



UNIVERZITET U BANJOJ LUCI

FILOZOFSKI FAKULTET



**Nermana Mujčinović**

**Profili ličnosti, sklonost prema samohendikepiranju i  
percepcija socijalne podrške zavisnika o heroinu kao  
prediktori istrajnosti u liječenju**

DOKTORSKA DISERTACIJA

Banja Luka, 2020.



UNIVERSITY OF BANJA LUKA  
FACULTY OF PHILOSOPHY



**Nermana Mujčinović**

**Personality profiles, self-handicapping tendencies and  
perceptions of social support for heroin addicts as  
predictors of persistence in treatment**

DOCTORAL THESIS

Banja Luka, 2020.

## **Informacije o mentoru i disertaciji**

**Mentor:** Prof. dr Nada Vaselić, redovni profesor Studijskog programa psihologije, Filozofskog fakulteta Univerziteta u Banjoj Luci

**Naslov doktorske disertacije:** Profili ličnosti, sklonost prema samohendikepiranju i percepcija socijalne podrške zavisnika o heroinu kao prediktori istrajnosti u liječenju

### **Rezime na srpskom jeziku:**

Bolest zavisnosti od heroina narušava svaki aspekt tjelesnog i psihološkog zdravlja zavisnika, a istovremeno i sve vidove socijalnog funkcionisanja, kako zavisnika samog, tako i svih onih koji ga vole i društva u cjelini, pa je potrebno uraditi sve da se ova bolest uspješno liječi. Rad sa zavisnicima od heroina jasno pokazuje da je njihovo liječenje dugotrajan i neizvjestan proces, jer se moraju istovremeno obuhvatiti tri segmenta: psihološke osobine zavisnika od heroina, stepen socijalne podrške koju imaju i njihova motivacija za tretman. Teorijski cilj istraživanja bio je uvidjeti postoje li određene specifičnosti u pogledu osobina ličnosti zavisnika od heroina, te postoji li veza između osobina ličnosti, samohendikepiranja, socijalne podrške i motivacije za liječenje zavisnosti, a praktični cilj je omogućiti unapređenje motivacionog aspekta tretmana zavisnika od heroina i određenje uloge socijalne podrške u procjeni ishoda tretmana.

Istraživanje je provedeno na uzorku od 227 heroinskih zavisnika na liječenju.

Istraživanje rasvjetljava pojedine osobine ličnosti zavisnika, njihove strategije samohendikepiranja, te ih dovodi u vezu sa tretmanom i socijalnom podrškom, koja može da posluži kao dobra osnova za unapređenje liječenja heroinskih zavisnika. Prikupljeni su sociodemografski podaci koji su nam dali odgovor na pitanje ko su heroinski zavisnici danas. Dalje smo, kroz Alternativni petofaktorski test ličnosti, uvidjeli da heroinski zavisnici pokazuju povišenje rezultata na skalamu Neuroticizam–Anksioznost, Impulsivno traganje za senzacijama i Agresivnost–Hostilnost. Analizom rezultata zaključili smo da se impulsivno traganje za senzacijama kod heroinskih zavisnika odnosi na traženje uzbudjenja i pustolovina, traženja iskustava i doživljaja, te dezinhibiciju. Heroinski zavisnici imaju sklonosti prema korištenju strategija samohendikepiranja, od kojih češće pribjegavaju samohendikepiranju spoljašnjim uzrocima. Percepcija socijalne podrške heroinskih zavisnika najveća je kada je u pitanju njihova porodica. Najveću stabilnost i istrajnost u liječenju pokazuju heroinski zavisnici sa niskim rezultatima na podskalama Neuroticizam–Anksioznost i Impulsivno

traganje za senzacijama, a sa višim rezultatima na podskali Aktiviteta. Nađena je negativna veza između sklonosti prema samohendikepiranju zavisnika od heroina i istrajnosti u liječenju, te pozitivna veza istrajnosti u liječenju i percipirane socijalne podrške porodice.

**Ključne riječi:** *bolest zavisnosti od heroina, osobine ličnosti, impulsivno traganje za senzacijama, strategije samohendikepiranja, percepcija socijalne podrške, istrajnost u liječenju.*

**Naučna oblast:** Psihologija

**Naučno polje:** Klinička psihologija

**Klasifikacija CERIF:** Psihologija, S260; Klinička psihologija, B650

**Licenca „Kreativne zajednice“:** Autorstvo – nekomercijalno – bez prerada

Ova doktorska teza dostupna je za javnu distribuciju u okvirima licence nekomercijalnog autorstva (CC BY-NC), kojom se dozvoljava svaka nekomercijalna upotreba, distribucija i reprodukcija na različitim medijima, pod uslovom da se navedu originalni autor i izvor.

## **Information about mentor and doctoral dissertation**

**Mentor:** Professor Nada Vaselić, PhD, Full Professor at Department for Psychology, Faculty of Philosophy University of Banja Luka.

**The title of the doctoral dissertation:** Personality profiles, self-handicapping tendencies and perception of social support for heroin addicts as predictors of persistence in treatment

### **Summary:**

Heroin addiction impairs every aspect of physical and psychological health of the addict, and at the same time, it impairs all forms of social functioning of the addict, as well as of everyone who loves him/her and of society as a whole, so it's necessary to put a lot of effort into treating this disease successfully. Working with heroin addicts shows that the treatment is a long and uncertain process, as the treatment must simultaneously cover three segments: psychological traits of heroin addicts, the degree of social support they have, and their motivation for this treatment. The theoretical goal of this research was to find out if there are any specifics regarding personality traits of heroin addicts, and whether there is a link between personality traits, self-handicapping, social support and motivation for the addiction treatment. The practical goal is to provide the improvement of the motivational aspect of treating heroin addicts, as well as to determine the role of social support in evaluating treatment outcomes.

The research was conducted on a sample of 227 heroin addicts under treatment.

The research clarifies some of the addicts' personality traits, their self-handicapping strategies, and connects them to treatment and social support, which can be used as a good basis for the improvement of the entire treatment. Sociodemographic data have been collected to help find the answer to the question of who heroin addicts are today. In further research, through the Alternative Five-Factor Personality Test, we found that heroin addicts show higher scores on the Neuroticism-Anxiety, Impulsive Sensation Seeking, and Aggression-Hostility scales. By analyzing the results, we concluded that Impulsive sensation seeking in heroin addicts refers to the seeking for excitement and adventure, searching for experience, and disinhibition. Heroin addicts tend to use self-handicapping strategies, out of which they mostly use external handicaps in interpersonal area and external handicaps in achievement area. The perception of social support for heroin addicts is the greatest when it comes to their family. The highest stability and persistence in treatment is shown by heroin addicts with low scores on the Neuroticism-Anxiety and Impulsive Sensation Seeking subscales, and with higher scores on

the Activity subscale. A negative correlation was found between the tendency to self-handicapping in heroin addicts and persistence in treatment, and a positive correlation was found between persistence in treatment and perceived social support from family members.

**Key words:** *heroin addiction, personality traits, impulsive sensation seeking, self-handicapping strategies, perception of social support, persistence in treatment*

**Scientific field:** Psychology

**Scientific sub-field:** Clinical Psychology

**Classification code (CERIF):** Psychology, S260, Clinical Psychology, B650.

**Defence licence type „Creative Communities“:** Attribution – Non Commercial

This doctoral dissertation is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License (CC BY-NC) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

*Dugujem ogromnu zahvalnost svima koji su mi pružili podršku na ovom dugom i trnovitom putu znanja. Porodici i prijateljima koji su me hrabrili, profesoricama Sanji Radetić-Lovrić i Jadranki Kulenović-Đapo koje su me dobronamernošću, stručnošću i iskustvom usmjerile, a posebno mojoj mentorici profesorici Nadi Vaselić koja me provela najtežim dijelovima moga puta.*

## SKRAĆENICE

<b>PAS</b>	Psihoaktivne supstance
<b>SZO</b>	Svjetska zdravstvena organizacija
<b>UNODC</b>	Kancelarija Ujedinjenih nacija za droge i kriminal
<b>EMCDDA</b>	Evropski monitoring centar za droge i zavisnost
<b>DSM</b>	Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje
<b>MKB</b>	Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja
<b>HCV</b>	Hepatitis C je krvlju prenosiv virus koji napada stanice jetre.
<b>HIV</b>	Virus humane imunodeficijencije koji, u slučaju neliječene infekcije, uzrokuje sindrom stečenog nedostatka imuniteta (SIDA ili AIDS)
<b>ZKPQ-50-CC</b>	Skraćena verzija Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire, test ličnosti. Supskale su:
	<b>ZKPQ_Akt</b> supskala Aktivnosti
	<b>ZKPQ_Agr_H</b> supskala Agresivnosti–Hostilnosti
	<b>ZKPQ_Soc</b> supskala Socijalnosti
	<b>ZKPQ_N_Anx</b> supskala Neuroticizma–Anksioznosti
	<b>ZKPQ_ImpSS</b> supskala Impulsivnog traganja za senzacijama
<b>SSS-V</b>	Sensation Seeking Scale – Skala traženja uzbudjenja. Supskale su:
	<b>SSS_V_Stuip</b> supskala traženja uzbudjenja i pustolovina
	<b>SSS_V_Stiid</b> supskala traženja iskustava i doživljaja
	<b>SSS_V_Dez</b> supskala dezinhibicije (otkočenosti)
	<b>SSS_V_Spd</b> supskala podložnosti dosadi
<b>UPS</b>	Upitnik za procjenu samohendikepiranja
<b>MSPSS</b>	MSPSS – Multidimensional Scale of Perceived Social Support – Multidimenzionalna skala percipirane socijalne podrške
<b>CMRS</b>	CMRS factor scales – circumstances, motivation, and readiness scales for substance abuse treatment – Skala za mjerjenje okolnosti, motivacije, spremnosti i istrajnosti zavisnika u liječenju

# SADRŽAJ

UVOD	1
TEORIJSKO-EMPIRIJSKI OKVIR ISTRAŽIVANJA	6
1.1. Bolesti zavisnosti od psihoaktivnih supstanci	6
1.2. Objasnjenja bolesti zavisnosti od psihoaktivnih supstanci	9
1.3. Heroinska zavisnost	19
1.4. Liječenje heroinskih zavisnika	29
1.5. Motivacija za tretman zavisnika od heroina	34
1.6. Uloga socijalne podrške u liječenju heroinskih zavisnika	38
1.7. Uloga psihologa u liječenju heroinskih zavisnika	41
1.8. Dosadašnja istraživanja ličnosti heroinskih zavisnika	46
1.9. Problem istraživanja	49
1.10. Ciljevi istraživanja	51
1.11. Hipoteze istraživanja	52
METODOLOGIJA ISTRAŽIVANJA	54
2.1. Nacrt istraživanja	54
2.2. Uzorak	55
2.3. Metode, varijable i instrumenti istraživanja	57
2.4. Kvalitativni dio istraživanja	62
REZULTATI	65
3.1. Osobine ličnosti heroinskih zavisnika	65
3.2. Traganje za uzbuđenjem	68
3.3. Strategije samohendikepiranja kod heroinskih zavisnika	70
3.4. Percepcija zavisnika o socijalnoj podršci	72
3.5. Motivacija za tertman heroinskih zavisnika	75
3.6. Stručne procjene istrajnosti u liječenju heroinskih zavisnika	76
3.7. Visoka i niska istrajnost u liječenju	77
3.8. Veze ispitanih varijabli i istrajnosti u liječenju	79
3.9. Fokus-grupe o percipiranoj socijalnoj podršci	83
3.10. Fokus-grupe o istrajnosti u liječenju	85
3.11. Podaci dobijeni pomoću kliničkog intervjeta	87

<b>DISKUSIJA</b>	96
4.1. Socio-demografska i personalna obilježja ispitanog uzorka	96
4.2. Osobine ličnosti heroinskih zavisnika	98
4.3. Traganje za uzbuđenjem kod heroinskih zavisnika	100
4.4. Strategije samohendikepiranja kod heroinskih zavisnika	101
4.5. Percepcija zavisnika o socijalnoj podršci	102
4.6. Motivacija za tretman heroinskih zavisnika	104
4.7. Stručne procjene istrajnosti u liječenju heroinskih zavisnika	104
4.8. Fokus-grupe o percepciji socijalne podrške	106
4.9. Fokus-grupe o istrajnosti u liječenju	114
4.10. Analiza podataka dobijenih kroz kliničke intervjuje	121
4.11. Ko su heroinski zavisnici danas?	121
4.12. Ograničenje istraživanja i implikacije ka budućim istraživanjima	123
<b>ZAKLJUČAK</b>	124
<b>LITERATURA</b>	125
<b>PRILOZI</b>	143

## UVOD

Na temelju dugogodišnjeg iskustva u radu sa zavisnicima od opijata, dolazimo do vrijednih zapažanja koja potiču istraživanja psiholoških varijabli koje mogu da doprinesu istrajnosti u liječenju zavisnika od heroina.

Iako se, uglavnom, radi o mlađim ljudima, kod ovih pacijenata dolazi do opšteg tjelesnog propadanja, neuroloških i psihijatrijskih poremećaja, te čestih zaraznih bolesti (poput hepatitisa, tuberkuloze, HIV-a). Stopa samoubistava kod zavisnika od heroina je trinaest do sedamnaest puta veća u odnosu na njihove vršnjake iz normativne kategorije, a sam rizik samoubistva je četrnaest puta veći (Darke, Hall, Weatherburn i Lind, 1999; Lind, Oyefeso, Baldacchino i Ghodse, 1999). Sve to, udruženo, čini da je visoka stopa smrtnosti među ovim pacijentima. Smrt je često i posljedica predoziranja, raznih nezgoda i povreda koje se ponekad dešavaju u situacijama kriminalnog okruženja u kojem se kreću za vrijeme kupovine i korištenja heroina. Prema podacima Zavoda za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona, u periodu od deset godina, četrdeset mlađih ljudi iznenada je umrlo, što je svakako alarm za istraživače da se studiozno posvete ovoj problematici, kako bi prevenirali navedene ishode.

S druge strane, porodice u kojima je neko od članova zavisnik od heroina, suočavaju se sa nerazumijevanjem okoline i odbacivanjem, prvo zavisnika, a posljedično i cijele porodice. Ove porodice bore se na dva fronta: da svog člana motivišu za liječenje i da u liječenju istraje, te da, kao porodica, opstanu i vode koliko-toliko funkcionalan život. Kod zavisnika o heroinu socijalno funkcionisanje trajno je ugroženo bolešću, a ponekad i potpuno uništeno, pa su prisiljeni pomiriti se sa malim brojem socijalnih kontakata, najčešće nedovoljno kvalitetnim, u uskom krugu ljudi koji su, najčešće, i sami zavisnici. Kako to sve izgleda, saznajemo i kroz neformalne razgovore s njima, kada otkrivaju da se svakodnevno druže isključivo sa drugim pacijentima zavisnim od heroina. Ova populacija je zatvorena, što se može vidjeti i po partnerima u emotivnim vezama koje imaju djevojke zavisnice od heroina. Gotovo svaka od njih imala je više veza, ili čak više bračnih i vanbračnih zajednica, ali gotovo uvijek iz iste populacije heroinskih zavisnika.

Nezaustavljava želja heroinskih zavisnika da nabave heroin u trenutku kada počinje apstinencijalna kriza dovodi do mnogih pogrešnih odluka i radnji koje, i od premorbidno moralnih i savjesnih ljudi, stvaraju kriminalce. Počinju sa prodajom stvari iz kuće bez znanja ili odobrenja njihovih porodica, a završavaju sa provalnim krađama, otimanjima,

razbojništvima. Istovremeno, djevojke se u toj fazi često odlučuju na korak očajnika i prostituišu se da bi došle do novca za heroin. Mnoge od njih postaju žrtve makroa koji su im ujedno i dileri, te se vrte u lancima prostitucije iz kojih više ne uspijevaju izaći. Razvod i nezaposlenost povezani su sa bolešću zavisnosti od heroina, i to bez obzira na socioekonomski status.

Iz prethodno navedenog, možemo zaključiti kako je zavisnost od heroina bolest koja narušava i tjelesno i psihičko zdravlje, te socijalnu funkcionalnost, kako zavisnika, tako i značajnih osoba iz njegovog okruženja.

Prema tome, veoma je važno preduzeti sve mjere kako bi liječenje zavisnosti započelo u ranoj fazi i da bude što je moguće uspješnije. Kako bi postupci u liječenju zavisnika od heroina bili uspješni, važno je identifikovati psihosocijalne aspekte koji su u osnovi kompleksne kliničke slike ciljne grupe.

Istraživanje je dizajnirano s ciljem utvrđivanja i doprinosa individualnih obilježja, preferiranim strategijama i tehnikama samohendikepiranja, percepcije socijalne podrške u objašnjenju spremnosti ovisnika o heroinu da istraju u liječenju.

Ovo istraživanje pruža smjernice za razvijanje tehnika kojima bi se psihoterapijski pristupalo, kako zavisnicima, tako i važnim osobama iz njihovog okruženja.

## **Temeljni pojmovi na kojima se zasniva istraživanje**

Teorijski okvir istraživanja podrazumijeva objašnjenje temeljnih pojmoveva koje ćemo koristiti u okviru našeg istraživanja: psihohemikalne supstance, bolest zavisnosti od psihohemikalnih supstanci, opijatska zavisnost, heroin, heroinska zavisnost, ličnost, supstitucionna terapija opijatske zavisnosti, samohendikepiranje, socijalna podrška.

### *Psihohemikalne supstance (PAS)*

Psihohemikalnim supstancama nazivamo hemijska jedinjenja za koja je utvrđeno da vrše uticaj na centralni nervni sistem osobe, mijenjaju njenu svijest i mišljenje, a time i njeno ponašanje i doživljaje. Psihohemikalne supstance direktno mijenjaju moždanu aktivnost, pa se zbog toga ove hemijske supstance imenuju kao „droge”, kao „psihohemikalne” ili kao „supstance“ koje će dovesti do indukovanih poremećaja prema DSM-V (Ratković, 2017). Porijeklo psihohemikalnih supstanci može biti prirodno i vještačko, a dugotrajna upotreba dovodi do bolesti zavisnosti, sa promjenama fizičkog i psihološkog zdravlja.

### *Bolest zavisnosti od psihoaktivnih supstanci*

Svjetska zdravstvena organizacija definiše bolest zavisnosti od PAS kao upotrebu psihoaktivnih supstanci u količini koja će dovesti do mentalne disfunkcije i poremećaja ponašanja (WHO, 2004<sub>a</sub>, 2006<sub>b</sub>, 2009<sub>c</sub>).

### *Opijatska zavisnost*

Opijatska zavisnost uključuje znakove i simptome koji su posljedica dugog i kompulzivnog uzimanja opijata, a ovo uzimanje nije iz medicinskih razloga (Američki dijagnostički priručnik DSM IV).

Prema DSM-V (2014), zavisnost od opijata spada u grupu bolesti zavisnosti od psihoaktivnih supstanci. Ova grupa bolesti definiše se kao neprilagođeno ponašanje koje je vezano za upotrebu psihoaktivnih supstanci. To ponašanje vodi znatnom oštećenju organizma ili subjektivnim problemima. Prepoznaje se na temelju tri ili više kriterija koji se pojavljuju u jednoj godini dana.

DSM-V (2014) jasno navodi kriterije, a to su:

1. Tolerancija, određena na temelju jednog od sljedećih faktora:

- a) Potreba za znatno uvećanim količinama psihoaktivne supstance, kako bi se postigla opijenost ili željeni učinak;
- b) Znatno smanjenje učinka, iako se i dalje uzima ista količina psihoaktivne supstance;

- 2.Znaci apstinencijalne krize;
- 3.Psihoaktivna supstanca često se uzima u većim količinama ili tokom dužeg perioda nego što je to na početku bilo namjeravano;
- 4.Prisutna je trajna težnja ili neuspješno nastojanje da se smanji ili kontroliše uzimanje psihoaktivne supstance;
- 5.Najveći dio vremena provodi se u aktivnostima vezanim za nabavljanje psihoaktivne supstance, njenu upotrebu ili oporavak od svega negativnog što ona napravi organizmu;
6. Zbog upotrebe psihoaktivnih supstanci prekidaju se, ili značajno smanjuju, sve do tada važne društvene, poslovne ili rekreacijske aktivnosti;
- 7.Psihoaktivna supstanca nastavlja se uzimati, uprkos znanju o postojanju trajnih i ponavljenih fizičkih i psihičkih problema, koji su izazvani ili pogoršani njenom upotrebom.

Osim navedenih kriterija, postoje još dva koja nas mogu usmjeriti na postojanje, odnosno nepostojanje tolerancije ili sustezanja: fiziološka zavisnost, ukoliko su prisutni ili znaci tolerancije ili znaci sustezanja, i nepostojanje fiziološke zavisnosti, kada nema niti znakova tolerancije niti znakova sustezanja.

#### *Heroin*

Heroin (diacetylmorphine) je polusintetički derivat morfina, a u komercijalne svrhe proizведен je prvi put u Njemačkoj 1898. godine.

#### *Heroinska zavisnost*

Heroinska zavisnost se, u medicinskim i drugim stručnim krugovima, često definiše kao bolest mozga koja je veoma teška za liječenje i trajno izlječenje. Njeno liječenje je najčešće sa potpuno promjenjivim i nepredvidivim tokom.

#### *Ličnost*

Ličnost je centralni psihološki pojam i zbog toga se u psihološkoj literaturi mogu vidjeti različite definicije ličnosti, a najčešće citirana je Allportova (1968<sub>a</sub>: str.44, 1968<sub>b</sub>) definicija, da je „ličnost dinamička organizacija onih psihofizičkih sistema unutar individue koji određuju njen karakteristično ponašanje i njen karakterističan način mišljenja“, te time i prilagođavanje sredini. Eysenck, predstavnik dispozicijske domene, ličnost opisuje kao relativno trajnu organizaciju temperamenta, karaktera, fizičkih osobina i intelektualnih sposobnosti osobe koja definiše ličnu prilagođenost svojoj okolini (1953, prema Larsen i Buss, 2008).

### *Supstitucionna terapija opijatske zavisnosti*

Supstitucionna terapija opijatske zavisnosti podrazumijeva primjenu zamjenskog, legalnog, od strane doktora propisanog lijeka, umjesto ilegalnih opijata. Ovi lijekovi djeluju na ista mesta u mozgu kao opijati, ublažavaju simptome apstinencijalne krize, te smanjuju žudnju za ilegalnim opijatima. Supstitucija, po pravilu, mora imati neuporedivo manje euforičnih efekata, a najčešće se koriste metadon, buprenorfin i naltrekson.

### *Samohendikepiranje*

Samohendikepiranje je aktivno nastojanje osobe da kreira inhibirajuće faktore i prepreke vlastitom uspjehu, kako bi izbjegla da se eventualni neuspjeh pripše nedostatku sposobnosti. Ovakvo ponašanje je u osnovi ponašanja zavisnika zbog njihovog samointoksiciranja, pa se veza između zavisnosti i samohendikepiranja naučnicima logično nametnula. Temeljni doprinos razumijevanju ove oblasti dali su socijalni psiholozi Berglas i Jones (1978), koji su prvi upotrijebili termin *samohendikepiranje*, nazvavši tako jednu od strategija za suočavanje sa mogućim neuspjehom.

### *Socijalna podrška*

Sarason, I. G., Levine, Basham i Sarason, B. R. (1983) socijalnu podršku vide kao svjesnost o postojanju osoba na koje se oslanjamo. Daju nam do znanja da o nama brinu, da nas vole, prihvataju i cijene (Živčić-Bećirević, 1995/96). Slično tome, socijalna podrška predstavlja doživljaj da je osoba uklopljen član dobro organizovane mreže u kojoj može da primi i pruži naklonost, pomoć i podršku (House, Landis i Amberson, 1988). Intuitivno, socijalnu podršku definišemo kao pomoć nama bliskih ljudi u teškim životnim situacijama. Izvori socijalne podrške mogu biti različiti. Osim članova porodice, značajan izvor podrške su prijatelji, radne kolege, rođaci, saradnici i komšije. Socijalna podrška se odnosi na funkcije koje važne osobe u našem životu obavljaju za nas i u našu korist. Heller, Swindle i Dusenbury (1986) socijalnu podršku shvataju kao važan faktor u procesima uticaja stresa na zdravlje. Kako autori navode, osobe sa kvalitetnim interpersonalnim odnosima zaštićenije su od negativnih posljedica stresa od osoba koje su same.

# **TEORIJSKO-EMPIRIJSKI OKVIR ISTRAŽIVANJA**

## **1.1. Bolesti zavisnosti od psihoaktivnih supstanci**

Zavisnost je kompleksan problem pojedinca, ali i društva. Ova bolest ima toliko mnogo dimenzija i negativnog uticaja na sve segmente individualnog i društvenog života, da je među vodećim javnozdravstvenim problemima današnjice (Gazdek, 2011). Upotreba psihoaktivnih supstanci predstavlja značajnu prijetnju fizičkom zdravlju pojedinca, ali i prijetnju njegovoj socijalnoj sredini, te ugrožava svaki aspekt funkcionisanja pojedinca, porodice, zajednice i društva.

Da bismo neku pojavu definisali terminom *bolest*, neophodna je primjena medicinskog modela po kojem mora postojati stabilnost u ispoljavanju patoloških simptoma i znakova bolesti pojedinih organa ili cijelog organizma, kao i subjektivni osjećaj patnje i trpljenja bolesne osobe. Zaključak da simptomi čine jednu kliničku sliku, ispravan je samo kad oni pokazuju stabilnost i javljaju se kod najvećeg broja bolesnih. To omogućava dijagnozu i klasifikaciju, a nakon toga slijedi odgovarajuće liječenje (Nastasić, 2012).

Prema svjetskom istraživanju (UNODC, 2018), u dobi između 15. i 64. godine, neku od psihoaktivnih supstanci je konzumiralo, u toku 2016. godine, 275 miliona ljudi širom svijeta, što čini 5,6% cjelokupnog broja ljudi na planeti. Istovremeno, za 31 milion ljudi bilo je potrebno osigurati zdravstveno zbrinjavanje jer imaju poremećaje vezane za upotrebu PAS. Prema procjenama Svjetske zdravstvene organizacije, prevalencija korištenja i zavisnosti od PAS kreće se između 0,4% i 4%, dok su od regije do regije primjetne varijacije o tipovima supstanci koje se koriste. U svijetu bi, po procjenama, moglo biti između 15 i 38 miliona ljudi zavisnih od opijata (WHO, 2004<sub>a</sub>, 2006<sub>b</sub>, 2009<sub>c</sub>).

Glavna osobina zavisnosti od PAS je postojanje mnogobrojnih kognitivnih, ponašajnih i fizioloških simptoma koji ukazuju na to da zavisnik uzima psihoaktivne supstance, iako zna da postoje veoma ozbiljni i ugrožavajući problemi koji su vezani uz njihovo konzumiranje (Bagarić, 2015). Upravo zbog činjenice da se psihoaktivne supstance upotrebljavaju uprkos štetnim posljedicama, te da se iskriviljava samoprocjena mogućih negativnih ishoda ili se oni potpuno zanemaruju, ova bolest svrstava se u kategoriju psihijatrijskih bolesti.

Prema podacima Evropskog monitoring centra za droge i zavisnost iz 2018. godine, procjenjuje se da je više od 92 miliona ljudi, tj. više od četvrtine stanovnika EU u dobi od 15. do 64. godine, tokom svog života probalo nezakonite psihoaktivne supstance. Češće su to

muškarci (56 miliona) nego žene (36,3 miliona). Najčešće isprobavana psihoaktivna supstanca je kanabis (EMCDDA, 2018).

Evropski monitoring centar za droge i zavisnost, prema podacima Zavoda za javno zdravstvo Federacije Bosne i Hercegovine, publikovanih od strane UNDP, Federacije BiH i Global Fund (2014), pokazuje da 10–13% onih koji eksperimentišu sa PAS nastavlju da ih dugoročno konzumiraju, postaju zavisnici ili imaju psihološke poremećaje zbog njihovog korištenja. Prevalencija HIV-a je 20%, hepatitis C je 46,7%, a hepatitis B je 14,6% među intravenskim zavisnicima. U populaciji odraslih osoba, jedna od sto smrти nastaje zbog uzimanja PAS (UNDP, Federacije BiH i Global Fund, 2014).

Godišnje zbog ovih zavisnosti umire 0,2 miliona ljudi, uništavaju se porodice i osiromašuju hiljade drugih ljudi povezanih sa zavisnikom (UNDP, FBiH, 2014). U 2012. godini, članice Evropske unije pronašle su i registrovale 73 nove psihoaktivne supstance (EMCDDA, 2013).

Dostupni su epidemiološki podaci za Bosnu i Hercegovinu, objavljeni od strane EMCDDA (2013), i podaci Zavoda za javno zdravstvo Federacije Bosne i Hercegovine, publikovani od strane UNDP, Federacije BiH i Global Fund (2014). Prema tim podacima, procjene su kako u Bosni i Hercegovini ima između 10000 i 15000 zavisnika od PAS. Zavisnika koji supstancu koriste intravenski, ima između 5000 do 7500, što iznosi 0,1 do 0,2% populacije. Početak zavisnosti obično je između 21. i 22. godine. U toku svog života, 31% odraslih ljudi u našoj zemlji probalo je psihoaktivne supstance.

Prema istraživanju (ESPAD – European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, EMCDDA, 2015), 28% mlađih je do 16. godine probalo neku PAS. U našoj zemlji najčešće se uzimaju kanabis, inhalanti, psihostimulanti, opijati i benzodijazepini.

Registrovani zavisnici su često kriminogenog ponašanja (39–49%).

Kada govorimo o toku bolesti, postoji nekoliko različitih faza razvoja oboljenja (Nastasić, 2011). One u toku adolescentne dobi prolaze mnogo brže nego što bi ih prolazile odrasle osobe. Faze razvoja bolesti zavisnosti od psihoaktivnih supstanci su: eksperimentalna, socijalna, instrumentalna, habitualna i kompulzivna. Eksperimentalna faza je period kada se PAS uzima iz radoznalosti ili zbog adolescentnog „testiranja opasnosti“. Socijalna faza podrazumijeva korištenje u određenim prilikama – izlasci, zabave, koncerti i slično. Instrumentalna faza podrazumijeva isprobavanje kojom određenom supstancom se postiže promjena raspoloženja i ponašanja. Nekada je cilj bolji provod, a nekad želja da se prevaziđe stres i neprijatni doživljaji ili negativno afektivno stanje koje može podrazumijevati

depresivnost, strah i osjećaj neadekvatnosti. Habitualna faza nastupa kada je uzimanje supstanci redovno, i to je prelazna faza prema zavisnosti ili početak bolesti. Kompulzivna faza znači prilagođavanje stalnom uzimanju, promijenjen životni stil, sistem vrijednosti i karakterne osobine. Zavisnik koristi PAS da bi se osjećao „normalan“ i funkcionalisao na bilo koji način, jer je razvijena globalna disfunkcionalnost.

Dužina trajanja opisanih faza, kao i brzina kojom će se formirati klinička slika bolesti, zavise od brzine kojom će se postići neurobiološki parametri zavisnosti, te socijalnog okruženja zavisnika (Nastasić, 2012).

U toku stvaranja zavisnosti, na početku bolesti, zavisnici izvještavaju o osjećaju euforije kada uzmu supstancu. To stanje opisuju riječima: „blaženstvo“, „najveći užitak“, „potpuni mir“. Ovo početno stanje potpunog zadovoljstva odgovorno je za želju zavisnika za svakim novim uzimanjem, u nadi da će se ponoviti ovaj prvi nevjerovatni osjećaj. U stvarnosti se dešava nešto potpuno suprotno. Nastavak konzumacije opijata dovodi do toga da faze zadovoljstva nestaju u potpunosti, a njihovo mjesto zauzimaju negativne posljedice apstinencijalne krize ukoliko se pristup supstanci spriječi. Sve više se dešava da zavisnik PAS ne uzima da bi se osjećao lijepo, nego da se ne bi osjećao veoma loše.

U hroničnoj fazi bolesti izraženi su simptomi agresivnosti, nervoze i razdražljivosti, problemi s koncentracijom i pažnjom, poremećaji spavanja i raspoloženja, ispadi u pamćenju, različite somatske tegobe, socijalno povlačenje, izolacija i usamljivanje.

Neprilagođeno ponašanje zavisnika, koje je vezano za kontinuiranu upotrebu psihoaktivnih supstanci, vremenom vodi sve većem oštećenju organizma i sve dubljim ličnim problemima. S obzirom na to da je sve veća potreba za psihoaktivnom supstancom, uzima se sve veća doza da se postigne opijenost. Kada supstance nema, javlja se apstinencijalni sindrom, pa se najveći dio vremena provodi u aktivnostima vezanim za nabavku i upotrebu supstance. Na kraju se prekidaju društvene, poslovne i druge aktivnosti, a uzimanje se nastavlja, uprkos očiglednoj šteti (DSM-V, 2015).

## **1.2. Objasnjenja bolesti zavisnosti od psihоaktivnih supstanci**

Mnogobrojne teorije pokušale su objasniti zašto neko započinje sa upotrebotom psihоaktivnih supstanci, ali do sada nije utvrđen jedan univerzalno prihvaćen etiološki model razvoja zavisnosti. Razlog se može potražiti u višedimenzionalnosti pojave zavisnosti.

Kada razmišljamo prema medicinskom gledištu, zavisnost se definiše kroz stvaranje fiziološke adaptacije na supstancu, a zatim i pojavu apstinencijalnog sindroma kada nje nema. Iz ove adaptacije nastaju psihobiološki poremećaji i tada bolest zavisnosti prerasta u bolest centralnog nervnog sistema (Nastasić, 2012).

Ako, s druge strane, gledamo na poremećaje koji se vide kroz ponašajnu sferu, onda možemo da utvrdimo postojanje patologije u učenju, pamćenju, motivaciji, a sve to kroz kompulzivno uzimanje psihоaktivne supstance, uprkos očiglednim ogromnim posljedicama (Robinson i Berridge, 1993).

Više raznih faktora uslovljava pojavu zavisnosti od PAS, a najvažnije su tri: specifičnost metabolizma određenog broja ljudi, karakteristike ličnosti i različite socijalne okolnosti (Kecmanović, 1990).

Bolesti zavisnosti proizilaze iz interakcije ličnosti, okoline i određene psihofarmakološke supstance. To se potpuno jasno sagledava u situaciji ako je supstanca lako dostupna, jer, i pored te činjenice, neki adolescenti nikada ne probaju PAS, neki probavaju pa vremenom prestanu, a jedan dio ih uzima bez obzira na svu štetu koju trpe.

Korespondentno prethodnom tekstu, autori Oetting i Beauvais (1986) predlažu hipotetički model prema kojem zavisnost od PAS nastaje kao proizvod međudjelovanja demografskih faktora, faktora socijalizacije, osobina pojedinca, njegovih stavova i vjerovanja, te razmišljanja o uzimanju supstance i ponašanja vezanih uz to. Navedeni autoru predložili su sedam teorija/modela kojima se objašnjavaju razlozi zbog kojih neki pojedinac započinje sa konzumacijom PAS: medicinski model, teorije „vrata”, socijalne teorije, psihološke teorije, politička teorija, psihosocijalne teorije i teorije životnog stila. Za potrebe ovog istraživanja, stavićemo naglasak na psihološke i biopsihosocijalne teorije, sa naglaskom na Zuckermanov model ličnosti.

### 1.2.1. Teorije zasnovane na medicinskom modelu

Prema medicinskom modelu, ako zdrav čovjek uzima psihoaktivnu supstancu dolazi do fizičke zavisnosti. Kada pojedinac duži period uzima heroin, to dovodi do konstantnog povećavanja doze koja mu treba da zadovolji potrebu za ovom supstancom. Ako smanji ili prekine upotrebu heroina, javi se apstinencijalna kriza koja ga dalje tjera na ponovno uzimanje (Lalić i Nazor, 1997). Medicinski model podrazumijeva i teorije koje pretpostavljaju postojanje poremećaja u metaboličkom funkcionisanju pojedinca koji služi kao temelj za nastajanje bolesti zavisnosti od heroina. Sami smo u stanju da proizvodimo vlastiti prirodni opijat, endogeni morfin – endorfin. Ovaj prirodni opijat ima presudnu ulogu za pojavu osjećanja oduševljenja, kao i kod smanjivanja boli. Zavisnici imaju manjak endorfina, pa su osjetljiviji od drugih za osjećaj boli, te im opijati trebaju radi stabilizacije urođene preosjetljivosti (Peele, 1985, prema Lalić i Nazor, 1997). Prema istraživanjima koja naglašavaju genetiku u određivanju ko će postati zavisnik, rađenim na jednojajčanim blizancima, deset posto ljudske populacije u genima ima dispoziciju za razvijanje bolesti zavisnosti od droga ili alkohola (Jang, Vernon, Livesley, Murray i Heike, 2001).

### 1.2.2. Teorija „vrata“

Prema teorijama „vrata“, zavisnik stalno prelazi od lakših supstanci prema težima, simbolično rečeno, kao kroz različita vrata gdje jedna vode prema drugima. Na sličan način Kendelova teorija stepeni (1980) objašnjava zavisnost (Rhodes i Jason, 1988). Tako, zavisnost započinje konzumacijom duhana nakon čega se prelazi na alkoholna pića, iza toga obično na „travu“ (marihanu), a na kraju na opijate i psihostimulante. Stepenicu po stepenicu, zavisnici postepeno postaju sve otvoreniji za različite vrste supstanci i sve više prihvataju životni stil karakterističan za populaciju zavisnika (Belak Kovačević, 2004).

### 1.2.3. Socijalne teorije

U okviru socijalnih teorija proučavani su demografski podaci, kao što su dob, socioekonomsko stanje, obrazovanje, zaposlenost, mjesto življenja, socijalizacija i usvajanje socijalnih normi. Ove teorije nastoje razumjeti vezu socijalne okoline i njene karakteristične strukture sa pojedincem, te načine na koji njihova interakcija utiče na razvoj zavisničkih

ponašanja. Socijalne teorije se bave pitanjima uzimanja PAS u kontekstu delinkventnog i kriminalnog ponašanja (Oetting i Beauvais, 1986, prema Belak Kovačević, 2004), kao što su teorija anomije, teorija adaptacije, politička teorija, teorija modela životnog stila i teorija vršnjačkog miljea.

