зависници од канабиноида, па алкохоличари, зависници од кокаина, док најбрже напредују у рехабилитацији они који су зависни од хероина.

Треба разумети да патолошко коцкање није никакав порок него је болест зависности. Као код свих болести зависности ни овде не треба очекивати иницијативу болесника за излечењем.

Да би третман дао позитивне резултате треба бити стрпљив и држати се строго терапијских правила. Најпре је потребна искреност и отвореност како од стране пацијента тако и од чланова његове породице који често не желе да прихвате реалност коцке. Третман се мора односити не само на проблеме коцкања него и на медицинске, психолошке, социјалне, образовне и правне природе. Тако се креира један сасвим нов и здрав животни стил.

Након три месеца многи пацијенти показују добар напредак. Нажалост, већина тада жели да прекине са третманом, јер мисле да су решили проблем. Из тог разлога је неопходно мотивисати их заједно са сарадницима да у програму остану што дуже могу како би саветовање кроз индивидуални и групни третман дало праве резултате.

На третманима се ради на јачању мотивације, на изради вештина и механизма преко којих ће превазићи кризу, како да се изврши позитивна субституција коцкања са неком кориснијом радњом. Међутим, ако особа која је зависна од коцкања има проблем и са алкохолом или неком другом психоактивном супстанцом, ефекти лечења могу бити доста умањени.

У случајевима непостојања других болести зависности, код лечења зависности од коцке ретко кад се примењује медикаментна терапија, осим у посебним случајевима.

Иако коцкари никада нису иницијатори за лечење, неопходно је да третман буде добровољан како би био што ефикаснији. Такође су и овде могући рецидиви који морају да буду контролисани и праћени. Због тога је учествовање у групама веома значајно, јер представља важну потпору при одржавању апстиненције.

1.7.2. Зависност од интернета

Први облици електронске зависности јављају се још педесетих година када су генерације одлазиле у играчнице да играју флипер. Видео игре почињу да се развијају током осамдесетих година прошлог века. Од половине деведесетих година почиње ера рачунара која замењује све више видео и телевизијске апарате. Појављују се коцкарски покер апарати. ПС систем данас нуди велики број сличних игара, међутим, врхунац развоја електронске револуције чини интернет.

Зависност од интернета је клинички поремећај са снажним негативним последицама на социјално, радно, породично, финансијско и економско функционисање личности.⁹⁸

На Западу се сматра да ако неко проводи више од 38 сати недељно на интернету, онда се ради о зависности.

На нашим просторима свако ко проведе на интернету четири сата дневно, а 28 сати недељно, сматра се да је дубоко загазио у зависност. Зависност обухвата све активности на интернету као што су: одговарање и писање електронске поште, чатовање, читање преузетих вести, часописа, чланака, текстова, скидање разних програма за рачунар, скидање филмова и музике.

Карактеристике зависника од интернета су следеће:⁹⁹

- **Повећање толеранције** у смислу све већег броја сати на интернету;
- **Апстиненцијална криза** која наступа након неколико дана без интернета у виду анксиозности, опсесивним размишљањем о интернету, психомоторни немир (несвесно померање прстију, шаке и слично, односно имитирање куцања на тастатури и покретања миша);
- **Асоцијално понашање** које се одликује запостављањем разних социјалних, рекреационих и других активности и обавеза у корист интернета;

Зависници често не умеју да изађу на крај са бројним проблемима са којима се сусрећу у животу, па спас од њих траже на интернету који им служи као врста вентила.

⁹⁸ Радовановић И., Спасић Д., *Особине личности и интернет зависност*, истраживање у специјалној педагогији, Фаспер, Београд, 2009, стр. 244.

⁹⁹ Лажетић Г., *Интернет – господар или потчињени?*, Ауторско издање, Београд, 2006, стр. 15-16.

Од родитеља и пријатеља се скрива стварна количина утрошеног времена на интернету.

Знаци зависности од интернета су следећи: Запостављање пријатеља и породице, запостављање школе и посла, занемаривање других активности (хоби), неиспаваност, запостављање личне хигијене, запуштеност, смањење физичке активности, занемаривање здравља, не праве се паузе на интернету, проводи се више времена него што је потребно на интернету, трошење више пара на интернет, осећај да су једини прави пријатељи на интернету, на интернету се најбоље осећају, постојање опсесивних мисли у вези интернета, повлачење када се није на интернету, нервоза и раздражљивост ако их неко прекида док су на интернету.¹⁰⁰

Постоје неколико *врста зависности од интернета*: **гејмери** који играју игрице на интернету, **сурфери** који воде дискусије на интернету (форумаши), дописују (онлајнери), прикупљају информације (оверлоадери) или скидају информације (даунлоадери), **четери** који склапају познавства преко интернета, **сајбер-секс** који користе порнографске садржаје, **онлајн коцкари** и **онлине шопери** који купују производе преко интернета.

Зависник од интернета никада није у стању да контролише време проведено на интернету. Из тих разлога лажима покушавају да прикрију од својих чланова породице и пријатеља колико времена троше на њега. Њима су рачунар и интернет на листи животних приоритета, јер док су на њему понашају се еуфорично, мада има и неких који после осећају кривицу због неиспуњених неких обавеза или активности у стварном животу.

Све у свему, у суштини њихових личности преовладава туга или депресија па одласком на интернет покушавају да подигну расположење. Последице тога су губитак љубавних веза, посла и образовања или каријере.

Интернет зависници, корисници електронске поште и чет сервиса показују праву природу и скривена осећања, јер не могу довољно да контролишу своје реакције, па често у афекту кажу оно што заиста мисле док би у стварном животу то задржали за себе. Ово представља прави доказ о психоактивној природи зависности од интернета.

¹⁰⁰ Чупић Јовановић В., *Виртуелни свет комјутерских игара*, XXV саветовање о болестима зависности са међународним учешћем, XXVII скупштина заједнице клубова лечених алкохоличара Србије, зборник саопштења, Здравствени центар „Свети Лука” и Српско лекарско друштво, Смедерево, 2009, стр. 103-105.

Физичке последице зависности од интернета су: физичка неактивност, појачано лупање срца, проширене вене, хемороиди, кривљење кичме, слабост вида, слабљење имунитета бог неиспаваности и гојазност.

Психичке последице зависности су: раздражљивост, депресија, губитак контакта са реалношћу, немир, празнина, мешање реалности и виртуелног света...

Породичне последице: социјална изолација зависника од породице и конфликти.

Шире социјалне последице: социјална изолација зависника од друштва и несрећни случајеви изазвани писањем и читањем порука за време вожње или у току неког другог посла.

У односу на друге болести зависности, зависник од интернета не мора да прекине контакт с њим, као што је случај код наркоманије, таблетоманије, алкохолизма где обавезно супстанца мора да се избегава до краја живота.

Као и зависници од других болести који су индивидуално покушали да престану са узимањем и зависник од интернета је више пута покушавао да апстинира. Неки су покушавали да са престанком уплате интернет времена, други су избацивали модем из рачунара, док су трећи продали или растурили рачунар. Након кратког времена сви су се опет вратили на старо.

Ако је корисници претерују са употребом интернета без одређеног разлога препоручује се упорна умереност у коришћењу интернета и контролисање времена проведеног на истом. Корисници који имају већи проблем, јер се у дубини личности налази депресија или манија препоручује се локализовање правог проблема, помоћ породице и познаника и стручњака.

Основни циљ лечења је укључивање зависника у реалан свет. То је један процес десензитизације који се одвија у малим корацима који касније доносе осећај успеха и већег самопоштовања. Пацијенти би терапију требало да доживе као процес који им помаже да у стварни живот унесу оно што им је доступно само на интернету. У неким случајевима би требало да се уведу и лекови ако постоје значајнији психички поремећаји.

1.7.3. Зависност од комјутерских игара

Зависност од комјутерских игара се најчешће јављају код оних лица које су склоне компулсивним понашањем.

Специфичности комјутерских игрица су:¹⁰¹

- Приступачне су по садржају и лакоћи за руковање;
- Неке игрице су софтерски уграђене, па се могу играти и на послу;
- Од најранијег узраста питање престижа је ко има бољи компјутер и игрице на њему;
- Родитељи сматрају да су мања деца мирна када играју игрице, а старију је лакше држати под контролом ако су им у близини;
- Често су присутни бесконачни телефонски разговори како доћи до вишег нивоа у игрици.

Када се дође у контакт са неком новом технологијом, сасвим је природно да проводимо више времена док не откријемо све нове могућности које нам пружа. Након тога поново успостављамо равнотежу са другим аспектима живота које смо запоставили.

Исто тако је и код љубитеља комјутерских игара. Нове игре се стално креирају а самим тим се буди радозналост. Међутим, када се пређе одређена граница јављају се знакови зависности од комјутерских игара као што су: провођење највише времена играјући игре, запостављање породичних и професионалних обавеза, запостављање партнера, опадање ефикасности и продуктивности на послу, проверавање имејла пре него што било шта друго почне да се ради, тајновитост шта се ради на интернету, особа је убеђена да ће се осећати празно и безначајно без игрица, особа је раздражљива ако је неко омета док игра игрицу, запостављање социјалних активности, крије колико времена проводи док игра игрице, постаје депресивна или ћудљива када није на мрежи.

Ова зависност понекад може бити толико опасна, јер постоје случајеви да су адолесценти убили родитеље или су извршили суицид када су им они укинули могућности да одлазе на интернет или да играју игрице. Адолесценти су тиме демонстрирали да је живот без рачунара немогућ и празан.

¹⁰¹ Leung L., *Net-generation attributes and seductive properties of the internet as predictors of online activities and internet addiction*, School Of Journalism & Communication, The Chinese University of Hong Kong, Shatin, N.T., Hong Kong, 2004, стр. 333-334.

1.7.4. Зависност од употребе мобилних телефона

Претерана употреба мобилних телефона може узроковати новчане проблеме корисника или особе која плаћа рачуне, а може се и одузети време које је могло да се корисније потроши у друге сврхе – учење, рад, спорт, љубав, дружење...

Овде је реч о таквим зависницима који због болести не могу да напуштају кућу, који су сами себи непривлачни и који су посебно осетљиви, па не могу поднети стресове при комуникацији уживо.

Истраживање које је спроведено 2006. године у Сједињеним Америчким Државама показало је да 48% жена и 58% мушкараца осећа напетост, нервозу и лагану панику у случајевима када им се испразни батерија телефона, када падне сигнал или се телефон заборави код куће.¹⁰²

Знакови зависности од мобилног телефона су следећи:¹⁰³

- Стално проверавање телефона;
- Нервоза и узнемиреност када се заборави мобилни телефон;
- У ситуацијама када телефон не звони, корисник га за сваки случај проверава;
- Телефон се носи у тоалет;
- Када се негде седне, одлаже се телефон на сто како би био при руци;
- Забринутост или љутња када се не одговори на поруку дуже од сат времена;
- Избегавање да се иде на места где не допире сигнал;
- Провера тачног времена на заслону телефона;
- Туга ако током дана нема позива или поруке;
- Током писања поруке ставља се најмање једна сличица у сваки други ред поруке.

1.8. **Фактори настанка зависности**

Неопходно је присуство више фактора који могу довести до појаве различитих облика зависности. Присуство само једног фактора није довољан узрок да неко конзумира супстанцу, нарочито првог пута. Дакле, присуство фактора као што су

¹⁰² Шарић Х., *Социјални рад с овисницима*, ОФФ–Сет Тузла, Тузла, 2010, стр. 261-263.

¹⁰³ Исто.

човек, средина и супстанца су неопходни да бисмо говорили о зависности. Тамо где се производи дрога, али се не користи него се извози црним тржиштем (као што су неке афричке и латиноамеричке земље), нема зависности и обрнуто. Тамо где је развијено површно знање о психоактивним супстанцама има зависности, али не код свих. Изгледа да је фактор човек ипак најодлучујући у свему овоме, али он опет не може постојати изоловано од ових других.

1.8.1. Човек као фактор зависности

Човек је најзначајнији фактор за настанак болести зависности. Он доноси одлуку да се супстанца први пут проба, а да се после узме други, трећи, четврти пут...

Млади често проналазе разлоге да пробају или да наставе са узимањем супстанце. Ти разлози постају све бројнији, а када почну прве фазе развоја болести у почетку негирају да супстанцу не могу да оставе, онда се пореде са другима који такође користе супстанцу како би себи дали на значају да постоје ипак они којима је заиста помоћ потребна у односу на њих саме.¹⁰⁴

Као и на почетку узимања и током развојне и завршне фазе болести *механизми одбране* представљају непрекидне пратиоце до доласка на лечење и кроз цео рехабилитациони програм опоравка. Можемо слободно рећи да су они ти који су главна подлога психолошкој зависности и због тога се болест јако тешко лечи и бројни су рецидивни.

¹⁰⁴ Програм сталног стручног усавршавања наставника, васпитача, стручних радника и директора, под називом "Болести зависности – препознавање, реаговање и превенција – оно што наставници треба да знају", аутори мр Стевица Борковић и Гордана Петровић спец. социотерапије и социјалне рехабилитације, одржан је у школама и предшколским установама Републике Србије током 2013. и 2014. године. Обрађени су подаци 100 испитаника (наставника, учитеља и васпитача) који су учествовали у овом програму. На основу попуњених упитника који су се односили на испитивање фактора који утичу да се јаве болести зависности добијени су следећи резултати: 76% испитаника сматра да се *дрога проба* како би се млада особа доказала у друштву, 69% испитаника сматра да се то ради из радозналости, 18% због жеље за формирањем идентита, а 16% сматра да се дрога проба из досаде. *Прво искуство са психоактивном супстанцом* млада особа је стекла у друштву вршњака и пријатеља што сматра чак 84% испитаника, 29% да се искуство стекло у породици у којој родитељи или сродници користе супстанцу, а свега 2% сматра да се искуства стичу преко јавних медија и бројних литература. Млада особа је *први пут узела супстанцу* јер је то самоиницијативно одлучила што сматра 58% испитаника, 42% сматра да је то учинила јер је била *наговорена од стране вршњака и других*, 16% је става да *млада особа није знала да је пробала супстанцу* јер *јој је била подметнута* (у цигарети, пићу и храни), а свега 6% сматра да је особа то учинила јер је била *приморана од стране вршњака и других особа* (уценом, претњом, насиљем). Да алкохоличари и наркомани *узимају супстанцу како би побегли од реалности која им изгледа превише сурово* сматра 58% испитаника, 43% сматра да се супстанца узима како би се *побољшало позитивно расположење* и *како се не би суочили са бројним проблемима које имају*, 28% како би се *смањила напетост*, а 21% да би били *прихваћени у друштву*.

Механизми одбране су снаге којима се располаже „Ја” и они представљају различите начине, односно „маневре” којима се „Ја” служи у оним ситуацијама када је угрожено споља или изнутра.¹⁰⁵

То може да буде од стране недозвољених тежњи, непријатних перцепција, афеката, у суштини, инстинктивних покретача либидних и агресивних који прете да угрозе његов идентитет.

Овде се управо ради на успостављању и одржавању равнотеже где се „Ја” брани од удовољавања нагонских тенденција чија би реализација угрожавала личност, затим од интезивних афеката до јаких спољних дражи.

Када некада здрава, а сада трансформисана личност какав је зависник покуша да се мотивише да промени целокупно свој животни стил, настају бројне баријере због деловања механизма одбране. Најчешћи механизми одбране код зависника од психоактивних супстанци су: негација, рационализација, социјална компарација, пројекција и конверзија.

Негација је стање када се особа психолошки брани од од спољашњег напада и угрожености.¹⁰⁶

Код зависника се негирање манифестује да он нема проблем са супстанцом и да је увек може оставити.

Рационализација је „оправдање за властити поступак или неуспех на тај начин да му се припишу друштвене прихватљиве или пожељне побуде”.¹⁰⁷

У зависности, рационализација је срж психичке зависности, јер се стално проналазе разлози како би се наставило са узимањем супстанце.

Социјална компарација је доношење суда о властитим способностима, ставовима и цртама у односу на друге.¹⁰⁸

Како би се олакшала савест због узимања супстанце, зависник непрестано упоређује своје дрогирање са онима за које сматра да су у већем проблему од њега, јер дрогу уносе интравенозно, користе је сваки дан или је набављају на недопустив начин.

Пројекција је механизам када се властита негативна својства личности преписују другима. Она означава и напад.¹⁰⁹

¹⁰⁵ Кондић К., Левков Љ., *Првих десет година*, Развојни и психоаналитичко-развојни приступ, Савез друштава психолога Србије, Београд, 1994, стр. 67.

¹⁰⁶ Кузмановић Б., Штајнбергер И., *Психологија*, Завод за уџбенике и наставна средства, Београд, 1992, стр. 58.

¹⁰⁷ Хрњица С., *Опита психологија са психологијом личности*, Научна књига, Београд, 1994, стр. 156.

¹⁰⁸ Видановић И., *Речник социјалног рада*, Ауторско издање, Београд, 2006, стр. 362-363.

Пројекција је врло често коришћена одбрана. Преко ње другој особи приписујемо сопствене нежељене импулсе, а затим реагујемо према њој у светлу управо тих осећања која смо пројектовали на ту особу. Према њима реагујемо због тога какви смо у ствари ми. На пример, ако смо имали лош дан, никада нисмо љути ми, него други, а ми само тако реагујемо на њихово расположење.¹¹⁰

Код зависника је напад најбоља одбрана, јер се други оптужују што се они дрогирају, чиме се изазива кривица код неких и тиме се постиже ефекат продужавања периода дрогирања.

Конверзија је трансформација конфликта у симптом. На пример, графоспазам, грч мишића који учествују у писању, доводи до немогућности писања. Графоспазом се особа несвесно брани од стављања сопственог потписа на нешто што је нечасно или повређујуће.¹¹¹

Конверзија је најтежи механизам одбране који постоји код зависника, јер изазива кризе којих пацијенти нису свесни. Ако криза дуже траје долази до рецидива.

Ови механизми одбране су саставни део наркоманског понашања.

Важно је напоменути да узимање супстанце мења структуру личности. Током развијене зависности особа постаје препознатљива за своју околину, саможива је, неискрена, груба, хладна, користољубива, агресивна...

Ове особине се током рехабилитације мењају. То је због тога што ове особе имају емпатију коју су током болести потиснуле. Због тога је овде реч о *наркоманском* или *алкохоличарском понашању*.

Код *антисоцијалног поремећаја личности* ове особине могу да постоје и пре уласка у проблем са психоактивним супстанцама. Овај поремећај се наставља у одраслом добу, а коришћење супстанци само појачава импулсивно и антисоцијално понашање због чега особа долази све више у сукоб са друштвеним нормама и законом.

112

Антисоцијални поремећај личности (АСПЛ) се ретко јавља као могући узрок зависности од дрога и алкохола. Није јасно какви су корени тог поремећаја. Он се обично јавља у предтинејдерском узрасту као велики проблем понашања у односу са

¹⁰⁹ Пројекција је највише изражена и коришћена у параноидним и нарцистичким стањима. У параноидним стањима се манифестује суманутим мислима прогањања. Тадић Н., *Психијатрија детињства и младости*, Научна, Београд, 2006, стр. 62-63.

¹¹⁰ David Howe, *Увод у теорију социјалног рада*, Научно-истраживачки центар за социјални рад и социјалну политику ФПН, Београд, 1997, стр. 109.

¹¹¹ Креч Д., Кречфилд Р., *Елементи психологије*, Научна књига, Београд, 1978, стр. 331.

¹¹² Настасић П., *Болести зависности у адолесценцији*, Публикум, Београд, 2011, стр. 44-45.

другим људима, са породицом, вршњацима, али и у виду кршења социјалних норми понашања што се већ у тим годинама одржава на све области живота.

Карактеристике родитељских фигура које погодују антисоцијалном понашању детета су: смањена способност за родитељство (физичка и/или ментална), недостатак вештина просоцијалног решавања проблема, зависност од алкохола или дрога, насилно понашање и кривична дела.¹¹³

1.8.2. Средина као фактор зависности

Средина представља важан фактор настанка болести зависности. У зависности у каквој је породици млада особа расла, којим вршњачким групама припада и какви ставови у заједници постоје, млада особа доноси одлуку да проба први пут неку супстанцу.

Породица представља модел по којем ће се дете касније одлучивати да ли ће имати искуства са психоактивним супстанцама. Она је битна из неколико разлога:

- Ако је у породици неко од родитеља зависник, дете ће га временом пратити као свој модел развоја;
- Ако у породици нема зависника, али је развијен позитиван став да се повремено и у одређеним приликама конзумира алкохол дете ће током пубертета настојати да се докаже да је одрастао што ће у друштву најпре пробати такву супстанцу;
- У зависности од животних циклуса и карактеристикама развоја дететове личности у оквиру породичног окружења, дете може развити оне особине које неповољно утичу на зрелост.

Због овога је важно да се у породици развија степен блискости између свих чланова. Блискост ових веза повољно утиче на каснији развој блискости са вршњацима и другим особама које се појављују током фаза развоја животног циклуса. У оним породицама где су односи груби, хладни и емоционално удаљени, где је јавља физичко

¹¹³ Хрнчић Ј., Цамоња Игњатовић Т., Деспотовић Станаревић В., *Деца и млади са проблемима у понашању – услуге и третмани у заједници*, Републички завод за социјалну заштиту, Београд, 2010, стр. 101.

кажњавање и одбацивање, развијају се врло агресивна деца која и најчешће посежу за психоактивном супстанцом.¹¹⁴

Најважнији мотив да се дрога први пут проба јесте радозналост која се јавља под утицајем друштва које је и само користи. Због тога односи са вршњацима представљају најчешћи облик социјалних комуникација адолесцената. Њихова тежња за разменом својих осећања и мисли о овом периоду је готово незаустављив процес. У зависности о каквим породичним условима су расли, млади доносе одлуку којим вршњачким групама ће се приклонити. На њихов избор утиче где ће лакше бити прихваћени и даље развијати своју личност.

Може слободно да се каже да је стрес одлучујући окидач да ли ће се супстанца узети или неће.

Идентификовано је пет нивоа стреса којима особа може бити изложена:¹¹⁵

- Прву категорију чине трагични догађаји над којима особа нема никакву контролу јер се дешавају изненада и неочекивано. То су: смрт родитеља и нарушавање телесног интегритета. Како би се смањила патња, особа у овом периоду може конзумирати супстанцу;
- Другу категорију стреса чине свакодневни проблеми, па се дрога узима како би се лакше изашло на крај са конфликтима у породици и у школи;
- Трећу категорију чине дуготрајни неповољни услови као што су сиромаштво, неповољни стамбени услови, незапосленост, избеглиштво...;
- Четврту категорију чине промене које захтевају адаптацију због селидбе, преласка у другу школу, првог запослења и ступања у брак;
- Пету категорију чине развојне промене током адолесценције где може да се јави недовољно самопоштовање, потреба да се на било који начин прихвати од стране вршњака, радозналост, жеља за авантуром и бунт.

Шира заједница је трећи средински фактор која доприноси конзумирању неких психоактивних супстанци, јер гаји одређене заблуде у вези зависности. Средства

¹¹⁴ Стојадиновић М., *Адолесценција као ризично доба за први контакт са психоактивним супстанцама (ПАС)*, Све о саветовалишту за болести зависности, Приручник за здравствене раднике и здравствене сараднике, Теком, Београд, 2010, стр. 49-50.

¹¹⁵ Исто, стр. 51-52.

масовних медија такође допринесе да се те заблуде одржавају путем филмова, серија и часописа.

Заблуде које постоје у заједници, а које подржавају и припадници вршњачких група су следеће: алкохоличари и наркомани су бескућници, зависници су они који су стално „пијани” или „надрогирани”, зависницима се догађају грозни проблеми када покушају да оставе супстанцу, наркомани су само они који узимају „тешке” дроге, наркомани су само они који дрогу уносе интравенозно, зависници од алкохола и дроге не могу имати пристојне моралне стандарде.¹¹⁶

Заблуда је да су „*Алкохоличари и наркомани бескућници*” због тога што је набавка дроге или алкохола постаје временом скупа, а добро је познато да бескућници немају посао, а самим тим и довољно материјалних средстава да набаве дрогу. Наравно, последица узимања психоактивних супстанци као и коцка могу да доведу да се прода стан и друге непокретности како би се отплатили дугови или се набавила средства за даље дрогирање, али је проценат бескућника који су тако завршили јако мали.

Једно истраживање говори да је већина алкохоличара у браку и да је стамбено задовољено. Они тако живе као и други људи. Наравно, због проблема са алкохолом, временом почну да имају проблема у браку, на послу или са здрављем али то не угрожава њихов стамбени статус.¹¹⁷

Заблуда „*Алкохоличари и наркомани су само они који су стално пијани или надрогирани*” је присутна и код родитеља зависника, пријатеља зависника и код самог зависника. Ове долази до изражаја механизма одбране који се зове социјална компарација. Она на један начин умирује породицу зависника да њихово дете можда није у великом проблему, а зависнику омогућава да настави са узимањем. Проблем зависности се јавља када долази до здравствених, породичних, професионалних, социјалних и других последица.

Заблуда „*Зависницима се догађају страшни проблеми када престану са узимањем*” је донекле тачна. Стање кроз које пролазе се назива апстиненцијални синдром. Међутим, са изузетком случаја код појединих алкохоличара, ниједан зависник од кокаина и хероина још није умро због апстиненцијалне кризе која кроз неколико дана сама нестане. Уз медицинску помоћ што се зове детоксикација, ове тегобе се брзо и врло успешно санирају без проблема.

¹¹⁶ Настасић П., *Не дозволи да те дрога избаци из игре*, Едукативни приручник, Привредни преглед, ДОО, Београд, 2004, стр. 59-64.

¹¹⁷ Manzoni Jean Michel и остали аутори, *Истраживање о злоупотреби алкохола и других дрога међу младима у Србији 2005*, Министарство здравља Републике Србије, Београд, 2005, стр. 9.

Заблуда „*Наркомани су само они који узимају тешке дроге*” је можда и најраширенија. Чак се и у неким удбеницима дроге деле на лаке и тешке. Дроге могу бити само лаке ако узмемо у обзир њихову доступност, легалност и материјалну цену, али последице које оне праве дугорочно по организам, психу, породицу и друштво су далеко веће. Тако канабиноиди и депресори централног нервног система спорије изазивају зависност у односу на опијате и стимулансе, али је зато лечење од њих дуготрајније, напорније, теже што изазива чешће рецидиве.

Заблуда да су „*Наркомани само они који дрогу узимају интравенозно*” је последњи вид одбране код самог зависника који дрогу уносе ушмркивањем, гутањем и пушењем. Такође је реч о социјалној компарацији коју користе чак и када признају родитељима да узимају супстанцу. Све се ради у циљу ублажавања проблема односа са околином, али и са собом. Како све дроге без обзира на начин уношења делују на централни нервни систем, свакако је било који даљи коментар сувишан, осим да се напомене да је интравенозно уношење дрога најризичнији за ширење бројних бактеријских и вирусних инфекција од којих су неке врло опасне по здравље и којима нема лека.

Заблуда „*Зависници од дроге не могу имати пристојне моралне стандарде*” је присутно због тога што зависници често крше обичајне, моралне и правне норме. Међутим, то правило не важи за све зависнике. Сетимо се само неких познатих личности које су заслужили поштовање, а имали су или проблем са психоактивним супстанцама. То су: Лиз Тејлор, Винстон Черчил и Бети Форд.

Код алкохолизма постоји тип делта алкохоличар. Тај тип свакодневно пије, али је већина алкохоличара мирна и успева да изврши своје радне и породичне улоге. Медицинске последице су тешке. Из ових разлога је неопходно да се промени мишљење да су алкохолизам и наркоманија знак слабости морала. То је неопходно како би се укинуло морално осуђивање које одвраћа многе зависнике да потраже помоћ.

Постоји још једна мање раширена заблуда а то је да је „*већина алкохоличара и наркомана без посла*”. Заправо, развитком многих нових дрога, коришћењем стимуланса и алкохола, већина корисника и зависника још дуго могу добро да

обављају своје радне улоге. Када је алкохол у питању чак 70% оних који имају проблема са алкохолом су јако добри стручњаци у професијама које се баве.¹¹⁸

Заблуда „Једном наркоман, увек наркоман” захтева мало дубље објашњење. Као што било ко може постати зависан од узимања дрога, тако и свако ко је постао зависан може трајно престати да узима дрогу. Већина особа заступа уверење да је дрогу могуће оставити само на неко време, али ће се кад тад опет вратити узимању дрога. Главна психолошка добит је ослобађање од осећања кривице, јер наркоман верује да један део њега жели да се дрогира, а други део може жели да престане. Овај конфликт постаје бесмислен ако је је престанак дрогирања немогућ. На тај начин особа ни пред собом ни пред другима не може бити крива за то што наставља да се дрогира. Када би сви људи прихватили да је наркоманија непроменљива и неизлечива, престали би да врше притисак на наркомане да се ослободе своје зависности. Права истина је да свако ко узима дроге може и престати да их узима.¹¹⁹

На крају, може се закључити да су фактори друштва који доприносе развоју болести следећи: економска и друштвена криза, сиромаштво, друштвена изолованост и дезорганизација заједнице, закони и норме које толеришу употребу алкохола и дроге, доступност дроге и алкохола.¹²⁰

¹¹⁸ Барачков. Н. и остали аутори, *Васпитање за здравље кроз животне вештине*, приручник, Министарство просвете и спорта Републике Србије, Београд, 2006, стр. 164-165.

¹¹⁹ Миливојевић З., *Игре које играју наркомани*, Психополис, Нови Сад, 2007, стр. 231-247.

¹²⁰ Програм сталног стручног усавршавања наставника, васпитача, стручних радника и директора, под називом "Болести зависности – препознавање, реаговање и превенција – оно што наставници треба да знају", аутори мр Стевица Борковић и Гордана Петровић спец. социотерапије и социјалне рехабилитације, одржан је у школама и предшколским установама Републике Србије током 2013. и 2014. године. Обрађени су подаци 100 испитаника који су учествовали у овом програму. На основу попуњених упитника који су се односили на испитивање ставова које су наставници, учитељи и васпитачи имали према психоактивним супстанцама добијени су следећи резултати: ставом да су *алкохоличари и наркомани незапослени* 52% испитаника се нису слагали, 40% су се делимично сложили, 5% нису имали изграђени став, док се 3% сложило у потпуности. Ставом да су *алкохоличари и наркомани бескућници* 71% испитаника се није сложило, 25% су се делимично сложили, 2% није имало изграђен став, а свега 2% се сложио са овим ставом. Ставом да су *зависници само они који користе "тешке" дроге* чак 92% испитаника се није сложило, ставом да су *алкохоличари и наркомани само они који су стално под дејством супстанце* није се сложило њих 62%, а 32% су се делимично сложили. Да се *зависницима догађају страшни и мучни проблеми када покушају да прекину са узимањем психоактивне супстанце* (присуство апстиненцијалног синдрома), 48% испитаника се сложило у потпуности, 35% се делимично сложило, 11% се није сложило, а 7% нису имали изграђен став. Да су *наркомани само они који дрогу уносе у тело путем шприца и игле*, чак 94% испитаника се није сложило, а да зависници од дроге и алкохола *не могу да се понашају тако што ће поштовати моралне стандарде*, делимично се сложило њих 51%, 23% у потпуности, 20% се није сложило, док 6% није имало изграђен став. Ставом да *алкохоличари и наркомани не могу да заснују породицу* 81% испитаника се није сложило, 15% се делимично сложило, док се свега 4% сложило у потпуности. Да *алкохолизам може успешно да се излечи* делимично се сложило 47% испитаника, а 43% се сложило у потпуности. Да је *наркоманија неизлечива болест* 53% се није сложило, 35% се делимично сложило, 10% није имало изграђен став, а мали остатак се сложио у потпуности. Ставом да су *наркомани и алкохоличари само они који имају физичку зависност* није се сложило 82% испитаника. Како крше бројне правне, обичајне и моралне норме, наркомане је

1.8.3. Супстанца као фактор зависности

Основно својство супстанце је њен утицај на централни нервни систем због чега долази до промене свести и расположења. Супстанца се користи ради ублажавања или елиминисања непријатних емоција или да би се позитивне емоције још више подигле. Овакво фалсификовање стварности има своју цену. У почетку се она узима да би се припадало некој групи, а касније развојем зависности супстанца се узима искучиво за сопствене потребе.

Да ли ће неко од младих да узима супстанцу зависи и од окружења, дакле друштва које има засновани став према одређеној супстанци. То значи да већина младих, али и старијих сматра да постоје лаке и тешке дроге, да нико није зависан ако дрогу не уноси интравенозним путем, да се психичка и/или физичка зависност не могу створити ако се дроге не користе сваки дан...

Сама легализација неких дрога и њихова лака доступност и неадекватно реаговање околине чине те заблуде још већим. У Србији и у другим деловима развијеног и неразвијеног света повећана је потрошња алкохола и седатива, нарочито од стране младих које не сматрају те супстанце опасним ако се користе умерено. Наркоманије и алкохолизма не може бити ако нема дроге и алкохола, што значи да је супстанца такође битан фактор зависности.

Ипак, у односу на факторе средине и супстанце, човек је тај који доноси одлуку да ли ће супстанцу пробати, користити је и изаћи из проблема доласком на рехабилитацију. Због тога можемо да закључимо да фактор човек није једини, али јесте доминирајући када је питање болест зависности.

Знаци који указују да особа користи супстанцу су: промена у понашању, слабљење успеха у школи или на послу, самоћа, не зна се како слободно време користи, све дуже остаје ноћу у граду, појављује се неки нови другови, немарност у облачењу и све мањи интерес за сопствени изглед, ношење наочара када им време није у циљу сакривања проширених зеница, црвенило очију праћено сузењем, црвене ноздрве код ушмркавања кокаина и стално цурење секрета из носа код узимања опијата, испуцале усне, непријатан мирис услед обилног знојења, тачкасте флеке од крви на рукавима одеће и ношење такве одеће током лета како би се сакрили убоди

најбоље елиминисати са свих аспеката (личног, социјалног, породичног, економског, професионалног и духовног) и *оставити их на периферију друштва* није се сложило 73% испитаника, 12% се делимично сложило, исто толико није имало изграђен став, а свега 3% се сложило у потпуности.

иглом, мршавост као знак физичког пропадања, дрхтање руку, тетурав и несигуран ход узимања барбитурата, канабиноида и удисања испраљивих супстанци.¹²¹

1.9. Фазе развоја болести зависности

Бројни терапијски приручници описују фазе развоја болести зависности и све оне имају сличности. Тако можемо да кажемо да се млада особа креће кроз пет фаза, мада оне између себе нису увек у потпуности јасне.

Прво узимање супстанце увек је у вези са радозналешћу и на то највише утичу вршњаци са својим површним ставовима о дрогама. Ова фаза се назива **експериментална**. Наставак узимање супстанце уводи у другу фазу, односно **социјалну** и она обухвата период који се планира унапред када ће се супстанца, где и у којим ситуацијама узети. Најчешће се узимају на забавама, рођенданима и концертима. Велики број корисника после неког одређеног времена престану са узимањем супстанце, а поједини наставе тако што експериментишу са новим супстанцама док и даље користе старе. Стално наводе изговоре, односно рационализују њихову употребу. Ова фаза се назива **инструментална** и након јављања психолошке зависности, улази се у **хабитуалну фазу**, односно фазу навике. То значи да млада особа више није у стању да психолошки и физички функционише без дроге. То је увод и у последњу пету фазу, познатијом као **компулсивна фаза** када је млада особа у потпуности измењена као личност, а физички назадована. У кризи су врло агресивни и опасни како по себе тако и по друге.¹²²

Ова последња фаза углавном поједине или све чланове породице мотивише да пронађу стручну помоћ.

1.10. Превенција болести зависности

Превенција је скуп метода и техника који имају за циљ спречавања неке негативне појаве и проблема. Постоји неколико типа превенције:

- Примарна превенција која за циљ има спречавање негативних појава;

¹²¹ Бацковић А., Мугоша Б., Лаушевић Д., *Превенција наркоманије*, Уницеф, Подгорица, 2000, стр. 101-103.

¹²² Настасић П., *Не дозволи да те дрога избаци из игре*, Едукативни приручник, Привредни преглед, ДОО, Београд, 2004, стр. 29-30.

- Секундарна превенција која се бави откривањем проблема и његовом рехабилитацијом или лечењем;
- Терцијална превенција има за циљ спречавање поновног враћања проблему или некој негативној појави.

Код психоактивних супстанци, превенција представља процес чији је циљ спречавање појаве проблема везаних за употребу алкохола и дрога.¹²³

Примарна превенција представља заштиту појединца у циљу спречавања пробања и коришћења дрога.

Секундарна превенција открива појединце који узимају или су зависни од психоактивних супстанци.

Терцијална превенција се бави спречавањем рецидива, односно поновне употребе психоактивне супстанце након рехабилитације зависника.

Превенција би најпре требало да почне у основним школама. Она подразумева активан процес који омогућава деци и младима да се суоче са изазовима као што су: животни догађаји и развојне фазе које би у функционалним условима требало да обезбеде здраве навике и начин живота. У овом смислу, циљ превенције је едукација о здравим животним навикама и едукација о психоактивним супстанцама. У том случају превенција би требало да се прошири и на локалну заједницу, па и шире како би се сузбиле одређене заблуде које постоје у вези дрога и зависницима.

Родитељи заузимају најзначајније место у превенцији зависности од дрога, јер представљају први ауторитет са којим се дете сусреће и због тога могу најповољније да делују на младог човека стварајући код њега негативан став према дроги.

У превенцији болести зависности од дрога родитељи могу да дају свој највећи допринос у следећем смислу:¹²⁴

- Да код детета развијају одбојан став према дроги;
- Да отворено разговарају с њим;
- Да развијају позитиван модел идентификације;

¹²³ Бацковић А., Мугоша Б., Лаушевић Д., *Превенција наркоманије*, Уницеф, Подгорица, 2000, стр. 23.

¹²⁴ Кузман М., Моравек Д., Marchiotti I., Кларић Д., *Родитељи у превенцији овисности*, Приручник за родитеље, Пројекат „Сви за против”, Градски уред за здравство, рад и социјалну скарб града Загреба, Загреб, 2001, стр. 36-40.

- Код болести зависности, родитељи треба да пруже помоћ у решавању проблема злоупотребе психоактивних супстанци.

Центар заједнице треба увек да буде на породици. Постоје породице које негирају проблеме везане за употребу алкохола и дрога код њихове деце и уопште, па је потребно подићи свесност о проблему.

