

Psihosocijalne intervencije kod alkoholizma

Vukovojac, Monika

Undergraduate thesis / Završni rad

2019

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Law / Sveučilište u Zagrebu, Pravni fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:199:338352>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-16**



Repository / Repozitorij:

[Repository Faculty of Law University of Zagreb](#)



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
PRAVNI FAKULTET
STUDIJSKI CENTAR SOCIJALNOG RADA

Monika Vukovojac

PSIHOSOCIJALNE INTERVENCIJE KOD
ALKOHOLIZMA

ZAVRŠNI RAD

Doc. dr. sc. Ante Bagarić

Zagreb, 2019.

Sadržaj

1. Uvod	1
2. Alkoholizam.....	4
2.1. Klasifikacija alkoholizma.....	6
2.2 Etiologija alkoholizma	7
2.3 Tjelesne i socijalne posljedice pijenja	9
2.4 Psihička i fizička ovisnost.....	10
2.5 Alkoholni apstinencijski sindrom	11
2.6 Liječenje alkoholizma	12
3. Psihosocijalne intervencije i psihosocijalni tretman	13
3.1 Vrste psihosocijalnih intervencija	15
3.2 Psihosocijalne intervencije u sustavu socijalne skrbi	17
3.3 Grupni rad s nedobrovoljnim korisnicima.....	20
3.5 Suočavanje korisnika s otporom	22
4. Klubovi liječenih alkoholičara.....	23
4.1. Suradnički odnos između pomagača i članova	24
4.2 Uloga socijalnih radnika u psihijatriji i u klubovima liječenih alkoholičara.....	26
5. Zaključak.....	28
6. Literatura.....	29

Psihosocijalne intervencije kod alkoholizma

Sažetak:

Ovaj rad predstaviti će alkoholizam općenito i psihosocijalne intervencije kod alkoholizma. U prvom dijelu rada definirat će se alkoholizam kao kronična bolest, klasifikacija alkoholizma, etiologija alkoholizma, tjelesne i socijalne posljedice pijenja, psihička i fizička ovisnost, alkoholni apstinencijski sindrom te liječenje alkoholizma. U drugom dijelu rada definirat će se psihosocijalne intervencije i psihosocijalni tretman, predstaviti će se vrste psihosocijalnih intervencija, koje su psihosocijalne intervencije u socijalnoj skrbi, grupni rad s nedobrovoljnim korisnicima, suočavanje korisnika s otporom te će se predstaviti rad klubovi liječenih alkoholičara.

Ključne riječi: alkoholizam, psihosocijalne intervencije, klub liječenih alkoholičara

Psychosocial interventions in alcoholism

Abstract:

This paper will present alcoholism in general and psychosocial interventions in alcoholism. In the first part of the paper, alcoholism will be defined as chronic illness, classification of alcoholism, etiology of alcoholism, physical and social consequences of drinking, psychological and physical dependence, alcohol abstinence syndrome and treatment of alcoholism. In the second part of the paper, psychosocial interventions and psychosocial treatment will be defined, types of psychosocial interventions will be presented, psychosocial interventions in social care, group work with involuntary beneficiaries, coping with users with resistance and the work of alcoholic treatment teams.

Key words: alcoholism, psychosocial interventions, club of treated alcoholics

Izjava o autorstvu rada

Ovime potvrđujem da sam osobno napisao/la rad:

Psihosocijalne intervencije kod alkoholizma

i da sam njegova autorica.

Svi dijelovi rada, nalazi ili ideje koje su u radu citirane ili se temelje na drugim izvorima (bilo da su u pitanju mrežni izvori, udžbenici, knjige, znanstveni, stručni ili popularni članci) u radu su jasno označeni kao takvi te adekvatno navedeni u popisu literature.

Ime i prezime: Monika Vukovojac

Datum: 4. srpnja 2019.

1. Uvod

Ovisnost o alkoholu postaje sve veći medicinski i javnozdravstveni problem kod odraslih i kod mladih osoba, a teškoće uzrokovane alkoholom nastaju znatno prije razvoja kliničke slike. Efikasno rješavanje problema vezanih uz ovisnost o alkoholu uključuje ranu detekciju problema povezanih s alkoholom i stoga je potrebno usmjeriti zdravstvenu zaštitu na primarnu prevenciju i rane intervencije (Žuškin i sur., 2006.).

Prema definiciji svjetske zdravstvene organizacije alkoholičar je osoba koja je prekomjerno uzimala alkoholna pića te u koje se razvila psihička ili fizička ovisnost o alkoholu i koja pokazuje duševni poremećaj ili takve poremećaje ponašanja koji ukazuju na oštećenja fizičkog i psihičkog zdravlja, odnosa s drugima i gospodarskog stanja (WHO, 1951.). Također alkoholizam se može definirati i kao skupina ponašajnih, kognitivnih i fizioloških simptoma koja su se razvila uslijed opetovane konzumacije alkohola i tipično uključuju snažnu želju za konzumacijom alkohola, poteškoće u kontroliranju konzumacije alkohola, upornost u konzumaciji unatoč štetnim posljedicama, visoki prioritet u konzumaciji alkohola u usporedbi sa ostalim aktivnostima i obavezama, povećana tolerancija na alkohol, a ponekad i psihološko povlačenje (Global status report on alcohol and health, 2014.).

Štetno pijenje alkohola je definirano kao obrazac konzumacije alkohola koji uzrokuje oštećenje zdravlja, a oštećenje može biti fizičko (kao u slučaju ciroze jetre) ili mentalno (kao u slučaju depresivnih epizoda koje vode teškoj konzumaciji alkohola) (Global status report on alcohol and health, 2014.).

Pretpostavlja se da u svijetu ima oko 30 milijuna alkoholičara, a oko 80 milijuna osoba koje zbog alkohola imaju ozbiljne društvene poteškoće. U Hrvatskoj se preko 260000 bolničkih dana utroši na liječenje i oporavak kroničnih ovisnika o alkoholu, a to znači da se godišnje preko 6000 muškaraca i oko 1100 žena zbrinjava zbog akutnog ili kroničnog pijanstva (Breitenfeld i Wofli, 2010.). Prema Sadock i Sadock (2007.) kod 10% žena i 20% muškaraca u SAD-u postoji zlouporaba alkohola, a razvijenu ovisnost ima 3 do 5% žena i 10% muškaraca (Begić 2016.). Istodobno primarnih apstinencata (osobe koje nikada nisu okusile alkohol) ima 2 do 8% (Jukić, 2006.; prema Begić 2016.). Niža socioekonomska razina i kraće obrazovanje povezani su s većom pojavom svih ovisnosti, pa tako i alkoholne (Begić, 2016.).

Broj osoba oboljelih od ovisnosti o alkoholu u Republici Hrvatskoj premašio je broj od 300 tisuća. Starosna dobna granica ovisnosti ima znatnu tendenciju spuštanja. Istraživanja pokazuju da se prva pijanstva kod dječaka bilježe u starosnoj dobi od 12 godina, a kod djevojčica od 13. godine (Grabovac i sur., 2015.).

Provedeno je istraživanje u Općoj bolnici Bjelovar na uzorku od četrdeset ispitanika muškog spola kod kojih je verificirana bolest ovisnosti o alkoholu. Istraživanje je pokazalo da je najveći broj ispitanika (45%) prvi puta konzumirao alkohol između 15. i 20. godine života. Najveći broj ispitanika najčešće je konzumirao pivo (55%), a najviše ispitanika odgovorilo je da alkoholno piće konzumira 2 do 3 puta tjedno (32%). Znatna postotak ispitanika (52, 5%) najduže je apstiniralo od konzumiranja alkoholnih pića, i to od 1 do 5 godina. Većina ispitanika (80%) odgovorilo je da su se već liječili od ovisnosti o alkoholu. Razlozi za apstinenciju podjednako su zastupljeni (obitelj, zdravlje, sudska mjera), osim broja navedenih razloga za „posao“ kojih je bilo najmanje (7,5%) (Grabovac i sur., 2015.).

U Hrvatskoj je donesena Nacionalna strategija za sprječavanje štetne upotrebe alkohola 2011.-2016. Strategijom se željelo unaprijediti zdravstvene i socijalne ishode za pojedince, obitelji i zajednicu uz značajno smanjenje obolijevanja i smrtnost uzrokovanu štetnim uzimanjem alkohola i drugih društvenih posljedica koje iz toga proizlaze. Također željelo se promovirati i podupirati lokalne, regionalne i nacionalne aktivnosti za prevenciju i smanjenje štetnog uzimanja alkohola. Iz strategije je proizišlo pet ciljeva te ću ih u narednom tekstu navesti. Prvi cilj je podizanje opće svijesti o veličini i značajkama zdravstvenih, društvenih i ekonomskih problema koje uzrokuje štetno uzimanje alkohola. Drugi cilj je kontinuiran rad na istraživanju o veličini i odrednicama alkoholom uzrokovane štete te jačanje djelotvornih intervencija za njeno sprječavanje i smanjenje. Treći cilj je osnaživanje i unaprjeđenje resursa za sprječavanje štetnog uzimanja alkohola te liječenje bolesti i poremećaja povezanih sa pijenjem alkohola. Četvrti cilj je osnaživanje partnerstva i koordinacije među sektorima te uključivanje svih snaga radi odgovarajućeg i usklađenog djelovanja na sprječavanju štetnog uzimanja alkohola. Peti cilj je unaprjeđenje sredstava za praćenje i nadzor te djelotvornije širenje i primjena informacija radi zagovaranja i razvoja politike i evaluacije

provedbe Strategije (Nacionalna strategija za sprječavanje štetne uporabe alkohola, 2010.).

Psihosocijalne intervencije se mogu definirati kao stručno i na praksi utemeljeni postupci usmjereni postizanju društveno prihvatljivog i prilagođenog funkcioniranja. Takve intervencije podupiru očuvanje zdravlja, a mogu se provoditi samostalno ili u kombinaciji s farmakološkim intervencijama te su individualno prilagođene vrsti i stupnju problema osobe. To su postupci, prema osobama koje zlorabe sredstva ovisnosti, koji uključuju strukturirana savjetovanja, podizanje motivacije, rad na slučaju, rad s obitelji, koordinaciju skrbi, psihoterapiju i prevenciju recidiva (Smjernice za psihosocijalni tretman ovisnosti, 2014.).