*Teorija anomije* Emilie Durkheima objašnjava pojavu anomije, tj. bezakonja i pada moralnih i društvenih vrijednosti u nekom društvu, kada ono doživljava promjene i prelazi iz jedne društvene strukture u novu. U tom procesu elementi kolektivne svijesti kao moral, pravo, običaji i religija, koji imaju funkciju kontrole društva nad ponašanjem pojedinca, prestaju biti funkcionalni (Radetić Lovrić, 2011). Petrović (2003) smatra da je masovna i periodična upotreba psihoaktivnih supstanci pojačana u razdobljima društvene krize, kada su prisutni česti nemiri, nestabilnosti, masovne frustracije, gubitak tradicije, vjere, te opšti osjećaj bespomoćnosti i beznađa. Najveći broj poslijeratnih zavisnika spada u tzv. „reakтивне“ tipove (Ilić, M., 2012). Zavisnost se stvara kao odgovor adolescenta na pritiske vezane za rast i razvoj ili predstavlja posebnu pobunu i potrebu da bude uklopljen u svoju generaciju.

*Teorija adaptacije* tumači zavisnost kao naučeno ponašanje koje olakšava prilagođavanje pojedinca njegovom socijalnom okruženju. Svaki čovjek ima potrebu da bude pozitivno ocijenjen, prihvaćen, podržan i dobro uklopljen u svoju okolinu. Ova potreba može se ostvariti na društveno prihvatljiv ili neprihvatljiv način (Ilić, B., 2004). Postoje dva psihosocijalna faktora koji kroz djetinjstvo i mladost mogu izrazito otežati ovaj proces adaptacije pojedinca na okolinu. To su: agresija i socijalna nekompetentnost. Oba ova faktora mogu biti uzroci, a istovremeno posljedice socijalne izolovanosti. Izrazito agresivni pojedinci nisu omiljeni u svom okruženju, što može dovesti do gubitka samopouzdanja i neadekvatnog ponašanja. Kako okolina najčešće djeluje represivno, utjehu mogu početi da traže u psihoaktivnim supstancama (Ilić, B., 2004).

Szasz (1982) je predstavio svoju *političku teoriju* (prema Oetting i Beauvais, 1986), po kojoj upotrebu psihoaktivnih supstanci vidi kao prirodan proizvod konflikta između samokontrole i vanjskih pritisaka. Razmišljajući u tom smislu, zavisnika vidimo kao osobu koja, bez obzira što je svjesna moguće štete, namjerno konzumira supstancu i svoje ponašanje smatra činom slobodnog izbora.

*Teorije modela životnog stila* ukazuju na postojanje grupe zavisnika koje imaju jedinstvene, lako prepoznatljive osobine. Ove njihove jedinstvene karakteristike formiraju se u specifičan životni stil. Članovi takve jedne grupe često uzimaju istu vrstu supstanci, u

gotovo istoj količini, na isti ili veoma sličan način i često zbog veoma sličnih motiva. Specifično je da su supstance povezane i sa drugim aktivnostima unutar ovih grupa, te na više nivoa definišu postojanje grupe. Njihova konzumacija postaje integralni dio stila života članova grupe (Belak Kovačević, 2004).

U socijalne teorije svrstava se i *teorija vršnjačkog miljea* (Oetting i Beauvais, 1986). Ova teorija, kao najvažniji faktor za razvoj zavisnosti, definiše uske vršnjačke grupe sastavljene od najboljih prijatelja i partnera/ice koje uče pojedinca kako koristiti supstance, a istovremeno, unutar tih grupa dominiraju isti stavovi prema supstancama, specifična očekivanja, vjerovanja i vrijednosti. Zavisni imaju specifičan stil života, različit od prosječne osobe koja nije zavisnik. Njihov stil podrazumijeva određene socijalne vrijednosti i norme ponašanja zbog kojih subkultura zavisnika od PAS pruža socijalnu solidarnost, podršku i zadovoljenje potrebe za pripadnosti grupi onima koji se deklarišu njenim pripadnicima (Radetić Lovrić, 2011). S druge strane, ova veza funkcioniše i u suprotnom pravcu, tako da je za ulazak u svijet zavisnosti važno postojanje objektivnih prilika i socijalne veze sa subkulturnom zavisnikom (Lovrić, 2007).

Psihoaktivna supstanca može da se uzima i zbog genetskih defekata, nekih fizičkih abnormalnosti, ali se u etiološkim traganjima mnogo više polaže na socijalne faktore i individualne reakcije na njih, bar kada se radi o adolescentnoj upotrebi PAS našeg vremena (Petrović, 2003).

#### 1.2.4. Psihosocijalne teorije

Psihosocijalne teorije, prilikom proučavanja problema zavisnosti, uzimaju u obzir oboje: socijalnu okolinu i karakteristike ličnosti osobe. Jessor i Jessor (1977) iznijeli su jednu od najznačajnijih teorija iz ove grupe, teoriju sklonosti problematičnom ponašanju (prema Oetting i Beauvais, 1986). Oni tvrde da su ličnost, okolina i ponašanje osobe međusobno povezani faktori koji mogu dovesti do devijacija, a da je upotreba PAS samo jedan od mogućih oblika devijantnosti. Iz toga proizilazi zaključak da je devijantnost proporcionalna stepenu zavisnosti (Belak Kovačević, 2004). Teorija diferencijalne asocijacije objašnjava učenje društveno neprihvatljivih ponašanja kroz interakciju pojedinca sa socijalnim grupama neprihvatljivog ponašanja, koje su za pojedinca model ponašanja. Iako je u početku objašnjavala isključivo pojavu kriminalnih oblika ponašanja, gledišta ove teorije su primjenjiva i za upotrebu PAS kod mladih osoba (Radetić Lovrić, 2011).

### 1.2.5. Biopsihosocijalni model razvoja zavisnosti

Biopsihosocijalni model razvoja zavisnosti (Wills i Shiffman, 1985) spaja biološke, psihološke i socijalne faktore i integriše ih u jedinstvenu teoriju. Ovaj model, kao psihološki faktor, naglašava važnost koju za razvoj zavisničkog ponašanja imaju vještine suočavanja sa stresom. Kao socijalnopsihološki faktor, ovaj model uvodi vještine odupiranja upotrebi PAS pod pritiskom grupe vršnjaka, a biološki faktor podrazumijeva genetsku dispoziciju za uzimanje supstanci. Biološki faktori su vezani uz saznanje da se ljudi razlikuju po optimalnom nivou aktivacije mozga, te da isti podražaji dovode do različitog nivoa pobuđenosti kod različitih osoba. Pretpostavka ove teorije je da osobe konzumiraju PAS iz dva nevezana razloga. Prvi razlog je da smanje anksioznost ili preveliku aktivaciju, a drugi razlog je da povećaju pozitivan afekt u periodima kada su tužni, umorni i nisko pobuđeni. Iz ovih razloga pojačava se efekat uzimanja supstance kao uspješne strategije suočavanja, iako je neprilagođena. Prema ovom modelu, moguće je pretpostaviti da će pojedinac početi sa konzumiranjem psihoaktivnih supstanci, pa je stepen rizika za razvoj zavisnosti veći u situacijama koje su za osobu stresnije ukoliko nema razvijene adekvatne odbrane, a istovremeno model objedinjuje biološku komponentu sa razumijevanjem uslova u kojima pojedinac živi i njegove individualne osobine (Belak Kovačević, 2004).

### 1.2.6. Psihološke teorije

Dok teoretičari iz područja sociologije smatraju socijalno okruženje presudnim za početak uzimanja PAS, psihološki teoretičari smatraju da je njihova upotreba način kompenzacije vlastitih problema i zadovoljavanja ličnih potreba, te da joj je osnova u ličnosti pojedinca. Autori Spotts i Shontz (1980) pokušali su objasniti vezu specifičnih razvojnih devijacija u ranoj dobi i upotrebe određene vrste PAS (prema Oetting i Beauvais, 1986). Tako su utvrdili povezanost između uzimanja nekog tipa supstanci i određenog tipa ličnosti. Osim toga, prikazali su podatke koji objašnjavaju na koji način PAS održavaju iluziju zadovoljstva, da bi vremenom postali integralni dio života zavisnika. Unutar ovog modela izdvaja se i drugi pristup, sa naglašavanjem postojanja specifičnog sklopa crta ličnosti, koji vodi do zavisničkog ponašanja (Belak Kovačević, 2004).

Postoje mnogobrojne psihološke teorije koje pokušavaju objasniti pojavu zavisnosti od psihoaktivnih supstanci. Tako se u psihološkim pristupima zavisnost objašnjava kroz

psihološke potrebe. Polazi se od pretpostavke da ljudi sa osjećanjem intenzivne nesigurnosti u osnovi imaju emocionalne probleme i neurotske konflikte koji ih predodređuju da se okrenu supstancama. Poznato je da je način na koji se nosimo sa događajima u svakodnevnom životu najvećim dijelom određen našom ličnošću (Larsen i Buss, 2007, prema Kolenović-Đapo, Drače i Hadžiahmetović, 2015). S obzirom na to da zavisnost obuhvata cijeli spektar poremećaja ličnosti sa mnogobrojnim varijablama, nije dovoljna jedna teorija da pruži odgovor zašto neko uzima PAS (Petrović, 1988), ali teorije ličnosti pokušavaju objasniti primarnu upotrebu u kojoj se supstanca uzima da olakša prilagođavanje ličnosti okolini, tj. u cilju pojačavanja socijalnih vještina, podsticanja motivacije i raspoloženja, relaksacije ili, kako se nekada navodi, iz spiritualnih razloga (Petrović, 1988).

*Teorija frustracije* oslanja se na psihoanalitički teorijski koncept, te je zavisnik, po ovoj teoriji, fiksiran za oralnu ili genitalnu fazu psihoseksualnog razvoja, slabog ega i superega, a mehanizmi odbrane mu slabe u situacijama jake frustracije. U terminima psihoanalize, izraz *zavisnost* ima široko značenje. Odnosi se na zavisnost od neke supstance, neke aktivnosti, osobe i slično, kojoj je funkcija, s jedne strane, osigurati zadovoljstvo, a, s druge strane, ublažiti psihičku bol, anksioznost i osjećaj krivnje (Žarković-Palijan, 2004).

*Teorija naučene bespomoćnosti* objašnjava da ljudi kroz životna iskustva uče kako njihova aktivnost utiče na ishod nekih situacija. Ako je aktivnost uzaludna, ne dovodi do željenog ishoda, ili je nakon aktivnosti kraj potpuno neizvjestan, stvara se tendencija prema naučenoj bespomoćnosti. Vremenom dolazi do pada samopouzdanja, promjene raspoloženja, depresije, anksioznosti i agresivnosti (Seligman, 1975, prema Radetić Lovrić, 2011). Prema istraživanjima, osjećaj naučene bespomoćnosti statistički značajno više imaju mladi koji imaju iskustva sa PAS nego njihovi vršnjaci koji supstance ne koriste (Lovrić, 2007).

*Kognitivno-bihevioralni teoretski pristup* ovoj bolesti smatra da su efekti psihoaktivne supstance pozitivno potkrijepljenje u procesu uslovljavanja. Zavisnost je naučeno ponašanje stečeno iskustvom. Karakteristično za ovaj pristup je usmjerenost na teškoće „ovdje i sada“ i postepeno razvijanje zajedničkog shvatanja klijentovih problema od strane i terapeuta i klijenta. Bihevioralni pristup podrazumijeva tehniku preoblikovanja ponašanja zasnovanog na uslovljenom učenju. Tu spadaju intervencije usmjerene na prekidanje klasično uslovljenog odgovora. Prekidanje odgovora na neku rizičnu životnu situaciju, u ovom slučaju, bilo bi prekidanje posezanja za supstancom. Kognitivni pristup, s druge strane, potencira uticaj koji imaju automatske misli na ono što osjećamo i kako se ponašamo, pa se uzrok svakog ponašanja traži u kognicijama i razumu. Tako je ponašanje bilo koje osobe direktno povezano

sa njenim razmišljanjima, a umanjuje se značaj drugih faktora okoline, kao što su npr. međuljudski odnosi ili određene životne situacije (Belak Kovačević, 2004).

#### 1.2.7. Zuckermanov model ličnosti

Zadnjih decenija, kroz rast popularnosti genetičkih i fizioloških istraživanja, veliku pažnju psihologa privlače biološki pristupi ličnosti koji su započeli sa Hansom Eysenckom, a dalje istraživani od strane Grayama Clloringera i Marvina Zuckermana, kao najdominantnijim naučnicima iz ove oblasti. Dobijeni rezultati njihovih istraživanja nameću zaključak da su individualne razlike unutar ličnosti biološki određene (Mitrović i Smederevac, 2007; Pickering i Gray, 1999<sub>a</sub>, 2001<sub>b</sub>; Zuckerman, 1979<sub>a</sub>, 1993<sub>b</sub>; Zuckerman i Cloninger, 1996). Psihobiološki pristup proučavanju ličnosti ljudska bića vidi kao biosocijalne organizme, koji se razvijaju pod uticajem genetičkih i socijalnih faktora (Čekrljija, 2014).

Za razliku od ranijih teorija, Eysenckova teorija (1976<sub>a</sub>, 1987<sub>b</sub>, 1998<sub>c</sub>), s obzirom na to da je nomotetska i zasnovana na rezultatima empirijskih istraživanja, pružila je snažne empirijske dokaze bioloških osnova ličnosti za osobine ekstraverzija i neuroticizam (Costa i McCrae, 1992<sub>a</sub>, 1992<sub>b</sub>, 2006<sub>c</sub>). Eysenck polazi od rezultata faktorske analize i definisanja neurofizioloških korelata ekstrahovanih faktora. Konceptualizovani faktori nisu tipovi ličnosti nego dimenzije ličnosti, pa time svaka osoba posjeduje svoje mjesto na kontinuumu mjerene dimenzije (Međedović, 2009). Prema njegovoј teoriji, svaka ličnost može se zahvatiti sa tri dimenzije: ekstraverzija, neuroticizam i psihoticizam. U konstruisanom upitniku (EPQ) uključena je dodatna interpretacija L-skale, ili skale laži, kao faktora socijalnog konformizma (Francis, 1991, prema Mujčinović, 2014). Kompletna Eysenckova teorija ličnosti temelji se na pojmu pobuđenosti organizma, a biološka osnova razlika u ličnosti, po njemu, leži u različitim nivoima pobuđenosti nervnih sistema, zavisno od pozicije osobe na dimenzijama ličnosti. Rezultati do kojih je došao Eysenck potakli su druge istraživače da psihobiološkim teorijama ličnosti objašnjavaju zavisnička ponašanja.

Kod većeg broja psihobioloških modela ličnosti pažnja je usmjerena prema tri bazične dimenzije ličnosti, dok Zuckerman (1979<sub>a</sub>, 1993<sub>b</sub>) smatra da Eysenckova teorija ličnosti nije do kraja uspjela objasniti ljudska ponašanja, jer je uvidio da postoji cijelovito psiho-fiziološko polje, koje Eysenckovom teorijom nije uspjelo biti obuhvaćeno. Razmišljao je o potrebi čovjeka za nekim različitim, novim, neuobičajenim i složenim situacijama. Bez obzira na sve

moguće rizike (fiziološki, psihološki i socijalni rizik), ljudi ipak pokazuju neki nivo želje da uđu u te situacije. Fiziološki rizik uključuje povređivanje i/ili smrtno stradavanje, psihološki rizik podrazumijeva trajne promjene ličnosti i traumatiziranost, dok socijalni rizik uključuje mogućnost da se nađe u ekstremno neugodnoj situaciji poniženja, zbumjenosti ili bez samopoštovanja (Zuckerman, 1993).

Ova razmišljanja su dovela do otkrića, definisanja i oblikovanja konstrukta traženja uzbudjenja. Zuckerman razvija ideju o nivoima stimulacije koji su pojedincu potrebni za postizanje idealnog doživljaja ugodnosti i najboljeg obavljanja aktivnosti. Ako je pojedincu potreban viši nivo stimulacije, a spoljašnje okolnosti mu to ne nude, pojedinac će da traga za dodatnim stimulusima, pa ulazi u rizične situacije, a moguće i u zavisnost. Potraga za uzbudnjima može se prepoznati već u najranijem uzrastu. Postaje veoma izražena u dobi između devete i četrnaeste godine, a u ranim dvadesetim godinama je na najvišem nivou. Kasnije je kroz život relativno stabilna, a u funkciji dobi opada (Obradović, 2012).

Zuckerman je u početku smatrao da je ova crta ličnosti, koju je formulisao kao traženje uzbudjenja, generalni faktor. Rezultati istraživanja koja je kasnije provodio pokazali su da se traženje uzbudjenja sastoji od četiri faktora, koja su međusobno relativno povezana (Zuckerman, 1979). Prvi faktor je *traženje uzbudjenja i pustolovina*, i to je potreba za sudjelovanjem u aktivnostima koje proizvode rizik i fizičku opasnost: padobranski skokovi, alpinizam, te razni oblici letenja i ronjenja. Drugi faktor je *traženje senzacija* kroz nove i svježe doživljaje, nove interesantne misaone aktivnosti ili putovanja, prihvatanje nekonformističkog stila življjenja. Treći faktor je *faktor dezinhibicije* i odnosi se na želju za društvenom i seksualnom otkočenošću, kao što su opijanja u društvu i mijenjanja seksualnih partnera. Zadnji, četvrti faktor, nazvan je *osjetljivost na dosadu* i njime su opisana ponašanja poput izbjegavanja jednoličnosti, repetitivnih, monotonih, rutinskih obaveza i neinteresantnih i dosadnih ljudi (Mujčinović, 2014).

Zuckerman kasnije odbacuje koncept aktivacije centralnog nervnog sistema kojim je objašnjavao razlike u reakcijama na uslove senzorne deprivacije, te je zaključio da se osobe sa slabije ili jače izraženim traženjem uzbudjenja ne razlikuju na nivou bazalne pobuđenosti centralnog nervnog sistema, nego u idealnom nivou aktiviranosti i uzbudjenja kojeg novi podražaj izaziva (Mujčinović, 2014; Obradović, 2012). Posebno važno i naglašeno u Zuckermanovoj teoriji je novina i neočekivanost podražaja. Objasnio je povezanost nivoa monoaminoooksidaze sa traganjem za uzbudnjima, kao bazičnom crtom ličnosti. Monoaminoooksidaza razgrađuje neurotransmitere prije nego se u sinapsama suviše

nagomilaju (Zuckerman i Kuhlman, 2000). U funkciji dobi mijenja se nivo koncentracije monoaminoooksidaze, pa je najniži u doba adolescencije i povećava se sa uzrastom. Ovaj odnos je obrnuto proporcionalan dimenziji traženja uzbuđenja u funkciji dobi. Polni hormoni, a pogotovo testosteron, utiču na traženje senzacija, a tako se mogu objasniti i polne razlike u ovoj karakteristici. Muškarci su veći tragači za uzbuđenjima od žena, jer one imaju viši nivo monoaminoooksidaze u krvi od muškaraca (Zuckerman i Khulman, 2000). Zuckerman je osamdesetih godina prošlog vijeka došao do zaključka da osobe koje izrazito traže uzbuđenja imaju nizak nivo aktivnosti katekolaminskih sistema. U uslovima opuštenosti i relaksacije, imaju nešto niži nivo aktivnosti katekolaminskih sistema, pa trebaju jače, nove podražaje ili aktivnosti, kako bi povisili ovaj nivo da bi za njih bio idealan.

Konstrukt traženja uzbuđenja Zuckermanu je decenijama bio u fokusu razmišljanja, a zatim se usmjerio na proučavanje i razumijevanje bazičnih osobina ličnosti. Osmislio je i konceptualno uobličio model osnovnih, biološki određenih, dimenzija ličnosti, tzv. Alternativni petofaktorski model. Zuckerman je zaključio da je proučavanje ličnosti moguće ako se odrede bazične dimenzije ličnosti, koje se mogu identifikovati pomoću četiri kriterija. Prvo, moraju biti pouzdano identifikovane primjenom različitih metoda i na uzorcima različitog spola, dobi i kulture. Drugo, moraju ispoljavati osrednju heritabilnost koja predstavlja relativni udio nasljednih faktora u determinaciji individualnih razlika po jednoj ili više fenotipskih osobina. Treći kriterij je da se osnovne dimenzije ličnosti moraju identifikovati i kod životinjskih vrsta, posebno kod onih koje su socijalno organizovane. Četvrti kriterij je da sa bazičnim dimenzijama ličnosti trebaju biti povezani značajni biološki markeri.

Zuckerman i Kuhlman (2000; Zuckerman, 2002) su, radeći na instrumentima za procjenu bazičnih dimenzija ličnosti, smatrali da će biti moguće ekstrahovati jedan određeni broj dimenzija. Istraživanja su pokazala da treba primijeniti shvatanje koje obuhvata njih pet. Konstruisali su instrument za procjenu pet biološki zasnovanih osnovnih dimenzija ličnosti, a na osnovu ajtema iz prethodnih verzija skale traženja senzacija i različitih upitnika ličnosti. Upitnik se primjenjuje u dvije verzije, od sto i od pedeset stavki. Stavke su morale imati visoka zasićenja na jednom faktoru, a niska na drugim faktorima, te nisku korelaciju sa primijenjenom skalom socijalne poželjnosti.

Dimenzije ličnosti obuhvaćene upitnikom su: socijabilnost, aktivitet, agresivnost–hostilnost, neuroticizam–anksioznost i impulsivno traženje senzacija. Na polju psihopatologije provedena su mnogobrojna istraživanja koja su koristila zaključke

Zuckermana, a na osnovu Zuckermanovog modela ličnosti i Skale traženja uzbuđenja (Zuckerman, 1979) rađena su istraživanja na populaciji zavisnika od opijata (Antičević, Jokić-Begić i Britvić, 2010; Argyriou, Um, Carron i Cyders, 2018; Jones, Vadhan, Luba i Comer, 2016; Paydary i sar., 2016).

Želja za novim uzbuđenjima može se razvijati u dva pravca: konstruktivno ili destruktivno. Wallbank (1984, prema Škrljak, 2009) smatra kako je temelj prosocijalnog ponašanja potreba za podražajima, identična kao kod antisocijalnog ponašanja. Dispozicija prema traženju novih podražaja dovodi kod iste osobe nekada do antisocijalnog, a nekada do prosocijalnog ponašanja. Kada istražujemo pozitivnu i poželjniju stranu, želja da se traga za novim i nepoznatim povećava šanse da se neki problem riješi na kreativniji i originalniji način. Osobe koje tragaju za uzbuđenjima su, prema istraživanjima koja su radili Farley (1986) i Beck (2000), kreativne, otvorene za nova iskustva, originalne, društvene, spremne za preuzimanje više rizika, eksperimentišu u umjetnosti i drugim područjima življenja i rada, bogatijeg su seksualnog života, fleksibilnijeg i liberalnijeg razmišljanja. Farley (1986) tvrdi da su društvene okolnosti odgovorne za ključnu razliku evidentnu između konstruktivnih i destruktivnih tražitelja uzbuđenja. Zuckerman genetske faktore smatra odgovornim za latentne osobine, a faktore okruženja za definisanje specifičnog izražavanja osobine (Zuckerman, 1994<sub>a</sub>, 1996<sub>b</sub>). Okolina prilagođena pojedincima, sa visokom željom za uzbuđenjima, u kojoj oni mogu pravilno usmjeriti i koristiti svoje biološki uslovljene osobine, može biti presudan faktor pozitivnog konstruisanja ovakve ličnosti. Loše socio-ekonomsko okruženje može uticati da pojedinac potrebu za senzacijama zadovolji kroz društveno neprihvatljive aktivnosti. Razlog za to je u činjenici što su druge društveno prihvatljive opcije zadovoljenja ove potrebe, kao kod avanturističkih putovanja ili ekstremnih sportova, ekonomski nedostupne (LaFollie i Scanff, 2008, prema Rabinovich, 2013). Suprotno od pozitivne strane, sa negativne i nepoželjne strane kontinuma su delinkventni pojedinci, kriminalci koji odbacuju društvena pravila i norme, agresivni, impulsivni, sa visokim rezultatima skale psihoticizma i sklonosti prema svim vrstama zavisnosti i upotrebi psihoaktivnih supstanci. Istraživači (McCourt, Gurrera i Cutter, 1993; Wagner, 2001) dolaze do zaključka da je potraga za uzbuđenjem, povezana sa različitim vrstama antisocijalnog ponašanja i zavisnostima od psihoaktivnih supstanci. Zbog svega navedenog, u dalnjem radu smo se oslonili na postavke ovog modela, te ih provjeravali i ispitivali.

### **1.3. Heroinska zavisnost**

Prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti i srodnih zdravstvenih problema (MKB-10, 1998), zavisnost od opijata smještena je u grupu duševnih poremećaja i poremećaja ponašanja uzrokovanih uzimanjem psihoaktivnih supstanci.

Opisuje se jakom željom i nagonom za konzumacijom opijata. Kontrola uzimanja je otežana kao i kontrola količine opijatskog sredstva. Pojavljuje se stanje sindroma apstinencije koje se javlja kad se sredstvo smanji ili ne uzme i koje se ogleda kroz tipične znakove ustezanja ili novim uzimanjem sredstva radi izbjegavanja apstinencijalne krize. Istovremeno se evidentira rast tolerancije koji se ogleda u potrebi povećanja doze opijatskog sredstva radi istog efekta. Progresivno se zanemaruju alternativna zadovoljstava ili interesovanja zbog korištenja opijatskog sredstva. Sve više se povećava vrijeme potrebno da se nabavi, uzme opijat ili da se oporavi od njegovog efekta, a nastavlja se uzimanja opijata bez obzira na jasne dokaze postojanja štetnih psihičkih i fizičkih posljedica kao što su: depresija, oštećenje jetre ili slabljenje kognitivnih funkcija (Gazdek, 2011).

Postojanje tri i više znakova od navedenih uslov su za postavljanje dijagnoze bolesti zavisnosti od opijata.

Prema Zakonu o sprečavanju i suzbijanju zloupotrebe opojnih droga, usvojenog 2006. godine od strane Parlamentarne skupštine Bosne i Hercegovine, opojna droga je svaka tvar prirodnog ili umjetnog porijekla uvrštena u popis opojnih droga klasifikovanih kroz Jedinstvenu konvenciju Ujedinjenih nacija o opojnim drogama i psihotropnim tvarima, te Evropskog klasifikacionog sistema iz 2004. godine, koji sadrži popis svih droga, među kojima su i opijati.

Opijati su psiho-farmakološka sredstva koja se koriste i kao legalni lijekovi i kao ilegalne supstance. Postoje prirodni opijati, dobijeni iz opijuma, polusintetički i sintetički (Daragan-Saveljić, Vučetić-Arsić i Raičević, 2008). Imaju veoma snažno analgetičko i umirujuće dejstvo, pa u ovu grupu spadaju opijum, morfij, kodein, metadon, buprenorfin, ali njihov glavni predstavnik je heroin, kojim se u ovom radu dominantno bavimo.

#### **1.1.1. Heroin**

Heroin je opijat dobijen od morfina, a proizведен je u Njemačkoj 1898. godine.

Nesvjesni posljedica upotrebe opijata, doktori su pacijentima propisivali morfin za ublažavanje bolova, do momenta kada su se pokazale njegove pogubne osobine. Na scenu tada dolazi heroin jer se u to doba smatrao lijekom za odvikavanje od morfina. Kada je čist, izgleda kao bijeli prah, ali na ilegalnom tržištu prodaje se u vidu praha koji je bijelo-smeđe obojen. Boja mu zavisi od boje materije sa kojom se mijesha prilikom pripreme za prodaju (Petrović, 2003). Države Balkana leže na transportnim, kriminalnim rutama, kojima heroin stiže na „crno tržište“ zapadne Evrope, pa se, pri tome, jedan dio zadržava i ovdje.

Ne smije se izgubiti iz vida činjenica da opijati, pa time i heroin, istinski mogu da izazovu smanjenje ili uklanjanje boli, emocionalne napetosti, anksioznosti i da pri tom izazivaju prijatno raspoloženje, kako se pokazalo u početnim danima njihovog medicinskog korištenja. Ovi pozitivni efekti u toku prvih konzumacija i dovode do toga da njihovo uzimanje ubrzano stvara zavisnost.

Heroin je od morfina jači tri do pet puta, a nakon unošenja u organizam transformiše se u morfin u toku pet minuta, te izaziva skoro odmah nalet zadovoljstva, tj. kratak period euforije, koji prolazi vrlo brzo. Jačina tog zadovoljstva, koje zavisnici vrlo rado opisuju, zavisi od uzete količine, ali i od brzine ulaska heroina u mozak i vezivanja za opioidne receptore. Heroinska zavisnost se u medicinskim i drugim stručnim krugovima često definiše kao bolest mozga koja je veoma teška za liječenje i trajno izlječenje. Proces liječenja je najčešće sa potpuno promjenjivim i nepredvidivim tokom.

#### 1.1.2. Rasprostranjenost bolesti zavisnosti od heroina

Prema podacima Evropskog monitoring centra za droge i ovisnost (2018), u 2016. godini, upotrebu opijata, kao glavni razlog uključivanja u specijalizovani tretman zavisnosti, navelo je 177.000, ili 37%, osoba koje su uključene u medicinske tretmane u Evropi. Od ovog broja, njih 35.000 uključeno je u tretman po prvi put, a 82% zavisnika od opijata koji se liječe po prvi put navode da im je primarna supstanca heroin.

Procjenjuje se da je u svijetu 15–38 miliona ljudi zavisno od psihoaktivnih supstanci koje pripadaju skupini opijata (oko 0,4%). Od toga je njih najviše zavisno od heroina, oko 11 miliona, a prema izvještaju Ujedinjenih nacija samo jedan od njih pet zatraži liječenje (UNODC, 2010). Najveći broj istraživanja bolesti zavisnosti, a time i zavisnosti od heroina, na našem području su epidemiološkog tipa, pa ipak potpuno preciznih podataka o raširenosti zavisnosti od heroina nema (Sinanović, 2001). Prema izvještaju Evropskog monitoring centra

za droge i zavisnost (EMCDDA) za 2010. godinu, procijenjeno je da u BiH ima oko 7500 intravenoznih uživalaca heroina.

### 1.3.1. Etiologija heroinske zavisnosti

Kod tumačenja etioloških faktora za nastanak bolesti zavisnosti od heroina, autori se slažu da su grupisani u tri velike skupine: biološke, sociološke i psihološke faktore. Njihova međusobna interakcija, na načine karakteristične za pojedinca, može dovesti do heroinske zavisnosti.

Biološki faktori se odnose na genetsku i metaboličku dispoziciju da se na konzumaciju heroina odgovori kroz zavisnost. Ujedno, u ovu grupu faktora spada i naša biološka vulnerabilnost da heroin uopšte uzmemo iz bilo kojeg razloga ili pod bilo čijim uticajem. Jaffe (2000) izvještava kako uticaj genetike na pojavu bolesti zavisnosti iznosi oko 30%, jer su istraživanja pokazala da je među jednojajčanim blizancima stepen slaganja otprilike 26%, a kod dvojajčanih oko 16%. Volkov, Fowler, Wang i Swanson (2004) zaključuju da je neuropsihološki važno za pojavu zavisnosti postojanje smanjene osjetljivosti na nagradu. Pokazuje se postojanje manjka u kognitivnoj kontroli i veća osjetljivost memorije na psihoaktivne supstance (Martinović Mitrović, 2015).

Sociološki faktori uključuju uticaje društva, okruženja i primarne porodice zavisnika koji su, udruženi sa drugim faktorima, doveli do bolesti. Prema istraživanju koje je proveo Williams (2003), za potrebe projekta Američkog nacionalnog instituta za upotrebe psihoaktivnih supstanci, kao bazični socijalni faktori za pojavu zavisnosti mogu se identifikovati kapaciteti pojedinca za socijalno prilagođavanje tj. socijalna adaptibilnost. Socijalno prilagođavanje djece unutar grupe detektovanih kao vulnerabilne, zahtijeva dodatnu energiju i samim time može biti izvor velikog stresa sa kojima se djeca sama ne mogu nositi. Istraživanja pokazuju da stres utiče na početak konzumacije supstanci, ali i nastavak uzimanja, te pojavu bolesti zavisnosti (Chilcoat i Breslau, 1998, prema Ivandić Zimić 2011). Poznato je da socijalne mreže značajno utiču na strategije i uspješnost suočavanja sa stresom i na održavanje vlastitog identiteta kroz život. Kvalitet naših odnosa, naš doživljaj i percepcija odnosa s drugima, u velikoj mjeri kreiraju i razvijaju naše samopoimanje i samopoštovanje. Adolescenti koji u stresnim situacijama nemaju adekvatnu socijalnu podršku, pogotovo u porodici, mogu da posegnu za različitim sredstvima zavisnosti koje koriste kao nekakav oblik suočavanja sa problemima (Vulić-Prtorić i Macuka, 2004).

Psihološki faktori uključuju specifične osobine ličnosti, eventualnu psihopatologiju unutar ličnosti, specifični psihološki odgovor na nepovoljne okolnosti, kao i nedostatke u razvoju određenih psiholoških vještina koje posljedično mogu uticati na očuvanje zdravlja ličnosti. Mnogobrojne teorijske i empirijske postavke pokazuju da bolest zavisnost može biti u direktnoj vezi sa trajnim osobinama ličnosti (Gerra, Angioni i sar., 2004), što znači da su pojedine osobine ličnosti rizikofaktori za pojavu bolesti zavisnosti (Swendsen, Conway, Rounsvaille i Merikangas, 2002).

### 1.3.2. Ličnost heroinskih zavisnika

Kada govorimo o psihološkim faktorima koji mogu dovesti do heroinске zavisnosti, na prvom mjestu je ličnost.

Za razumijevanje komplikovane strukture ličnosti najčešće se koristimo deskriptorima ličnosti. Dinamičke i strukturne osobine ličnosti, u šta spadaju crte ličnosti, motivi, pojam o sebi, emocije i sl., usmjeravaju i određuju našu percepciju i razmišljanja, a ujedno utiču na izbor najboljih strategija prilagođavanja i načina da što bolje funkcionišemo (Kolenović-Đapo i sar., 2015). Crte ličnosti su ono po čemu se razlikujemo međusobno, a njihova kombinacija unutar ličnosti daje specifične profile ličnosti koji izražavaju relativno trajne sklopove doživljavanja i ponašanja.

Veoma mali broj dostupnih naučnih radova na našem području bavi se trajnim i opštim osobinama ličnosti zavisnika od heroina. Petrović (1988) navodi da mnoge dosadašnje teškoće proizilazile iz činjenice da se tražio profil ličnosti nekog univerzalnog zavisnika. Ova činjenica je uticala da se zanemare varijacije unutar ove nozološke kategorije (Dujmović i Čolović, 2012). Petrović (1988) zaključuje da su istraživanja ličnosti zavisnika bila veoma aktuelna šezdesetih godina prošlog vijeka. U zavisnosti od psihofarmakološkog svojstva supstance za koju su vezani, razlikuje se ličnost korisnika kanabisa, heroina, korisnika psihostimulativnih supstanci, korisnika halucinogenih supstanci. S obzirom na to da različite ličnosti mogu postati zavisne od velikog broja raznih tipova supstanci ili ponašanja, biološke i genetičke razlike ne mogu objasniti sve kulturalne, situacione i interpersonalne razlike između individue i zavisničkog ponašanja (Cadoret, 1992).

Osim problema identifikacije ličnosti heroinskog zavisnika, u poređenju sa zavisnicima od ostalih PAS, postoji i metodološki problem u donošenju zaključaka o ličnosti heroinskih zavisnika, s obzirom na vrijeme kada prilazimo ispitivanju njihove ličnosti.

Ako nas zanimaju karakteristike unutar ličnosti, koje su dovele do pojave zavisnosti od heroina, istraživanje bi, da bismo dobili potpuno objektivne rezultate, moralo biti urađeno u djetinjstvu ili ranom mладаљству, dakle, prije pojave bolesti. Kada zavisnik započne sa konzumacijom heroina, lagano i neumitno dolazi do promjena u njegovoj ličnosti, što je direktna posljedica ove bolesti. Lovrić (2006, a prema Radetić Lovrić 2011) zaključuje da zavisnik, unošenjem u organizam jedne ili više vrsta supstanci na koje razvija psihičku i fizičku zavisnost, utiče na nepovoljne biološke, psihološke i socijalne promjene svoje ličnosti.

Iz svega navedenog proizilazi da su veoma važna istraživanja provedena na djeci. Tako su mlađa djeca ispitivana u longitudinalnim studijama (Caspi i sar., 1997; Cloninger, Sigvardsson i Bohman, 1988), a provedena su istraživanja i sa populacijom studenata (Loper, Kammeier i Haffmann, 1973) i srednjoškolaca (Jones, 1968). Pokazalo se da oni koji su kasnije razvili zavisnost i u mlađoj dobi bili su impulsivniji, neurotičniji i ekstravertniji u odnosu na ostale. S obzirom na rezultate obavljenih istraživanja (Henderson i sar., 1998; Pandina i sar., 1992, prema Antičević i sar., 2010), naučnici su došli do zaključka kako i visoki rezultati na mjerama negativne emocionalnosti i bihevioralne dezinhibicije mogu biti prediktivni za početak upotrebe psihoaktivnih supstanci.

Bez obzira na ove podatke, gledajući sveobuhvatno, istraživanja o tome da li su neki profili ličnosti vulnerabilniji na spoljašnja opterećenja nego drugi, a samim tim da li su skloniji upotrebi heroina, provode se već decenijama i često se u njima ukazuje na nemogućnost preciznog diferenciranja premorbidnih karakteristika ličnosti heroinskog zavisnika od evidentirane patologije ličnosti nakon godina zavisnosti. Ne može se generalno tvrditi da je svaki heroinski zavisnik, prije uzimanja heroina, bio psihički poremećena ličnost (Ilić, M., 2012). Ne postoji jedinstven uzrok ili jedinstveni niz stanja koji jasno vode u zavisnost od PAS, jer se zavisnost sreće u svim socijalnim i ekonomskim klasama i među svim tipovima ličnosti (Petrović, 2003).

S druge strane, ako ne možemo govoriti generalno o specifičnom profilu ličnosti sklonom heroinskoj zavisnosti, ipak se izdvajaju neke osobine ličnosti kao rizični faktori za pojavu zavisnosti (Swendsen i sar., 2002). Među zavisnicima češće se susreću oni koji su prije bolesti bili ili upadljivo povučeni, pasivni, uplašeni, ili buntovni, agresivni. Njihova zajednička karakteristika je psihička nezrelost (Ilić, B., 2004). Istraživanja na adolescentnim zavisnicima (Berger, Jerotić i Despotović, 1971) pokazala su kako se kod njih mogu prepoznati nesvesni konflikti u kojima preovladava potreba za zavisnošću i potreba za

osamostaljenjem, zatim potreba za pasivno-zavisnim odnosom, kao i jako pojačana kriza identiteta (Berger, Biro i Hrnjica, 1992; Jerotić, 2006).

### 1.3.3. Karakteristike porodica heroinskih zavisnika

Od svih socijalno-psiholoških faktora koji utiču na pojavu heroinске zavisnosti, najčešće se naglašava primarna porodica zavisnika. Veliki broj istraživanja i mnogobrojne studije ukazuju na to da problem zavisnosti možemo sagledavati kroz porodične odnose i porodičnu dinamiku, te kroz sociopatološke pojave unutar porodice (Ivandić Zimić, 2011).