Циљеви превенције су:¹²⁵

- Информисање о врстама и утицајима дрога на здравље;
- Промена ставова о коришћењу дрога;
- Подизање свесности о различитим врстама притисака да се користи дрога;
- Учење техника отпора;
- Развијање вештина примања и пружања помоћи;
- Превладавање стреса;
- Контрола осећања и
- Развој одговорности и одлучивања о ризичном понашању.

1.10.1. Специфичности превенције зависности од опијата

Зависници од опијата чине посебну субпопулацију. У односу на зависнике од таблета, алкохола или коцке, према њима влада мишљење како су неизлечиви тако да они немају довољно подршке од уже и шире социјалне средине да се изборе с овим проблемом у односу на друге зависнике. Бројне предрасуде чине да посебно хероински зависници ћуте о томе и када се налазе на рехабилитацији како не би постали стигматизовани. Предрасуда „једном наркоман, увек наркоман” најчешће се односи на њих. Хероин се увек сматрао тешком дрогом. Због овог је неопходно да се заједница информише да је категорија дрога на лаке и тешке непотребна и да свака од њих носи са собом бројне опасности. Често се дешава да се и сами зависници од марихуане, амфетамина, таблета и алкохола теше што нису у „горем” проблему, мислећи тиме на хероин.

¹²⁵ Бацковић А., Мугоша Б., Лаушевић Д., *Превенција наркоманије*, Уницеф, Подгорица, 2000, стр. 32.

Међутим, имајући у виду да бројни зависници од опијата улазе у криминалитет како би набављали све већу дозу супстанце, неопходно је разумети да сада више не трпе само чланови њихових породица, фамилија, пријатељи и колеге с посла, него целокупно друштво.

Требало би сачинити посебан национални програм и акциони план за спречавање, сузбијање, лечење и рехабилитацију опијатских зависника. Како је ова зависност примарно социјални проблем, а тек онда медицински, неопходно је да се у тај проблем укључи целокупна друштвена заједница. Са стручне стране, потребан је мултидисциплинарни приступ.

Сви друштвени и медицински ресурси треба да буду искориштени. Они подразумевају: повећање социјалне видљивости злоупотребе и зависности од опијатских дрога, њихово рано откривање, дијагностиковање у примарној здравственој заштити и сталан рад који се односи на повећање мотивације за рехабилитацијом.

Због апстиненцијалног синдрома, лечење опијатске зависности је поприлично скупо. Мали је број државних установа где се ови зависници могу рехабилитовати, па је неопходно да се у систем укључе и приватне установе којима би се рефундирани трошкови опоравка који умеју да трају и по неколико година.

Како се у зависност од хеорина улази социогеним путем, односно ранијим експериментисањем са другим дрогама попут алкохола, екстазија и марихуане, требало би младима у основним и средњим школама увести предмет који се бави болестима зависности, или проширити одређена градива из биологије, хемије, социологије и психологије о овим штетним појавама како би се стекла права информисаност.

1.10.2. Принципи превенције СЗО

Од свог оснивања Светска здравствена организација (СЗО) чини све да заштити здравље народа и смањи бројне ризике који доводе до разних болести.

У оквиру стратегије „Здравље за све у 21. веку”, од укупно 21 циља, два су посвећена болестима зависности, циљ 4 и циљ 12.

Циљ 4 се односи на здравље младих и обухвата следеће:¹²⁶

¹²⁶ Николић Д., *Болести зависности – пушење, алкохолизам, наркоманија*, II издање допуњено и осавремењено, Народна књига-Алфа, Београд, 2007, стр. 407.

- **Деца и адолесценти** требају да располажу бољим животним вештинама и да више буду у стању да праве боље животне изборе;
- **Морталитет и инвалидност** услед насиља и несрећних случајева међу младима треба смањити барем до 50%;
- **Треба знатно смањити број младих људи** који пуше, конзумирају алкохол или узимају дроге;
- **Инциденцију трудноћа међу тинејџеркама** треба смањити најмање за једну трећину.

Овај циљ треба да омогући подршку породицама са жељеном децом и добром способношћу родитељима, обучавање особља здравствених и социјалних установа да препознају и третирају случајеве злоупотребе деце, да се помогне деци и младим људима да доносе прави избор у животу и тако се смање случајеви нежељених трудноћа, малолетничке делинквенције, злоупотребе психоактивних супстанци, број несрећних случајева, омогућавање доброг образовања укључујући и сексуално образовање и запошљавање.

Циљ 12 се односи на смањивање зла као последице пушења, узимања алкохола и дрога. Реч је о превенцији болести зависности у општој популацији.

До краја 2015. године у свим земљама треба да се постигну следећи циљеви:¹²⁷

- Да број непушача износи најмање 80% код особа старијих од 15 година живота и 100% код млађих од тог узраста;
- Да потрошња алкохолних пића не порасте или не буде већа од 6 литара годишње, а да код особа које су млађе од 15 година живота буде близу нуле;
- Да превенција незаконите употребе психоактивних дрога опадне најмање за 25%, а морталитет најмање за 50%.

Највећи проблем за здравље у Европи је пушење. Повећање таксе на дуванске производе подићиће примања породице и сачувати велики број људских живота. У томе ће свој допринос дати и забрана рекламирања цигарета и приступачност специјализованим саветовалиштима.

¹²⁷ Исто, стр. 408-409.

Када је у питању алкохол он укључује опорезивање, контролу рекламирања и приступачност лечења зависности од алкохола.

Процењено је да број корисника опијата и других „тешких” дрога у Европи може ускоро да буде између 1,5 и 2 милиона, а то доприноси ширењу хив инфекције и хепатитиса.

Потврђено је да се смањује ризично понашање у оним друштвима где су развијени нови приступи у лечењу зависника. Мисли се пре свега на супституционе програме намењени опијатским зависницима.

1.11. Породица зависника

Зависност представља симптом да у породици постоје дубоки дисфункционални обрасци понашања. Сам зависник постаје кривац за та лоша дешавања. Родитељи очекују од свог детета да буде добро, послушно што доводи до његовог супростављања. Да би решио кризу идентитета, ауторитета и сексуалности, подршку лако добија од оних вршњака који одбацују исти такав захтев од својих породица. Ова вршњачка група представља основу за злоупотребе ПАС и стварање зависничког понашања које је у основи асоцијало и антисоцијално.¹²⁸

Зависност се може посматрати као породична болест која је погубна за све оне којима је стало до зависника.

Често током рехабилитације је због тога понекад потребна помоћ више сарадницима него самом зависнику из разлога што су њихова осећања дубоко повређена.

Неопходно је породицу разуверити да нису они одговорни за настанак болести зависности код свога члана. Зависник је тај који је донео одлуку да супстанцу проба, користи и да уђе у проблем. Исто тако је и његова одлука колико ће напредовати кроз рехабилитацију.

Међутим, због недовољне информисаности, породица може допустити да болест пролази непримећена. Понекад показује и немоћ да се суочи с њом.

Како би се избегла псеудорешења, породица најбоље може помогнути болесном члану тако што ће се обратити стручној помоћи. У вечини случајева зависник показује отпор према томе и обећава да ће се сам изборити с тим проблемом. У овим

¹²⁸ Beamon K., *Supporting and Motivating Adolescent Thinking and Learning*, Elon College, North Carolina, 2009, стр. 15-23.

ситуацијама је понекад неопходан и притисак, укључујући и уцене да би се зависник приморао на рехабилитацију.

Опоравак је дуг и исцрпан, али на крају даје добре резултате. То говори да нико уместо зависника не може учинити оно што он мора учинити сам.

Зависници често желе да контролишу, манипулишу и уцењују чланове своје породице. Заузврат, породица се реваншира вриштањем, плачем, галамом, преклињањем, претњом или на крају ћути и трпи. На тај начин штите његову болест. То је све из разлога што породица не зна како да му се супротстави.

Како дрогирање траје, оно не ствара проблеме само зависнику, него и свима другима који су око њега. Зависник се не дрогира на свој рачун него на рачун других лица. Када се год појаве неповољне компликације због дрогирања он пасивно и паразитски чека да се нешто спасоносно догоди, одбија одговорност за неповољне животне исходе и зато очекује од других да му помогну и спасу.

Зависник не може научити да одговорно решава своје проблеме, ако његова породица због властите анксиозности проблем отклања пре него што се зависник сам сучи са проблемом. На тај начин може расти нетрпељивост међу члановима породице.

Немогуће је не чинити ништа, а очекивати да ће се догодити нешто. Ако се не чини ништа, значи да се одустаје од зависника и проблема дрогирања. Сви чланови породице су увек у некаквом међузависном односу. Кроз рехабилитацију је важно научити који односи су деструктивни, а који могу бити од помоћи и потом кренути у њихову реализацију.

Сам зависник никада не може бити иницијатор промена. Он неће пристати на помоћ све док његова породица на несвестан начин подржава његов зависнички животни стил и дрогирање.

1.12. Последице болести зависности

Породица се јавља на рехабилитацију када су наступиле бројне последице. То се обично дешава када се зависник налази у компулсивној фази. То значи да су присутне здравствене, породичне, професионалне и шире друштвене последице које се сада не чине тако лако решивим.

Код телесних последица дошло је до видљивог губитка килограма, оштећења срца, јетре и бубрега, оштећења мозга и његових делова, а код неких је

дијагностикован ХИВ, хепатитис и бројне бактеријске инфекције у зависности на који начин су уносили супстанцу.

Бактеријски ектокардит је чест узрок смрти код зависника од дрога. Изазива га бактерија *staphylococcus aureus*.¹²⁹

Пад мотивације за одређеним активностима, оштећење когнитивних функција, повећање анксиозности, присутност депресије, параноје, психозе и промене личности су најчешће одлике психичких последица код већине зависника.

Због појаве незаинтересованости, већина зависника није привела крају школовање или изразила наставак образовања на факултету, а они који су били запослени престали су да дају свој максимум. Поједини су имали и проблема са законом.

Последице на којима се најдуже ради и до неколико година јесу оне настале у кругу породице, а тичу се односа између брачних партнера, родитеља и деце.

1.13. Лечење болести зависности

Лечење зависности је дуг и мукотрпан процес како за зависника тако и за чланове његове породице. У пракси је познато да отпор према лечењу нема само зависник, него и сарадници. Због тога је веома важно те отпоре на време уочити и радити на њиховом отклањању.

Лечење може имати два облика: индивидуално и групно. *Индивидуални рад* подразумева рад само са зависником, док групно лечење обухвата зависника и чланове његове породице или групе која се састоји од неколико зависника и чланова њихових породица. Дугогодишња пракса показује да највеће ефекте на рехабилитацију и ресоцијализацију има *групни рад*. Рад само са зависником даје врло мало резултата, с обзиром на то да је наркоманија породична болест и она се лечи системски, радом са свим члановима породице. Тако настају промене код њих. Зависник од почетка лечења зна за то, па често показује бројне отпоре да на лечење долази уз пратњу родитеља. Сматра да се тако осећа као у затвору, јер је непрекидно под контролом. Када отпори попусте, може доћи до негодовања што мора да иде на групу где се налазе друге породице које имају исти проблема. И тада зна да се на групи теже манипулише родитељима, јер група са својим карактеристикама брзо реагује против таквих

¹²⁹ Букелић Ј., *Дрога – мит или болест*, Завод за уџбенике и наставна средства, Београд, 1989, стр. 207-208.

поступака. Из тих разлога, лечење групном терапијом је нужност у борби против сваког облика зависности.

Данас је прихваћен став да сви облици лечења опијатске зависности имају своје место у одређеном проценту. По приказима националних стратегија земаља Европске уније, заступљеност терапијских процедура је, најчешћа, следећа:¹³⁰

- 15% зависника требало би да апстинира у ванболничком третману (антагоинистичка терапија – налтрексон);
- 60% одржава апстиненцију уз супституциону терапију (метадон, бупренофрин);
- 15% се рехабилитује у комунама;
- 8% се лечи и чува у пеналним условима (затворима);
- 2% се лечи у специјалним и другим психијатријским билничким програмима.

1.14. Третман зависности од опијата

Опијатске дроге доводе до брже и снажне најпре психичке, а онда и физичке зависности. На лечење се долази поприлично касно, само када су одређени притисци приморали зависника да се одлучи на тај корак. Главни страх хероинаца јесте снажан и врло непријатан апстиненцијални синдром који се карактерише дијарејом, боловима у целом телу, проблемима са спавањем, цурењем носа и сувим кашљем. То доводи до испољавања још већих отпора да се затражи помоћ. Дрога се набавља без обзира на цену и не марећи за последице по себе ни по друге.

Излаз из ове ситуације види се само у примени свих фаза лечења у коју се укључују чланови породице, ужа и шира социјална средина. Лечење базирано искључиво на само медицинском третману који се базира на детоксикацији и фармакотерапији не даје резултат на дуже стазе. Код хероинских зависника је изражена врло јака психичка зависност због чега се брзо јављају рецидиви ако се скраћују програми рехабилитације. Честа су и предозирања.

Из ових разлога опијатску зависност односно зависност од хероина, метадона и тродона треба лечити савременим организационим моделима који подразумева

¹³⁰ *Супституциона терапија зависника од опијата*, Измена и допуна националних смерница, Министарство здравља Републике Србије, Републичка стручна комисија за превенцију и контролу болести зависности, Београд, 2012, стр. 8.

хоспитални третман (спроводи се на одељењу интензивне неге), парцијалну хоспитализацију (дневне, ноћне и викенд болнице), и лечење кроз продужне фазе.

Циљеви оваквог типа лечења су многобројни, а не заснивају се само на успостављању апстиненције. Пун програм омогућава да зависник санира бројне здравствене проблеме укључујући и психичке тегобе или психијатријске поремећаје, да реши своје социјалне и професионалне проблеме које има у животу, да поправи породичне односе као и односе са ужом и широм околином, да формира нове навике и системе вредности у планирању и провођењу слободног времена, да развија нове начине комуникације и да промени етичке вредности. На овај начин формира се један сасвим нов животни стил пацијента и његове породице.

1.14.1. Медицински третман код зависности од опијата

Елинисање апстиненцијалног синдрома путем медицинске детоксикације је само први степен лечења зависности. Њоме се безбедно решавају акутни физички симптоми апстиненције и тело се чисти од дроге, али то није довољно да се постигне дуготрајна апстиненција.

Да би се неутралисао узрок апстиненцијалног синдрома примењују се антихолинергици који елиминишу сузење, кијање, језу, узнемиреност, цурење из носа и грчеве у стомаку. За отклањање болова се користе аналгетици или антиреуматици у комбинацији са антихолинергичима. У случајевима несанице користе се антидепресиви. Коришћењем антиепилептика елиминише се у потпуности апстиненцијални синдром након пет или шест дана. У наставку лечења смеју да се користе само они медикаменти који делују на суфиците или дефиците појединих неуротрансмитера и на њихов међусобни баланс, при чему се води рачуна и о хипер или хипосензибилизацији рецептора и на тај начин се избегава појава депресије, анксиозности као и жудње.¹³¹

Како је код хероинских зависника често присутна могућност предозирања, ова стања морају да се третирају као хитна стања јер могу довести до смрти.

Ови пацијенти се збрињавају у центрима за реанимацију јер су они опремљени савременим техничким апаратима и великим арсеналом лекова. Најважније је придржавати се принципа клиничке токсикологије. Код контроле дисања неопходно је

¹³¹ Лазих Б., *То може бити и Ваше дете*, Д.О.О. Др Боро Лазих, Београд, 2007, стр. 160-161.

пратити фреквенцију, ритам, дубину, врсту, стање дисајних путева и мирис издахнутог ваздуха. У контроли кардиоваскуларног система прати се фреквенција, ритам, тонови, ЕКГ, пулс, вене и артеријски крвни притисак. На кожи се контролише боја, топлина, постојање ожиљака и апцеса. Како је централни нервни систем изузетно угрожен треба контролисати стање свести, психички статус, очи (реакције зеница и њена ширина), постојање конвулзија или епилептичних напада, рефлексе и детаљан психијатријско-неуролошки преглед. Потребно је извршити и преглед других органа, констатовати постојање повреда, да ли су присутни дијареја и повраћање...¹³²

Као што се види, медицински третман се састоји у помагању да се одржи нормалан степен дисања и крвног притиска пацијента, и да се поправи функција бубрега. То се све чини како би се убрзала елиминација опијата из организма.

Све дроге могу да изазову предозирање, али се то најчешће догађа са дрогама из групе депресора (акохол, бензодиазепини, барбитурати), опијатима (хероин и метадон) и стимулансима (кокаин, амфетамин и екстази).

У случајевима када медицинска помоћ не стигне да се пружи на време, смрт може наступити за свега неколико минута.

1.14.2. Породица опијатског зависника и системска групна породична терапија опијатске зависности и релације са осталим приступима третмана

Психотерапија је незаобилазни процес лечења опијатских зависника. Она се примењује као индивидуална или групна. Захваљујући њој разрешавају се многи проблеми емоционалне и когнитивне природе наркомана у фази апстиненције.

Групна терапија разрешава конфликте и проблеме, утиче да се промени емоционална клима у породици, омогућава бољу интерперсоналну комуникацију, а самим тим и здравији начин живљења.

У процесу рехабилитације, социотерапија се такође не може заобићи. Она представља терапијски процес када се у програм укључују и друге значајне особе из социјалне мреже зависника.

Најзначајније особе које се укључују у процес лечења од његовог самог почетка су чланови породице. Без обзира на то да ли су породични проблеми били једни од

¹³² Букелић Ј., *Дрога у школској клици*, Веларта, Београд, 1995, стр. 157-158.

узрока да се уђе у болест зависности, по пријему пацијента одмах се започиње рад са родитељима тако што им се пружају основне информације везане за болест њиховог члана и давања инструкција за њихову будућу сарадњу са особљем установе.

Када се заврши интензивна фаза лечења, наставак се спроводи са пацијентом и члановима његове породице. Уколико су раније постојали конфликти они се кроз терапију морају решавати, јер несређивање прилика у породици у коју се пацијент враћа брзо доводи до поновног узимања супстанце. Родитељи добијају упутства како да се понашају у критичним ситуацијама са зависником и шта је неопходно да мењају код себе. Неопходно је свакодневно радити на побољшању комуникације, а о проблемима не сме да се ћути, него их је потребно решавати. Нема потребе да наступа паника ако пацијент има кризу. Они који је немају, треба да буде сигнал терапеуту да нешто није у реду. Кризе су саставни део лечења. Разговори о дрогирању и последице до којих се због тога дошло често мотивишу пацијента за даљим лечењем.

Опијатска зависност не треба да се крије од људи из уже и шире социјалне средине. Они већ на неки начин знају да се нешто дешавало. Сарадник и пацијент треба заједнички да се договоре ко из окружења сме да зна за проблем и на који начин му се то саопштити. Током лечења родитељи морају сами себе непрекидно да анализирају као и своје поступке у прошлости како би се дошло до сазнања шта је ту било погрешно и шта се све мора мењати.

Ово су само неке карактеристике лечења које се спроводе применом **групне породичне терапије**. Ова терапија се и најчешће користи код болести зависности а њен циљ је да се побољша комуникација и да се помогне свим члановима породице да увиде своје грешке и да их исправе.

Већи број аутора наглашава да у болестима зависности доминира презаштићујућа мајка која је превише толерантна и попустљива, а очеви су описивани као емоционално удаљени од породице и који имају строг став у васпитању. У овим породицама, зависник је најчешће особа с којом није било никаквих проблема до уласка у пубертет. Системска терапија помаже у разумевању улоге породице у одржавању зависности од опијата и других дрога, али не пружа довољно објашњења за узроке настанка.¹³³

Колико год утицајна на промену односа, породична терапија је често испреплетена са другим терапијским моделима који се такође користе. **Когнитивно бихејвиорална терапија** је значајна јер омогућује пацијенту да увиди како његов

¹³³ Милашиновић Ј., Драган Савелић Ј., *Породица и дроге*, Све о саветовалишту за болести зависности, Приручник за здравствене раднике и здравствене сараднике, Теком, Београд, 2010, стр. 105.

начин размишљања није у равнотежи са његовим понашањем, односно пацијент једно каже, а супротно ради. Увидом у контрадикторност оваквог понашања омогућава смањење ризика који се назива рецидив.

Такође, **РЕБТ терапија** (рационално емотивно-бихејвиорална терапија) може бити од значаја да пацијент дефинише своје бурне емоције које утичу на његово импулсивно понашање.

У неким ситуацијама може се применити и **психодрама** како би пацијент почео брже да развија емпатију коју је потиснуо током периода дрогирања. **Психоанализа** се ређе користи због могуће злоупотребе од стране пацијента када би током кршења терапијских правила или манипулација желео да оправда своје понашање. Међутим, код анализе појединих снова, психоанализа даје свој значај у откривању затворене кризе.

1.14.3. Програми за смањење штете

Код лечења опијатске зависности најбоље резултате дају они **програми са високим захтевима** који подразумевају одсуство било какве дроге и испуњавању свих циљева лечења, нарочито сређивање породичних прилика, побољшање социјалног и професионалног функционисања.

Нажалост, постоје пацијенти који не могу дуго да одрже апстиненцију. Ради се о недовољној мотивисаности да се одрекну дроге. Они се укључују у **програм за смањење штете** који обухвата поделу здравствено едукативног материјала, стерилних шприцева и игала, презерватива.¹³⁴

Ови програми се спроводе како би се зависницима подигао ниво свести и сазнање о здравственим последицама дрогирања, а уједно да постоји и начин лечења тих последица. Програм има добру страну што зависника доводи у контакт са здравственим особљем.

Поред ова два програма, постоји и трећи који се назива **супституциона терапија**, а он има карактеристике програма за смањење штете.

¹³⁴ Марјановић Д., Милићевић Ж., *Дрога, алкохол, коцка – непријатељи живота*, приручник за превенцију болести зависности у основним школама, Завод за уџбенике, Београд, 2013, стр. 81-82.

1.14.4. Супституциони програми

Супституциона терапија представља замену супстанце другом супстанцом у циљу лечења. За разлику корисника програма за смањење штете где не постоји жеља за прекидом узимања дроге, у овој терапији зависници од опијата желе да престану са узимањем, али нису способни да успоставе и одрже апстиненцију. Овај програм им даје могућност да стабилизују своје физичко и психичко стање, склања их са улице, спречава ширење крвно и полно преносивих болести и удаљава их од кримогеног понашања.¹³⁵

Колико год овај програм има сличности са програмом за смањење штете, он нажалост ретко доводи до апстиненције опијатског зависника, а самим тим и преласка у фазу рехабилитације и стабилизације.

Најпопуларнији супституциони програм код зависника од хероина је прелазак на **метадон**. Један милиграм метадона успешно супституише четири милиграма хероина. Иако метадон изазива блажу зависност у односу на хероин, третман је упорнији. Због тога се не сме давати дуго.¹³⁶

Метадон се даје свакодневно у соку, јогурту или млеку. Неопходно је вршити контролу урина, јер зависници често продају метадон за хероин.¹³⁷

Студије коришћења **бупренорфина** нису потврдиле исплативост, јер се његовим прекидањем узимања јавља жудња за хероином. Захваљујући том леку, зависници се осећају јако добро и стабилни су у периоду од две до четири године. Осећај сигурности и велике снаге доводи до јављања идеје код пацијента да предложи лекару да му се овај лек више не преписује. Неки од њих донесу и сами ову одлуку без консултације са стручним лицем. Лекар мора да утиче разговором на пацијента и убеди га да настави да пије бупренорфин.¹³⁸

Налтрексон је дериват налоксона. Уноси се оралним путем. Дуготрајно делује као снажан опијатски антагонист код особа које су зависне од хероина, метадона, морфина и кодеина. Он спречава 24 сата могућност деловања накнадно узетог другог опијата. Налтрексон може бити ефикасна помоћна терапија за све опијатске зависнике

¹³⁵ Исто, стр. 82.

¹³⁶ Букелић Ј., *Дрога у школској клупи*, Веларта, Београд, 1995, стр. 161-162.

¹³⁷ Постоје **јатрогени метадонци**. Они су постали зависници од метадона који им је ординирао лекар током лечења неке озбиљније болести. Већина њих су доживотни корисници метадона и нису спремни да се тога одрекну. Етика налаже лекару да их стално мотивише да прихвате лечење.

¹³⁸ Сакоман С., *Лијечење опијатских овисника*, приручник, Алкалоид Д.О.О., Загреб, 2013, стр. 78.

који могу да се суоче са озбиљним последицама у породици, на послу и законом ако не престану да се дрогирају.¹³⁹

Његови ефекти су следећи:¹⁴⁰

- Спречава све ефекте хероина који је унет у малим дозама;
- Ствара симптоме апстиненцијалног синдрома ако се хероин унесе у већим количинама;
- Учвршћује мотивацију за даљим лечењем јер решава проблеме настале узимањем хероина и других опијата;
- Враћа могућност унутрашње контроле и повећава личну одговорност пацијента;
- Дуго времена делује;
- Ефикасан је при оралном узимању;
- Довољно је снажан;
- Има блажи агонистички потенцијал.

У супституционој терапији се користе још и налоксон, налорфин, циклазоцин, суботекс, субоксон...

1.15. Законска регулатива у вези са опијатима и другим психоактивним супстанцама

Постоје неколико модела реаговања на узимање психоактивних супстанци:¹⁴¹

- **Моралистичко-легални** модел који подразумева друштвено раговање које се изражава кроз моралну осуду оних који користе супстанцу;
- **Медицински модел** који сматра да је узимање супстанци болест коју треба лечити;

¹³⁹ Исто, стр. 137-140.

¹⁴⁰ Вучковић Н., *Дроге од забаве до болести*, Футура публикације, Нови Сад, 2007, стр. 40-41.

¹⁴¹ Шпадијер Џинић Ј., *Социјална патологија – социологија девијанности*, Завод за уџбенике и наставна средства, Београд, 1988, стр. 193-194.

- **Психосоцијални модел** полази од тога да се дрога узима да би особа решила или ублажила неке проблеме које има, не занемарујући утицај средине с којом је у контакту;
- **Социо-културни модел** сматра зависност од психоактивних супстанци као друштвену девијацију која се може решити само одређеним мерама превентиве.

По Казненом закону Републике Србије, а глави двадесет и трећој, Кривична дела против здравља људи, а за *неовлашћену производњу, држање и стављање у прометопјних дрога*, члан 246. каже се следеће:¹⁴²

(1) Ко неовлашћено производи, прерађује, продаје или нуди на продају или ко ради продаје купује, држи или преноси или ко посредује у продаји или куповини или на други начин неовлашћено ставља у промет супстанце или препарате који су проглашени за опојне дроге, казниће се затвором од две до дванаест година.

(2) Ако је дело из става 1. овог члана извршено од стране више лица која су се удружила за вршење тих дела, или је учинилац овог дела организовао мрежу препродаваца или посредника, учинилац ће се казнити затвором од пет до петнаест година.

(3) Ко неовлашћено држи супстанце или препарате који су проглашени за опојне дроге, казниће се новчаном казном или затвором до три године.

(4) Учиниолац дела из става 3. овог члана који опојну дрогу држи ради сопствене потребе може се ослободити казне.

(5) Учиниолац дела из ст. 1 до 3. овог члана који открије од кога набавља опојну дрогу може се ослободити казне.

(6) Ко неовлашћено прави, набавља, поседује или даје на употребу опрему, материјал или супстанце за које се зна да су намењене за производњу опојних дрога, казниће се затвором од шест месеци до пет година.

¹⁴² vutra.org/kazneni-zakon-srbije.php, 12.08.2012.

(7) Опојне дроге и средства за њихову производњу и прераду одузеће се.

За омогућавање уживања опојних дрога, а по члану 247. каже се следеће:

(1) Ко наводи другог на уживање опојне дроге или му даје опојну дрогу да је ужива он или друго лице или стави на располагање просторије ради уживања опојне дроге или на други начин омогућује другом да ужива опојну дрогу, казниће се затвором од шест месеци до пет година.

(2) Ако је дело из става 1. овог члана учињено према малолетном лицу или према више лица или је изазвало нарочито тешке последице, учинилац ће се казнити затвором од две до десет година.

(3) Опојне дроге одузеће се.

Када је у питању лечење зависника, оно може бити добровољно и врши се у специјализованим медицинским установама, или наметнуто од стране надлежних државних органа.

Ово значи да лечење зависника од дрога јесте добровољно, али како би се држава заштитила од штетног и деструктивног дејства употребе дрога, и како би заштитила и самог појединца држава је у Кривичном закону увела мере обавезног лечења наркомана и алкохоличара (чл. 83 и чл. 84 КЗРС).¹⁴³

Обавезно лечење наркомана (чл. 83 КЗРС):¹⁴⁴

(1) Учиниоцу који учини кривично дело услед зависности од употребе опојних дрога и код којег постоји озбиљна опасност да ће услед ове зависности и даље да врши кривична дела, суд ће изрећи обавезно лечење.

(2) Мера из става 1 овог члана извршава се у заводу за извршење казне или у одговарајућој здравственој или другој специјализованој установи и траје док постоји потреба за лечењем, али не дуже од три године.

¹⁴³ Јовановић Д., *Специфичности криминогених активности везаних за психоактивне супстанце (ПАС)*, Све о саветовалишту за болести зависности, Приручник за здравствене раднике и здравствене сараднике, Теком, Београд, 2010, стр. 76-77.

¹⁴⁴ Исто, стр. 78.

- (3) Кад је мера из става 1 овог члана изречена уз казну затвора, она може трајати дуже од времена изречене казне, али њено укупно трајање не може бити дуже од три године.
- (4) Време проведено у установи за лечење урачунава се у казну затвора.
- (5) Када је мера из става 1 овог члана изречена уз новчану казну, условну осуду, судску опомену или ослобађање од казне лечење се обавља на слободи и не може трајати дуже од три године.
- (6) Ако се учинилац, без оправданих разлога, не подвргне лечењу на слободи или лечење самовољно напусти, суд ће одредити да се мера принудно изврши у одговарајућој здравственој или другој специјализованој установи.

Обавезно лечење алкохоличара (чл. 84 КЗРС): ¹⁴⁵

- (1) Учиниоцу који учини кривично дело услед зависности од употребе алкохола и код којег постоји озбиљна опасност да ће услед ове зависности и даље да врши кривична дела суд ће изрећи обавезно лечење.
- (2) Мера из става 1 овог члана извршава се у заводу за извршење казне затвора или у одговарајућој здравственој или специјализованој установи и траје док постоји потреба за лечењем, али не дуже од изречене казне затвора.
- (3) Време проведено у установи за лечење урачунава се у казну затвора.
- (4) Када је мера из става 1 овог члана изречена уз новчану казну, условну осуду, судску опомену или ослобађање од казне извршава се на слободи и не може трајати дуже од две године.
- (5) Ако се учинилац, без оправданих разлога, не подвргне лечењу на слободи или лечење самовољно напусти, суд ће одредити да се мера принудно изврши у одговарајућој здравственој или другој специјализованој установи.

Када су у питању малолетна лица, суд за малолетнике применом чл. 14 (Закон о малолетним учиниоцима кривичних дела и кривично-правној заштити малолетних лица) малолетном лицу може да изрекне једну или више посебних обавеза, ако оцени да је одговарајућим захтевима, или забранама потребно утицати на малолетника и његово понашање. Једна од посебних обавеза коју Суд за малолетнике може изрећи

¹⁴⁵ Исто, стр. 78-79.

малолетнику је "да се подвргне одговарајућем испитивању и одвикавању од зависности изазване употребом алкохолних пића или опојних дрога".

2. ПОРОДИЦА И ЊЕН ЗНАЧАЈ У НАСТАНКУ ОПИЈАТСКЕ И ДРУГИХ ЗАВИСНОСТИ

Породица је одувек била предмет интересовања како друштвених тако и природних наука. Породица има значајну улогу код деце и њиховој социјализацији у друштву. То је из разлога што родитељ представља узор за поистовећивање, односно формирање личности детета у психолошком смислу. Током неуспеле социјализације поједини чланови породице постају симптоми који представљају знак да је неопходна помоћ од стране друштва.

Као и сви живи организми, породица има свој живот. Она је много више од једноставног збира свих својих чланова. Најзначајније животне циклусе човек проводи управо у породици и због тога не постоји ниједан тако снажан емотивни и социјални однос који толико може да утиче на формирање нечијег идентитета.

Породица је друштвена група. Због свог великог утицаја на формирање идентитета и других карактеристика назива се још и *основном ћелијом друштва*. Најчешћа одређења дају социолози, а њихово основно полазиште је суштина породичне заједнице која се базира на задовољењу основних потреба. Међутим, породица је сексуална заједница у којој се формира и крвна веза између родитеља и деце. У том смислу, она задовољава и биолошке потребе и потребе друштвене репродукције.

Породица чини групу која је заснована на слободном избору првих двоје, који су темељ, и на личностима које се унутар породице рађају, развијају и осамостаљују.¹⁴⁶

Основу породице чини *брак*. Брак је законски заснована институција заједничког живота пунолетних особа различитог пола. Он подразумева узајамна права и обавезе супружника, што се регулише правним прописима а често и верским и обичајним нормама.¹⁴⁷

¹⁴⁶ Бојанин С., Радуловић К., *Социјална психијатрија развојног доба*, Научна књига, Београд, 1988, стр. 36.

¹⁴⁷ Видановић И. (2006), „Речник социјалног рада”, Ауторско издање, Београд, стр. 71.

Најкраће речено, брак је друштвено призната веза између мушкарца и жене.

Кроз историју, брак је имао различите облике:¹⁴⁸

- **Групни брак**, где једна група жена ступа у брачне односе са другом групом мушкараца;
- **полигамија**, брак са више партнера;¹⁴⁹
- **моногамија**, брак са једним партнером који је карактеристичан за савремена друштва.

Данас се све више поставља питање да ли је моногамни брак одржив? Да ли је човек заиста моногамно или можда и полигамно биће? То је још увек тешко рећи. Људи се одлучују да живе са једним партнером неки низ година, неки и до краја живота, али то ипак не искључује неку њихову другу природу. Поједини људи у браку праве излете и за то имају различите изговоре. Иако не заснивају другу, трећу, пету или десету заједницу они и даље живе у браку само с једном особом, али са стране воде неке друге животе који такође могу бити врло интензивни у смислу неке емоционалне размене. За такве људе се не може рећи да су заиста моногамни, тако да давање одговора на то питање је и даље врло комплексно.¹⁵⁰

Брак може да буде: **обичајни** (он је типичан за традиционална и предцивилизацијска друштва), **црквени** (преко институционалних религија), **грађански** (који се склапа пред државним органима) и **фактички брак**, односно конкубинат (ванбрачна заједница).

Рађањем деце, брак прераста у *породицу* као сродничку заједницу. Тако настаје крвно, односно природно сродство по рођењу. Ово сродство се темељи на забрани родоскрвнућа (инцест табу) и оно раздваја људску друштвену групу од животињског чопора.¹⁵¹

Сродство није само биолошка, него и културно-историјска категорија, односно друштвени однос. Према начину рачунања сродства разликују се два типа породичних односа: **матријархат** у којем је мајка централна личност породице и сродство се

¹⁴⁸ Митровић М., Петровић С., *Социологија*, Завод за уџбенике и наставна средства, Београд, 1992, стр. 63.

¹⁴⁹ Полигамија потиче од грчке речи „*poli*” - много, „*gamos*” - свадба. Јавља се у два облика: а) полигинија (један мушкарац са више жена), б) полиандрија (једна жена са више мужева).

¹⁵⁰ Јеротић В., Гајшек А., *Agape I*, Драслар партнер, Београд, 2009, стр. 79-81.

¹⁵¹ Поред крвног сродства постоји још и *тазбинско* сродство које настаје женидбом или удајом, *адоптивно* сродство које настаје усвојењем и *духовно* сродство као што су кумство и побратимство.

рачуна по њеној линији и **патријархат** у коме је отац главни ауторитет и сродство се рачуна по мушкој линији.

Када се деца роде супружници добијају нову друштвену улогу. Родитељска улога је веома одговорна. Друштво је позвано да родитеље опомене, а кад треба и да принуди, да материјално подижу и васпитавају своју рођену или усвојену децу. Када деца одрасту, имаће такође одговорности и обавезе према својим остарелим родитељима.

На основу реченог, може се закључити следеће: „Породица је примарна биопсихо-социјална заједница родитеља и њихове (рођене или усвојене) деце”.¹⁵²

Породица је примарна заједница зато што је најважнија и најприснија људска скупина. У њој се успостављају трајне, емотивно присне, солидарне и свестране везе међу члановима.

Сређеност и стабилност у породици су незаменљиви услови за нормалан развој личности, за срећан лични живот људи. Ако је породица стабилна биће стабилно и друштво.

Које и какве функције ће породица вршити зависи од многих фактора. Оне се мењају као што се и сама породица мења. У периоду примитивних породичних организација породичне функције нису биле одвојене од друштвених, јер је човек у то време био слаб и незаштићен да би се само ослањао на сопствене снаге. Међутим, када је постао способан да привређује, породица почиње да се ослања на властите снаге. Касније долази до поновног преплитања породице и друштва. Држава велики број породичних функција почиње да преузима на себе.

Социолози породицу одређују као друштвену групу која има одређене функције. Те функције су универзалне у свим друштвима. Породица је незаменљив чинилац у подизању и васпитању деце, односно, породица је **колевка здраве личности**. Због тога треба најпре да се у њој траже узроци васпитне запуштености деце и других негативних промена и појава.¹⁵³

Породичне функције на пољу васпитања су многобројне:¹⁵⁴

- Љубав према ближњем и својој земљи;

¹⁵² Митровић М., Петровић С., *Социологија*, Завод за уџбенике и наставна средства, Београд, 1992, стр. 62.

¹⁵³ Јакшић С., *Савремене теорије о положају детета у друштву*, ФПН, Београд, 1985, стр. 83-89.

¹⁵⁴ Јакшић С., *Путеви и странпутице породичног васпитања*, Зборник радова III, ФПН, Београд, 1997, стр. 237-239.

- Васпитање радног човека на основу заједничких послова, породичних обавеза, сарадње, стваралаштва. На тај начин породица формира прва радна умећа и навике, дете се учи марљивости, раду, васпитава се савесност, одговорност;
- Васпитање члана породице као будућег родитеља;
- Обезбеђивање здравља и срећног детињства. То је услов за здрав психолошки развој детета, његову будућу радну способност и породичну срећу.