Provedeno je kvalitativno istraživanje na području Grada Zagreba, a sudionice su bile diplomirane socijalne radnice. Dobiveni rezultati prema istraživačkim pitanjima su sljedeći. Profesionalna obilježja stručnjaka specifična za rad u klubovima liječenih alkoholičara (KLA) prema mišljenju sudionica karakterizira stečen stupanj magistra socijalnog rada te specifične i kontinuirane poslijediplomske edukacije. Kao odgovor na drugo istraživačko pitanje kojim se istražuju specifičnosti savjetovanja u KLA, dobiveni rezultati definiraju savjetovanje kao proces koji može uključivati grupno, individualno ili obiteljsko savjetovanje te je u svojoj biti usmjereno pojedincu, apstinenciji kroz osobni rast i razvoj uz stalnu podršku članova KLA. Istražujući teme (područja rada) koje se obrađuju u KLA, su obiteljski i partnerski odnosi te teme vezane uz osobni rast i razvoj članova kluba, što je ujedno odgovor na treće istraživačko pitanje. Odgovor na četvrto istraživačko pitanje koje istražuje praktičnu učinkovitost savjetovanja kao metode pomoći u radu KLA, dobiveno je da su pozitivne promjene korisnika i unaprjeđenje odnosa korisnika sa okolinom (Brlek i sur., 2014).

Motivacijski intervju je jedan od oblika psihosocijalnih intervencija. Studija učinkovitosti jačanja motivacije prema Graya, McCanbridgea i Strangea (2005.) istraživala je učinak jedne seanse motivacijskog intervju provedene kod mladih s uporabom alkohola, nikotina i kanabisa, te se pokazalo da nakon tri mjeseca praćenja oni kod kojih je primijenjen motivacijski intervju piju znatno manje od onih kod kojih nije. Motivacijskim intervjuom poboljšava se retencija u tretmanu (Smjernice za psihosocijalni tretman ovisnosti, 2014.).

S obzirom na navedenu literaturu može se zaključiti kako je alkoholizam sve veći zdravstveni i javni problem. U skladu sa time u Hrvatskoj je donesena Nacionalna strategija za sprječavanje štetnog pijenja alkohola te se provode i brojna istraživanja o učinkovitosti psihosocijalnih intervencija.

Cilj ovog rada je predstaviti psihosocijalne intervencije u tretmanu alkoholizma.

2. Alkoholizam

Kemijski sastav alkohola ili etanola prema definiciji je jednostavni organski spoj, ugljika, vodika i kisika C_2H_5OH . Izgledom je bistra i bezbojna tekućina, koja u prirodi nastaje alkoholnim vrenjem uz pomoć gljivica iz ugljikohidrata, nekih vrsta voća, žitarica, hmelja i drugih biljaka. U prirodi se rijetko nalazi i to samo u obliku prevrelog voća, koje stvara alkohol slabe koncentracije. Jako rijetko taj oblik alkohola može uzrokovati opijenost ljudi. U društvu je alkohol oduvijek bio dobro prihvaćen, a njegova upotreba prilično raširena. Konzumiranje alkohola dio je kulture mnogih naroda već tisućama godina te je dio općeprihvaćenog društvenog ponašanja. Umjereno pijenje u europskoj kulturi smatra se društveno i civilizacijski prihvatljivim, ali akutno opijanje i kronični alkoholizam predstavljaju društveni i medicinski problem (Breitenfeld i Wofli, 2010.).

Razlikuju se dva oblika poremećaja vezanih za psihoaktivne tvari, a to su zlouporaba (abuzus) i ovisnost. O zlouporabi se govori kada osoba uzima neku supstancu, ali nema znakova psihičke ni tjelesne ovisnosti, niti postoji kršenje društvenih normi. Zlouporaba psihoaktivnih tvari može se definirati samo u sklopu društvenog neodobravanja i uključuje različite načine ponašanja, a to su: eksperimentalno i rekreativno uzimanje psihoaktivnih tvari, uzimanje psihoaktivnih tvari radi olakšavanja problema ili simptoma te prvobitno uzimanje droga zbog navedenih razloga može dovesti do razvoja ovisnosti kada se droga uzima barem djelomično radi toga da se izbjegnu tegobe sustezanja (Moro i sur., 2011.).

Kao što je već rečeno alkoholizam je jedna od najraširenijih kroničnih bolesti ovisnosti te predstavlja jedan od najozbiljnijih socijalnih i medicinskih problema današnjice. Prema modificiranoj definiciji Svjetske zdravstvene organizacije alkoholičar je osoba koja je uslijed dugotrajnog pijenja postala ovisna o alkoholu

(psihički, fizički ili oboje) i u nje su se toga razvila zdravstvena (psihička ili fizička) oštećenja i socijalne poteškoće koje se mogu dijagnosticirati klasičnim medicinskim ili socijalnim postupcima (Rapić i Vrcić Keglević, 2014.).

Slijedi definiranje alkoholizma kroz najčešće dijagnostičke sustave korištene u medicini, a to su Međunarodna klasifikacija bolesti MKB-10 i Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5.

Prema MKB-10 elementi alkoholizma su: 1. Izrazita želja za pijenjem, 2. Pojava apstinencijskog sindroma, 3. Dokaz tolerancije-povećavanje količine alkohola da bi se postigli isti učinci kao prije, 4. Progresivno zanemarivanje ostalih interesa, 5. Kontinuirana konzumacija alkohola unatoč jasnim dokazima o štetnim posljedicama- oštećenje jetre, depresija. Dijagnoza alkoholizma može se postaviti jedino uz 3 ili više navedenih elemenata unutar godinu dana. Također nužno je za naglasiti da MKB-10 osim sindroma ovisnosti o alkoholu postoji još i dijagnoza štetne uporabe alkohola koja se definira tjelesnim (ciroza jetre) ili mentalnim oštećenjima (depresija) (Sokolar, 2016.).

DSM-5 definira alkoholizam kao poremećaj korištenja supstanci opisuje problematičan uzorak korištenja alkohola ili druge supstance što rezultira u smetnjama normalnog funkcioniranja u svakodnevnom životu ili u značajnom stresu. Prema DSM-5 kriteriji su sljedeći: 1. Konzumiranje više alkohola ili druge supstance nego što je planirano u početku, 2. Briga oko prestanka ili konzistentno neuspjeli pokušaji kontroliranja korištenja, 3. Korištenje mnogo vremena u trošenju supstanci/ alkohola ili činjenje što god je potrebno da ih se pribavi, 4. Korištenje supstanci rezultira u neuspjehu izvršavanja svakodnevnih dužnosti kod kuće, na poslu ili u školi, 5. Osjećanje žudnje za supstancom (alkohol ili neka druga supstanca), 6. Nastavljanje korištenja supstance unatoč zdravstvenih problema uzrokovanih ili pogoršanih njome -ovo može biti i u domeni mentalnog zdravlja, 7. Nastavljanje trošenja supstance unatoč negativnim posljedicama u odnosu s drugim ljudima, 8. Ponavljano korištenje supstance u opasnim situacijama, 9. Odustajanje od ili smanjivanje aktivnosti u svakodnevnom životu zbog korištenja supstance/ alkohola, 10. Izgrađivanje tolerancije na supstancu. Potreba znatno veće količine tvari za željeni učinak ili zapažanje blažeg učinka pri opetovanom korištenju iste količine, te 11. Osjećanje simptoma povlačenja nakon prestanka korištenja. Simptomi tipično

uključuju anksioznost, razdražljivost, umor, mučninu/ povraćanje, tremor ili delirij. Iz postavljenih kriterija sličnosti između MKB-10 i DSM-5 su očite, ali postoje i razlike. DSM-5 ne pravi razliku između dijagnoze sindroma ovisnosti i dijagnoze štetnog pijenja. Također DSM-5 svrstava zlorabu alkohola sa ostalim supstancama. Također DSM-5 navodi da je nužno za osobu koja je klasificirana ako alkoholičar da pokazuje navedene kriterije unutar 12 mjeseci i 2 od 11 navedenih kriterija (Sokolar, 2016.).

2.1. Klasifikacija alkoholizma

Ima više načina kako se sindrom ovisnosti o alkoholu i njegovi stupnjevi mogu razvrstati po svojim simptomima, no istovremeno nije dobro odabrati poduzroke i dodijeliti im status određene vrste alkoholizma. U nastavku slijedi Jellinekova tipologija alkoholizma koja je zbog svoje jednostavnosti veoma poznata. Jellinek je napravio podjelu s obzirom na gubitak kontrole impulsa i nemogućnost apstinencije uz manifestaciju apstinencijskog sindroma te ih je označio početnim slovima grčkog alfabeta: 1. Alfa alkoholizam-uključuje prekomjerno pijenje isključivo zbog psiholoških razloga i bez dokazane fizičke ovisnosti (stanične adaptacije), 2. Beta alkoholizam-uključuje prekomjerno pijenje koje uzrokuje oštećenje stanica, ali ne postoji ovisnost o alkoholu, 3. Gama alkoholizam-uključuje prekomjerno pijenje uz dokazanu toleranciju i apstinencijski sindrom, ekscesivno i promjenjivo pijenje i znatan gubitak kontrole (psihička i fizička ovisnost). Takav oblik alkoholizma u Hrvatskoj je karakterističan u kopnenim predjelima, odnosno na zagrebačko krapinskom području, 4. Delta alkoholizam- uključuje prekomjerno pijenje pri kojem je dokazana tolerancija i apstinencijski sindrom, ali s puno stabilnijom razinom pijenja alkohola. Takva osoba pokazuje nesposobnost apstinencije, a ne pokazuje gubitak kontrole. Takav oblik alkoholizma u Hrvatskoj je karakterističan za dalmatinsko-dubrovačko područje, 5. Epsilon alkoholizam-uključuje napadaj pijenje ili pijenje koje se može nazvati dipsomanijom. Hudolin je dodao i novu vrstu alkoholizma, odnosno Zeta alkoholizam za koji je karakteristično da osobe i nakon manjih količina alkohola pokazuju teške promjene ponašanja uz agresivnost (Thaller i sur., 2002.).