Porodični sistemi u savremenom društvu često su nesigurni, a pokazalo se da nesigurni porodični sistemi mogu prouzrokovati dezintegraciju mladih, a, na kraju, i zavisnost (Glavak, Kuterovac Jagodić i Sakoman, 2003).

Ranija istraživanja su redom dolazila do zaključka da postoji cijeli niz porodičnih faktora koji mogu značajno uticati na pojavu zavisnosti, kao i na pojavu drugih poremećaja ponašanja. Tako se identificuju faktori koji se odnose na porodičnu strukturu, kao i na još neka druga sociodemografska obilježja (Čudina-Obradović i Obradović, 2002).

Kod primarnih porodica zavisnika od heroina, veoma često pacijent izvještava da kroz djetinjstvo nije doživljavao adekvatnu socijalnu podršku od strane vlastite porodice. Kako navodi Itković (1995), porodica je vjerovatno najvažniji faktor koji može dovesti do bolesti zavisnosti jer kroz nju i njen uticaj djeluje većina ostalih faktora (Ljubotina, 2002). Stanton i saradnici (1978) su nakon obimnog istraživanja došli do podatka da su u velikom broju slučajeva zavisnici odrastali bez bliskosti sa roditeljima, a mnogi su prije svoje šesnaeste godine života doživjeli smrt roditelja, najčešće oca, ili su imali iskustvo odvojenosti. Konzumiranje psihoaktivnih supstanci povezuje se sa porodičnim okruženjem, gdje je malo roditeljske podrške i razumijevanja i gdje je slaba zainteresovanost roditelja za osobe s kojima se njihovo dijete druži (Galić, 2002).

Mnoga današnja istraživanja zavisnika od psihoaktivnih supstanci oslanjaju se na istraživanja iz Filadelfije, 1978. godine (Stanton i sar., 1978). U ovim istraživanjima se majka zavisnika opisuje kao previše zaštitnička, podržavajuća i usmjerena na djecu, a često izvještava da je zavisnik njen najomiljenije dijete. Očevi muških zavisnika najčešće se opisuju kao odvojeni, neuključeni u odgoj djece, slabici. Česte su krajnosti, pa su očevi ili emocionalno udaljeni ili autoritativni i nasilni. Žene zavisnice najčešće opisuju majke kao prezaštitničke i autoritarne, s njima su često u sukobima i nadmetanjima, a očevi su neugodni

i „glupi“, ili pretjerano obzirni i bez stava. Ova istraživanja dovela su do zaključka da postoji veoma visoka multigeneracijska zavisnost od različitih sredstava, najčešće alkohola, sa dispozicijom za razne druge zavisnosti, kao npr. kockanje.

Uticaj odnosa unutar porodice na konzumaciju psihoaktivnih supstanci opisuju Sakoman i saradnici (2002), te kao rizične faktore navode poremećene odnose sa roditeljima, nepoštovanje roditelja i poremećene odnose između roditelja.

Starija istraživanja (Hudolin, 1982) tvrde da većina zavisnika dolaze iz porodica gdje postoji porodična patologija. Jedan od najčešćih faktora te patologije je roditeljska zavisnost, najčešće alkoholizam, a osim toga tu je zlostavljanje u ranom djetinjstvu, nasilje, kriminal i drugo. Spremo i Vaselić (2019) dolaze do zaključka da članovi porodica zavisnika češće imaju neki od anksiozno-depresivnih poremećaja.

Novija istraživanja ove oblasti pokušavaju definisati koje osobine porodice predstavljaju rizične faktore za pojavljivanje zavisnosti, a ujedno koje osobine predstavljaju zaštitne faktore od kasnije konzumacije supstanci i pojave zavisnosti. Kao glavni porodični faktori rizika, nabrojani su: manjak emocionalne bliskosti, nezainteresovanost roditelja za dijete, porodično okruženje bez jasnih pravila, a pogotovo ako su roditelji zavisnici, te nekonvencionalni stavovi roditelja o PAS. Od protektivnih faktora se navode: zdrava komunikacija, bliskost roditelja i djece, povjerenje, pravilne disciplinske metode, stalni roditeljski nadzor, jake i pozitivne porodične veze, uključivanje djece u proces donošenja porodičnih odluka, konvencionalni stavovi roditelja o konzumiranju psihoaktivnih supstanci i uključenost roditelja u praćenje života djece, što podrazumijeva poznavanje njihovih prijatelja, navika i sl. (Drug and Addiction Research, 1999, NIDA, 2000, NIDA, 2008, prema Ivandić Zimić, 2011).

Zbog različitih oblika psihopatologije porodice, očekivan je zaključak kako uključenje kompletne porodice u tretman i liječenje zavisnika dovodi do duže apstinencije, povoljnijeg socijalnog statusa pacijenta i do češće odluke o nastavku socio-rehabilitacionog tretmana u nekoj od komuna (Serdarević i Maričić, 2007).

#### 1.3.4. Klinička slika zavisnosti od heroina

Fizička zavisnost nastaje kod heroina u roku od dvije do četiri sedmice stalnog uzimanja. U tom periodu se javlja promjena na nivou opijatskih receptora smještenih u

centralnom nervnom sistemu. Heroin tako postaje sastavni dio u metabolizmu neurona (Vučurević, Nikolić, Novaković, Marinković i Srđanović, 2009).

Klinička slika dejstva heroina ispoljava se gradacijskom pojavom simptoma: moguća pojava početne euforije u trajanju od oko 5 do 15 sekundi (žargonski: „flash“); pospanost i usporenost (žargonski: „kljucanje“); bljedilo lica i hladnoća; nerazgovjetan, usporen govor; usporeni pokreti i refleksi; uske zjenice (žargonski: „utačkanost“); moguće povraćanje (ukoliko se nije razvila tolerancija); respiratorna kompromitacija; predoziranost i smrtni ishod (Daragan-Saveljić i sar., 2008).

Zavisnici ubrizgavaju heroin intravenski, ušmrkavaju heroin kroz nosnice (žargonski: „povuku liniju“) ili udišu, a sve to mogu da rade više puta dnevno.

Kod unosa heroina zadovoljstvo je praćeno toplim talasima po koži, suhoćom usta, težinom u ekstremitetima, ali mogu se javiti i muka, povraćanje i jaki bolovi. Osećanje euforije kod intravenozne upotrebe heroina nastaje veoma brzo nakon ubrizgavanja, pa i kraće od dva minuta. Kod unosa heroina putem igle (intravenozno) postoji dvostruka zavisnost, jer se često radi i o zavisnosti od igle same, pa heroinski zavisnici u slučaju krize bodu vene iglama bez heroina. U toku detoksifikacije to se može pokazivati kroz često traženje da im se uključe infuzije. Manje od minute potrebno je heroinu da krene euforija, koju prati osjećaj izuzetne prijatnosti u kombinaciji sa zadovoljstvom i omamljenošću (Golubović, 2005).

Poslije početnog efekta, zavisnici su pospani (žargonski: „stoniraju“), mentalne funkcije su otežane, neadekvatne, a srčana aktivnost se usporava. Nakon prestanka djelovanja heroina, ponovo se javlja intenzivna želja za novim uzimanjem. Ovaj ciklus se ponavlja nekoliko puta dnevno i vodi prema zavisnosti i poremećaju ponašanja. S obzirom na to da je heroin ilegalan, zavisnici postaju dio nestabilne ulične kulture koju karakterišu prostituisanje i kriminal (Arsenijević, 2009).

### 1.3.5. Posljedice konzumiranja heroina

Posljedice konzumiranja heroina dovode do disfunkcionalnosti na psihičkom, fiziološkom, ponašajnom i socijalnom planu (Daragan-Saveljić i sar., 2008).

Psihičke posljedice su: žudnja da se uzme heroin, nastavak uzimanja uprkos saznanju o štetnosti, anksioznost, depresivnost, nesanica.

Fiziološke posljedice uključuju nastanak apstinencijalnog sindroma, nastanak tolerancije nakon dugotrajnog uzimanja heroina, oštećenja jetre, oštećenja zuba i desni, infekcije kože i potkožnog tkiva, vaskulitis, pneumonija, pulmonalni abcesi, plućni edem, bakterijski endokarditis, transmisivna oboljenja poput HCV infekcija i HIV infekcija.

Ponašajne posljedice su: otežano kontrolisanje konzumiranja heroina, progresivno zanemarivanje drugih interesovanja na ličnom, porodičnom i profesionalnom planu, manipulativan obrazac ponašanja, sklonost prema konfliktnom ponašanju u porodičnom i socijalnom miljeu, te zanemarivanje roditeljstva.

Socijalne posljedice su: sklonost ka kriminogenom ponašanju i vršenju kriminalnih djela, distribucija droga (žargonski: „dilanje“), prostitucija, neredovni odlasci na posao i veoma slab radni učinak ili, još češće, nezaposlenost. Kriminalna djela i zavisnost od heroina su u svakodnevnoj kliničkoj, ali i forenzičkoj praksi, toliko isprepletene da se, po nekim autorima (Marlowe, Lambert i Thompson, 1999), ne mogu smatrati odvojenim fenomenima.

Biološko-bihevioralno istraživanje koje je proveo UNICEF 2009. godine u Sarajevu, Banjoj Luci, Zenici, Mostaru i Bijeljini, pokazuje da su predoziranja sa gubljenjem svijesti uobičajena među intravenskim korisnicima heroina. Otrilike polovina intravenskih heroinskih zavisnika u Sarajevu i Banjoj Luci, predozirala se heroinom u nekom trenutku u svojim životima.

Mnogi od njih bili su nezaposleni, a najveća stopa nezaposlenih registrovana je u Zenici (84%) i Sarajevu (78%). Iako ovi podaci odgovaraju sveukupnoj ekonomskoj situaciji, nezaposlenost se čini izraženijom među injekcionim zavisnicima. Nezaposlenost mladih intravenskih zavisnika od heroina rezultira finansijskim pritiscima na njihove porodice. Po rezultatima ovog ispitivanja, mnogi su živjeli zajedno s roditeljima i finansijski zavisili od njih (prema podacima EMCDDA za područje Bosne i Hercegovine).

Važno je reći da je 35% injekcionih korisnika u manjim gradovima i 64% u Sarajevu imalo iskustvo sa pritvorom zbog kriminalnih radnji (Baćak i Dominković, 2012).

Zavisnost od heroina vrlo često je povezana sa nekim drugim psihijatrijskim dijagnozama, a podaci pokazuju da najmanje svaki drugi zavisnik od heroina ima komorbiditetnu psihijatrijsku bolest, tj. da preko 50% njih ima dijagnostikovan još neki psihički poremećaj. Ovaj podatak je dobijen u svim dobnim skupinama (Rosen, Smith i Reynolds, 2008). Najčešći poremećaji među njima su depresija, alkoholizam, antisocijalni poremećaj ličnosti i anksiozni poremećaji. Sklonost prema uzimanju supstanci i psihopatija zajedno se javljaju veoma često, a, prema Crockeru (2005), u populaciji zavisnika od heroina

ima između 5% i 40% psihopata. Iz svakodnevne prakse znamo da zavisnost od opijata izuzetno često ide „ruku pod ruku“ sa zavisnosti od nikotina, alkohola, benzodiazepina i sl.

Oko 15% zavisnika od heroina pokuša samoubistvo, pa se ova bolest često opisuje kao „odgođeno samoubistvo“ (Vučković, 2006). Mortalitet kod njih je mnogo viši nego u opštoj populaciji iste dobi. Rađena je studija (Brugal, Domingo-Salvany, Puig, Barrio i de la Fuente, 2005) na preko 5000 zavisnika od heroina i rezultati su pokazali da je očekivano trajanje njihovog života 39 godina, što je za 38 godina kraće nego u opštoj populaciji.

Sve ovo do sada navedeno dodatno naglašava potrebu za liječenjem zavisnika od heroina i čini proces liječenja još važnijim. Nažalost, činjenice pokazuju da heroinski zavisnici nisu do kraja svjesni pogubnih posljedica svoje bolesti, pa se dolazi do zaključka da zavisnici ne počinju svoje liječenje dobrovoljno. Biohemijski uticaj koji sredstva zavisnosti imaju na mozak, zavisnika dovede do toga da on svoj problem zavisnosti negira i da se brani, te zbog toga mora na neki način biti „poguran“ u tretman (Strrausner, 2004).

U procesu motivisanja zavisnika za liječenje nema etičkih dilema, jer zavisnici od psihoaktivnih supstanci nisu u stanju samostalno i slobodno donositi ispravne odluke o početku liječenja i ostajanju u tom procesu (King, 1986, prema Strrausner, 2004).

#### **1.4. Liječenje heroinskih zavisnika**

U momentu kada zavisnik od heroina prihvati da je bolestan i obrati se za pomoć, započinje dugotrajan, neizvjestan proces timskog, stručnog liječenja ove bolesti. U svijetu i kod nas, tretman opijatske zavisnosti je kombinacija farmakoloških i psihosocijalnih intervencija čiji je cilj smanjenje ili potpuni prestanak upotrebe heroina, a time istovremeno dolazi do smanjenja štete koja je povezana sa korištenjem heroina (Orlin, O'Neill i Davis, 2004). Da bi se započelo liječenje heroinskog zavisnika, a i da bi liječenje pokazalo pozitivne efekte, neophodna je dobrovoljnost i motivacija zavisnika za liječenjem.

Zavisnosti od heroina spada u najteže poduhvate u medicinskoj praksi (Petrović, 2003). Heroinski zavisnik je bolesnik koji se nerado dobrovoljno javlja na liječenje, a stav konstruktivne saradnje je osnovni preduslov za uspjeh u liječenju zavisnosti, kao i bilo koje druge bolesti. Od stepena motivacije za liječenje, zavisi uspjeh cjelokupnog terapijskog toka.

U zadnjih deset godina, novi naučni dokazi promijenili su tradicionalno shvatanje bolesti zavisnosti. Ranije se govorilo o tome kako je zavisnost od heroina društveno zlo, a zavisnost sama se smatrala individualnim izborom ponašanja. To je dovelo do vjerovanja kako se izbor u konzumiranju alkohola, heroina ili bilo kakvog drugog sredstva zavisnosti može zaustaviti jednostavno ako to osoba zaista želi. Sada se zna da je zavisnost bolest mozga, a posljedica bolesti mozga je poremećaj ponašanja. Istraživanja su precizno odredila specifično područje u ljudskom mozgu, odgovorno za nastanak zavisnosti, te ga uslovno nazvali „centar za nagradu“ (Gazdek, 2011).

Ovo područje vezuje se sa osnovnim biološkim motivima, kao što su motivi za hranom, pićem ili reprodukcijom. Heroin djeluje na ovaj centar pomoću neurotransmitera dopamina i endogenih opioida, u šta spadaju glutamat i gamaaminobutrična kiselina. Mehanizmi njihovog djelovanja još se istražuju. Dopamin koji djeluje na centar dovodi do pozitivnih efekata koji se opisuju kao euforija i zadovoljstvo, a u narednoj fazi dolazi do negativnih efekata jer se iscrpljuju i gase neurotransmiteri i uslovljavaju depresiju i beznađe (Gazdek, 2011). Ovaj mehanizam djelovanja važno je poznavati jer problem iscrpljivanja dopamina, te u vezi toga pojавa depresije, a istovremeno sjećanje na ugodu i euforiju, glavni je razlog zašto zavisnici ponovo traže i uzimaju opijate (Leshner, 1997). Ova istraživanja dokazala su da psihoaktivne supstance, a pogotovo heroin, djeluju puno jače na oslobođanje neurotransmitera u odnosu na prirodne biološke potrebe, u šta spadaju hrana i piće, pa je to

razlog zašto je želja za njihovom konzumacijom jača od prirodnih motiva i potreba važnih za održavanje života (Adinoff, 2004).

Liječenje zavisnika od heroina, na sekundarnom nivou, organizuje se u specijalističkim zavodima za liječenje, gdje se na jednom mjestu organizuju programi savjetovanja, detoksifikacije i uvođenja u supstitucionu terapiju. Prema Državnom izvještaju (EMCCDA, 2013), najveći centri za liječenje zavisnosti u našoj državi su u Banjoj Luci i Sarajevu, a postoje četiri odjela za stacionarnu detoksifikaciju zavisnika od opijata (Banja Luka, Sarajevo, Zenica, Mostar). Postoji veći broj centara za dobijanje zamjenske terapije metadonom i suboksonom (Sarajevo, Banja Luka, Istočno Sarajevo, Dobojski Breg, Zenica, Odžak, Bugojno, Tuzla, Mostar, Trebinje, Sanski Most, Pale, Ključ).

Liječenje provodi multidisciplinarni tim koji uključuje stručnjake iz različitih oblasti: psihijatre, psihologe, medicinske tehničare, socijalne radnike, radne i okupacione terapeute, a provodi se ambulantno ili stacionarno. Oetting i Donnermeyer (1998) navode da je liječenje zavisnosti od opijata interdisciplinarno područje, u kojem psiholozi, psihijatri, sociolozi i drugi stručnjaci naglašavaju različite aspekte problema zavisnosti, ali je neophodno da ih, u konačnici, integrišu u cjelovitu teoriju i pristup.

#### 1.4.1. Faze liječenja heroinske zavisnosti

Početna faza u liječenju je dijagnostika. Da bismo heroinskog pacijenta uključili u program liječenja, moraju se uraditi specifična, objektivna, medicinska testiranja njegove mokraće na prisustvo heroina, a zatim se moraju evidentirati simptomi ustezanja koji se javljaju kada je konzumacija heroina onemogućena.

Važno je diferencirati da li se radi isključivo o bolesti zavisnosti ili postoje simptomi drugih psihijatrijskih, ali i ostalih bolesti. Psiholog u ovom timu ima važnu ulogu da, primjenom psihodijagnostičkog instrumentarija, ukaže na moguće probleme u ličnosti pacijenta, a o tome ćemo šire govoriti u nastavku.

Supstitucionu terapiju opijatske zavisnosti podrazumijeva primjenu lijekova koji djeluju na ista mjesta u mozgu kao opijati i ublažavaju simptome apstinencijalne krize, a u tu svrhu najčešće se koriste metadon, buprenorfin i naltrekson.

Uvođenjem supstitucione terapije značajno se smanjuje kriminalitet, prostitucija, ekonomsko osiromašenje, socijalna marginalizacija, te raširenost krvlju prenosivih bolesti (Softić, 2013). Njena primjena sa sobom nosi određene medicinske rizike, a oni postoje i u

drugoj fazi liječenja, kada se obavlja njeno isključivanje. Važno je ove faze liječenja i rizike supstitucione terapije objasniti, kako pacijentu samom, tako i njegovoj porodici. Oni moraju odgovorno i svjesno odlučivati o liječenju i biti sigurni da se faze liječenja provode u najboljem interesu pacijenta.

Sa pacijentom i njegovim saradnikom u liječenju, a to je najčešće član porodice, dalje se primjenjuju dogovoreni modeli liječenja. Ovi modeli liječenja mogu biti: kratka detoksifikacija, spora detoksifikacija, kratko održavanje i dugotrajno održavanje. Kratka detoksifikacija je postupak kojim se zavisniku olakšava prolazak kroz apstinencijalnu krizu kad prestane sa heroinom, tako što mu se prvo uvodi, a nakon toga postepeno ukida dnevna doza supstitucije kroz period od oko mjesec dana. Spora detoksifikacija provodi se kroz period od jednog mjeseca do pola godine, rijetko više. Ona je opcija kad brza detoksifikacija nije bila uspješna. Kratko održavanje je postupak kad se zavisniku dnevna doza lijeka ne koriguje kroz period do šest mjeseci, a dugotrajno održavanje provodi se kroz razdoblje duže od šest mjeseci, a vrlo često doživotno (Mehić-Basara, Kučukalić, Jabandžić, Martinac i Kovačević, 2014).

U fazi kada liječenje već traje, koristi se farmakološka terapija, savjetovanje, psihoterapija, socioterapija i porodična terapija. Predlažu se dugotrajni oblici rehabilitacionih aktivnosti kroz terapijske zajednice, klubove zavisnika ili klubove izlječenih zavisnika, udruženja i sl. Cilj svake navedene terapije je isti – apstinencija, tj. prestanak konzumiranja supstanci. Radi tog cilja, svaki tretman počinje detoksifikacijom, odnosno postupkom kojim se zavisnik u potpunosti čisti od heroina pomoću medikamenata, nakon čega ide proces oporavka. Recidiv, pogotovo ako se ponovi nekoliko puta, ukazuje da zavisnika treba prevesti na dugotrajni supstitucijski program održavanja (Mehić-Basara i sar., 2014).

S obzirom na to da je zavisnost izuzetno složena bolest, liječenje je „kompleksno, zbog biologije bolesti dugotrajno, a vrlo često i doživotno“ (Sakoman, 2008). Praktični cilj liječenja zavisnika je reduciranje upotrebe ilegalnih supstanci i štete proizašle iz ove upotrebe, te popravljanje kvaliteta života. Kada dođemo do faze apstinencije od heroina, zavisnik počinje da ostvaruje važno zdravstveno poboljšanje, sve uspješnije socijalno funkcionisanje i prestaje sa kriminalnim radnjama jer mu više nije potrebno da ima pare za heroin.

Da bi se adekvatno pomoglo heroinskom zavisniku, najbolje je što ranije pristupiti liječenju u zdravstvenim ustanovama. U prvoj fazi, tretman liječenja u zdravstvenim ustanovama počinje potpisivanjem informisanog pristanka pacijenta na tretman. Prije nego

što pacijent potpiše pristanak na liječenje, stručno osoblje upoznaje pacijenta sa mogućnostima tretmana usmjerenog ka apstinenciji, o tretmanu održavanja ili tretmanu smanjenja štete (Gazdek, 2011).

Istovremeno se pacijenti konsultuju oko toga žele li uključiti članove porodice i/ili partnera u liječenje, te im je potrebno osigurati pravo na diskreciju. Pacijenti zavisni od heroina moraju imati ista prava kao pacijenti oboljeli od drugih bolesti, što podrazumijeva jednaku brigu, poštovanje i diskreciju, kao i bilo kome drugom (EMCDDA, 2015).

Druga faza liječenja je identifikacija i procjena upotrebe heroina, te izrada terapijskog plana daljeg pristupa u liječenju pacijenta. Prema Smjernicama za psihosocijalni tretman zavisnosti o drogama u zdravstvenom, socijalnom i zatvorskom sustavu Vlade Republike Hrvatske (2015), pitanja koja se pacijentima tada postavljaju trebaju biti: jesu li i kada su koristili PAS? koje vrste PAS-a? na koji način su provodili konzumaciju? o kojoj količini PAS-a se radi? koliko često?... U ovoj fazi, kada se radi procjena i dogovaranje terapijskog plana, obavezno treba razmatrati medicinske, psihološke, socijalne i radne potrebe, istoriju bolesti zavisnosti, iskustva sa prethodnih tretmana ako oni postoje, cilj u odnosu na zavisnost i prioritete tretmana.

U trećoj fazi liječenja uobičajeno se dalje koriste objektivni biološki testovi urina ili sline, radi procjene zavisnosti od heroina i za praćenje napredovanja ili nazadovanja u liječenju. Unutar ove faze, treba započeti tretman podrške porodice – psihoheduksacija i savjetovanje.

Prema Smjernicama za psihosocijalni tretman ovisnosti o drogama u zdravstvenom, socijalnom i zatvorskom sustavu Vlade Republike Hrvatske (2015), osoblje koje je odgovorno za provođenje i praćenje dogovorenog plana tretmana treba uspostaviti i održavati podržavajući odnos sa pacijentima zavisnim od heroina, pomoći osobama da identifikuju situacije ili stanja koja su u njihovom slučaju rizična za uzimanje heroina i da istraže alternativne strategije samokontrole. Stručno osoblje dalje treba da radi na prevenciji recidiva i osiguranju da zavisni imaju pristup različitim službama tretmana.

Intervencije na nivou socijalnog funkcionisanja mogu podrazumijevati veoma konkretnu pomoć u osnovnim životnim potrebama (hrana, odjeća, smještaj i zaposlenje), ali i široko shvaćenu brigu o zdravlju, prijateljstvu, zajedništvu i životnom zadovoljstvu, a bitno je naglasiti i grupe za samopomoć. Grupe za samopomoć su potpuno dobrovoljne, osnivaju se od strane pacijenata, neformalne su, a jedini cilj im je trajna apstinencija. U svom radu mogu se orijentisati i na pružanje materijalne pomoći, ali prvenstveni cilj im je dati emocionalnu

podršku. Najdublji cilj ovih neformalnih grupa je da zastupaju ideologiju i sistem moralnih i životnih vrijednosti, pomoću kojih njihovi članovi mogu vremenom pronaći smisao svog vlastitog postojanja.

Zavisnost je hronična bolest, te krajnji cilj postizanja trajne apstinencije često zahtijeva kontinuirane i ponavljane epizode tretmana (Arsenijević, 2009). U početku, skoro svi zavisnici vjeruju da mogu prestati sa korištenjem heroina samostalno i bez pomoći, ali, nažalost, najveći broj tih pokušaja završava se neuspjehom. Zadnje tri decenije vršena su mnogobrojna naučna istraživanja raznih kliničkih praksi, te su date smjernice efikasnih pristupa tretmanu zavisnosti. Pokazalo se da je liječenje bolesti zavisnosti jednako efikasno kao i tretman najvećeg broja drugih hroničnih stanja u medicini (Softić, 2013), pa ipak se i dalje vjeruje da je liječenje zavisnosti od heroina neuspješno, jer postoji određeni broj pacijenata kod kojih se, i pored primjene svih dostupnih metoda rada, ne uspijeva postići trajnija apstinencija. Za ovu kategoriju heroinskih zavisnika primjenjuje se model smanjenja štete. Ovaj model provodi se kada, bez obzira na dobar tretman, pacijent ima više recidiva, tj. ponovnih uzimanja heroina nakon razdoblja apstinencije i povratak na raniji nivo uzimanja heroina, a veoma često i veći. Gledajući suštinu, recidiv opisujemo kao proces u kojem je uzimanje heroina posljednji događaj u nizu neprilagođenih odgovora na unutrašnje i vanjske stresove i izazove (Softić, 2013). Po izvještajima pacijenata, najčešće visokorizične situacije koje posluže kao okidači recidiva su: stres koji pojačava ranjivost, negativne emocije poput ljutnje, tuge, osjećaja bespomoćnosti, frustracije ili dosade, pozitivne emocije („počastiti se heroinom“ za rođendane, slavlja i sl.), konflikti (najčešće u porodici), pritisci unutar društva zavisnika, konzumacija drugih psihoaktivnih supstanci koja smanjuje samokontrolu, te asocijacije koje se javе uslijed okolnosti vezanih za načine uzimanja heroina, kao npr. mjesto uzimanja. Model smanjenja štete pokušava tehnikama dovesti do smanjenja fizičke i društvene štete koja proizilazi iz nekontrolisanog uzimanja heroina i ovu štetu reducirati na minimalnu. Glavni ciljevi modela smanjenja štete su: smanjeno širenje zaraznih polnih i krvlju prenosivih bolesti te time očuvanje postojećeg zdravlja, smanjen broj počinjenih krivičnih djela i time uzrokovane društvene štete, smanjen broj recidiva, smanjen broj smrtnih slučajeva, povećan broj zavisnika upućenih u programe tretmana i resocijalizacije i sl. Do sada se ovaj model pokazao posebno važnim za kontrolu HIV zaraze kod intravenoznih zavisnika (Evropski centar za prevenciju i nadzor bolesti, EMCDDA, 2011).

## **1.5. Motivacija za tretman zavisnika od heroina**

Motivacija za tretman zavisnika od heroina najčešće je slaba i nestabilna. Opštepoznato je da su to pacijenti koji se nerado dobrovoljno javljaju na liječenje. Osim toga, u kliničkoj praksi imamo veliki broj heroinskih zavisnika koji su započeli liječenje, ali koji svojevoljno napuštaju tretman i odustaju od liječenja (De Weert-Van Oene, Schippers, De Jong i Schrijvers, 2002; Dimitrijević, 2004; Melnick, Hawke i De Leon, 2014). Razlog za to sigurno velikim dijelom leži u činjenici da konzumacija psihoaktivne supstance izaziva osjećaj zadovoljstva koji, iako kratkotrajan, ostaje glavni pokretač ponovnog uzimanja (Kalivas i Volkow, 2005).

Postoje dvije osobine zavisnosti, prema kojima se ona razlikuje od očekivanih ljudskih ponašanja, a to su ekstremna snaga motivacije, a istovremeno motivacijska toksičnost (Jurić, 2009, a prema Brlas, 2010). Motivacijska snaga vidi se kroz ogromnu upornost zavisnika da dođe do supstance, a motivacijska toksičnost prepoznaje se kroz činjenicu da će supstanca poremetiti prirodnu, biološku motivaciju čovjeka. Motivacijska prirodna hijerarhija mijenja se na dva načina. S jedne strane, remete se svi drugi motivi u životu zavisnika, a motiv za konzumacijom heroina prelazi na vrh hijerarhijske piramide, a, s druge strane, uništava se dotadašnja sposobnost da osjetimo zadovoljstvo kada zadovoljimo normalne, prirodne motive.

Govoreći o nedostatku stabilne motivacije za liječenje zavisnika od heroina, u literaturi se pominje amotivacioni sindrom. Amotivacioni sindrom povezan je sa upotrebotom psihoaktivnih supstanci, te uključuje apatiju, gubitak efikasnosti, smanjenu sposobnost za izvođenje složenih i dugoročnih planova, nizak prag tolerancije frustracija, smetnje u koncentraciji (WHO, 1994). Deci i Ryan (2000) amotivaciju opisuju kao stanje bezvoljnosti ili, drugim riječima, nepostojanja samoregulacije. Ovi autori smatraju kako se amotivisanost zasniva na nevrednovanju aktivnosti, kao i osjećaju nekompetentnosti za određene radnje, a amotivisani pojedinci nemaju želju za ostvarenje cilja, jer misle da njihovo zalaganje neće imati veze sa krajnjim rezultatom.

U svakom razmišljanju o motivaciji poseban značaj ima ličnost pojedinca. Ova velika oblast mora se sagledati iz više uglova, tako da će se u narednim poglavljima tome posvetiti veća pažnja. Ipak, važno je naglasiti da, iako ličnost zavisnika od heroina nesumnjivo usmjerava ponašanje zavisnika, ona ga ne definiše u potpunosti i do kraja. Svako ljudsko ponašanje, osim od ličnosti, zavisi i od ranijih iskustava, kao i od trenutnih životnih motiva

pojedinca i njegovog socijalnog okruženja. Zbog toga su prognoze budućih ponašanja bilo kog pojedinca podložne greškama, a kada govorimo o bolesti zavisnosti, možda je to još očitije.

U istraživanjima Juliana Rottera (1954), a naročito u istraživanjima Alberta Bandure (1977<sub>a</sub>, 1982<sub>b</sub>, 1986<sub>c</sub>), ljudska ponašanja su potpuno određena i upravlјana nagradama i kaznama, zadovoljstvom i nezadovoljstvom. Danas se zna da je pitanje ljudske motivacije mnogo složenije od toga. Deci i Ryan (1985) su dugi niz godina razvijali vrstu kognitivno-socijalne teorije motivacije koju su nazvali teorija samoodređenja. Po ovoj teoriji, osoba je aktivni i samoodređeni faktor koji samoregulacijom ponašanja određuje nivo i uspješnost svoje motivacije. Samoregulaciju definišemo kao sistematski napor u kojem usmjeravamo misli, osjećanja i djelovanja prema ostvarenju postavljenih ciljeva (Zimmerman, 2000).

Deci i Ryan (2000) svoja zapažanja povezuju sa klasičnim teorijama potreba istovremeno dodajući u svoju teoriju samoodređenja tri dodatne psihološke potrebe koje se pojavljuju konstantno u istraživanjima: potreba za autonomijom, kompetencijom i socijalnom povezanošću. Ako su ove potrebe zadovoljene, dolazi do samomotivacije i očuvanja mentalnog zdravlja, dok u suprotnom vode smanjenju motivisanosti i propadanju opštег stanja. Svaka osoba ima dvije moguće opcije: biti proaktiv i uključen ili biti pasivan i otuđen.

U istraživanjima baziranim na teoriji samoodređenja, mora se pristupiti analizi socijalnog konteksta jer on vodi prema prirodnom procesu samomotivacije (Nedeljković, 2012). Radi toga će u dalnjem tekstu pažnja biti usmjerena i na socijalnu podršku koju zavisnik od heroina ima.

Slično ovom zaključku, kliničari i istraživači koji su proučavali oblast motivacionih tehnika u radu sa zavisnicima došli su do zaključka da se efekat tehnika pojačava uključivanjem bliskih i važnih osoba iz pacijentovog života koji ga mogu podržati u liječenju (O'Farrell, 1993, prema Strausner, 2004).

U procesu motivisanja zavisnika od heroina da započne liječenje i da u liječenju bude disciplinovan i uporan, sve ove postavke se praktično ispituju i primjenjuju.

Ono što se u praksi pokazuje je da, vremenom, ipak, svaki zavisnik shvati koliku moć nad njim i njegovim životom heroin ima, te se prirodno u njima počinje javljati želja da se iz tih okova oslobođe i počnu sa liječenjem. Ta želja u početku ne mora biti jasno definisana, niti imati precizne konture, ali se pojavi kao ideja i vremenom jača. Uključimo li u ovom

momentu u proces pozitivnu socijalnu podršku, koja je već pomenuta kao faktor koji može pozitivno uticati na motivaciju, možemo se nadati da zavisnik počne sa liječenjem.

Dolaskom na liječenje, pacijent može proći cijeli proces detoksifikacije, ali da bi taj proces bio uspješan i doveo do trajne apstinencije, savjetuje se nastavak socio-rehabilitacionog tretmana u nekoj od terapijskih zajednica. Gotovo u svim slučajevima nailazimo na otpor i odbijanje, te pribjegavanje strategijama samohendikepiranja koje pacijenti nesvjesno koriste.

#### 1.5.1. Strategije samohendikepiranja

Za ovo istraživanje nama je posebno bilo važno pronaći koje strategije koriste zavisni od heroina i u kojoj mjeri, te koliko su samohendikepirajuće strategije bitne u istražnosti zavisnika u liječenju.

Svrha strategija samohendikepiranja je da se eventualni neuspjeh u nekoj djelatnosti ne pripisuje nedostatku sposobnosti. Ako se, sa druge strane, dogodi uspjeh, onda se samohendikepiranje koristi da se uveća slika o sposobnostima. Strategijama se pribjegava ako postoji stvarna ili umišljena prijetnja samopoštovanju ili kada se očekuje neuspjeh u aktivnosti koja je povezana sa sposobnostima. Osoba kreira razloge koji mogu da je ometaju pri izvođenju aktivnosti i mogu joj poslužiti da opravdaju potencijalni neuspjeh (Smederevac-Stokić i sar., 2003).

Veza između zavisnosti i samohendikepiranja naučnicima se logično nametnula. Temeljni doprinos razumijevanju samointoksikacije dali su Berglas i Jones (1978), koji su prvi upotrijebili termin samohendikepiranja. Prepostavili su da alkohol smanjuje odgovornost pojedinca za njegova djela, te uspješnost u obavljanju zadataka. Stalno pijenje ostavlja mogućnost pojedincu da mašta o tome koliko će biti uspješan i funkcionalan kada prestane da se opija. Berglas i Jones (1978) su teoriju eksperimentalno testirali. Grupa testiranih koja je dobila veoma teške zadatke za rješavanje, češće je odlučivala posegnuti za lijekovima nepoznatog efekta, od grupe koja je rješavala lakše zadatke. Zaključuje se kako korištenje opojnih droga i alkohola može biti motivisano željom da se zaštiti slika o sebi u odnosu na priznavanje poraza. Dobiveni nalaz je korespondentan nalazima autora Tucker, Vucinich i Sobell (1981). U provedenom eksperimentu ispitanici koji su dobili lakše poslove rijetko su birali da u toku izrade popiju dostupni alkohol. Suprotno od toga, ispitanici čiji su zadaci bili nerješivi, često su birali da popiju alkoholna pića.

Daljim istraživanjima veze između zavisnosti i samohendikepiranja (Higgins i Harris, 1988; Higgins, Snyder i Berglas, 1990), dolazi se do zaključka kako zavisnost od droga i alkohola nesvesno može pojedincu poslužiti kao olakšavajuća okolnost čak i za ona djela koja se zakonski tretiraju najtežim kaznama. Isto tako, kada pojedincu prijeti otkaz na radnom mjestu zbog neefikasnosti, on radije počinje sa upotrebom PAS da kamuflira svoje nesposobnosti (Fekjaer, 2010). Čini se da je puno lakše sebe ubijediti da je zavisnost kriva za neuspjeh u životu, nego osoba sama. Berglas i Jones (1978) smatraju da psihoaktivne supstance pojedinca održavaju u ubjedjenju da će biti veoma uspješan kada se od njih izliječi. Ovaj zaključak sugerire da će pojedinac, kada se potpuno detoksificira, morati preuzeti odgovornost za svoj život, a ta činjenica može biti zastrašujuća i poslužiti zavisniku kao demotivirajući faktor u procesu liječenja.

Kada postoji samohendikepirajuće ponašanje, osobe iz okruženja nisu u stanju razlučiti da li je i koliko neuspjeh nastao zbog nedovoljnog zalaganja pojedinca, da li je i koliko posljedica sprečavajućih ponašanja, ili se radi o pomanjkanju sposobnosti pojedinca (Burušić i Brajša-Žganec, 2005). Higgins, Snyder i Berglas (1990), u naslovu svoje knjige, samohendikepiranje označavaju „paradoksom, koji to nije“.

Prema mišljenju Midgley, Arunkumar i Urdan (1996), samohendikepiranje je proaktivno ponašanje započeto sa ciljem da se utiče na shvatanje drugih šta je stvarni uzrok uspjehu ili neuspjehu. McCrea (2008) smatra da samohendikepiranje, uz dodatne kognitivne strategije, direktno utiče na afekat i motivaciju i smanjuje količinu uloženog napora u izvršenje radnje. Iz ovog razloga, dugoročni efekti samohendikepiranja su uglavnom negativni. Ukoliko pojedinac koristi često strategije samohendikepiranja, posljedično će njegova postignuća biti niža, a uz nerazvijene radne navike i pod uticajem stresa će doprinositi fokusu na negativne događaje i korištenje nezrelog mehanizma odbrane, povlačenja. To dovodi do sve slabije prilagođenosti koja, posljedično, još više povećava samohendikepiranje (Zuckerman, Kieffer i Knee, 1998). Ako se postigne uspjeh uprkos ometajućem ponašanju, onda će ovaj uspjeh imati još veću vrijednost, naročito pred drugima, iako je bitan i za osobu samu u cilju povećavanja vlastitog samopoštovanja (Burušić i Brajša-Žganec, 2005).