Породично васпитање базира се на два принципа: на љубави и на потреби да се дете укључи у систем породичних односа. Љубав према детету је најважније васпитно средство.

Љубав је могућа јер се заснива на постојању психичког механизма заснованог на интернализацији вољеног објекта што се назива *емоционално везивање*.

Емоционално везивање је „основни психички механизам који је у основи сваке љубави и који омогућује људску друштвеност, али и осећања попут туге или жалости. Емоционално везивање је оно што омогућује љубав родитеља и детета. Након рођења детета прво се мајка везује за дете, а затим након шестог месеца и дете за мајку, тако да настаје обострана везаност - симбиоза”.¹⁵⁵

Ова снажна емоционална веза задовољава потребу за заштитом. Могли бисмо рећи да се скоро све функције породице базирају на потребама како појединца тако и на потребама других чланова породице.

Те потребе могу бити следеће:¹⁵⁶

- **Примарне** или основне потребе. Ту се мисли на потребе биолошког опстанка (потреба за храном, пићем, репродукцијом врсте, сигурношћу, припадањем, потребе за саморелацијом и др.). Задовољење ових потреба јављају се као услов за човековог индивидуалног и колективног развоја, а њихово незадовољење или делимично задовољење може угрозити развој и богатство осталих, тј. виших потреба;
- **Секундарне** или више потребе. То су потребе преко којих се исказује човек, преко којих заснива међусобне односе у оквиру људске заједнице. Овде се

¹⁵⁵ Миливојевић З., *Емоције - психотерапија и разумевање емоција*, Психополис, Нови Сад, 2007, стр. 622-623.

¹⁵⁶ Вуковић Д., *Системи социјалне сигурности*, ФПН, Београд, 1998, стр. 39-41.

убрајају потребе за солидарношћу, прихватањем, самопоштовањем, статусом, потребе за учењем, знањем, открићем, лепотом...

Све ове потребе млада особа задовољава у кругу своје породице. Наравно, социјална, психолошка и економска сигурност породице није само одређена њеном унутрашњом организацијом него и спољним чиниоцима. И сама структура породице као и њене социјалне потребе различите су у разним временским интервалима њеног постојања. Због тога *Н. Ацкермен* сматра да: „сваки човек у току свог живота има неколико породица, а не само једну. Он има породицу детињства, породицу брака и родитељства и породицу заласка - породицу у којој је човек деда”.¹⁵⁷

Да би се млада особа развијала здраво и интегрисала у друштво, а не да се нађе у социјалној изолацији неопходно је да породица задовољи следеће функције:

- **Репродуктивну функцију**, јер је породица за главни стуб из којег долазе нови људи у будућности и задовољавају се потребе за родитељством;
- **Економску функцију**, јер без повољне материјалне основе немогуће је да чланови задовоље своје базичне потребе за биолошким опстанком;
- **Заштитну функцију породице**, јер се у породици врши оспособљавање за живот, издржавање, наслеђивање, пружање помоћи у невољи, болести и слично;
- **Васпитну и образовну функцију**, јер се у породици стичу прва сазнања о правилима понашања;
- **Функције емоционалног карактера**, јер се у породици најпре стичу искуства за топлином и нежношћу још током рођења детета ако не и пре тога;
- **Социјализаторску функцију.**

Једна од основних и најтрајнијих друштвених функција јесте социјализација деце. Социјализација почиње још од рођења детета. Она означава друштвено васпитање новорођеног биолошког бића, његово обликовање у друштвено биће које усваја и примењује друштвене норме и културне норме и културне обрасце заједнице у којој се рађа и одраста.¹⁵⁸

¹⁵⁷ Крговић Т., Миловановић М., *Центри за социјални рад - настанак, пракса, перспектива*, Удружење стручних радника социјалне заштите Републике Србије, ФПН, Београд, 2003, стр. 83-84.

¹⁵⁸ Митровић М., Петровић С., *Социологија*, Завод за уџбенике и наставна средства, Београд, 1992, стр. 64-65.

У савременим друштвима ову функцију поред породице преузимају и обданишта, школе, улица, телевизија, интернет и многи други. Међутим, у породици се и даље стичу прве културне навике, учи се матерњи језик, а касније се исправљају и многи негативни утицаји из спољне средине.

Савремена породица се убрзано мења под утицајем економских и културно-историјских промена у глобалном друштву. Због тога се поставља питање колико је само породица одговорна за зрелост свог младог члана?

Ако породица задовољи поменуте набројане функције и даље можемо очекивати позитивне исходе по питању формирања једне стабилне личности.

У том случају, зрела особа би требало да поседује следеће карактеристике:¹⁵⁹

- Да не воли само себе, него и друге особе;
- Да контролише сопствене нагоне и импулсе;
- Да подноси непријатност, бол и патњу;
- Да има зрелу, а не инфантилну савест;
- Да буде умерено агресивна и бојажљива;
- Да буде независна.

Не постоји идеално интегрисана личност, али постоје ступњеви зрелости који могу да јој се приближе. Људско сазревање траје читавог века. То значи да сви људи имају прилике да једном сазру. Важно је напоменути да први тон у процесу сазревања даје породица. Дете се рађа са „праповерењем” у свога непосредног одгајивача, а то је обично мајка, а онда и отац, јер се у новије време отац све више придружује у раном васпитању детета. Сви људи имају кризе током живота. Разлика је та што зрела особа има релативно усклађен однос између рационалног и ирационалног, док незрела личност стреми ка нерационалном свету па због тога кризе не решава на адекватан начин, него се кризе гомилају док не дође до неурозе.¹⁶⁰

Начини решавања кризе умногоме зависе од процеса васпитања и стабилности у примарној породици.

¹⁵⁹ Јеротић В., *Човек и његов идентитет*, Арс Либри, Београд, 2003, стр. 11-16.

¹⁶⁰ Јеротић В., *Индивидуација и (или) обожење*, Арс Либри, Београд, 2002, стр. 69-71.

2.1. Породица у светлу системске теорије

У светлу системске теорије породица се тумачи на следећи начин: „Породица је друштвена заједница коју успоставља природа. У њој настају, постају и опстају људи. Она представља најдубље човекове снове и страхове. То су снови о љубави, интимности, стабилности, сигурности и заштићености, али и страхови од напуштања, губитка и неуспеха”.¹⁶¹

У породици стичемо прве односе и искуства о себи и о свету. Уједно, када сазримо, напуштамо је и формирамо породицу прокреације.

Породица је била и остала незаменљив чинилац рађања, подизања и васпитања детета. Васпитање детета доводи до самоваспитања родитеља. Дете је пратилац понашања старијих и родитеља. У почетку их подржава, а кад одрасте, преузеће идентификацију једног од родитеља, или шире.

Породични систем је јединствен у односу на друге системе. У њега се улази рођењем, усвојењем или браком, а излази само смрћу. Неопходно је разумети да су главне вредности породице односи које представљају незаменљиве јединствене релације. Породичне границе, односи и улоге се непрекидно мењају, а временом постају и сложене. Доласком сваког новог члана расте и број породичних односа.¹⁶²

У случају да ови односи нису у равнотежи, код појединих чланова долази до јављања симптома. Међутим, када се пређе одређена граница која више не може да се истрпи, у породици се развијају дисфункционални обрасци понашања.

У системској теорији породице ови симптоми се посматрају као неуспеси у адаптацији и као поремећај баланса снага у систему. Носилац симптома ће бити она особа која има одређени положај у функционисању система.¹⁶³

Колико год изгледало да је симптом одраз грешке у адаптацији система, он је ипак резултат нормалног процеса како би се заштитио тај систем.

Дакле, може се закључити да системска породична терапија полази од становишта да су чланови породице међусобно условљени и у сталној динамичкој равнотежи, а да је симптом у функцији одржања породичне хомеостазе.¹⁶⁴

¹⁶¹ Милојковић М., Срна Ј., Мићовић Р., *Породична терапија*, Центар за брак и породицу, Београд, 1997, стр. 7.

¹⁶² Исто.

¹⁶³ Видановић И., *Терапијски модели социјалног рада*, ФПН, Београд, 1999, стр. 96.

¹⁶⁴ Хрнчић Ј., *Делинквент или пацијент – студија породичног неуспеха*, Задужбина Андрејевић, Београд, 1999, стр. 17.

2.2. Функционалност и дисфункционалност у породици

Концепт функционалности се често користи за дефинисање „нормалности” у породици. Функционално обично значи „урадљиво” и односи се на испуњавању породичних циљева. Неки од главних породичних циљева су: систем вредности, задовољење економских и културних потреба, осећај повезаности међу свим члановима породице и осећај благостања.¹⁶⁵

Динамика породице може да постане база породичних конфликта у зависности од одређених услова, али исто тако може допринети њеном развоју и интегрисаности у заједници.

Породица може успешно да функционише у следећим случајевима:¹⁶⁶

- ✓ Испуњава биолошке потенцијале супружничких односа и односа родитеља са децом;
- ✓ Обезбеђује егзистенцијалну сигурност и другу заштиту;
- ✓ Унутар себе је стабилна и интегрисана, а истовремено припада друштвеној заједници;
- ✓ Има реалистичке циљеве и адекватно схватање вредности;
- ✓ Обезбеђује интерперсоналну атмосферу која поспешује индивидуалност њених чланова;
- ✓ Она је способна да се еластично прилагођава променама;
- ✓ У случају конфликта уме да пронађе адекватно решење од којег ће сви чланови породице имати корист.

Узајамни односи између индивидуалног и породичног идентитета и понашања уобличавају се у групну динамику породице што је од посебне важности ако се жели разумети емоционални конфликт у породици.

Породицу одређују заједнички дом, кохезија, комуникација између чланова породице и интеракција између генерација. Породица ће бити функционалнија ако се у њој испуњавају потребе као што су: блискост, поверење и сарадња. То значи да није само битна репродукција, економска сигурност или стицање друштвеног положаја.

¹⁶⁵ Милојковић М., Срна Ј., Мићовић Р., *Породична терапија*, Центар за брак и породицу, Београд, 1997, стр. 44-45.

¹⁶⁶ Крговић Т., Миловановић М., *Центри за социјални рад - настанак, пракса, перспектива*, Удружење стручних радника социјалне заштите Републике Србије, ФПН, Београд, 2003, стр. 84-85.

Функционална породица има флексибилну структуру моћи, јасна породична правила, ненарушене генерацијске границе и удруживањем.¹⁶⁷

Термин дисфункционалан се користи да опише оне породице које не врше своје улоге због чега поједини чланови реагују као симптом.

По *Пинеју* (Pinney) и *Глипу* (Glipp), **дисфункционална породица** је она породица која није у стању да се прилагоди новонасталим условима живота и која не може да се суочи са стресом без већих последица.¹⁶⁸

Дисфункционалне породице користе дисфункционалне обрасце који се изражавају као: феномен „жртвеног јарца” или „црне овце”, триангулације, пројективне идентификације, маничне одбране од депресије и кроз дистанцу.

Жртвени јарац је пежоративни израз за невину жртву на коју је усмерена нагомилана, потиснута и померена агресивност околине.¹⁶⁹

Породица једног члана ставља у први план и проглашава га својим јединим проблемом.

Триангулација је дисфункционални образац који подразумева породичну ситуацију у којој када порасте тензија у дијадном односу уплиће се трећа особа.

Пројективна идентификација је несвесни процес у коме непријатна осећања према једном члану породице преузима други члан породице и онда их доживљава као своја.¹⁷⁰

Маничне одбране од депресије су видљиве код оних породица које непрекидно мењају боравак, стално отварају нове послове, имају компулсивно понашање, а заправо несвесно прикривају депресију.

Емоционална дистанца се остварује физичким избегавањем партнера или кроз интерне механизме изолације једног од другог. Тада се своје потребе задовољавају на другом месту. Жена може да иде на психотерапију и да буде задовољна трансфером односа, а муж може да промени посао или да прихвати неко стручно оспособљавање.

171

¹⁶⁷ Голднер-Вуков М., *Породица у кризи*, Медицинска књига, Београд-Загреб, 1988, стр. 90-93.

¹⁶⁸ Исто, стр. 94.

¹⁶⁹ Видановић И., *Речник социјалног рада*, Ауторско издање, Београд, 2006, стр. 435.

¹⁷⁰ Голднер-Вуков М., *Породица у кризи*, Медицинска књига, Београд-Загреб, 1988, стр. 96.

¹⁷¹ Милојковић М., Срна Ј., Мићовић Р., *Породична терапија*, Центар за брак и породицу, Београд, 1997, стр. 119.

2.3. Дисфункционалност породице и зависност

Дисфункционалност у породици која се периодично или чешће јавља карактерише се неравнотежом, конфузијом, конфликтима, дистанцом међу члановима породице и дезорганизацијом.

У зависности од дужине трајања таквих односа са једне стране, а са друге и појединих врло стресних животних догађаја, могу се јавити бројни проблеми као што су: развод, злоупотреба психоактивних супстанци, нежељена трудноћа, банкротство, сиромаштво, неизлечиве болести, хронична болест, смрт, напуштеност, испразан брак, злоупотреба деце, запуштање деце, сексуално злостављање, коцкање и други облици зависности, делинквентно и криминално понашање, неверство, сексуална дисфункција једног или више чланова, неплодност...¹⁷²

Било каква дисфункционалност у породици може представљати ризик да неко од члана породице уђе у проблем зависности од психоактивне супстанце. Најосетљивији чланови јесу деца. Од тога у каквој породици је дете одрасло у највећој мери зависи његово будуће понашање.¹⁷³

Најризичније породичне ситуације које могу довести до тога да дете уђе у проблем зависности су следеће:¹⁷⁴

- **Деца из разведених бракова;** она су најосетљивија од друге деце. Повремено виђање једног родитеља док је са другим стално не може да надокнади прави осећај породичне атмосфере и њеног јединства. Овој деци је потребно посветити више пажње код куће, школи и у другим установама где дете борави;
- **Дете самохраних родитеља;** одлуку о самохраном родитељству требало би донети врло пажљиво и у саветовању са стручњацима;

¹⁷² Видановић И., *Појединац и породица - методе, технике и вештине социјалног рада*, ФПН, Београд, 1998, стр. 90.

¹⁷³ Програм сталног стручног усавршавања наставника, васпитача, стручних радника и директора, под називом "Болести зависности – препознавање, реаговање и превенција – оно што наставници треба да знају", аутори мр Стевица Борковић и Гордана Петровић спец. социотерапије и социјалне рехабилитације, одржан је у школама и предшколским установама Републике Србије током 2013. и 2014. године. Обрађени су подаци 100 испитаника (наставника, учитеља и васпитача) који су учествовали у овом програму. На питање како се млада особа понаша када има неких проблема у породици добијени су следећи резултати: 84% испитаника сматра да таква особа има *учестале конфликте и физичке сукобе са другим ученицима*, 66% наводи да *млада особа попушта у школи*, 55% сматра да таква особа има *учестале конфликте са другима и не поштује ауторитет професора и наставника*, 42% показује *недостатак концентрације на часу*, 33% *одсутује са часа*, а 22% *редовно омета час*.

¹⁷⁴ Лазих Б., *То може бити и Ваше дете*, Д.О.О. Др Боро Лазих, Београд, 2007, стр. 114-115.

- **Дете које из неког другог разлога живи само са једним родитељем** (нпр. отац дуго година ради у иностранству); одсутни родитељ често то покушава да надокнади давањем детету више новца него што је потребно. На овакав начин не могу се постигнути заједнички ставови око васпитања деце, јер док нпр. мајка захтева од детета да учи, отац га награђује скупим поклоном без обзира на успех у школи.

У ризичне породице убрајају се и оне које су се преселиле у други град или земљу. Док родитељи покушавају да се адаптирају на нову средину, деца су већ дубоко у проблему јер покушавају да се снађу на свој начин у непознатом окружењу. Такође, скорашња ратна дешавања довела су до привремених или трајних растурања породица. Из страха за живот напуштају своја родна места и одлазе на друга у којима нису добродошла. У њима на различите начине покушавају да буду прихваћена.

У свим ризичним породицама деца могу да стварну срећу, љубав и афирмацију траже у друштву вршњака. Уколико ту групу чине корисници психоактивних супстанци, убрзо ће и дете прихватити све вредности и правила које важе у тој друштвеној групи. За узврат оно ће се осетити лепо, мислиће да га неко воли и што је најважније, да припада некоме.¹⁷⁵

¹⁷⁵ Програм сталног стручног усавршавања наставника, васпитача, стручних радника и директора, под називом "Болести зависности – препознавање, реаговање и превенција – оно што наставници треба да знају", аутори мр Стевица Борковић и Гордана Петровић спец. социотерапије и социјалне рехабилитације, одржан је у школама и предшколским установама Републике Србије током 2013. и 2014. године. Обрађени су подаци 100 испитаника (наставника, учитеља и васпитача) који су учествовали у овом програму. На основу попуњених упитника који су се односили на испитивање ризичних фактора у породици за настанак болести зависности добијени су следећи резултати: 51% испитаника се делимично слаже да је *могућност појаве алкохолизма или наркоманије код деце загарантовано у оним породицама у којима један или оба родитеља пију или се дрогирају*, 21% није сигурно, 12% се не слаже, 11% се слаже у потпуности, а 5% немају став. Као најризичнији фактор у породици за јављање наркоманије и алкохолизма код омладине, 70% испитаника истичу да је то *неадекватна комуникација између родитеља и деце*, 58% сматра да је то *недовољно провођење времена са децом*, 45% истичу да је то *превелика строгост и превелика контроле деце од стране родитеља*, 38% истичу *попустљивост родитеља према деци*, 31% као ризичан фактор наводе да *деца поседују више новца него што им је заиста потребно*, 28% *презаштићеност деце од стране једног или оба родитеља* као и *недостатак родитељског ауторитета над децом*, а 27% *недостатак заједничких садржаја са децом*. Испитаници истичу да је најризичнији фактор за јављање болести зависности код деце и омладине *психолошко насиље у породици* и са тим се слаже 67%, 53% истичу да је то *физичко и сексуално насиље у породици*, 52% мисле да је то *наркоманија једног или оба родитеља*, 51% да је то *алкохолизам једног или оба родитеља*, 41% *занемаривање деце од стране једног или оба родитеља* као и *лоши односи између родитеља*, 11% сматра да се болест зависности јавља најчешће у *породицама самохраних родитеља*, 10% сматра да је најризичнији фактор *патолошко коцкање једног или оба родитеља*, 5% да се зависност јавља у *оним породицама где један члан има неко здравствено обољење или инвалидност*, 4% у оним породицама где је *дете усвојено или је под старатељством*.

На основу свега реченог може се закључити да од породичног функционисања много зависи какве ће ставове изградити деца током одрастања. Задатак родитеља је да обезбеди пријатан породични амбијент, топлину и заштиту и да у њих уграде осећај обавезе и одговорности. Да би деца развила осећај одговорности, потребно је од њих и захтевати, а не само испуњавати њихове жеље.

2.4. Криза савремене породице

Од када постоји као таква, све кризе у породици настајале су као поремећај хомеостазе. Како сви чланови теже стабилизацији односа, хомеостаза се више или мање успешно одржавала. Хомеостаза је појам који се најчешће користи у оквиру системске породичне терапије. Њеним увиђајем разматрају се најбоље интервенције које ће се користити у раду са породицом.

Овај појам се користи и у другим наукама. Потиче од грчке речи *homoiosis, stasis* и означава положај. У биолошком смислу представља равнотежу, усклађеност различитих биолошких функција у неком организму.¹⁷⁶

У социјалном смислу, она је „део животних процеса и циклуса, па хомеостаза настоји да успостави нарушени склад механизмом повратне спреге (feed back), аутоматски, без свесне намере регулишу се сви већи поремећаји равнотеже у унутарсоматским, социјалним или психичким процесима”.¹⁷⁷

У случајевима неуспеха за равнотежом што се процењује на основу дужине трајањем и величином проблема, код једног или више чланова долази до развоја симптома.

Последњих двадесет година код нас и другде у свету примећен је пораст таквих симптома. Закључак који би се могао донети јесте да је породица данас другачија него што је била током седамдесетих и осамдесетих година прошлог века.

Породица је данас суочена са бројним тешкоћама. Најзначајнији узрок тога јесте **глобализација**. На социјалном плану она се испољава као јачање богатих појединаца на једно страни и као ширење сиромаштва на другој. Истовремено долази и до **либерализације** у друштвеним односима од економије до културе. То покреће

¹⁷⁶ Вујаклија М., *Лексикон страних речи и израза*, Просвета, Београд, 1992, стр. 991.

¹⁷⁷ Видановић И., *Речник социјалног рада*, Ауторско издање, Београд, 2006, стр. 172.

трансформацију свих традиционалних елемената у друштвеној структури савременог друштва.¹⁷⁸

У свету такође постоји и криза патријархалног система који доминира у породици. Она је видљива чак и у оним арапским земљама који такав систем породице бране и теже да га одрже. Све ово доноси бројне тешкоће, а самим тим и изазове и искушења пред савремену породицу.

Класична породица је све више угрожена и питање је како ће наредних деценија да се одржи. Видљиво је да се стварају бројне алтернативе заједничког живота као што су ванбрачне заједнице. Оне спутавају њене чланове да остваре своје интересе, жеље и амбиције. Нажалост, породицу све више обележавају бројне негативне појаве као што су: насиље, криминал, сиромаштво, отуђење и болести зависности.

2.4.1. Сиромаштво

Сиромаштво представља незаобилазни проблем друштва јер се његовим нерешавањем не може постићи економски, образовни и културни развој друштва.

Карактеристике сиромаштва су:¹⁷⁹

- Релативна трајност, стабилност и препознатљивост;
- Одржавање, обнављање и показивање релативно чврсте структуре;
- Тенденција ширења из једног подручја живота у друго и преношење из генерацију на генерацију;
- Да погађа већи број људи;
- Неповољно дејство на укупну животну ситуацију и на шансе у животу.

Сиромаштво је широк појам који обично значи оскудицу материјалних добара за нормално задовољење најважнијих потреба сваке особе појединачно, породице или друштвене групе.

¹⁷⁸ Шијаковић И., *Куда иде савремена породица*, www.sijakovic.com/02/kuda-ide-savremena-porodica/, 2011.

¹⁷⁹ Лакићевић М., *Појам сиромаштва и теорије о сиромаштву*, Социјални рад и социјална политика, Зборник радова III, ФПН, Београд, 1997, стр. 123.

Према дефиницији ОУН сиромашнима се сматрају: „особе које су лишене начина живота, комфора и достојанства, који се сматрају нормалним у друштву у којем живе”.
180

Сиромаштво се јавља у два облика, као релативно сиромаштво и као апсолутно.

Под **релативним сиромаштвом** сматрамо она средства која су потребна за обезбеђење минимално прихватљивог начина живота на ужем локалитету као што су локалне заједнице, региони, градска и сеоска подручја.¹⁸¹

Сви појединци, породице или групе који се нађу испод могућности да себи могу да приуште минимална средства за опстанак могу се сматрати сиромашнима.

Апсолутно сиромаштво означава услове живота који угрожавају биолошки опстанак људи, односно народа у сферама исхране, одевања, огрева и становања. Њему најблискији појам јесте беда.¹⁸²

На почетку новог миленијума све више се срећу појмови који покушавају да замене појам „сиромаштво”. Тако постоји: социјална искљученост, маргинализација и социјална диференцијација. Избегавање употребе појма сиромаштво види се у неолибералистичким идејама о његовој природи и узроцима. Без обзира који ће се појам користити, остаје непромењено мишљење да она земља која има изнад 10% сиромашних се сматра неповољном по њен развој. У земљама са ниским хуманим развојем висока је стопа сиромаштва. У земљама у развоју стопе сиромаштва су екстремно високе и крећу се од 30 до 70%.¹⁸³

Неки од *узрока сиромаштва* су: губитак посла, дуготрајна незапосленост, неквалификација радника, смањење накнада за незапосленост, ниска примања, кашњење или немогућност исплате дечијих додатака и накнада за незапослене, непостојање права или минимални доходак код остваривања права на материјално обезбеђење породице...

У сиромашним породицама често су присутни проблеми наркоманије, делинкветног понашања, разводи, брачни проблеми и насиље.

¹⁸⁰ Видановић И., *Речник социјалног рада*, Ауторско издање, Београд, 2006, стр. 356.

¹⁸¹ Лакићевић М., *Појам сиромаштва и теорије о сиромаштву*, Социјални рад и социјална политика, Зборник радова III, ФПН, Београд, 1997, стр. 121.

¹⁸² Видановић И., *Речник социјалног рада*, Ауторско издање, Београд, 2006, стр. 55.

¹⁸³ Чекеревац А., *Светска економска криза и сиромаштво*, Социјална политика и криза, ФПН, Београд, 2009, стр. 111-112.

2.4.2. Насиље у породици

Починиоци насиља могу бити и жене и мушкарци, али статистиком, најчешће жртве насиља у породици су жене. Насиље над женама се дешава у свим свим културама, неvezано за материјални и социјални статус. Последице насиља трпе и деца што се лоше одразује на формирање њиховог идентитета и зрелости.

Насиље над женама или у партнерским односима је резултат неравнотеже моћи између жена и мушкараца. Насиље у породици увек представља злоупотребу моћи и контролисање чланова породице који имају мање моћи или се располажу са мањим ресурсима. У већини друштава, нарочито у традиционалним или патријархалним заједницама, мушкарци имају знатно више моћи, не само физичке, него и економске и друштвене. Како данашња породица доживљава кризе јер је традиционална претрпела и трпи низ промена, однос мушкараца и жене је по вршењу насиља остао исти. Мушкарци су и даље најчешће његови починиоци.

Облици насиља у породици имају различите и бројне облике. Могу бити: физичке, психичке, сексуалне, економске, социјалне и професионалне природе, а најчешћи облик насиља у последњих петнаест година је занемаривање других чланова породице, најчешће деце.

Породични закон **насиље** дефинише као: „понашање којим један члан угрожава телесни интегритет, душевно здравље или спокојство другог члана породице”.¹⁸⁴

Члановима породице у смислу Породичног закона су: супружници или бивши супружници, родитељи и остали крвни сродници, те лица у тазбинском или у адоптивном сродству, односно лица која везује хранитељство, лица која живе или су живела у истом породичном домаћинству, ванбрачни партнери или бивши ванбрачни партнери, лица која су међусобно била или су још увек у емотивној или сексуалној вези, односно која имају заједничко дете или је дете на путу да буде рођено, иако никада нису живела у истом породичном домаћинству.

Насиље у партнерском односу подразумева образац насилног понашања садашњег или бившег партнера укљученог у интимну релацију као што је брак, ванбрачна заједница, друга емотивна или сексуална веза или када су у питању особе које имају заједничко дете или дете на путу да буде рођено, иако никада нису живели у

¹⁸⁴ Општи протокол о поступању и сарадњи установа, органа и организација у ситуацијама насиља над женама у породици и у партнерским односима, Пројекат Борба против сексуалног и родно заснованог насиља, Управа за родну равноправност, Министарство рада и социјалне политике, 2012, стр. 16.

истом породичном домаћинству, укључујући и ситуације у којима су партнери истог пола.¹⁸⁵

Могли би да кажемо да се насиље одвија по следећој шеми: отац врши насиље над мајком, мајка врши насиље над децом, а деца усмеравају насиље над другом децом или над животињама. Наравно, ова шема не мора да буде најисправнија али ако се имају у виду различити облици насиља онда се може прихватити у пракси на основу искуства са жртвама насиља.

Узроци насиља у породици посматрају се кроз три различита нивоа:¹⁸⁶

- На **индивидуалном нивоу** постоје они који су имали искуства са насиљем у својој породици током одрастања или је неко од родитеља пио или користио психоактивне супстанце;
- На **нивоу групе** као што су норме и правила понашања младих банди, делинкветних, наркоманских и других група где се насиље над другима сматра као потврда да се припада некоме или насилнички поступак према некоме ко је изван те групе није осуђујући;
- На **нивоу друштва** у виду социо-економских класних разлика, законодавство и приступ оружју...

Веза између психоактивних супстанци и насиља је релативно велика. Најозбиљнији облик насиља посебно је повезан са употребом психоактивних супстанци. Многи указују да је веза између партнерског насиља и употребе психоактивних супстанци комплексна и нејасна. На једној страни имамо оне који врше насиље у породици само када су под дејством алкохола и дроге, док други то раде и када нису. Родитељи који имају проблем са болестима зависности имају многе сличне карактерне карактеристике са родитељима који имају проблем са насиљем.

И насиље и болести зависности могу бити застрашујући за дете. Код њега се ствара емоционална дистанца и неповерење према људима. Насиље и последице насилног понашања воде ка већој конзумацији опијата, а последице понашања под утицајем опијата доводе до пораста насиља.¹⁸⁷

¹⁸⁵ Исто, стр. 17.

¹⁸⁶ *О починиоцима насиља у породици и партнерским односима*, Пројекат Борба против сексуалног и родно заснованог насиља, Управа за родну равноправност, Министарство рада и социјалне политике, 2011, стр. 22.

¹⁸⁷ Исто, стр. 26-27.

2.4.3. Разводи

У здравом браку супружници се осећају слободним да изрекну замерке. Ако су примедбе честе, изречене у бесу, деструктивне су оне онда представљају и напад на личност супружника.

Разлика између примедби и критике личности је једноставна. Супружник критикује поступак, али не и целу личност. Криза настаје онда када дође до критике личности, а не поступка. Најгоре је када временом критике почну да бивају обојене презиром. То је изразито деструктивна емоција. Презир лако изазива бес и обично се не изражава само речима, него и тоном гласа и љутитим реакцијама. Стална критика, презир и одвратност јесу знаци опасности који временом услед пораста конфликта може довести до развода.¹⁸⁸

Можемо слободно да кажемо да је развод последица дуготрајније брачне неслоге и конфликта. Он је један од најстреснијих животних догађаја. Повећава ризике за испољавање депресије, анксиозних стања, покушај суицида, насиља, злоупотребу психоактивних супстанци, убиства и психосоматска обољења.

До развода брака долази онда „када једног или оба брачна партнера однос са супружником и његово понашање не задовољава и омета у животу у тој мери да није спреман да такав однос више подноси и спреман је да се таква брачна веза прекине”.¹⁸⁹

Када један или оба родитеља више не желе да живе заједно, имају право да окончају брак разводом или да живе раздвојени, одржавајући при том брак законским постојећим.

Најједноставније речено, развод је појам који означава крај брака. Крај брака се окончава у суду стављањем свог потписа на документ којим се потврђује да је брак окончан и да партнери више неће живети заједно.¹⁹⁰

У нашем праву постоје две врсте развода:¹⁹¹

- **Развод по тужби** када један од супружника (родитеља) подноси тужбу за развод;

¹⁸⁸ Големан Д., *Емоционална интелигенција*, Геопоетика, Београд, 2005, стр. 127-129.

¹⁸⁹ Видановић И., Колар Д., *Ментална хигијена*, Ауторско издање, Београд-Сремчица, 2003, стр. 179.

¹⁹⁰ Винчестер К., Бејер Р., *Шта да радиш ако ти се родитељи разведу*, Приручник намењен деци, Креативни центар, Београд, 2005, стр. 9.

¹⁹¹ Димитријевић В., *У праву си!*, Водич кроз правни систем Републике Србије, Београдски центар за људска права, Београд, 2003, стр. 83.

- **Споразумни развод** када су оба родитеља сагласна да се разведу.

Предности споразумног брака лежи у одсуству конфликта и великој вероватноћи да ће се пристојна комуникација међу бившим супружницима одржати што је у великом интересу детета. На тај начин родитељи ће се лакше договарати о заједничком васпитању, образовању и издржавању. У случајевима немогућности оваквог договора, деца су стално изложена стресу.

Постоје случајеви када одржавање брака може донети више штете него користи. То су случајеви: када је један од брачних партнера већ дуже време напустио брачну заједницу и засновао нову ванбрачну заједницу, када је један од брачних партнера одавно напустио заједницу и не зна му се место боравка, када један брачни пратнер грубо занемарује и злоставља другог партнера и децу, када један од брачних партнера врши кривична дела, када је један од брачних пратнера душевно оболео, када један од брачних партнера болује од болести зависности а не жели да се лечи, када је жена у поодмаклој трудноћи зачетој у ванбрачном односу због чега намерава да напусти брачну заједницу или муж не жели да прихвати жену са ванбрачним дететом, када је велика разлика у годинама старости између брачних партнера па је то доминантан разлог за међусобне сукобе, потпуно супротни ставови брачних партнера о подизању и васпитању деце посебно у ситуацијама ако су у питању „спартанске” методе које угрожавају здравље детета, када су у питању знатне разлике између брачних партнера у погледу васпитања и образовања, када је престала љубав између оба брачна партнера или само код једног, када се брачни сукоби стално одвијају пред децом при чему један од партнера или оба настоје да увуку децу у сукобе и придобију их за себе, ако један од брачних партнера грубо занемарује или злоставља децу, када један или оба брачна партнера не желе сарадњу са стручним радницима саветовалишта или центра за социјални рад.¹⁹²

У свим случајевима неуспешног брака врло је важно да се партнери заједнички договарају око васпитања деце. Чланови породице у процесу развода пролазе кроз четири фазе животног циклуса породице:¹⁹³

¹⁹² Крговић Т., Миловановић М., *Центри за социјални рад - настанак, пракса, перспектива*, Удружење стручних радника социјалне заштите Републике Србије, ФПН, Београд, 2003, стр. 116-117.

¹⁹³ Видановић И., Колар Д., *Ментална хигијена*, Ауторско издање, Београд-Сремчица, 2003, стр. 179-180.

- Брачна неслога;
- Сепарација и развод;
- Поверавање деце - односи након развода;
- Ресоцијализација, удварање и поновни брак.

Од критичног значаја је да дете настави да одржава контакт са оба родитеља након периода развода. Иако је један од родитеља напустио дом и то изазива велики стрес код детета, одржавање контаката и рад на односу с њим може значајно да умањи стрес што доприноси избегавању тежих последица у вези развода. За ово је неопходна међусобна сарадња родитеља и њихово међусобно усаглашавање.

2.4.4. Ванбрачне заједнице

Савремена породица није више производна (отац више није онај који сам зарађује), али остаје економско-потрошачка скупина, док се структура моћи и угледа мења. Жена се постепено изједначава са мужем, а деца са родитељима. Социјализација се преноси и на друге групе (васпитаче, професоре, вршњаке, средства масовних медија), док сви чланови породице преузимају бројне нове улоге у широј заједници.

На првом погледу се стиче утисак да модерна породица више није толико значајна за људе, али то је само привидно. Она није више једини, али и даље јесте незаменљив оквир друштвеног живота и психосоцијалне стабилности њених чланова.

И у овом случају само сређена и стабилна породица незаменљив је услов за нормалан развој личности што обезбеђује добар лични развој људи, а самим тим и просперитет заједнице и ширег друштва у целини.

Криза савремене породице управо се огледа у њеним промењеним функцијама. Међутим, то не значи да су те промене негативног карактера. Данас се облици породице мењају, а ти облици и даље успешно могу вршити функције једне праве породице и то врло квалитетно што омогућава правилан развој свих њених чланова, нарочито оних млађих. Ранијих деценија су биле осуђиване од стране друштва јер су се сматрале неморалном, а распадом земље последњих година их је све више. Реч је о ванбрачним заједницама.

Ванбрачна заједница или **конкубинат** је појам који се односи на „стање парова који заједно живе у неформалној заједници без икаквих правних обавеза”.¹⁹⁴

Према савременим законима деца рођена у оваквим неформалним браковима, уз признање родитеља, имају иста права као и деца рођена у браку, а парови стичу одређена права сличним брачним после одређене дужине заједничког живота (од две до пет година).

У овом случају, парови који живе у ванбрачној заједници имају једнака права на дом, без обзира да ли је простор у коме живе њихово власништво или га изнајмљују. То се може наставити чак и ако таква заједница не успе, осим ако се на суду не донесе другачија одлука.

И партнери који су у ванбрачној заједници имају законску обавезу да брину један о другом и да се материјално подржавају. То им може бити и обавеза после растанка. Ако особа која је у ванбрачној заједници умре, партнер постаје законски наследник само ако се утврди да су услови ванбрачне заједнице били испуњени.¹⁹⁵

Ванбрачних заједница је данас све више. Она може представљати и пробу за будући живот у оквиру брака. И старије особе данас све чешће живе у ванбрачним заједницама. Неки од разлога за то су: губитак породичне пензије, финансијка сигурност, емоционална потреба за неким...

Ванбрачне заједнице могу бити: нестабилне или трајније, повремене, спорадичне, чвршће и тесније заједнице живота и рада. Правни појам подразумева да оне морају да трају дуже.

У ванбрачној заједници партнери живе као да су у браку. Она мора бити позната у средини у којој се остварује и по томе се разликује од скривених љубавних веза или пролазних партнерства. Ако овакву заједницу партнери скривају од јавности, то значи да они и нису озбиљно заинтересовани за њу.

Потреба за правним уређењем заједнице често носи са собом и бројне проблеме. У случајевима њеном прекида јављају се проблеми везани за заједничку имовину, заједничком децом, заједничким приходима...

Из ових разлога неопходно је да је заједница трајала дуго и да је била направљена слободном вољом оба партнера.

¹⁹⁴ Видановић И., *Речник социјалног рада*, Ауторско издање, Београд, 2006, стр. 216.

¹⁹⁵ Димитријевић В., *У праву си!*, Водич кроз правни систем Републике Србије, Београдски центар за људска права, Београд, 2003, стр. 83.

Ванбрачна заједница може престати на следеће начине: смрћу једног од партнера, споразумним или једностраним раскидом и прећутно (нпр. када је партнер засновао другу ванбрачну заједницу).¹⁹⁶

2.4.5. Малолетничка делинквенција

Појам „малолетничка делинквенција” је један од синонима. Међу њима су и: васпитна запуштеност, неприлагођеност, асоцијално понашање, млади у сукобу са законом, преступништво младих и слично.

За ове поремећаје карактеристично је одступање од нормалног тока развоја детета и малолетника у процесу социјализације његове личности.

Дете са поремећајем у друштвеном понашању је „дете које чини кривична дела и прекршајна дела, или бежањем од куће, скитњом или сличним понашањем нарушава општеприхваћена друштвена правила понашања”.¹⁹⁷

У социолошком смислу преступништво малолетника је „социјално-патолошка појава чија комплексна социјална узрочност укључује у игру сплет разноврсних друштвених фактора и која се испољава у разним облицима и има различите друштвене (макро и микро) и индивидуалне последице. Преступништво малолетника има своје вредносне аспекте јер је реч о таквој појави која угрожава друштвено прихваћене норме и његове посебно значајне вредности”.¹⁹⁸

Све ове поремећаје сазревања личности проузоркују три фактора: родитељи, спољна средина и економски чиниоци.