Nova klasifikacija dijeli ovisnike o alkoholu na tip A i tip B. Ovisnici tipa A su primarni tip alkoholičara te ih karakterizira kasni početak, mali broj rizičnih čimbenika, relativno blaga ovisnost, mali broj problema povezanih s alkoholom i minimalna psihopatologija. Ovisnici o alkoholu tipa B su simptomatski tip alkoholičara, postoji veliki broj rizičnih čimbenika iz djetinjstva, veliki broj problema povezanih s alkoholom, obilna psihopatologija (u opitim stanjima socijalno devijantno i psihijatrijski upadljivo vladanje, u trijeznim stanjima funkcioniranje je nezadovoljavajuće u socijalnom i psihološkom smislu te riječi), obiteljska anamneza uzimanja alkohola, učestalo uzimanje više sredstava, duga povijest liječenja alkoholizma, niz teških životnih stresova (Filaković i sur., 2014.).

2.2 Etiologija alkoholizma

Kao i kod drugih psihijatrijskih poremećaja i bolesti postoji više teorija o uzrocima zlouporabe ili ovisnosti o alkoholu (Filaković i sur., 2014; prema Tot, 2017.).

Dostupnost alkoholnih pića, ekonomski i ostali čimbenici nisu jedini razlozi koji za pijeње alkohola u nekoj sredini. Prihvatljivost pijeња alkohola kao uobičajen i normalan oblik ponašanja igra važnu ulogu, ovisno o nizu socijalnih i kulturnih vrijednosti (nacionalne, religijske racionalne, stručne i obiteljske značajke). Kultura i običaji mogu utjecati na sliku intoksikacije alkoholom tako da klinička slika ne ovisi samo o biološkom djelovanju alkohola kao psihoaktivne tvari već i o socijalnim i kulturološkim očekivanjima osobe i okoline što može rezultirati asocijalnim i antisocijalnim ponašanjem. Na primjer neka društva i kulture potiču popunu apstinenciju kao što je to islamska kultura, dok na drugoj strani postoje kulture s visokom tolerancijom prema pijeњу alkoholnih pića gdje se nerijetko potiče pijeње alkohola kao općeg društvenog stava (na primjer mediteranske zemlje i Irska). Različite industrije i zanimanja pokazuju i druge mogućnosti pijeња alkoholnih pića, pa će tako dugo i neredovito radno vrijeme, pomanjkanje supervizije, učestalo izbijanje od kuće, socijalni i pojedinačni pritisak, visoki stres i rizičnost na radnom mjestu biti važni čimbenici u pojavi prekomjernog pijeња i s tim u vezi alkoholom izazvanih poremećaja. Nadalje obiteljski običaji mogu imati bitan utjecaj na pijeње alkoholnih pića. Uz biološke čimbenike, oni pridonose da djeca, učenjem od roditelja, steknu takvu vrstu ponašanja identificirajući se sa roditeljima, njihovim

očekivanjima stavovima. Ipak neće sva djeca roditelja koji prekomjerno piju i sama nastaviti sa takvim ponašanjem. U obiteljima u kojima unatoč alkoholnom ponašanju roditelja ipak nije došlo do prekida interpersonalnih postoji manja mogućnost pojave alkoholizma u sljedećoj generaciji (Thaller i sur., 2002.).

Neki životni događaji i stresne svakodnevne situacije i sukobi mogu povećati sklonost pijenju alkohola. Navedeno se može objasniti anksiolitičkim djelovanjem alkohola i nekoj vrsti obrane od stresa (hipoteza „tenzijske“ redukcije). Dokazano je da niz nepovoljnih životnih situacija može prethoditi zlouporabi alkohola, koja opet dovodi do novog stresa izazvanog nizom problema (razvod braka, nezaposlenost, zdravstvene poteškoće). Također dokazano je da alkohol u daljnjem tijeku ne smanjuje anksioznost nego je egzacerbira. Dakle odnos između stresa i prekomjernog pijenja je složen i određen višestrukim uzročno posljedičnim čimbenicima (Thaller i sur., 2002.).

Od bioloških teorija nastanka alkoholizma najznačajnije genetske teorije. Udio nasljeđa na pojavu alkoholizma procjenjuje se s 50%, dok drugih 50% čine okolinski utjecaji (McGue, 1999., prema Begić 2016.). Rizik za pojavu alkoholizma je 2,5 puta veći u djece čiji su roditelji bili alkoholičari, nego u djece čiji roditelji nisu bili alkoholičari (Cloninger, Bohman i Sigvardsson, 1981., prema Begić, 2016.). Konkordantnost za pojavu alkoholizma u jednojajčanih blizanaca je oko 48%, nasuprot 33% u dvojajčanih blizanaca (Kendler i sur., 1997., prema Begić 2016.). Proučavajući jednojajčane i dvojajčane blizance i djecu odraslu u obiteljima nebioloških roditelja, moglo se odijeliti utjecaj genetskog i socijalnog činitelja, te se izveo zaključak o postojanju genetičke komponente pijenja uz neosporno važan utjecaj okoline (Thaller i sur., 2002.). Pojedini organi (jetra ili mozak) su posebno osjetljivi naročito na osnovi genetskih varijacija na štetno djelovanje alkohola. Ovu hipotezu potkrepljuju istraživanja na blizancima koja su pokazala genetički utjecaj na pojavnost alkoholnog oštećenja jetre i alkoholne psihoze. Isto tako mogu postojati neke biološke crte koje nasljedno predisponiraju razvoj ovisnosti o alkoholu. Tako se navodi uloga i aktivnost kalcijevih kanala u stanici, koja je genetski uvjetovana, te opseg aktivnosti varira individualno i determinira razlike u odgovoru na prekomjerno pijenje. Dakle ponašanje vezano uz pijenje alkohola može se shvatiti kao produkt interakcije između različitih genetičkih i socijalnih čimbenika odnosno utjecaja koje

pridonosi pojavnosti prekomjernog pijenja alkohola i alkoholom izazvanih poremećaja (Thaller i sur., 2002.).

Postoji više psiholoških teorija koje objašnjavaju uzroke pijenja i s tim u vezi poremećaja ponašanja, a neke od njih su: psihodinamska teorija koja objašnjava pijenje kao rezultat ranog iskustva i odnosa temeljenih na intenzivnim emocionalnim vezama, zatim bihevioralna teorija koja takvo ponašanje objašnjava učenjem te teorija o posebno vulnerabilnim osobama koje uzimaju alkohol zbog stresa, anksioznosti, depresije ili nekih drugih poteškoća (Thaller i sur., 2002.). Nadalje psihološka tumačenja polaze od poremećaja i događaja u djetinjstvu kao značajnih prediktivnih čimbenika za nastanak alkoholizma. Od psihičkih poremećaja dječje dobi kao što su ADHD ili poremećaji ponašanja povezuju se sa kasnijim alkoholizmom. Također stresni događaji u dječjoj i odrasloj dobi mogu pridonijeti pojavi alkoholizma. Psihoanalitičke teorije objašnjavaju alkoholizam i druge ovisnosti posljedicom fiksacije na oralnu fazu razvitka. Bihevioralne teorije tumače da konzumiranje alkohola donosi pozitivna iskustva (na primjer hrabrost i smanjena anksioznost) pa se zbog pozitivnog potkrepljenja ponovno konzumira alkohol. Također postoji i pretpostavke da su zanemarivanje, fizičko i seksualno zlostavljanje te različiti traumatski događaji u dječjoj dobi su povezani s alkoholizmom u odrasloj dobi (Begić, 2016.).

Uz navedene teorije o etiologiji pijenja poznat je podatak da različiti psihijatrijski poremećaji mogu biti uzrok prekomjernom pijenju alkohola, katkada mogu biti posljedice, a nerijetko je teško donijeti prosudbu o tome koji je poremećaj nastupio prvi (Thaller i sur., 2002.).

2.3 Tjelesne i socijalne posljedice pijenja

Kada se raspravlja o alkoholizmu potrebno je usmjeriti se na dva zasebna područja a to su tjelesne posljedice pijenja i socijalne posljedice pijenja.

Tjelesne posljedice pijenja donose se na konzumaciju velikih količina etilnog alkohola kojeg obično prati naglašena klinička toksičnost i oštećenje tkiva, rizik od fizičke ovisnosti i opasni apstinencijski sindrom.

Socijalne posljedice pijenja odnose se na socijalno oštećenje koje se viđa u životima ovisnika i njihovih obitelji. Alkoholičara se prepoznaje po teškoj ovisnosti i

kumulativnom uzroku ponašanja vezanog uz pijenje. Učestale su intoksikacije očigledne i destruktivne: ometaju radne i društvene osobine alkoholičara, problemi u braku, sve do razvoda, izostanci sa posla koji se više ne mogu opravdavati, gubitak radnog mjesta, tjelesne ozlijede, privođenje zbog vožnje u alkoholiziranom stanju, uhićenja zbog pijanstava, česte hospitalizacije zbog delirium tremensa (Moro i sur., 2011.).

2.4 Psihička i fizička ovisnost

Dvije odredbe određuju ovisničku narav alkoholičara, a to su gubitak kontrole nad količinom popijenog alkohola i gubitak mogućnosti apstinencije na svakodnevnoj osnovi, odnosno psihička i fizička ovisnost (Torre, 2006.). Psihološka ovisnost prethodi fizičkoj ovisnosti. Ponekada je potrebno mnogo vremena da se nemogućnost kontrole nad količinom popijenog alkohola (psihološka ovisnost) nadogradi i komponentom fizičke ovisnosti (Torre, 2006.).

Za psihičku ovisnost je karakteristično da je alkoholičar izgubio mogućnost kontrole nad količinom popijenog alkohola, ali može apstinirati (Torre, 2006.). Dakle takav alkoholičar nije prisiljen piti svakodnevno i u svom alkoholičarskom životopisu ima čitava razdoblja apstiniranja, ali kada počne piti ne može prestati sve dok se ne napije. Takva vrsta alkoholizma u kojem se izmjenjuju razdoblja apstinencije s razdobljima ekscesivnog pijenja naziva se fazni ili periodični alkoholizam (Torre, 2006.).