Samohendikepirajućim strategijama se smanjuje mogućnost da se uspjeh postigne. Tako izgleda kao da se od uspjeha bježi, iako se u stvarnosti priželjkuje, što se čini kao direktni opis onoga što u praksi imamo kod liječenja heroinskih zavisnika.

## **1.6. Uloga socijalne podrške u liječenju heroinskih zavisnika**

Socijalna podrška je važno obilježje interpersonalnih odnosa, a razlog interesa za ovu oblast su zapažanja o pozitivnom uticaju socijalne podrške na zdravlje i prilagođavanje pojedinca. Nalazi istraživanja pokazuju da su ljudi koji žive u porodičnom okruženju, u braku, koji imaju prijatelje od kojih mogu očekivati psihološku i konkretnu materijalnu podršku, boljeg zdravlja od ljudi s manje kontakata i podrške (Broadhead i sar., 1983, Leavy, 1983, Mitchell i sar., 1982, Cohen i Wills, 1985, prema Vručinić, 2012; Cohen, 2004; Šincek i Vučetić, 2011).

Socijalna podrška može pozitivno uticati na prihvatanje saopštene dijagnoze, subjektivni doživljaj bolesti, te tok i krajnji rezultat bolesti, kao i na sve psihološke reakcije na bolest. Nadalje, socijalna podrška je povezana i sa manjom stopom mortaliteta kod hronično oboljelih pacijenata (Christensen, Wiebe, Smith i Turner, 1994; Vaselić Letić, Jojić i Lakić, 2013). Najvažnije određenje socijalne podrške je doživljaj da se neko za nas brine, da nas neko voli i cijeni, a samim tim, da smo dio komunikacijske mreže u kojoj postoje uzajamne obaveze (Baumeister i Leary, 1995).

Postoje razni izvori socijalne podrške, ali većina ljudi najčešće prima najveći dio emocionalne podrške, topline, pripadanja, materijalne i instrumentalne podrške, u svojoj vlastitoj porodici (Vručinić, 2012). Za razliku od drugih izvora socijalne podrške za pojedinca, karakteristično za porodicu je da će ona obično sama prepoznati kada je neko od njenih članova ugrožen, a zatim će sama ponuditi pomoći u situaciji kada je član ne traži. U procesu socijalizacije usvajamo i socijalne vještine koje ćemo kasnije koristiti u svim relacijama sa ljudima oko sebe. Socijalna podrška porodice pomaže kvalitetnije liječenje hroničnih bolesti (Christensen, Smith i sar., 1992).

S druge strane, socijalna mreža može imati i negativan uticaj na pojedinca, postati izvor stresa i konflikata, te dovesti do povećanja psihosimptomatike, a ne njenog smanjenja (Barrera, 1981, Fiori i sar., 1983, Rook, 1984, prema Karačić, 2012). Prema Rappaport i Seidman (1999), kvalitet socijalne podrške ne raste proporcionalno broju socijalnih kontakata, ali veći broj socijalnih kontakata znači poboljšanje u strukturi socijalne mreže. Lični stil pojedinca može loše uticati na ovu strukturu, te hostilne osobe imaju manje koristi od proširenja socijalne mreže, od prijateljski orijentisanih pojedinaca.

Socijalna mreža zavisnika od heroina je gotovo redovno sužena i zatvorena. Najveći broj njihovih kontakata je sa osobama koje su takođe zavisnici ili sa osobama kriminalnog

miljea od kojih nabavljaju heroin ili s kojima dolaze do novca za heroin. U našoj praksi veoma često imamo slučajeve pacijentkinja zavisnih od opijata, koje stalno ulaze u vanbračne relacije sa različitim muškim pacijentima koji su takođe zavisnici od heroina. Kada pacijente pitamo o prijateljima, gotovo uvijek dobijamo odgovor da se druže samo sa drugim pacijentima, iako bi sami voljeli da im je krug prijatelja širi.

Gottlieb (1988, prema, Rappaport i Seidman, 1999) navodi dvije različite strategije za poboljšanje socijalne mreže zavisnika. Jedna je postati otvoreniji i sam pružati podršku drugima da bi je od njih primio, a druga je pridružiti se grupama samopomoći u kojima ostali učesnici imaju sličan problem. Tako postoji mogućnost učlanjenja u grupe liječenih alkoholičara, zavisnika od heroina, porodica hronično bolesnih (Mujčinović, 2014).

S druge strane, mnogobrojna istraživanja pokazuju kako upravo dobra socijalna podrška može biti vezana za uspješnost liječenja heroinskih zavisnika (McLellan, 1983; Hubbard i sar., 1989; Ross i sar., 2002).

Williams (2003) je u istraživanju mladih pod pojačanim rizikom od neprilagođenih oblika ponašanja, u koja spadaju i konzumacije psihoaktivnih supstanci, došao do zaključka da stalno druženje i boravak unutar grupe mladih koji imaju probleme ponašanja kod pojedinca dovodi do pojačavanja vlastitih neprilagođenih ponašanja, čak i onda kada su kao grupa zajednički uključeni u neke oblike psihosocijalnih intervencija. Dr Dishion i saradnici (prema Williams, 2003), koji su rukovodili programima pomoći ovim mladima, nazivaju to tzv. treningom devijantnosti. Sličan zaključak nameće se u svakodnevnoj praksi u situacijama kada na odjelu za stacionarni detoks mlađi pacijent boravak u grupama zavisnika koristi za upoznavanje sa starijim pacijentima i njihovim načinima dolaska do heroina. Ovo je očigledan primjer kada, umjesto koristi, od socijalne mreže dobijamo direktni negativni efekat.

Zavisnici od heroina često i sami izbjegavaju osobe koje se ne kreću u zavisničkim krugovima, a dešava se da ih doživljavaju neprijateljski, iako objektivnog razloga za to nemaju. Ovaj specifični proces poznat je pod nazivom disocijalizacija, kada se zavisnici druže isključivo sa drugim zavisnicima i osobama koje su afirmativni prema heroinskoj zavisnosti. Manji broj heroinskih zavisnika ima očuvanu sposobnost da uspostavi duboke i adekvatne, empatijske, altruističke odnose sa drugima (Vučković, 2009, prema Martinović Mitrović, 2015). Mnogobrojna istraživanja pokazuju da sposobnost percepcije socijalne podrške zavisi od ličnosti. Swickert, Hittner i Foster (2010) zaključuju da visoka ekstraverzija, visoka neurotičnost i niža otvorenost, dovode do smanjenja percepcije socijalne

podrške. Slično tome, Sarason, B. R., Sarason, I. G. i Gurung (2001) nalaze vezu između depresivnosti, ekstraverzije i savjesnosti, te socijalne podrške, s druge strane.

Ako heroinska zavisnost traje dugo, socijalna mreža pacijenta sve više se sužava. Roditelji i najuža porodica pokazuju uvijek najviše želje da ostanu uz svog oboljelog člana, uprkos činjenici da odnos prema vlastitoj porodici, kod zavisnika od heroina koji su hronično bolesni, vremenom postaje sve više odbacujući ili ambivalentan (Vučković, 2009, prema Martinović Mitrović, 2015).

Kada razmišljamo o odnosu društva prema zavisnicima od heroina ili njihovim porodicama, možemo zaključiti da, iako postoji želja društva da se zavisnicima i njihovim porodicama pomogne, ne postoje dovoljno jasne i sveobuhvatne akcije koje bi dovele do stvarne reintegracije ove populacije u društveni život.

Postoji jedna velika i tužna razlika između porodica koje imaju osobu oboljelu od zavisnosti od heroina i onih kojima je neki član obolio od neke druge, somatske bolesti. Kada se u našem društvu razboli mlada osoba, kada ima zločudni tumor, društvo reaguje empatijom i željom da pomogne. Što je član porodice mlađi, a bolest teža, to se i kompletna zajednica više trudi pomoći. Količina saosjećanja i praktične pomoći koju u tim danima porodica prima od svoje okoline u direktnoj je vezi sa količinom percipirane socijalne podrške, a posljedično sve to utiče da se porodica bolje nosi sa tugom i stresom.

Nažalost, kada govorimo o bolestima zavisnosti, a posebno o zavisnosti od heroina, stvari su potpuno drugačije. Heroinska zavisnost se još uvijek često ne smatra bolešću nego drskim izborom osobe koja ne želi prihvati standarde društva. Naravno, ponašanje koje se razvije kroz heroinsku zavisnost vrlo često je antisocijalno, počevši od iznuda, krađa, preprodaja, te raznih drugih kriminalnih dijela koje zavisnik počini u želji da sebi nabavi heroin, tako da je stav okruženja donekle razumljiv. Zbog svega toga, kada okruženje shvati da neka porodica ima člana koji je heroinski zavisnik, prvo počinje verbalna osuda tog člana, a vremenom i potpuno isključenje heroinskog zavisnika iz svih aktivnosti zajednice.

## **1.7. Uloga psihologa u liječenju heroinskih zavisnika**

Uloga koju psiholog ima u multidisciplinarnom timu za liječenje zavisnosti od heroina je kompleksna. Psihologija se, kao struka, uključila u djelovanje na polju zavisnosti, ali se duže zadržavala na nivou preventivnih aktivnosti nego što se direktno uključivala u tretman zavisnika. Danas je psihologija veza za razumijevanje bioloških, psiholoških i socijalnih faktora u razumijevanju ove bolesti, a takođe, kao struka, ima naučno utemeljene kapacitete za kompleksnu i sveobuhvatnu edukaciju, savjetovanje, psahoedukaciju i tretman zavisnika (Brlas, 2018).

Psiholog u timovima koji se bave liječenjem heroinske zavisnosti ima dvostruki zadatak. Prvo, obavlja intervju, primjenjuje razne testove i procjenjuje psihičko stanje pacijenta, da bi, u timu sa ljekarima, došao do pravilne dijagnoze. Drugo, kroz cijeli proces liječenja primjenjuje psihološke intervencije, individualno kreirane za svakog pacijenta u cilju poboljšanja njegovog mentalnog zdravlja.

### **1.7.1. Psihodijagnostička procjena**

Na početku liječenja, psiholog počinje sa upoznavanjem pacijenta kao jedinstvene osobe. Obavlja se inicijalni intervju, pacijentu se daje potrebna podrška, a zatim započinje sa primjenom psihodijagnostičkih instrumenata.

Cilj psihodijagnostičkih postupaka je sveobuhvatno razumijevanje pojedinca, njegovog ponašanja, razmišljanja, emotivnog odgovora, te eventualnih psihopatoloških procesa u ličnosti koji zahtijevaju usmjerene intervencije. U kliničkoj praksi je psihodijagnostika nezaobilazni dio početne obrade i procjene pacijenta. Ona je prvenstveno polazna tačka za timske odluke oko postavljanja psihijatrijske dijagnoze i služi kao precizna smjernica za daljnje liječenje (farmakološko i psihoterapijsko).

U kliničkoj praksi, pa tako i sa zavisnicima od heroina, najčešće se koriste testovi ličnosti i sposobnosti, te određene skale usmjerene na specifičnu psihopatološku simptomatologiju (post-traumatski stresni poremećaj, depresivnost, anksioznost...).

Cilj primjene ovih psihodijagnostičkih instrumenata je da se dobiju precizni i klinički upotrebljivi podaci o sposobnostima pacijenta, o očuvanosti ličnosti i određenim specifičnim poremećajima.

Nekada primjena psihodijagnostičkih instrumenata u prvoj fazi liječenja heroinskih zavisnika uopšte nije moguća. To se dešava zbog ponekad izrazito lošeg psihofizičkog stanja pacijenata kada se tek javi na liječenje. U toj situaciji, psihodijagnostička procjena se odgađa do stabilizacije psihofizičkog stanja pacijenta.

### 1.7.2. Psihološke intervencije

Psihološke intervencije koje provodimo na pacijentima zavisnim o heroinu su stručni postupci zasnovani na praktičnom iskustvu, a usmjereni ka postizanju društveno prihvatljivog i prilagođenog funkcionisanja, te očuvanju zdravlja. Mogu se provoditi samostalno i sa farmakološkim intervencijama, te su uvijek individualno prilagođene vrsti i stepenu problema pacijenta lično. Drummond i saradnici (2007) smatraju, prema Smjernicama za psihosocijalni tretman ovisnosti o drogama u zdravstvenom, socijalnom i zatvorskom sustavu Vlade Republike Hrvatske (2015), da su to sve nefarmakološke intervencije koje se provode u terapijskom kontekstu na individualnom, grupnom ili porodičnom nivou. Tako se od psiholoških intervencija navode: kraće savjetodavne intervencije, edukacija pacijenata o zaraznim bolestima, intervencije, motivacijski intervjuji, tretmani ponašanja, psihoedukacije, te porodična terapija.

Za svaki oblik psihosocijalnog tretmana karakteristično je da za cilj ima poboljšanja u interpersonalnim odnosima i životnim okolnostima, a da bi to postigli, prvi korak je u prepoznavanju važnosti unutrašnjih psiholoških procesa ličnosti, a zatim vanjskih socijalnih i fizičkih uslova, te njihovog međusobnog djelovanja (Woods i Hollis, 2000, prema Smjernicama za psihosocijalni tretman ovisnosti o drogama u zdravstvenom, socijalnom i zatvorskom sustavu Vlade RH, 2015).

Psihološke intervencije, provodive u toku institucionalnog liječenja heroinskih zavisnika, podrazumijevaju sljedeće komponente: razvoj motivacije, individualnu psihoterapiju, porodično savjetovanje, radnu, grupnu i socijalnu terapiju sa naglaskom na kognitivno-bihevioralnoj terapiji, preporuke za boravak i participiranje u terapijskim zajednicama i raznim grupama podrške u zajednici.

U toku procesa rada sa heroinskim zavisnikom, potrebno je pružiti pomoć u sazrijevanju, te ga učiti i poticati da preuzima u svoje ruke odgovornost za sebe, svoje postupke i život, te prestane tražiti izvan sebe krivca za svoje probleme. Zbog svega toga, primjena farmakoterapije u liječenju neće sama dovesti do promjena poremećenog ponašanja,

ali je neophodna da se opijatski zavisnici odluče na uključenje u program liječenja i što duže zadrže u tretmanu (Sakoman, 2002).

Psihološki aspekt liječenja podrazumijeva savjetodavni rad, kako sa zavisnicima, tako i sa porodicama, kao i konstantni rad na povećanju motivacije za liječenje (Mujčinović, Kasper i Ubiparip, 2009).

Intervencije psihologa počinju postepeno, a na početku sa educiranjem o ovoj bolesti. Nakon toga počinje rad na usvajanju pozitivnih medicinskih, higijenskih i društvenih navika, usvajanju ili obnavljanju vještina. U sljedećoj fazi prelazi se na intenzivnu psihoterapiju kojom se podiže svjesnost o kompetencijama kroz ukazivanje na sposobnosti i ojačavanje osobe. Glavni zadatak svakog psihoterapijskog pristupa je ciljni rad na reintegriranju ličnosti, čemu se može pristupati nakon uspostavljanja stabilne apstinencije, te prelaziti na sve složenije psihotretmanske intervencije i dugoročnije socio-ekonomiske zahvate (Mujčinović i sar., 2009).

#### 1.7.3. Specifične intervencije u Zavodu za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona

U Javnoj zdravstvenoj ustanovi Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona, rad sa pacijentima odvija se u okviru ambulantnog i stacionarnog dijela. Da bi se zavisnik uspješno liječio i izliječio, potrebno je raditi na tri različita polja: biološkom, psihološkom i socijalnom, pa stručni tim zavoda čine specijalista neuropsihijatar, glavni medicinski tehničar, psiholog i socijalni radnik. Tim radi preglede, analize, psihodiagnostiku, tretiraju zdravstvena stanja pacijenta, propisuju farmakoterapiju, te rade socio- i psihoterapijske intervencije.

Za razliku od uobičajenih bolničkih tretmana, od pacijenata na Odjelu za stacionarni detoks traži se motivacija i uključenost za niz individualnih i grupnih tretmana. Prva faza je adaptacija pacijenta, koja podrazumijeva edukaciju o bolesti, učenje pravila i uklapanje u novo okruženje. Druga faza je somatska stabilizacija koja podrazumijeva dovođenje narušenog fizičkog zdravlja u stanje funkcionalnosti. Treća faza je psiho-emotivna stabilizacija, koja podrazumijeva ciljane psihoterapijsko-savjetodavne intervencije reintegracije ličnosti i osnaživanja, dok je četvrta faza socijalna inkluzija, tj. priprema pacijenta za izlazak sa Odjela za stacionarni detoks i odlučivanje da li će i gdje će nastaviti proces rehabilitacije.

Rad psihologa na Odjelu za stacionarni detoksa koncipiran je kao grupni i kao individualni rad. Vrste grupe u kojima psiholog učestvuje i kreira rad su jutarnji raport, grupni psihoterapijski rad i sastanak terapijske zajednice. Neka od pravila koja se u toku grupnog rada na odjelu moraju ispoštovati su: poštovati dogovorenou vrijeme rada, ponašati se adekvatno, ne upadati drugima u riječ, poštovati izlaganje drugih, ne uvrijediti nikoga svojim izlaganjem, ne kritikovati jutarnji sastanak i sastanak terapijske zajednice kao aktivnosti koje su suštinski oslonjene na kognitivno-bihevioralni psihoterapijski pristup. Kognitivno-bihevioralne tehnike u terapiji ponašanja zasnivaju se na pretpostavci da je svako ponašanje, uključujući i emocionalne probleme, naučeno, pa zbog toga može biti zamijenjeno drugaćijim, poželjnijim i socijalno prihvatljivim ponašanjem (Kaličanin, 1991). Sastanak terapijske zajednice održava se dva puta sedmično, a jutarnji sastanak je svakodnevna redovna aktivnost na odjelu u tačno određenom vremenu. Zavisnici generalno pokazuju iskrivljenu percepciju vremena i nisu u stanju vremenski planirati aktivnosti, niti su motivisani da se pridržavaju rokova. Veoma često zbog toga zapadaju u probleme i sukobe sa uređenim socijalnim sistemima na svim nivoima, ali i unutar interpersonalnih relacija. Oni kasne sa prijavljivanjima na biro za zapošljavanje, ovjeru zdravstvene knjižice, vađenje lične karte, kasne na psihoterapijske seanse, kasne na pregledе, druženje sa prijateljima, eventualne odlaske na posao. Sastanci na odjelu su aktivnosti koje ih treniraju za pravilnu percepciju vremena. Osim toga, tačno precizirano vrijeme i pridržavanje plana stvara osjećaj sigurnosti, smanjuje anksioznost povećanjem osjećaja kontrole nad životnim okolnostima i utiče na generalnu percepciju života (Mujčinović, 2015).

Forsira se aktivan stav pacijenata u tretmanu, a postiže se zadavanjem zadaća koje pacijenti svakodnevno rade sami. U procesu pripreme i realizacije ove aktivnosti pacijentima se dodjeljuju uloge koje oni moraju „odigrati“ na najbolji mogući način da bi zaslужili pozitivno verbalno potkrepljenje u obliku javne pohvale. Istovremeno, igrajući ove uloge i poštujući pravila grupnog rada, pacijenti treniraju socijalne vještine i jačaju kompetencije (Mujčinović, 2015).

Grupni psihoterapijski rad vodi isključivo psiholog, a neke od tema su: vježbanje socijalnih vještina sa naglaskom na asertivno ponašanje; prepoznavanje emocija, pravilno ispoljavanje emocija, te kontrola ljutnje; žudnja i kontrola impulsa; edukacija o individualnim sposobnostima, te podrška u njihovom dalnjem razvoju; disfunkcionalne automatske misli, te posredujuće i bazična vjerovanja; tehnike problem-solving strategija; važnost, kompleksnost i snaga motivacije; ventilacija negativnih emocija i relaksiranja i sl.

Osim ovih oblika grupnog rada, sa psihologom pacijenti rade i individualno u obliku savjetovanja ili psihoterapijskog rada.

Za razliku od grupnog rada sa psihologom, u individualnom radu pacijentima se daje mogućnost da ostvare direktni i ekskluzivan odnos sa svojim terapeutom i rade na temama koje nisu spremni iznositi u grupnom radu: prerada traumatskih iskustava, rad na zakočenom žalovanju, specifični problemi u porodicama. Pacijenti veoma često preferiraju ovaj oblik rada te sami iniciraju susrete.

U završnoj fazi liječenja zadatak psihologa je dodatno ojačati pacijente i pripremiti za izlazak u realno okruženje. Neki od pacijenata dobijaju savjet o potrebi nastavka liječenja u nekoj od terapijskih zajednica, te se rad s njima usmjerava u tom pravcu.

Prilikom otpusta pacijenata oni su psihofizički oporavljeni i osjećaju da dobijaju novu šansu za život. Veoma im je važno naglasiti da je boravak na Odjelu za stacionarni detoks samo prva stepenica do izlječenja, te da se rad na praćenju terapijskog učinka sa njima nastavlja u ambulantnim uslovima. Savjetodavno-psihoterapijski rad na trajnim izmjenama ponašanja i ličnosti može da traje godinama i ključan je za uspješnu apstinenciju.

## **1.8. Dosadašnja istraživanja ličnosti heroinskih zavisnika**

Liječenje bolesti zavisnosti od heroina je kompleksno i teško jer u sebe uključuje tri faktora koja utiču na pojavu bolesti, tok liječenja, ali i krajnji rezultat liječenja, a to su: ličnost pacijenta, specifičnosti metabolizma pri konzumaciji heroina (tj. biološke dispozicije) i njegovo socijalno okruženje.

Mnoga istraživanja pokazuju razlike između heroinskih zavisnika i opšte populacije u osobinama kao što su: impulsivnost, neuroticizam, sklonost prema zanemarivanju društvenih normi ponašanja, pa istraživači žele identifikovati crte ličnosti koje imaju vezu sa konzumiranjem droge, a da se razdvoji uzimanje psihoaktivne supstance od lične patologije. Tako bi se prepoznale određene dimenzije ličnosti kod zavisnika, koje ne bi isključivo morale biti patološke (Wolf i Katleen, 2002, Odum i sar., 2000, prema Butorac, 2010).

Zavisnik od heroina, bez obzira na raniju, premorbidnu ličnost, stalnim korištenjem heroina počinje mijenjati svoje dotadašnje osobine, pa može postati nesiguran, sklon laganju, nepouzdan, impulsivan, agresivan i asocijalnan (Martinović Mitrović, 2015). Razlike koje su postojale u grupi premorbidnih ličnosti počinju potpuno da se gube, a transformacija ličnosti postaje redovni simptom bolesti heroinske zavisnosti. Sekundarne transformacije ličnosti zavisnika od heroina podrazumijevaju njihovu nesposobnost da adekvatno procijene objektivnu realnost. Ove distorzije procjene realnosti često prevazilaze stepen psiholoških distorzija, te time počinju zalaziti u domen psihijatrijskog. Kada govorimo o samoprocjeni heroinskih zavisnika, uglavnom dominiraju negativna ili idealizovana shvatanja sebe i vlastitih vrijednosti (Vučković, 2009, prema Martinović Mitrović, 2015).

Stalna upotreba heroina brzo dovodi do promjena ličnosti i gubitka etičkih kapaciteta, a time i sposobnosti tipičnog ponašanja. Dolazi i do seksualne dezinhibicije, kao i raznih vidova antisocijalnog ponašanja (Bukelić, 2000).

Petrović (2003) pokušava objasniti specifičnu ličnost heroinskog zavisnika, pa razlikuje četiri tipa ličnosti zavisnika od heroina koji zahtijevaju različite psihoterapijske pristupe.

Prvi tip definiše kao intelektualni ili racionalni, koji teži racionalnom i spekulativnom unutrašnjem životu. Njihova želja da se uzme heroin proizilazi iz konflikata u mišljenju, filozofskih ili profesionalnih problema, a u stanju opijenosti heroinom nalaze bijeg od života i zaborav. Kada nisu pod uticajem psihoaktivnih supstanci, često pribjegavaju ironiziranju i skepticizmu. Drugu grupu Petrović (2003) opisuje kao emocionalno motivisane zavisnike: u ovu grupu je svrstao žene, umjetnike, preosjetljive osobe, snažno introvertno orijentisane

pojedince, one koji ispoljavaju emocionalnu nestabilnost i bazičnu nesigurnost. Uglavnom poznaju sav rizik uzimanja heroina i plaše se, ali bez njega ne mogu. U treću grupu spadaju zavisnici koji heroin uzimaju po sopstvenoj želji i tu su mlade osobe koje potiču iz nižih socijalnih klasa, bez većih intelektualnih ili profesionalnih aspiracija, često odbačeni od društva. U ovu grupu spadaju sportski gangovi, mladi bez interesovanja ili osobe koje su izvan svih religioznih ili socijalnih uticaja. U četvrtu grupu spadaju zavisnici koji su potpuno bespomoćni u odnosu na konzumaciju heroina, koji bez heroina ne mogu, psihofizički su propali i sa degradacijom ličnosti koja se ogleda u gubitku empatije, poštovanja sebe i drugih, a pojačanom sebičnošću, beskrupuloznošću, te potpunim gubitkom mjere i granice u socijalno dozvoljenom ponašanju (Petrović, 2003).

Najčešći poremećaj ličnosti kod zavisnika na liječenju, prema istraživanju Kokkevi i saradnika (1998), od čega je njih 89,8% heroinskih zavisnika, bio je antisocijalni poremećaj sa prevalencijom od 33,5% (prema Dujmović i Čolović, 2012). Među zavisnicima, prevalencija psihopatije iznosi 60%, a stopa psihopatije najveća je među politoksikomanima, 64% (Flynn i sar., 1996; Tomasson i Vaglum, 1995, prema Radulović, 2013). Veliki broj istraživanja ove oblasti (Sher, Bartholow i Wood, 2000; Gerra, Zaimović i sar., 2004; Lodhi i Thakur, 1993; Blaszczyń i sar., 2006; Gossop i Eysenck, 1980; Sahasi i sar., 1990; Sigurdsson i Gudjonsson, 1995<sub>a</sub>, 1996<sub>b</sub>; Francis, 1996; Saiz i sar., 2003, prema Antičević, 2010) dokazao je povezanost između psihoticizma i zavisnosti, kao i neuroticizma i zavisnosti.

Ispitivači koji su sa kontrolnom grupom upoređivali osobe koje su zavisnici dolaze do zaključaka da su kod zavisnika češće izražene osobine ličnosti, poput emocionalne nestabilnosti, introverzije sa preosjetljivošću i nepovjerljivošću (Wilson, 1987) i sklonosti traženju uzbudjenja (Allen i sar., 1998; Fisher i sar., 1998; Graham i Strenger, 1988; Martin i Sher, 1994, prema Antičević i sar., 2010).

Conway i saradnici (2003, prema Butorac, 2010) smatraju da se, na temelju pregleda rezultata istraživanja, može zaključiti kako je ponašajna dezinhibicija najvažnija dimenzija ličnosti povezana sa upotrebom psihoaktivnih supstanci. Singer (1975) navodi da su neke od najčešćih karakteristika ličnosti zavisnika: niska tolerancija na frustracije, nizak nivo samopoštovanja, depresivnost, otežano iskazivanje emocija i stvaranja kontakata.

Postoje zakonitosti utvrđene u mnogim studijama, prema kojima zavisnici generalno imaju viši nivo simptoma psihopatoloških i mentalnih poremećaja, kao što su depresivnost, anksioznost ili psihopatija (Sher, Bartholow i Wood, 2000; Khodarahimi i Rezaye, 2012).

Verheul, Van den Brink i Hartgers (1995) napravili su pregled četrdeset naučnih radova objavljenih u periodu od dvanaest godina i zaključili su da je prevalencija psihopatije kod zavisnika od heroina između 7% i 48%. Zimmerman i Coryell (1989) su, koristeći strukturirani intervju, otkrili prevalenciju od 23%. Primjenjujući EPQ upitnik, autori Lodhi i Thakur (1993) pronašli su visoke rezultate zavisnika od heroina, na skalamu psihoticizma i neuroticizma.

Dujmović i Čolović (2012) izvještavaju da su istraživanja koja se bave ličnošću zavisnika najvećim dijelom zasnovana na primjeni MMPI testa ličnosti. Navode da se kod zavisnika najčešći šiljci javljaju na skalamu psihopatskih devijacija i hipomanije, zatim na skalamu depresije, histerije, psihastenije, te shizofrenije i socijalne inkompatibilnosti (Berzins i sar., 1971, Dewine i Johnson, 1976, Gilbert i Lombardi, 1967, Sutker, 1971, prema Dujmović i Čolović, 2012). Prema ovim nalazima, autori su zaključili da su zavisnici od heroina neodgovorne i egocentrične osobe koje često krše socijalne norme ponašanja, i osobe koje uvijek pokušavaju da direktno zadovolje svoje potrebe.

Slične zaključke iznosi Petrović (1988), pa zavisnike opisuje kao depresivne, anksiozne osobe, često impulsivne, nesaradljive i nesocijalibilne. Zavisnici od heroina su mirniji, povučeniji, ali i agresivni ako im se pristup heroinu uskrati. Fisher i saradnici (1998) otkrivaju da su zavisnici na liječenju često depresivni, melanholični i neodgovorni. Zaključuju da upravo zbog ovih osobina zavisnost traje i pored liječenja, te se često dešavaju recidivi (prema Pouyamanesh, 2011).

Procjene o tome u kojem postotku zavisnost od heroina koegzistira sa drugim psihopatološkim promjenama ličnosti, kreću se od 10% do 65% (Ivandić Zimić, 2011), a najčešće se navode shizofrenija, bipolarni poremećaj, afektivni poremećaji, psihopatija. Robins i Regier (1991) su proveli u Americi epidemiološku studiju, koja je pokazala da osobe koje od ranije imaju psihijatrijsku dijagnozu pokazuju veći rizik za razvoj nekog poremećaja zavisnosti, nego opšta populacija (prema Ivandić Zimić, 2011).

Kako vidimo, razlike u osobinama ličnosti između heroinskih zavisnika i opšte populacije pronađene su u mnogobrojnim istraživanjima koja su često rađena u kliničkim uslovima. Dilemu istraživačima predstavlja nemogućnost diferenciranja postojećih i premorbidnih karakteristika ličnosti heroinskih zavisnika, dok Zuckermanov psihobiološki model individualne razlike unutar ličnosti smatra biološki određenim.

## **1.9. Problem istraživanja**

Osnovni problem istraživanja je ispitati osobine ličnosti heroinskih zavisnika i sklonost prema samohendikepiranju, te utvrditi vezu sa socijalnom podrškom i motivacijom za sprovođenje tretmana.

U teorijskom dijelu naglašeno je kako bolest zavisnosti od heroina duboko i sveobuhvatno razara svaki aspekt tjelesnog i psihološkog zdravlja, a istovremeno i sve vidove socijalnog funkcionisanja, kako zavisnika samog, tako i svih onih koji ga vole, ali i društva u cjelini, pa je potrebno uraditi sve da se ova bolest uspješno liječi. Nažalost, višegodišnja praksa u radu sa zavisnicima od heroina jasno pokazuje kako je liječenje heroinskih zavisnika dugotrajan i neizvjestan proces, jer se moraju istovremeno obuhvatiti tri segmenta: psihološke osobine zavisnika od heroina, stepen socijalne podrške koju imaju i njihova motivacija za tretman.

Teorijska racionala u istraživanju osobina ličnosti, u ovom istraživanju, Zuckermanova je teorija koja u sebe uključuje i pojašnjenje biološke dispozicije za određena ponašanja. Upravo određene biološke dispozicije heroinskih zavisnika mogu objasniti njihov zavisnički odgovor na dejstvo heroina i, kroz to, tvrdokornost u održavanju ponašanja koja im štete. Osobine ličnosti koje smo istraživali odnose se na: agresivnost–hostilnost, aktivitet, socijabilnost, impulsivno traženje senzacija i neuroticizam–anksioznost.

Socijalni kontekst važan za ovu bolest, a pogotovo za njeno liječenje, sagledavali smo kroz socijalnu podršku koju zavisnici od heroina percipiraju od strane onih koji su uz njih. Dosadašnja istraživanja redom ističu važnost socijalne podrške za uspješno liječenje hronično bolesnih ljudi, pa nas je zanimalo kako socijalna podrška utiče na liječenje bolesti zavisnosti od heroina. Nismo željeli samo dobiti kvantitativne podatke, nego smo pokušali kroz fokus-grupe i intervjuje dublje shvatiti prirodu socijalne podrške, njenu vezu sa osobinama ličnosti i njen uticaj na liječenje heroinske zavisnosti.

Aktivnosti i ponašanje heroinskih zavisnika u toku liječenja mjerili smo kroz skale motivacije za liječenje i samohendikepiranja, a određene zaštitne ili rizične etiološke faktore proučavali smo prikupljanjem svih dostupnih socio-demografskih i personalnih podataka.

Tragajući za istraživanjima koja su do sada sveobuhvatno zahvatila ovu oblast, te time došla do cjelovitih zaključaka, stiče se utisak da je ovo područje do sada nedovoljno istraženo.

Naučni značaj ovog istraživanja odnosi se na analizu, provjeru i razradu teorijskih postavki za cjelovitije proučavanje istraživanja etiologije bolesti zavisnosti, specifičnih osobina ličnosti heroinskih zavisnika, značaja socijalne podrške i samohendikepiranja, kao i motivacije za liječenje. Ovaj rad može poslužiti kao osnova budućim istraživačima koji će proučavati ovu oblast.

Praktični cilj istraživanja je unapređenje znanja o osobinama ličnosti zavisnika od heroina i njihovoj motivaciji za liječenje, što bi se moglo koristiti za kreiranje programa za liječenje i prevenciju. Rezultati ovog istraživanja, istovremeno, mogu biti od važnosti za profesionalce iz oblasti mentalnog zdravlja, koji će na osnovu dobivenih rezultata moći prepoznati i unositi promjene u radu, te tako težiti poboljšanju i unapređenju zaštite mentalnog zdravlja. Informacije o mogućoj etiologiji, rizičnim ili zaštitnim faktorima, mogle bi doprinijeti efikasnijem pristupu i tretmanu zavisnika od heroina. Dobijene smjernice mogu poslužiti za razvijanje tehnika kojima bi se pristupalo, kako zavisnicima, tako i važnim osobama iz njihovog okruženja, a dobijajući dublji uvid u osobine ličnosti zavisnika od heroina imaćemo mogućnost odabira najadekvatnijih savjetodavnih i psihoterapijskih pristupa u radu sa ovom populacijom.

Za budućnost svakog društva veoma je bitno kako i koliko se pažnje posvećuje očuvanju zdravlja opšte populacije. Bolesti zavisnosti su u modernim društvima u ekspanziji, a to je posebno vidljivo u društvima u tranziciji, kakvo je naše. Zavisnost onesposobljava mlade ljude u godinama pune produktivnosti, smanjuje kvalitet njihovog življenja u svim sferama, ali i kvalitet života ljudi koji ih vole, tako da su aktivnosti u ovoj oblasti od opšteg društvenog interesa.

## **1.10. Ciljevi istraživanja**

Teorijski cilj istraživanja je spoznati postoje li određene specifičnosti u pogledu osobina ličnosti zavisnika o heroinu, te postoji li veza između osobina ličnosti, samohendikepiranja, socijalne podrške i motivacije za lječenje zavisnosti.

Praktični cilj je omogućiti unapređenje motivacionog aspekta tretmana zavisnika od heroina i određenje uloge socijalne podrške u procjeni ishoda tretmana.

Cilj je konkretizovan nizom definisanih i operacionalizovanih pojedinačnih zadataka, pa su oni bili sljedeći:

1. ispitati sociodemografska obilježja i osobine ličnosti zavisnika,
2. ispitati sklonost ka samohendikepiranju i vezu sa osobinama ličnosti,
3. ispitati stepen socijalne podrške i vezu sa osobinama ličnosti i sklonosti ka traganju za uzbudnjem,
4. ispitati stepen motivacije za tretman kroz stručnu procjenu i kroz samoprocjenu zavisnika,
5. ispitati stepen motivacije za tretman putem primjene intervjeta i fokus-grupe.

## **1.11. Hipoteze istraživanja**

Hipoteza 1: Postoje specifičnosti u osobinama ličnosti heroinskih zavisnika.

Ova pretpostavka je formirana na osnovu dostupnih istraživanja koja navode razlike u osobinama ličnosti heroinskih zavisnika i opšte populacije (Allen i sar., 1998; Fisher i sar., 1998; Graham i Strenger, 1988; Martin i Sher, 1994, prema Antičević i sar., 2010; Argyriou i sar., 2018; Jones i sar., 2016; Lodhi i Thakur, 1993; Odum i sar., 2000, prema Butorac, 2010; Paydary i sar., 2016; Swendsen i sar., 2002; Wilson, 1987), sa posebnim naglaskom na dimenziju Impulsivno traganje za senzacijama (McCourt i sar., 1993; Wagner, 2001; Zuckerman, 1979; Zuckerman i Kuhlman, 2000).

Hipoteza 2: Postoji sklonost ka samohendikepiranju kod heroinskih zavisnika.

Zaključke o samohendikepiranju kod zavisnika uopšte iznosili su razni istraživači ove oblasti (Berglas i Jones, 1978; Higgins i Harris, 1988; Higgins i sar., 1990), a sada će biti provjereni na uzorku zavisnika od heroina za koje se očekuje da će pokazati slične rezultate.

Hipoteza 3: Postoji veza između osobina ličnosti heroinskog zavisnika i njegove percepcije socijalne podrške.

Iako je teško pronaći istraživanja o osobinama ličnosti heroinskih zavisnika i njihovoj percepciji socijalne podrške, mnogobrojna istraživanja pokazuju da sposobnost percepcije socijalne podrške zavisi od ličnosti (Sarason i sar., 2001; Swickert i sar., 2010).

Hipoteza 4: Postoji veza između osobina ličnosti heroinskog zavisnika i njegove istrajnosti u liječenju.

Ova postavka se zasniva na razmišljanjima o postojanju razlika u osobinama ličnosti heroinskih zavisnika i opšte populacije, koje heroinskog zavisnika čine posebno vulnerabilnim prema uzimanju heroina, i pored jasnih činjenica o njegovoj štetnosti (Allen i sar., 1998; Fisher i sar., 1998; Graham i Strenger, 1988; Martin i Sher, 1994, prema Antičević i sar., 2010; Argyriou i sar., 2018; Jones i sar., 2016; Lodhi i Thakur, 1993; McCourt i sar., 1993; Odum i sar., 2000, prema Butorac, 2010; Paydary i sar., 2016; Swendsen i sar., 2002; Wagner, 2001; Wilson, 1987; Zuckerman, 1979; Zuckerman i Kuhlman, 2000). Pretpostavka je da se ovaj obrazac dalje može generalizovati, pa bi iste osobine ličnosti mogle biti vezane za njihovo samovoljno napuštanje tretmana, te pravljenje recidiva, uprkos jasnoj opasnosti koju takvo ponašanje nosi.