Корен поремећаја лежи највише у односима родитељи-деца. Изостанак родитељске одговорности и емотивно лишавање деце доводе до тога да деца реагују нападом на породицу и друштво.

Постоје три типа родитеља овакве деце:¹⁹⁹

¹⁹⁶ Појам ванбрачне заједнице,

www.prafak.ni.ac.rs/.../vanbracna%20zajednica%20i%20prestanak%20braka.ppt, 2012.

¹⁹⁷ Крговић Т., Миловановић М., *Центри за социјални рад - настанак, пракса, перспектива*, Удружење стручних радника социјалне заштите Републике Србије, ФПН, Београд, 2003, стр. 229.

¹⁹⁸ Милосављевић М., *Социјални рад између традиционалног и модерног*, Драганић, Београд, 1996, стр. 162.

¹⁹⁹ Букелић Ј., *Социјална психијатрија*, Завод за уџбенике и наставна средства, Београд, 2004, стр. 304.

- Прва група родитеља активно одбацује децу која постају несоцијална и агресивна. Она су склона тучама и свирепим обрачунима;
- Друга група родитељи су незаинтересовани и неангажовани око своје деце. Мањак емоционалних инвестиција ови родитељи покушавају да компензују путем новца и скупочених поклона. Ова деца се одају групним крађама, скитњи и бежању од куће;
- Трећу групу чине родитељи који су ригидни и крути што доводи до формирања инхибиране деце. Она постају повучена, стидљива, апатична и незаинтересована.

У нашој земљи последњих година видљиво је повећање друштвено неприхватљивог понашања које се најчешће појављује у следећим облицима: избегавање школе, покушај самоубиства, анорексија, никотинизам, злоупотреба и зависност од психоактивних супстанци. Све ове наведене негативне појаве означавају се као симптом, односно резултат лоших односа у породици.

Према позитивним законским прописима, млади се могу разврстати у следеће групе:²⁰⁰

- а) Деца до 14 година старости који се сматрају кривично неодговорним, због чега спадају под искључиву ингеренцију органа старатељства;
- б) Малолетнике од 14 до 18 година старости и то: млађе малолетнике (14-16 година) према којима могу бити примењене само васпитне мере, старије малолетнике (16-18 година) према којима могу бити примењене васпитне мере и казна малолетничког затвора.

Према *врсти деликата* разликујемо неколико типова понашања:²⁰¹

- Дела против живота и тела као и дела и тежи прекршаји против јавног реда и мира, против достојанства личности и морала;
- Дела против имовине, кријумчарење, коцкање, проституција;
- Бекства од куће, непохађање школе, бесплосличарење и скитничење;

²⁰⁰ Крговић Т., Миловановић М., *Центри за социјални рад - настанак, пракса, перспектива*, Удружење стручних радника социјалне заштите Републике Србије, ФПН, Београд, 2003, стр. 230.

²⁰¹ Видановић И., Колар Д., *Ментална хигијена*, Ауторско издање, Београд-Сремчица, 2003, стр. 131.

- Деструктивне радње према самом себи (болести зависности, покушај суицида и суицид).

Према *врсти прописа* који се крше:

- Преступе кривично-правних норми;
- Преступе прекршајних норми;
- Преступе моралних норми.

Посебно је на нашим просторима примећен велики пораст злоупотребе психоактивних супстанци од стране младих. Те супстанце се користе у клубовима, дискотекама, кућним забавама уз савремену музику.

У зависности од породичне атмосфере, неповољне личне карактеристике које се формирају код оних који узимају психоактивне супстанце су следеће: недостатак сигурности и самопоштовања, пасивност и зависност од других, ниска фрустрациона толеранција, ниска адаптилност, сталан доживљај недостатка љубави и разумевања.

2.5. Системска породична терапија као облик лечења болести зависности

Породична терапија је психотерапијски приступ усмерен на промену интеракција брачног пара, нуклеарне и проширене породице, као и других интерперсоналних система, у циљу отклањања психолошких и психијатријских проблема који ометају функционисање породице и њених чланова.²⁰²

Породична терапија је третман са највише моћи да задовољи потребу људи за припадањем.²⁰³

Циљ породичне терапије није просто уклањање симптома или прилагођавање личности на средину, већ креирање новог начина живота што се зове *нови животни стил*.

За породичну терапију се опредељује у следећим случајевима:²⁰⁴

²⁰² Милојковић М., Срна Ј., Мићовић Р., *Породична терапија*, Центар за брак и породицу, Београд, 1997, стр. 9.

²⁰³ Видановић И., *Терапијски модели социјалног рада*, ФПН, Београд, 1999, стр. 92.

²⁰⁴ Исто.

- Када се јави симптомаско понашање код једног члана породице (најчешће детета) у вези са дисфункционисањем породичног система (малолетничка делинквенција, повлачење, болести зависности). Симптом је начин преживљавања у поремећеном породичном систему;
- Када је потребно разјашњење и решавање структуралних односних проблема;
- У свим случајевима где се јавља сепарација која изазива проблеме;
- Када се осећа недостатак блискости, споразумевања, интимности међу партнером;
- Када један од чланова породице функционише са губитком его граница, са претераном употребом механизма одбране.

Породична терапија се практикује на различите начине: терапеут виђа породицу само повремено и свој терапијски фокус задржава на индивидуи. Терапеут може да ради и са породичним системом у целини, или да ради између ова ова два начина. Временски, она може да се одржава учесталије, ређе, периодично.

У случајевима болести зависности, највеће резултате у лечењу даје системска породична терапија која се примењује у раду са целом породицом. У том случају, зависник се посматра као симптом, а да су односи у породици дисфункционални.

Укључивањем свих чланова ствара подлогу да се у лечење и рехабилитацију касније укључе и друге значајне особе из окружења као што су ужа и шира фамилија, пријатељи, кумови, колеге с посла и суседи. На овај начин се обезбеђује активирање социјалног окружења пацијента и чланова његове породице да заједно остваре промену у индивидуалним понашањима и породичним односима.

Системска породична терапија се највише примењује у раду дневне болнице, а касније на групама продуженог лечења. У њу се укључује зависник са свим члановима породице. Дневну болницу чине обично од осам до дванаест породица. У њој се дефинишу правила свакодневног прављења заједничког плана активности, реорганизације свакодневног породичног живота, нови начини комуникације и друго.

Важно је истаћи да се системска породична терапија примењује кроз све фазе лечења болести зависности из неколико разлога:²⁰⁵

²⁰⁵ Лилић В., *Сличности међу болестима зависности*, Болести зависности – сличности и разлике, Зборник радова, XXIX симпозијум о болестима зависности са међународним учешћем, Публикум, Београд, 2013, стр. 117.

- Због одржавања апстиненције и спречавања рецидива од стране пацијента;
- Због помоћи код реализације одређених животних циљева;
- Због помоћи код анализе личних и породичних критичних животних догађаја;
- Због помоћи код пражњења и обраде трауматских и потиснутих догађаја.

3. ГРУПА И ЊЕН ЗНАЧАЈ У НАСТАНКУ ОПИЈАТСКЕ ЗАВИСНОСТИ

Због одређених интереса, више појединаца се окупља у заједничкој средини због чега сви чланови имају одређену повезаност између себе. Када се у групи изгубе одређени мотиви, она престаје да постоји.

3.1. Место и улога група у развоју личности и социјализацији појединца

У оквиру групе, млада особа учи како да се афирмише и изгради своју личност. У случају немогућности адаптације настају бројни поремећаји функционисања појединца што на крају утиче на његово ближе и шире социјално окружење.

Група подразумева „једну високо организовану друштвену творевину, која је састављена од малог броја појединаца који стоје у узајамном односу”.²⁰⁶

Маса и мноштво нису исто што и група. *Маса* је скупина великог броја људи који су осећајно и нагонски повезани у колектив, али је ниско организована. *Мноштво* је случајна скупина великог броја људи који су слабо осећајно повезани, а заједнички им је неки спољни предмет запажања.²⁰⁷

Можемо слободно да кажемо да је група „релативно организован скуп више повезаних појединаца који се налазе у некој интеракцији, који имају извесне заједничке интересе, норме понашања, групни идентитет и исти циљ, али се разликују по својим положајима и улогама”.²⁰⁸

²⁰⁶ Петровић Д., Седмак Т., Ћорић Б., *Методe групног социјалног рада*, ФПН, Београд, 2000, стр. 15.

²⁰⁷ Исто.

²⁰⁸ Видановић И., *Речник социјалног рада*, Ауторско издање, Београд, 2006, стр. 156-157.

Група пружа својим члановима могућност да сами помогну остварење циља лечења или ресоцијализације у заједници са онима који су једнако погођени и да тиме заједно са осталима сnose одговорни задатак.

У групи се непрекидно одвија комуникација, а то омогућава човеку да се користи искуством других људи преко којих се учи да избегне нешто непријатно. Да би се био део групе, чланови морају да буду спремни да се барем сложе са другима по питању одређених ставова. У случају да нема довољно комуникације између чланова групе, она се онда распада. У случају да је комуникација све више интензивнија, група се развија и на добром путу је да опстане и прими нове чланове.

3.2. Значај вршњачких група и однос породице и вршњачких група у адолесценцији

Вршњаци имају велику улогу у развоју дететове личности. То су сва деца са којима се успоставља неки свакодневни или повремени контакт како са онима из школе, тако и из суседства, шире фамилије, клубова и секција. Карактеристика вршњака је да су они истих или приближно сличних година.

Значај вршњака произилази из саме чињенице да деца још у предшколском узрасту имају потребу за контактима за другом децом и жељу да буду прихваћени од њих. Да не би били одбачени, што им пада јако тешко, они се прилагођавају својим друговима и уважавају њихова мишљења.

Из овога се закључује да вршњаци имају велики утицај на формирање различитих ставова, моралних принципа, интересовања, на начин одевања и забављања. У периоду пубертета (од 13 до 18 година) тај утицај је највећи. Тада је за њих најважније шта мисле о њима другови и другарице, него родитељи и наставници. Вршњаци помажу детету да се осамостали у односу на родитеље, али захтевају висок степен конформисања унутар групе.²⁰⁹

Да не би дошло до превише стапања са вршњачком групом, адолесцент у породици мора да има јасан узор, а уједно и довољно чврсто самопоштовање како се не би пасивно предавао и губио самосталност у групи.

Блиска пријатељства се заснивају на многим потребама које адолесцент има. Те потребе су разноврсне и подразумевају емоционалну размену, разумевање, подршку,

²⁰⁹ Кузмановић Б., Штајнбергер И., *Психологија*, Завод за уџбенике и наставна средства, Београд, 1992, стр. 67-68.

интимност, поштовање личности, поштовање разлика у ставовима и потреби за поверавањем.²¹⁰

У случајевима када родитељи и другови не прихвате довољно дете, може се десити да оно потражи друштво у оним групама који ће утицати неповољно на његов развој. Мисли се пре свега на делинквенте и уживаоце дрога. Ово може бити резултат неуспеха од стране породице која током дететовог развоја није давала довољно осећања сопствене вредности или је због превеликих захтева код њега изазвала претерану потребу за побуном и одбацивањем породичних правила.

Оваква деца су недовољно зрела, егоцентрична и пасивна. Не знају шта желе са својим животом. Ове особине се најчешће појављују код деце која потичу из породица у којима су везе између родитеља на једној страни, и везе родитеља са децом на другој страни доста дуго биле лоше, у којима је постојало јако мало љубави и у којима је понашање детета већ пре периода пубертета показивало знакове неког поремећаја.²¹¹

3.3. Вршњачке групе и болести зависности

У периоду пубертета и адолесценције вршњачке групе имају највећи утицај на стварање идентитета младе особе. Ако у овом периоду адолесценти имају доста конфликта у својој породици, они могу имати великих тешкоћа да успоставе здрава пријатељства.

Промене које почињу да се одвијају у пубертету, предадолесценцији и адолесценцији, код девојчица почињу и завршавају се две године раније у односу на дечаке. Та биолошка чињеница условљава значајне разлике, како у биолошком и у емоционалном животу, тако и у односу према психоактивним супстанцама. Разуме се да су оне доста осетљивије, па показују висок степен фрустрација, самопотцењивање, повлачење и депресивност и тада супстанца може да се појави као један од облика решења. Међутим, то уводи у нови хаос.

Наравно, ни дечаци нису поштеђени ове почести. Они формирају свој став о дроги кроз искуства своје друштвене средине, односно вршњака и породице. Поједини од њих су спремни да је узму ако им то омогућава одређени статус у групи. Дрога им се никада не нуди агресивно, него на много суптилнији начин. Обично је првог пута

²¹⁰ Видановић И., Колар Д., *Ментална хигијена*, Ауторско издање, Београд-Сремчица, 2003, стр. 115.

²¹¹ Спок Б., *Како његовати и одгајати дијете*, Стварност, Загреб, 1974, стр. 289-291.

све бесплатно, супстанца је надихват руке, а вршњачка екипа је весела и прихватљива, па самим тим и привлачна. Услед потребе за прихватањем и допадањем, адолесценти одлучују да пробају супстанцу, а то врло често раде по наговору особе супротног пола која им се допада.²¹²

Појава интересовања за психоактивне супстанце и њихово конзумирање може се разумети и са позиције *социјалног интеракционизма*. Социјални интеракционизам узима у вид емоционалне карактеристике адолесцента и његове потребе за везивањем, а како је његов развој под истовременим утицајем породичне групе и групе вршњака, ово говори да је тај период развоја највише под утицајем социјалног учења. Вршњачке приче и заблуде о дејствима дроге и снажна жеља да се припадне групи, уз понуђена очекивана дејства обезбеђују да адолесцент обезбеди припадност групи.²¹³

Злоупотреба или зависност од психоактивне супстанце се појављује као симптом који је у функцији одржавања равнотеже тог адолесцентног система, јер адолесцент сада живи у свом комуникационом систему у којем су такве мисли и понашања прихватљиви, и што је најважније за њега, припада групи.

3.4. Групна терапија као облик лечења болести зависности

Групна терапија код болести зависности је врло значајна јер група на зависника другачије реагује када су у питању пратеће кризе. Чланови групе могу да саветују како кризе што лакше да се отклоне, како да се зависник суочи са кривицом, одређеним проблемима које има са родитељима, партнером или партнерком, пријатељима...

По *Гласману* и *Кејтсу* постоји неколико основних вредности групног рада преко којих се потврђује да се на сваку особу може утицати да коригује свој начин размишљања и понашање:²¹⁴

- Сви људи поседују урођене људске вредности и потенцијале неvezано за разлике које се јављају између њих;
- Сваки човек је одговоран како према себи, тако и према другима;
- Емоционалне и интелектуалне особине имају сви људи;

²¹² Лазиф Б., *То може бити и Ваше дете*, Д.О.О. Др Боро Лазиф, Београд, 2007, стр. 93.

²¹³ Настасић П., *Болести зависности у адолесценцији*, Публикум, Београд, 2011, стр. 19.

²¹⁴ Glassman U., Kates L., *Feedback, role rehearsal and programming enactments: cycles in the groups middle phase inc.*, New Bury Park, California, 1993, стр. 47.

- Сваки човек има право да се слободно изражава;
- Сваки човек је различит у односу на друге што може да допринесе развоју односа;
- Сваки човек утиче на своју судбину тако што има властити избор;
- Сви људи могу да преиспитују рад оних професионалаца који утичу на њихову животну промену.

Из ових набројаних вредности се може закључити због чега је групна терапија најбољи начин рада са клијентима.

Групна терапија је „метод који има за циљ да uklони патње и унапреди лично и социјално функционисање чланова групе, што се постиже кроз специјализоване и контролисане групне интеракције уз помоћ једне посебно оспособљене особе – терапеута”.²¹⁵

Групне терапије које дају највећи ефекат на лечењу болести зависности су групне психотерапије.

Групна психотерапија је „метод који се састоји од процеса који се јављају у формално организованим и заштићеним групама, замишљеним да омогуће брзо повећање способности унутар личности и понашању поједних чланова групе путем специфичних и контролисаних групних интеракција”.²¹⁶

Силе које држе чланове групе на окупу услед узајамног афективног привлачења, заједничких интереса, норми и привржености заједници чланова групе назива се *групна кохезија*. Од ње зависи колико ће група бити чврста и стабилна. Самим тим, биће видљива и атмосфера групе.²¹⁷

Групна психотерапија је синоним за групну терапију, али се појам више користи како би се означиле технике групног третмана који помажу појединцима да реше разне емоционалне проблеме. Једна од таквих терапија је породична терапија.

²¹⁵ Петровић Д., Седмак Т., Ћорић Б., *Методје групног социјалног рада*, ФПН, Београд, 2000, стр. 71.

²¹⁶ Исто, стр. 72.

²¹⁷ Harold I. Kaplan, Benjamin J. Sadock, *Comprehensive group psychotherapy*, The Williams & Wilkins company, Baltimore, U.S.A., 1971, стр. 842.

3.4.1. Историјат примене групе у третману болести зависности

Не може се одредити тачан почетак развоја групног рада. Он није пронађен одједном. Његова историја се може повезати са историјом развоја социјалних институција унутар друштва које се мења. Индустријализација је довела до великих проблема, а они и нове социјалне службе које су пружале одређене услуге корисницима. То је утицало и на стварању идеје „самопомоћи” која се заснивала на сазнању да узајамна помоћ произилази из потребе за подршком.

Основа групог рада је био покрет за рекреацију који се појавио почетком двадесетог века. Овај покрет се борио за осмочасовно радно време, за игралишта за децу која живе у сиромашним предграђима као и за низ услова за развој деце. Тако је групни рад постао синоним за групну рекреацију.

Линдемман Е. Је 1921. године објавио своју прву књигу „Заједница”. У њој је описао групни метод рада као „средство помоћу којег се конфликти могу износити отворено пред групу и тако разрешавати”.²¹⁸

Данас се групни рад најчешће идентификује са терапијским групним радом. Он као такав, треба да се заснива на неколико принципа:²¹⁹

- Да омогући групну интеракцију и групну активност;
- Треба да омогући прилагођавање особа другим особама, да их мотивише за сопствено ангажовање у побољшању друштвених односа;
- Групни терапеут треба да поспешу групни процес који се заснива на познавању интеграционих процеса;
- Групни рад треба да поспешу развој односа појединаца према заједници и њеним проблемима;
- Треба да омогући члану групе кроз групно искуство обрасце уживања и задовољства собом и да му омогући лични раст тако што ће побољшати социјалне односе са околином.

Назив групна терапија потиче од Јакоб Морена који се њоме бавио још 1910. године у Бечу. Он се највише интересовао за социометрију и психодраму. За пионира

²¹⁸ Петровић Д., Седмак Т., Ћорић Б., *Методe групног социјалног рада*, ФПН, Београд, 2000, стр. 61.

²¹⁹ Исто, стр. 63-64.

групне терапије се може издвојити Алферд Адлер јер је утицао економичнијој методи која може помоћи већем броју људи, нарочито припадницима радничке класе. Луис Вендер 1929. године почиње да се бави психоанализом са групама у болници, а Пол Шилдер и Тригант Бароу примењују групни рад са неуротичним болесницима.²²⁰

Између два светска рата, групна терапија се највише развијала у централној Европи, да би прави процват доживела током Другог светског рата и након њеног завршетка.

Данас се групним терапијом лече деца, адолесценти, одрасли и стари људи од неуроza, психоза, депресије, болести зависности...

Када су у питању болести зависности, почетком 20. века формирају се трезвењачки покрети, а тридесетих година касније и организација *Анонимни алкохоличари*, најпре у Америци, а касније и другде у свету. Анонимни алкохоличари су организоване групе засноване на принципима самопомоћи. То је допринело да се најпре алкохоличари сматрају пацијентима, а касније и други зависници од психоактивних супстанци.²²¹

У оквиру медицинског правца лечења алкохолизма, развијала су се три модела:²²²

- Класичан индивидуални модел који је за циљ имао само успостављање апстиненције и побољшање здравља. Са пацијентом се радило индивидуално, а свега њих 25% је успело да успешно апстинира;
- Увођењем терапијских заједница и групне терапије, настао је прелазни модел који је имао три подфазе: почетна болничка фаза са циљем на здравствени опоравак, фаза лечења у дневној болници ради едукације и стицања увида у болест, продужено лечење у ванболничким условима, са клубом лечених алкохоличара као носиоцем ове фазе;
- Породично-системски модел, који се уводи средином седамдесетих година прошлог века са основном идејом да алкохолизам није проблем појединца, већ проблем породице и шире социјалне групе у којој алкохоличар живи и ради. За сада је ово најуспешнији модел који има преко 75% лечених који су успели да апстинирају.

²²⁰ Исто, стр. 95.

²²¹ Станковић З., Беговић Д., *Алкохолизам од прве до последње чаше*, терапијски приручник, Креативни центар, Београд, 2005, стр. 5.

²²² Исто, стр. 5-6

Групни рад у лечење алкохоличара се пресликао и на лечење групом других облика зависности.

3.4.2. Групни рад кроз фазе лечења

Лечење зависности се због својих карактеристика спроводи кроз одређене фазе лечења. Најзначајније су три фазе како би се зависник у потпуности рехабилитовао и ресоцијализовао у друштво.

Интезивна фаза је прва фаза лечења. Састоји од две подфазе: детоксикације и стационара. *Детоксикација* је значајна због елиминисања или ублажавања апстиненцијалног синдрома, бројних медицинских испитивања и тестова. Она траје између седам и десет дана. Након тога следи *стационар* који траје најмање три недеље и врло је важан због даљег психо-физичког опоравка. Он доводи до успостављања природног биоритма који се огледа у правилном спавању, редовним оброцима, спортским активностима и обавезама које су тог дана у плану дневних активности. Овај режим је доста битан, јер је годинама био нарушен код зависника од психоактивних супстанци и његово побољшање је други корак у даљем опоравку пацијента. Важан пратилац стационара као и друге фазе лечења јесте психоедукација преко које се зависник едукује о својој болести како би је што боље упознао и на тај начин савладао. Нов стил комуникације је такође битан. Она се дешава између пацијената и између запослених у институцији. Групна терапија је неизоставан део лечења.

Терапијска заједница се одвија у јутарњим часовима. На њој се анализира претходни дан код пацијената, односно активности, размишљања, очекивања, снови и комуникација. Тако се откривају отпори и кризе. Бројне и занимљиве теме о болестима зависности, њеним узроцима и начинима решавања проблема су карактеристике *тематске групне терапије*. У послеподневним и вечерњим сатима заступљене су други облици терапијског рада. *Едукативна терапија* служи за даљу едукацију пацијената о својој болести, док *окупациона терапија* има за циљ да скрене зависницима мисли са психоактивне супстанце како би се избегле или умањиле последице кризе.

Постоје два облика кризе: отворена и затворена. *Отворена криза* је свесна јер су размишљања повезана са жељом да се супстанца узме. Брзо се препознаје, па самим

тим и неутралише наученом одбраном. То није случај код *затворене кризе* јер се она јавља на подсвесном нивоу и замаскирана је телесним сипмтомима, односно боловима у одређеном делу тела, напетим сновима, променама расположења, тугом, нервозом, страхом и напетости. Дуже трајање ове кризе утиче да пацијент рецидивира.

Због тога је врло важно да зависник научи одмбрамбене тактике како не би поново узео супстанцу, а своје лечење довео у питање.

Поступак за решавање кризе огледао би се на следећи начин:²²³

- Препознати кризу;
- Прихватити да се криза појавила;
- Одбити први налет кризе преко стечених знања;
- Разговарати са сарадником о кризи како би се открио њен узрок;
- Ако се криза и даље наставља, обавезно контактирати доктора или терапеута.

Друга фаза лечења се зове **рехабилитација** и она обухвата *Терапијску заједницу дневне болнице*. Терапија је врло значајна, јер се ради на поправљању комуникације између свих чланова породице. Посебан ефекат су искуства других пацијената и њихових породица који се препричавају на терапији, а већина присутних проблема решавају се по принципу „овде и сада”. Такође се ради психоедукација свих чланова породице како би се и они упознали са болешћу, спознали своје поступке који су раније помагали зависнику да користи супстанцу. Посебан моменат свих чланова породице јесте писање увида у облику аутобиографије са самокритичним освртом на раније понашање.

Трећа фаза се назива **фаза стабилизације** и заснива се на продужним групама. Преко тих група пацијенти се рехабилитују и ресоцијализују натраг у друштво. Ова фаза може трајати од две до више година. На групу се првих годину дана долази једном недељно.

²²³ Настасић П., *Болести зависности у адолесценцији*, Публикум, Београд, 2011, стр. 91.

4. СОЦИЈАЛНЕ ПОСЛЕДИЦЕ ЗАВИСНОСТИ ОД ОПИЈАТА

Социјалне последице зависности од опијата су многобројне. Треба истаћи да те последице нису само погубне по самог зависника, него и за целу породицу. Сваки члан породице доживљава зависност као свој лични терет и на свој начин. Имајући у виду да је зависност од опијата најчешће увод у криминалне активности, терет зависности не носи само зависник и породица, него и шира друштвена заједница.

4.1. Трансформација личности опијатског зависника („наркоманско понашање“)

Велики број зависника од опијата и других психоактивних супстанци је још пре уласка у проблем имао неки облик поремећаја личности. Због тог поремећаја они су узимали супстанцу ради констатног задовољства, или због фрустрација јер су другачији од других. Међутим, јако је важно разумети да нису само они корисници дрога. Може се рећи да свака особа која је има проблем адаптације и која се не сналази најбоље на утицај спољних стресора може бити кандидат за узимањем супстанце.

Имајући у виду фазе развоја опијатске зависности, последња фаза апсолутно доводи до потпуне промене личности где се она сада врло разликује у односу на период пре настанка зависности.

Такво стање промене се често замаскира на основу нетачних и необјективних ставова зависника према својој болести. До тога долази јер опијатски зависници заваравaju сами себе како би избегли за њих непријатну стварност. У томе им најчешће помажу механизми одбране.

Постоји више одбрамбених тактика које сваки опијатски зависник примењује:²²⁴

- Константно умањивање свега што је значајно са дрогом;
- Порицање свих проблема у вези са узимањем и коришћење опијата;
- Другачије тумачење реалних догађаја са циљем да се другима препише одговорност за сопствено дрогирање;
- Заборављање непријатних догађаја који су у вези са узимањем опијата;

²²⁴ Марјановић Д., Милићевић Ж., *Дрога, алкохол, коцка – непријатељи живота*, приручник за превенцију болести зависности у основним школама, Завод за уџбенике, Београд, 2013, стр. 52-53.

- Упоредивање сопственог дрогирања са дрогирањем других људи, а ради смањивања значаја сопственог дрогирања.

Ове одбрамбене тактике су саставни део не само опијатске него и других облика зависности. То је модел понашања који се назива зависничко или наркоманско понашање.

Зависничко понашање може бити само неприлагођено важећим нормама друштвено пожељног понашања и тада се назива асоцијалним или недруштвеним. У случајевима када се оно директно супроставља друштвеним нормама и тако угрожава друге људе, онда се тада назива антисоцијалним или противдруштвеним.²²⁵

У оба случаја, може се закључити да се понашање зависника одликује по принципу задовољства, а не по принципу реалитета. Понашање је усмерено искључиво за набавку супстанце и негацију наркоманске личности.

Зависници су често у стању да повређују друге особе које познају, али и оне које не познају. Према њима употребљавају физичку силу, лажу и оптужују друге, краду и врше разбојништва. Понекад се смишљене тактике дуго планирају како би се или дошло до дроге, или сакрило дрогирање. Нажалост, то доводи до велике дозе безобзирности и безосећајности. Зависник има и проблема са школом и законом, а често чини и бескрупулозне „кућне крађе”. Зависници вежбају и импресивне технике завођења, глумљењем љубави и улагивањем, али и лажу и оптужују своје најмилије без икаквог реалног разлога.

Пошто се промена личности догађа током неколико година, реч о врло неповољним и дубоким променама. Зависник је упетљан у клупко сопствених лажи и превара а процес самозаваравања постаје његова „друга природа”. Он ово понашање показује и када дуго није под дејством супстанце. Због тога опијатски зависник примењује стил живота који не наилази на одобравање ни његове породице ни друштвеног окружења која то понашање назива наркоманском или „џанки” филозофијом.²²⁶

²²⁵ Исто, стр. 53.

²²⁶ Настасић П., *Не дозволи да те дрога избаци из игре*, Едукативни приручник, Привредни преглед, ДОО, Београд, 2004, стр. 56-57.

4.2. Антисоцијално понашање (дисоцијализација) и криминалитет повезан са опијатском зависношћу

Како болест зависности напредује кроз одређене фазе, зависник постаје све тајанственији и неискренији. Све се више уочава да манипулише и лаже, дрзак је, непослушан и расправља се око свега. Говор постаје вулгаран, а разговори преко телефона све више шифриран. Родитељи примећују све чешће ноћне изласке као и задржавање у купатилу.

Гардероба, техника и друге ствари које припадају адолесценту све се више „губе”, а онда се слично догађа и са стварима које припадају родитељима. Како болест напредује зависниково понашање се све више обележава агресивним иступима у кући или школи у којој има неоправданих изостајања. Поједини зависници почињу да се упуштају у криминал тако што дилују дрогу, врше ситне крађе, разбојништва па и проституисање.²²⁷

Може слободно да се каже да сваки опијатски зависник увуче у проблем још од 3 до 5 младих особа, а сваки дилер регрутује у просеку од 3 до 7 почетника дилера-наркомана. Ово све више доводи до појачаних криминалних активности, па и самим тим до међусобног обрачунавања нарко кланова.²²⁸

Када се потроше сва лична и породична средства за набавку супстанце, зависник почиње да просјачи, да чини ситне крађе, обија трафике, мање радње и апотеке. Како толеранција све више расте, односно неопходна је све већа количина дроге, толеранција према другим људима све више слаби. Сада се чине тежи преступи уз употребу маске за лице, коришћењем хладног и топлог оружја, па све до укључивања у илегалну мрежу нарко-дилера како би се обезбедио сталан приступ опијатима и другим дрогама. Дилер вербално и физички прети појединим зависницима који од њега набављају супстанцу, а често долази и до физичког насиља према њима.²²⁹

Као што се види, финансијски проблеми и криминалитет су редовни пратиоци опијатског зависника. Њихове породице почињу да живе у егзистенцијалном страху, од данас до сутра. Како зависник све више запоставља ранија пријатељства са пријатељима који не користе дроге, а у контактима је са онима који су на било који

²²⁷ Настасић П., *Болести зависности у адолесценцији*, Публикум, Београд, 2011, стр. 10-11.

²²⁸ Станојковић Б., „Социјални аспекти наркоманије младих као узрок безбедносних проблема у Републици Србији”, Докторска дисертација, ФПН, Београд, 2013, стр. 132.

²²⁹ Исто, стр. 139.

начин повезани са дрогом, и он и његова породица постају све више социјално изоловани од здравог друштва.²³⁰

4.3. Значај родних разлика повезаних са социјалним последицама опијатске зависности

Процес стварања зависности код девојчица и девојака има својих специфичности. У односу на адолесценте, код њих се раније појављују хормонске промене као и развој секундарних сексуалних одлика и сексуалних импулса што ствара психичку нестабилност која је тежа за савладање. Ово су једни од разлога због чега девојке почињу да узимају психоактивне супстанце.

Културолошке и социјалне разлике могу да услове код младих девојака бунтовнички однос према културолошким нормама на тај начин што ће се негирати сопствена полност или ће се она квазисупериорно злоупотребљавати на једној страни, или ће се трпети социјални притисак који инхибира, осујећује и кочи развој личности девојке.²³¹

Промене које настају код девојака након све већег конзумирања опијата доводи до инхибиције у понашању, али са јаким психолошким механизмима одбране који брзо постају неуспешни и тако развијају озбиљне психичке тегобе, поремећаје понашања, али и теже психијатријске поремећаје.

Такође, злоупотреба опијатских дрога чини да младе девојке буду увучене у проституцију. То се дешава тако што женски зависник бива уцењен од дилера. Да би дошле до жељене количине дроге, оне падају на уцене које су искључиво везане за пружање сексуалних услуга. То касније поприма још један вид криминалне радње. Известан број женских зависника буде продат као бело робље неком другом дилеру-макроу за 100-200 евра, а цена зависи од њеног спољног изгледа и здравља.²³²

²³⁰ Марјановић Д., Милићевић Ж., *Дрога, алкохол, коцка – непријатељи живота*, приручник за превенцију болести зависности у основним школама, Завод за уџбенике, Београд, 2013, стр. 57-58.

²³¹ Настасић П., *Не дозволи да те дрога избаци из игре*, Едукативни приручник, Привредни преглед, ДОО, Београд, 2004, стр. 57-58.

²³² Станојковић Б., „Социјални аспекти наркоманије младих као узрок безбедносних проблема у Републици Србији”, Докторска дисертација, ФПН, Београд, 2013, стр. 152.

4.4. Социјална изолација опијатског зависника и породице

Социјална изолација је врло често присутна у породици зависника. Зависност као таква се може догодити сваком без обзира на пол, узраст, богатство, сталеже, запосленост, припадност одређеним верским, етничким и другим мањинским групама.

Процес социјализације је код младе особе заустављен или успорен од оног тренутка када се јави зависност. Слаба или површна социјализација утиче на то да се не стварају приснији контакти с оним особама који немају додира са психоактивним супстанцама. Зависник има поверење само у своју субкултурну групу, тј. у оне људе који су такође зависници. Докле иде тај проблем види се да зависник увек опрости многа дела када га неко из те групе превари и искористи. Према свим другим групама који размишљају исправно и осуђују злоупотребу супстанце гаји се врло одбојан став. На тај начин, зависници живе у социјалној изолацији, у својој субкултурној групи или као изоловани појединци.²³³

Иста правила које зависник има у својој субкултурној групи примењује и када своје време проводи у породици. Контакти са родитељима и другим члановима су на дистанци или недовољно близки. У почетку породица негира постојање супстанце, а када се за болест открије, већина породица настоји се да се она сакрије од блиских пријатеља, фамилије, колега са посла или суседа. Разлог том понашању је осећај стида, понижења и осуде од друге стране да нису успели као родитељи. То је пут који породицу полако уводи у социјалну изолацију од друштва.

Као што се види, стигма је непрекидни пратилац свих болести зависности. Током лечења, системска терапија омогућава да се сагледа да ли се стигма јавља унутар породице, у ужој и широј фамилији, на послу код колега или код суседа и помаже саветовањем како да се смањи. Међутим, стигматизација пацијената који имају зависност врши се и од стране лекара од којих зависници не добијају довољно дијагностичких и терапеутских услуга, укључујући и неопходне услуге хитне помоћи. У систему здравственог осигурања јављају се захтеви да се зависницима наплаћују медицинске услуге, а медицина рада свакодневно „доказује” да зависницима брзо опада радна способност. На другој страни, здравствени радници и здравствени

²³³ Петровић С., *Дрога и људско понашање*, Партенон, Београд, 2003, стр. 53-54.

сарадници често критикују колеге које се баве овом популацијом, сматрајући да са њима нема никаквог рада и помоћи.²³⁴

4.5. Дезинтеграција опијатског зависника и породице

Да ли ће у породици да се јави дезинтеграција зависи од тога колико успешно спроводи своје функције због које и постоји. Те функције су заштитне и егзистенцијалне, доприносе развоју индивидуе, поштују се устаљене друштвене вредности (обичај, морал и право), омогућава се оптималан развој деце, омогућена је заштитна и васпитна функција деце, али и развијање толеранције међусобних разлика код сваког члана породице.

Када ове функције нису у појединим сегментима или у потпуности испуњене, јављају се породичне кризе које се могу манифестовати повлачењем појединих чланова у себе или чешћим испољавањем конфликта. Међутим, криза понекада и не мора да буде тако интезивна и бурна и тада породична дисфункционалност траје веома дуго времена и постаје животни стил породице. Због интезивне патње свих чланова породице, а нарочито деце, опасност од психосоматске, менталне а нарочито од социјалне дезинтеграције нигде није тако велика као у породицама у којима постоји неки облик зависности.

Неопходно је разумети да када родитељи имају оптимални васпитни стил (ни претерана строгаћа ни претерана попустљивост), резултат њиховог васпитања биће *социјализовано дете*. Социјализовано дете је оно које у довољној мери прихвата социјалне норме и правила, а које је при томе сачувало своју природност, спонтаност и интегритет своје личности. Социјализовано дете има све потенцијале да израсте у здраву и креативну личност која је довољно друштвена.²³⁵

Неизвесно је да ли је породица пре настанка зависности функционисала на други начин са аспекта снага које су чланови користили за решавање одређених проблема, начина провођења заједничког слободног времена, слоге међу брачним супружницима и њихове деце и међусобног поверења. Поставља се питање да ли је те аспекте

²³⁴ Чебашек-Травник З., *Стигматизација алкохоличара, њихових породица и терапеута*, Болести зависности – сличности и разлике, Зборник радова, XXIX симпозијум о болестима зависности са међународним учешћем, Публикум, Београд, 2013, стр. 61-62.

²³⁵ Миливојевић З., и остали аутори, *Мала књига за велике родитеље*, Психополис институт, Нови Сад, 2009, стр. 89.

породичног живота захватила дезинтеграција и пре појаве зависности и која се још више развила током трајања зависности.

И са социјалног становишта породица је пре појаве зависности функционисала другачије имајући у виду њен ослонац на рођаке, суседе, пријатеље и колеге са посла. Они су представљали неког са ким је породица зависника делила своје тешкоће, тражила савет, имала охрабрење и подршку и то све у циљу савладавања животних проблема.

4.6. Процеси ресоцијализације и реинтеграције опијатских зависника

Потребно је да прође дуг период како би се зависник дошао на лечење. Он углавном долази под притиском других чланова породице, када му је нестало новца за дрогирање, због проблема са законом, када је изрекнута обавезна мера лечења од стране суда, када тело више не реагује на дрогу...