Za fizičku ovisnost karakteristična je nemogućnost apstinencije od alkohola, odnosno prisila da se baždarena doza uzima svaki dan. Dakle takvu ovisnost odlikuje prava metabolička glad za alkoholom, koja ako ostane neutaženom, uzrokuje tjelesne znakove alkoholnog apstinencijskog sindroma (Torre, 2006.). Alkoholičari koji ne mogu kontrolirati količinu popijenog alkohola niti mogu apstinirati od njega razvili su psihičku i fizičku ovisnost o alkoholu te kada prestanu piti kod njih se razvijaju simptomi alkoholnog apstinencijskog sindroma. Takav oblik alkoholizma kojeg karakterizira potreba organizma za alkoholom i razvitak alkoholnog apstinencijskog sindroma naziva se narkomanski alkoholizam te zahtijeva bolničko liječenje radi detoksikacije i uspostave apstinencije (Torre, 2006.).

2.5 Alkoholni apstinencijski sindrom

Manji broj osoba koje prekomjerno piju razvijaju i fizičku komponentu alkoholne ovisnosti, odnosno prateći alkoholni apstinencijski sindrom po prestanku pijenja. Alkoholikari s razvijenom komponentom ovisnosti moraju svakodnevni, kroz cijeli dan kontinuiranim pijenjem održavati razinu alkohola u krvi bez koje bi u protivnom nastupio alkoholni apstinencijski sindrom. Kako bolest napreduje, napreduje i učestalost pijenja i količina popijenog, povećava se broj i intenzitet posljedičnih simptoma alkoholnog apstinencijskog sindroma, sve do razine da se on ne javlja samo ujutro nakon buđenja, nego svakog puta kada osobi padne razina alkohola u krvi (Torre, 2006.).

Raspon apstinencijskog sindroma je širok i obuhvaća tremor, mučninu, znojenje, osjetljivost na zvukove (*hyperacusis*), zvonjavu u ušima (*tinnitus*), svrbež, mišićne grčeve, poremećaj raspoloženja, poremećaj spavanja, halucinacije, *grand mal* epileptične napadaje i potpuno razvijenu sliku delirijum tremensa. Postoje četiri ključna simptoma apstinencijskog sindroma, a to su: tremor, mučnina, znojenje i poremećaj raspoloženja. Simptom tremora jasno pokazuje koliko je važnije iskustvo u kliničkom promatranju nego jasni zapisi o tome je li pacijent imao ili nije imao tremor ruku nakon prestanka pijenja alkohola. Pacijent može imati tremor jedan ili dva puta, povremeno i blago ili svako jutro u stupnju koji je nelagodan ili s promjenjivim intenzitetom i frekvencijom. Uz tremor ruku može se pojaviti i tremor lica ili cijelog tijela. Simptom mučnine na upit pacijent može poricati povraćanje iako ujutro prilikom pokušaja pranja zubi može povraćati ili izbjegavati doručak. Također često se prvo piće u danu povraća. Simptom znojenja može biti dramatično, pacijenti se mogu u ranim jutarnjim satima buditi mokri od znoja. U ranijim stadijima ovisnosti češće se bude uz osjećaj vlažnosti, ljepljivosti i hladnoće. Simptomi promjene raspoloženja u ranim stadijima bolesti pacijent može opisivati svoje stanje kao napetost, ali kako se ovisnost postupno razvija mogu upotrijebiti jasan opis kako bi označili stanje snažne agitacije i depresije. Tjeskoba je često karakterizirana zastrašujućim reakcijama na buku ili u prometu, strahom od ljudi koji

im iznenada prilaze s leđa. Apstinencijski simptomi mogu pogoršati osnovni anksiozni poremećaj (Thaller i sur., 2002.).

2.6 Liječenje alkoholizma

Cilj liječenja je uspostava i održavanje trajne apstinencije od alkohola te promjena načina života i sustava vrijednosti koji su doveli do prekomjerne konzumacije alkohola. U proces liječenja treba uključiti i obitelj alkoholičara jer je često alkoholizam obiteljski problem. Također treba obratiti pozornost i na komorbiditet bolesnika te liječiti eventualne druge poremećaje i bolesti kojima je alkoholizam posljedica ili uzrok. Nadalje osobu treba uključiti u Klub liječenih alkoholičara u kojem mogu pronaći podršku drugih apstinenata te pomoć u gradnji novog načina života. Alkoholičar se uključuje u Klub liječenih alkoholičara zajedno sa obitelji, na način da aktivno sudjeluje u radu kluba jedanput tjedno kroz 5 godina. Prije uključivanja u Klub provodi se motivacijski intervju uz kognitivno bihevioralni pristup koji se temelji na pretpostavci da je alkoholizam naučeno ponašanje. Tijekom liječenja mogući su i recidivi koji spadaju u sastavni dio bolesti o alkoholu (Filaković i sur., 2014.).

U početku liječenja treba se provesti detoksikacijski tretman, a cilj mu je uklanjanje i/ ili ublažavanje toksičnog djelovanja alkohola. Provodi se davanjem vitamina (B1, B6, B12, C) te preparatima za zaštitu jetre i i glukoze (Filaković i sur., 2014.). Detoksikacija sama po sebi ne znači učinkovit način pomaganja pacijentu kao i sva nastojanja da se ublaže simptomi apstinencije, neće biti dovoljni da se pacijentu pomogne bez cjelovite strategije očuvanja apstinencije i promjene sveukupne kvalitete života (Thaller i sur., 2002.).

Bolesnicima koji su u apstinenciji i žele ju i dalje održavati mogu se davati i lijekovi. Iako lijekovi sami po sebi ne mogu izliječiti alkoholizam već stvaraju preduvjete za život bez alkohola, ali ne mogu apstinirati umjesto alkoholičara. Lijekovi su dakle pomoćno sredstvo u procesu oporavka alkoholičara. Tri su lijeka zadobila priznato mjesto u tretmanu alkoholičara i to redom: disulfiram, naltrekson i akamprosat. Desetak minuta nakon pijenja bilo kojeg alkoholnog pića na prethodno progutan disulfiram nastupa averzivna reakcija gađenja i tjelesne mučnine koja se očituje

sljedećim znacima: pulsirajućom glavoboljom, crvenilom i zajapurenošću lica, porastom krvnog tlaka, ubrzanjem i pojačanjem srčanog ritma, otežavajućim disanjem, osjećajem gušenja i zaduhom, i općim lošim osjećajem sa mučninom i povraćanjem. Naltrekson smanjuje učestalost i intenzitet žudnje za pijenjem u alkoholičara koji apstiniraju, a u alkoholičara koji piju smanjuje količinu popijenog i učestalost pijenja te smanjuje razinu uživanja u alkoholu. Akamprosat smanjuje učestalost pijenja, čime uvećava razdoblje apstinencije i čini apstinenciju izglednijom (Torre, 2006.).

Radi dobivanja predodžbe kompleksnosti liječenja alkoholizma svi postupci i tehnike mogu se podijeliti u tri skupine: 1. farmakoterapija, 2. psihološki postupci te 3. kompleksni psiho socijalni postupak koji u sebi sadržava (individualnu i grupnu psihoterapiju, farmakoterapiju, terapijsku zajednicu, obiteljski pristup liječenju i klub liječenih alkoholičara) (Thaller i sur., 2002.).

3. Psihosocijalne intervencije i psihosocijalni tretman

Psihosocijalne intervencije i psihosocijalni tretmani obuhvaćaju širok raspon nefarmakoloških pristupa koji se najčešće koriste u liječenju alkoholizma i drugih poremećaja uzrokovanih zloupotrebom droge. Ove se intervencije najčešće usredotočuju na pojedinca (njihova uvjerenja, osjećaje i ponašanje), njihov društveni kontekst, obitelj, zajednicu i kulturne čimbenike te interakciju između te dvije domene (Haber i sur., 2009.). Glavna odlika psihosocijalnog tretmana je ta da je tretman uvijek usmjeren na unaprjeđenje interpersonalnih odnosa i životne situacije. Unatoč tome što se naglasak godinama mijenjao, psihosocijalni pristup dosljedno prepoznaje važnost unutarnjih psiholoških procesa te izvanjskih socijalnih i fizičkih uvjeta i njihovog uzajamnog utjecaja (Woods i Hollins, 2002; prema Smjernice za psihosocijalni tretman ovisnosti, 2014.). Prema Baron (2000.) termin psihosocijalno ističe dinamiku odnosa između psiholoških i socijalnih utjecaja pri čemu svaki od njih kontinuirano utječe na onaj drugi. Psihosocijalni tretman podrazumijeva istodobno zanimanje za pojedinca i za njegovo socijalno okruženje (Smjernice za psihosocijalni tretman ovisnosti, 2014.). Psihosocijalne intervencije obuhvaćaju tretman procesa i tretman sadržaja. Tretman sadržaja se odnosi na vještine, strategije i teorijsku orijentaciju tretmana, dok je tretman procesa interakcija između terapeuta

i alkoholičara koja uključuje snagu angažmana, interpersonalne interakcije i sposobnosti za rad na zajedničkim ciljevima (Haber i sur., 2009.). Istraživači psihosocijalnog tretmana sve više podupiru stajalište da je učinkoviti tretman zahtijeva dobru integraciju sadržaja i procesa tretmana. Mnoge psihosocijalne intervencije proizlaze iz teorije socijalnog učenja. One dijele osnovno načelo da su problematični obrasci konzumacije alkohola i ostalih psihoaktivnih tvari naučeni u društvenom okruženju (iako biološki i genetički čimbenici igraju značajnu ulogu u etiologiji poremećaja uporabe psihoaktivnih tvari) te se mogu zamijeniti novim (prilagodljivim) obrascima ponašanja. Učinkovite psihosocijalne intervencije pomažu ovisnicima da se bave problemima pijenja angažirajući njihovu motivaciju i druge resurse kojima osoba raspolaže i utječu na kognitivne, bihevioralne i socijalne promjene s obzirom na alkohol. Tamo gdje se alkohol i druga psihoaktivna sredstva konceptualiziraju kao neefektivni način suočavanja sa stresom, nepovoljnim životnim situacijama i drugim negativnim emocionalnim stanjima, psihosocijalne intervencije mogu biti osobito korisne u učenju funkcionalnih vještina suočavanja sa stresom i drugim nepovoljnim situacijama (Haber i sur., 2009.). Glavni ishodi koji se očekuju nakon psihosocijalnog tretmana su: 1. uspostava i održavanje apstinencije, 2. povećanje suradljivosti i pojačanje učinkovitosti farmakoterapije, 3. smanjenje učestalosti relapsa, 4. retencija u tretmanu te 5. promjena životnog stila i poboljšanje kvalitete života (Malhotra i sur., 2005.; prema Smjernice za psihosocijalni tretman ovisnosti, 2014.). Također cilj psihosocijalnog tretmana uključuje i socijalne ishode kao što su sklanjanje ovisnika sa ulice i prekid destruktivnog i autodestruktivnog ponašanja, promjene na osobnoj, društvenoj i obiteljskoj razini, jačanje socijalnih, psiholoških, emotivnih, moralnih, duhovnih i tehničkih kompetencija kod osoba koje koriste droge i ovisnika, razvijanje i jačanje socijalne mreže, učenje strategija za prevenciju recidiva, resocijalizaciju i povratak ovisnika u obiteljsku i društvenu sredinu. Kada se govori o ciljevima psihosocijalnog tretmana kod djece i mladih to je prevencija ovisnosti o psihoaktivnim tvarima i drugim oblicima ovisnosti te pomoć djeci i mladima kako bi izbjegli ili odgodili početak konzumacije ili ako su već počeli s konzumacijom, da izbjegnju dublje poremećaje odnosno razvoj ovisnosti (Smjernice za psihosocijalni tretman ovisnosti, 2014.). Psihosocijalne intervencije mogu se koristiti kao samostalni tretman ili u kombinaciji s farmakoterapijom.