Hipoteza 5: Sklonost ka samohendikepiranju je povezana sa istrajnošću u liječenju.

Naučnicima je sve jasnija veza između zavisnosti i samohendikepiranja (Fekjaer, 2010; Higgins i Harris, 1988; Higgins i sar., 1990), koje opisujemo kao aktivno nastojanje pojedinca da kreira inhibirajuće faktore i prepreke vlastitom uspjehu tako da unaprijed izbjegne da se eventualni neuspjeh pripše njegovom nedostatku sposobnosti. Često samovoljno i impulsivno prekidanje tretmana u toku liječenja heroinskih zavisnika (De Weert-Van Oene i sar., 2002; Dimitrijević, 2004; Melnick i sar., 2014) upućuje na zaključak da postoji veza samohendikepiranja i istrajnosti u liječenju.

Hipoteza 6: Jača i kvalitetnija socijalna podrška je povezana sa motivacijom za liječenje.

Mnogobrojna istraživanja jasno pokazuju vezu između socijalne podrške i uspješnosti liječenja pacijenata oboljelih od raznih bolesti (Christensen i sar., 1994; Vaselić Letić i sar., 2013), kao i heroinskih zavisnika (Hubbard i sar., 1989; McLellan, 1983; Ross i sar., 2002).

Na osnovu svega do sada rečenog, formirali smo glavnu radnu hipotezu ovog istraživanja koja glasi:

Postoje specifičnosti u osobinama ličnosti heroinskih zavisnika, sklonost ka samohendikepiranju, te veza između percepcije socijalne podrške kod različitih osobina ličnosti heroinskih zavisnika i njihove istrajnosti u liječenju.

## METODOLOGIJA ISTRAŽIVANJA

### 2.1. Nacrt istraživanja

Postupak istraživanja sistematizovan je u četiri faze.

Prva faza je podrazumijevala potpisivanje formulara za dobrovoljni pristanak na istraživanje pacijenata u liječenju. Prije toga su pacijentima usmeno objašnjeni ciljevi i svrha provođenja istraživanja. Naglašeno je da za participiranje u istraživanju neće imati nikakvu materijalnu naknadu u bilo kojem smislu. Osim što im je garantovana anonimnost, imali su potpunu slobodu da u bilo kojem momentu, bez ikakvih posljedica, odustanu od istraživanja. Njihov informisani pristanak dokumentovan je pismenim putem, potpisivanjem formulara.

Odmah nakon toga započelo se sa prikupljanjem i selektiranjem podataka o pacijentima na osnovu baze podataka JZU Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona (elektronske i papirne forme, anamneze, socijalne anamneze, medicinski karton, Pompidu upitnik, analiza testiranja urina na psihoaktivne supstance). Ovi podaci su dopunjeni u fazi kada su pacijenti ispunjavali Upitnik o ličnim i socio-demografskim podacima.

Treća faza podrazumijevala je testiranje ličnosti testom ZKPQ-50-CC i Skalom traženja uzbudjenja, a nakon toga je slijedilo popunjavanje skala samoprocjene od strane pacijenata (Skala percipirane socijalne podrške, Upitnik za procjenu samohendikepiranja i Skala CMRS za zavisnike u liječenju).

U četvrtoj fazi se pristupilo konstruisanju vodiča za fokus-grupe, te su se organizovale fokus-grupe sa pacijentima, a zatim je odabранo četvero pacijenata sa kojima se uradio klinički intervju. Peta faza podrazumijevala je obradu svih prikupljenih podataka kvantitativno (statistički) i kvalitativno, te dolaženje do zaključaka.

S obzirom na metodološki pristup, istraživanje je najvećim dijelom kvantitativno, uz kvalitativnu analizu pojedinih segmenata istraživanja, kao što je stabilnost u liječenju ili kvalitet socijalne podrške.

Istraživanje je prospektivna studija koja, manjim dijelom, ima retrospektivni osvrt, a u cijelosti je provedena u Javnoj zdravstvenoj ustanovi Kantonalni zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona, Zenica.

## **2.2. Uzorak**

Uzorkom su obuhvaćeni pacijenti koji imaju medicinsku dijagnozu zavisnosti od heroina, a koji su na dobrovoljnem liječenju u zavodu, u ambulantnom ili stacionarnom dijelu. Najveći broj pacijenata je iz Zenice, zatim iz Visokog, Kaknja, Breze, Tešnja, Maglaja i Doboj-juga. Osim ovih pacijenata, u liječenje su uključeni pojedini pacijenti izvan Zeničko-dobojskog kantona, konkretno iz Bugojna, Travnika i Novog Travnika, koji se stalno i kontinuirano liječe u ovoj ustanovi.

### **2.2.1. Način odabira uzorka**

Uzorak je prigodni, jer smo odabrali dostupne pacijente na liječenju, te zbog toga nema osobine statističkog slučajnog uzorka koji se ponaša u skladu sa teorijom vjerovatnosti i u kojem se može uspješno kontrolisati pogreška. Dodatni nedostatak odabira uzorka je da smo obuhvatili isključivo one pacijente koji su dobrovoljno prihvatali testiranje, te time dodatno pokazali svoju motivisanost za saradnju i liječenje.

Početni uzorak činilo je 249 pacijenata koji imaju medicinsku dijagnozu zavisnosti od heroina, a koji su na dobrovoljnem liječenju. U istraživanje su bili uključeni pacijenti koji su nakon informisanja dobrovoljno potpisali formular za pristanak da participiraju u istraživanju.

U obradu rezultata uzeto je ukupno 227 pacijenata koji su u potpunosti uradili sve potrebne skale i upitnike, a 22 pacijenta, koji su odustali od testiranja u toku samog rada, isključeni su iz dalje obrade i razmatranja.

U kvantitativni dio istraživanja bili su uključeni svi pacijenti ( $N=227$ ), a u kvalitativni dio istraživanja uključeno je njih 64 za fokus-gupe. Sa četiri pacijenta proveden je klinički intervju.

Od ukupnog uzorka, pacijenti koji su dobrovoljno pristali učestvovali su u radu fokus-grupa, a niko nije imao mogućnost da se uključi u rad više od jedne fokus-grupe.

Uzorak pacijenata za klinički intervju je ekspertni-namjerni. Kao i za odabir pacijenata za fokus-grupe, pacijenti su dobrovoljno pristali da se s njima provede klinički intervju, uz procjenu da su psihofizički spremni za dublju psihološku analizu i tretman, da postoji zastupljenost oba pola, razlika u godinama starosti, te da pacijenti nisu previše sličnih socio-demografskih karakteristika.

### 2.2.2. Osobine uzorka

Od 227 ispitanika, njih 206 je muških, te 21 ženski. Prosječna dob je 34,89 godina (SD=7,05).

Ukupno 106 pacijenata, ili 46,69%, živi sa svojim roditeljima, a sa suprugom ili sa djecom i suprugom živi njih 44, ili 19,38 %. U kući ili stanu živi njih 87,63%, kao podstanari 20, a da su beskućnici izjasnilo se 6 pacijenata. Svi beskućnici su muški pacijenti. Više od polovine su samci, a razvedenih je 23,79%. Najveći broj naših pacijenata nema vlastito potomstvo (156 ili 68,72%).

Problem sa zavisnošću imaju, u prosjeku, petnaest godina.

Srednjoškolsko obrazovanje ima 73,25% ispitanika. Daleko najveći broj zavisnika izjasnio se da su nezaposleni (76,21%). Zaposlenih je 42, penzionera 7, a samo je jedan student.

Gotovo polovina naših pacijenata nema nijedan dan staža, a trećina ostalih ima manje od pet godina staža. Neredovne prihode ima tri četvrtine naših pacijenata, a prihode nedovoljne za život 83,74%. Svega 37 pacijenata izjasnilo se da su im mjesecni prihodi (po bilo kojem osnovu) dovoljni za život.

Heroinski zavisnici vrše krivična djela. Od ukupnog broja, njih 151 je do sada osuđivano, što predstavlja otprilike dvije trećine ispitanih. Njih 46 su osuđivani višestruki povratnici u vršenju krivičnih djela (20,26%), a 81, ili 35,68%, boravilo je u zatvoru. Samo jedna trećina naših pacijenata, njih 76, nikada do sada nije osuđivana.

Učesnici u fokus-grupama bili su pacijenti na Odjelu za stacionarni detoks. Ukupno ih je bilo 64. Ispoštovano je pravilo homogenosti uzorka. Razlog za to je u činjenici da će sudionici otvoreni i slobodnije razgovarati o raznim temama kada su sa osobama koje su im sličnije (Skoko i Benković, 2009). Nije bilo moguće organizovati fokus-grupe sa sudionicima koji se od ranije ne poznaju, a što bi povećalo „anonimnost“ u iznošenju stavova, te minimiziralo unošenje ranije postojeće dinamike među učesnicima, jer su učesnici pacijenti koji zajedno borave na odjelu.

Od ukupnog poduzorka, najviše ispitanika je iz Zenice (56), 2 iz Visokog, 3 iz Travnika, 2 iz Bugojna i 1 iz Tešnja. Od tog broja, 6 su bile žene, a 58 muškarci. Ovaj odnos muškaraca i žena učesnika u fokus-grupama gotovo je identičan odnosu muškaraca i žena

cjelokupnog uzorka, te oslikava odnos muških i ženskih pacijenata koji se liječe od heroinske zavisnosti.

Prosječna starost je  $M= 33.02$  ( $SD= 6,21$ ).

Uzorak za klinički intervju uključivao je tri muškarca i jednu ženu.

### **2.3. Metode, varijable i instrumenti istraživanja**

U istraživanju su korišteni klinički psihološki intervjui, podaci pohranjeni u bazi podataka Javne zdravstvene ustanove Kantonalni zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona (elektronske i papirne forme, anamneze, psihološki nalazi, socijalne anamneze, medicinski kartoni, Pompidu upitnik, analiza testiranja urina na psihoaktivne supstance), Upitnik ličnih podataka, Zuckerman-Kuhlman upitnik ličnosti ZKPQ-50-CC (Aluja i sar., 2006), Skala traženja uzbudjenja SSS – forma V (Zuckerman, Eysenck, S. B. J. i Eysenck, H. J., 1978), Upitnik za procjenu samohendikepiranja (Smederevac, Mitrović, Topić i Vuk, 2009), Multidimenzionalna skala percipirane socijalne podrške (Zimet G. D., Dahlem, Zimet, S. G. i Farley, 1988), Skala CMRS za zavisnike u liječenju (De Leon, Melnick, Kressel i Jainchill, 1994), te fokus-grupe i klinički intervjui.

Svi korišteni upitnici i skale su u javnom domenu i slobodni su za naučnu, nekomercijalnu upotrebu, pod uslovom da se navedu originalni autor i izvor.

Za ispitivanje varijable socio-demografskih i personalnih obilježja heroinskih zavisnika, koristili smo *Upitnik o ličnim i socio-demografskim podacima*. Polustrukturirani upitnik je konstruisan ciljano za potrebe istraživanja, a pacijenti su ga ispunjavali samostalno, uz prisustvo psihologa. Upitnik sadrži 14 pitanja sa ponuđenim odgovorima, uz ostavljen slobodan prostor da ispitanici, ako imaju potrebu, napišu objašnjenje. U upitniku su sadržana pitanja koja se odnose na: pol, dob, porodične karakteristike, obrazovanje, uslove stanovanja, zaposlenost, dužinu liječenja, dužinu zavisničkog staža).

Za varijablu osobine ličnosti koristili smo *Zuckerman-Kuhlman upitnik ličnosti ZKPQ-50-CC* (Aluja i sar., 2006), koji predstavlja operacionalizaciju alternativnog petofaktorskog modela ličnosti (Joireman i Kuhlman, 2004).

Upitnik sadrži 50 čestica, a ispitanicima su ponuđeni dihotomični odgovori. Supskale upitnika su: Agresivnost–Hostilnost, Aktivitet, Socijabilnost, Impulsivno traženje senzacija i Neuroticizam–Anksioznost. Svaka od ovih supskala ima po deset čestica.

Koeficijent unutrašnje pouzdanosti skale u dosadašnjim istraživanjima iznosi od 0.68 do 0.81, a kros-kulturalna validacija je pokazala dobru strukturu i psihometrijske karakteristike (Aluja i sar., 2006). Cronbach's  $\alpha$  koeficijent u različitim kulturama je aproksimativno 0.70, osim za skalu Agresivnost–Hostilnost gdje je nešto niži (0.60–0.68) u Njemačkoj, Švajcarskoj i Španiji (Aluja i sar., 2006). Mitrović, Smederevac i Čolović (2009) izvještavaju da su u svom istraživanju utvrdili Cronbach's  $\alpha$  koeficijent 0.65 za skalu Agresivnost–Hostilnost, a do 0.78 za Neuroticizam–Anksioznost.

Primjena skala na našem uzorku pokazala je dobnu pouzdanost. Cronbach's  $\alpha$  koeficijenti za pojedine supskale iznose od 0.68 do 0.77, a za cijeli test 0.71.

Supskala Aktivitet (Akt) obuhvata potrebu za generalizovanom aktivnošću. Unutar ove supskale su i nestrpljivost i uznemirenost, u situacijama u kojima ne postoji mogućnost da se te potrebe iskažu i izraze. Jedan broj čestica odnosi se na potrebu za obavljanjem teških i izazovnih poslova, za koje treba uložiti puno energije i truda. Primjeri čestica: „*Ne osjećam potrebu da stalno nešto radim*“ ili „*Kada nešto radim, radim to sa puno energije*“.

Supskala Agresivnost–Hostilnost (Agr\_H) mjeri sklonost prema verbalnoj agresivnosti. Takođe, ovdje su čestice usmjerenе na detektovanje sklonosti prema bezobzirnom, uvredljivom i antisocijalnom ponašanju. Neke od čestica bave se stepenom neljubaznosti, osvetoljubivosti i iskazivanjem direktnе nestrpljivosti sa drugim ljudima. Neki primjeri čestica su: „*Normalno mi je da psujem kada sam ljut*“ ili „*Moram biti grub prema ljudima koje ne volim*“.

Supskalom Impulsivno traženje senzacija (ImpSS) obuhvaćena su impulsivna ponašanja i nemogućnost planiranja. Prisutna je sklonost prema nepredvidivim situacijama i raznim uzbudnjima kao i potreba za stalnim promjenama i novostima. Primjeri čestica su: „*Uživam u novim situacijama u kojima se ne može predvidjeti kako će se stvari odvijati*“ ili „*Često reagujem impulsivno*“.

Čestice supskale Neuroticizam–Anksioznost (N\_Anx) mjere zabrinutost, anksioznost, osjetljivost na kritiku, emocionalnu uznemirenost, strašljivost, napetost i neodlučnost. Primjeri čestica su: „*Lako se uplašim*“ ili „*Često osjećam napetost u tijelu bez nekog posebnog razloga*“.

Socijabilnost (Soc) je supskala kojom se ispituju indikatori uživanja u zabavama, druženja sa veoma mnogo prijatelja, netolerancija na bilo koji oblik socijalne izolacije. Primjeri čestica su: „*Ne smeta mi da izadjem sam i obično mi to više prija nego da idem u*

*velikoj grupi“ ili „U druženju sa prijateljima provodim vjerovatno i više vremena nego što bi trebalo“ (Mitrović i sar. 2009).*

*Skala traženja uzbudjenja* (Sensation Seeking Scale – SSS, forma V), koju su konstruisali Zuckerman i saradnici (1978), dodatni je instrument za mjerjenje varijable osobina ličnosti heroinskih zavisnika, ali sa isključivim fokusom na dimenziju traganje za uzbudnjima. Ova skala mjeri stepen želje i težnje prema uzbudnjima u životu, tj. traženje uzbudjenja i ona je višedimenzionalni konstrukt koji se sastoji od četiri supskale.

Supskala traženja uzbudjenja i pustolovina (SSS\_V\_Stuip) sa primjerom čestice: „*Volio bih probati skakanje padobranom*“ opisuje želju za učestvovanjem u aktivnostima koje potencijalno mogu biti opasne i rizične, te u sportskim disciplinama ili fizičkim radnjama koje su avanturistički usmjerene, kao što su padobranstvo, ronjenje, letenje.

Supskala traženja iskustava i doživljaja (SSS\_V\_Stiid) sa primjerom čestice: „*Volim sam istraživati nepoznati grad ili dio grada, čak i ako se mogu izgubiti*“ odnosi se na potrebu za novim, svježim osjećajima ili iskustvima, te spremnost na nekonvencionalni stil življenja (Haapasalo, 1990).

Supskala dezinhibicije (otkočenosti) (SSS\_V\_Dez) sa primjerom čestice: „*Volim divlje, razuzdane zabave.*“ Ova supskala bazira se na želji da se prepusti zabavi bez psiholoških kočnica, kako u pijenju, provodu, tako i kroz seksualne aktivnosti, pa objašnjava ponašanja kroz koja se odslikava želja za socijalnom i seksualnom otkočenošću.

Supskala podložnosti dosadi (SSS\_V\_Spd) sa primjerom čestice: „*Postanem nemiran kad moram boraviti u kući*“ mjeri želju da se izbjegnu sve radnje koje se stalno ponavljaju, te rutina i monotonija.

Svaka supskala sadrži po deset čestica, pa ih je ukupno 40. Svaka pojedina čestica ima dvije tvrdnje, a zadatak ispitanika je da se opredijeli isključivo za jednu od njih koja ga, prema njegovom mišljenju, najbolje opisuje. Minimalni mogući rezultat na svakoj supskali, kao i na cijeloj skali je 0, a maksimalni na supskalama je 10, dok je na cijeloj skali vrijednost 40 bodova (Zuckerman, 1994). Cronbach's  $\alpha$  koeficijent pouzdanosti pri konstrukciji i primjeni skale iznosio je od 0.83 do 0.86, što ukazuje na dobru pouzdanost skale, kao i svake pojedine supskale (Zuckerman, 1994). Na našem uzorku dobijamo takođe visok Cronbach's  $\alpha$  koeficijent od 0.80.

Varijablu samohendikepiranje mjerili smo *Upitnikom za procjenu samohendikepiranja – UPS* (Smederevac i sar., 2009), koji obuhvata 34 čestice sa petostepenim Likertovim skalamama za odgovore. Ispitanici odgovaraju na skali od 0 do 4, gdje je vrijednost 0 tvrdnja „u

*potpunosti se ne slažem*“, a vrijednost 4 „*potpuno se slažem*“. Supskale, kao i upitnik u cjelini, imaju zadovoljavajuću reprezentativnost, pouzdanost i homogenost (Smederevac i sar., 2009). Za supskale Cronbach's  $\alpha$  iznosi od 0.73 do 0.92, a za cijeli upitnik  $\alpha = 0.94$ . U našem istraživanju  $\alpha = 0.89$ . Svaka čestica upitnika predstavlja kombinaciju spoljašnjih, odnosno unutrašnjih uzroka kojima osoba opravdava potencijalni neuspjeh u interpersonalnim odnosima ili situacijama postignuća, a grupisane su u četiri supskale.

UPSSupskala 1 ispituje samohendikepiranje spoljašnjim uzrocima u interpersonalnim odnosima, te obuhvata deset čestica i raspon rezultata od 0 do 40. Primjer je: „*Da se osobe iz okruženja ne mijesaju, imao bih uspješniju ljubavnu vezu.*“

UPSSupskala 2 ispituje unutrašnje hendikepe u interpersonalnim odnosima i ima ukupno 12 stavki. Raspon rezultata može da se kreće od 0 do 48. Primjer je: “*Dešava mi se da zbog stidljivosti ne mogu da započnem razgovor sa osobom koja mi se dopada.*“

UPSSupskala 3 ispituje samohendikepiranje kao posljedicu atribucije ponašanja unutrašnjim uzrocima u situacijama postignuća. Supskala sadrži sedam čestica, te je raspon bodova od 0 do 28. Primjer čestice je: „*Ljenost me sprečava da postignem više.*“

UPSSupskala 4 ispituje samohendikepiranje kao posljedicu atribucije ponašanja spoljašnjim uzrocima u situacijama postignuća i obuhvata pet čestica, sa rasponom bodova od 0 do 20. Primjer za čestice supskale je: „*Nedostatak podrške mi otežava da budem uspješan u mnogim stvarima.*“

Stepen percipirane socijalne podrške je varijabla koju smo istraživali pomoću *Multidimenzionalne skale percipirane socijalne podrške – MSPSS* (Zimet, G. D., Dahlem, Zimet, S. G. i Farley, 1988). Skala ima ukupno 12 čestica za samoprocjenu socijalne podrške od strane porodice, prijatelja i važnih drugih osoba.

U istraživanjima (Canty-Mitchell i Zimet, 2000; Medvedev i Keresteš, 2009) se pokazalo da skala ima trofaktorsku strukturu, što je korespondentno izvorima socijalne podrške. Za svaki izvor socijalne podrške (porodica, prijatelji i važne druge osobe), kreirane su po četiri čestice. Zadatak ispitanika je da se na ljestvici od 1 (uopšte se ne slažem) do 7 (potpuno se slažem) označi stepen slaganja sa svakom tvrdnjom. Veći rezultat označava veći nivo percipirane socijalne podrške.

Skala je prevedena sa engleskog jezika tehnikom duplo slijepog prevoda<sup>1</sup>, kako bi se došlo do prevoda koji odgovara našem govornom području, te primijenjena u pilot-studiji (N=32) da bi se provjerila njena razumljivost i logička sadržajnost.

Primjeri čestica su: „*Kada stvari krenu loše, mogu da računam na svoje prijatelje*“, „*Moja porodica mi rado pomaže da donesem odluke*“, „*Postoji voljena osoba koja je tu kada mi je teško*“.

Preporuka autora je da se rezultat svake supskale podijeli brojem čestica (4), a rezultat ukupne skale sa brojem čestica skale (12), te da se u daljoj obradi rezultata koriste ovako dobijeni podaci (Zimet i sar., 1988). Dosadašnja istraživanja pokazuju da skala ima dobre psihometrijske karakteristike (Canty-Mitchell i Zimet, 2000; Cecil, Stanley, Carrión i Swann, 1995; Chou, 2000; Dahlem, Zimet i Walker, 1991; Trejos-Herrera, Bahamón, Alarcón-Vásquez, Vélez i Vinaccia, 2018). Unutrašnji koeficijent pouzdanost pojedinih supskala (Zimet i sar., 1988) iznosi Cronbach's  $\alpha = 0.85$  za supskalu prijatelja, do 0.91 za supskalu porodice, a za cijelu skalu  $\alpha = 0.88$ . U istraživanju Canty-Mitchell i Zimet (2000),  $\alpha = 0.93$ . U našem istraživanju, Cronbach's  $\alpha = 0.85$ .

Motivacija za tretman, mjerena kao samoprocjena, varijabla je koja je istraživana pomoću *Skale za mjerjenje okolnosti, motivacije, spremnosti i istrajnosti zavisnika u liječenju – CMRS* (Factor scales – circumstances, motivation, and readiness scales for substance abuse treatment, De Leon i sar., 1994). Namjena skale je mjerjenje motivacije i spremnosti za liječenje, te zadržavanje u liječenju zavisnika. Skala je prevedena sa engleskog jezika tehnikom duplo slijepog prevoda, kako bi se došlo do prevoda koji odgovara našem govornom području<sup>2</sup>, te primijenjena u pilot-studiji (N=32) da bi se provjerila njena razumljivost i logička sadržajnost. Skala CMRS za zavisnike u liječenju mjeri četiri faktora: vanjski uticaji za početak liječenja i ostajanje u tretmanu, unutarnji faktori za napuštanje tretmana, motivacija za mijenjanje, te istrajnost u liječenju uz spremnost za liječenje (De Leon i sar., 1994). Skala sadrži 18 čestica, a zadatak ispitanika je da na skali Likertovog tipa zaokruži vrijednost koja ga najbolje opisuje, od 1 – „u potpunosti se ne slažem“, do 5 – „potpuno se slažem“. Skala sadrži četiri supskale.

Vanjske okolnosti – ova supskala mjeri vanjske uticaje za početak liječenja i ostajanje u tretmanu. Primjer čestice je: „*Sigurno bih završio u zatvoru da nisam započeo liječenje*.“

---

<sup>1, 2</sup> Prevod: Zimić-Kulašić Admira, mr.sc. psiholog; Čizmić Elmedina, dipl. psiholog; Hadžihalilović-Muračević Emina, dipl.psiholog

Unutarnje okolnosti – ova supskala mjeri unutrašnje faktore za napuštanje tretmana. Primjer stavke je: „*Imam previše problema u životu za koje mislim da će mi smetati da bih se potpuno izlječio.*“

Motivacija – ovom supskalom se mjeri unutrašnja spoznaja o potrebi za promjenom. Primjer čestice je: „*Osjećam da će moj život biti sve gori ako se ne promijenim.*“

Istrajnost u liječenju i spremnost za liječenje – ova supskala mjeri nivo spremnosti za liječenje i provjerava stabilnost te spremnosti. Primjer čestice je: „*Uradiću sve što treba da moj život vratim na pravi put.*“

Skala ima visoku prediktivnu validnost kada se radi o predviđanju ostajanja u terapijskom procesu zavisnika (Peterson, Callahan i Jason, 2016), te dobre psihometrijske karakteristike  $\alpha = 0.86$  (De Leon i sar., 1994). Na našem uzorku, Cronbach's  $\alpha = 0.74$ .

## 2.4. Kvalitativni dio istraživanja

Za potrebe ovog istraživanja primijenjene su kvalitativne metode prikupljanja podataka: metoda fokus-grupe i kliničkog intervjeta. Razlozi zašto se pristupilo i kvalitativnom dijelu istraživanja leže u činjenici da je za bolest koja je toliko složena i kompleksna bilo neophodno pristupiti i dubinskom razmatranju problema, jer nas je zanimala lična percepcija pacijenata za teme koje istražujemo, a to su bile socijalna podrška i istrajnost u liječenju. Kao i za svaki drugi kvalitativni pristup problemima, nisu se prosto redukovali podaci na neku brojčanu formu, nego se dublje i temeljitije sagledala problematika koja nas je zanimala.

### 2.4.1. Metoda fokus-grupe

Metoda fokus-grupe je kvalitativni oblik istraživanja koji uključuje grupnu diskusiju o nekoj zadanoj temi. Osnovni cilj fokus-grupe je da potakne dubinsku diskusiju, kojom će se istražiti vrijednosti ili stavovi ispitanika prema nekom problemu ili temi, odnosno razumjeti i objasniti značenja, vjerovanja i kulturu koja utiče na osjećaje, stavove i ponašanja individua (Skoko i Benković, 2009). Fokus-grupa je metod grupnog intervjuisanja, u kojem se interakcija dešava između moderatora i grupe, te članova grupe. Pomaže da se otkriju informacije i dobiju dubinski uvidi pomoću pažljivo dizajniranih pitanja i konceptualizovanog vodiča za fokus-grupu. Broj članova u fokus-grupi je od 6 do 12 sudionika, a traju od 90 do 180 minuta (Skoko i Benković, 2009).

Rezultati dobijeni u fokus-grupi mogu biti fokusirani na zajedničke odgovore, tj. na analizu stepena slaganja/neslaganja između sudionika, kada su u pitanju određene teme ili pitanja, ili se može fokusirati na veća neslaganja ili različitosti. Za objektivnu analizu i najšire korištenje dobijenih podataka preporučljivo je navesti oko kojih je pitanja postojala najveća usaglašenost, a oko kojih pitanja su se pojavila najveća neslaganja i najširi raspon odgovora (Dušanić, 2009). U našem istraživanju odabran je sveobuhvatni pristup. Osnovna svrha fokus-grupa je bila provjera rezultata dobijenih kvantitativnim metodama i produbljivanje uvida o varijablama percepcija socijalne podrške pacijenata i istrajnost u liječenju. Ukupno je bilo organizovano trinaest fokus-grupa, ali u dalju obradu je ušlo osam, jer pet fokus-grupa nisu imale dovoljan broj ispitanika da bismo dobili kvalitetne i relevantne podatke.

Od odabranih osam fokus-grupa, po četiri su bile organizovane za svaku navedenu temu na Odjelu za stacionarni detoks. Grupe su obuhvatale po osam članova i vremenski su trajale između 70 i 90 minuta. Fokus-grupe su bile polustrukturirane. Konstruisani su Vodiči za fokus-grupe, koji su sadržavali po pet glavnih pitanja za oblast koju želimo dodatno kvalitativno produbit, a svako od pet pitanja imalo je dodatna potpitanja za pokretanje diskusije među pacijentima, kada je bila nedovoljno produktivna ili neadekvatna, te kada je bilo potrebno vratiti razgovor na zadalu temu.

Grupe su snimane u audioformatu, uporedo su pravljene kratke bilješke zapažanja grupne dinamike, gestikulacija ili ekspresije emocija. Naknadno je izvršena transkripcija, te sortiranje i kodiranje dobijenih podataka. Obrađeni su podaci oko kojih su sudionici fokus-grupa pokazali visok stepen saglasnosti, kao i rezultati koji su specifični i drukčiji.

Pitanja konstruisana za Vodič o percepciji socijalne podrške imala su za cilj provocirati razgovor o socijalnoj podršci koju pacijenti imaju, o osobama koje podršku pružaju, percepciji kvaliteta te podrške, eventualnom gubitku podrške zbog njihove zavisnosti, te o njihovoj procjeni koliko im je podrška bitna za liječenje i u kojoj fazi liječenja je posebno važna.

Primjeri za pitanja su: „*Kada vam je u životu teško, da li imate nekoga da bude uz vas?*“ ili „*Ko je uz vas kada je teško?*“

Pitanja konstruisana za Vodič o istrajnosti u liječenju imala su za cilj da dođemo do odgovora na koji način pojačati pacijentovu stabilnost u liječenju, uvodeći u razmatranje teme o samopercepciji sebe kao zavisnika od heroina, o istinskoj želji za promjenom, načinima na koje pacijenti gledaju na tok liječenja, njihovim očekivanjima u tretmanu, te

idejama o tome šta oni sami misle o načinima kako da se pojača njihova stabilnost u liječenju.

Primjer pitanja su: „*Kada ste prvi put shvatili da ste bolesni i da se trebate liječiti?*“ ili „*Šta ste konkretno preduzeli?*“

#### 2.4.2. Metoda kliničkog intervjeta

Metoda kliničkog intervjeta korištena je za produbljivanje uvida o primarnoj porodici pacijenata, socijalnoj podršci koju su pacijenti dobili od porodica, kao i o toku njihove bolesti i liječenja, te uticaju bitnih osoba na početak i održavanje liječenja. Za potrebe našeg istraživanja rađeno je sa četvоро pacijenata, a svaki pojedinačni intervju trajao je 120 minuta. Pitanja postavljena pacijentima odnosila su se na njihovo djetinjstvo, ranu mladost i sadašnjost. Cilj je bio da se pacijenti samo usmjeravaju prema temama koje nas zanimaju, a da im se pruži potpuna sloboda da odaberu način kako će prezentovati odgovore.

## **REZULTATI**

Radi preglednosti rezultata, najprije ćemo prikazati kvantitativne podatke dobijene na uzorku ispitanika primjenom baterije testova, a u drugom dijelu biće predstavljeni rezultati kvalitativne metodologije (fokus-grupa i kliničkih intervjuja).

### **3.1. Osobine ličnosti heroinskih zavisnika**

Rezultati dobijeni na testu ličnosti ZKPQ-50-CC nisu distribuirani po pravilima normalne distribucije, što je pokazala provjera Kolmogorov-Smirnov testom. Raspodjela rezultata negativno je asimetrična, tj. pomaknuta prema višim rezultatima, ali svi apsolutni indeksi spljoštenosti i zakriviljenosti su u vrijednostima koje uslovno dozvoljavaju upotrebu parametrijskih metoda (Kline, 2005), pa ćemo se njima služiti isključivo kada za tražene procedure ne budemo imali odgovarajući neparametrijski test. Razlog zašto rezultati nisu raspoređeni po principima normalne distribucije, treba tražiti u odabiru uzorka ispitanika koji je, sam po sebi, već određen jer se radi o zavisnicima od heroina, kao jednoj zatvorenoj i specifičnoj grupi, koja je ujedno klinička podgrupa ukupne populacije, te uzorak nije odabran po pravilima za odabir slučajnog uzorka, niti može biti dobar reprezent ukupne populacije.

Na supskali Aktivitet rezultate od 6 i više ima 46,7% ispitanika, a izrazito povišene rezultate od 9 i 10 ima samo 8 pacijenata, te su najvećim dijelom rezultati grupisani oko srednjih vrijednosti.

Na supskali Agresivnost–Hostilnost na našem uzorku, nijedan ispitanik nije postigao najniže rezultate. Najviše birana stavka je „Uzvratim onome ko viče na mene“, gdje se 189 pacijenata tako izjasnilo. Rezultate iznad 6 poena ima 61,7% pacijenata, a izrazito povišene rezultate ostvaruje 20,7%. Rezultat manji od 5 ostvaruje 46 ispitanika, što ukazuje da unutar uzorka postoji i podgrupa manje agresivnih pacijenata. Na ovoj supskali u Srbiji  $M=4.50$  ( $SD=2.34$ ,  $N=1150$ ), za muškarce  $M=4.56$  ( $N=511$ ), a za žene  $M=4.45$  ( $N=644$ ), što je niže od rezultata koje su zavisnici od heroina postigli u ovom istraživanju. Rezultat je sličan i za podatke dobijene za Ameriku, Njemačku, Španiju i Švajcarsku (Aluja i sar., 2006, Mitrović i sar., 2009).

Na supskali Socijabilnost dobiveni rezultati grupišu se oko statističkih srednjih vrijednosti.

Tabela 1.

*Deskriptivni statistički podaci za test ličnosti ZKPQ-50-CC*

	M	SD	Min	Max	K-S	p
ZKPQ_Akt	5.41	1.66	1	10	0.13	0.00
ZKPQ_Agr_H	6.28	2.25	2	10	0.11	0.00
ZKPQ_Soc	5.56	1.84	0	10	0.15	0.00
ZKPQ_N_Anx	6.71	2.43	0	10	0.17	0.00
ZKPQ_ImpSS	7.15	2.23	0	10	0.19	0.00
ZKPQ_Ukupno	31.11	5.42	14	44	0.85	0.00

*Legenda:* M – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija; K-S – Kolmogorov-Smirnov test; Zuckerman-Kuhlman upitnik za procjenu ličnosti – skraćena verzija – ZKPQ-50-CC; Supskala Aktivitet – ZKPQ\_Akt; Supskala Agresivnost–Hostilnost – ZKPQ\_Agr\_H; Supskala Socijalnosti – ZKPQ\_Soc; Supskala Neuroticizam–Anksioznost – ZKPQ\_N\_Anx; Supskala Impulsivnog traganja za senzacijama – ZKPQ\_ImpSS.

Na supskali Impulsivno traženje senzacija više od tri četvrtine ispitanih ima rezultate veće od 6, a izrazito visoke rezultate od 9 i 10 ima 70 ispitanih ili 30,9%. Izrazito niske rezultate od 0 do 3 ima samo 18 ispitanih. Heroinski zavisnici u našem uzorku ostvarili su veće rezultate od ispitanika u Srbiji  $M=5.31$  ( $SD=2.52$ ,  $N=1150$ ), kao i za Njemačku i Švajcarsku (Aluja i sar., 2006, Mitrović i sar., 2009). Od visokih skorova na pojedinim česticama ove skale, možemo izdvojiti da 199 (87,7%) ispitanih kaže da bi voljeli „da žive životom u kom ima mnogo putovanja, promjena i uzbudjenja“, a 192 (84,6%) ponekad vole da urade „stvari koje su pomalo zastrašujuće“.

Izrazito visoke rezultate od 9 i 10 na supskali Neuroticizam–Anksioznost ima 58 ispitanih heroinskih zavisnika ili 25,55%. Izrazito niske rezultate od 0 do 3 ima samo 23 ispitanih ili 10,1%, te za ovu desetinu ispitanih možemo reći da ne pokazuju izražene simptome neuroticizma. Na ovoj supskali je u Srbiji  $M= 4.08$  ( $SD=2.75$ ;  $N=1150$ ), što je statistički značajno niža aritmetička sredina od  $M=6.71$  kod heroinskih zavisnika u našem

istraživanju, a slične prosječne vrijednosti dobijene su u istraživanjima iz Amerike, Njemačke, Španije i Švajcarske (Aluja i sar., 2006, Mitrović i sar., 2009).

Poređenje sa prosječnim vrijednostima našeg istraživanja i istraživanjima dobijenim za Srbiju, Ameriku, Njemačku, Švajcarsku i Španiju (Aluja i sar., 2006, Mitrović i sar., 2009) prikazano je na Slici 1.



*Slika 1. Krivulje rezultata za heroinske zavisnike na testu ZKPQ-50-CC i za populacije Srbije, Amerike, Njemačke, Španije i Švajcarske*

Poredeći dob pacijenata sa rezultatima na pojedinim skalama i cijeloj skali, statistički značajnu razliku dobijamo samo za skalu Impulsivnog traženja senzacija ( $H = 8.289$ ;  $df = 3$ ;  $p < 0.05$ ), gdje se pokazalo da mlađi pacijenti ostvaruju statistički značajno više rezultate na ovoj skali od starijih pacijenata.

Rezultati prezentovani u Tabeli 3 pokazuju postojanje pozitivne korelacije između supskala testa ZKPQ: Agresivnost–Hostilnost, Impulsivno traženje senzacija i Neuroticizam–Anksioznost. Ove tri supskale se na uzorku heroinskih zavisnika pokazuju kao generalno povišene.

### 3.2. Traganje za uzbudjenjem

Distribucija rezultata dobijenih pomoću Skale traženja uzbudjenja negativno je asimetrična, tj. pomaknuta prema višim rezultatima, ali je provjera normalnosti distribucije urađena i statističkim metodama koje su potvrdile pretpostavku da distribucija rezultata ne odgovara normalnoj raspodjeli.

Tabela 2.

*Deskriptivni statistički podaci za Skalu traženja uzbudjenja SSS\_V*

	M	SD	Min	Max	K-S	p
SSS_V_spd	5.46	1.74	2	10	0.13	0.00
SSS_V_dez	6.21	2.26	1	10	0.11	0.00
SSS_V_stiid	6.27	1.75	1	10	0.15	0.00
SSS_V_stuip	6.24	1.93	1	9	0.16	0.00
SSS_V_ukupno	24.18	5.69	8	33	0.10	0.00

*Legenda:* M – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija; K-S – Kolmogorov-Smirnov test; Skala traženja uzbudjenja – SSS\_V; Supskala podložnosti dosadi – SSS\_V\_spd; Supskala dezinhicije – SSS\_V\_dez; Supskala traženja iskustava i doživljaja – SSS\_V\_stiid; Supskala traženja uzbudjenja i pustolovina – SSS\_V\_stuip.