Дакле, пацијент нема неку праву мотивацију за опоравком. То је само један од бројних отпора који постоје, а све у циљу избегавања да се учини коначни раскид са старим животом. На другој страни и чланови породице показују отпоре. Они су у вези осећања нелагодности и страха од непознатог. Две највеће предрасуде у вези са лечењем су срамота и понижење. На овим предрасудама је неопходно радити кроз све фазе лечења док породица и сам зависник не схвате да могу да се ослоне на заиста блиске људе из фамилије и на праве пријатеље са којима се може изградити нов и реалан живот. То значи да ови људи могу да разумеју проблематику ове болести, па да се и сами укључе као споредни сарадници који су неопходни у каснијим фазама ресоцијализације и реинтеграције опијатског зависника и његове породице. Само на правилан програм лечења који укључује све фазе лечења уз поштовање свих терапијских правила могу да дају свој максимални ефекат у елиминисању овог зла.

4.6.1. Током интензивног третмана

Иако се ова фаза највише односи на процес детоксикације преко које се решавају апстиненцијалне тегобе узроковане прекидом уношења опијатских и других дрога, рађењем бројних медицинских прегледа, а касније и учешће у стационарном делу програма, ова фаза обухвата почетак ресоцијализације и реинтеграције зависника у друштво. Траје од шест до осам недеља.

Наиме, у стационару су већ присутне бројне терапијске групе преко који пацијент ослушкује себе док прича о томе каква су му осећања, како му је на лечењу, шта га тишти, како да реши кризе за супстанцом. Пацијент учи и да слуша друге док причају на групи о истим проблемима које има и он. Тако шири сазнања и разуме да није једини у овој причи. Ово је већ стање када пацијент скромно увиђа да није корисно да буде орјентисан искључиво на себе што је у периоду пре почетка опоравка чинио. Такође, процес психоедукације који подразумева да се учи о својој болести како би је лакше победио одвија се у тачно одређеном делу дана уз помоћ терапеута, медицинских сестара, па и самих пацијената. Осим разговора о томе, неопходан је и терапијски приручник.

На основу новог обрасца комуникације, пацијент ово знање проширује током вечерњих контаката са члановима породице које се одвија путем телефонских разговора, и током викенд сусрета у кругу болнице. Ови сусрети су значајни што се и породица припрема да се укључи у наставак програма лечења које се назива продужна фаза.

4.6.2. У продужној фази лечења

Ова фаза подразумева циљ који се односи на изградњу животног стила без дроге и алкохола. Траје најмање шест месеци до годину дана.

У овој фази пацијент и његова породица уче како да реше проблем свакодневног живљења који се односи на следеће:²³⁶

- Како водити слободно време;
- Шта радити пре или после школе (студија);
- Како провести дане викенда;
- Како да се успоставе и развијају односи између свих чланова породице;
- Како да се успоставе и развијају односи са другим људима;
- Како да се превазиђе осећање кривице или љутње;
- Како даље да се планирају активности;
- Како да се избегну грешке.

²³⁶ Настасић П., *Не дозволи да те дрога избаци из игре*, Едукативни приручник, Привредни преглед, ДОО, Београд, 2004, стр. 90-91.

Важно је да зависник разуме да ове проблеме имају и сви други, а да многи никада нису пробали дрогу.

Ова фаза је значајна због тога што се породица све више интегрише изнутра због новог начина комуникација, што утиче да се отвара и према спољној средини тако што проширује контакте са фамилијом, суседима и пријатељима што је више не чини социјално изолованом. Такође, ова фаза најбоље резултате даје на групним терапијама у коју се укључују и друге породице са истим проблемом.

4.6.3. У пеналним условима

Стављање зависника у пеналне услове под којима се подразумевају затвори и поправни домови, врши се онда када је неопходна заштита друштва од опасног понашања извршилаца кривичних дела код којих постоји зависност од алкохола или дрога.

У овим пеналним условима примењују се обавезне мере психијатријског лечења, рехабилитације и ресоцијализације наркомана. Зависник сада није више у могућности да врши криминалне радње, не може да дође до супстанце, а самим тим не може ни да рецидивира.

Појава конзумирања супстанци и зависност у затворима је изузетно распрострањена. Процењује се да се број осуђених лица који је користе креће између 30-50% у земљама Европске уније. Узроке треба тражити у недостатку превенције, компететних стручњака, лошој стратегији и политици третмана, моралистичком приступу који стигматизује опијатског зависника...²³⁷

У нашој земљи, мере обавезног лечења наркомана и других зависника врши се у Специјалној затворској болници која је установа затвореног типа. Ова болница подразумева и интензивну фазу детоксикације као и стационар. Примењују се исте карактеристике лечења које су заступљене и према оним лицима који нису имали проблем са законом.

Када су у питању адолесценти који узимају супстанцу, према Закону о малолетним починиоцима кривичних дела (чл. 7.) може се изрећи један или више васпитних налога чија је сврха појачан утицај на правилан развој малолетног лица, као и на оснаживање његове одговорности да више не чини кривична дела.

²³⁷ Сакоман С., *Лијечење опијатских овисника*, приручник, Алкалоид Д.О.О., Загреб, 2013, стр. 158-159.

Васпитни налог може да се односи на следеће:

- Поравњање са оштећеним у циљу надокнаде штете радом или извињењем;
- Редовно похађање школе или одлажење-извршавање радних задатака;
- Укључивање у хуманитарне организације без икакве надокнаде;
- Подвргавање лабораторијском испитивању на алкохол и дрогу, као и учешће у програму одвикавања од зависности;
- Укључивање у групни или појединачни третман у одговарајућој здравственој установи или саветовалишту.

Када су у питању васпитне мере (чл. 11.) и казне малолетничког затвора (чл. 29.), оне спадају у кривичне санкције. Сврха ових мера и казни се огледају у појачаном надзору, помоћи и заштити, обезбеђивањем оштег и стручног оспособљавања у смислу снажнијег утицаја на развој и јачању личне одговорности малолетног (кажњеног) лица, затим на васпитање и правилан психо-социјални и физички развој како би се на тај начин обезбедио његово укључивање у друштвене токове, а да у будућности више не чини кривична дела.²³⁸

Врсте васпитних мера су: мере упозорења и усмеравања (судски укор и посебне обавезе), мере појачаног надзора (појачан надзор од стране родитеља, стараоца или усвојиоца) и заводске мере (упућивање у васпитну установу, упућивање у васпитно-поправни дом и упућивање у посебну установу за лечење и оспособљавање).

4.6.4. Терапијске заједнице (клубови) и комуне

Клубови представљају фазу лечења познатијом као фаза стабилизације. Они као и комуне имају велики значај у спречавању рецидива. Болест зависности носи са собом велики ризик да се пацијент у будућности врати старом начину живота. То се дешава због тога што су се многи проблеми коначно решили, а последице отклониле, па сада природно настаје процес заборављања свих оних мука и патњи које су раније постојале. Долази до лажног самопоуздања јер се стиче утисак да ранији проблем заправо никада није ни постојао или да његово решавање и није било тако тешко.

²³⁸ Јовашевић Д., *Закон о малолетним учиниоцима кривичних дела и кривичноправној заштити малолетних лица*, Службени лист СЦГ, Београд, 2005, стр. 75-88.

Због тога су терапијске активности у клубу усмерене на разговоре о старом понашању пошто се оно тешко мења, а неопходно је да се стално уче и стабилизују нови облици понашања као и нови начини решавања животних проблема. Терапијске активности у овој фази су мање интензивне и више имају облик групе самопомоћи, али је најважније да постоји континуирана повезаност са терапијском групом или са установом у којој се лечење одвија. У почетку, окупљања могу да буду једном недељно или у две недеље, а касније једном месечно. Такође, треба остати чврсто повезан са једним терапеутом или чланом терапијског тима који могу да буду од велике помоћи како за пацијента тако и за чланове његове породице због опасности од рецидива што поновно може довести до дезинтеграције и социјалне изолације свих њих.²³⁹

Имајући у виду овакав вид функционисања, клуб представља вид „спољне помоћи” који стално подсећа на тешкоће, на сталну потребу за напредовањем и побољшањем понашања и односа са другим људима.

Када су у питању комуне, оне су осмишљене тако да мењају човеков начин размишљања у вези дрога. Стручњаци који се баве проблемом зависности у индивидуалним сеансама уче штићенике како да промене карактерне особине и развијају пожељне међуљудске односе. Кроз радну терапију се стичу радне навике, а спортском терапијом тимски рад.

Комуне најчешће подразумевају неки изилациони период зависника од друштвене заједнице, психолошку подршку и саветовање, едукацију и превентивни програм, саветовање породице као и групу подршке. То је оно што је разликује од уточишта које се често меша са комуном, а која се искључиво односи на физички рад и изолацију.

4.6.5. Садашње стање у нашој средини и могући трендови у будућности

Сама детоксикација, односно опоравак од физичке зависности не може да да позитиван резултат у лечењу зависника од опијата и других психоактивних супстанци. Лечење мора да буде примењено у свим фазама, од интензивне фазе, рехабилитационе, па до продужне ако се тежи најбољем резултату.

Нажалост, у Србији се више од 90% корисника дрога или зависника и даље не лечи. На тај тренд утиче недовољна просвећеност друштва да је реч о болести, а не о безобразлуку. Стид и срамота породице су само неке од најтврђих предрасуда које

²³⁹ Настасић П., *Болести зависности у адолесценцији*, Публикум, Београд, 2011, стр. 93-94.

постоје према лечењу. У неким ситуацијама чак ни сами родитељи не увиђају да треба да се мења породични систем, па своју децу шаљу у верске комуне сматрајући да је проблем у деци и да само она треба да промене понашање.

Као други разлог треба навести и недостатак државних установа који се баве овом проблематиком. Свега неколико специјализованих установа рехабилитује зависнике што је премало у односу на оволики број корисника и зависника. Нажалост и у тим специјализованим установама је присутан мали број стручног кадра који раде у тешким условима.

Трећи разлог је и недостатак новца. У Србији постоје многа приватна саветовалишта или болнице, што изискује поприлична материјална средства. Иако програми детоксикације и стационара најкраће трају, они представљају најскупље фазе лечења. Само поједине породице разним позајмицама, продајом некретнина и других материјалних вредности или подизањем кредита успевају да финансирају програме ових установа. Већина се одлучује на краће програме који често заврше рецидивом.

Комуне су најчешће бесплатне. Финансирају се из донација, најчешће страних. Супституциони програми (метадонски центри, субоксон програми) такође. Ипак и њих је недовољно.

Потребно је развити програме помоћи од стране државе која би могла да рефундира део трошкова медицинским приватним установама које се баве овом проблематиком. Исти принцип би помогао и код приватних саветовалишта и супституционих програма.

Као још један тренд развоја помоћи код зависности од опијата и других дрога јавља се и **третман зависности у заједници (ТЗЗ)**. Он треба да задовољи потребе и ресурсе заједнице. Многи приступи се појављују у склопу ТЗЗ, а то су реформисане психијатријске службе као што су дневне болнице, дневни центри, службе за радну рехабилитацију и резиденцијалне службе (болнице и комуне). ТЗЗ треба да обухвати и службе изван заједнице како би се решиле разноврсне потребе зависних особа. Координација ТЗЗ са другим институцијама је веома значајна. Координира се са локалним терапијским установама свих модалитета, институцијама власти, религијским организацијама, културним групама, локалним лидерима и привредним корпорацијама. Препознавање злоупотреба дрога у датој заједници је мултифакторијална болест са снажном социјално/системском компонентом у себи, а то није само слабост појединца. У ТЗЗ треба да учествују сви чланови и институције

заједнице у пројектовању, планирању и имплементацији како би се обезбедио напредак без зависности од националне/државне интервенције.²⁴⁰

5. СОЦИЈАЛНА ИЗОЛАЦИЈА

Историјски, изолација међу људима јавља се још у праисторијском добу. Мање људске групе сачињене од свега неколико припадника шири неповерење према осталим мањим или већим групама који живе у суседству. Најчешћи разлог таквог понашања је храна због чега сви постају конкуренција једним другима.

Међутим, развоју људске врсте доприноси појава рада који убрзано постаје главни подстицај удруживања људи. Развојем рада долази и до његове поделе, а то доводи до социјалног раслојавања које се у психолошкој равни испољава као изолација људи.

5.1. Историјски корени изолације и теорије социјалне изолације

Изолација као облик отуђења јавља се кроз историју поделом рада тако што замисао припада једнима, извођење припада другима, док појединачне операције трећим лицима. На тај начин уместо интеграције долази до раздвајања човекових појединачних функција.

Маркс и други филозофи, социолози и психолози због тога сматрају да се на емоционалном плану отуђење испољава као стање несреће и незадовољства. Нажалост, отуђење се не ограничава само на сферу рада, него се проширује на све видове живота због чега човек постаје изолован у свим сферама функционисања.²⁴¹

Термин **изолација** потиче од латинске речи *isolatio*. Она означава издвајање, одвајање, издвојеност, одвојеност, усамљивање и уклањање.²⁴²

Данас је изолација међу људима већа него икада. Она је мање заступљена у селима, али је највише и у највећим размерама видљива у градовима и у метрополама.

²⁴⁰ Настасић П., *Интеграција лечења болести зависности кроз третман у заједници*, Болести зависности – сличности и разлике, Зборник радова, XXIX симпозијум о болестима зависности са међународним учешћем, Публикум, Београд, 2013, стр. 50-51.

²⁴¹ Пешић М., *Социологија*, Институт за политичке студије, Београд, 1998, стр. 59-68.

²⁴² Вујаклија М., *Лексикон страних речи и израза*, Просвета, Београд, 1992, стр. 316.

Са становишта традиционалне перспективе једна од основних разлика између села и града јесте степен социјалне блискости. У селу су блискији односи између становника, развијени су механизми суседске контроле и постоји спремност за међусобно помагање и подршку. У њима је заступљена природна солидарност, насупротив уговорној, заједничка својина наспрам приватне, колективизам насупротив индивидуализму и интерес заједница насупротив личном интересу. Градови се састоје од мањих територијалних и социјалних јединица (суседства и крајева). Ако на те јединице утиче етнички састав, професионална и старосна структура становништва и неформалног вођства онда се у појединим случајевима може говорити о већој социјалној блискости међу члановима заједнице у односу на село.²⁴³

5.2. Схватање појма „социјална изолација”

Социјална изолација се може разумети као искљученост из породичних, пријатељских, суседских, професионалних и ширих друштвених мрежа. Њен узрок треба тражити у сложеној комбинацији друштвених, породичних и индивидуалних чинилаца.

Она се може дефинисати на следећи начин: „Социјална изолација је добровољно или принудно издвајање из социјалне средине и прекид контакта са другим људима. Издвајање може бити због психолошких разлога (стид, осећање кривице, осећање мање вредности, неповерљивост) или ситуационих узрока (рат и затвор)”.²⁴⁴

Људи тешко подносе социјалну изолацију. Многи експерименти социјалних психолога то показују.

Свако разумевања појма социјалне изолације састоји се из три дела:²⁴⁵

- Социјална изолација је релативна. То значи да су особе искључене као скупина или заједница у одређеном временском тренутку;
- Социјална изолација је и одлука саме особе. То значи да се особа сама изолује или се неко од ње изолује, а она не чини ништа да то стање поправи;

²⁴³ Милосављевић М., Бркић М., *Социјални рад у заједници*, Социјална мисао, Београд, 2005, стр. 60.

²⁴⁴ Видановић И., *Речник социјалног рада*, Ауторско издање, Београд, 2006, стр. 362.

²⁴⁵ Бејаковић П., *Водич за социјалну укљученост*, Институт за јавне финансије, Загреб, 2009, стр. 11.

- Социјална изолација се састоји од недостатка наде за будућност. Из ових разлога се често наводи да сиромаштво и незапосленост могу довести до социјалне изолације, међутим, не морају је нужно узроковати. Исто тако имамо и случајеве људи који раде а изоловани су.

Социјална изолација је данас раширена на глобалном нивоу. Позната је као **друштвена изолација**. Реч је о лишавању социјалних и основних егзистенцијалних права човека.

Концепт друштвене изолације је изведен из француске социјалне политике и политичког дијалога, а означава процес друштвене дезинтеграције у смислу прогресивног поремећаја односа између појединца и друштва и организације економског живота (интеграције на тржишту рада). У ширем смислу друштвена изолација постоји када недостаје најмање један од четири интегративна система: грађанска интеграција, економска интеграција, социјална и интерперсонална интеграција у друштву.²⁴⁶

Друштвена изолација је обично последица екстремног сиромаштва. Међутим, она захвата одређене категорије становништва, а не само материјално угрожене, странце, избеглице, имигранте, расне, етничке и верске мањине, него и особе девијантног понашања и зависнике од психоактивних супстанци.

5.3. Облици социјалне изолације

Социјална изолација испољава се у више облика. Најчешће се појављује као:²⁴⁷

- Случај где се **појединас изолује не желећи да се дружи са другим људима**. Разлози томе могу бити депресивна стања појединца или нека друга тешка стања у животу. Када је човек тај који се својом одлуком изолује од других реч је о *активној социјалној изолацији*. О *пасивној социјалној изолацији* говоримо онда када други људи не желе да буду с њим;
- Случај када **човек избегава сарадњу и облике помагања** који захтевају мању или већу жртву;²⁴⁸

²⁴⁶ Лакићевић М, *Појам сиромаштва и теорије о сиромаштву*, Социјални рад и социјална политика, Зборник радова III, ФПН, Београд, 1997, стр. 125-126.

²⁴⁷ Хрњица С., *Опита психологија са психологијом личности*, Научна књига, Београд, 1994, стр. 290.

- Случај када се **групе људи изолују од осталих**. Овде припадају делинквентски гангови и криминалне групе, секте, екстремистичке групе и други.

Издвајању од других људи посебно су склоније особе са инвалидитетом због базичне несигурности и осећања мање вредности.

5.4. Последице социјалне изолације

Социјална изолација је често повезана са великим животним догађајима као што су: смрт партнера, развод, болест, незапосленост и инвалидност. Такви догађаји су врло често праћени губитком социјалних веза.

Последице социјалне изолације могу бити физичке, психичке, економске или социјалне природе.

Физичке последице социјалне изолације зависе од тога о којој категорији људи је реч. Често незапослени, стара лица, особе са инвалидитетом немају довољно материјалних могућности да се брину о својој исхрани и здрављу. Због тога чешће оболевају од многих болести, а неке од њих могу довести до смрти.

Психолошке последице се најчешће испољавају и то у виду губитка самопоуздања и достојанства, осећању немоћи, депресивности, губитку поверења у људе и институције.

Економске последице се јављају у виду недостатка хране, обуће, одеће, грејања и средствима за одржавање личне хигијене.

Социјалне последице се тичу опадања квалитета или прекид односа са до јуче најприснијим члановима своје фамилије, суседства, колега и породичних пријатеља.

²⁴⁸ Најдрастичнији пример те врсте отуђења описан је у случају *Кити Деновезе* коју је манијак пратио када се враћала са посла у три часа ујутру. Када је била нападнута 38 њених суседа је то посматрало кроз прозор укључујући и силовање. Нико није покушао да помогне нити да зове полицију. Један од могућих објашњења је тумачење да је живот у граду много опаснији него на селу, а да се од те угрожености човек брани игноришући све оно што га се по његовом уверењу не тиче. Телевизија је окривљена за овакво понашање, јер њени програми садрже бројне сцене насиља на који се људи навикну и на тај начин смањују осетљивост за неправду и насиље.

6. СОЦИЈАЛНА ИНТЕГРАЦИЈА И ДЕЗИНТЕГРАЦИЈА

Као појам, социјална интеграција се данас користи у различитим концептуалним оквирима. Она је резултат низа процеса, па се због тога често назива и „друштвено уметање”. Социјална интеграција почиње још од рођења, у кругу породице, проширене породице и суседства, а највише утицаја има током адолесцентног периода када индивидуа тражи један различит идентитет од оног који има у примарној породици. Тај процес почиње збуњујуће, у неким случајевима и врло осетљиво. На то утичу бројни хормони који се у том периоду бурно развијају. Потрага за идентитетом тражи и потрагу за новим социјалним групама као што су вршњаци. У таквој групи се добија или потврда новог идентитета или одбацивање. Фрустрације, некада прикривене, а некада бурне постају главно обележје младе особе. У случају несналажења у таквом новом животном процесу, млада особа може да посегне са првим узимањем неке психоактивне супстанце. То се чини из два разлога: да би се приступило некој вршњачкој групи или да се ублаже фрустрације које су настале због одбацивања или несигурности.

6.1. Схватање појмова „социјална интеграција” и „дезинтеграција”

Под појмом социјална интеграција подразумевамо потпуно укључивање у друштвено-економски и културни живот заједнице, а односи се на породичну, радну и друштвену средину.

Може се рећи да је „социјална интеграција процес међусобног повезивања појединаца или друштвених група и њиховог уклапања у неку већу релативно складну друштвену целину”.²⁴⁹

Она се још схвата и као „процес овладавања и преузимања улога у социјалним активностима и прибављање сатисфакција из социјалног живота што је неопходно за развој и функционисање личности”.²⁵⁰

Ако је социјална интеграција јака онда она доводи до позитивних образаца понашања који су примерени друштвеним нормама, а самим тим до складног и

²⁴⁹ Видановић И., *Речник социјалног рада*, Ауторско издање, Београд, 2006, стр. 361.

²⁵⁰ Лакићевић М., *Методe социјалног рада III*, Удружење стручних радника социјалне заштите и ФПН, Београд, 2000, стр. 43.

ефикаснијег функционисања неке групе. Оне породице код којих социјална интеграција није јака, нису наклоњене позитивним друштвеним нормама (обичајним, моралним и правним), не доводе до складног развијања односа међу члановима и присутно је незадовољство појединца чиме се јачају процеси **социјалне дезинтеграције**. На тај начин, дезинтеграција породичних односа доноси нов проблем као што су неуспела социјализација на фамилијарном, професионалном, суседском и пријатељском аспекту.

Појам „дезинтеграција” потиче од француске речи *des* и латинске речи *integratio*, што значи успостава или обнова. Она се тумачи као уништавање везе и нарушавање неке целине.²⁵¹

На основу овога, дезинтеграција се може дефинисати као рушење целине, растакање, поремећај равнотеже. Такође, нарушавање потпуности, целовитости, јединства сложене целине, способности или функција (мишљења, памћења, учења, моторике), неког комплекса функција или у личности у целини. Дезинтеграциони процеси су најчешће показатељи поремећаја и тешкоћа у социјалном функционисању личности.²⁵²

Стабилизвана личност се остварује у међусобној сарадњи што омогућава појединцу да се ефикасно и на задовољавајући начин прилагоди својој околини. Циљ овог прилагођавања је човекова потреба да испуни своје потребе, жеље и очекивања. У супротном, личност је незадовољна собом и светом око себе. Стабилизвана личност добро функционише пред спољним захтевима и унутрашњим потребама. На тај начин нема проблема да се социјално интегрише у друштво. На неиспуњење одређених потреба стабилна личност уме да компензује неуспехе и незадовољства.²⁵³

Колико је појединац дезинтегрисан у својој породици види се на основу функционисања његове личности. **Дезинтеграција личности** је термин који се користи у психијатријској и клиничко-психолошкој литератури. Њиме се означава свака озбиљнија и трајнија регресија на интелектуалном, емоционалном и социјалном плану.²⁵⁴

Дезинтеграција личности испољава се кроз:²⁵⁵

²⁵¹ Вујаклија М., *Лексикон страних речи и израза*, Просвета, Београд, 1992, стр. 193.

²⁵² Видановић И., *Речник социјалног рада*, Ауторско издање, Београд, 2006, стр. 95.

²⁵³ Ђотуновић В., *Младачко доба – одрастање и сазревање*, БМГ, Београд, 2006, стр. 249-250.

²⁵⁴ Хрњица С., *Опита психологија са психологијом личности*, Научна књига, Београд, 1994, стр. 149.

²⁵⁵ Исто, стр. 149-150.

- **Поремећаје у развоју регресивног типа.** Овај поремећај може да се јави на раном узрасту (муцање деце која су већ успешно проговорила, пузање деце која су већ ходала), у неуротским стањима (инфлантилне или детињасте реакције одраслих особа као што су напади неконтролисаног беса и плач без неког повода), код психоза... Све ове регресије утичу на интелектуалном плану (смањена је могућност реалне процене себе и других), емоционалном плану (емоционална раздражљивост и хладноћа у контактима са другима) и социјалном плану (нема функционалних односа са блиским особама укључујући и родитеље);
- Разне врсте **ситуационих и привремених поремећаја** који наступају у ситуацији када личност не успе да искористи своје потенцијале за решавање неког проблема.

Поремећаје интеграције личности прате две врсте промена. На једној страни су су промене *емоционалне природе*, а манифестују се кроз осећања тескобе, необјашњивог страха, низак ниво контроле импулса у моментима неиспуњавања неких жеља и потреба. На другој страни су *промене у ефикасности* на раду и у односима са другим људима.

Као што се види, социјална интеграција почиње свој процес најпре у породици, па се тек онда наставља или шири на другим пољима као што су проширена породица, чланови фамилије, суседства, вршњачке и пријатељске групе, колеге са посла и сл. Неуспешност интеграције у породици се врло често пресликава и на поменуте групе.

Због тога **породична интеграција** представља „везу јединства и кохезије током породичног живота од којих су најважнији заједнички интереси, приврженост и осећање узајамне економске зависности”.²⁵⁶

6.2. Елементи интеграције и дезинтеграције у породици

Способност породице да се успешно социјално интегрише најпре зависи од неколико фактора:²⁵⁷

²⁵⁶ Кука М., *Породична педагогија*, Филозофски факултет, Београд, 2008, стр. 23.

²⁵⁷ Голднер-Вуков М., *Породица у кризи*, Медицинска књига, Београд-Загреб, 1988, стр. 89.

- **Персонално функционисање**, које се односи на функционисање и осећања задовољства сваког члана породице местом и улогом које има;
- **Брачно функционисање**, односно емотивно и сексуално задовољство;
- **Родитељско функционисање** преко којег се обезбеђује заштита, подршка, разумевање, љубав, васпитање и социјализација деце;
- **Социоекономско функционисање** које обухвата усклађивање са друштвеним и културним садржајима, економску стабилност и развијање породичних вредности.

Породица би требало да омогући својим члановима да развијају оне особине које ће им омогућити да буду добро прилагођени. Незадовољство, бунт, агресивност и мржња према људима и људским групама су само неки од појавних облика породичне дезинтеграције и дезинтеграције појединца.

Сви дезинтеграциони процеси су на неки начин показатељи да постоје поремећаји и тешкоће у социјалном функционисању личности. То је веома важно разумети јер уколико у породици нема јединства онда увек долази до дезинтеграције.

Елементи дезинтеграције су:²⁵⁸

- Недостатак заједништва међу члановима;
- Недоследност у емоционалном континуитету.

7. ЕЛЕМЕНТИ И ИСХОДИ ПРОЦЕСА СОЦИЈАЛНЕ ИЗОЛАЦИЈЕ И СОЦИЈАЛНЕ ДЕЗИНТЕГРАЦИЈЕ ПОРОДИЦЕ ОПИЈАТСКИХ ЗАВИСНИКА

Ако се занемаре оне породице у којима барем један од родитеља има проблем за зависношћу, најчешће од алкохола или коцке, поставља се питање шта наводи младу особу да пође тим путем ако до сада није имала јасан модел зависности од стране својих најближих.

²⁵⁸ Кука М., *Породична педагогија*, Филозофски факултет, Београд, 2008, стр. 23.

У породицама где нема зависности, родитељи ненамерно могу утицати код свог детета да се појаве карактеристике које ће му касније створити ризик да узме дрогу. Реч је о томе да се према детету не треба опходити престога или попустљиво, него се наћи негде у средини између ова два понашања. Тешко је увек реаговати на адекватан начин.

Из тих разлога, код детета се може формирати таква личност која је незрела, импулсивна, која је несигурна и неспособна да решава проблеме. То је чини осетљивом, поводљивом и она зависи од туђег мишљења. Неки од њих се приклањају онима који узимају супстанцу. Како би били прихваћени у друштву, они и сами постају повремени корисници, најпре алкохола и марихуане. Како се настављање узима, почиње се и експериментисање са другим дрогама. Екстази, амфетамини постају све радо виђеније дроге на журкама, а онда се појављује хероин. Поједини се одлучују да га узму како би повећали "статус" у друштву и доказали се. Нажалост, последице ће све више да расту.

Адолесценти све више бивају окупирани супстанцом и начином набавке. Почињу да запостављају друга интересовања. Прве последице које се јављају су социјалне и односе се на прекид контаката са пријатељима који не конзумирају супстанцу, јер се у њиховом друштву све лошије сналазе. Запостављају се и обавезе према учењу и послу. Почињу да лажу, позајмљују, новац не враћају, па и сами бивају остављени и оцрњени због чега их и други избегавају. Може се рећи да је ово социјална изолација опијатског зависника. Социјална изолација се све више појачава када зависник због повећане потребе за хероином улази у криминалне активности.

На другој страни, елементи дезинтеграције у породици дају свој данак, у почетку тихо, а у каснијим фазама развоја болести све бурније.

Наиме, механизми одбране које постоје код зависника, такође су присутни и код чланова породице. На тај начин чини се да се они не понашају рационално. Како би се смањила тензија у кући, да би се избегле свађе и конфликти, проблеми почињу да се минимизирају, а све у циљу не прихватања помисли да дете узима дрогу. Када ове одбране попусте, долази до међусобног оптуживања супружника за попуштање у васпитању детета. Док се родитељи расправљају, дете наставља са дрогирањем. Коначно, када се ова фаза смири, родитељи почињу да прикривају проблем дрогирања. Сада, као и да сами одустају од ранијих система вредности и сопствених моралних принципа. Детету правдају часове, спасавају га од суда или затвора. Тако несвесно пружају могућности за нове манипулације и негације. И сами почињу да верују да би

све било другачије да се неке ствари нису догодиле у прошлости. Родитељи све више прихватају оптужбе на свој рачун и прилагођавају се потребама зависника чиме се погоршава ситуација.

Даљи развој опијатске зависности доноси све веће тешкоће и стрес, па чланови породице почињу да се понашају недоследно, међусобно се поново оптужују, али и самооптужују. Шансе да се зависник освести су све мање. Проблеми се умножавају што и зависника и његове родитеље доводи до заједничког дна када се тражи лечење. Када се осврну иза себе, схвате да им односи нису само дезинтегрирали, него да су запоставили и све пријатеље и рођаке покушавајући да реше овај проблем сами, кријући га од драгих људи због стида и понижења. Сада није само зависник социјално изолован, него и породица у целини.

Током лечења, неопходно је вратити у живот оне рођаке и пријатеље који су спремни да разумеју и прихвате проблем и да сами учествују у програму као сарадници и тиме помогну зависнику и његовој породици да се реинтегришу у друштво коме и припадају.

II ИСТРАЖИВАЊЕ

8. МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА

8.1. Предмет истраживања

Предмет истраживања је испитивање интерперсоналних односа међу свим члановима породице опијатског зависника, укључујући појаву насиља, односе са широм породицом, степен задовољења потреба чланова породице, и проблеми са којима се зависник сусреће у ужој и широј социјалној средини.

8.2. Циљ и задаци истраживања

Циљ тезе је да се утврди са каквим специфичним социјалним проблемима се опијатски зависник сусреће у својој породици, као и у ужој и широј социјалној средини. Задаци истраживања су да се испитају следеће димензије породичних функционисања:

1. Димензије унутрашњих породичних односа:
 - **кохезија**, односно степен привржености помоћи и подршке које чланови породице пружају једни другима,
 - **подршка и размена**, односно степен у којем су чланови породице подржани да се понашају отворено и директно изражавају своја осећања,
 - **конфликт**, тј. количина отворено изражене љутње, агресије и конфликта међу члановима породице;
2. Димензије спољних социјалних односа који обухватају одржавање односа са рођацима, пријатељима, суседима и колегама са посла.

Нефункционални односи у породици отежавају позитиван развој свих чланова породице. То значи да се испољавају обрасци понашања који су некорисни за развој сигурне и зреле особе, непрекидног повећања тензије са другима, због чега долази до појаве симптома код једног или већег броја чланова. Зависност најчешће представља симптом нефункционалности у породици, а то за последицу има и бројне проблеме са

ужом и широм социјалном средином. Испитивање наведених и других проблема јесте циљ овог истраживања.

8.3. Хипотезе

Општа хипотеза

Породица опијатског зависника суочава са израженим проблемом социјалне изолације и дезинтеграције у односу на породице у којима није присутан проблем зависности.

Из ове опште хипотезе прозилазе следеће специфичне хипотезе:

Хипотеза прва

Опијатски зависници мање одржавају или не одржавају контакт са рођацима, пријатељима, суседима и колегама са посла у односу на контролну групу. Поред тога, у мањој мери траже подршку шире и уже социјалне средине као облик решавања проблема. Следствено, у мањој мери и добијају подршку од шире и уже социјалне средине.

Хипотеза друга

Опијатски зависници добијају мање социјалне подршке од своје породице у односу на контролну групу, а њихова социо – емоционална размена је на ниском нивоу.

Хипотеза трећа

У породици опијатског зависника је израженије емоционално и физичко насиље у односу на породицу контролне групе.

Хипотеза четврта

Опијатски зависници и чланови њихових породица значајно мање користе подршку здравствено-социјалних служби и других институција у односу на контролну групу и чланове њихових породица.

8.4. Узорак

Узорак је обухватао укупно 118 испитаника. Прва група испитаника обухвата 58 пацијената који се лече од опијатске зависности (хероин, метадон и тродон), узраста од 21 до 27 година (просечна старост је 25.67 година, $SD=4.97$), мушког пола, а на лечењу се налазе најмање шест месеци. Друга група обухвата 60 испитаника који немају проблем са опијатском зависношћу. У питању су студенти, такође узраста од 21 до 27 година (просечна старост је 20.98 година, $SD=2.51$), мушког пола, односно 30 студената са Факултета политичких наука у Београду, смер-социјална политика и социјални рад, 30 студената са Правног факултета у Београду. 93% испитаника из контролне групе има завршену средњу школу, док 48.3% зависника има исти степен стручне спреме.

8.5. Инструменти процене

У овом истраживању користило се неколико техника истраживања: упитник, мапа, тест и скала.

Упитник је примењен за све категорије испитаника (зависници од опијата који се налазе на лечењу и студенти). Упитник је садржао основне социодемографске податке и податке о коришћењу психоактивних супстанци. У зависности од тога да ли је упитник био намењен опијатским зависницима или студентима дате су две форме упитника. Упитник УР1 био је намењен пацијентима и он је поред основних социодемографских података и података о историји коришћења супстанци садржао и податке о рехабилитацији. Садржао је укупно 16 питања. Упитник УР2 био је намењен студентима и он није садржао податке о рехабилитацији тако да се састојао од 13 питања. Питања су била отвореног и затвореног типа.

Мапа социјалне мреже (Е. М. Tracy and J. К. Whittaker, 1990) испитивала је социјалне и друге ресурсе које породица користила, бавила се колико је породица

социјално интегрисана и колико добијала социјалну подршку од уже и шире социјалне средине у последњих месец дана. У зависности од тога коме је мапа била намењена, она је садржала 6 питања за студенте и 8 за опијатске зависнике, јер је друга група испитаника испитивала исте односе и пре доласка на рехабилитацију и у последњих месец дана. Питања су била затвореног типа.

Еко мапа (А. Hartman and J. Laird, 1983) је техника која служи као погодно средство за брзе и релативно поуздане процене потреба породица и могућности за њихово задовољење. У овом истраживању она је испитивала повезаност породице са следећим потребама: исхрана, становање, безбедност, здравље, припадање и интимност као интерперсоналну повезаност, комуникација и покретљивост, образовање и обогаћивање живота. У центру мапе је круг који представља испитаника и његову породицу, а околу су мањи кругови који представљају различите социјалне групе или системе у којима испитаник и његова породица задовољава сопствене потребе. Када испитаник вербализује природу односа са одређеним системом, одговарајућа линија се повлачи како би означила снажне (пуна линија), слабе (испрекидана линија) или стресне (линија испрекидана са више вертикалних линија) односе. Стрелице које иду уз поједине линије означавају смер дотока енергије и ресурса између испитаника, његове породице и других система. Уколико породица и одређени систем уносе исту количину енергије и ресурса у међусобни однос то се обележава стрелицама које иду у оба смера. Линије се повлаче од централног круга када је одређена релација карактеристична за испитаника и његову породицу као целину или од појединог члана када је носилац релације једна особа. Те линије су се затим морале кодовати у бројеве, како би се подаци могли статистички обрадити. У табели 4 дата је шема по којој су се „линије“ кодовале у бројеве. С обзиром на приказану схему кодовања, мањи број означава квалитетнији однос.

Табела 1. Схема кодовања Еко мапе

Врста линије	Значење везе	Код
-----	Слабе,неразвијене, закржљале или спорадичне везе, пригушене	2
_____	Релативно снажне, уходане и стабилне везе	1
-/-/-/-/-/-/-/-/-/-	Конфликтни, стресогени, фрустративни односи	3
-//-//-//-//-//-//-/-	Веома конфликтни, јако стресогени односи	4
→→→→→→→→	Имали сте очекивања или интересовања према неким системима али они нису обраћали довољно пажњу на Вас.	5
←←←←←←←←	Рођаци, пријатељи, колеге или суседи су имали очекивања или интересовања према Вама, али Ви нисте обраћали пажњу.	6
←→	Двосмерне релације	5.5

Индекс подршке родбине и пријатеља (Mc Cubin, 1992) је упитник који се састоји од осам ајтема формулисаних тако да одржавају степен у коме се чланови посматраног породичног система обраћају осталим рођацима и пријатељима за подршку, што представља једну од могућих породичних стратегија за савладавање животних тешкоћа. Упитник је имао 14 питања и попуњавао се тако што се одређивало колико тачно доле су наведени искази описивали понашање у породици испитаника тако што се поред сваког исказа заокруживао одговарајући број од 1 (за потпуно нетачно) до 5 (за потпуно тачно).

Скала породичне подршке (C. Dunst, C. Trivette & A. Deal, 1988) процењује како испитаник и његова породица располажу потребном подршком од стране других особа и служби. За сваку тврдњу испитаник је заокруживао одговор који је најбоље описивао у којој мери су им одређене особине или службе пружале подршку. Скала је садржала 18 питања.

Скала конфликтних тактика - такит (Хрнчић, 2009) је скала која је намењена процени агресивног понашања у породици приликом решавања конфликта. Скала садржи тврдње које се односе на то како се испитаник и његова породица у ситуацијама које су тешке или проблематичне могу понашати да би те ситуације превазишли. У овом истраживању испитаник је оцењивао колико често се у његовој

породици јављало описано понашање тако што је заокруживао одговарајући број од 1 до 5. Скала је садржала 23 питања.