Pokazalo se da osobe na kojima se provode ove intervencije imaju značajnu korist, a prateći pokazuju klinički značajno smanjenje konzumacije alkohola, povećanje broja dana apstinencije te poboljšanje u cjelokupnom funkcioniranju (Haber i sur., 2009.).

3.1 Vrste psihosocijalnih intervencija

Izbor intervencije za alkoholičare, bilo psihosocijalne ili farmakološke, ovisit će o pacijentovom stanju i potrebama i raspoloživim resursima. Važni dijelovi psihosocijalnog tretmana za alkoholičare uključuje: 1. procjena stanja i povratne informacije, 2. postavljanje ciljeva: apstinencija, umjerenost i smanjeno pijenje, 3. formulacija slučaja i plan liječenja, 4. terapijski savez, angažman i zadržavanje u liječenju, 5. prevencija recidiva te 6. praćenje stanja i kontrola (Haber i sur., 2009.). Savjetovanje, uključujući toplinu, sustezanje i optimizam te snažne interpersonalne vještine povezane su dužim zadržavanjem osobe u tretmanu. Središte za pružanje bilo kakve savjetodavne intervencije je jaka veza i terapijski savez između pacijenta i terapeuta (Haber i sur., 2009.).

Najpopularniji psihosocijalni pristupi koji su dobili dosljednu empirijsku podršku su: 1. kratke intervencije, 2. motivacijski pristupi, 3. razni oblici kognitivno-bihevioralne terapije, uključujući vještine suočavanja, samokontrola ponašanja (kontrolirano pijenje), prevencija recidiva i bihevioralna terapija parova (Haber i sur., 2009.).

U literaturi se pojavljuju psihološke intervencije koje su se pokazale učinkovite prema osobama koje zlorabe droge, a to su: motivacijski intervju, razni oblici savjetovanja (individualno, grupno, obiteljsko), analiza i rad na slučaju (case management), različiti tretmani ponašanja, psihoedukacija, sustav nagrade i kazne (Contingency Management), prevencija relapsa te trening životnih vještina. Osim navedenog kod osoba s komorbiditetom, primjenjuju se i različiti oblici psihoterapija, od kognitivno - bihevioralne, psihodinamske i obiteljske do različitih oblika supotrivne i ekspresivne psihoterapije. Osim psiholoških intervencija postoje i socijalne intervencije kojima je cilj poboljšati socijalno funkcioniranje osobe koristeći sustav socijalne mreže zajednice u cjelini (ustanove u sustavu zdravstva i socijalne skrbi, nevladine organizacije, grupe samopomoći). Socijalne intervencije koje su se pokazale učinkovitima su trening zapošljavanja, smještaj, organiziranje

slobodnog vremena te grupe samopomoći. Trening zapošljavanja je značajan radi pomaganja i zadržavanja posla, zaštićenih uvjeta rada i praćenje apstinencije tijekom rada. Nadalje rad na pronalasku smještaja u *drug free* okruženju je značajan prije pokušaja stabilizacije apstinencije. Prilikom organiziranja slobodnog vremena jačaju se sposobnosti sudjelovanja i uživanja u aktivnostima prema vlastitom izboru. Grupe samopomoći su dobrovoljne, osnovane od pacijenata, orijentirane apstinenciji, pružanju materijalne pomoći i pružanju emocionalne podrške te promiču sustav vrijednosti pomoću kojih članovi mogu pronaći smisao vlastitog postojanja. Ostale socijalne intervencije koje se mogu ubrojiti u ovu kategoriju su: omogućavanje zdravstvene zaštite, rješavanje socijalnih pitanja, stanovanje, higijena, prehrana, obrazovanje, prevencija zaraznih bolesti, zaštita opće zdravlja i dobrobiti, poboljšavaju zdravstvene programe i kvalitetu života i zdravlja ovisnika i konzumenata droga (Smjernice za psihosocijalni tretman ovisnosti, 2014.).

Grupe samopomoći su neformalne skupine kojima je cilj pružiti potporu, praktičnu pomoć i skrb za članove koji dijele zajednički problem, u ovom slučaju alkoholizam. Grupe samopomoći „12 stepenica“, uz Klubove liječenih alkoholičara su, najčešće su vrste grupa koje se dugi niz godina koriste u psihosocijalnom tretmanu ovisnika o drogama i alkoholu (i bilo kojem drugom sredstvu ovisnosti), a usmjerene su prema potpunoj apstinenciji od sredstava ovisnosti (Smjernice za psihosocijalni tretman ovisnosti, 2014.) Istraživanja su pokazala da su 12 stepenica koristan oblik pomoći za ovisnike koji češće od jedan puta na tjedan sudjeluju u grupama te ako su ciljevi tog tretmana kompatibilni s ciljevima formalnog tretmana. Taj je oblik terapije jeftin i pruža značajnu psihosocijalnu podršku (WHO Guidelines 2009; prema Smjernice za psihosocijalni tretman ovisnosti, 2014.). Upućivanje u grupe samopomoći osobito je korisno ako i treba koristiti samo ako je pacijent motiviran za apstinenciju i prihvaća filozofiju i vrijednosti tih grupa (Smjernice za psihosocijalni tretman ovisnosti, 2014.).

Za ovisnike koji su motivirani za tretman po takozvanoj „*drug free*“ metodi potrebno je omogućiti tretman u terapijskim zajednicama u kojima se mogu pružati različiti oblici psihosocijalnih intervencija. Te su zajednice institucionalni oblik psihosocijalnog tretmana i pružanja pomoći ovisnicima o opojnim drogama tijekom

određenog vremena. Razlika od ostalih metoda je u tome što joj je osnovno načelo zajedništvo i samopomoć, odnosno grupna potpora korisnika kao ključ promjene. Članovi terapijske zajednice međusobno utječu na izgradnju i razvijanje novih struktura i stajališta, percepcije i ponašanja koji utječu na uporabu droga. Članovi terapijske zajednice uče nove metode funkcioniranja, vrijednosti i sposobnosti na kognitivnoj i emocionalnoj razini. Osnovni cilj pozitivnih promjena kod ovisnika treba biti usmjeren prema preuzimanju odgovornosti za vlastiti oporavak i usvajanju normi ponašanja civiliziranog društva. Važno je osvijestiti da ovisnost nije samo bolest nego i ukorijenjen stil ponašanja i života, pa iz tog razloga terapijski postupci u terapijskoj zajednici ciljaju promjeni životnog stila i navika. Razvijanje pozitivnih normi ponašanja u životu i radu treba biti ključan za izradu terapijskih programa u zajednici. Nadalje ključno je razvijati sve oblike samopomoći i pomoći grupe kao zajednice. Stoga se programi u terapijskim zajednicama trebaju temeljiti na strogim pravilima života u zajednici zasnovanim na načelima nagrade i kazne te napredovanju kroz hijerarhiju osobnih zaduženja, osobnog položaja i uloge u zajednici. Program također treba biti zasnovan na individualnoj i grupnoj terapiji, učenju, raspravama, igrama i igranju uloga s ciljem promjene negativnih obrazaca mišljenja i ponašanja. Pravila ponašanja trebaju biti usmjerena tako da korisnici kroz rutinske aktivnosti nauče prepoznavati sve oblike nesređenog života te nauče planirati i prepoznavati ciljeve rehabilitacije, ali i biti od koristi društvenoj zajednici i obitelji. Važno je istaknuti da s obzirom na specifične potrebe određenih kategorija ovisnika, treba planirati i program rada (Smjernice za psihosocijalni tretman ovisnosti, 2014.).

Isto tako pokazalo se da provedba nekoliko vrsta tretmana istovremeno, primjerice psihosocijalnih intervencija uz farmakoterapiju, pojačava učinak i dovodi do poželjnih ishoda tretmana (Smjernice za psihosocijalni tretman ovisnosti, 2014.).

3.2 Psihosocijalne intervencije u sustavu socijalne skrbi

Socijalni radnici i druge profesije u sustavu socijalne skrbi bave se promicanjem socijalnih promjena, rješavanjem problema u međuljudskim odnosima te osnaživanjem ljudi u svrhu promicanja njihove dobrobiti. Posljednjih godina u

Republici Hrvatskoj i u svijetu došlo je do značajnih promjena u razvoju socijalnih usluga, a posebno u pristupu korisnicima usluga te u metodama koje se koriste u socijalnom radu. Izmjene zakonskih okvira postupanja, orijentacija na korisničku perspektivu te usmjerenost ka deinstitutionalizaciji su glavne karakteristike tih promjena (Smjernice za psihosocijalni tretman ovisnosti, 2014.).