Najveći broj pozitivnih odgovora za cijelu skalu, njih 214 ili 94,5%, bio je na stavci „Probao sam ili bih volio probati marihanu“. Druga stavka sa najvećim brojem odgovora je „Volio bih probati ili sam već probao droge koje mogu izazvati halucinacije“. Obje ove stavke pripadaju Skali traženja uzbudjenja i pustolovina.

U cilju ispitivanja međusobne povezanosti između rezultata na Skali traženja uzbudjenja SSS\_V i rezultata sa testa ličnosti ZKPQ-50-CC, primijenili smo Spearmanov koeficijent korelacijske. Pronađene povezanosti između navedenih varijabli prikazane su u Tabeli 3.

Tabela 3.

Korelacije između rezultata Skale traženja uzbudjenja SSS\_V i testa ZKPQ-50-CC

		ZKPQ_Akt	ZKPQ_Ag_H	ZKPQ_Soc	ZKPQ_N_Anx	ZKPQ_Impss	sss_V_spd	sss_V_dez	sss_V_stiid	sss_V_stuip	SSS_V_ukupno
ZKPQ_Akt	$r_s$	1.000	-.090	.031	-.045	-.029	-.058	.054	-.044	-.063	-.031
Akt	p		.177	.647	.497	.663	.381	.419	.506	.342	.645
ZKPQ_Ag_H	$r_s$		1.000	-.070	.198**	.388**	.171**	.239**	.168*	.263**	.289**
Ag_H	p			.292	.003	.000	.010	.000	.011	.000	.000
ZKPQ_Soc	$r_s$			1.000	-.027	.112	.092	.091	-.088	.001	.034
Soc	p				.681	.091	.166	.174	.187	.985	.606
ZKPQ_N_Anx	$r_s$				1.000	.215**	.087	.051	.062	.085	.085
N_Anx	p					.001	.192	.441	.351	.202	.204
ZKPQ_Impss	$r_s$					1.000	.486**	.408**	.435**	.520**	.616**
Impss	p						.000	.000	.000	.000	.000
SSS_V_spd	$r_s$						1.000	.373**	.427**	.335**	.727**
spd	p							.000	.000	.000	.000
SSS_V_dez	$r_s$							1.000	.423**	.275**	.713**
dez	p								.000	.000	.000
SSS_V_stiid	$r_s$								1.000	.469**	.770**
stiid	p									.000	.000
SSS_V_stuip	$r_s$									1.000	.677**
stuip	p										.000
SSS_V_ukupno	$r_s$										1.000
ukupno	p										

\*. Korelacija je značajna na nivou 0.05 ( $p<0.05$ )\*\*. Korelacija je značajna na nivou 0.01 ( $p<0.01$ )

Statistički značajne korelacije dobijene su između Skale traženja uzbudjenja SSS\_V i njenih supskala sa supskalama testa ličnosti ZKPQ: Agresivnost–Hostilnost i Impulsivno traženje senzacija. Statistički značajna negativna korelacija ( $r_s = -0.137$ ,  $p<0.05$ ) dobijena je

između dobi pacijenata i Skale traženja uzbuđenja i pustolovina (SSS\_V\_stuip), te su mlađi pacijenti na ovoj supskali ostvarivali više rezultate.

### **3.3. Strategije samohendikepiranja kod heroinskih zavisnika**

Grafički prikaz raspodjele rezultata sa Upitnika samohendikepiranja vizuelno sugerira da je distribucija negativno asimetrična prema višim rezultatima. Izvršena je provjera Kolmogorov-Smirnov testom, koji je to potvrdio.

Tabela 4.

*Deskriptivni podaci za Upitnik za procjenu samohendikepiranja*

	M	SD	Min	Max	K-S	p
UPS supskala1	22.35	5.93	2	37	0.08	0.00
UPS supskala2	24.81	7.49	1	41	0.10	0.00
UPS supskala3	15.07	4.59	3	28	0.11	0.00
UPS supskala4	11.16	2.97	3	18	0.12	0.00
UPS_ukupno	73.39	17.42	17	113	0.10	0.00

*Legenda:* M – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija; K-S – Kolmogorov-Smirnov test; Upitnik za procjenu samohendikepiranja – UPS.

Stavka sa najvećim brojem biranja, na kojoj su pacijenti ukupno ostvarili 591 bod, u Upitniku je „Da se osobe iz okruženja ne miješaju, imao bih uspješniju ljubavnu vezu“.

Kada rezultate na skali podijelimo u kategorije niskih, srednjih i povišenih, dobijamo raspodjelu iz koje se vidi da je najveći procenat ispitanih (78%) ostvario rezultate grupisane oko srednjih vrijednosti, tj. između 46 i 90 bodova, 7% ispitanih je u kategoriji nižih rezultata, a 15% izrazito visokih.

U cilju ispitivanja međusobne povezanosti između rezultata na Upitniku samohendikepiranja i skalama ličnosti, primjenili smo Spearmanov koeficijent korelacijske. Pronađene povezanosti između navedenih varijabli prikazane su u Tabeli 5.

Tabela 5.

*Korelacije između rezultata Upitnika samohendikepiranja UPS i supskala testa ličnosti ZKPQ-50-CC*

			ZKPQ_	ZKPQ	ZKPQ	ZKPQ	ZKPQ	supska	UPS	UPS	UPS	UPS
			UPS	Akt	_Ag_H	_Soc	N_Anx	_Impss	a1	la2	la3	la4
UPS	<i>r<sub>s</sub></i>	1.000	-0.430	0.043	0.096	0.192**	0.035	0.836**	0.889**	0.757**	0.561**	
	p		0.524	0.518	0.149	0.004	0.599	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
ZKPQ_	<i>r<sub>s</sub></i>	1.000	-0.090	0.031	-0.045	-0.029	-0.023	-0.057	-0.011	-0.015		
Akt	p		0.177	0.647	0.497	0.663	0.736	0.395	0.871	0.826		
ZKPQ_	<i>r<sub>s</sub></i>		1.000	-0.070	0.198**	0.388**	-0.022	0.056	0.010	0.013		
Ag_H	p			0.292	0.003	0.000	0.744	0.397	0.881	0.500		
ZKPQ_	<i>r<sub>s</sub></i>				1.000	-0.027	0.112	0.156*	0.085	-0.017	0.072	
Soc	p					0.681	0.091	0.019	0.202	0.798	0.277	
ZKPQ_	<i>r<sub>s</sub></i>						1.000	0.215**	0.095	0.175**	0.211**	0.189**
N_Anx	p							0.001	0.154	0.008	0.001	0.040
ZKPQ_	<i>r<sub>s</sub></i>								1.000	0.017	0.017	0.052
Impss	p									0.800	0.794	0.437
UPS	<i>r<sub>s</sub></i>									1.000	0.653**	0.521**
supskala1	p										0.000	0.000
UPS	<i>r<sub>s</sub></i>										1.000	0.585**
supskala 2	p											0.000
UPS	<i>r<sub>s</sub></i>											1.000
supskala 3	p											
UPS	<i>r<sub>s</sub></i>											
supskala 4	p											

\*. Korelacija je značajna na nivou 0.05 (p<0.05)

\*\*. Korelacija je značajna na nivou 0.01 (p<0.01)

Statistički značajne korelacije dobijene su između rezultata na Upitniku samohendikepiranja i supskale testa ličnosti ZKPQ: Neuroticizam–Anksioznost. Takođe,

statistički značajna je i korelacija između rezultata supskale testa ličnosti ZKPQ Impulsivno traženje senzacije i rezultata dobijenih na supskali 4 Upitnika samohendikepiranja, kojom se ispituje samohendikepiranje kao posljedica atribucije ponašanja spoljašnjim uzrocima u situacijama postignuća.

### **3.4. Percepcija zavisnika o socijalnoj podršci**

Po preporuci autora, za interpretaciju smo rezultat svake supskale podijelili sa brojem čestica (4), a rezultat ukupne skale sa brojem čestica skale (12) (Zimet i sar., 1988).

Tabela 6.

*Deskriptivni podaci za Multidimenzionalnu skalu percipirane socijalne podrške*

	M	SD	Min	Max	K-S	p
MSPSS voljena osoba	3.50	1.96	1	7	0.11	0.00
MSPSS porodica	4.63	1.70	1	7	0.11	0.00
MSPSS prijatelji	3.14	1.51	1	7	0.08	0.00
MSPSS ukupno	3.76	1.22	1	7	0.07	0.00

*Legenda:* M – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija; K-S – Kolmogorov-Smirnov test; MSPSS – Multidimenzionalna skala percipirane socijalne podrške.

Kao što iz Tabele 6 vidimo, najviši skor ostvaren je na supskali percepcije socijalne podrške porodice, a najniži za supskalu prijatelja. Aritmetičke sredine za sve supskale i za cijelu skalu nalaze se u kategoriji srednje percepcije socijalne podrške. Samo jedan ispitanik je na svim česticama skale zaokružio maksimalni broj poena, a 11 pacijenata se izjasnilo da nema apsolutno nikakvu socijalnu podršku. Od ukupnog broja pacijenata, njih 65, ili 28,63% na ukupnoj skali, ostvaruju rezultate koji spadaju u kategoriju niske socijalne podrške, a svega 37, ili 16,29% percipira socijalnu podršku koju prima kao visoku. Najveći broj, 55,06%, ostaje u kategoriji srednjih rezultata. Grafikon rezultata pokazuje asimetričnu raspodjelu, sa skretanjem prema nižim rezultatima.

Na supskali voljenih osoba, njih 38 izjasnilo se da uopšte nisu u emotivnoj vezi, tj. da uopšte ne percipiraju nikakvu podršku voljene osobe. Kod 116 ispitanih, ili 51,10%, percepcija te podrške je niska. Njih 15, ili 6,61%, odgovorilo je sa maksimalnim brojem bodova u prilog jakoj percepciji socijalne podrške od emotivno bliske, voljene osobe u životu, a 59 ukupno nalazi se u kategoriji visokih rezultata. Rezultati dobijeni kroz različite dobne skupine ukazuju na to da najvišu percepciju socijalne podrške emotivno bliske osobe imamo u kategoriji najstarijih pacijenata, a najnižu u kategoriji pacijenata između 40 i 49 godina, te dobijamo statistički značajnu razliku ( $H=8.003$ ,  $df\ 3$ ,  $p<0.05$ ).

Na supskali prijatelja kod većeg broja pacijenata percipirana socijalna podrška je niska, pa je njih 123, ili 54,18%, imalo rezultat u kategoriji niske socijalne podrške, a 27 ispitanih se izjasnilo da od strane prijatelja ne percipiraju apsolutno nikakvu socijalnu podršku. Za ovu supskalu se samo 13,21% pacijenata izjasnilo sa visokim rezultatima.

Na supskali porodice dobili smo najviše rezultate. U potpunosti bez podrške porodice je 20 pacijenata koji su na ovoj skali izabrali minimalni mogući rezultat, a 39 ukupno spada u kategoriju niskih rezultata. 96 ispitanih, ili 42,29%, dalo je odgovore kojima su se izjasnili da osjećaju visoku socijalnu podršku od strane porodice.

Od svih čestica u skali, najveći ukupni skor ostvaren je na čestici „Moja se porodica zaista trudi da mi pomogne“ (ukupni skor 1120), dok je najniži skor na čestici „Moji se prijatelji zaista trude da mi pomognu“ (ukupni skor je duplo manji i iznosi 660).

U cilju ispitivanja međusobne povezanosti između rezultata na Skali MSPSS i rezultata sa testa ličnosti ZKPQ-50-CC, primjenili smo Spearmanov koeficijent korelaciije. Utvrđene povezanosti između navedenih varijabli prikazane su u Tabeli 7.

Na osnovu dobijenih rezultata, možemo zaključiti da postoji statistički značajna negativna korelacija između podskale Neuroticizam–Anksioznost testa ličnosti ZKPQ-50-CC i podskale Percepције socijalne podrške prijatelja, te cijele skale MSPSS, a zatim tu je i statistički značajna negativna korelacija podskale Impulsivnog traženja senzacija istog testa ličnosti i podskale Percepције socijalne podrške porodice, te cijele skale MSPSS.

Tabela 7.

Korelacije između supskala i skala MSPSS i supskala i ukupnog testa ličnosti ZKPQ-50-CC

		MSPSS									
ZKPQ_	<i>r<sub>S</sub></i>	ZKPQ_Akt	ZKPQ_Ag_H	ZKPQ_Soc	ZKPQ_N_An	ZKPQ_Impss	voljena osoba	MSPSS osoba	MSPSS Porodica	Prijatelji	MSPS S_Sum
ZKPQ_	<i>r<sub>S</sub></i>	1.000	-0.090	0.031	-0.045	-0.029	-0.098	0.078	0.040	-0.017	
Akt	p		0.177	0.647	0.497	0.663	0.142	0.240	0.546	0.804	
ZKPQ_	<i>r<sub>S</sub></i>		1.000	-0.070	0.198 **	0.388 **	0.042	0.043	-0.021	,030	
Ag_H	p			0.292	0.003	0.000	0.527	0.516	0.751	0.658	
ZKPQ_	<i>r<sub>S</sub></i>				1.000	-0.027	0.112	0.002	-0.004	-0.050	-0.041
Soc	p					0.681	0.091	0.971	0.950	0.450	0.535
ZKPQ_	<i>r<sub>S</sub></i>					1.000	0.215 **	-0.048	-0.107	-0.142 *	-0.143 *
N_Anx	p						0.001	0.468	0.107	0.033	0.032
ZKPQ_	<i>r<sub>S</sub></i>						1.000	0.115	-0.152 *	0.010	-0.147 *
Impss	p							0.085	0.168	0.886	0.803
MSPSS	<i>r<sub>S</sub></i>							1.000	0.209 **	0.272 **	0.736 **
voljena osoba	p								0.002	0.000	0.000
MSPSS	<i>r<sub>S</sub></i>								1.000	0.212 **	0.646 **
Porodica	p									0.001	0.000
MSPSS	<i>r<sub>S</sub></i>									1.000	0.646 **
Prijatelji	p										0.000
MSPSS	<i>r<sub>S</sub></i>										1.000
Sum											

\*. Korelacija je značajna na nivou 0.05 ( $p<0.05$ )\*\*. Korelacija je značajna na nivou 0.01 ( $p<0.01$ )

### 3.5. Motivacija za tertman heroinskih zavisnika

Da bismo lakše poredili rezultate na supskalama, oni su transformisani podjelom sa brojem uključenih čestica, te predstavljeni u Tabeli 8.

Tabela 8.

*Deskriptivni podaci Skale za mjerjenje okolnosti, motivacije, spremnosti i istrajnosti zavisnika u liječenju*

	M	SD	Min	Max	K-S	p
CMRS_ Vanske okolnosti	3.36	0.70	1.33	4.67	0.16	0.00
CMRS_ Unutrašnje okolnosti	3.33	0.74	1.67	5.00	0.14	0.00
CMRS_ Motivacija	4.40	0.74	1.20	5.00	0.28	0.00
CMRS_ Istražnost	4.19	0.57	1.43	5.00	0.14	0.00
CMRS_ ukupno	3.97	0.43	2.17	4.78	0.13	0.00

*Legenda:* M – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija; K-S – Kolmogorov-Smirnov test; CMRS – Skala za mjerjenje okolnosti, motivacije, spremnosti i istrajnosti zavisnika u liječenju.

Distribucija rezultata pomaknuta je prema višim rezultatima, te su urađene statističke transformacije koje su normalizirale rezultate na ukupnoj skali, ali ne i na supskalama.

Najveći ukupni broj biranja imala je stavka „Osjećam da će moj život biti sve gori ako se ne promijenim“, a najmanje biranja imala je stavka „Zabrinut sam kako ću zarađivati novac ako svakodnevno budem na liječenju“.

U cilju ispitivanja međusobne povezanosti između rezultata na Skali za mjerjenje okolnosti, motivacije, spremnosti i istrajnosti zavisnika u liječenju CMRS i skale MSPSS, te rezultata sa testa ličnosti ZKPQ-50-CC, primijenili smo Spearmanov koeficijent korelacijske. Statistički značajnom pokazala se korelacija Skale CMRS sa supskalom Percepcija socijalne podrške prijatelja skale MSPSS ( $r_s=-0.177$ ,  $p<0.01$ ), te se statistički značajnom pokazala

negativna korelacija ( $r_s=-0.136$ ,  $p<0.05$ ) između supskale Neuroticizam–Anksioznost testa ZKPQ i supskale Unutarnjih okolnosti skale CMRS.

### **3.6. Stručne procjene istrajnosti u liječenju heroinskih zavisnika**

Da bismo objektivizirali varijablu istrajnosti u liječenju, koristili smo arhivsku građu o toku liječenja svakog pojedinog pacijenta, dostupnu u Bazi podataka Zavoda za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona.

Uzeli smo u obzir dva podatka:

- prvi je koliko je pacijent redovan na kontroloma u Zavodu,
- drugi je vrijednost rezultata na medicinskim testiranjima na prisustvo psihoaktivnih supstanci u mokraći.

Za kriterij redovnosti na kontrolama, postoji pravilo kojim se iz terapije isključuju svi pacijenti koji na kontrolu kasne više od sedam dana. S obzirom na to, u obradi rezultata neće postojati kategorija onih koji kasne duže od toga, a definitivno bi bili ocijenjeni kao grupa sa najmanjim stepenom istrajnosti u liječenju. Zbog ovog nedostatka, rezultati dobijeni na ovaj način viši su nego što to realno jesu.

Kada govorimo o medicinskim testiranjima koja su objektivan pokazatelj istrajnosti u liječenju, jedina dilema je bila precizno odrediti koliko se rezultata testova svrstava u koju kategoriju, te razlika u broju obavljenih testiranja u toku kalendarske godine među različitim pacijentima. Da bismo ovu dilemu kvantificirali, koristili smo se procentima. Napravljene su opisne kategorije za procjenu koliko puta je pacijent na testovima imao pozitivan rezultat, koji sugerise da je uzimao psihoaktivne supstance: „nikada“, „ rijetko“, „ponekad“, „često“ i „uvijek“. Kategorije „nikada“ i „uvijek“ obuhvatile su isključivo dvije krajnje tačke kontinuma, kategorije „rijetko“ i „često“ po jednu trećinu prema krajnostima, dok je „ponekad“ ostala trećina srednjih procentualnih vrijednosti.

Svi dobijeni rezultati, za oba kriterija, brojčano su bodovani.

Za prvi kriterij redovnosti kontrola ocjene su: neredovni dolasci – 1; povremeno ne dolazi iz neopravdanih razloga – 2; povremeno ne dolazi iz opravdanih razloga – 3; te najviša ocjena, uvijek redovno dolazi – 4. Za drugi kriterij brojčane ocjene su: nikada pozitivan na testovima (dakle, uvijek je bez prisustva nedozvoljenih supstanci) – 5, rijetko – 4, ponekad – 3, često – 2, te najlošija ocjena za pacijente koji uvijek pokazuju konzumaciju dodatnih psihoaktivnih supstanci – 1. Brojčane ocjene za ova dva kriterija smo sabrali, te na osnovu

toga dobili objektiviziranu numeričku ocjenu za varijablu istrajnosti u liječenju. Mogući raspon rezultata za svakog pojedinog pacijenta može se kretati od 2 do 9, gdje bi broj 9 bio u kategoriji najstabilnijeg liječenja.

Tabela 9.  
*Frekvencije za istrajnost u liječenju*

Bodovi	Frekvencije	Procenti
2	3	1.32
3	23	10.13
4	19	8.37
5	27	11.89
6	47	20.70
7	45	19.81
8	42	18.50
9	21	9.25
<b>Ukupno</b>	<b>227</b>	<b>100.00</b>

Utvrđena je niska, ali statistički značajna pozitivna korelacija između rezultata za istrajnost u liječenju dobijenih kroz stručnu procjenu i rezultata dobijenih na Skali za mjerjenje okolnosti, motivacije, spremnosti i istrajnosti zavisnika u liječenju ( $r_s=0.198$ ,  $p<0.01$ ).

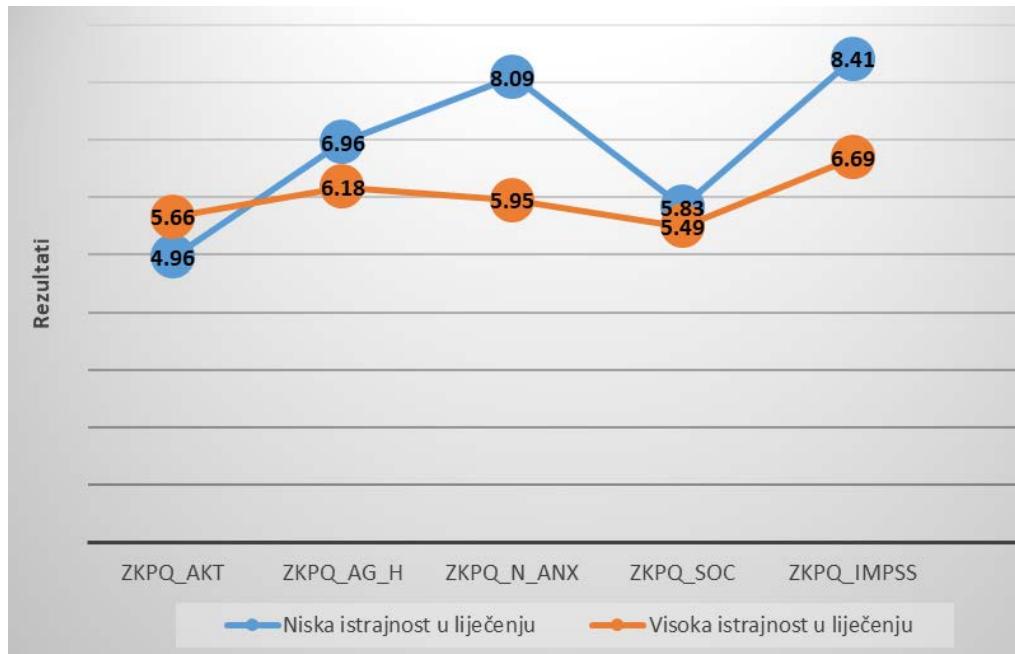
### 3.7. Visoka i niska istrajnost u liječenju

U daljem radu smo izdvojili grupu onih koji su pokazali najvišu istrajnost u liječenju definisanu kroz redovnost kontrola i ustezanja od heroina i grupu onih koji su neredovni na kontrolama i često imaju pozitivne rezultate na testiranjima na heroin.

Razlike između rezultata dobijenih na testovima i skalama između ove dvije grupe, prikazane su na slikama 2, 3 i 4.

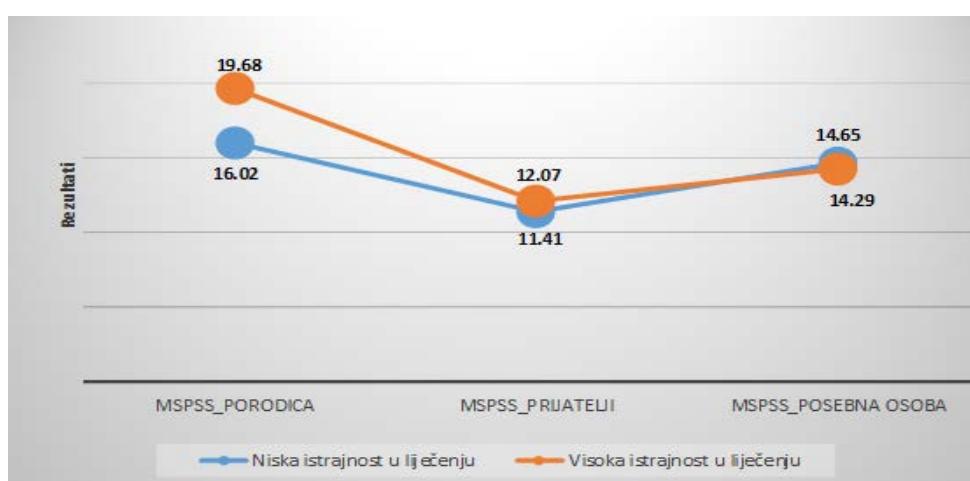
Testiranjem značajnosti razlika između ove dvije grupe na testu ličnosti ZKPQ-50-CC, dobijamo statistički značajne razlike za skale: Neuroticizam–Anksioznost ( $U=1213$ ,

$p<0.000$ ), Impulsivno traganje za senzacijama ( $U=1276$ ,  $p<0.000$ ) i Aktivitet ( $U=1805$ ,  $p<0.008$ ).



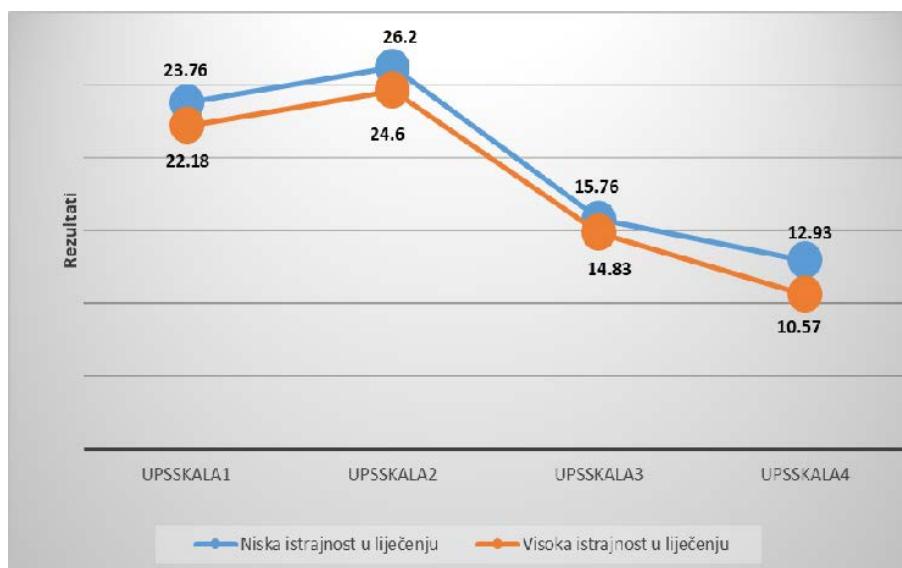
Slika 2. Grafički prikaz rezultata na testu ličnosti ZKPQ-50-CC između grupa visoke i niske istrajnosti u liječenju

Testiranjem značajnosti razlika između grupe niske i grupe visoke istrajnosti u liječenju na Skali percipirane socijalne podrške MSPSS, utvrđena je statistički značajna razlika samo za supskalu percipirane podrške porodice ( $U=1800$ .  $p<0.008$ ), a na Upitniku samohendikepiranja statistički značajna je samo razlika na supskali 4 ( $U=1425$ ,  $p<0.000$ ).



Slika 3. Grafički prikaz rezultata na supskalama MSPSS između grupa visoke i niske istrajnosti u liječenju

Na Slici 4 prikazani su rezultati dobijeni na Upitniku samohendikepiranja kod grupe pacijenata sa visokim i niskim stepenom istrajnosti u liječenju izračunatim kroz redovnost kontrola i ustezanje od heroina. Vidi se da pacijenti sa visokom istrajnošću u liječenju nešto manje koriste strategije samohendikepiranja, a dobijamo statistički značajnu razliku isključivo za supskalu 4, koja podrazumijeva samohendikepiranje spoljašnjim uzrocima u situacijama postignuća, gdje su pacijenti sa visokim stepenom istrajnosti u liječenju imali niže rezultate ( $H = 19.34$ ;  $df = 2$ ;  $p < 0.01$ ).



*Slika 4.* Grafički prikaz rezultata na supskalama UPS između grupa visoke i niske istrajnosti u liječenju

Manji stepen istrajnosti u liječenju pokazuju mlađi pacijenti, ali razlika u dobi nije statistički značajna, kao ni razlika u polu.

### 3.8. Veze ispitanih varijabli i istrajnosti u liječenju

U Tabeli 10 navedene su Spearmanove korelacijske vrijednosti, ali isključivo one koje su se pokazale statistički značajne, između istrajnosti u liječenju i varijabli mjerjenih u našem istraživanju.

Tabela 10

*Statistički značajne korelacije između istrajnosti u liječenju i ispitanih varijabli*

	ZKPQ	ZKPQ	ZKPQ	SSS_V	SSS_V	SSS_V	MSPSS	UPS	
	N_Anx	Impss	Akt	ukupno	dez	stuiP	Porodica	Skala4	
istrajnost u liječenju	$r_s$	-0.328 **	-0.307 **	0.142 *	-0.177 **	-0.173 **	-0.137 *	0.198 **	-0.251 **
	p	0.000	0.000	0.032	0.007	0.009	0.040	0.000	0.000

\*. Korelacija je značajna na nivou 0.05 ( $p < 0.05$ )\*\*. Korelacija je značajna na nivou 0.01 ( $p < 0.01$ )

Na osnovu ovih podataka, provjerili smo koliko ovaj skup promjenjivih može predviđati stepen istrajnosti u liječenju heroinskih zavisnika.

Tabela 11

*Koeficijenti prediktorskih varijabli*

Model	Nestandardizovani koeficijenti		Standardizovani koeficijent	t	p
	B	Standardna greška	Beta		
ZKPQ_Akt	0.043	0.016	0.159	2.706	0.007
ZKPQ_N_Anx	-0.152	0.047	-0.202	-3.273	0.001
ZKPQ_Impss	-0.192	0.050	-0.235	-3.867	0.000
MSPSS_Porodica	-0.123	0.037	-0.200	-3.319	0.001
UPSSk4	0.100	0.064	0.091	1.560	0.120

Legenda: Zavisna varijabla – Istrajnost u liječenju

Kao prediktorske varijable, uvrstili smo supskale testa ličnosti ZKPQ-50\_CC: Neuroticizam–Anksioznost, Impulsivno traganje za senzacijama i Aktivitet, supskalu 4 Upitnika samohendikepiranja, te supskalu percipirane podrške porodice skale MSPSS.

Skalu SSS\_V i njene dvije supskale, koje su takođe pokazale visoku korelaciju sa istrajnošću u liječenju, nismo uključili u provjeru radi kolinearnosti i singularnosti, koju bismo imali zbog već uvrštene supskale ImpSS testa ZKPQ-50-CC kojom mjerimo istu osobinu.

Ovim modelom dobijamo koeficijent determinacije  $R^2=0.256$  ( $R=0.506$ ), te zaključujemo da je njime objašnjeno 25,60% varijanse istrajnosti u liječenju heroinskih zavisnika.

U Tabeli 11 navedeni su beta-koeficijenti varijabli, a međukorelacije varijabli navedene su u Tabeli 12.

Tabela 12.

*Matrica međukorelacija prediktivnih varijabli*

		MSPSS Porodica	ZKPQ Akt	ZKPQ N_Anx	ZKPQ Impss	UPS skala4
MSPSS	$r_s$	1.000	0.078	-0.107	-0.092	-0.115
Porodica	p		0.240	0.107	0.168	0.085
ZKPQ_	$r_s$		1.000	-0.045	-0.029	-0.015
Akt	p			0.497	0.663	0.826
ZKPQ_	$r_s$			1.000	0.215**	0.189**
N_Anx	p				0.001	0.040
ZKPQ_	$r_s$				1.000	0.158*
Impss	p					0.017

\*. Korelacija je značajna na nivou 0.05 ( $p<0.05$ )

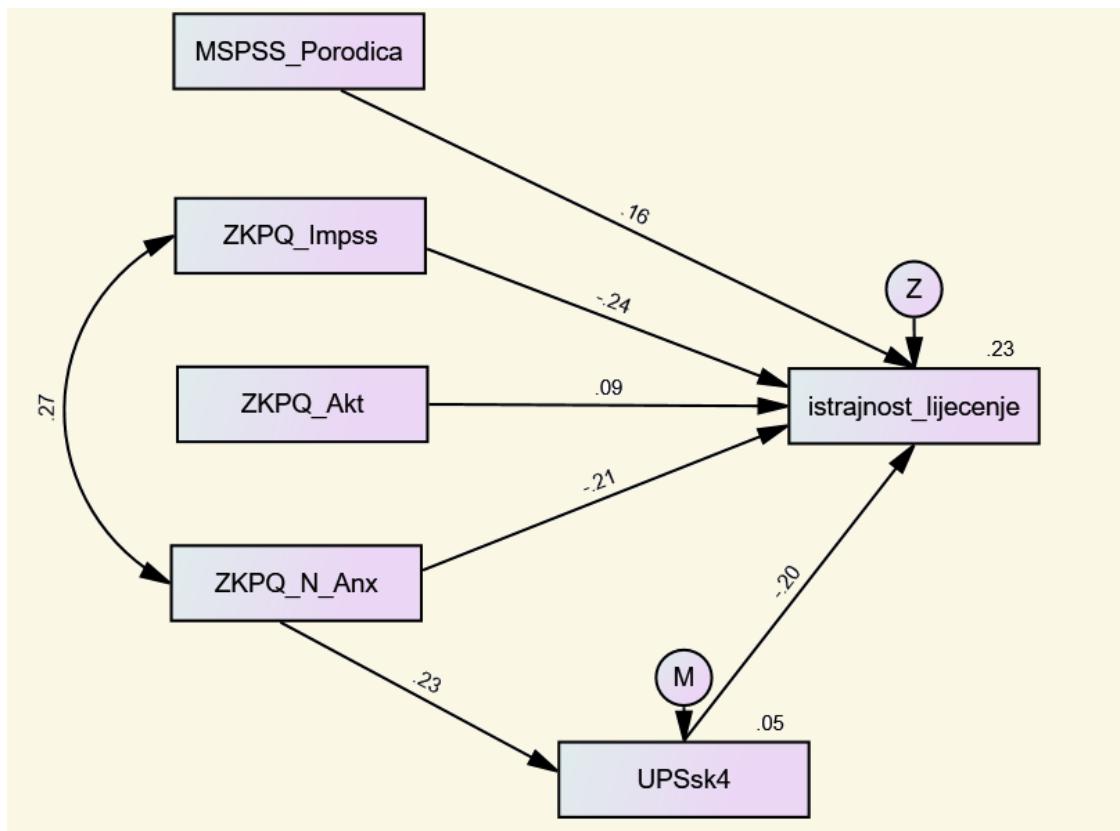
\*\*. Korelacija je značajna na nivou 0.01 ( $p<0.01$ )

Izmjerena je pojedinačni doprinos svake varijable unutar ovog modela, pa se pokazalo da je najveći za dvije supskale testa ličnosti ZKPQ-50-CC, i to: Neuroticizam–Anksioznost ( $R^2=0.114$ ) i Impulsivno traganje za senzacijama ( $R^2=0.113$ ). Zbir njihovog doprinosa objašnjava 17,80% varijanse istrajnosti u liječenju, što se tumači postojanjem jake međusobne korelacijske.

Da bi se razumjeli međusobni odnosi varijabli, pristupilo se izračunavanjima potencijalnih moderatorskih i medijatorskih uticaja upotrebom statističkih programa PROCESSmacro-Hayes (2019) i programa AMOS.

Pokazalo se da supskala 4 Upitnika samohendikepiranja ima medijacijsku ulogu supskale Neuroticizam–Anksioznost u odnosu na Istražnost u liječenju, te su dobijeni podaci za ovaj sistem:  $F(2.224)=22.73$ ,  $p<0.0001$ ;  $R^2=0.17$ ; UPSskala4: koeficijent  $b=-0.15$ ,  $t(224)=-3.84$ ,  $p<0.0002$ ; uz statistički značajan indirektni efekat -0.04 (-0.0759,-0.0332).

Prepoznati odnosi grafički su predstavljeni na Slici 5, uz izračunate standardizovane efekte direktnog uticaja varijabli.



Slika 5. Standardizovani efekti direktnog uticaja varijabli

### **3.9. Fokus-grupe o percipiranoj socijalnoj podršci**

Prva grupa pitanja imala je za cilj potaknuti zavisnike od heroina da razmišljaju o tome da li imaju u životu nekoga ko je uz njih kada im je teško, te da identifikuju te osobe. Kada smo rezultate sortirali i zbrojili, pokazalo se da 24 pacijenta smatraju kako imaju socijalnu podršku (75%), a 8 se izjasnilo da nemaju nikoga ko je uz njih (25%).

Rezultati za drugu grupu pitanja prikazani su u Tabeli 13.

Tabela 13.

*Frekvencije odgovora na pitanje: Ko je uz vas kada vam je teško?*

Odgovori	Frekvencije	Procenti
Porodica	5	20.83
Roditelji	7	29.16
Samo majka	4	16.66
Samo otac	1	4.17
Neko drugi od rodbine	1	4.17
Suprug/supruga ili mladić/djevojka	1	4.17
Prijatelji	1	4.17
Više navedenog	3	16.67
Ukupno	24	100.00

Pokušavajući razumjeti koju vrstu percipirane socijalne podrške pacijenti najviše dobijaju, postavili smo treću grupu pitanja. Pokušali smo napraviti podjelu na instrumentalnu, socio-emocionalnu i informacijsku podršku.

Za instrumentalnu pomoć koja podrazumijeva materijalnu podršku, te obavljanje radnji i akcija konkretne pomoći, dobili smo najviše odgovora. Od 24 pacijenta, njih 22 izjasnilo se da ima neki oblik instrumentalne podrške. Dojam je da su pacijenti favorizirali ovaj oblik podrške i najlakše se odlučivali da ga opišu.

*„Najgore mi je bilo mami reći koliko sam dužan. Bio sam već pred zidom. Nema više heroina. Moram platiti. Ubiće me. I ja njoj tako kažem... Prvo je to bio haos. Mislio sam dobiće moždani. Al' onda odmah zovi svakog, skupljaj pare, zaduži se, i ona je moje dugove otplatila za tri dana.“*

*„Slupao sam auto, a otac mi ga je odmah bez riječi popravio.“*

*„Sve mi roditelji pomažu, jer ja ne radim. Hrane me, oblače, čuvaju mi djecu, daju mi za cigare.“*

Zatim su postavljena pitanja da bismo shvatili da li imaju socio-emocionalnu podršku koja podrazumijeva potvrdu i iskazivanje ljubavi, brige i poštovanja (Thoits, 1986). Pokazalo se da je, veoma često, ovaj oblik podrške heroinskim zavisnicima nedostupan jer ga navode samo tri ispitanika.

Informacijska pomoć odnosi se na savjete i informacije koje se mogu dobiti da bi se olakšao život, a u našem slučaju i liječenje. Heroinski zavisnici koji su učestvovali u fokus-grupama često ovaj vid podrške ne smatraju za sebe bitnim i savjete ne prihvataju.