8.6. Обрада података

За обраду података користиле су се дескриптивне статистичке методе: Т-тест, Хи-квадрат тест за утврђивање значаја разлика између испитаних група. Подаци су се обрађивали помоћу комјутерског софтверског програма (СПСС-13).

8.7. Процедура истраживања

Истраживање је обављено у просторијама Центра за адолесценцију и адикције у Београду, и на Институту за ментално здравље у Београду током лечења и уз присуство испитивача, и у слушаоницама Правног факултета и Факултета политичких наука током наставе уз присуство испитивача.

9. РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА

9.1. Социјалдемографске карактеристике испитаника

Просечна старост испитаника из контролне групе била је 20.98 година ($SD=2.51$), док је просечна старост групе зависника била 25.67 година ($SD=4.97$).

Када је у питању стручна спрема, већина испитаника из контролне групе има средњу стручну спрему (93,3%) због тога што ју је сачињавао узорак из студентске популације, те следствено, већина њих још нема завршен факултет. Структура зависника у односу на стручну спрему је нешто варијабилнија, па је највише оних са средњом школом (48,3%), а затим оних са факултетом (31%) и са вишом школом (12%).

Испитаници из контролне групе су већином незапослени, јер је у питању узорак из студентске популације. Када су у питању зависници, занимљиво је да је скоро половина испитаних зависника у радном односу – док је једна трећина незапослена.

Структура зависника у односу на радни статус приказана је у табели 2.

Табела 2. Структура зависника с обзиром на радни статус

Радни статус	f	%
Запослен	26	44.8
Незапослен	20	34.5
Пензионер	2	3.4
Студент	10	17.2
Укупно	58	100

Када се погледа структура две испитиване групе у односу на брачни статус (табела 3), половина испитаника из контролне групе нема партнера, док је тај проценат код зависника нешто мањи. У групи зависника више од половине испитаног узорка је у некој партнерској вези (било брачној, ванбрачној или само партнерској). У контролној групи нешто више од трећине испитаних има неки облик партнерске везе.

Табела 3. Унакрсни приказ структуре испитаника из контролне групе и зависника у односу на брачни статус

Брачни статус	Група				Укупно	
	Контролна група		Зависници			
	f	%	f	%	f	%
Брак	1	1.7	10	17.2	11	9.3
Ванбрачна заједница	4	6.7	5	8.6	9	7.6
Разведен	1	1.7	4	6.9	5	4.2
Удовац	0	0	0	0	0	0
У партнерској вези	22	36.7	16	27.6	38	32.2
Без партнера	31	51.7	23	39.7	54	45.8
Укупно	60	100	58	100	118	100

У односу на родитељски статус, трећина испитаног узорка зависника има децу. У табели 4 може се видети структура зависника у односу на родитељски статус.

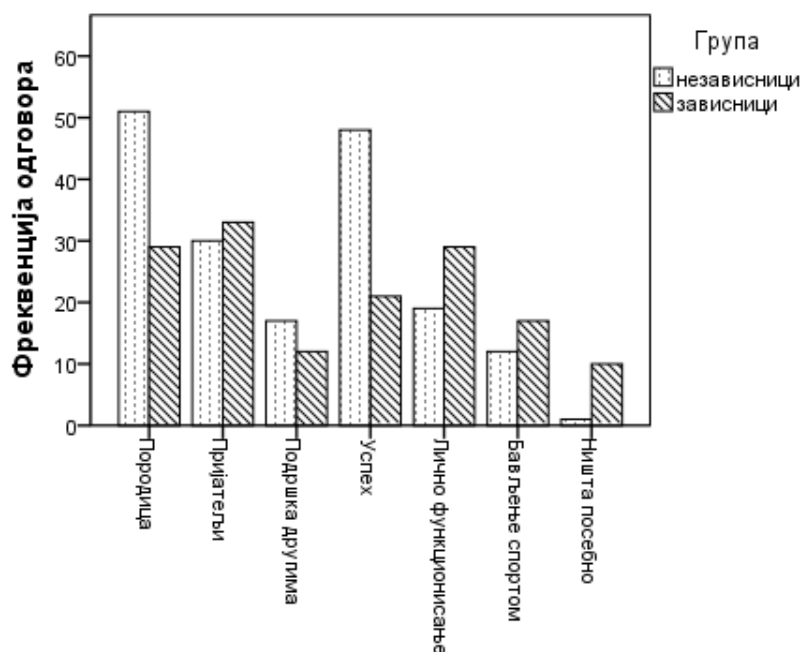
Табела 4. Структура зависника у односу на родитељски статус

Брачни статус	f	%
Има децу	19	32.8
Нема децу	38	65.5
Трудноћа у току	1	1.7
Укупно	58	100

9.2. Базична интересовања испитаника

Када су у питању базична интересовања зависника и контролне групе, може се видети да се значајно разликују. Чак 86.4% студената издвојило је породицу као битан животни аспект. За разлику од њих, тек 50% зависника је издвојило овај одговор. Следеће видљиве разлике су на аспекту успеха у раду и школовању, где је 81.4% студената обележило овај одговор, наспрам 36.2% зависника. Разлика у корист контролне групе иако мала, присутна је и када је у питању подршка другима, где је 28.8% испитаника из контролне групе означило овај одговор, наспрам 20.7% зависника. Разлике у корист зависника присутне су у одговорима „лично функционисање“, „бављење спортом“ и „ништа посебно“. Ове одговоре су чешће давали зависници него контролна група. Потребно је напоменути да су зависници одговарали на питање шта им је било најважније, али пре појаве зависности. 30% зависника се највероватније бавило спортом, јер им је он био битан пре појаве зависности. Поред овог, индикативна је и разлика у одговору „ништа посебно“, где је 17.2% зависника обележило овај одговор, наспрам једног испитаника из контролне групе (График 1).

График 1. Упоредни приказ фреквенције одговора испитаника из контролне групе и зависника на питање „Шта је Вама најважније?“



9.3. Време првог сусрета са психоактивним супстанцама

Што се тиче година прве конзумације наркотика, у табели 5 дат је упоредни приказ мера централне тенденције и распршења за зависнике и испитанике из контролне групе. Као што се може видети у табели, медијана за обе групе је иста и износи 15 година. У принципу, не постоје статистички значајне разлике између ове две групе када је у питању време првог сусрета са психоактивним супстанцама: $t(109) = -1.49$, $p = .88$. Занимљиво је да је у групи независника постојао испитаник који је пробао ПАС већ са 6 година, док је у групи зависника забележена прва конзумација са 12 година. Поред тога, интересантан је податак да је међу зависницима био испитаник који је први додир са ПАС-ом имао тек са 24 године. Оно што је свакако индикативно, јесте да 15 година представљају године када се најчешће испитаници сусрећу са наркотицима, а то је управо доба када се прелази из основне у средњу школу. У групи студената, 13 испитаника се декларисало да није пробало ни једну психоактивну супстанцу.

Табела 5. Упоредни приказ статистичких показатеља за варијаблу године прве конзумације наркотика за групу зависника и испитаника из контролне групе.

Контролна група (N=47)				Зависници (N=57)			
М	SD	Min	Max	М	SD	Min	Max
14.79	2.645	6	19	15.52	2.341	12	24

9.4. Врсте конзумираних психоактивних супстанци

Што се тиче врсте конзумираних психоактивних супстанци, у табели 6 могу се видети колико се сваки опијат процентуално користи, или се користио од стране контролне групе и зависника. Зависници су у највећој мери пробали алкохол, хероин, тродон и марихуану. У нешто мањем проценту су имали искуства и са кокаином, амфетаминима, седативима, екстазијем. За разлику од њих, испитаници из контролне групе су у највећој мери имали искуства са алкохолом и енергетским пићима, док је трећина имала искуства и са марихуаном.

Табела 6. Упоредни приказ фреквенције и процента одговора две групе испитаника на питање „Које сте све супстанце пробали?“

Врста психоактивне супстане	Група				Укупно	
	Контролна група		Зависници			
	f	%	f	%	f	%
Марихуана	16	32.7	49	84.5	65	60.7
Хашиш	0	0	28	48.3	28	26.2
Сканк	3	6.1	27	46.6	30	28.0
Алкохол	47	95.9	54	93.1	101	94.4
Седативи	2	4.1	33	56.9	35	32.7
Енергетска пића	31	63.3	33	56.9	64	59.8
Кокаин	3	6.1	34	58.6	37	34.6
Крек	0	0	2	3.4	2	1.9
Амфетамини	3	6.1	31	53.4	34	31.8
Хероин	1	2	51	87.9	52	48.6
Тродон	1	2	49	84.5	50	46.7
Метадон	0	0	23	39.7	23	21.5
Екстази	3	6.1	36	62.1	39	36.4
ЛСД	0	0	22	37.9	22	20.6
Мескалин	0	0	1	1.7	1	0.9
Аргане	0	0	6	10.3	6	5.6
ПЦП	0	0	4	6.9	4	3.7
Укупно	49	81.7	58	100	107	90.7

9.5. Предзнања о психоактивним супстанцама

Што се тиче фреквенције одговора на питање о томе шта су знали о психоактивним супстанцама пре него што су их пробали, у табели 7 може се видети упоредни приказ фреквенције и процента одговора из контролне групе и зависника. Посматрајући укупан узорак, генерално, најфреквентнији одговори су они који се односе на то да ПАС опушта, и да повећава расположење. И међу испитаницима из контролне групе и међу зависницима, ова два одговора су најзаступљенија, с том разликом, да је код зависника проценат ових одговора нешто већи него код контролне групе, што може да говори о већој инволвираности ове групе када је о наркотицима реч.

Табела 7. Упоредни приказ фреквенције и процента одговора контролне групе и зависника на питање „Шта сте знали о ПАС-у пре него што сте је конзумирали?“

Предзнање о ПАС-у	Група				Укупно	
	Контролна група		Зависници			
	f	%	f	%	f	%
Опушта	23	50	42	75	65	63.7
Ствара веће самопоуздање	8	17.4	11	19.6	19	18.6
Повећава расположење	27	58.7	44	78.6	71	69.6
Повећава сексуални ужитак	4	8.7	13	23.2	17	16.7
Повећава концентрацију	3	6.5	8	14.3	11	10.8
Ништа посебно	7	15.2	4	7.1	11	10.8
Укупно	46	76.7	56	96.6	102	86.4

9.6. Разлози првог узимања психоактивних супстанци

Последња дескриптивна анализа се односи на приказ фреквенције и процента одговора на питање које се односи на разлоге првог пробања ПАС-а. У табели 8 се могу видети фреквенција и проценат одговора две групе испитаника на ово питање. Убедљиво најзаступљенији одговор је „радозналост“ код обе групе испитаника. Овај одговор је и очекиван када се има у виду да су обе групе испитаника имале прво искуство са ПАС-ом око 15-те године. Следећи одговор по учесталости јесте онај који се односи на „ослобађање од напетости“, али учесталост давања овог одговора је значајно мања у односу на радозналост.

Табела 8. Разлог прве конзумације ПАС-а – упоредни приказ фреквенције и процента одговора

Разлог првог пробања ПАС-а	Група				Укупно	
	Независници		Зависници			
	f	%	f	%	f	%
Радозналост	39	86.7	48	85.7	87	86.1
Прихваћеност у друштву	2	4.4	7	12.5	9	8.9
Доказивање	3	6.7	7	12.5	10	9.9
Ослобађање од напетости	8	17.8	13	23.2	21	20.8
Укупно	45	75	56	96.6	101	85.6

9.7. Контакти са социјалном средином

Прва хипотеза у овом истраживању била је да „Опијатски зависници мање одржавају или не одржавају контакт са рођацима, пријатељима, суседима и колегама са посла у односу на контролну групу. Поред тога, у мањој мери траже подршку шире и уже социјалне средине као облик решавања проблема. Следствено, у мањој мери и добијају подршку од шире и уже социјалне средине.“

9.7.1. Одржавање контакта са ужом и широм социјалном средином

За процену квалитета односа испитаника са ужом и широм социјалном средином користила се Еко мапа. Одговори на појединачним ајтемима на Еко мапи служили су као појединачне варијабле, то јест сваки оцењени однос се третирао као засебна зависна варијабла. Тестирање подхипотезе да испитаници из контролне групе имају квалитетније везе са породицом, пријатељима и суседима, тестирана је помоћу Ман Витнијевог У теста.

У табели 9 дате су вредности рангова за сваки оцењени однос, упоредно за групу зависника и контролну групу, при чему се процена релација односи за период пре рехабилитације зависника. У принципу, што је вредност мања, то је однос квалитетнији. Као што се може видети из табеле 9, средња вредност ранга за све

испитиване односе је мања за испитанике из контролне групе, што значи да они заиста имају квалитетне релације са фамилијом, суседима, пријатељима и колегама. Једино у процени односа породице зависника са њиховим колегама је боље оцењен него код контролне групе. Вредности Ман Витнијевог теста, као и процена њихове значајности може се видети у табели 10. Као што се из табеле 10 може видети, процене породичних релација са фамилијом, суседима, пријатељима и колегама се не разликују значајно између двају испитиваних група. С друге стране, може се видети да за разлику од контролне групе, зависници имају мање квалитетне односе са фамилијом, колегама и пријатељима. Разлике једино нису значајне када је у питању однос испитаника са суседима. Забележене разлике иду у прилог првој постављеној хипотези, према којој **зависници одржавају мање контакта са рођацима, пријатељима и колегама.**

Табела 9. Унакрсни приказ средње вредности рангова за контролну групу и зависника по сваком испитаном односу путем ЕКО мапе за период пре рехабилитације.

Испитивани однос	Група	Број испитаника	Средња вредност ранга ²⁵⁹
Ваш однос са фамилијом са очеве стране	Контролна група	60	53.09
	Зависници	58	66.13
Ваш однос са суседима	Контролна група	60	55.63
	Зависници	58	63.50
Ваш однос са колегама	Контролна група	60	51.43
	Зависници	58	66.08
Ваш однос са пријатељима	Контролна група	60	50.16
	Зависници	58	69.16
Ваш однос са фамилијом са мајчине стране	Контролна група	60	51.00
	Зависници	58	68.29
Однос Ваше породице са очевом фамилијом	Контролна група	60	54.91
	Зависници	58	64.25
Однос Ваше породице са суседима	Контролна група	60	56.69
	Зависници	58	62.41

²⁵⁹ Ман Витнијев У тест пореди дистрибуције рангова две групе. Непаеметарска је замена т теста за независне узорке. Сирови скорови су најпре рангирани, а затим се анализира сличност дистрибуција (Conover & Iman, 1981).

Однос Ваше	Контролна група	60	60.98
породице са	Зависници	57	56.91
колегама			
Однос Ваше	Контролна група	60	58.68
породице са	Зависници	58	60.35
пријатељима			
Однос Ваше	Контролна група	60	56.54
породице са	Зависници	58	62.56
мајчином			
фамилијом			
	Релације	Ман Витнијев U тест	р ниво значајности
	Очевом фамилијом	1355.500	.019
	Суседима	1508.000	.164
Ваш однос са:	Колегама	1255.500	.007
	Пријатељима	1179.500	.000
	мајчином фамилијом	1230.000	.001
Однос Ваше	Очевом фамилијом	1464.500	.078
породице са:	Суседима	1571.500	.303
	Колегама	1591.000	.446
	Пријатељима	1690.500	.683
	Мајчином фамилијом	1562.500	.215

9.7.2. Подршка код решавања проблема

За проверу ове подхипотезе коришћен је упитник Индекс подршке родбине и пријатеља (РФС, $\alpha=0.86$). Као зависна варијабла коришћени су сумативни скорови испитаника на овој скали, док је независна варијабла била зависност. Скорови на овом тесту су такви да што је већи скор, то породица и испитаник у мањој мери крију своје проблеме од околине. За тестирање значајности разлика користио се т тест за независне узорке. Анализе су се радиле за процену периода пре рехабилитације зависника.

Разлике између скорова група статистички су значајне: $t(116)=3.146$, $p<0.002$, при чему су аритметичке средине група: Мконтролна група(60)=39.48, $SD=8.47$, а Мзависника(58)=33.59, $SD=11.59$. Другим речима, **контролна група постиже више скорове на овој скали**, односно, **више дели проблеме са другима из своје околине**. Овај налаз је у складу са постављеном хипотезом да **зависници у мањој мери траже помоћ за решавање проблема од уже и шире социјалне средине**.

9.7.3. Подршка шире и уже социјалне средине

Ова хипотеза се односила на то да ли опијатски зависници добијају мање социјалне подршке од чланова своје породице и шире социјалне средине у односу на контролну групу.

За тестирање ове хипотезе као зависне варијабле користили су се скорови на појединачним ајтемима на Мапи социјалне мреже, с обзиром на то да се она односи на различите аспекте подршке. Ова мапа обухвата процену учесталости добијања емотивне, информативне, конкретне подршке, те критицизма и блискости. Поред тога, садржи и процену правца добијања подршке. У принципу, с обзиром на значење скорова, што је већа средња вредност ранга, то је већа учесталост добијања подршке. Процене се односе на период пре рехабилитације зависника.

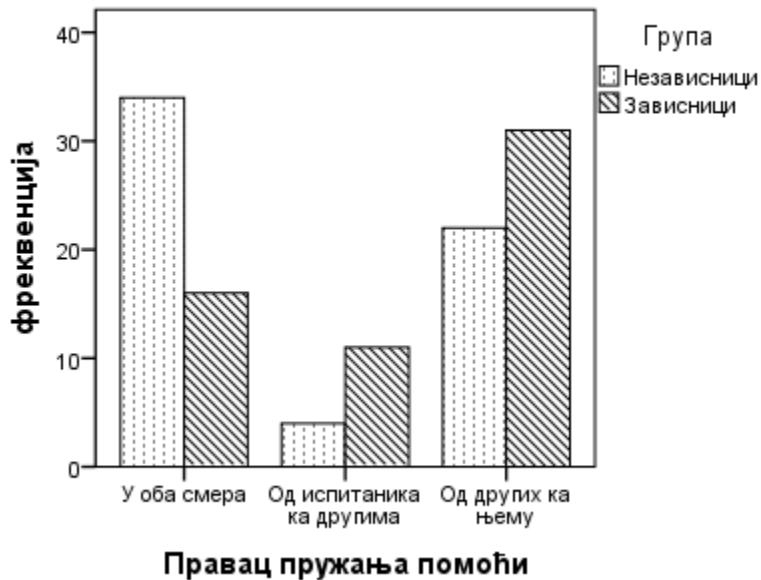
Када је у питању разлика у процени учесталости добијања подршке од стране породице између контролне групе и зависника за период пре рехабилитације зависника, у табели 10 могу се видети средње вредности рангова по групама за сваку врсту подршке, као и вредности Ман Витнијевог У теста којим су разлике тестирале. Као што се из табеле може видети, контролна група у односу на зависнике имају веће средње вредности рангова на свим испитиваним аспектима подршке, изузев на критицизму, где зависници имају веће скорове, као и на ставци која се односи на правац пружања подршке, где зависници такође имају веће скорове. Када се погледа п ниво значајности, од свих наведених аспеката подршке, забележене су значајне разлике на емоционалној, информативној подршци, блискости и на правцу пружања подршке. Разлике између група не постоје када је у питању критицизам и конкретна подршка. С обзиром на наведено, може се рећи да **зависници у односу на контролну групу добијају мање емоционалне и информативне подршке, као и мање блискости**. Када је у питању правац пружања подршке, на графику 2 може се видети дистрибуција одговора по групама. Из графика се може видети да контролна група много чешће него

зависници имају обострану подршку, те да много мање перципирају једнострану подршку уопште. Са друге стране, зависници примају више подршке од других, док свега неколицина пружа другима подршку. Ови налази иду у прилог постављеној другој хипотези да **зависници добијају мање социјалне подршке од своје породице у односу на контролну групу, као и да је њихова социо – емоционална размена на ниском нивоу.**

Табела 10. Средње вредности рангова за скорове на ајтемима мапе социјалне подршке за период пре рехабилитације зависника и вредности Ман Витнијевог У теста

Врста подршке	Рангови		Тестирање разлика	
	Група	Средња вредност ранга	Ман витнијев У тест	р ниво значајности
Емоционална подршка	Контролна група	68.05	1227.0	0.000
	зависници	50.66		
Информативна подршка	Контролна група	67.28	1273.0	0.004
	зависници	51.45		
Конкретна подршка	Контролна група	63.64	1491.5	0.094
	зависници	55.22		
Критицизам	Контролна група	57.82	1639.0	0.513
	зависници	61.24		
Блискост	Контролна група	68.36	1208.5	0.001
	зависници	50.34		
Правац пружања подршке	Контролна група	52.05	1293.0	0.008
	зависници	67.21		

График 2. Разлике између група у фреквенцији одговора за правац пружања помоћи за период пре рехабилитације зависника



9.8. Породично насиље

Трећом хипотезом се желело испитати да ли је у породици опијатског зависника израженије насиље (емоционално и физичко) у односу на породицу контролне групе.

За тестирање ове хипотезе, користили су се сумативни скорови на скали Такит ($\alpha=0.91$). С обзиром на то да са сваком новом ставком, насиље ескалира, што је збир ставки већи, то је насиље као облик решавања проблема присутније код испитаника. Као и у претходној анализи, и овде су се разлике између контролне групе и зависника посматрале у периоду пре рехабилитације зависника. Значајност разлика тестирана је помоћу т теста за независне узорке.

Анализа је показала да контролна група има мање скорове на овој скали у односу на зависнике: $M(\text{контролне групе})=42.88$, $SD=14.67$; $M(\text{зависника})=52.24$, $SD=13.5$. Забележене разлике су статистички значајне: $t(116)=-3.6$, $p<0.001$. Другим речима, може се рећи да је друга хипотеза потврђена, односно да је у **породицама зависника присутније емоционално и физичко насиље него код испитаника из контролне групе.**

9.9. Коришћење породичних, друштвених и институционалних ресурса

У последњој хипотези испитивало се да ли опијатски зависници и чланови њихових породица значајно мање користе подршку од стране медицинско-социјалних служби и других институција у односу на контролну групу и чланове њихових породица.

За тестирање последње хипотезе користила се скала породичне подршке – СПП ($\alpha=0.86$), која обухвата не само доступност породичних, већ и друштвених и институционалних ресурса уопште. Тестираше се разлике у сумативним скоровима између контролне групе и зависника помоћу т теста за независне узорке. Скорови на СПП сакали су такви да већи скор означава веће присуство подршке наведених ресурса.

Разлике у доступности ресурса, које се односе на процену зависника за период пре рехабилитације су такве да испитаници из контролне групе имају већи ниво доступности социјалних ресурса: $M_{\text{контролне групе}}(60)=26.55$, $SD=12.11$, и $M_{\text{зависника}}(58)=22.05$, $SD=12.35$. Ове разлике су статистички значајне: $t(116)=1.997$, $p<0.048$. Другим речима, **испитаници из контролне групе перципирају већи ниво подршке друштвених институција у односу на зависнике**, што иде у прилог постављеној хипотези.

10. ДИСКУСИЈА РЕЗУЛТАТА

У истраживању ове докторске тезе испитаници су били мушког пола. На такав избор одлучило се због тога што се женски зависници од психоактивних супстанци ређе појављују на лечење због друштвених предрасуда које постоје према њима. Наиме, мушки зависници су осетно више обухваћени програмом одвикавања болести зависности, брже се рехабилитују и имају отворенију подршку уже и шире социјалне заједнице. На другој страни, због одређених биолошких процеса девојке три пута брже улазе у зависност, више здравствено пропадају, а још више се стигматизују. Због оваквог односа двоструког морала, девојке су можда принуђене да своју болест више крију од заједнице, а самим тим да доста касније затраже помоћ. Неоспорно је напоменути и традиционални културолошки утицај где се учи да жена може слободно

изражава своје емоције у односу на мушкарце због чега оне постају осетљивије и имају отворенији однос према другим члановима породице и шире заједнице.

Имајући у виду ове разлике, како би се добили што поузданији резултати истраживања, одабрао се узорак који је чинио 118 испитаника искључиво мушког пола.

Будућа истраживања би требало да испитају да ли је мушка наркоманија заиста доминирајућа или се женска зависност због друштвене стигме теже препознаје, због чега се оне доста касније јављају на лечење.

Просечна старост испитаника из контролне групе била је 20.98 година, док је просечна старост групе зависника била 25.67 година. Ова разлика у годинама се разуме због тога што су испитаници из контролне групе били студенти факултета махом треће године. На другој страни, највећи број опијатских зависника се јавља на лечење око 25. године, па навише.

Када је у питању стручна спрема, већина испитаника из контролне групе има средњу стручну спрему због тога што ју је сачињавао узорак из студентске популације, те следствено, већина њих још нема завршен факултет. Највише је оних зависника са средњом школом (48,3%), а затим оних са факултетом (31%) и са вишом школом (12%).

Ово се може разумети тако што је већина зависника своје прво искуство са опијатским дрогама стекла током краја средње школе или за време студија због чега се изгубило интересовање за даље образовање.

Студенти су већином незапослени, а када су у питању зависници, занимљиво је да је скоро половина испитаних зависника у радном односу – док је једна трећина незапослена. Поједини зависници који раде су успели да сачувају посао, јер им је он неопходан ради набављања супстанце. Они који су незапослени не показују интересовање да раде, јер су оптерећени само набавком супстанце без обзира на цену, кршећи притом бројне моралне, обичајне и правне норме.

Половина испитаника из контролне групе нема партнера, док је тај проценат код зависника нешто мањи. У групи зависника више од половине испитаног узорка је у некој партнерској вези (било брачној, ванбрачној или само партнерској). Наредна истраживања би могла да испитају мотиве због чега девојке остају у вези са зависником, ако саме немају проблем са дрогом. Један од могућих одговора би био усвојен модел из породице где је један од родитеља зависник од алкохола или дроге.

Резултати истраживања које је спроведено 2008. године (Борковић С., 2009) се подударaju по питању запослености. Половина зависника је у радном односу.

Међутим, са друге стране, већина зависника није у браку нити имају неки облик партнерске везе. То је податак који се разликује у односу на ову докторску дисертацију где је нешто више од половине зависника у неком партнерском односу или у браку.

У односу на родитељски статус, већина студената је без деце, док трећина зависника има децу. Интересантно би било истражити због чега је то тако.

Када су у питању базична интересовања зависника и контролне групе, може се видети да се значајно разликују. Чак 86.4% студената издвојило је породицу као битан животни аспект. За разлику од њих, тек 50% зависника је издвојило овај одговор. Такође, зависници су показивали и мање интересовања на другим пољима у односу на студенте. Ово се може објаснити тиме да је базично интересовање за зависника сама супстанца и ужитак која она носи са собом.

Оно што је свакако индикативно, јесте да 15 година представљају године када се најчешће испитаници сусрећу са наркотицима, а то је управо доба када се прелази из основне у средњу школу. Улазак у пубертет, потрага за идентитетом, жеља за прихватањем, радозналост, заблуде које млади имају о психоактивним супстанцама су најчешћи разлог њиховог конзумирања. Истраживање спроведено 2008. године (Борковић С., 2009) је потврдило истраживање ове докторске дисертације да млади најчешће пробају неку психоактивну супстанцу када наврше 15 година и то из радозналости.

У групи студената, 13 испитаника се декларисало да није пробало ни једну психоактивну супстанцу. Зависници су у највећој мери пробали и користили алкохол, хероин, тродон и марихуану. У нешто мањем проценту су имали искуства и са кокаином, амфетаминима, седативима, екстазијем. За разлику од њих, испитаници из контролне групе су у највећој мери имали искуства са алкохолом и енергетским пићима, док је трећина имала искуства и са марихуаном. Ово се може разумети због става који преовладава у друштву о лаким и тешким дрогама. Наиме, многи млади нису спремни да имају искуства са хероином и кокаином сматрајући их тешким и опасним дрогама у односу на алкохол, марихуану и никотин, док према енергетским пићима имају безазлен став.

Посматрајући укупан узорак, обе групе испитаника је пре узимања супстанце имало предзнање да ће да се опусти и да ће да им се повећа расположење.

Нова истраживања би могла да покажу да ли су предзнања младих о дрогама резултат недовољне просвећености у школама и медијима, да ли се родитељи устручавају да се баве овим темама или и сами имају погрешне претпоставке у вези

дрога, и да ли млади узимају дрогу из досаде, одређених проблема од којих бар привидно покушавају да побегну, или је пак у питању помодарство.

Имајући у виду хипотезе од којих се полазило у овом истраживању, потврдило се да се до доласка на лечење опијатски зависници сусрећу са бројним проблемима из свог окружења. Наиме, зависник и његова породица се заиста налазе у социјалној изолацији и дезинтеграцији.

Истраживања су показала да опијатски зависници имају мање квалитетне релације са породицом, фамилијом и пријатељима у односу на контролну групу. Релације које су мање квалитетне доводе до тога да зависници и у мањој мери траже помоћ за решавање проблема од уже и шире социјалне средине. У процени односа породице зависника са њиховим колегама је боље оцењен него код контролне групе. Ово је разумљиво из разлога што се не ради само о односима који не нарушавају приватност, него да су колеге посебно значајан ослонац јер су у породици зависника присутни проблеми и поремећени односи.

Резултати су показали и значајне разлике на емоционалној и саветодавној подршци, блискости и на правцу пружања подршке. Разлике између контролне групе и опијатских зависника не постоје када су у питању критицизам и конкретна подршка. Може се рећи да зависници у односу на контролну групу добијају мање емоционалне и саветодавне подршке, као и мање блискости од чланова својих породица и шире социјалне средине, што указује на дезинтеграцију породице.

Др Пол Мекарди са универзитета Њукасл у северној Енглеској, објавио 2002. године резултате међународне студије у стручном медицинском часопису "Addiction" (Dr Paul McArdle, *Caring mother is a child's best defence against drug culture*, International study reveals facts about teenage drug abuse, 'Addiction', the journal of the Society for the Study of Addiction, Newcastle University, 2002). Истраживање је обављено на основу анкетирања 4000 тинејџера у Енглеској, Ирској, Италији, Немачкој и Холандији. Питања су се односила на коришћење психоактивних супстанци и какве односе испитаници имају са члановима својих породица. На основу обраде података установљено је да младе особе показују интерес за дрогама ако нису под довољном контролом оба родитеља. Квалитет породичних односа и структура породице имају изузетан утицај на опредељење младих према дроги. Само 16,6% зависника потиче из стабилних породица са оба родитеља, а још мањи их је број међу онима који имају изванредне односе са мајком. Тамо где нема искрености и довољно љубави, млади

узимају дрогу. Ова студија је показала да је проблем са дрогом све присутнији у западном свету у оним породицама где нема квалитета породичног живота. Како се зависност јавља највише у оним породицама где нема довољно контроле, искрености и љубави, ово истраживање је у складу са постављеном хипотезом докторског рада која се односи на то да опијатски зависници добијају мање социјалне подршке од своје породице у односу на контролну групу, а да је њихова социо – емоционална размена је на ниском нивоу.

Овој хипотези иду у прилог и савремена неуробиохемијска истраживања која показују да се зависност испољава на два нивоа. Први ниво односи се на неуротрансмитерске рецепторе (допаминским, серотонинским, опоидним ГАБА А и ГАБА Б и НМДА у којима учествују бројни ензими), а други ниво представљају психолошке манифестације у којима доминирају симптоми жудње, нелагоде и узнемирености што све доприноси да се оштете интеракције са члановима породице и другим особама из окружења (Настасић П., *Интеграција лечења болести зависности кроз третман у заједници*, Болести зависности – сличности и разлике, Зборник радова, XXIX симпозијум о болестима зависности са међународним учешћем, Публикум, Београд, 2013, стр. 46).

Истраживања и пракса показују да се зависност појављује у оним породицама које су екстремно богате или екстремно сиромашне, где барем један од родитеља пије или пуши, где су родитељи превише попустљиви или превише строги, где доминирају чести сукоби, сурово занемаривање или одбацивање, непоштовање дисциплинских норми и правила понашања у породици (Ћорић Б., *Критички аспекти адолесцената за настанак болести зависности*, XXV саветовање о болестима зависности са међународним учешћем, XXVII скупштине заједнице клубова лечених алкохоличара Србије, Зборник саопштења, Смедерево, 2009, стр. 113).

Према наводима светске стручне литературе, велики је проценат зависника који потичу из озбиљно поремећених породичних односа. Тако је према истраживању Ванкеа (Wanke) 48% зависника потекло из породица које су већ биле распаднуте или су биле пред распадом. Истраживања Килхолза (Kielholz) и Ладевига (Ladewing) на основу узорка од 110 пацијената показала да 82% наркомана потичу из породица које су биле дезинтегрисане што је и довело до њиховог распада (Јеротић В., *Личност наркомана*, Сабрана дела, II коло, Арс Либри, Београд, 2007).

Када је у питању правац пружања подршке, контролна група много чешће него зависници има обострану подршку, те да много мање перципира једнострану подршку

уопште. Са друге стране, зависници примају много више подршке од других, док свега неколицина пружа другима подршку. Ово може да се разуме принципом да болест зависности гради личност која поступа по принципу задовољства. Руководјени тим принципом, зависници су орјентисани искључиво на сопствене потребе, не марећи за туђе. Често им је смањена самоконтрола и постају импулсивни (Настасић П., *Болести зависности у адолесценцији*, Публикум, Београд, 2011, стр. 66-67). Ово доводи до конфликта како са породицом зависника тако и са широм социјалном средином, а све то доприноси и појави насиља. Истраживање спроведено 2008. године (Борковић С., 2009) показало је да је наркоманија као болест зависности најзаступљенија у оним породицама у којој су присутни дисфункционални обрасци понашања. У овом магистарском раду неопходно је истаћи да је највећи број зависника пре уласка у проблем био орјентисан на одржавању успешног функционисања у свим животним аспектима (здравствени, породични, образовни, професионални, економски, социјални аспект), али да су се уласком у проблем ова интересовања смањила. Орјентација је од тада била искључиво за сопствене потребе што је споредно утицало на погоршање односа у породици, фамилији, са суседима, колегама и пријатељима, а то су карактеристике дезинтеграције породице.

Наведеној хипотези иду у прилог и клиничка истраживања која су показала да преко 60% лечених зависника има девијације у структури личности у којој доминирају асоцијалне и депресивне црте, шизоидне, хистеричне, параноидне и нарцистичке. Већина зависника нема адекватна осећања и представе о сопственим вредностима. Недостатак увида у сопствено стање је последица незрелих механизма одбране, а они не дозвољавају да се личност формира и сазри. Због наведених карактеристика, ова истраживања показују да зависници имају према породици одбацујући или амбивалентан однос, а да своје обавезе и одговорност не прихватају у породици. Особе које не конзумирају психоактивне супстанце, зависници или избегавају или су против њих, а да за то не постоје оправдани разлози. Веома мали број зависника може да успостави емпатијске и алтруистичне односе са другима, закључује се у овим истраживањима (Вучковић Н., *Дроге од забаве до болести*, Футура публикације, Нови Сад, 2007, стр. 15-16).

У породици зависника израженије је емоционално и физичко насиље у односу на породицу студената. Наиме, опијатске дроге доводе до брже промене личности која има следеће карактеристике: неодговорност, егоцентричност, безосећајност, повређивање и оптуживање других, лажљивост (Настасић П., *Не дозволи да те дрога*

избаци из игре, Едукативни приручник, Привредни преглед, ДОО, Београд, 2004, стр. 56).

Присуство ових особина повећава конфликте са другим члановима породице које се најчешће манифестује на следећи начин: избегавање појединих особа, демонстративно напуштање просторија, викање, псовање, оптуживање, вређање, уцењивање, омаловажавање, пакост и претње упућене другима. Зависник се увек служи одређеним механизмима одбране како би наставио са узимањем супстанце. Када ове игре не дају резултата, долази и до физичког насиља које је изражено на следећи начин: бацањем одређених предмета на другу особу, гурање, шамарање, ударање, шутирање, грижење, употреба хладног или топлог оружја. Пракса показује да само мали број породица пријави ово насиље надлежним органима. Неопходно је испитати да ли чланови породице прикривају овај проблем зато што имају страх од самог зависника, да не би били стигматизовани или су у питању и неки други разлози. Истраживање које је објављено 2013. године (Станојковић Б., 2013) такође ставља акценат на социјалне проблеме зависника и његове породице као и ова докторска дисертација чији се резултати истраживања подударају. Наиме, негативно понашање зависника у потпуности угрожава стабилност појединца, а потом и његове породице у целини. Због присутности овог проблема породица почиње да избегава пријатеље, рођаке и суседе с којима је раније имала блиске односе. То уводи породицу у социјалну изолацију. Такође, због конфузности, чланови породице почињу да занемарују своје обавезе како према послу, тако и према деци. Може се слободно закључити да се у овим случајевима породица дезинтегрише. У овом раду се и наводи да су многе појаве попут индустријализације, урбанизације и миграције допринеле урушавању традиционалних форми организације породице што је довело до њене дезорганизације и дезинтеграције, а самим тим и пораст насиља у породици. Такође је значајно издвојити из овог рада то да је присутност било какве психоактивне супстанце у породици само почетна фаза депримирајућег и фрустрационог стања, а потом и насиља што су потврдили и зависници који су се лечили у Специјалној болници за болести зависности у Београду. То се подудара са хипотезом из ове докторске дисертације да је у породицама опијатског зависника присутно насиље. Опијатски зависник је спреман на све врсте насиља како у породици тако и ван ње све док не задовољи своју потребу за супстанцом и тако умири основи страх од апстиненцијалног синдрома.

Слично истраживање које се бавило проблемима зависника објављено је крајем 2008. године (Баћановић В., *Испитивање социјалних аспеката лечења наркоманије – религија као чинилац интеграције*, часопис „Религија и толеранција”, број 6, Нови Сад). Ауторка овог истраживања је истакла да је већина зависника мало проводила времена са члановима своје породице, а да су напредовањем болести све више прекидали контакт са својим пријатељима и били су више склони контактима са другим зависницима што иде у прилог хипотези да су зависници у већој социјалној изолацији у односу на оне који немају проблем са овом болешћу.

На крају, ово истраживање се бавило и колико зависник и његова породица користе друге системе како би превазишли одређене проблеме. Постављало се питање колико они значајно користе подршку од стране медицинско-социјалних служби и других институција у односу на контролну групу и чланове њихових породица. И овде се показало да зависници перципирају мањи ниво подршке друштвено-јавних институција у односу на испитанике из контролне групе. Даља истраживања би требало да покажу да ли се то дешава из разлога што породица не жели да се зависник дијагностира као такав што ће га касније током даљег живота обележити и онемогућити му напредовање, зато што породица не верује или не сматра довољно компететним ове службе или је реч о нечем другом.