Stručnjaci koji provode psihosocijalne intervencije u ustanovama socijalne skrbi su: socijalni radnici, socijalni pedagozi, psiholozi, defektolozi, radni terapeuti, zdravstveni radnici te drugi stručnjaci s visokom stručnom spremom koji imaju dodatne edukacije iz područja psihološkog, psihosocijalnog savjetovanja ili psihoterapije. U terapijskim zajednicama i domovima za ovisnike, pojedine psihosocijalne intervencije mogu provoditi i bivši ovisnici koji su završili dodatnu edukaciju za provedbu psihosocijalnog tretmana (Smjernice za psihosocijalni tretman ovisnosti o drogama, 2014.). Smjernice za psihosocijalni tretman ovisnosti (2014.) u sustavu socijalne skrbi stavljaju naglasak i na korisnike usluga, promicanje neovisnosti korisnika, njihovo sudjelovanje u normalnom životu i prirodnom društvenom okruženju te posebno poštivanje njihovih građanskih i socijalnih prava. U borbi protiv ovisnosti o alkoholu i drogama potrebno je istaknuti i ulogu Centara za socijalnu skrb u provođenju posebnih obveza, osobito posebne obveze uključivanja u postupak odvikavanja od droge ili druge ovisnosti koju može odrediti državni odvjetnik ili sudac. Isto tako važnu ulogu u provedbi programa prevencije ovisnosti imaju Obiteljski centri kojih je od 2006. do 2011. godine osnovano ukupno 19 (za 18 županija i Grad Zagreb), a pružaju usluge savjetovanja i pomaganja obitelji te preventivnog rada (Smjernice za psihosocijalni tretman ovisnosti, 2014.). U Republici Hrvatskoj se dugi niz godina (uz bolničko i izvanbolničko liječenje i psihosocijalni tretman u zdravstvenom sustavu) pojedini oblici psihosocijalnog tretmana ovisnika provode se i u terapijskim zajednicama i domovima za ovisnike, ali i u sklopu pojedinih udruga koje pružaju različite oblike psihosocijalne pomoći i tretmana ovisnicima i njihovim obiteljima. Psihosocijalni tretman bi trebao dovesti do promjene korisnika u psihičkom i socijalnom funkcioniranju prema definiranim ciljevima (Smjernice za psihosocijalni tretman ovisnosti, 2014.).

Preporuke psihosocijalnih intervencija za sustav socijalne skrbi prema Smjernicama za psihosocijalni tretman ovisnosti (2014.) su: motivacijski intervju (za

prevladavanje ambivalencije prema promjeni i uključivanje u odgovarajuće oblike tretmana; savjetovališta, terapijske zajednice, zdravstvene ustanove, grupe samopomoći i slično), individualno i obiteljsko savjetovanje, CM-sustav nagrada i kazne željene promjene ponašanja, tretman ponašanja individualni, obiteljski i grupni (psihoedukacija, prevencija relapsa, trening vještina), psihoedukacija individualna ili grupna, prevencija recidiva individualna ili grupna, trening vještina individualni ili grupni (teme radionica: nenasilna komunikacija, zajedničko donošenje odluka, razumijevanje konflikata, predrasude, izgradnja povjerenja, posredovanje u konfliktima, izražavanje emocija, međusobna tolerancija), socijalna anamneza i psihodijagnostika, suradnja sa zdravstvenim ustanovama Suradnja s pravosudnim i kaznenim tijelima te probacijom, suradnja s drugim ustanovama u sustavu, radna terapija, projekt resocijalizacije te rad na strukturiranju slobodnog vremena (uključivanje u strukturirane sadržaje organizirane u lokalnoj zajednici, uključivanje korisnika u izvanškolske aktivnosti i sekcije).

U sustavu socijalne skrbi, u početnim kontaktima s osobom koja zlorabi droge već se provode kratke psihološke intervencije, a provode ih socijalni radnici, psiholozi, defektolozi, socijalni pedagozi u centrima za socijalnu skrb, obiteljskim centrima, terapijskim zajednicama i domovima za ovisnike, a to su motivacijski intervjui i savjetovanje.

Motivacijski intervjui imaju za cilj poticanje brze motivacije za promjenu osobe i rješavanje njezine ambivalencije vezane za promjenu. Prvi susret je usmjeren uspostavi odnosa i poticanju razgovora o iskustvu uporabe droga radi poticanja samomotivacije osobe, dok se u narednim susretima prati promjena, procjenjuje koriste li se strategije koje potiču prekid uzimanja supstance te se nastavlja s ohrabrivanjem za promjenu i postizanje apstinencije (Smjernice za psihosocijalni tretman ovisnosti, 2014.).

Savjetovanje je usmjereno motivaciji osobe za uspostavu apstinencije i daljnji psihosocijalni tretman u specijaliziranim ustanovama i terapijskim zajednicama. Savjetovanje se također koristi za motiviranje osobe za kvalitetnu resocijalizaciju. Individualno savjetovanje je usmjereno na redukciju ili prekid uzimanja ilegalne supstance, a uključuje i druga područja funkcioniranja kao što su zaposlenost, ilegalne aktivnosti, obiteljske i društvene odnose te sadržaj i strukturu oporavka.

Pomaže osobi razviti strategiju nošenja s problemima tako da apstinira od droga i održava apstinenciju. Obiteljsko savjetovanje pomaže članovima obitelji i bračnim partnerima u shvaćanju problema ovisnosti, u shvaćanju bolesnog člana, pružanju podrške u tretmanu te motiviranju članova obitelji za uključenje u grupe samopomoći (Smjernice za psihosocijalni tretman ovisnosti, 2014.).

U skladu sa svime navedenim opći standardi provedbe psihosocijalnog tretmana u sustavu socijalne skrbi uključuju:

- dostupnost informacija o mogućnostima tretmana,
- dostupnost i primjerenost usluga,
- povezivanje i suradnja među različitim sektorima (održavanje socijalnih mreža),
- procjena i planiranje,
- osiguravanje potrebnog osoblja, rad volontera, studenata na praksi i vježbenika,
- pristupačnost okoline, uvjeti prilagođeni korisnicima, zdravlje, sigurnost i zaštita,
- privatnost i povjerljivost,
- odlučivanje i samoodređenje,
- sigurnost od iskorištavanja,
- mogućnost prigovora i žalbe,
- poboljšanje psihosocijalnog tretmana maloljetnika ovisnika,
- supervizija provođenja tretmana,
- inspeksijski nadzor (Smjernice za psihosocijalni tretman ovisnosti, 2014.).

3.3 Grupni rad s nedobrovoljnim korisnicima

Nedobrovoljni korisnicu su česti u relativno česti u sustavu socijalne skrbi i kaznenom sustavu. Smatra se kako je grupni rad pogodan u radu s nedobrovoljnim korisnicima (Ajduković, 1997.). Prema Behroozi (1992.) grupno iskustvo umanjuje poricanje i povećava prihvaćanje problema i potrebu za promjenom. S obzirom na njihovu sumnjičavost, negativan odnos prema stručnjacima i autoritetu državnih službi, sudjelovanje u grupi s osobama koje su u sličnoj situaciji može biti mnogo djelotvornije nego individualni rad s stručnjakom. Grupni rad takvim osobama pruža potrebnu uzajamnu podršku i razumijevanje (Ajduković, 1997.).

U nastavku slijede neke strategije koje mogu olakšati rad s nedobrovoljnim korisnicima.

1. Svrha grupe biti prikazana jednostavno i razumljivo uz naglašavanje potencijalne koristi od sudjelovanja. Istovremeno preporučljivo je izbjegavati pojmove kao što su „terapija“ ili „otpor“ i slične pojmove,

2. Treba istaknuti razliku između voditelja i stručnjaka koji su uputili osobu u grupu te naglasiti razliku u funkcijama koje imaju. Također preporučljivo je izbjegavati kritiziranje službi ili pojedinaca koji su nametnuli korisniku sudjelovanje u grupi te istaknuti razliku između ponuđene grupe i ranijih socijalnih iskustava korisnika.

3. U radu voditelj treba biti neposredan, pokazivati razumijevanje i poštovanje prema korisnicima, ne procjenjivati niti vrednovati, biti iskren i otvoren za različite zamisli.

4. U radu s grupama gdje su otpori i nevoljkost klijenta česti dobro je imati dva suvoditelja.

5. Od samog početka treba omogućiti korisnicima da dožive zadovoljstvo sudjelovanja u grupi. To se može postići poticanjem članova da daju jedni drugima povratne informacije uz naglašavanje njihova značenja. Prema Miligram i Rubin (1992.) navode da što se korisnik osjeća manje vrijednim, to je i njihov otpor veći. Dakle važno je poticanje korisnika na izražavanje vlastitog mišljenja, postavljanje jasnih pitanja te uvažavanje odgovora. Navedeno pridonosi povećanju osjećaja osobne vrijednosti koje korisnik može doživjeti u grupi.

6. U grupi je preporučljivo koristiti metafore i pričanje priča. Milton Erickson naziva takav pristup „posredno asocijativno usmjeravanje“. Riječ je o tome da voditelj grupe potakne zajedničku temu, ali da ju pritom ne usmjeri prema pojedinim članovima ili grupi u cjelini.

7. Svaki grupni susret treba biti pažljivo strukturiran i planiran

8. U radu s nedobrovoljnim članovima ključno je pitanje povjerenja te voditelji moraju znatnu pozornost posvetiti povjerljivosti rada grupe i jasnom definiranju svoje uloge (Ajduković, 1997.).

3.5 Suočavanje korisnika s otporom

Sastavni dio terapijskog rada su otpori korisnika (članovi koji su u klub upućeni sudskom odlukom obveznog liječenja ili oni koji su „neslužbenim“ pritiskom partnera ili radnog kolektiva, upućeni na apstiniranje), a pokazuju se u vidu iskazivanja ljutnje, podcjenjivanja uloge kluba i članova, ponuđenih sadržaja, skrivanja iza načelnih tvrdnji o drugim ljudima ili suviše općenitih tvrdnji u kojima gotovo uopće nema ja – govora, te šutnje i pasivnosti (Miljenović, 2010.). Moguće razloge Ajduković (2008.) vidi u tome da se problem poriče, da je odnos prema problemu drugačiji nego što ga ima šire društvo (prema konzumiranju alkohola i alkoholizmu), postojanje sumnje da je promjena moguća, ali i u samoj činjenici doživljaja prisile (Miljenović, 2010.). Prema teoriji reaktivnog otpora Brehm i Brehm (1981.), osoba doživljava da je njena sloboda i pravo na samoodređenje ograničeno ili se nastoji ukinuti nekim oblikom društvene prisile. Tada se stvara i iskazuje otpor kao način na koji pojedinac nastoji vratiti svoj doživljaj slobode. U tom bavljenju otporima, odnosno njihovom smanjivanju, veliku važnost ima kvaliteta interpersonalnih odnosa (Ajduković, 2008.; prema Miljenović 2010.).