*„Najgore mi je kada me roditelji počnu ubjeđivati da moram u komunu (terapijska zajednica). Ja odmah želim sve napustiti.“*

*„Nemaju oni mene šta savjetovati kada o svemu nemaju pojma.“*

Četvrti niz pitanja je trebalo da nam pojasni da li pacijenti misle da je njihova zavisnost imala uticaja na podršku koju dobijaju od svojih bližnjih i prijatelja. Frekvencije svih odgovora mogu se svrstati u tri kategorije:

- Pacijenti koji se izjašnavaju da njihova zavisnost nije imala nikakav uticaj na socijalnu podršku – njih 17 ili 53,13%.
- Pacijenti koji su mišljenja da zbog zavisnosti imaju manju podršku – njih 10 ili 31,25%.
- Pacijenti koji su zaključili da uopšte nemaju podršku upravo zbog zavisnosti – njih 5 ili 15,62%.

Odgovori na petu grupu pitanja odnosili su se na važnost socijalne podrške u pojedinim fazama liječenja.

Daleko najveći broj ispitanih, njih 25, izjasnio se da je socijalna podrška važna, ali da nije najvažnija za uspjeh u liječenju jer su navodili vlastitu motivaciju i odluku za liječenjem kao presudnu. Da uopšte nije važna, misli njih troje, a da je upravo socijalna podrška najvažnija kako bi liječenje uspjelo, misli njih četvoro.

Tabela 14.

*Frekvencije odgovora na pitanje u kojoj fazi liječenja je socijalna podrška najbitnija*

Odgovori	Frekvencije
U fazi prije liječenja/ da bi se uopšte odlučili za liječenje	3
Kada se treba stabilizirati u liječenju/ na početku	1
U toku liječenja/ kada se očistimo pa opet recidiviramo	3
Kada se detoksificiramo/ dok smo na odjelu za detoks	6
Kada čisti dođemo kući	7
U svakoj fazi je jednako bitna	9
Nije bitna za liječenje	3
Ukupno	32

### 3.10. Fokus-grupe o istrajnosti u liječenju

Pitanja konstruisana za dublje sagledavanje istrajnosti u liječenju heroinskih zavisnika pokušala su da ukažu na specifičnosti samopercepcije sebe kao psihijatrijski bolesne osobe, da otkriju da li postoji istinska želja za promjenom, kako pacijenti gledaju na tok svog liječenja, šta su njihova subjektivna očekivanja u toku tretmana, te šta misle da bi im moglo pomoći da njihovo liječenje bude stabilnije.

Heroinski zavisnici su skloni idealizirati vrijeme prije zavisnosti i minimizirati sve probleme koje su do tada imali. Na potpitanje da li bi ikada počeli sa heroinom da su o heroinu znali ono što znaju sada, jednoglasan odgovor svih učesnika svih fokus-grupa bio je da nikad ne bi uzeli heroin.

Druga grupa pitanja odnosila se na prvu spoznaju o tome da su postali zavisni od heroina i što ih je na to upozorilo. Najveći broj njih je rekao da su to shvatili tek sa prvom apstinencijalnom krizom (22 ili 68,76%), troje je navelo da su primjetili promjene u svom fizičkom izgledu, četvoro je navelo nemogućnost normalnog funkcionisanja, a troje da su shvatili kroz sve navedeno istovremeno.

Treća grupa pitanja odnosila se na tok liječenja. Od 32 učesnika fokus-grupa, njih 25 (78,12%) se izjasnilo da su se probali „liječiti“ sami, a tek nakon recidiva većina se odlučuje

na institucionalno liječenje. Skoro svi pacijenti, njih 30, navode da su dolaskom na liječenje učinili ispravan potez za svoje zdravlje.

Da supsticaciona terapija sa zamjenskim lijekom nije za njih donijela trajno rješenje problema, pa im dugoročno ne odgovara, smatra 28, ili 87,50% pacijenata. Važno je naglasiti da se ovdje radi o učesnicima fokus-grupa koji se već nalaze na odjelu za stacionarni detoks sa ciljem potpune detoksifikacije i uspostavljanja trajne apstinencije, te su od njih ovi odgovori u ovoj fazi liječenja bili sasvim očekivani.

Na pitanje kako je teklo njihovo liječenje, neki od najčešćih odgovora su da su se nakon prvog uvođenja u supsticacionu terapiju metadonom stabilizirali na određenoj dozi lijeka i započeli sa savjetodavno-psihoterapijskim radom.

Njih gotovo trećina imali su ranije pokušaje smanjenja terapije ili njenog potpunog ukidanja, prelaska na neki drugi lijek (najčešće suboxon) ili odlaska na detoks-odjel.

Četvrta grupa pitanja provjerava kako se heroinski zavisnici osjećaju u toku liječenja, u periodima kada su sasvim čisti, zatim kada dožive recidiv, šta im tada može poslužiti kao motiv da od liječenja ne odustanu. Od ispitanih heroinskih zavisnika, iskustvo prve detoksifikacije je ranije u toku liječenja doživjelo njih 31.

Tabela 15.

*Frekvencije odgovora na pitanje: Kako ste se osjećali nakon prve detoksifikacije?*

Odgovori	Frekvencije	Procenti
Ponos i samopouzdanje	9	29.03
Razmišljao sam samo o ponovnom uzimanju heroina	6	19.36
Preplašenost da li će se apstinencija održati	3	9.68
Radost i sreća	2	6.45
Prazno, izgubljeno, depresivno	2	6.45
Nisam to smatrao bitnim	2	6.45
Smjenjivala su se razna osjećanja	7	22.58
Ukupno	31	100.00

Od emocija nakon recidiva, najčešće dobijamo odgovore da je postojalo veliko razočarenje u samog sebe. Kako su nakon tog perioda, ali i u svakom momentu sumnje, našli motiv da se ponovo liječe, učesnici fokus-grupa objašnjavaju na različite načine. Sve njihove odgovore razvrstali smo u dvije kategorije: ekstrinzične i intrinzične faktore motivacije. Tako

je njih 20, ili 62,50%, biralo ekstrinzične, 6 intrinzične, a oboje podjednako biralo je 6 pacijenata, ili 18,75%.

Peta grupa pitanja odnosila se na nastavljanje sa liječenjem, povremeno postojanje osjećaja bespomoćnosti i razmišljanja šta sve može pozitivno uticati na njihovo liječenje.

Većina je navela da im se dešavalo da misle kako liječenje neće uspjeti, a 31 učesnik fokus-grupa, ili 96,87%, navelo je da se u toku bolesti zavisnosti javlja osjećaj bespomoćnosti i beznađa. Na potpitana o tome koliko se često to dešavalo, dobili smo frekvencije odgovora u Tabeli 16.

Tabela 16

*Frekvencije odgovora na pitanje: Koliko često se dešavalo da mislite kako liječenje neće uspjeti?*

Odgovori	Frekvencije	Procenti
Veoma često	17	53.13
Ponekad	9	28.12
Veoma rijetko	5	15.63
Nikad	1	3.12
Ukupno	32	100.00

Zanimalo nas je kako iz vlastitog iskustva pacijenti vide šta im u liječenju može pomoći. Jedan dio odgovora zasnivao se na preuzimanju potpune odgovornosti za vlastito liječenje (9 pacijenata ili 28,12%) i na okolnosti vezane isključivo za pacijenta samog, njegove postupke ili emocije; drugi dio odgovora naglašavao je spoljašnje okolnosti (9 pacijenata, 28,12%); treći dio odgovora bio je kombinacija unutrašnjih i spoljašnjih okolnosti i takvih odgovora je bilo najviše (11 ili 34,37%), a četvrti dio odgovora (3 pacijenta) dali su oni učesnici fokus-grupa koji su se izjasnili da oni sami nemaju dodatne ideje šta bi im moglo dodatno pomoći u uspješnom liječenju.

### 3.11. Podaci dobijeni pomoću kliničkog intervjeta

#### *Pacijent A*

Radi se o muškarцу u dobi od 35 godina.

Podaci su dobijeni u toku njegove treće hospitalizacije na našem odjelu. Hospitalizacija je uslovljena višemjesečnom nemogućnošću pacijenta da u ambulantnim uslovima ostvari

trajnu apstinenciju od heroina u toku dugogodišnjeg liječenja supstitionom terapijom u ambulanti zavoda. U toku proteklog boravka na odjelu bio je isključen iz stacionarnog liječenja zbog grubog narušavanja pravila (ukrao je novac, napustio odjel, nabavio je heroin). Sad je cilj potpuna detoksikacija.

Anamnestički podaci:

Rođen je kao drugo dijete u četvoročlanoj porodici. Rani psihomotorni razvoj protekao je uredno. Kada mu je bilo oko četiri godine, roditelji su se razveli zbog očeve teške kockarske zavisnosti. Otac je sa sobom odveo stariju sestru, a on je ostao sa mamom. Oduvijek je za mamu bio jako vezan i ne sjeća se da je patio za ocem. Nekoliko godina nakon toga, roditelji se odlučili da ponovno žive zajedno, te je porodica od tada ponovo na okupu. Ne sjeća se ničega lijepog u vezi oca, oduvijek ga je smatrao prestrogim i nezainteresovanim, nikada nisu bili emotivno vezani, te je uvijek, kako je ispitanik izjavio, „*osjećao da je tati teret*“.

Na vrijeme je krenuo u osnovnu školu, za koju kaže: „*Nikad nisam volio ići u školu, uvijek mi je bilo mrsko, iako sam bio odličan đak.*“

Kada mu je bilo 9 godina, započeo je rat. Otac je tada bio na ratištu, a on, sestra i mama u izbjeglištvu u Hrvatskoj. Kada je majka radila, njegova sestra se skrbila o njemu, iako je bila starija samo par godina. Odnos između njih je uvijek ostao takav, te ona i sada radi sve što može da njemu pomogne. Njih troje su tada imali plan nastaviti život u Francuskoj, gdje su već otišli njihovi rođaci. Djeca su se tome veoma radovala, ali otac je donio dluku da se svi vrate u BiH. Po njihovom povratku, rat je još trajao. U svom stanu su imali i rodbinu izbjeglu iz drugih krajeva BiH. Bila je velika glad i neimaština, još uvijek granatiranje. Djeca su u toj situaciji bila prepuštena sama sebi, te je tada život bio za sve njih komplikovan. Uprkos svemu tome, pacijent se školovao gotovo redovno, bio je odličan učenik.

Po završetku rata i nakon što je završio osnovnu školu, upisuje srednju koju nije želio, nego su mu je roditelji nametnuli. Zbog toga se osjećao jako loše i pojavio se otpor prema roditeljima. Počinje pušiti i kršiti pravila u želji da se dokaže i izgleda stariji, te, nakon lošeg uspjeha i ogromnog broja neopravdanih časova, roditelji ga upisuju u školu za vozače koju je želio od početka.

„*Tata je nakon ovoga jako prigovarao mami da nije znala odgajati sina, te da je ona kriva za sve što se dešava, da mi je uvijek pretjerano popuštala i štitila me.*“ Ova svađa je dovela gotovo do razvoda. „*Nikad nisam osjetio da imam stvarnu podršku od roditelja za*

*ono što ja želim u životu dok je sa sestrom bilo drugčije. Ona me najbolje zna i uvijek mi je podrška.“*

Za pacijenta je u ovom periodu najveći problem predstavljalo to što nema hrabrosti da priđe djevojkama. Neko mu je od drugova rekao da će mu biti lakše ako uzme tabletu, te je na njihov poticaj prvi put popio tramal. Uskoro postaje zavisnik od tramala.

Sa navršenih 18 godina odlučio je da sa prijateljima ode na more, kako bi se тамо „obogatili krađama“. Brzo je uhvaćen, te je dobio uslovnu zatvorsku kaznu. Dok je bio u istrazi, probava metadon jer je tvrdio da je heroinski zavisnik, a vrlo brzo zaista uzima i heroin. Zavisnost je trajala dugo, sve dok nije primijetila sestra. „*Roditelji o svemu nisu dovoljno znali i kraj njih sam ja mogao da se drogiram još godinama, a da oni nikad ne prokontaju.*“

Pod velikim pritiskom, prvo sestre, a onda i roditelja, počinje liječenje. Nakon prvog liječenja je bio i prvi odlazak u terapijsku zajednicu. „*Da bi mi pružile podršku za liječenje i da bi bolje shvatile moju bolest, mama i sestra su se uključile i u razne grupe roditelja čija su djeca na heroinu.*“ Na direktno pitanje o socijalnoj podršci koju od porodice ima za liječenje, on kaže, „*ta podrška stoji, ali nekad ja to sve zloupotrijebim jer nisam siguran da se stvarno želim liječiti*“.

U međuvremenu se oženio i postao otac dok je bio prvi put u terapijskoj zajednici – komuni. Iz komune je isključen zbog kršenja pravila, ali je uspijevaо nekako apstinirati jedan period. Ponovo uzima heroin, te sam kaže da je tada bilo gore nego ikada i počinje sa intravenskim unosom. Stalne krađe dovode do toga da je prvi put u zatvor otišao u januaru 2012. Supruga i on su se razdvojili, ali su do danas ostali u dobrim odnosima. Sina viđa povremeno i stiče se utisak da ne postoji želja za dubljim kontaktom sa dječakom. Po drugi put u terapijsku zajednicu odlazi 2013. godine, te na odsluženje preostale dvoipogodišnje zatvorske kazne. Sve ovo vrijeme potpuno apstinira.

Po izlasku iz zatvora, „potpuno čist“, upoznaje svoju sadašnju suprugу i uskoro ona ostaje trudna. Nesretnim okolnostima, pred sami porod gube bebu, što njemu služi kao izgovor za recidiv. Započinje opet liječenje u zavodu, biva transferisan na supstitucionu terapiju, ali često pravi recidive i uzima heroin. Bez jasne intrinzične motivacije, dolazi po drugi put na odjel za stacionarno liječenje sa željom da, nakon toga, ponovo ide u terapijsku zajednicu, ali teško krši pravila, te je isključen iz stacionarnog liječenja. Sada na taj svoj postupak gleda sa kajanjem i žaljenjem, pa se nada da će ovo novo liječenje dovesti do toga

da ponovo bude dobro. Smatra da njegova porodica, kako navodi ispitanik, „*zaslužuje nakon svih ovih godina da konačno dođem pameti i da budem dobro*“.

Opservirano ponašanje na odjelu:

Pacijent od početka liječenja u ustanovi pokazuje želju da „zaobiđe“ pravila. Sklon je uljepšavati sliku o sebi i za svakog ima različitu verziju jedne te iste priče, da bi ostvario za sebe neku korist.

### *Pacijent B*

Muškarac, 37 godina.

Podaci dobijeni u toku njegove treće hospitalizacije, koja je uslovljena višemjesečnom nemogućnošću pacijenta da u ambulantnim uslovima ostvari trajnu apstinenciju od heroina.

Anamnistički podaci:

Rođen je kao treće, najmlađe, željeno dijete, u porodici dobrostojećih prosvjetnih radnika. Ima dvije starije sestre, pa su njegovi roditelji, naročito majka, „*jako željeli imati i sina*“. Djetinjstvo opisuje kao idilično, odrastao je okružen ljubavlju, veoma emotivno vezan za mamu. Rani psihomotorni razvoj bio je uredan. Na vrijeme je krenuo u školu i bio je odličan đak. U svemu je bio dobro i uzorno dijete, dobro uklopljen sa vršnjacima, voljen. Tada počinje rat, što je za njega predstavljalo teško traumatsko iskustvo. Bojao se granata, progona ljudi, nasilja.

Njegova porodica donosi odluku da on sa mamom i sestrama ode u izbjeglištvo, prvo u Hrvatsku, a zatim u Njemačku, dok otac ostaje kod kuće. Naredne 3 godine proveo je bez oca. Početak izbjeglištva pacijentu je izuzetno teško pao. Imao je razne psihosomatske smetnje, ali i veoma izražene tikove, te je zbog toga sa mamom redovno posjećivao psihologa.

Vremenom, u Njemačkoj se sve bolje uklapa. Naučio je jezik, osjećao se sigurno, ide u redovnu školu i gradi prijateljstva. Po završetku rata, iako cijela porodica ima želju ostati u Njemačkoj, otac insistira na njihovom povratku u rodni grad. Otac je smatrao da je on uspio sačuvati njihovu kuću i imetak u vrijeme rata, te da nije pametno sada sve ostaviti, iako su oni, s obzirom na svoj etnički identitet, u svom gradiću postali manjina. Percepцију ispitanika o ocu ilustruje njegov sljedeći iskaz: „*Nije njega puno bilo briga šta mu mi govorimo, on je jako tvrdoglav i uporan. Uvijek misli da zna bolje od svih drugih.*“

Prepostavljamo da je ova odluka doprinijela trajno poremećenim odnosima oca i sina, jer ispitanik okriviljuje oca za sve loše stvari koje su mu se kasnije dešavale. Po povratku u BiH ne uklapa se u okruženje, te mu se dotadašnje školovanje ne priznaje. Iako ga uže društvo iz djetinjstva prima natrag, nikada odnosi više nisu bili kao ranije. „*Oni su tu bili cijeli rat. Svašta su prošli. Ranjavanja, pogibije, paljevine kuća. Bili su drukčiji, a i ja takode.*“ Počinje se osjećati veoma loše, odbačeno, izolovano, što doprinosi osjećajima ljutnje i bespomoćnosti. Budući da se nije mogao uklopiti, tražio je društvo u kojem će mu biti ugodno, pa ga je životni put odveo u društvo konzumenata psihoaktivnih supstanci.

Od tada, pa do danas, je zavisnik, a sa konzumacijom heroina počeo je u dobi od sedamnaest godina. Uspio je završiti srednju školu za kuhara i raditi u struci. Njegova porodica nije znala da ima problem zavisnosti jer nema krivičnih djela i uvijek je uspijevalo zaraditi dovoljno za nabavku heroina. Morao im je priznati tek kada je vidio da više nema izlaza, nego prijaviti se na liječenje. Majka je njegovu zavisnost teško podnijela, što ispitanik smatra okidačem za razvoj teške bolesti od koje je umrla. Otac nije pokazivao emocije i više je bio ljut nego tužan, ali se to promijenilo kada je umrla pacijentova mati. Otac je sada sinu glavna podrška za liječenje. „*On je sada tu za mene u vezi liječenja, ali gdje je bio onda kada je mogao spriječiti da ja sa heroinom i započnem?*“

Pacijent radi u različitim ugostiteljskim objektima i, prema njegovom iskazu, opravdao je povjerenje koje su mu gazde objekata davale. Nedavno je započeo emotivnu vezu koja se pokazala izrazito lošom za njega, pa je sada sa tom djevojkom u sudskim sporovima.

Opservirano ponašanje na odjelu:

Od ulaska na odjel, osoba B je izrazito pristojan, korektan, trudi se da poštuje sva pravila. Rado prihvata i grupni i individualni psihoterapijski rad i u njemu učestvuje konstruktivno. U kontaktu sa psihologom je iskren, veoma emotivan, otvoren i zahvalan za podršku.

### *Pacijentica C*

Žena, 34 godine.

Podaci su dobijeni u toku njene prve hospitalizacije na odjelu. Hospitalizacija je uslijedila nakon neuspješnog ambulantnog tretmana. Od ulaska na odjel pacijentica je kooperativna, iskrena, pa se kontakt uspostavlja lako, adekvatno i potpuno.

Anamnestički podaci:

Prvo je dijete po redoslijedu rođenja od dvoje. Porod je bio izrazito težak, te su joj pri porođaju oštećeni mišići, što je bio razlog za operaciju odmah nakon rođenja.

Brat je od nje mlađi pet godina. Rođena je u malom gradu, konzervativnih shvatanja. Otac, rigidan, strog, izrazito patrijarhalan. Koliko zna, oduvijek je bio sklon alkoholu, u pijanstvima je bio nasilan, umro je kad je njoj bilo devetnaest godina. Otac je jedini privređivao u porodici. Majka je uvijek bila žrtva, slaba, prestrašena.

Rani psihomotorni razvoj, po njenim riječima, protekao je uredno. Na vrijeme je krenula u osnovnu školu i pohađala je u ratnim uslovima prvih četiri godine. Sjeća se straha i osjećaja bespomoćnosti dok su trajala ratna dešavanja. „*Znala sam se upiškiti od straha kad čujem fijuk granata.*“ U toku jednog granatiranja doživjela je epileptični napad i to se zatim ponavljalo. Lijekovi su joj uključeni naknadno jer nisu bili lako dostupni u periodu rata. Koliko se sjeća, u ovom periodu je dobila astmu. „*Nekad sam mislila da će se ugušiti jer ne mogu da dišem.*“ U osnovnoj školi je bez mnogo truda ostvarivala odlične rezultate, u toku rata, ali i kasnije. Kada je imala trinaest godina, otac joj je zabranio druženja sa vršnjacima, pa i prijateljicama iz škole. U početku nije razumijevala zašto to radi, pa se trudila biti što bolja i primjerena učenica. Njena reakcija na očeve restriktivne mjere su ljutnja i otpor. Nakon prvog nedopuštenog izlaska sa prijateljicama, po povratku kući otac je fizički kažnjava, te ona zbog stida od modrica nije pet dana išla u školu. Tada počinje lagati roditeljima, bježati od kuće i pokazivati interes za loše društvo. Veoma brzo počinje pušiti i povremeno piti alkohol. Otac je tukao gotovo redovno, jednom je ošišao „na čelavo“, zaključavao je u kući. Sa polaskom u srednju školu, njen ponašanje postaje potpuno nekontrolisano. Izlazila je stalno, počela eksperimentisati sa travom, pila, a školu je sve više zanemarivala, te je na kraju završila vanredno. Sa 16 godina se zaljubljuje, te ona i njen maloljetni mladić počinju maštati o vjenčanju. S obzirom na to da je za nju boravak u vlastitoj porodici postao nepodnošljiv, vezu doživljava kao bijeg od svojih problema.

Ostaje trudna kao maloljetnica, te doživljava ogroman šok kada mladić u kojeg je bila ludo zaljubljena odlučuje da u zadnji momenat otkaže već planirano vjenčanje. Preplašena, trudna i bez sredstava za život, bježi od kuće zbog straha od očevog bijesa i tim momentom počinje njen potpuni životni preokret. Sakrila se u obližnjem gradiću na nekom tavanu, gdje ostaje četiri mjeseca. Nije imala hrane, odjeće, osnovnih uslova za život. Pomagali su joj prijatelji i poznanici, ali u trenucima potpunog očaja od jednog poznanika uzima heroin i prvi put ga koristi. Heroin je *platila* seksualnim odnosom. U osmom mjesecu trudnoće, izgladnjela, bolesna i očajna, telefonira majci, te joj roditelji poručuju da se vrati kući i da je

otac neće kažnjavati. Roditelji su, po njenom povratku, ostali zaprepašteni njenim stanjem, smjestili su je u jednu sobicu, a, iako je nije tukao, otac sa njom više nikada do svoje smrti nije govorio. Porađa se normalno i sa sinom nastavlja živjeti kod roditelja. Povremeno je opet uzimala heroin, kako kaže, „*ali samo ako sam imala svojih para kod sebe*“. Niko u porodici to nije znao jer „*nisu ni znali šta je to heroin*“. Otac je sve više slab i shvataju da je bolestan. Iako s njom ne govorи, njen otac sa radošću i ponosom prima svog unuka, te ona naglašava „*kad bi on tepao onako mom sinu ja sam u duši znala da smo se nas dvoje pomirili*“.

Kada je imala devetnaest godina umire joj otac, te porodica ostaje bez sredstava za život. Od ljudi iz kriminalnog miljea počinje dobijati ponude za plaćeni seks i od tada prostitucijom izdržava porodicu. Njeni majka i brat objeručke su prihvatali novac koji je ona donosila. „*Naravno da je mama znala, jer ja to nisam krila, ali joj je bilo lakše da se pravi da ne zna odakle mi pare.*“

Uskoro nije mogla bez heroina podnijeti da stupa u seksualne odnose sa nepoznatim muškarcima, te ga počinje svakodnevno konzumirati. Brzo postaje upletena u kriminalne krugove prostitucije, preprodaje heroina, a time i svega drugog. „*Mama je garant znala da se drogiram, ali je šutila i puštala me da radim šta ja hoću.*“ Iako je željela prekinuti sa svime, znala je da joj porodica zavisi od ovog novca. Nadala se da će sve prestati kad njen brat završi školu, a do tada, kako iskazuje, „*nisam ih mogla ostaviti gladne*“. Kada je imala dvadeset i tri godine zaljubljuje se u mladića koji je bio bivši zavisnik. S njim zasniva vanbračnu zajednicu, te rađa i kćerku. Nadala se da će se oboje skrasiti i početi normalan život, a prva godina je bila gotovo idilična. Nakon svađa sa njegovom majkom, sve napušta. Nastavlja sa neurednim životom, što se reflektuje na njeno zdravlje jer se zarazila hepatitisom C. Za majku kaže: „*Njoj to nije bilo nikakvo iznenađenje, a i sada od mene traži pare za sve što im u kući treba. Mama bi, naravno, voljela da se ja izlječim, ali da pare i dalje stižu. A jedno bez drugog ne ide.*“

Opservirano ponašanje na odjelu:

Od ulaska na odjel je korektna, trudi se da poštuje sva pravila. U toku njenog boravka na odjelu su boravili isključivo muški pacijenti, a ona se u odnosu prema njima drži distancirano, povremeno verbalno agresivno ili bira da se osami u svojoj sobi. Rado prihvata i grupni i individualni psihoterapijski rad i u njemu učestvuje konstruktivno.

## *Pacijent D*

Muškarac, 42 godine.

Podaci dobijeni u toku druge psihijatrijske hospitalizacije na odjelu.

Anamnistički podaci:

Rođen kao jedino dijete u drugom braku svojih roditelja. Otac nije ranije imao djece, a sa majčine strane ima polubrata. Rani psihomotorni razvoj bio je uredan. Na vrijeme je krenuo u osnovnu školu i postizao je izvanredne rezultate bez prevelikog uloženog truda. Na testiranju inteligencije u osnovnoj školi rečeno mu je da spada u kategoriju daleko iznad prosječnih, a on je sam došao do zaključka da je tako jer „*bolje sam mogao shvatiti gradivo od sve djece u razredu*“. Još u osnovnoj školi počeo se baviti rukometom, za koji je bio talentovan, i išao je na takmičenja. Kroz djetinjstvo je emotivno bio veoma vezan za mamu.

Brak roditelja bio je loš i završen je razvodom kada je pacijent imao petnaest godina. Pacijent danas percipira sebe kao žrtvu komplikovanih odnosa između roditelja u kojima se, zbog spleta okolnosti, narušava jaka emotivna veza koju je imao sa majkom. Majka je napustila njega i oca da bi započela život sa drugim čovjekom. Pacijent nikada nije našao bilo kakvo opravdanje za njen postupak. „*Važnije joj je izgleda bilo da se spetlja s tim tipom nego da čuva svoje dijete*.“ Otac je oduvijek bio hladan, proračunat i dalek, pa se veoma rijetko pominje u pacijentovom iskazu. Sa ocem nikada nije uspostavio vezu, iako je živio s njim. „*Znate kako kažu, otac – drven kolac*.“ Kada počinje rat, činilo mu se da se srušio sav njegov svijet. Majka je otišla iz porodice, otac je rijetko bio u kući, a on se sam nosio sa svakodnevnim životnim opasnostima i strahovima od granatiranja.

U toku rata, posve neočekivano, dobija priliku da napusti državu kao izuzetno talentovan rukometar. Odlazi prvo u Italiju i veoma mlad počinje da se sam nosi sa životom. Za njega je to istovremeno bio bijeg od svih problema, ali i veoma teško životno razdoblje. Osjećao se usamljeno, odvojeno, nezaštićeno. „*Strašno mi je falila porodica, a znao sam da je više nemam ni kod kuće*.“ Počinje ubrzo da puši, konzumira alkohol i eksperimentiše sa psihoaktivnim supstancama. Iako izrazito mlad, počinje se upuštati u „brze“ veze sa ženama.

Za ovakav način života bilo mu je potrebno više novca, pa razmišlja o načinima kako da do njega dođe. Vrlo brzo upoznaje osobe iz kriminalnog miljea. Počinju dalji eksperimenti sa supstancama i okružuje se makroima i prostitutkama.

Od navršavanja punoljetnosti, počinje da mijenja klubove za koje igra i države u kojima živi. U potrazi za ljubavlju i porodicom, upoznaje svoju prvu suprugu koja je takođe iz BiH.

Uprkos velikom otporima od strane njene porodice koja je već o njemu čula loše stvari, započinju zajednički život i dobijaju dijete. Njegova kćerka je dugo vremena bila smisao njegovog življenja. U potpunosti je skrbio za nju. „*Nisam dao ni da joj žena mijenja pelene, spavala je kraj mene i samo mene zvala.*“ Uporedo se i dalje upušta u poslove na rubu zakona, a kasnije i kriminal. Ipak, novca nije bilo dovoljno za sve ono što je on želio od života, pa njegova tadašnja supruga podnosi zahtjev za razvod i odlazi sa djevojčicom. Nakon njenog odlaska postaje potpuno nekontrolisan. „*Više nisam imao nikakvog razloga da živim.*“

Počinje konzumirati heroin. To se vremenski poklapa i sa smrću njegovog oca, pa se majka ponovo vraća u njegov život i on u sebi nalazi motiv da se počne liječiti. Počinju razni pokušaji liječenja. Boravio je i u terapijskoj zajednici, ali je isključen zbog nedozvoljenog dobrovoljnog seksualnog odnosa sa jednom od štićenica. Opet započinje sa konzumiranjem heroina, a da bi ga nabavio počeo je da krade, otima, vara. Liječenje počinje ponovo i uspješno je. Završava kurseve, počinje pošteno da radi, počinje redovno viđati svoju kćerku. Zaljubljuje se, ženi se i dobija djecu. Jedan period život bio je idiličan i sretan, ali supruga je bila veoma uspješna, te se on počinje osjećati loše jer ne privređuje kao ona. Da bi zaradio novac, ponašanje usmjerava prema kriminalnim radnjama, a samim tim i heroinu.

Odlazi u Hrvatsku sa namjerom bavljenja kriminalom, ali biva uhvaćen i zatvoren na sedam mjeseci. Za porodicu je vijest o tome bila potpuni šok. Nakon toga, supruga mijenja svoj stav prema njemu i razvode se. Došavši opet do ruba, ponovo se dobrovoljno prijavljuje na liječenje na odjel za stacionarni detoks. Motiv za liječenjem objašnjava riječima: „*Nije meni stalo ni do mene ni do liječenja, ali imam djecu i radim ovo zbog njih.*“

Opservacija ponašanja na odjelu:

Po dolasku na odjel, pacijent je veoma otvoren, iskren, ali sklon manipulaciji drugim pacijentima i stvaranju uslova da od toga ima sekundarnu korist. Nema uvida u svoje slabosti ili greške, te, kao odbranu ličnosti, koristi projekciju, pa za sve loše stvari koje mu se sada dešavaju kao krivca vidi svoju bivšu suprugu.

Na temelju kvalitativnih podataka, dobivenih od pacijenata koji su pristali na klinički intervju, možemo zaključiti da se porodična dinamika pacijenata nalazi u ekstremima: percepcije odbačenosti ili emotivne prezaštićenosti. Analizom odgovora ispitanika, također se može izvesti zaključak da je percepcija roditeljske disfunkcionalnosti jedan od razloga koji je okidač za početak konzumiranja psihoaktivnih supstanci, o čemu će biti više rasprave u narednom poglavljju.

## **DISKUSIJA**

### **4.1. Socio-demografska i personalna obilježja ispitanog uzorka**

Heroinski zavisnici iz našeg uzorka upotrebu heroina započinju u dobi od oko 20 godina. Ovo je period adolescencije i ranog mladog doba, u kojem se mlađi ljudi još uvijek traže, eksperimentišu i isprobavaju u mnogim ulogama. Grupa mlađih koji su u ovom periodu svog života „zaglavljeni“ u okruženju drugih zavisnika ili u kriminalnom miljeu, kao i grupa onih koji se ne mogu nositi sa vlastitom psihološkom nestabilnošću, može posegnuti za heroinom i postati zavisnik. Obično su sve preventivne aktivnosti usmjerene na djecu i mlade školske dobi, ali nas ovi rezultati tjeraju da osmišljavamo preventivne akcije namijenjene i prilagođene nešto starijoj grupi mlađih ljudi.

Na temelju sveukupne analize rezultata, možemo izvesti zaključak da se pomicu dobne granice zavisnika od heroina. Prosječna starost ispitanika u našem istraživanju iznosi 34,89 godina. Sličan trend prisutan je i kod ispitanika u Republici Hrvatskoj i u drugim zemljama Evropske unije (EMCDDA, 2018; Katalinić i Huskić, 2016).

Kada govorimo o broju muškaraca i žena zavisnih od heroina, omjer u našem uzorku iznosi otprilike 10 : 1 u korist muškaraca. U svim dostupnim epidemiološkim podacima rađenim na ovoj populaciji, vidimo da je značajno više muških pacijenata (EMCDDA, 2011<sub>a</sub>, 2013<sub>b</sub>, 2018<sub>c</sub>).

Opštepoznato je da bolest zavisnosti od heroina ima izrazito nepovoljan uticaj na živote pacijenata. Polovina ispitanih heroinskih zavisnika živi sa svojim roditeljima i nije se osamostalila. Interesantan podatak za razmišljanje i eventualna kasnija istraživanja može biti da njih osamnaest živi samo sa majkom jer je otac umro, iz razloga što je, od tog broja, četrnaest očeva poginulo u ratu. Dob pacijenata koji su izgubili očeve u ratu tada je bila između dvije i trinaest godina, što nas navodi na zaključak da su veliki dio svog djetinjstva bili u nepotpunoj, „krnjoj“ porodici, te vjerovatno i sami traumatizirani teškim gubitkom.

Bračni status naših pacijenata nam upotpunjava sliku o načinu i stilu njihovog življenja. Iako se radi o populaciji odraslih ljudi u godinama, kada bi po statistikama naše zemlje trebalo da ih oko 60% bude u braku (prema dostupnim podacima Agencije za statistiku BiH, 2018), njih samo četrdeset dvoje živi u zakonskom braku, a petnaest u vanbračnoj zajednici.

Pokazalo se da i među onima koji se zakonski vode kao da su u braku, postoji grupa zavisnika koji sa svojim bračnim partnerima ne žive. Najveći broj nema vlastitu djecu.

Poseban problem među heroinskim zavisnicima su beskućnici, a u našem istraživanju tako se izjasnilo njih 6. Oni spadaju u kategoriju osoba koje nisu u mogućnosti sebi obezbijediti bilo kakav smještaj i svi su muškarci sa dugogodišnjim zavisničkim stažom.

Kada govorimo o stručnoj spremi, većina je završila srednjoškolsko obrazovanje (73,25%), a češće je to bilo trogodišnje nego četvorogodišnje školovanje. Slični se rezultati dobijaju i u okruženju, pa u Hrvatskoj heroinskih zavisnika sa srednjom školom ima 67,60% (Katalinić i Huskić, 2016). Nekvalifikovanih je četvrtina od ukupnog broja. Važno je naglasiti da slabiji edukativni rezultati heroinskih zavisnika najčešće nisu posljedica kognitivnih sposobnosti. Mujčinović i sar. (2015) nalaze da 80% pacijenata opijatskih zavisnika ima koeficijent inteligencije u kategoriji prosjeka, a 15% u kategoriji iznad prosjeka. Nešto više od 4% pacijenata pokazalo je ispodprosječne rezultate. Sve ovo ukazuje na to da slabije edukativno postignuće pacijenata heroinskih zavisnika možemo pripisati osobinama unutar ličnosti, specifičnosti njihovog okruženja ili, veoma često, njihovo školovanje se poklapa sa početkom eksperimentisanja sa psihoaktivnim supstancama ili heroinskog zavisničkog staža koji negativno utiče na sva njihova kasnija akademska postignuća.

Iako se radi o osobama u najproduktivnijoj dobi, tri četvrtine od ukupnog broja je nezaposleno. Veliki procenat naših nezaposlenih pacijenata prijavljen je u zavod za zapošljavanje, pa time ostvaruje pravo na besplatnu zdravstvenu zaštitu. Heroinski zavisnici veoma često gube poslove koje imaju, mijenjaju poslove ili „rade na crno“. U našem istraživanju, samo šesnaest pacijenata ima preko deset godina staža, dok njih polovina nema staža uopšte, tj. nikada nije bilo zaposleno. Prema važećem zakonu naše države, pravo na ostvarenje penzije jednog dana imaju samo osobe koje su u toku života imale minimum petnaest godina radnog staža, što nas upozorava na buduće posljedice njihovog sadašnjeg statusa, te neophodni nastavak brige države za ove pacijente.

S obzirom na podatak koji smo dobili, da je dvije trećine ispitanih heroinskih zavisnika bilo zakonski osuđivano, može se reći da opšteprihvaćeni stav kako heroinski zavisnici vrše krivična djela, nije netačan. Možda je ispravnije ispitati o kojim se krivičnim djelima najčešće radi, jer već samo posjedovanje heroina je krivično djelo, a s obzirom na njihovu bolest, sasvim sigurno su svi posjedovali heroin u nekom momentu. Od drugih krivičnih

djela, tu su i omogućavanje uživanja u heroinu, preprodaja, žargonski „dilanje“, ali i mnoga druga počinjena u želji da se dođe do novca ili pak pod uticajem heroina.

#### **4.2. Osobine ličnosti heroinskih zavisnika**

Rezultati na supskali Aktiviteta, koja govori o generaliziranoj aktivnosti na našem uzorku, pokazuju tendenciju grupisanja oko srednjih vrijednosti, te se naš uzorak zavisnika od heroina prema ovim rezultatima uklapa u prosječne. Jedan dio čestica ove skale mjeri strpljivost i istrajnost u obavljanju teških poslova, pa se pokazalo da heroinski zavisnici nisu tome skloni, dok drugi dio ukazuje na nestrpljivost u momentima kada im se aktivnost zabrani, što je mnogo bliže njihovom opisu.

Supskala Agresivnost–Hostilnost obuhvata, između ostalog, verbalnu agresivnost, antisocijalno ponašanje i nestrpljivost sa drugima, što se kod zavisnika od heroina u praksi veoma često viđa, a najviše u momentima apstinencijalne krize. Na to nam ukazuje i podatak da na našem uzorku na ovoj skali uopšte nemamo rezultate koji su najniži mogući (0 i 1). Dvije trećine heroinskih zavisnika, ispitanih unutar našeg uzorka, pokazuje povišenje na ovoj skali, pa možemo reći da su heroinski zavisnici često skloni agresivnom ponašanju, a mnogobrojna ranija istraživanja, kao i zapažanja, došla su do sličnih rezultata (Bozkurt, Evren, Yilmaz, Can i Cetingok, 2013; Calsyn i Saxon, 1990; Craig, 2004; Gerra i sar., 2004).