Све наведено до сада указује на то колико је породица опијатског зависника у већој социјалној изолацији и дезинтеграцији у на контролну групу коју су чинили студенти и њихове породице.

Резултати овог истраживања су у складу са резултатима наведених истраживања и указују на то колико су зависници и чланови њихових породица дезинтегрисани и социјално изоловани од фамилије и пријатеља.

ЗАКЉУЧАК

Болести зависности данас су један од најраширенијих друштвених проблема. Неопходно је радити на што бољој превентиви. У нашем друштву, најраширенија је секундарна превентива што значи да се помоћ тражи када је болест већ узела маха и развила све симптоме угрозивши тиме како самог зависника, тако и породицу у целини.

Ова истраживање је само једно у низу које је дало одговор како изгледа породица зависника и са каквим проблемима се она сусреће. Испитаници су били мушког пола, јер су то зависници који су највише заступљени у лечењу и рехабилитацији. Како је зависност врло комплексна болест, најуспешнији третмани се спроводе уз присуство свих чланова породице, јер се поремећај развијао у оквиру специфичних породичних околности, па је из тог разлога неопходна промена свих њених чланова. Није довољно само да зависник ради на престанку злоупотребе психоактивних супстанци, јер враћајући га у стари систем, брзо наступају рецидиви. Искуства из праксе говоре да су најчешћи сарадници мајке, а онда следе браћа и сестре. Очеви углавном показују највећи отпор према промени, јер се најчешће теже суочавају са одговорношћу. Ово истраживање се није бавило отпорима код чланова породице који су главни сарадници у лечењу, па није дало одговор који лични, родни, културолошки и други чиниоци доводе до тога да се у процес рехабилитације више укључени сарадници женског пола. Истраживање се није бавило због чега су на рехабилитацији присутни више мушки зависници.

Просек година када се долази на рехабилитацију најчешће се креће између 24 и 27. То је уједно и први покушај правог лечења. Многе породице покушавају овај проблем да реше на свој начин избегавајући професионалце. То чине да би избегли суочавање са собом, постављања дијагноза, а уједно да околина не би сазнала и тако породицу стигматизовала. Када селидба, промена школе, лечење на алтернативне начине (одлазак у бању, село, затварање у собу, ускраћивање материјалних средстава за набавку дроге, стална контрола где се иде и с ким се контактира) не дају резултате,

тада се долази на лечење код професионалаца. Међутим и ту се показују отпори. Родитељи најчешће мисле да је зависник тај који има проблем, а не они. На све начине покушавају да што мање учествују у терапији. Због тога је понекад теже радити са родитељима, него са самим пацијентима. Даље студије би могле помније да истраже ове отпоре код сарадника, односно чланова породице зависника како би се брже откривали и боље разумели. Самим тим ће се адекватније искористити психотерапијске интервенције које ће помоћи у напредовању кроз терапију.

Када прође одређени период лечења, и сви чланови породице се у потпуности посвете терапији, увиђају се разлози некадашњих отпора. Породица до тада није могла да се ослони на пријатеље, ужу и ширу фамилију, као на друге значајне особе из свог окружења плашећи се осуде. Нова истраживања би могла да дају одговор да ли се породица прерано дистанцира од раније блиских људи из свог окружења или је њено понашање последица дистанцирања околине. Пракса показује да зависник најбрже напредује кроз терапију ако се у њу укључе и друге особе из уже и шире заједнице, а првих неколико месеци и зависник и породица показују отпор да некое кога знају, а могао би да да позитиван допринос у лечењу, испричају за свој проблем.

Услов да је неко од зависника могао да буде кандидат за учествовање у овом истраживању био је тај да је у правој апстиненцији најмање шест месеци. Права апстиненција значи да су поштована сва терапијска правила која се односи на неузимање било какве психоактивне супстанце неvezано да ли с њом пацијент има проблем. У овом случају, радило се о опијатским зависницима, претежно хероинским који су се поред неузимања главне супстанце суздржавали и од узимања споредних попут одређених лекова, енергетских пића, марихуане и алкохола. Овај услов је успорио истраживање, јер је увек постојала опасност да се прекине лечење.

Шест месеци је уједно и период код већине зависника када долази до наглог опоравка централног нервног система (нарочито скока одређених неуротрансмитера попут серотонина и допамина) и здравственог, психолошког, емоционалног и социјалног напредовања. То је период када и други чланови породице показују промене, а посебно су способни да боље сагледају ранији живот када је зависност била развијена и донела бројне проблеме, нарочито у социјалном смислу.

Сагледавши ранији живот у породици, зависници у рехабилитацији су проценили нефункционалне обрасце понашања које су раније примењивали. Захваљујући њиховим одговорима, проценило се да опијатски зависници имају мање квалитетне релације са члановима својих породица, ужом и широм фамилијом и пријатељима у

односу на студенте Београдског универзитета који су у овом истраживању представљали контролну групу. Иако су поједини од њих имали искуства са психоактивним супстанцама, није се радило о зависницима нити о некоме ко је био на лечењу од истог проблема. Ипак, ово истраживање је занемарило присуство зависности код других чланова породице, тако да је нејасно и код зависника и студената, односно контролне групе да ли неко од родитеља, браће, сестара или партнера такође има овај проблем.

Истраживања су показала да зависници ретко траже помоћ од других за решавање проблема. Уједно, не добијају ни довољно емоционалне и саветодавне подршке, а нису блиски са члановима својих породица и другим, некада значајним људима из свог окружења што показује колико је њихова породица дезинтегрисана. Налазе се у свом „гету”, у групи коју чине други зависници где доминира лични интерес са мало или нимало емотивне размене. Све активности у овој групи одвијају се око набавке супстанце, продаје или њеног заједничког конзумирања. Нема података да ли су чланови породице знали за ове активности њиховог детета и како су реаговали у овим ситуацијама.

Ово истраживање се бавило смером пружања подршке. У односу на студенте који пружају обострану подршку, опијатски зависници је више добијају него што је неком пружају. Функционишу по принципу непосредног задовољства и у свему виде сопствени интерес који може да им омогући да наставе са уживањем супстанце.

Важно је разумети да су зависници изградили свој животни стил који подразумева да сва своја понашања буду усмерена ка дроги. То значи да они често избегавају оне који не конзумирају супстанцу, а и често су против њих. Са друге стране и независници који су упознати са проблемом и сами избегавају зависнике или граде површан однос. Чланови породице зависника често показују слично понашање. Како крију проблем, повлаче се у себе и сами утичу да се као и зависник нађу у социјалној изолацији.

Како се временом некада здрава особа мења напредујући кроз фазе зависности, зависник поприма другачије особине непрепознатљиве за своју околину. Постаје неодговоран, егоцентричан, безосећајан, оптужује друге и лаже. Ове карактеристике повећавају могућности пораста конфликта како у породици тако и у ужој и широј социјалној средини, а јављају се и облици емоционалног и физичког насиља. Резултати овог истраживања показују да насиље варира од најједноставнијих до тежих. Понекада је то само демонстративно напуштање просторија, викање, псовање, оптуживање и

вређање других, уцењивање, омаловажавање и претње упућене другима, док се физичко насиље најчешће испољава бацањем одређених предмета на другу особу, гурање, шамарање, ударање, шутирање, грижење, али и употреба хладног или топлог оружја. Остаје непознаница да ли су икада помишљали и колико пута су чланови породице тражили заштиту од надлежних органа у овим ситуацијама, као што су СУП, суд и Центри за социјални рад.

У породици зависника готово по правилу јавља неки облик насиља. Пракса показује да се они најчешће сазнају током терапијских сеанси и да су ретко била пријављена надлежним органима.

Истраживање такође показује да породица као и сам зависник не користе довољно медицинско-социјалне службе и друге јавне институције које би могле да им буду од користи у решавању овог проблема.

Из свега наведеног може се закључити да се опијатски зависници и њихове породице заиста налазе у дезинтеграцији и социјалној изолацији у односу на породице контролне групе у којима зависности нема чиме се потврдила основна хипотеза. Ипак, ово истраживање не даје податке каква је била породица опијатског зависника пре уласка у проблем.

На крају, резултати овог истраживања помажу у раду са зависницима на више начина. Друга истраживања су се бавила које психоактивне супстанце зависници највише користе што помаже код преписивања одређених лекова, а и бољег сагледавања могућих психо-физичких последица. Како су зависници навели све супстанце које су узимали до доласка на лечење, ови подаци могу да буду значајни у медицинском смислу и могу да помогну код смањења могућности рецидива. У психолошком смислу откривају се заблуде у вези психоактивних супстанци које зависници имају као и разлоге њиховог узимања чиме се сагледавају бројни механизми одбране. Циљ је да се дисфункционални механизми одбране кроз терапију отклоне и замене конструктивним начинима решавања проблема чиме се унапређују асертивност и вештине да се на социјално прихватљив и нов начин избори са проблемима око себе. Ово истраживање је важно у пракси, јер открива односе између чланова породица у којима доминирају нефункционални обрасци понашања, а самим тим утврђује који су то проблеми које зависник и родитељи имају у свом ужем и ширем социјалном окружењу. На основу тога, постављају се терапијски захтеви решавања тих проблема у одређеном временском року у сарадњи са терапеутом, породицама и другим зависницима на рехабилитацији, а тиме се омогућава позитиван раст свих потенцијала

других и изградњу новог животног стила који искључује злоупотребу психоактивних супстанци и промовише здраве навике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Abraham J. Twerski, *Addictive Thinking*, M.D., Hazelden, Center City, Minnesota, 1997.
2. Алчаз С., *Пушење као болест зависности – супстанцијална теорија*, Болести зависности, Европски центар за мир и развој (ЕЦПД) Универзитета за мир Уједињених нација, Београд, 2004.
3. Барачков Н. и остали аутори, *Васпитање за здравље кроз животне вештине*, приручник, Министарство просвете и спорта Републике Србије, Београд, 2006.
4. Баћановић В., *Испитивање социјалних аспеката лечења наркоманије – религија као чинилац интеграције*, часопис „Религија и толеранција”, број 6, Нови Сад, 2008.
5. Бацковић А., Мугоша Б., Лаушевић Д., *Превенција наркоманије*, Уницеф, Подгорица, 2000.
6. Beamon K., *Supporting and Motivating Adolescent Thinking and Learning*, Elon College, North Carolina, 2009.
7. Бејаковић П., *Водич за социјалну укљученост*, Институт за јавне финансије, Загреб, 2009.
8. Бергер Д., *Здравствена психологија*, Друштво психолога Србије, Београд, 1997.
9. Bergh C., Kuhlhorn E., *Social, psychological, and physical consequences of pathological gambling in Sweden*, Journal of Gambling Studies, 1994.
10. Бојанин С., Радуловић К., *Социјална психијатрија развојног доба*, Научна књига, Београд, 1988.

11. Борковић С., „Ефекти групног рада на промену животног стила код зависника од дрога”, Магистарски рад, ФПН, Београд, 2009.
12. Бошковић М., *Криминологија са педологијом - део 2 - социјална патологија*, Универзитет у Новом Саду, Нови Сад, 2000.
13. Бreitenfeldt Д., Волфл Д., *Алкохолизам – поремећаји изазвани пијењем алкохола*, Ауторско издање, Ријека, 2010.
14. Брлас С., *Терминолошки описни рјечник овисности*, Опис важних термина из подручја овисности о дрогама, алкохолизма и проблематичног патолошког коцкања, Вировитица, Загреб, 2011.
15. Букелић Ј., *Дрога – мит или болест*, Завод за уџбенике и наставна средства, Београд, 1989.
16. Букелић Ј., *Дрога у школској клици*, Веларта, Београд, 1995.
17. Букелић Ј., *Социјална психијатрија*, Завод за уџбенике и наставна средства, Београд, 2004.
18. Варагић Б., Милошевић М., *Фармакологија*, Елит-медицина, Београд, 1999.
19. Видановић И., *Појединац и породица - методе, технике и вештине социјалног рада*, ФПН, Београд, 1998.
20. Видановић И., *Речник социјалног рада*, Ауторско издање, Београд, 2006.
21. Видановић И., *Терапијски модели социјалног рада*, ФПН, Београд, 1999.
22. Видановић И., Колар Д., *Ментална хигијена*, Ауторско издање, Београд-Сремчица, 2003.

23. Винчестер К., Бејер Р., *Шта да радиш ако ти се родитељи разведу*, Приручник намењен деци, Креативни центар, Београд, 2005.
24. Вујаклија М., *Лексикон страних речи и израза*, Просвета, Београд, 1992.
25. Вуковић Д., *Системи социјалне сигурности*, ФПН, Београд, 1998.
26. Вучковић Н., *Дроге од забаве до болести*, Футура публикације, Нови Сад, 2007.
27. Вучковић Н., *Марихуана - од забаве до болести*, Футура публикације, Нови Сад, 2001.
28. Гачић Б., *Алкохолизам и породица*, Социјална политика и социјални рад, часопис за теорију и праксу бр. 2, Београд, 1978.
29. Glassman U., Kates L., *Feedback, role rehearsal and programming enactments: cycles in the groups middle phase inc.*, New Bury Park, California, 1993.
30. Голднер-Вуков М., *Породица у кризи*, Медицинска књига, Београд-Загреб, 1988.
31. Големан Д., *Емоционална интелигенција*, Геопоетика, Београд, 2005.
32. David Howe, *Увод у теорију социјалног рада*, Научно-истраживачки центар за социјални рад и социјалну политику ФПН, Београд, 1997.
33. Даундерер Макс, *Акутне интоксикације*, Медицинска књига, Минерва, Београд-Загреб, 1979.
34. Димитријевић В., *У праву си!*, Водич кроз правни систем Републике Србије, Београдски центар за људска права, Београд, 2003.
35. Dr Paul McArdle, *Caring mother is a child's best defence against drug culture*, International study reveals facts about teenage drug abuse, 'Addiction', the journal of the Society for the Study of Addiction, Newcastle University, 2002.

36. Ђотуновић В., *Младачко доба – одрастање и сазревање*, БМГ, Београд, 2006.
37. Жегарац Н., Цамоња Игњатовић Т., *Инструменти процене у социјалној заштити - упитници, скале и технике*, Центар за примењену психологију, Београд, 2010.
38. Зоричић З., *Појавност и законодавна регулација коцкања*, XXV саветовање о болестима зависности са међународним учешћем, XXVII скупштина заједнице клубова лечених алкохоличара Србије, зборник саопштења, Здравствени центар „Свети Лука” и Српско лекарско друштво, Смедерево, 2009.
39. International Narcotics Control Strategy, volume I, Drugs and Chemical Control, March 2007, United States Department of State, Bureau for International Narcotics and Law Enforcement Affairs.
40. Јакшић С., *Путеви и странпутице породичног васпитања*, Зборник радова III, ФПН, Београд, 1997.
41. Јакшић С., *Савремене теорије о положају детета у друштву*, ФПН, Београд, 1985.
42. Јакшић С., *Социо-психолошки аспекти процењивања родитељске подобности*, Социјални рад и социјална политика, зборник радова и докумената, ФПН, Београд, 1994.
43. Јеротић В., *Индивидуација и (или) обожење*, Арс Либри, Београд, 2002.
44. Јеротић В., *Личност наркомана*, Сабрана дела, II коло, Арс Либри, Београд, 2007.
45. Јеротић В., *Човек и његов идентитет*, Арс Либри, Београд, 2003.
46. Јеротић В., Гајшек А., *Agape I*, Драслар партнер, Београд, 2009.
47. Јовановић Д., *Специфичности криминогених активности везаних за психоактивне супстанце (ПАС)*, Све о саветовалишту за болести зависности, Приручник за здравствене раднике и здравствене сараднике, Теком, Београд, 2010.

48. Јовашевић Д., *Закон о малолетним учиниоцима кривичних дела и кривичноправној заштити малолетних лица*, Службени лист СЦГ, Београд, 2005.
49. Каличанин П., *Психијатрија - Дијагностичко-терапијски приручник за лекаре опште медицине*, Технис, Београд, 1997.
50. Кондић К., Левков Љ., *Првих десет година*, Развојни и психоаналитичко-развојни приступ, Савез друштава психолога Србије, Београд, 1994.
51. Крговић Т., Миловановић М., *Центри за социјални рад - настанак, пракса, перспектива*, Удружење стручних радника социјалне заштите Републике Србије, ФПН, Београд, 2003.
52. Креч Д., Кречфилд Р., *Елементи психологије*, Научна књига, Београд, 1978.
53. Кузман М., Моравек Д., Marchiotti I., Кларић Д., *Родитељи у превенцији овисности*, Приручник за родитеље, Пројекат „Сви за против”, Градски уред за здравство, рад и социјалну скарб града Загреба, Загреб, 2001.
54. Кузмановић Б., Штајнбергер И., *Психологија*, Завод за уџбенике и наставна средства, Београд, 1992.
55. Кука М., *Породична педагогија*, Филозофски факултет, Београд, 2008.
56. Лажетић Г., *Интернет – господар или потчињени?*, Ауторско издање, Београд, 2006.
57. Лазић Б., *То може бити и Ваше дете*, Д.О.О. Др Боро Лазић, Београд, 2007.
58. Лакићевић М., *Методe социјалног рада III*, Удружење стручних радника социјалне заштите и ФПН, Београд, 2000.
59. Лакићевић М., *Појам сиромаштва и теорије о сиромаштву*, Социјални рад и социјална политика, Зборник радова III, ФПН, Београд, 1997.

60. Le Bec PY, Fateseas M., Denis C., Lavie E., Auriacombe M., *Cannabis and Psychosis: Search of a Causal Link Through a Critical and Systematic Review*, Encephale, 2009.
61. Leung L., *Net-generation attributes and suductive properties of the internet as predictors of online activities and internet addiction*, School Of Journalism & Communication, The Chinese University of Hong Kong, Shatin, N.T., Hong Kong, 2004.
62. Лилић В., *Сличности међу болестима зависности*, Болести зависности – сличности и разлике, Зборник радова, XXIX симпозијум о болестима зависности са међународним учешћем, Публикум, Београд, 2013.
63. Madzarevic V., *Have you ever wondred if your prescription drugs are really safe?*, Second edition, USA-Charleston, 2014.
64. Manzoni Jean Michel и остали аутори, *Истраживање о злоупотреби алкохола и других дрога међу младима у Србији 2005*, Министарство здравља Републике Србије, 2005.
65. Марић Ј., *Клиничка психијатрија*, Медицински факултет, Београд, 2001.
66. Марјановић Д., Милићевић Ж., *Дрога, алкохол, коцка – непријатељи живота*, приручник за превенцију болести зависности у основним школама, Завод за уџбенике, Београд, 2013.
67. Metzger R., *American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - four Edition*, Text Revision, DSM-IV-TR-TM, DC: American Psychiatric Publishing Inc., Washington, 2003.
68. Милашиновић Ј., Драган Савелић Ј., *Породица и дроге*, Све о саветовалишту за болести зависности, Приручник за здравствене раднике и здравствене сараднике, Теком, Београд, 2010.
69. Миливојевић З., *Емоције - психотерапија и разумевање емоција*, Психополис, Нови Сад, 2007.

70. Миливојевић З., *Игре које играју наркомани*, Психополис, Нови Сад, 2007.
71. Миливојевић З., и остали аутори, *Мала књига за велике родитеље*, Психополис институт, Нови Сад, 2009.
72. Миловановић Д., Поповић М., *Алкохолизам у индустрији*, Диспанзер за лечење алкохоличара и борбу против алкохолизма, књига 10, Београд, 1966.
73. Милојковић М., Срна Ј., Мићовић Р., *Породична терапија*, Центар за брак и породицу, Београд, 1997.
74. Милосављевић М., *Девиијације и друштво*, Драганић, Београд, 2003.
75. Милосављевић М., *Социјални рад између традиционалног и модерног*, Драганић, Београд, 1996.
76. Милосављевић М., Бркић М., *Социјални рад у заједници*, Социјална мисао, Београд, 2005.
77. Митровић М., Петровић С., *Социологија*, Завод за уџбенике и наставна средства, Београд, 1992.
78. Младеновић И., Лажетић Г., *Зависност од коцкања*, Ауторско издање, Београд, 2014.
79. Младеновић И., Лажетић Г., *Патолошко коцкање – са приручником за самопомоћ*, Елит Медица, Београд, 2012.
80. Младеновић Јанковић С., Дешић З., *Твоје знање мења све*, информатор за ученике, Министарство просвете, Београд, 2010.
81. Moore Th, Zammit S., Lingford-Hughes A., Barnes TR, Jones PB, Burke M., Lewis G., *Cannabis Use and Risk of Psychosis, Mood and Cognitive Functioning*, Lancet, 2007.

82. Настасић П., *Алкохолизам и међугенерацисјско преношење*, Технисс, Београд, 1998.
83. Настасић П., *Болести зависности у адолесценцији*, Публикум, Београд, 2011.
84. Настасић П., *Екосистемски приступ алкохолизму*, Публикум, Београд, 2011.
85. Настасић П., *Интеграција лечења болести зависности кроз третман у заједници*, Болести зависности – сличности и разлике, Зборник радова, XXIX симпозијум о болестима зависности са међународним учешћем, Публикум, Београд, 2013.
86. Настасић П., *Не дозволи да те дрога избаци из игре*, Едукативни приручник, Привредни преглед, ДОО, Београд, 2004.
87. Никић С., *Линија или зид*, Проналазаштво, Београд, 1989.
88. Николић В., *Лечење природном медицином*, Издање аутора, Београд, 2007.
89. Николић Д., *Алкохолизам у СФР Југославији*, часопис за социјално-економска питања бр. 9-10, Београд, 1987.
90. Николић Д., *Болести зависности – пушење, алкохолизам, наркоманија*, II издање допуњено и осавремењено, Народна књига-Алфа, Београд, 2007.
91. *О починиоцима насиља у породици и партнерским односима*, Пројекат Борба против сексуалног и родно заснованог насиља, Управа за родну равноправност, Министарство рада и социјалне политике, Београд, 2011.
92. *Општи протокол о поступању и сарадњи установа, органа и организација у ситуацијама насиља над женама у породици и у партнерским односима*, Пројекат Борба против сексуалног и родно заснованог насиља, Управа за родну равноправност, Министарство рада и социјалне политике, Београд, 2012.

93. Paparelli A., Di Forti M., Morrision PD, Murrau RM, *Drug-induced Psychosis: How to Avoid Star Gazing in Shizophrenia Research by Looking at More Obvious Sources of Light*, Front Behav Neurosci, 2011.
94. Петровић Д., Седмак Т., Ћорић Б., *Методе групног социјалног рада*, ФПН, Београд, 2000.
95. Петровић С., *Дрога и људско понашање*, Партедон, Београд, 2003.
96. Петровић П. С., *Дрога и људско понашање*, Дечје новине, Горњи Милановац, 1989.
97. Пешић М., *Социологија*, Институт за политичке студије, Београд, 1998.
98. Потребих Ј., *Основи алкохолизма*, Радна организација за пројектовање и извођење грађевинских радова, „КМГ Трудбеник”, Београд, 1989.
99. Потребих Ј., *Породична и радна рехабилитација лечених алкохоличара*, Социјална политика и социјални рад, часопис за теорију и праксу број 2, Београд, 1978.
100. Радовановић И., Спасић Д., *Особине личности и интернет зависност*, истраживање у специјалној педагогији, Фаспер, Београд, 2009.
101. Радосављевић И., *Методологија политичких наука*, Службени гласник, Београд, 2002.
102. Сакоман С., *Лијечење опијатских овисника*, приручник, Алкалоид Д.О.О., Загреб, 2013.
103. Соули С., *Грчка митологија - рађање света, богови, хероји, Тројански рат, одисеја*, Издања Михалис Тоубис А.Е., Атина, 1995.
104. Спок Б., *Како његовати и одгајати дијете*, Стварност, Загреб, 1974.
105. Стакић Ђ., *Еко-мана*, Зборник радова и докумената, ФПН, Београд, 1994.

106. Станковић Д., *Патолошко коцкање - узроци и последице*, Ауторско издање, Нови Сад, 2007.
107. Станковић З., Беговић Д., *Алкохолизам од прве до последње чаше*, терапијски приручник, Креативни центар, Београд, 2005.
108. Станојковић Б., „Социјални аспекти наркоманије младих као узрок безбедносних проблема у Републици Србији”, Докторска дисертација, ФПН, Београд, 2013.
109. Стојадиновић М., *Адолесценција као ризично доба за први контакт са психоактивним супстанцама (ПАС)*, Све о саветовалишту за болести зависности, Приручник за здравствене раднике и здравствене сараднике, Теком, Београд, 2010.
110. Стојковић Љ., *Брачни лавиринт, ви, ваш муж и алкохол*, Аутономни женски центар, Београд, 2002.
111. *Супституциона терапија зависника од опијата*, Измена и допуна националних смерница, Министарство здравља Републике Србије, Републичка стручна комисија за превенцију и контролу болести зависности, Београд, 2012.
112. Тадић Н., *Психијатрија детињства и младости*, Научна књига, Београд, 2006.
113. Торре Р., Зоричић З., *Коцкање и клађење – од забаве до овисности*, Хрватски савез клубова лечених алкохоличара, Загреб, 2013.
114. Ћорић Б., *Критички аспекти адолесцената за настанак болести зависности*, XXV саветовање о болестима зависности са међународним учешћем, XXVII скупштине заједнице клубова лечених алкохоличара Србије, Зборник саопштења, Смедерево, 2009.
115. Harold I. Kaplan, Benjamin J. Sadock, *Comprehensive group psychotherapy*, The Williams & Wilkins company, Baltimore, U.S.A, 1971.

116. Хрнчић Ј., *Делинквент или пацијент – студија породичног неуспеха*, Задужбина Андрејевић, Београд, 1999.

117. Хрнчић Ј., Џамоња Игњатовић Т., Деспотовић Станаревић В., *Деца и млади са проблемима у понашању – услуге и третмани у заједници*, Републички завод за социјалну заштиту, Београд, 2010.

118. Хрњица С., *Опита психологија са психологијом личности*, Научна књига, Београд, 1994.

119. Чебашек-Травник З., *Стигматизација алкохоличара, њихових породица и терапеута*, Болести зависности – сличности и разлике, Зборник радова, XXIX симпозијум о болестима зависности са међународним учешћем, Публикум, Београд, 2013.

120. Чекеревац А., *Светска економска криза и сиромаштво*, Социјална политика и криза, ФПН, Београд, 2009.

121. Чупић Јовановић В., *Виртуелни свет комјутерских игара*, XXV саветовање о болестима зависности са међународним учешћем, XXVII скупштина заједнице клубова лечених алкохоличара Србије, зборник саопштења, Здравствени центар „Свети Лука” и Српско лекарско друштво, Смедерево, 2009.

122. Шарић Х., *Социјални рад с овисницима*, ОФФ–Сет Тузла, Тузла, 2010.

123. Шпадијер Џинић Ј., *Социјална патологија – социологија девијантности*, Завод за уџбенике и наставна средства, Београд, 1988.

СПИСАК ИНТЕРНЕТ САЈТОВА

1. www.sijakovic.com/02/kuda-ide-savremena-porodica/, 2012.
2. www.stetoskop.info/GHB-gamahidroksibutirat-1695-s3-content.htm, 2011.
3. www.prafak.ni.ac.rs/.../vanbracna%20zajednica%20i%20prestanak%20braka.ppt, 2012.
4. Pušenje,
http://sr.wikipedia.org/sr/%D0%9F%D1%83%D1%88%D0%B5%D1%9A%D0%B5_%D0%B4%D1%83%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%B0, 2012.
5. vutra.org/kazneni-zakon-srbije.php, 2013.
6. Ketamin,
<http://sr.wikipedia.org/sr/%D0%9A%D0%B5%D1%82%D0%B0%D0%BC%D0%B8%D0%BD>, 2013.
7. <http://narkomanija-narkomanija.blogspot.com/2010/04/u-svetu-najmanje-200-miliona-narkomana.html>, 2015.
8. <http://www.novosti.rs/vesti/naslovna/drustvo/aktuelno.290.html:422700-Narkomanija-u-Srbiji-Dzoint-u-osnovnoj-igla-u-dvadesetj>, 2015.

ПРИЛОЗИ

Датум попуњавања упитника: ____/____/____

УР1

(Упитник намењен корисницима на рехабилитацији од психоактивних супстанци)

Поштовани корисници, желели бисмо да сазнамо са каквим проблемима се због зависности од психоактивних супстанци суочавате у Вашој породици и окружењу. Молимо Вас да слободно и искрено изнесете своје мишљење, и да одговорите на сва питања! Упитник који следи је анониман и део је истраживања које се изводи искључиво у научне сврхе. Ваш допринос овом истраживању је веома значајан. ХВАЛА!

Упутство за попуњавање:

- Тврдње на које се **одговара са „ДА”** или **„НЕ”**: заокружује се *један* одговор.
- Тврдње које имају **неколико понуђених одговора**: заокружују се сви *одговори* које процењујете као тачне. Уколико заокружите одговор **„нешто друго”**, дописује се на предвиђеној линији шта се подразумева под тим.
- Тврдње које имају предвиђену **линију за одговарање**: уписује се *одговор на линију*.

ОСНОВНИ ПОДАЦИ О ВАМА

1. Година рођења: _____

2. Наведите највише образовање које сте стекли:

- а) незавршена основна школа; б) основна школа; в) средња школа;
г) виша школа; д) факултет и више.

3. Ваш радни статус:

- а) запослен; б) незапослен; в) пензионер; г) студент.

4. Ваш садашњи брачни статус:

- а) брак; б) ванбрачна заједница; в) разведен;
г) удовац; д) у партнерској вези; њ) без партнера.

5. Ваш родитељски статус:

- а) имате децу; б) немате децу; в) трудноћа у току.

6. Пре појаве зависности од дроге, Вама је било у првом плану (заокружите све тачне одговоре):

- а) породица;
- б) пријатељи;
- в) подршка другима;
- г) успех у раду и/или у школовању;
- д) лично функционисање;
- ђ) бављење спортом;
- е) нешто друго, допишите шта: _____

- ж) ништа посебно.

ВАША ИСКУСТВА СА ПСИХОАКТИВНИМ СУПСТАНЦАМА

7. Колико година сте имали када сте први пут узели неку психоактивну супстанцу?

_____;

8. Од набројаних супстанци, које сте све узимали или пробали?

- а) марихуана; б) хашиш; в) сканк; г) алкохол; д) бензодиазепини (седативи);
- ђ) енергетска пића; е) кокаин; ж) крек; з) амфетамини; и) хероин; ј) тродон;
- к) метадон; л) екстази; љ) ЛСД; м) мескалин; н) артане; њ) ПЦП;
- о) нешто друго, допишите: _____.

9. Набројте психоактивне супстанце које сте најчешће узимали?

10. Када сте први пут пробали неку психоактивну супстанцу, о њој сте знали да (заокружите све тачне одговоре):

- а) опушта;
- б) ствара веће самопоуздање;
- в) повећава расположење;

г) повећава сексуални ужитак;

д) повећава концентрацију;

ђ) нешто друго: _____

е) ништа посебно.

11. Психоактивне супстанце сте први пут пробали из следећих разлога (заокружите све тачне одговоре):

а) из радозналости;

б) како бисте били прихваћени у друштву;

в) како бисте се доказали пред неким;

г) како бисте се ослободили напетости, фрустрација или неких других негативних емоција;

д) нешто друго: _____

ПОДАЦИ О ВАШОЈ РЕХАБИЛИТАЦИЈИ

12. Колико времена је протекло када сте схватили да имате проблема са психоактивним супстанцама?

а) до годину дана;

б) до две године;

в) до три године;

г) до четири године;

д) до пет година;

ђ) шест и више година.

13. Колико пута сте до сада потражили помоћ због зависности од психоактивних супстанци?

а) 1;

б) 2;

в) од 3 до 5 пута;

г) више од 5 пута.

14. Колико месеци сте на рехабилитацији? _____.

15. Ко је највише утицао на то да кренете на рехабилитацију (заокружите све тачне одговоре)?

а) супруга;

б) родитељи;

в) државни органи (суд, полиција, центар за соц. рад);

г) пријатељи;

д) комшије;

ђ) рођаци;

е) послодавац и колеге;

ж) неко други: _____

з) нико.

16. Лица са којима најчешће долазите на рехабилитацију су (заокружите све тачне одговоре):

а) мајка; б) отац; в) брат/сестра; г) супруга;

д) ванбрачна партнерка; ђ) пријатељ/пријатељица; е) колега/колегиница;

ж) сами долазите на рехабилитацију; з) неко други: _____

ЕКО МАПА

Упутство за давање одговора: У центру мапе је круг који представља Вас и Вашу породицу, а околу су мањи кругови који представљају различите социјалне групе или системе у којима Ви и Ваша породица задовољавате своје потребе. Када вербализујете природу односа са одређеним системом, одговарајућа линија се повлачи како би означила снажне (пуна линија), слабе (испрекидана линија) или стресне (линија испрекидана са више вертикалних линија) односе. Стрелице које иду уз поједине линије означавају смер дотока енергије и ресурса између Вас, Ваше породице и других система. Уколико породица и одређени систем уносе исту количину енергије и ресурса у међусобни однос то се обележава стрелицама које иду у оба смера. Линије се повлаче од централног круга када је одређена релација карактеристична за Вас и Вашу породицу као целину или од појединог члана када је носилац релације једна особа.

Релације:

----- - Слабе, неразвијене, закржљале или спорадичне везе, пригушене

_____ - Релативно снажне, уходане и стабилне везе

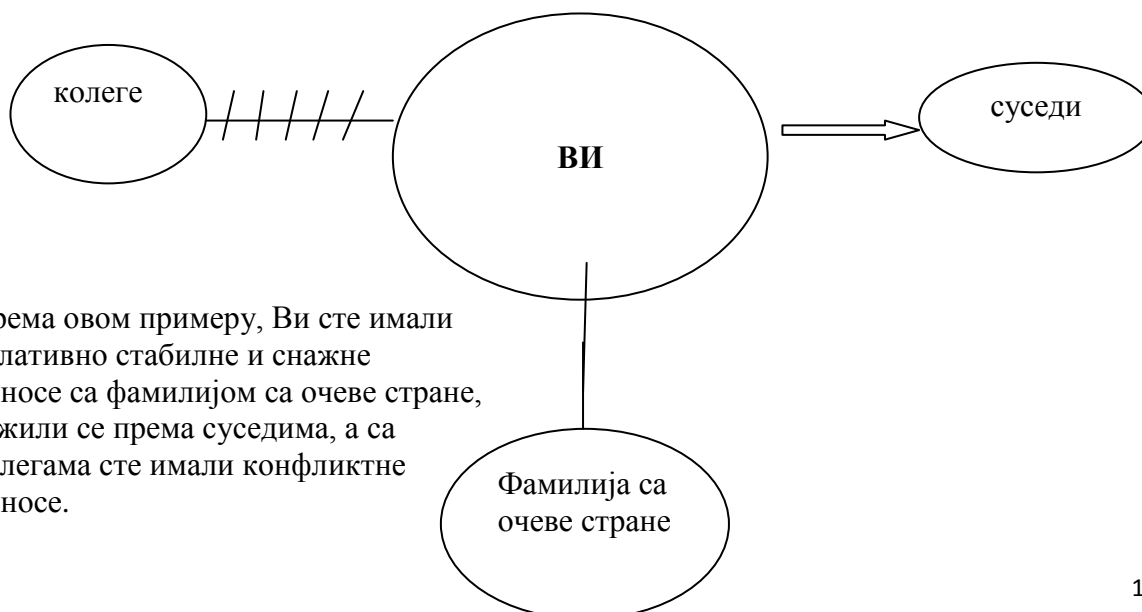
-/-/-/-/-/-/-/-/-/- - Конфликтни, стресогени, фрустративни односи

-//-//-//-//-//-//-/- - Веома конфликтни, јако стресогени односи

→→→→→→→→ - Имали сте очекивања или интересовања према неким системима (рођацима, пријатељима, колегама и суседима), али они нису обраћали довољно пажњу на Вас.

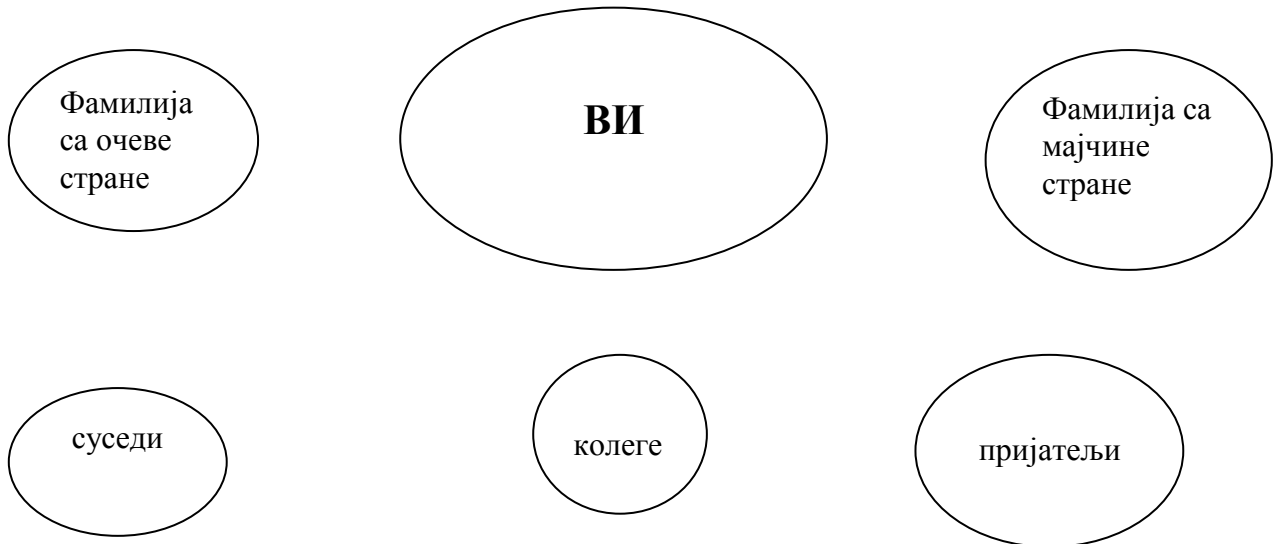
←←←←←←←← - Рођаци, пријатељи, колеге или суседи су имали очекивања или интересовања према Вама, али Ви нисте обраћали пажњу.