Prema Behroozi (1992.) smatra da otpor proizlazi iz triju izvora:

1. Otpor proizlazi iz osjećaja prisile da se moraju promijeniti. Nedobrovoljni korisnici često doživljavaju da su im nametnuti uvjeti tretmana. Mogu osjećati ljutnju ili posramljenost radi toga što drugi smatraju da nisu sami sposobni riješiti svoje probleme te mogu osjećati da sudjelovanjem u grupi gube samopoštovanje, slobodu i dostojanstvo;
2. Otpor proizlazi iz različitog doživljaja problema i poželjne promjene. Vrlo često nedobrovoljni korisnici poriču problem (u slučaju ovisnosti, odnosno alkoholizma) ili se ne slažu za zahtjevima šire zajednice kakvim se standardima trebaju rukovoditi u svom ponašanju.
3. Otpor proizlazi iz sumnje da je promjena moguća. Često se sumnja da je stručna pomoć od ikakve koristi Taj skepticizam se temelji na njihovu osjećaju bespomoćnosti, negativnim iskustvima sa službama i institucijama

socijalne ili zdravstvene skrbi, sumnju u voditelja kao predstavnika državnog sustava i slično (Ajduković, 1997.).

4. Klubovi liječenih alkoholičara

Dugogodišnji rehabilitacijski i resocijalizacijski proces tijekom kojeg je potrebno promijeniti ponašanje i usvojiti novi način života čitave obitelji bez alkohola, provodi se u skupinama samopomoći i uzajamne pomoći, koje su organizirane kao udruge građana, kod nas poznate pod nazivom Klubovi liječenih alkoholičara. KLA surađuju sa zdravstvenim i socijalnim službama te ostalim društvenim čimbenicima koji se bave problematikom pijenja i alkoholizma i zajedno čine mrežu podrške alkoholičarima i njihovim obiteljima. Klubovi liječenih alkoholičara zamišljeni su kao više obiteljske zajednice koje su koncipirane na načelu samopomoći i uzajamne pomoći, koje se nalaze u trajnom mijenjanju načina života, rastu i razvoju svojih članova (Thaller i sur., 2002.).

Alkoholičar se zajedno sa članovima svoje obitelji uključuje u klub još u vrijeme bolničkog ili ambulantnog liječenja. U klubu se provodi obiteljski postupak, uz učenje o alkoholizmu. Uz to se alkoholičara i članove njegove obitelji poučava o načinu na koji im klub može pomoći u liječenju i oporavku od alkoholizma. Obitelj, zajedno sa alkoholičarom sudjeluje u dugogodišnjem procesu promjene ponašanja i uspostavlja novi način života bez alkohola. Klub djeluje po načelima modificirane socioterapijske zajednice. U tu svrhu klub redovito održava terapijski sastanak, jedan puta tjedno pod neposrednim vodstvom stručne osobe (Thaller i sur., 2002.).

Klubovi liječenih alkoholičara međusobno surađuju te zajedno s ostalim institucijama i pojedincima, koji se bave problematikom alkoholizma, čine mrežu podrške alkoholičaru i njegovoj obitelji. nastojanje je klubova da se organizira takva mreža da alkoholičar ima klub u svojem mjestu ili bar u okolini ne daljoj od 15 km od mjesta stanovanja (Thaller i sur., 2002.).

Od redovitih terapijskih aktivnosti treba istaknuti prije svega rad s članovima obitelji i patronažnu službu (prijateljske posjete). S obiteljima se radi na redovitim sastancima, no povremeno se supružnici sastanu i posebno. Izvanklupske aktivnosti naročito poboljšavaju razvijanje međusobne povezanosti (prijateljske veze i trajno druženje obitelji). Izvanklupske aktivnosti, obrazovne i odgojne aktivnosti,

rekreativne, sportske, zabavne i društvene aktivnosti ne smiju biti na štetu redovitih terapijskih aktivnosti (Thaller i sur., 2002.).

S obitelji u krizi radi se i posebno, najčešće stručni djelatnik, ali to može biti i druga iskusna obitelj, no takav rad ne može postati zamjena za grupni rad u klubu. U klubu se ne provodi obiteljska terapija u užem smislu, već se radije govori o provođenju obiteljskog postupka. Obiteljskim postupkom katalizira se promjena ponašanja u obiteljskom sustavu, rasti i sazrijevanje obitelji i uspostava načina života za život bez alkohola za cijelu obitelj.

Da bi se postigla promjena ponašanja i promjena stila života obitelji i pojedinca u klubu treba organizirati odgovarajuće sadržaje. Radu u klubu traži znanje i iskustvo budući da se u njemu provodi obiteljski postupak koje stručni i dostručni djelatnici trebaju steći u kontinuiranoj naobrazbi, a bitno je naglasiti da djelatnici u klubu ne liječe nego su katalizator promjene ponašanja. Klub treba pružiti edukaciju alkoholičarima i članovima njihovih obitelji, kako novima tako i starim članovima. također treba obratiti pozornost da sadržaj rada ne postane jednoličan kako članovi ne bi postali nemotivirani za rad (Thaller i sur., 2002.).

U radu klubova liječenih alkoholičara se koriste sljedeće tehnike tada: poticanje rasprava o određenim sadržajima, reflektiranje na zamijećene procese, otvaranje, pružanje sadržaja za osobno ili obiteljsko promišljanje koji su izravno primjenjivi (komunikacijske vještine, asertivno ponašanje) putem postavljanja pitanja, tekstova ili primjera iz života razgovorom te pismenim izražavanjem. Verbalnim putem članove se podržava prepoznajući njihove resurse, potencijale, a osnažujuća komunikacija izravno se potiče između članova međusobno (ključno je usvajanje znanja o slanju *feedbacka* i ja poruka). Što se tiče grupnih procesa posebna pozornost se stavlja na iznošenje iskustava pazeći da svaki član dobije dovoljno prostora za sebe. Grupna kohezija jača podjelom dužnosti, slanjem podrške razgovorom o krizama u grupi te zajedničkim stvaranjem pravila (Miljenović 2010).

4.1. Suradnički odnos između pomagača i članova

Prema Čačinović Vogrinčić i sur. (2007.) psihosocijalni pristup u skladu s postmodernim određenjima pomagačkih profesija stvaranje suradničkog odnosa između voditelja i članova koji ima tri elementa: dogovor o sudjelovanju, radnu

definiciju problema i praćenje prema dogovorenim rješenjima. Nadalje inzistira se na etici sudjelovanja na način da pomagač više nije onaj koji zna sve o nastanku i rješavanju problema već pomagač i korisnik dijele odgovornost za vođenje programa (afirmacija moći, resursa i kompetencija te obostrano povjerenje). Također uvažava se nova terminologija koja korisnika ne poistovjećuje s patologijom već ga potiče na promjene i mogućnosti (Miljenović, 2010.). Nadalje prema Možina (2007.) osim suradničkog odnosa je važan i osobni kontakt u pomagačkim profesijama koji je istinski intersubjektivan jer se odvija u trenucima „ovdje i sada“ (suprotno od službenog odnosa) Pomagačeva prisutnost znači da poslana poruka kao primatelj intrapersonalno prorađuje što utječe dalje na ono što će odaslati u komunikacijski proces. Na taj način se komunikacijske interakcije ne odvijaju unaprijed šablonski utvrđeno, već uz budno praćenje verbalne, neverbalne komunikacije i aktivno slušanje (Miljenović, 2010.). Prema Čačinović Vogrinčić i Mešl (2007.) kroz cijeli proces pomagač primjenjuje znanje na način da korisniku bude jasno što se događa i kakva je njegova uloga te uloga stručnjaka s kojim radi (Miljenović, 2010.).

Početno razdoblje grupa u kojima su članovi svojom voljom često se naziva i razdobljem pozitivne orijentacije članova na grupu. Nasuprot tome početno razdoblje rada s nedobrovoljnim korisnicima često se naziva razdobljem negativne orijentacije. Dakle početna je faza ključna u radu s tim grupama. U ovom razdoblju korisno je članove suočiti s izvorima njihovog otpora (Ajduković, 1997.). Navedeno se može postići na sljedeće načine:

1. Izražavanjem osjećaja članova. Na početku je važno da se osjećaji članova (na primjer bijes ili posramljenost) koji proizlaze iz činjenice da je prisiljen sudjelovati u grupi prepoznaju i prihvate;
2. Istraživanjem izvora otpora. Važno je da članovi istraže značenje svog otpora pod vidom njegovih posljedica. Najbolje je istraživati kao pozitivne i negativne ishode njihove odluke da aktivno ili pasivno sudjeluju u radu grupe;
3. Uzimanjem u obzir okruženja. Nedobrovoljne članove treba razumjeti u kontekstu njihova okruženja. Pri definiranju njihova problema potrebno je

uzeti u u obzir njihove okolnosti kao i institucionalno okruženje ako se u njemu nalaze;

4. Započimanjem odatle gdje član grupe jest što znači da je važno razumjeti njegov doživljaj situacije, problema i očekivanja koja su drugačija od doživljaja drugih ljudi. Članovi u grupu donose svoje potrebe i interese koji trebaju biti istraženi, koje treba prihvatiti i pomiriti s očekivanjima drugih ljudi;
5. Sukladnim definiranjem ciljeva. Važno je da voditelj i članovi grupe uspostave suglasnost o ciljevima sudjelovanja u grupi. Ciljevi trebaju biti jasni, konkretni, ostvarljivi i poželjni za članove;
6. Konfrontacijom. Ponekad će biti poželjna umjerena konfrontacija kao odgovor na poricanje problema članova. konfrontacija je posebno korisna ako dolazi od ostalih članova grupe . Konfrontacija se treba poduzimati samo onda ako u grupi postoji osjećaj sigurnosti i zaštićenosti (Ajduković, 1997.).