Пример:



Према овом примеру, Ви сте имали релативно стабилне и снажне односе са фамилијом са очеве стране, тежили се према суседима, а са колегама сте имали конфликтне односе.

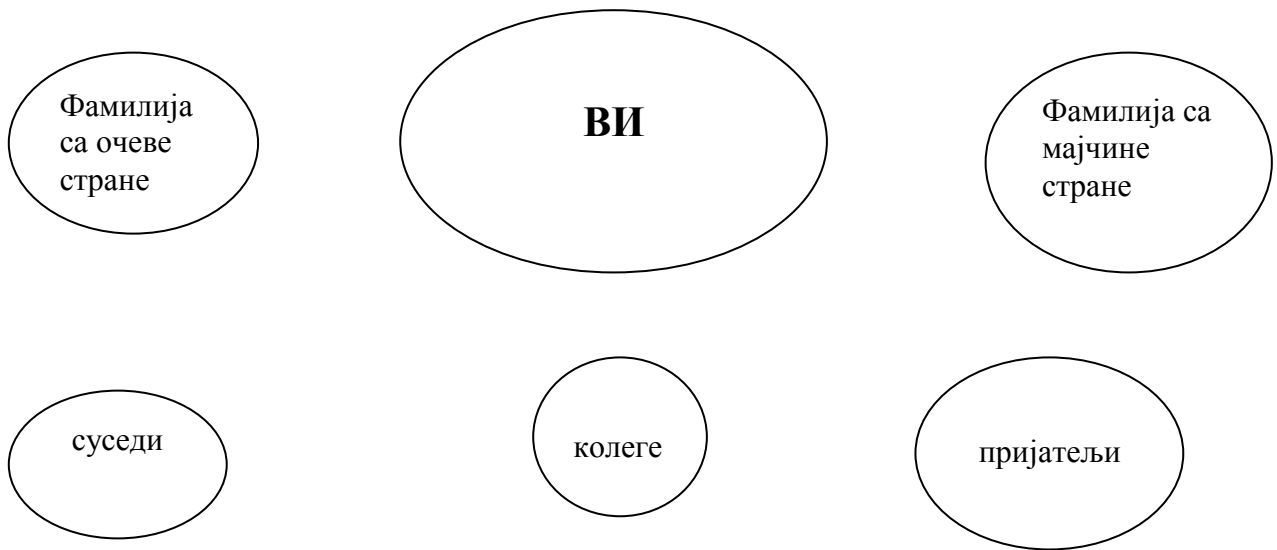
17. **Какве контакте сте ВИ имали са рођацима, пријатељима, суседима и са колегама са посла или факултета ПРЕ ДОЛАСКА НА РЕХАБИЛИТАЦИЈУ** (молимо Вас да хемијском оловком повежете кругове користећи наведене ознаке за релације)?



18. **Какве контакте је имала ВАША ПОРОДИЦА са рођацима, пријатељима, суседима и са колегама са посла ПРЕ ДОЛАСКА НА РЕХАБИЛИТАЦИЈУ?**



19. Какве контакте **ВИ** имате са рођацима, пријатељима, суседима и колегама са посла или факултета У ПОСЛЕДЊИХ МЕСЕЦ ДАНА?



20. Какве контакте има **ВАША ПОРОДИЦА** са рођацима, пријатељима, суседима и колегама са посла У ПОСЛЕДЊИХ МЕСЕЦ ДАНА?



ТАКИТ

Упутство за давање одговора: Следеће тврдње односе се на то како се Ви и Ваша породица у ситуацијама које су тешке или проблематичне можете понашати да би те ситуације превазишли. Оцените колико често се у Вашој породици јавља описано понашање тако што ће те заокружити одговарајући број од 1 до 5.

21. ПРЕ ДОЛАСКА НА РЕХАБИЛИТАЦИЈУ, ја и други чланови моје породице смо у ситуацијама неслагања проблеме решавали на следећи начин:

	1 НИКАД	2 РЕТКО	3 ПОНЕКАД	4 ЧЕСТО	5 СТАЛНО				
1.	...мирно смо расправљали о проблему.				1	2	3	4	5
2.	...налазили доказе који ће да подрже сопствено виђење проблема.				1	2	3	4	5
3.	...обратили се некој особи од поверења да помогне да се превазиђу несугласице.				1	2	3	4	5
4.	...дурили се/одбијали да разговарамо о томе.				1	2	3	4	5
5.	...некоме би нагло постало лоше.				1	2	3	4	5
6.	... дуго ћутали и избегавали особу са којом се не слажете.				1	2	3	4	5
7.	...неко би демонстративно напустио просторију или кућу.				1	2	3	4	5
8.	... оптуживали и замерали особи која се не слаже због неких поступака.				1	2	3	4	5
9.	...нервирани се, викали и/или плакали.				1	2	3	4	5
10.	...вређали и/или псовали.				1	2	3	4	5
11.	...уцењивали ту особу са којом се не слажете.				1	2	3	4	5
12.	... намерно рекли нешто што би повредило ту особу.				1	2	3	4	5
13.	...намерно урадили нешто како би се напакостило тој особи.				1	2	3	4	5
14.	...неко од Вас је претио да ће гађати или ударити ту особу.				1	2	3	4	5
15.	...бацили, сломили, ударили или шутнули неку ствар.				1	2	3	4	5
16.	...гађали нечим ту особу.				1	2	3	4	5
17.	...гурали, шчепали или ударили ту особу.				1	2	3	4	5
18.	...ошамарили ту особу.				1	2	3	4	5
19.	...шутнули, угрзли или ударили песницом ту особу.				1	2	3	4	5
20.	...покушали да ударе или ударили предметом ту особу.				1	2	3	4	5

21.	...измлатили ту особу.	1	2	3	4	5
22.	...претили ножем или пиштољем.	1	2	3	4	5
23.	...употребили нож или пиштољ.	1	2	3	4	5

22. У ПОСЛЕДЊИХ МЕСЕЦ ДАНА, ја и други чланови моје породице у ситуацијама неслагања проблеме смо решавали на следећи начин:

	1 НИКАД	2 РЕТКО	3 ПОНЕКАД	4 ЧЕСТО	5 СТАЛНО				
1.	...мирно смо расправљали о проблему.				1	2	3	4	5
2.	...налазили доказе који ће да подрже сопствено виђење проблема.				1	2	3	4	5
3.	...обратили се некој особи од поверења да помогне да се превазиђу несугласице.				1	2	3	4	5
4.	...дурили се/одбијали да разговарамо о томе.				1	2	3	4	5
5.	...некоме би нагло постало лоше.				1	2	3	4	5
6.	... дуго ћутали и избегавали особу са којом се не слажете.				1	2	3	4	5
7.	...неко би демонстративно напустио просторију или кућу.				1	2	3	4	5
8.	... оптуживали и замерали особи која се не слаже због неких поступака.				1	2	3	4	5
9.	...нервирали се, викали и/или плакали.				1	2	3	4	5
10.	...вређали и/или псовали.				1	2	3	4	5
11.	...уцењивали ту особу са којом се не слажете.				1	2	3	4	5
12.	... намерно рекли нешто што би повредило ту особу.				1	2	3	4	5
13.	...намерно урадили нешто како би се напакостило тој особи.				1	2	3	4	5
14.	...неко од Вас је претио да ће гађати или ударити ту особу.				1	2	3	4	5
15.	...бацили, сломили, ударили или шутнули неку ствар.				1	2	3	4	5
16.	...гађали нечим ту особу.				1	2	3	4	5
17.	...гурали, шчепали или ударали ту особу.				1	2	3	4	5
18.	...ошамарили ту особу.				1	2	3	4	5
19.	...шутнули, угризли или ударили песницом ту особу.				1	2	3	4	5
20.	...покушали да ударе или ударили предметом ту особу.				1	2	3	4	5
21.	...измлатили ту особу.				1	2	3	4	5

22.	...претили ножем или пиштољем.	1	2	3	4	5
23.	...употребили нож или пиштољ.	1	2	3	4	5

МАПА СОЦИЈАЛНЕ МРЕЖЕ

Упутство за давање одговора: Молимо Вас да одредите путем заокруживања одговарајућу категорију одговора (1. готово никад; 2. ретко; 3. готово увек).

23. ПРЕ ДОЛАСКА НА РЕХАБИЛИТАЦИЈУ, колико сте добијали подршку од чланова своје породице?

КАТЕГОРИЈА	СКОР/ОПИС				
Емоционална подршка	1 готово никад	2 ретко	3 готово увек		
Информативна подршка	1 готово никад	2 ретко	3 готово увек		
Конкретна подршка	1 готово никад	2 ретко	3 готово увек		
Критицизам	1 готово никад	2 ретко	3 готово увек		
Блискост	1 готово никад	2 ретко	3 готово увек		
Правац пружања помоћи	1 у оба смера	2 од испитаника ка другима	3 од других ка њему		
Трајање релације	1 мање од једне године	2 1-5 година	3 више од 5 година		
Учесталост контакта	0 никад	1 неколико пута годишње	2 месечно	3 недељно	4 дневно

24. У ПОСЛЕДЊИХ МЕСЕЦ ДАНА, колико добијате подршку од чланова своје породице?

КАТЕГОРИЈА	СКОР/ОПИС		
Емоционална подршка	1 готово никад	2 ретко	3 готово увек
Информативна подршка	1 готово никад	2 ретко	3 готово увек
Конкретна подршка	1 готово никад	2 ретко	3 готово увек
Критицизам	1 готово никад	2 ретко	3 готово увек
Блискост	1 готово никад	2 ретко	3 готово увек
Правац пружања помоћи	1 у оба смера	2 од испитаника ка другима	3 од других ка њему

ИНДЕКС ПОДРШКЕ РОДБИНЕ И ПРИЈАТЕЉА (РФС)

Упутство за давање одговора: Одредите колико тачно доле наведени искази описују понашање у Вашој породици тако што ћете поред сваког исказа заокружити одговарајући број од 1 (за потпуно нетачно) до 5 (за потпуно тачно).

25. ПРЕ ДОЛАСКА НА РЕХАБИЛИТАЦИЈУ како сте се Ви и чланови Ваше породице борили са проблемима?

1 ИЗРАЗИТО НЕТАЧНО	2 УГЛАВНОМ НЕТАЧНО	3 ТАЧНО И НЕТАЧНО	4 УГЛАВНОМ ТАЧНО	5 ИЗРАЗИТО ТАЧНО				
1.	Делили смо тешкоће са рођацима			1	2	3	4	5
2.	Тражили смо савет од рођака			1	2	3	4	5
3.	Све смо радили сложено са рођацима			1	2	3	4	5
4.	Тражили смо охрабрење и подршку од пријатеља			1	2	3	4	5
5.	Тражили смо информације и савете од људи који су имали проблеме сличне нашим			1	2	3	4	5
6.	Делили смо бриге са блиским пријатељима			1	2	3	4	5
7.	Делили смо проблеме са суседима			1	2	3	4	5
8.	Питали смо рођаке шта мисле о нашим проблемима			1	2	3	4	5
9.	Крили смо од рођака да сам у проблему зависности од психоактивних супстанци			1	2	3	4	5
10.	Крили смо од суседа да сам у проблему зависности од психоактивних супстанци			1	2	3	4	5
11.	Крили смо од породичних пријатеља да сам у проблему зависности од психоактивних супстанци			1	2	3	4	5
12.	Крио сам од својих другова/пријатеља да сам у проблему зависности од психоактивних супстанци			1	2	3	4	5
13.	Чланови моје породице су крили од својих колега са посла да ја имам проблем са зависноћу од психоактивних супстанци			1	2	3	4	5
14.	Крио сам од својих колега са посла/факултета да имам проблем са психоактивним супстанцама			1	2	3	4	5

26. У ПОСЛЕДЊИХ МЕСЕЦ ДАНА како се Ви и чланови Ваше породице борите са проблемима?

	1 ИЗРАЗИТО НЕТАЧНО	2 УГЛАВНОМ НЕТАЧНО	3 ТАЧНО И НЕТАЧНО	4 УГЛАВНОМ ТАЧНО	5 ИЗРАЗИТО ТАЧНО				
1.	Делимо тешкоће са рођацима				1	2	3	4	5
2.	Тражимо смо савет од рођака				1	2	3	4	5
3.	Све радимо сложено са рођацима				1	2	3	4	5
4.	Тражимо охрабрење и подршку од пријатеља				1	2	3	4	5
5.	Тражимо информације и савете од људи који су имају проблеме сличне нашим				1	2	3	4	5
6.	Делимо бриге са блиским пријатељима				1	2	3	4	5
7.	Делимо проблеме са суседима				1	2	3	4	5
8.	Питамо рођаке шта мисле о нашим проблемима				1	2	3	4	5
9.	Кријемо од рођака да сам у проблему зависности од психоактивних супстанци				1	2	3	4	5
10.	Кријемо од суседа да сам у проблему зависности од психоактивних супстанци				1	2	3	4	5
11.	Кријемо од породичних пријатеља да сам у проблему зависности од психоактивних супстанци				1	2	3	4	5
12.	Кријем од својих другова/пријатеља да сам у проблему зависности од психоактивних супстанци				1	2	3	4	5
13.	Чланови моје породице крију од својих колега са посла да ја имам проблем са зависноћу од психоактивних супстанци				1	2	3	4	5
14.	Кријем од својих колега са посла/факултета да имам проблем са психоактивним супстанцама				1	2	3	4	5

СКАЛА ПОРОДИЧНЕ ПОДРШКЕ

Упутство за давање одговора: Скала процењује како Ви и Ваша породица располажете потребном подршком од стране других особа и служби. За сваку тврдњу заокружите одговор који најбоље описује у којој мери вам одређене особине или службе пружају подршку. За одговоре користите следећу скалу:

НП - Није применљиво; 1 - Ни мало помоћи; 2 - Ретко помажу; 3 - Углавном помажу;
4 - Много помажу; 5. Изузетно много помажу.

27. ПРЕ ДОЛАСКА НА РЕХАБИЛИТАЦИЈУ колико сте користили социјалне, здравствене и друге ресурсе да задовољите личне потребе?

	Пристапачност подршке	НП	Ни мало	Ретко	Углавном	Много	Изузетно много
1.	Моји родитељи	НП	1	2	3	4	5
2.	Родитељи партнера	НП	1	2	3	4	5
3.	Моја родбина	НП	1	2	3	4	5
4.	Партнерова родбина	НП	1	2	3	4	5
5.	Супруга/партнерка	НП	1	2	3	4	5
6.	Моји пријатељи	НП	1	2	3	4	5
7.	Пријатељи партнера	НП	1	2	3	4	5
8.	Моја деца	НП	1	2	3	4	5
9.	Други родитељи	НП	1	2	3	4	5
10.	Колеге	НП	1	2	3	4	5
11.	Група родитеља	НП	1	2	3	4	5
12.	Клуб/социјална група	НП	1	2	3	4	5
13.	Чланови цркве, свештеник	НП	1	2	3	4	5
14.	Породични/дечји лекар	НП	1	2	3	4	5
15.	Патронажна педијатријска служба	НП	1	2	3	4	5
16.	Школски дневни боравак	НП	1	2	3	4	5

17.	Професионални помагачи - социјални радник, терапеут	НП	1	2	3	4	5
18.	Професионалне службе - здравствене, социјалне, ментално здравље	НП	1	2	3	4	5

28. У ПОСЛЕДЊИХ МЕСЕЦ ДАНА колико сте користили социјалне, здравствене и друге ресурсе да задовољите личне потребе?

	Пристапачност подршке	НП	Ни мало	Ретко	Углавном	Много	Изузетно много
1.	Моји родитељи	НП	1	2	3	4	5
2.	Родитељи партнера	НП	1	2	3	4	5
3.	Моја родбина	НП	1	2	3	4	5
4.	Партнерова родбина	НП	1	2	3	4	5
5.	Супруга/партнерка	НП	1	2	3	4	5
6.	Моји пријатељи	НП	1	2	3	4	5
7.	Пријатељи партнера	НП	1	2	3	4	5
8.	Моја деца	НП	1	2	3	4	5
9.	Други родитељи	НП	1	2	3	4	5
10.	Колеге	НП	1	2	3	4	5
11.	Група родитеља	НП	1	2	3	4	5
12.	Клуб/социјална група	НП	1	2	3	4	5
13.	Чланови цркве, свештеник	НП	1	2	3	4	5
14.	Породични/дечји лекар	НП	1	2	3	4	5
15.	Патронажна педијатријска служба	НП	1	2	3	4	5
16.	Школски дневни боравак	НП	1	2	3	4	5
17.	Професионални помагачи -	НП	1	2	3	4	5

	социјални радник, терапеут						
18.	Професионалне службе - здравствене, социјалне, ментално здравље	НП	1	2	3	4	5

ХВАЛА ШТО СТЕ ИЗДВОЈИЛИ ВАШЕ ВРЕМЕ ДА ПОПУНИТЕ ОВАЈ УПИТНИК!

Датум попуњавања упитника: ____/____/____

УР2

(Упитник намењен студентима БУ)

Поштовани студенти, желели бисмо да сазнамо са каквим проблемима се суочавате у Вашој породици и окружењу. Молимо Вас да слободно и искрено изнесете своје мишљење, и да одговорите на сва питања! Упитник који следи је анониман и део је истраживања које се изводи искључиво у научне сврхе. Ваш допринос овом истраживању је веома значајан. ХВАЛА!

Упутство за попуњавање:

- Тврдње на које се **одговара са „ДА”** или „НЕ”: заокружује се *један* одговор.
- Тврдње које имају **неколико понуђених одговора**: заокружују се сви *одговори* које процењујете као тачне. Уколико заокружите одговор „**нешто друго**”, дописију се на предвиђеној линији шта се подразумева под тим.
- Тврдње које имају предвиђену **линију за одговарање**: уписује се *одговор на линију*.

ОСНОВНИ ПОДАЦИ О ВАМА

1. Година рођења: _____

2. Наведите највише образовање које сте стекли:

- а) средња школа; б) виша школа; в) факултет и више.

3. Ваш радни статус:

- а) запослен; б) незапослен; в) пензионер; г) студент.

4. Ваш садашњи брачни статус:

- а) брак; б) ванбрачна заједница; в) разведен;
г) удовац; д) у партнерској вези; њ) без партнера.

5. Ваш родитељски статус:

- а) имате децу; б) немате децу; в) трудноћа у току.

6. Молимо Вас да размислите шта је Вама у првом плану (заокружите све тачне одговоре):

а) породица;

б) пријатељи;

в) подршка другима;

г) успех у раду и/или у школовању;

д) лично функционисање;

ђ) бављење спортом;

е) нешто друго, допишите шта: _____

ж) ништа посебно.

ВАША ИСКУСТВА СА ПСИХОАКТИВНИМ СУПСТАНЦАМА

7. Да ли Ви имате нека искуства са психоактивним супстанцама, укључујући и алкохол?

а) Да;

б) Не.

Ако је одговор *потврдан*, молимо Вас да одговорите на следећа питања:

8. Колико година сте имали када сте први пут узели неку психоактивну супстанцу?

9. Од набројаних супстанци, које сте све узимали или пробали?

а) марихуана; б) хашиш; в) сканк; г) алкохол; д) бензодиазепини (седативи);

ђ) енергетска пића; е) кокаин; ж) крек; з) амфетамини; и) хероин; ј) тродон;

к) метадон; л) екстази; љ) ЛСД; м) мескалин; н) артане; њ) ПЦП;

о) нешто друго, допишите: _____

10. Набројте психоактивне супстанце које сте најчешће узимали?

11. Када сте први пут пробали неку психоактивну супстанцу, о њој сте знали да (заокружите све тачне одговоре):

а) опушта;

б) ствара веће самопоуздање;

в) повећава расположење;

г) повећава сексуални ужитак;

д) повећава концентрацију;

ђ) нешто друго: _____ ;
_____ ;

е) ништа посебно.

12. Психоактивне супстанце сте први пут пробали из следећих разлога (заокружите све тачне одговоре):

а) из радозналости;

б) како бисте били прихваћени у друштву;

в) како бисте се доказали пред неким;

г) како бисте се ослободили напетости, фрустрација или неких других негативних емоција;

д) нешто друго: _____ ;
_____ ;

13. Да ли сте Ви зависник или мислите да имате проблем са зависношћу од неке психоактивне супстанце?

а) Да;

б) Не.

ЕКО МАПА

Упутство за давање одговора: У центру мапе је круг који представља Вас и Вашу породицу, а околу су мањи кругови који представљају различите социјалне групе или системе у којима Ви и Ваша породица задовољавате своје потребе. Када вербализујете природу односа са одређеним системом, одговарајућа линија се повлачи како би означила снажне (пуна линија), слабе (испрекидана линија) или стресне (линија испрекидана са више вертикалних линија) односе. Стрелице које иду уз поједине линије означавају смер дотока енергије и ресурса између Вас, Ваше породице и других система. Уколико породица и одређени систем уносе исту количину енергије и ресурса у међусобни однос то се обележава стрелицама које иду у оба смера. Линије се повлаче од централног круга када је одређена релација карактеристична за Вас и Вашу породицу као целину или од појединог члана када је носилац релације једна особа.

Релације:

----- - Слабе, неразвијене, закржљале или спорадичне везе, пригушене

_____ - Релативно снажне, уходане и стабилне везе

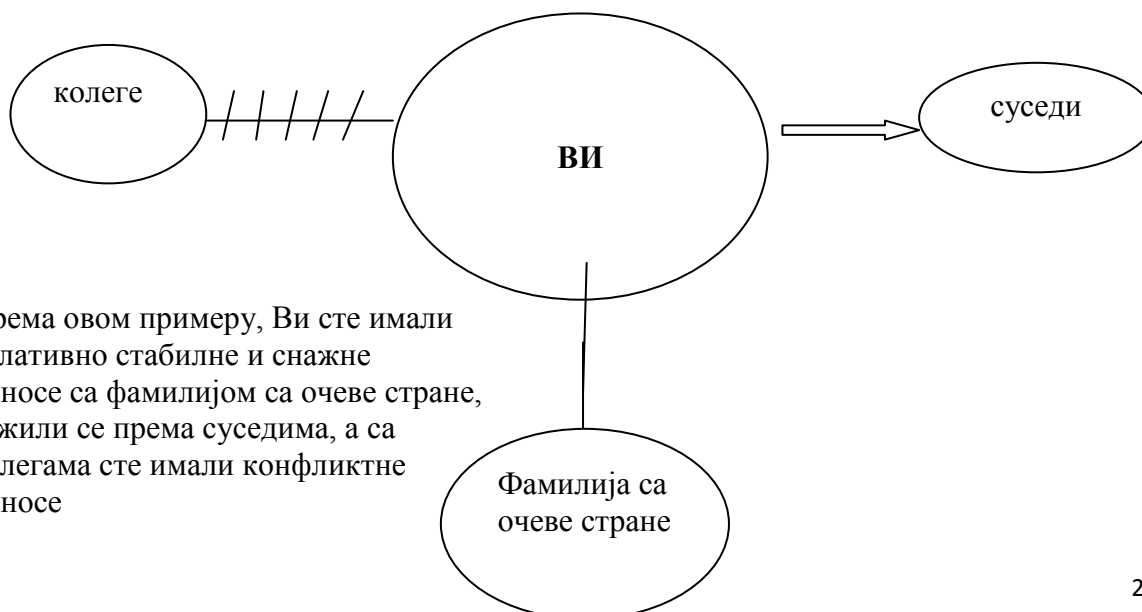
-/-/-/-/-/-/-/-/-/- - Конфликтни, стресогени, фрустративни односи

-//--//--//--//--//--//-- - Веома конфликтни, јако стресогени односи

→→→→→→→→ - Имали сте очекивања или интересовања према неким системима (рођацима, пријатељима, колегама и суседима), али они нису обраћали довољно пажњу на Вас.

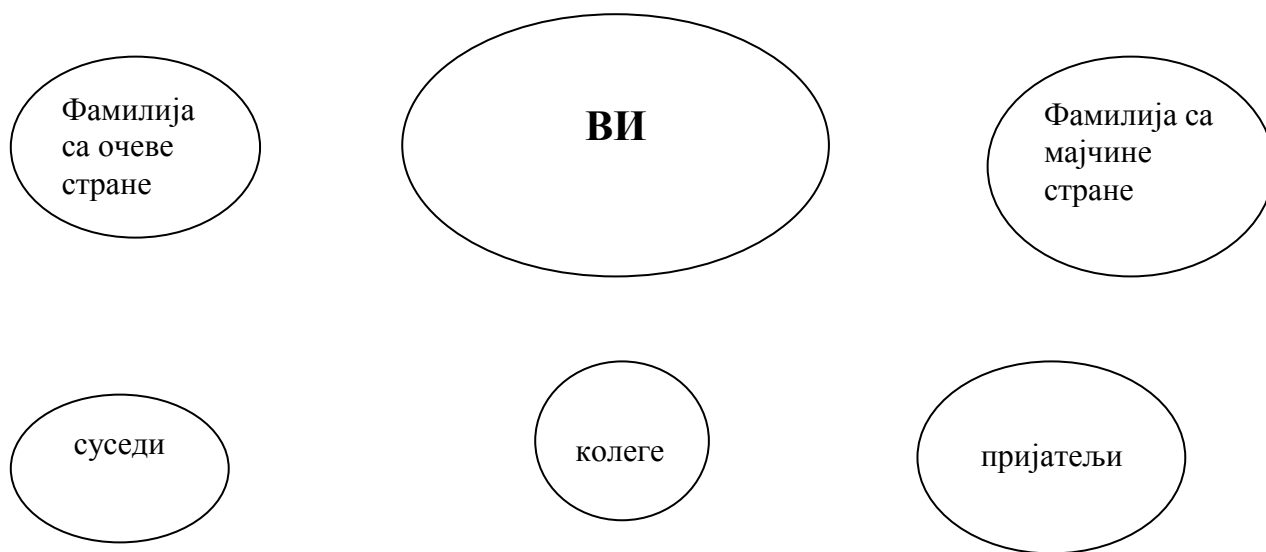
←←←←←←←← - Рођаци, пријатељи, колеге или суседи су имали очекивања или интересовања према Вама, али Ви нисте обраћали пажњу

Пример:



Према овом примеру, Ви сте имали релативно стабилне и снажне односе са фамилијом са очеве стране, тежили се према суседима, а са колегама сте имали конфликтне односе

19. Какве контакте **ВИ** имате са рођацима, пријатељима, суседима и колегама са факултета У ПОСЛЕДЊИХ МЕСЕЦ ДАНА?



20. Какве контакте има **ВАША ПОРОДИЦА** са рођацима, пријатељима, суседима и колегама на послу У ПОСЛЕДЊИХ МЕСЕЦ ДАНА?



ТАКИТ

Упутство за давање одговора: Следеће тврдње односе се на то како се Ви и Ваша породица у ситуацијама које су тешке или проблематичне можете понашати да би те ситуације превазишли. Оцените колико често се у Вашој породици јавља описано понашање тако што ће те заокружити одговарајући број од 1 до 5.

21. У ПОСЛЕДЊИХ МЕСЕЦ ДАНА, ја и други чланови моје породице у ситуацијама неслагања проблеме смо решавали на следећи начин:

	1 НИКАД	2 РЕТКО	3 ПОНЕКАД	4 ЧЕСТО	5 СТАЛНО				
1.	...мирно смо расправљали о проблему.				1	2	3	4	5
2.	...налазили доказе који ће да подрже сопствено виђење проблема.				1	2	3	4	5
3.	...обратили се некој особи од поверења да помогне да се превазиђу несугласице.				1	2	3	4	5
4.	...дурили се/одбијали да разговарамо о томе.				1	2	3	4	5
5.	...некоме би нагло постало лоше.				1	2	3	4	5
6.	... дуго ћутали и избегавали особу са којом се не слажете.				1	2	3	4	5
7.	...неко би демонстративно напустио просторију или кућу.				1	2	3	4	5
8.	... оптуживали и замерали особи која се не слаже због неких поступака.				1	2	3	4	5
9.	...нервирани се, викали и/или плакали.				1	2	3	4	5
10.	...вређали и/или псовали.				1	2	3	4	5
11.	...уцењивали ту особу са којом се не слажете.				1	2	3	4	5
12.	... намерно рекли нешто што би повредило ту особу.				1	2	3	4	5
13.	...намерно урадили нешто како би се напакостило тој особи.				1	2	3	4	5
14.	...неко од Вас је претио да ће гађати или ударити ту особу.				1	2	3	4	5
15.	...бацили, сломили, ударили или шутнули неку ствар.				1	2	3	4	5
16.	...гађали нечим ту особу.				1	2	3	4	5
17.	...гурали, шчепали или ударили ту особу.				1	2	3	4	5
18.	...ошамарили ту особу.				1	2	3	4	5
19.	...шутнули, угрили или ударили песницом ту особу.				1	2	3	4	5
20.	...покушали да ударите или ударили предметом ту особу.				1	2	3	4	5

21.	...измлатили ту особу.	1	2	3	4	5
22.	...претили ножем или пиштољем.	1	2	3	4	5
23.	...употребили нож или пиштољ.	1	2	3	4	5

МАПА СОЦИЈАЛНЕ МРЕЖЕ

Упутство за давање одговора: Молимо Вас да одредите путем заокруживања одговарајућу категорију одговора (1. готово никад; 2. ретко; 3. готово увек).

22. У ПОСЛЕДЊИХ МЕСЕЦ ДАНА, колико добијате подршку од чланова своје породице?

КАТЕГОРИЈА	СКОР/ОПИС		
Емоционална подршка	1 готово никад	2 ретко	3 готово увек
Информативна подршка	1 готово никад	2 ретко	3 готово увек
Конкретна подршка	1 готово никад	2 ретко	3 готово увек
Критицизам	1 готово никад	2 ретко	3 готово увек
Блискост	1 готово никад	2 ретко	3 готово увек
Правац пружања помоћи	1 у оба смера	2 од испитаника ка другима	3 од других ка њему

ИНДЕКС ПОДРШКЕ РОДБИНЕ И ПРИЈАТЕЉА (РФС)

Упутство за давање одговора: Одредите колико тачно доле наведени искази описују понашање у Вашој породици тако што ћете поред сваког исказа заокружити одговарајући број од 1 (за потпуно нетачно) до 5 (за потпуно тачно).

26. У ПОСЛЕДЊИХ МЕСЕЦ ДАНА како се Ви и чланови Ваше породице борите са проблемима?

1 ИЗРАЗИТО НЕТАЧНО	2 УГЛАВНОМ НЕТАЧНО	3 ТАЧНО И НЕТАЧНО	4 УГЛАВНОМ ТАЧНО	5 ИЗРАЗИТО ТАЧНО				
1.	Делимо тешкоће са рођацима			1	2	3	4	5
2.	Тражимо смо савет од рођака			1	2	3	4	5
3.	Све радимо сложено са рођацима			1	2	3	4	5
4.	Тражимо охрабрење и подршку од пријатеља			1	2	3	4	5
5.	Тражимо информације и савете од људи који су имају проблеме сличне нашим			1	2	3	4	5
6.	Делимо бриге са блиским пријатељима			1	2	3	4	5
7.	Делимо проблеме са суседима			1	2	3	4	5
8.	Питамо рођаке шта мисле о нашим проблемима			1	2	3	4	5
9.	Кријемо од рођака неке непријатне информације			1	2	3	4	5
10.	Кријемо од суседа неке непријатне информације			1	2	3	4	5
11.	Кријемо од породичних пријатеља неке непријатне информације			1	2	3	4	5
12.	Кријем од својих другова/пријатеља неке непријатне информације			1	2	3	4	5
13.	Чланови моје породице крију од својих колега са посла неке непријатне информације			1	2	3	4	5
14.	Кријем од својих колега са посла/факултета неке непријатне информације			1	2	3	4	5

СКАЛА ПОРОДИЧНЕ ПОДРШКЕ

Упутство за давање одговора: Скала процењује како Ви и Ваша породица располажете потребном подршком од стране других особа и служби. За сваку тврдњу заокружите одговор који најбоље описује у којој мери вам одређене особине или службе пружају подршку. За одговоре користите следећу скалу:

НП - Није применљиво; 1 - Ни мало помоћи; 2 - Ретко помажу; 3 - Углавном помажу;
4 - Много помажу; 5. Изузетно много помажу.

28. У ПОСЛЕДЊИХ МЕСЕЦ ДАНА колико сте користили социјалне, здравствене и друге ресурсе да задовољите личне потребе?

	Пристапачност подршке	НП	Ни мало	Ретко	Углавном	Много	Изузетно много
1.	Моји родитељи	НП	1	2	3	4	5
2.	Родитељи партнера	НП	1	2	3	4	5
3.	Моја родбина	НП	1	2	3	4	5
4.	Партнерова родбина	НП	1	2	3	4	5
5.	Супруга/партнерка	НП	1	2	3	4	5
6.	Моји пријатељи	НП	1	2	3	4	5
7.	Пријатељи партнера	НП	1	2	3	4	5
8.	Моја деца	НП	1	2	3	4	5
9.	Други родитељи	НП	1	2	3	4	5
10.	Колеге	НП	1	2	3	4	5
11.	Група родитеља	НП	1	2	3	4	5
12.	Клуб/социјална група	НП	1	2	3	4	5
13.	Чланови цркве, свештеник	НП	1	2	3	4	5
14.	Породични/дечји лекар	НП	1	2	3	4	5
15.	Патронажна педијатријска служба	НП	1	2	3	4	5
16.	Школски дневни боравак	НП	1	2	3	4	5

17.	Професионални помагачи - социјални радник, терапеут	НП	1	2	3	4	5
18.	Професионалне службе - здравствене, социјалне, ментално здравље	НП	1	2	3	4	5

ХВАЛА ШТО СТЕ ИЗДВОЈИЛИ ВАШЕ ВРЕМЕ ДА ПОПУНИТЕ ОВАЈ УПИТНИК!

БИОГРАФИЈА АУТОРА

Мр Стевица Борковић рођен је дана 24.02.1978. године у Београду у којем живи и ради. Након завршетка основне и средње школе, 1998. године уписује Факултет политичких наука, смер – социјална политика и социјални рад на којем дипломира 2003. године са оценом десет на теми „Методе превенције и терапије алкохолизма”. Годину дана касније на истом факултету уписује магистратуру, смер – савремени социјални рад, а магистарску тезу под називом „Ефекти групног рада на промену животног стила код зависника од дроге” је одбранио маја 2009. године.

У периоду од 2009. до 2014. похађао је едукацију из системско-породичне терапије коју је водила др Невена Чаловска Херцог и стекао звање системско-породични психотерапеут. Има положен стручни испит за здравственог сарадника и лиценциран је социјални радник.

Један је од главних аутора сертификованог програма под називом „**Болести зависности - препознавање, реаговање и превенција** - *оно што наставници треба да знају*”. Програм је одобрен од Завода за унапређивање образовања и васпитања. 2013 године објавио је рад у часопису Социјална политика и социјални рад, наслов „**Групни рад и лечење зависника од дроге**”.

Након завршетка основних студија радио је у Центру за социјални рад, Центру за заштиту одојчади, деце и омладине, Дому за децу и омладину ометену у развоју „Сремчица”, П.У. „Бошко Буха”, старачком дому и Казнено-поправном заводу у Београду. Најдуже је радио у Специјалној болници за болести зависности, а данас је ангажован у саветовалишту за адолесценцију и адикције.

Прилог 1.

Изјава о ауторству

Потписани-а мр Анђелица Базиновић

број уписа 854.

Изјављујем

да је докторска дисертација под насловом:

"СОЦИЈАЛНА ИЗОЛАЦИЈА И РЕИНТЕГРАЦИЈА
ПОРОДИЦЕ ОПИЈАТСКИХ ЗАВИСНИКА"

- резултат сопственог истраживачког рада,
- да предложена дисертација у целини ни у деловима није била предложена за добијање било које дипломе према студијским програмима других високошколских установа,
- да су резултати коректно наведени и
- да нисам кршио/ла ауторска права и користио интелектуалну својину других лица.

Потпис докторанда

У Београду, _____

мр Анђелица Базиновић

Прилог 2.

Изјава о истоветности штампане и електронске верзије докторског рада

Име и презиме аутора СТЕВИЦА БОЖКОВИЋ

Број уписа 854

Студијски програм _____

Наслов рада „СОЦИЈАЛНА ИЗОЛАЦИЈА И РЕИНТЕГРАЦИЈА

ПОРОДИЦЕ ОПЦИЈАТСКИХ ЗАВИСНИКА“

Ментор ПРОФ. ДР ТАМАРА ЧАНОЊА ИГЊАТОВИЋ

Потписани МР СТЕВИЦА БОЖКОВИЋ

изјављујем да је штампана верзија мог докторског рада истоветна електронској верзији коју сам предао/ла за објављивање на порталу **Дигиталног репозиторијума Универзитета у Београду**.

Дозвољавам да се објаве моји лични подаци везани за добијање академског звања доктора наука, као што су име и презиме, година и место рођења и датум одбране рада.

Ови лични подаци могу се објавити на мрежним страницама дигиталне библиотеке, у електронском каталогу и у публикацијама Универзитета у Београду.

Потпис докторанда

У Београду, _____

МР СТЕВИЦА БОЖКОВИЋ
=

Прилог 3.

Изјава о коришћењу

Овлашћујем Универзитетску библиотеку „Светозар Марковић“ да у Дигитални репозиторијум Универзитета у Београду унесе моју докторску дисертацију под насловом:

„СОЦИЈАЛНА ИЗОЛАЦИЈА И РЕИНТЕГРАЦИЈА ПОРОДИЦЕ
ОПЦИЈАТСКИХ ЗАВЧНИКА“

која је моје ауторско дело.

Дисертацију са свим прилозима предао/ла сам у електронском формату погодном за трајно архивирање.

Моју докторску дисертацију похрањену у Дигитални репозиторијум Универзитета у Београду могу да користе сви који поштују одредбе садржане у одабраном типу лиценце Креативне заједнице (Creative Commons) за коју сам се одлучио/ла.

1. Ауторство

2. Ауторство - некомерцијално

3. Ауторство – некомерцијално – без прераде

4. Ауторство – некомерцијално – делити под истим условима

5. Ауторство – без прераде

6. Ауторство – делити под истим условима

(Молимо да заокружите само једну од шест понуђених лиценци, кратак опис лиценци дат је на полеђини листа).

Потпис докторанда

У Београду, _____

Мр Светозар Марковић