4.2 Uloga socijalnih radnika u psihijatriji i u klubovima liječenih alkoholičara

Zdravstvo i socijalna skrb su dva odvojena sustava koja su tijekom povijesti u različitim sustavima proživljavala faze uzajamnog približavanja, udaljavanja i integracije. Socijalni radnik prema svom obrazovanju pripada sustavu socijalne skrbi, ali je sada njegovo mjesto neupitno u prevenciji, dijagnostici, liječenju i rehabilitaciji bolesnika, osobito psihijatrijskih. Socijalni radnik skrbi o bolesniku promatrajući ga u kontekstu socijalne sredine iz koje dolazi bolesnik, što znači da obuhvaća svojom intervencijom socijalna područja značajna za funkcioniranje (na primjer obitelj, radno mjesto). Stoga se iz didaktičkih razloga intervencije socijalnog radnika u psihijatriji mogu podijeliti na: socijalni rad s psihijatrijskim bolesnikom, s obitelji, u radnoj sredini, u školi, u lokalnim ustanovama i zavodima socijalne skrbi, u primarnoj zdravstvenoj zaštiti te u lokalnoj zajednici (udruge za pomoć psihijatrijskim bolesnicima). Rad socijalnog radnika se može uvrstiti i pod druge kriterije od kojih se mogu navesti psihijatrijske bolesti i poremećaje od kojih se bolesnik liječi pa se može razlikovati: rad s alkoholičarima, rad s ovisnicima, rad s

bolesnicima oboljelima od PTSP i sličnim oboljenjima. Više istraživanja potvrdilo je da najmanje 30% psihijatrijskih bolesnika treba neki od oblika socijalne skrbi koji se mora započeti već u vrijeme hospitalizacije. U nekim dijagnostičkim psihijatrijskim skupinama taj je postotak još veći, osobito kod alkoholizma. Relevantni podaci upućuju da je 50% intervencija socijalnog radnika u psihijatriji uspješno, što je vrijedan rezultat s obzirom na slojevitost socijalne problematike psihijatrijskih bolesnika (Moro i sur., 2011.)

Socijalni radnik, kao stručni djelatnik u klubu liječenih alkoholičara, potiče međusobno druženje te iznošenje osobnih iskustava i problema u svrhu osobnog uvida i pomoći drugima članovima. Tematskom razradom psihodinamike obiteljskog i bračnog života utječe se na rast kvalitete života tijekom apstinencije (Štimac, 2003.; prema Brlek 2014.). Socijalni radnik u klubu liječenih alkoholičara provodi savjetovanje s korisnicima kluba (najčešće u obliku grupnog savjetovanja), a najvažniji posao socijalnog radnika u procesu savjetovanja je rad na motivaciji za liječenje, koja će se učvrstiti kad osoba postigne uvid u svoju bolest. Rezultati intervencije se ogledaju u apstinenciji, promjeni ponašanja, svladavanju prepreka u odnosima s okolinom i uspješnom povratku u društvo. Najvažniji zadaci i ciljevi socijalnog radnika u klubu liječenih alkoholičara su pomoć u readaptaciji i socijalizaciji alkoholičara, pomoć u prihvaćanju realnosti i pomoć korisniku u postizanju uvida u svoju bolest te vlastite odgovornosti povezane s traženjem ili vraćanjem onoga što je izgubio ili nije imao (Jovanović, 2003.; prema Brlek 2014.). Tijekom provođenja grupnog savjetovanja uloga socijalnog radnika je usmjeravati i koordinirati aktivnosti grupe k zajedničkom cilju te voditi grupni proces nastojeći motivirati sve članove kluba na sudjelovanje. U vođenju grupnog procesa važno je članove kluba usmjeravajućim pitanjima voditi prema srži tematskog problema (na primjer partnerski odnosi) i time im omogućiti da sagledaju prirodu i posljedice problema za sebe i članove svoje obitelji. Takav proces vođenja u pojedinca nerijetko dovodi do faze samootkrivanja, koja je ključna u liječenju ovisnika (Radat, 2003.; prema Brlek 2014.).

5. Zaključak

Pregledom literature može se zaključiti da je alkoholizam kompleksna bolest te u skladu sa tim postoji širok spektar intervencija, kao što su farmakološkog tretmana, psihosocijalne intervencije, mjere obveznog liječenja i tako dalje.

Pregledom vrsta psihosocijalnih intervencija u sustavu socijalne skrbi, kao što su na primjer dostupnost informacija, povezivanje i suradnja među različitim sektorima, procjena i planiranje, odlučivanje i samoodređenje i tako dalje, može se zaključiti kako su psihosocijalne intervencije od iznimne važnosti kod uspostavljanja i održavanja apstinencije uz farmakoterapiju.

Kako bi sam psihosocijalni tretman uspio smatram da je od iznimne važnosti posvetiti veliku pažnju motiviranju nedobrovoljnih korisnika, ali i motivaciji kao stalnoj podršci dobrovoljnim apstinentima. Smatram da je motiviranje na početku tretmana kod nedobrovoljnih korisnika od iznimne važnosti jer doprinosi rješavanju otpora prema promjeni, a u svim narednim susretima, kao i kod dobrovoljnih apstinenta doprinosi ohrabrivanju, održavanju apstinencije te ostanku u tretmanu. Također osim motivacijskih pristupa, dosljednu empirijsku podršku dobili su i razni oblici kognitivno bihevioralne terapije uključujući vještine suočavanja, samokontrole ponašanja, prevencije recidiva i bihevioralne terapije parova te kratke intervencije (Haber i sur., 2009.).

Također smatram da na kraju ovog rada treba istaknuti i veliku ulogu KLA u rehabilitaciji alkoholičara i uspostavljanju apstinencije gdje se korisnici se uključuju u KLA već za vrijeme liječenja (zajedno sa članovima obitelji). Od velikog su značaja jer pružaju podršku alkoholičaru, kao i njegovoj obitelji u njihovoj lokalnoj zajednici.

Također naglasila bih važnost psihosocijalnih intervencije u prevenciji zlorabotreb alkohola i drugih psihoaktivnih tvari te pomoć djeci i mladima kako bi izbjegli ili odgodili konzumiranje takvih sredstava, odnosno spriječili razvoj i pojavu ovisnosti.

6. Literatura

1. Ajduković, M. (1997). *Grupni pristup u psihosocijalnom radu-načela i procesi*. Zagreb: Društvo za psihološku pomoć.
2. Begić, D. (2016). *Psihopatologija*. Zagreb: Medicinska naklada.
3. Breitenfeld, D., & Wolf, D. (2010). *Alkoholizam- sprječavanje, liječenje, oporavak*. Rijeka: Wolf.
4. Brlek, I., Berc, G., & Milić Babić, M. (2014). Primjena savjetovanja kao metode pomoći u klubovima liječenih alkoholičara iz perspektive socijalnih radnika. *Socijalna psihijatrija*, 42(1), 62-70.
5. Filaković, P., & suradnici (2014). *Psihijatrija*. Osijek: Medicinski fakultet Osijek.
6. Grabovac, Đ., Rafaj, G., & Lauš, D. (2015). Učestalost alkoholom uzrokovanih poremećaja kod bolesnika liječenih u Dnevnoj bolnici odjela psihijatrije Opće bolnice Bjelovar. *Sestrinski glasnik*, 20(2), 121-127.
7. Haber, P., Lintzeris, N., Prude, E., & Lopatsko, O. (2009). *Guidelines for the Treatment of Alcohol Problems*. Posjećeno 1.8.2017. na mrežnoj stranici Australian Government, The Department of Health: [https://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/0FD6C7C289CD31C9CA257BF0001F96BD/\\$File/AustAlctreatguidelines%202009.pdf](https://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/0FD6C7C289CD31C9CA257BF0001F96BD/$File/AustAlctreatguidelines%202009.pdf)
8. Miljenović, A. (2010). Psihosocijalni pristup i alkoholizam: iskustvo rada u klubovima liječenih alkoholičara. *Ljetopis socijalnog rada*, 17(2), 281-294.
9. Moro, Lj., Fračišković, T., & suradnici (2011). *Psihijatrija-udžbenik za više medicinske studije*. Zagreb: Medicinska naklada.

10. *Nacionalna strategija za sprječavanje štetne uporabe alkohola za razdoblje od 2011. do 2016. godine* (2010). Zagreb: Vlada Republike Hrvatske.
11. Rapić, M., & Vrcić Keglvić, M. (2015.). Alkoholizam-zaboravljena dijagnoza u obiteljskoj medicini. *Medicina familiaris Croatica*, 22(2), 25-32.
12. Sokolar, J. (2016). *Etiologija alkoholizma*. Diplomski rad. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet.
13. Thaller, V., Buljan, D., Golik Guber, V, & Marušić, S. (2002). *Alkohologija*. Zagreb:CSCAA.
14. Torre, R. (2006). *Propadanje alkoholičara*. Zagreb: Hrvatski Savez Klubova liječenih alkoholičara.
15. Tot, Š.(2017). *Sestrinska skrb za pacijente oboljele od alkoholizma*. Završni rad. Varaždin: Sveučilište Sjever.
16. Ured za suzbijanje zlouporabe droge (2014). *Smjernice za psihosocijalni tretman ovisnosti o drogama u zdravstvenom, socijalnom i zatvorskom sustavu*. Posjećeno 1.8.2017. na mrežnoj stranici Ureda za suzbijanje zlouporabe droge Vlade Republike Hrvatske: <https://drogeiovisnosti.gov.hr/djelokrug/ovisnosti-i-vezane-teme/droge-i-ovisnost/publikacije/za-strucnjake/smjernice/smjernice-za-psihosocijalni-tretman-ovisnosti-o-drogama-u-zdravstvenom-socijalnom-i-zatvorskom-sustavu-2014/1165>
17. World Health Organization (1951). *Expert committee on mental health: First Session of the Alcoholism Subcommittee*. Posjećeno 1.8.2017. na mrežnoj stranici World Health Organization: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/40164/1/WHO_TRS_42.pdf
18. World Health Organization (2014). *Global status report on alcohol and health*. Posjećeno 1.8.2017. na mrežnoj stranici World Health Organization: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf

19. Žuškin, E., Jukić, V., Lipozenčić, J., Matošić, A., Mustajbegović, J., Turčić, N., Poplašen Orlovac, D., Prohić, A., & Bubaš, M. (2006). Ovisnost o alkoholu-posljedice za zdravlje i radnu sposobnost. *Arhiv za higijenu rada i toksikologiju*, 57(4), 413-426.