Impulsivno traženje senzacija dimenzija je koja obuhvata tendenciju prema impulsivnom ponašanju i nemogućnost planiranja. Bolesti zavisnosti u sebe uključuju nemogućnost kontrolisanja impulsa. Sklonost prema uzbudjenju i nepredvidivim situacijama podrazumijeva i eksperimentisanje sa PAS. S obzirom na podatke koje smo istraživanjem dobili, vidimo da na supskali Impulsivnog traženja senzacija ispitaniiheroinski zavisnici ostvaruju povišene rezultate, pa tako tri četvrtine ispitanih ima rezultate veće od 6. Impulsivno traganje za uzbudjenjima u sebi sadrži želju za različitim, pa i rizičnim, postupcima koji će dovesti do zadovoljstva uz nemogućnost odlaganja dobijanja zadovoljstva (Butorac, 2010; Dujmović i Čolović, 2012). Ova osobina direktno se vezuje za zavisnička ponašanja, a time i za heroinsku zavisnost (Norbury i Husain, 2015, prema Kljajević, 2017).

Socijabilnost opisuje ličnost koja uživa u zabavama i velikom broju prijatelja, ali istovremeno pokazuje jaku netoleranciju na socijalnu izolaciju. Kada govorimo o rezultatima dobijenim na uzorku heroinskih zavisnika, vidimo da se oni grupišu oko srednjih vrijednosti i da su prosječni.

Anamnistički dobijeni podaci od naših pacijenata zavisnih od heroina, ukazuju da su oni često osjećali jaku emocionalnu uznemirenost, napetost, zabrinutost i plašljivost, koju opisuje dimenzija Neuroticizam–Anksioznost. To se pokazalo i kroz naše istraživanje, gdje je njih preko 70% pokazivalo povišenje na ovoj supskali. Jedna četvrtina ispitanih heroinskih zavisnika ima najviše moguće skorove na ovoj skali, sa izrazitim simptomima neuroticizma i anksioznosti. Ova stanja heroinski zavisnici percipiraju kao izrazito nepoželjna, te veoma često izvještavaju da su heroin koristili kao sredstvo bijega od neželjenih emocija. Heroin sam u toku konzumacije može dovesti do, za njih poželjnih, osjećaja smirenosti, opuštenosti i zadovoljstva, ali taj efekat je kratkotrajan i brzo ga zamjenjuje još jače izražena napetost i uznemirenost. Najviše odgovora koji opisuju ovu dimenziju imamo na česticama „Često osjećam napetost u cijelom tijelu“ i „Često brinem o stvarima koje drugi ljudi smatraju nevažnim“, gdje se 83,70% heroinskih zavisnika izjasnilo pozitivno. Napetost u tijelu, koju heroinski zavisnici opisuju, može biti posljedica njihove bolesti, naročito u toku apstinencijalne krize, a briga o stvarima koje drugi ne smatraju važnim ukazuje na razliku u životnim prioritetima između ove skupine ljudi i opšte populacije. Najmanje birana čestica iz ove grupe je „Često mi se plače, ponekad i bez razloga“, koju je biralo 129 ispitanih. Potrebno je naglasiti da su pacijenti u vezi ove čestice vrlo često tražili dodatno tumačenje, jer su usmeno izjavljivali da često plaču, ali da za svoj plač uvijek imaju dosta razloga u svom vlastitom životu, spoznaji samog sebe ili u uticajima iz okruženja.

Dobijeni rezultati su u skladu sa dosadašnjim saznanjima o tome da se heroinski zavisnici razlikuju od opšte populacije po stepenu neuroticizma i emocionalne labilnosti (Antičević i sar., 2010; Dubey, Arora, Gupta i Kumar, 2010; Dujmović i Čolović, 2012; Gossop i Eysenck, 1980; Lubman, Allen, Rogers, Cementon i Bonomo, 2007; Petrović, 1988; Sher i sar., 2000).

Dobijena je statistički značajna pozitivna korelacija između supskala Agresivnost–Hostilnost, Impulsivno traženje senzacija i Neuroticizam–Anksioznost, a ove tri supskale se na uzorku heroinskih zavisnika pokazuju kao generalno povišene.

U mnogobrojnim drugim istraživanjima često se nalazilo da se žene i muškarci zavisni od heroina razlikuju u pojedinim dimenzijama ličnosti (Antičević i sar., 2010; Brajević-Gizdić, 2018; Weisberg, DeYoung i Hirsh, 2011), a na našem uzorku statistički značajnih razlika nema. Ovaj rezultat može se tumačiti na dva načina. Prvi je da je broj ženskih pacijenata bio premali u odnosu na broj muškaraca, a drugi je da je žena zavisnica od heroina,

u našem uzorku, veoma slična u crtama ličnosti sa muškarcima heroinskim zavisnicima. Svakako je potrebno naknadnim istraživanjima provjeriti ove pretpostavke.

Poredeći dob pacijenata sa rezultatima na supskalama i cijeloj skali, statistički značajnu razliku dobijamo za supskalu Impulsivnog traženja senzacija, gdje se pokazalo da mlađi pacijenti ostvaruju statistički značajno više rezultate od starijih pacijenata. Ovaj rezultat se podudara sa mnogobrojnim istraživanjima ove oblasti do sada (Aluja i sar., 2006; Ball, Farnill i Wangeman, 1984; Mitrović i sar., 2009; Zuckerman i sar., 1978).

#### **4.3. Traganje za uzbuđenjem kod heroinskih zavisnika**

Ranija istraživanja su dokazala kako heroinski zavisnici pokazuju povišenje u impulsivnom traganju za senzacijama (Allen i sar., 1998; Fisher i sar., 1998; Graham i Strenger, 1988; Martin i Sher, 1994, prema Antičević i sar., 2010; Argyriou i sar., 2018; Jones i sar., 2016; Paydary i sar., 2016). Nas je dalje zanimalo koji su segmenti ovog višedimenzionalnog konstrukta karakteristični za heroinске zavisnike.

Skretanje prema visokim rezultatima pokazuje distribucija rezultata cijele skale, supskale traženja uzbuđenja i pustolovina, koja ukazuje na želju za učestvovanjem u aktivnostima koje mogu biti opasne i rizične, supskale traženja iskustava i doživljaja, koja se odnosi na potrebu za novim, svježim osjećajima ili iskustvima, te supskale dezinhibicije ili otkočenosti, koja govori o želji za prepuštanjem zabavi i ponašanjima koja mogu biti i potencijalno opasna.

Daleko najveći broj pozitivnih odgovora za cijelu skalu, njih 214, ili 94,5%, bio je na stavci „Probao sam ili bih volio probati marihanu“. Može se reći da je ovo potpuno očekivano, jer heroinski zavisnici na liječenju gotovo redovno izvještavaju da su, u toku svojih eksperimentisanja sa psihoaktivnim supstancama, prvo počinjali sa pušenjem marihuane. Podatak nam takođe može poslužiti kao upozorenje za one koji smatraju da upotreba marihuane nije opasna jer iz navedenog proizilazi da je konzumacija marihuane odskočna daska za kasniju heroinsku zavisnost.

Na kraju možemo zaključiti:

- Hipoteza 1 – Postoje specifičnosti u osobinama ličnosti heroinskih zavisnika – prihvata se.

#### **4.4. Strategije samohendikepiranja kod heroinskih zavisnika**

Niko od ispitanih heroinskih zavisnika nije ostvario minimalne rezultate na Upitniku za procjenu samohendikepiranja. Distribucija rezultata pomaknuta je prema višim vrijednostima i jasno pokazuje da heroinski zavisnici često koriste strategije samohendikepiranja.

Supskala 1, koja se odnosi na samohendikepiranje spoljašnjim uzrocima u interpersonalnim odnosima, i supskala 4, koja podrazumijeva samohendikepiranje spoljašnjim uzrocima u situacijama postignuća, imaju najviše aritmetičke sredine i na njima su najviši postignuti rezultati. Obje ove supskale tiču se eksternih uzroka i govore u prilog tome kako heroinski zavisnici češće biraju samohendikepirajuće strategije iz okoline, te pokazuju tendenciju da zanemare unutrašnje faktore samohendikepiranja i da ih ne prepoznaju.

Stavka sa najvećim brojem biranja je: „Da se osobe iz okruženja ne miješaju, imao bih uspješniju ljubavnu vezu“. U razgovorima sa zavisnicima od heroina veoma često čujemo njihov stav kako im ljubavne veze propadaju, zbog toga što neka osoba iz okruženja sugerise njihovom partneru ili partnerki kako treba da napusti heroinskog zavisnika, jer uz njega nema budućnosti. Nisu spremni preuzeti odgovornost za vlastito ponašanje koje drugi osuđuju, nego je jednostavnije sebe smatrati nevinim žrtvama i koristiti samohendikepiranje spoljašnjim uzrocima.

Statistički značajna veza pronađena je između ukupnih rezultata na Upitniku samohendikepiranja, te supskala 2, 3 i 4, sa supskalom testa ličnosti ZKPQ-50-CC Neuroticizam–Anksioznost. Sličan rezultat dobijaju u svom istraživanju Čolović, Smederevac i Mitrović (2009). Pokazalo se da su emocionalno uznemireni, napeti, prestrašeni i zabrinuti heroinski zavisnici spremniji sebi unaprijed praviti opravdanja koja ih navodno ometaju pri izvođenju neke radnje i mogu im poslužiti da opravdaju svoj potencijalni neuspjeh. Istovremeno, Socijabilnost i Impulsivnost su značajno povezani sa supskalama 1 i 4 Upitnika samohendikepiranja i naglašavaju samohendikepiranje spoljašnjim uzrocima.

Na kraju možemo zaključiti:

- Hipoteza 2 – Postoji sklonost ka samohendikepiranju kod heroinskih zavisnika – prihvata se.

#### **4.5. Percepcija zavisnika o socijalnoj podršci**

Distribucija ukupnih rezultata koje postižu heroinski zavisni na skali percipirane socijalne podrške, pokazuje grupisanje oko srednjih vrijednosti, sa blagim skretanjem prema nižim rezultatima. Trećina naših pacijenata ima nisku socijalnu podršku, a upola manje njih (16,29%) percipira socijalnu podršku visokom. Supskala percepcije socijalne podrške porodice ima najviše rezultate, a najniži su zabilježeni na supskali prijatelja. Samo jedan ispitanik je na svim česticama skale zaokružio maksimalni broj poena, te se time izjasnio da od svih ljudi oko sebe osjeća veliku socijalnu podršku, a upadljiviji je, a dijagnostički i važniji, podatak da jedanaest heroinskih zavisnika ne percipira apsolutno nikakvu socijalnu podršku.

Jedna šestina heroinskih zavisnika izjasnila se da uopšte nisu u emotivnoj vezi, a za polovinu njih percepcija te podrške je niska. Ovaj podatak se slaže sa ranije pomenutim podacima o braku heroinskih zavisnika i dokazuje kako heroinska zavisnost izrazito loše utiče na emotivne veze.

Rezultati dobijeni kroz različite dobne skupine, pokazuju da najvišu percepciju socijalne podrške emotivno bliske, voljene osobe, imamo u kategoriji najstarijih pacijenata. Razlog za to može biti činjenica da su stariji heroinski zavisni shvatili značaj bliskih osoba i nastoje održati ove odnose, pa ulažu svjesno napor u njegovanje ovih odnosa. S druge strane, ne možemo isključiti ni mogućnost da su stariju životnu dob doživjeli samo oni heroinski zavisni koji uz sebe imaju partnera ili se samo radi o promjenama u percepciji. Pojam percipirane socijalne podrške u sebi neminovno sadrži subjektivnu komponentu. Zbog toga se u razmatranju ovog pojma često postavlja pitanje da li socijalna podrška odražava osobine ličnosti ili stvarno socijalno okruženje (Pierce, Lakey, Sarason, I., Sarason, B. i Joseph, 1997). Većina istraživača smatra da moramo uzeti u obzir i ličnost, kao i situaciju, te da oboje utiče na percepciju socijalne podrške (Wills i Shinar, 2004). Koncept percipirane socijalne podrške mora da se bavi interakcijama između individualnih i socijalnih varijabli. Ovo pitanje ostaje otvoreno za neka buduća istraživanja.

Na supskali prijatelja, kod više od polovine pacijenata percipirana socijalna podrška je niska. Skoro 12% ispitanih heroinskih zavisnika izjasnilo se da od strane prijatelja ne percipiraju apsolutno nikakvu socijalnu podršku, što je potpuno isti rezultat kao u velikom longitudinalnom australijskom istraživanju na preko 1500 heroinskih zavisnika (Ross i sar., 2002). Već ranije smo naglasili da heroinski zavisni vrijeme uglavnom provode u

zatvorenoj populaciji drugih zavisnika, dilera i kriminalaca. Nekada su prinuđeni biti u takvom društvu, jer nigdje drugo nisu prihvaćeni, a nekada se baš u tom okruženju osjećaju dobro. S obzirom na to da je heroin nekada jedina veza među njima, ne treba da nas čudi što ne postoji stvarna percipirana podrška, jer se pod uticajem heroina uništavaju sva njihova prijateljstva. Najniži ukupni skor na nekoj od čestica je na onoj koja glasi: „Moji se prijatelji zaista trude da mi pomognu“.

Na supskali porodice dobili smo najviše rezultate. Skoro polovina ispitanih heroinskih zavisnika osjeća visoku socijalnu podršku od strane svoje porodice. Čestica sa najvišim skorom pripada ovoj supskali i glasi: „Moja se porodica zaista trudi da mi pomogne“. Većina porodica ne odustaje od svojih članova ni onda kada svi drugi odustanu.

Nađena je statistički značajna negativna korelacija između supskale Neuroticizam–Anksioznost testa ličnosti ZKPQ-50-CC i supskale Percepcije socijalne podrške prijatelja, te cijele skale MSPSS, i statistički značajna negativna korelacija supskale Impulsivnog traženja senzacija istog testa ličnosti i supskale Percepcije socijalne podrške porodice, te cijele skale MSPSS. Heroinski zavisnici koji su pokazali veću emocionalnu uznenirenost, napetost, zabrinutost i plašljivost, istovremeno doživljavaju manju podršku prijatelja i manju socijalnu podršku uopšte, a impulsivni pojedinci, skloni rizičnim radnjama i dezinhibiciji, imaju manju percepciju socijalne podrške od strane svoje porodice i svih drugih.

Na kraju, možemo zaključiti:

Hipoteza 3 – Postoji veza između osobina ličnosti heroinskog zavisnika i njegove percepcije socijalne podrške – djelimično se prihvata.

#### **4.6. Motivacija za tretman heroinskih zavisnika**

Heroinski zavisniči su svojim samoiskazima kroz skalu CMRS verbalizirali želju za liječenjem i promjenom. Najviši rezultati dobijaju se na supskali Motivacije, kojom se mjeri unutrašnja spoznaja o potrebi za promjenom, i na supskali Spremnosti za liječenje, koja mjeri nivo spremnosti za liječenje i provjerava stabilnost te spremnosti.

Veoma važan podatak je da, što je percepcija socijalne podrške prijatelja veća, to je niža motivacija i spremnost za liječenje kod heroinskih zavisnika. Drugim riječima, što su heroinski zavisniči u boljim odnosima sa svojim prijateljima, to manje žele da se liječe. Pretpostavljamo da razlog za to ponovno leži u činjenici da je većina prijatelja heroinskih zavisnika i sama zavisna, pa jedni na druge stalno vrše negativan uticaj kroz direktnu upotrebu heroina, ili indirektno, kroz pogrešna savjetovanja.

Nađena je statistički značajna korelacija između skala i supskala CMRS i skale Neuroticizam–Anksioznost testa ZKPQ-50-CC. Emocionalno uznemireni, napeti, prestrašeni i zabrinuti heroinski zavisniči, lakše odustaju od liječenja. Kako bismo u budućem radu sa pacijentima zavisnim od heroina preduprijedili njihovo odustajanje od liječenja, pacijenti koji budu procijenjeni kao visoko anksiozni i sa neurotskim smetnjama trebaju odmah dobiti farmakološku i psihoterapijsku pomoć za ova stanja.

Pokazalo se da postoji statistički značajna, srednje jaka, pozitivna korelacija između onoga što su pacijenti pokazali na skali CMRS i njihovog objektivnog ponašanja u liječenju, te viši rezultati skale CMRS pokazuju i bolje rezultate u dolascima na kontrole i testiranjima na heroin. Ovaj podatak nam ukazuje na potrebu da u kliničku obradu pacijenata, u momentu uključivanja u liječenje, dodamo ovu skalu jer nam može biti važno prediktivno sredstvo za istrajnost u liječenju, te ukupnu motivaciju heroinskih zavisnika.

#### **4.7. Stručne procjene istrajnosti u liječenju heroinskih zavisnika**

Petina heroinskih zavisnika je u kategoriji niskih rezultata, sa čestim kašnjenjima na kontrole i sa povremenim pravljenjima recidiva. Otpriklje trećina heroinskih zavisnika nalazi se u kategorijama srednjih rezultata, te pokazuju srednje nisku/visoku istrajnost u liječenju, a otpriklje polovina heroinskih zavisnika koji su ušli u istraživanje pokazuje stabilnu istrajnost u liječenju. Naglašavamo da u obradi nemamo one pacijente koji su vjerovatno sa najmanje motivacije za liječenje, jer tu spadaju pacijenti koji su odbili učestvovati u istraživanju, kao i oni koji su isključeni iz liječenja zbog nepoštovanja pravila.

Manji stepen istrajnosti u liječenju, kroz redovnost kontrola i ustezanje od heroina, pokazuju nešto mlađi pacijenti, što se u praksi veoma često viđa. Upravo ova kategorija heroinskih zavisnika je u fokusu zdravstvenih službi, pošto se radi o organski još uvijek očuvanim mladim ljudima čije bi uspješno izlječenje od zavisnosti moglo potpuno promijeniti njihove živote. Potrebno je raditi na unapređenju tehnika motivisanja za liječenje ove grupe pacijenata, prilagođenih njihovoj dobi.

Pacijenti koji pokazuju visok nivo istrajnosti u liječenju manje su anksiozni, emocionalno uznemireni, napeti, prestrašeni i zabrinuti. Značajno su manje skloni impulsivnom traganju za senzacijama, a ujedno su aktivniji, energičniji i produktivniji. Ova grupa pacijenata ima značajno veću podršku od strane svoje porodice.

Kada govorimo o samohendikepiranju, pokazalo se da pacijenti sa niskim stepenom istrajnosti u liječenju značajno češće koriste strategije samohendikepiranja spoljašnjim uzrocima u situacijama postignuća, nego pacijenti sa višim nivoom istrajnosti u liječenju.

Četvrtina ukupne varijanse istrajnosti u liječenju heroinskih zavisnika može se objasniti supskalama testa ličnosti ZKPQ-50-CC: Neuroticizam–Anksioznost, Impulsivno traganje za senzacijama i Aktivitet, supskalom 4 Upitnika samohendikepiranja, te supskalom percipirane podrške porodice skale MSPSS. Medijacijski uticaj na Neuroticizam-Anksioznost ima samohendikepiranje koje je posljedica atribucije ponašanja spoljašnjim uzrocima u situacijama postignuća. Rezultati nam daju smjernice za konstruisanje jedinstvene baterije testova kojom ćemo predviđati ponašanje heroinskih zavisnika u liječenju i time raditi na prevenciji odustajanja od liječenja.

Na osnovu svega do sada iznesenog, možemo zaključiti:

Hipoteza 4 – Postoji veza između osobina ličnosti heroinskog zavisnika i njegove istrajnosti u liječenju – prihvata se.

Hipoteza 5 – Sklonost ka samohendikepiranju je povezana sa istrajnošću u liječenju – djelimično se prihvata.

Hipoteza 6 – Jača i kvalitetnija socijalna podrška je povezana sa motivacijom za liječenje – djelimično se prihvata.

#### **4.8. Fokus-grupe o percepciji socijalne podrške**

Odgovori heroinskih zavisnika na pitanje da li imaju u životu nekoga ko je uz njih kada im je teško, mogu se podijeliti u dvije grupe.

U jednoj grupi su oni učesnici fokus-grupe koji su odmah spremno odgovarali da imaju nekoga ko je uz njih, dok je druga grupa učesnika rekla da su sami sa svojim problemima. Jedna četvrtina zavisnika izjasnila se da nema nikoga ko je uz njih kada im je teško. Diskusija koja je uslijedila nakon početnih odgovora baca novo svjetlo na ovu problematiku.

Prvo ćemo navesti neke izjave iz grupe heroinskih zavisnika koja istinski ne može računati na socijalnu podršku jer su iz različitih razloga, a najčešće zbog smrti bližnjih, ostali sami.

*„Otkako mi je umro dedo više nikog na svijetu nemam. On mi je uvijek bio važniji od roditelja i uvijek bio tu za mene.“*

*„Godinama već živim sam. Nikome ne pričam probleme i ne računam ni na koga. Dok sam u nekoga vjerovao da će pomoći, sto puta sam se razočarao.“*

*„Mama mi se ubila i ja od tada više uz sebe nemam nikoga da mu se mogu uvijek obratiti kada mi je teško. Brat je tu, ali on ima svoju porodicu i svoje probleme, pa i kada želi pomoći, ne može uvijek.“*

*„Svi koji su mi nekad pomagali, vremenom su digli ruke od mene.“*

*„Nemam nikoga osim sina, ali ne mogu reći da mi je on podrška, jer on je još dijete i ja sam u životu podrška njemu.“*

Ipak, osim ovakvih odgovora, tu su i odgovori koji pokazuju da su osobe koje mogu pružiti podršku još uvijek tu, ali pacijenti iz svojih razloga biraju da podršku ne potraže.

*„Ja kažem da nemam nikoga, a imam mater. Ona je uvijek bila uz mene kada mi je teško. Ali zadnjih godina pokušavam da je poštēdim od svoje budalaštine jer ne može ni ona više.“*

*„Ja sam toliko puta iznevjerio svoje roditelje. Oni se uvijek sekiraju. Pokušavam da ih maknem od svojih problema da nema tolike sekiracije. Neću ništa ni da im govorim.“*

*„Nas je trojica, a mama sama otkako je otac umro. A mi sva trojica u problemima. Kod mene je mama zaradila kilu na želucu zbog mene. Sada moram da je poštēdim.“*

Od grupe koja se izjasnila da ima podršku, dobijamo neke od odgovora koji nam mogu još preciznije objasniti podršku:

*„Mama je uvijek tu za mene. Cijeli moj život. Otkako je otac poginuo, ja sam bio na svoju ruku. Mama je morala sve sama, i zaradit i spremiš i na mene paziti. A ja još od osnovne problemi, bježanja iz škole, pa bježanje od kuće, pa trava... Ona je skroz na živcima oslabila zbog mene, razboljela se, pa opet i sada na mene gleda. Treba li meni nešto, kako da mi pomogne...“*

*„Moja najveća podrška je moja porodica, bolje rečeno moja mama i najstarija sestra. Kad sam završila u zatvoru, one su platile sve moje dugove, našle mi drugi stan. Uvijek su me podržavale i kakva god sam ja bila prema njima, one meni uvijek oproste.“*

*„Uvijek imam podršku od svog oca, a pogotovo otkako je mama umrla. Imao sam divno djetinjstvo, sve su mi pružili moji roditelji, ali nas je rat uništio. Njima je valjda uvijek bilo mene žao, i što se drogiram i sve, pa nikad nisu kvocali nego uvijek sve lijepo sa mnjom. I sad me tata doveo na detoks.“*

*„Moja žena mi je podrška više nego iko drugi. Prolazi sve sa mnjom. Kad si ti dobro, puno se ljudi vrti oko tebe, a bogme kad si bolestan, nigdje nikog. Samo moja žena. Volio sam je i prije, sad je volim još više.“*

Očekivano se najčešće kao podrška navode članovi porodice. S druge strane, grupa koja se izjasnila da ima podršku povremeno je davala i sljedeće odgovore:

*„Podršku imam od roditelja, ali ipak je i to zavisno od situacije. Neke stvari kažem roditeljima, a neke ne smijem ni spomenuti. Bilo bi mi sto jezika.“*

*„Imam podršku od porodice, al' bolje da je nemam. Prisjedne mi svaki put. Pomognu meni u tom momentu, ali onda prigovaraju cijeli život.“*

*„Moram reći da imam podršku. Ali žalosno je da od svih ljudi, od roditelja, rodbine, kobojagi prijatelja, meni je jedina podrška na svijetu sestrina kćerka.“*

#### 4.8.1. Osobe koje pružaju podršku heroinskim zavisnicima

Tri četvrte heroinskih zavisnika kaže da im podršku pruža porodica, roditelji ili rodbina. Veoma često u okviru odgovora pacijenti iznose mišljenje da je podrška od strane oba roditelja postojala, ali izdvajaju majku kao glavnog nosioca iskrene pomoći. Neki od odgovora su:

*„Od mame mi je uvijek podrška, ali od oca nikad. On mi jedno govori, a sam drugo radi.“*

„Moja sva porodica me podržava, ali puno više mati nego otac. Čini mi se ponekad da je njemu za mene sve više svejedno.“

„Od porodice mi je podrška uvijek tu, ali od oca često manje nego od mame.“

Četvoro ispitanih izjasnilo se da imaju više izvora socijalne podrške, a njihovi odgovori su u nastavku:

„Moja porodica mi je uvijek pružala podršku, ali tu je i moja djevojka i prijatelji. Naravno, to su moji prijatelji iz djetinjstva, a većina njih nisu narkomani nego normalni ljudi.“

„Uvijek mogu računati na moju mamu, a i na svoju ženu. Trpe me tolike godine i opet me i podržavaju i vole.“

„Uz mene su uvijek moji roditelji, ali i sva rodbina. Posebno moja nena i tetka sa kojima sam odrastao.“

„Nikad nisam ni od koga krao, nikad oteo, nikad prevario. Tako da su meni svi sa kojima sam podrška.“

Iz ovih odgovora potpuno jasno se vidi da se podrška prijatelja izuzetno rijetko spominje, pa se postavilo direktno pitanje da li im prijatelji pružaju podršku. Odgovori pokazuju da je većina ispitanih nezadovoljna izborom prijatelja i ne računa na podršku sa njihove strane:

„Moj drug ima isti problem kao ja. Mi se baš shvatamo, ali ne možemo nikako jedan drugom pomoći nego baš suprotno – odmažemo. Imamo mi sve svoje lijepе teorije i sve mi kao znamo pričati, al’ kad od te priče treba nešto biti, oba padamo.“

„Nazovi ‘prijatelji’ su oko mene kad imam para. Kad imam problem, nigdje nikog.“

„Evo samo primjer, svi oni znaju da sam na detoksu i niko ni da nazove, a kamoli da neko svrati ili nešto doneše.“

„Nisam iskrenog prijatelja imao zadnjih deset godina. Sve samo neki ljudi u krugu droge, a to je uvijek prolazno.“

„Moj najbolji drug je overdozirao prije sedam godina. Nakon toga sam se povukao u sebe i ne vjerujem nikome.“

„Provodim ja puno vremena sa društвom, ali to je sve nekako površina. Nije to ono pravo.“

Heroinski zavisnici rijetko imaju kvalitetne ljubavne veze. Samo dva pacijenta su potvrdila da imaju podršku od voljene osobe, pa je postavljeno pitanje kakve emotivne veze imaju ostali. Neki od odgovora su:

*„Ne pamtim kad sam bio zaljubljen. Niko me ne zanima uopšte. Kažu da je i to posljedica heroina.“*

*„Ja uvijek pravim greške. Biram samo žene narkomanke. Gdje bi tu moglo biti prave ljubavi ili podrške?“*

*„Poslije komune sam živio u Sloveniji sa ženom 4 godine. Čim sam ponovo pao, ostavila me.“*

#### 4.8.2. Vrste pomoći koju heroinski zavisnici dobijaju

Treća grupa pitanja trebala je navesti heroinske zavisnike koji su učestvovali u fokus-grupama da objasne koju vrstu percipirane socijalne podrške najviše dobijaju: instrumentalnu, socio-emocionalnu ili informacijsku podršku. Gotovo redom, svi su navodili instrumentalnu pomoć koja podrazumijeva materijalnu podršku, te obavljanje radnji i akcija konkretne pomoći. Pacijenti su favorizirali ovaj oblik podrške, smještajući svoje viđenje socijalnih odnosa na konkretni nivo, nivo jednostavnog i trenutnog, a rekli bismo i situacionog.

*„Kad god sam roditeljima rekao da mi nešto treba, pomogli su. Ako je to da mi daju para, dali su koliko su mogli, ako je to da prespavam kod njih, vrata su mi uvijek otvorena, a i sve drugo.“*

*„Mami sam priznao da sam narkoman tek kad sam se morao prijaviti na liječenje. Tad se nisam mogao prijaviti na metadon bez saradnika u liječenju i tražio je doktor da dođe mati. Nije joj bilo lako, ali je došla.“*

*„Moji su živjeli u Italiji kad su im javili za mene. Sve su napustili, došli ovamo na ništa da mi pomognu, da mi nađu doktore, da sve otplate što sam se zadužio, da mi kuhaju i brinu se za mene...“*

*„Važno mi je kada mi mati i sestra dođu na detoks, daju mi time podršku, nešto mi kupe, operu prljavi veš, a donesu čist.“*

*„Kad sam se prvi put skinuo sa heroina, u znak podrške, otac mi je odmah kupio novo auto. Uvijek mi kaže da će mi kupiti sve što želim samo da ja budem dobro.“*

S druge strane, imamo odgovore iz grupe koja se izjasnila da nema nikakvu socijalnu podršku:

*„To što mi otac nikada nije htio dati para je mene do ovoga i dovelo.“*

„Na kraju mi je mama rekla da od nje više nikad neću dobiti ni marku jer sve ode na drogu.“

„Ja sam istjeran na ulicu od strane roditelja. Moji sjede u kući i jedu, a ja kisnem gladan na cesti.“

„Brat me istjerao iz stana da se sad ja vucam kao beskućnik.“

„Kako meni roditelji da materijalno pomognu kada sami jedva sastavljuju kraj s krajem.“

Socio-emocionalna podrška, koja podrazumijeva potvrdu i iskazivanje ljubavi, brige i poštovanja (Thoits, 1986), zavisnicima od heroina najčešće je nedostupna.

„Otac mi je rekao više puta da bi volio da crknem. Posvadali smo se sto puta. Pokazao je svoj stav, ne može ga više povući. Ma ni ne treba mi.“

„Mama sa mnom razgovara, a ja vidim da stalno u mene sumnja. To njen nepovjerenje je meni prošli put poslužilo kao opravdanje za recidiv. Kad me stalno optužuješ za nešto što nisam uradio, evo sada ču to uraditi, pa bar da znam zašto mi prigovaraš.“

„Ja i mama krenemo sve fino razgovarati. Ona mi daje podršku, hvali me. Odjednom, samo se nešto okrene. Počne mi prigovarati zašto radim ovo, zašto ono, s kim se družim, kako ne valjam, kako od mene nikad ništa neće biti...“

„Kad mi žena počne nešto pričati, planem u trenu. Neću tih prigovaranja. Ustanem, obučem se i izidem.“

„Kod mene nikad u kući normalnog razgovora, samo svađa.“

„Moja nana pokušava sa mnom pričati, ali pedeset godina je između nas razlike, sukob generacija. Ona svoje, ja svoje. Pa me onda proklinje, jednom sam nož na nju bacio.“

Iz mnogih odgovora je jasno da heroinski zavisnici u razmišljanju o socio-emocionalnoj podršci zaključuju da su svojim ponašanjem učinili da je nemaju, te da su je zbog zavisnosti izgubili, ako su je imali. Mnogi od njih spominjali su oca kao osobu sa kojom nisu imali adekvatan odnos, kako kroz djetinjstvo, tako i kroz bolest zavisnosti.

„Nije meni što mi ne dadne para (otac), nego što neće ni da priča sa mnom.“

„Nikad nisam mogao naći zajednički jezik sa tatom. Nas smo dvojica potpuno različite osobe, pa nikad nismo bili bliski. Ne sjećam se da smo ikada u životu razgovarali. A da ne spominjem da me nikad u životu nije pohvalio.“

„Koliko puta sam slagao i prevario svoje, nije ni čudo da mi više ništa ne vjeruju. A otac mi nikad nije ni vjerovao.“

Informacijska pomoć podrazumijeva savjete i informacije koje se mogu dobiti da bi se olakšao život, a u našem slučaju i liječenje, ali heroinski zavisnici koji su učestvovali u fokus-grupama često imaju mišljenje da su savjeti koje dobijaju od osoba iz svog okruženja za njih besmisleni, te ovaj vid podrške odbijaju.

*„Nije to meni nikakva pomoć. To su samo neki njihovi (roditelji) stavovi, kako bi trebalo u njihovom idealnom svijetu nešto izgledati.“*

*„Jedino mi je važno da mama želi dolaziti ovamo (na odjel za detoks), jer će i nju ovdje educirati o svemu, da zna u čemu je do sada prema meni griješila.“*

S druge strane, postoje i mišljenja da su oni sami krivi što savjete i informacije ne uvažavaju.

*„Mene su svi oko mene dobro savjetovali, ali ja nikad nisam poslušao.“*

*„Pa naravno da su u pravu za sve što govore, ali mene to ne zanima.“*

*„Porodica me nastojala osvijestiti. Nije mi se to nikad sviđalo, iako znam da su radili za moje dobro.“*

*„Nikada mene niko ne može ubijediti dok ja sam ne doživim. Tek kada se sam opržim, ja se sjetim kako su me moji savjetovali da to ne radim.“*

#### 4.8.3. Percepcija zavisnika o gubitku socijalne podrške

Više od polovine heroinskih zavisnika izjasnilo se da ne smatraju kako imaju vlastitu odgovornost za gubljenje socijalne podrške, niti da njihova zavisnost ima s tim veze, a samo 5 ispitanih smatra heroinsku zavisnost direktno odgovornom za gubitak podrške. Grupa koja je mišljenja da njihova zavisnost nije povezana sa socijalnom podrškom koju percipiraju, daje sljedeće odgovore:

*„Da me je stvarno voljela (supruga), ne bi me ostavila čim sam pao. Valjda bi pokušala da mi pomogne. Mislim da je ona samo glumila ljubav i svakako bi našla bilo kakav razlog da me ostavi, tako da mislim da to nema veze sa heroinom.“*

*„Moji su uvijek uz mene, pa i sada u ovoj bolesti.“*

*„Od oca nikad nisam ni imao podršku.“*

*„Punac i punica su sve pokušali da moju ženu okrenu od mene kad su čuli da sam narkoman, ali nisu uspjeli. Sad su se i oni pomirili s tim.“*

Grupa koja se izjasnila da zbog zavisnosti imaju manje podrške, kaže:

„Čim su mi amidže i tetke čule priče o tome da se drogiram, odmah su mi zabranili da im dolazim u kuću i da izlazim sa rođacima. Valjda su mislili da će im sve odmah pokrast.“

„Moj se kum kleo u mene, bili smo baš vezani. Kad je saznao da se drogiram, preko noći mi je okrenuo leđa.“

„Imao sam ljude koji su me odbacili zbog droge.“

„Brata je toliko pogodilo što se drogiram, da me prvo prebio, onda me izbacio iz stana, a sada neće ni da čuje za mene.“

„Naravno da imam manje podrške zbog heroina. Heroin mi je pobio drugove.“

Grupa koja se izjasnila da zbog zavisnosti nemaju uopšte podršku, daje odgovore:

„Ma niko neće ni da me pogleda ko zna da se drogiram, a kamoli da se druži sa mnjom.“

„Koja god cura se o meni raspitala, nikad više sa mnjom nije izišla. Šta će ikome drogeraš?“

„Većina ljudi bi nas najradije sve pobila.“

„Nikoga ne zanima kakva sam ja osoba. Samo znaju da sam na heroinu i odmah misle da kradem, ubijam, silujem i niko ne želi mene blizu.“

Iz ovih odgovora se može vidjeti kako je društvo u cjelini sklono da odbacuje heroinskog zavisnika, što se veoma često vidi u toku rada sa njima.

#### 4.8.4. Važnost socijalne podrške u liječenju heroinske zavisnosti

Samo tri pacijenta smatraju da socijalna podrška uopšte nije važna za uspješnost liječenja i njihovi odgovori su:

„Samo sam ja taj koji sebi može pomoći.“

„Nikoga nemam da bude uz mene, pa se evo opet borim i liječim.“

„Nečija pomoć mi više može smetati nego mi pomoći, jer se ja onda odmah opustim pa šaram, uzimam svašta van terapije. Više volim da me svi odbace jer se najbolje oporavim kad sam sâm i kad sam na dnu.“

Daleko najveći broj ispitanih (78,13%) izjasnio se da je socijalna podrška važna, ali da nije presudna za uspjeh u liječenju i smatraju kako je vlastiti motiv najvažniji.

„Važno je da su oni uz mene, ali dok ja ne prelomim u sebi, nema od mog liječenja ništa.“

*„Bitno je vidjeti da nas porodica podržava, tako je sve lakše, ali realno nikad mi nećemo zbog svog roditelja, ili prijatelja, ili čak djeteta, prestati da se drogiramo. Jedino smo mi ti koji o tome odlučujemo.“*

*„Podrška je tu da nam samo olakša put prema izlječenju.“*

*„Kad znaš da nisi sam, onda se pojača želja za liječenjem, ali sve drugo je na tebi samom.“*

Četvoro pacijenata smatra da im u liječenju može pomoći isključivo socijalna podrška:

*„Da me roditelji ne podržavaju, umrli bismo od gladi i ja i moja djeca, a o liječenju da ne govorim. Da nije njih, ne bih se ni liječila.“*

*„Kad iziđem sa detoksa, jedino mi može pomoći podrška porodice da ostanem čist. Jer znam ja sebe, kad me niko ne nadgleda, ja odmah padam.“*

*„Da moji roditelji nisu na mene izvršili pritisak i da me sad ne podržavaju, ja ne bih bio na detoksu.“*

*„Jedini razlog što se liječim je moja žena. Njena podrška mi je jedino važna kad mislim o svom životu i zdravlju. Zbog nje sam pristao na liječenje i zbog nje želim biti čist.*

Frekvencije odgovora na pitanje u kojoj fazi liječenja je socijalna podrška najbitnija pokazuju da je najveći broj odgovora obuhvatio razmišljanje da je socijalna podrška bitna u svakoj pojedinoj fazi liječenja.

Drugi po odabiru je zaključak da je najvažnija kada se nakon liječenja pacijenti vrate kući potpuno detoksificirani od opijata. Zdravstveni stručnjaci iz ove oblasti naglašavaju upravo ovu fazu jer su pacijenti tada najvulnerabilniji, a, osim toga, ponovno posezanje za heroinom u ovoj fazi može dovesti do smrti pacijenta, zbog osjetljivosti organizma koji je očišćen od heroina.

Neki od odgovora su:

*„Kad mi čisti dođemo kući, tada smo na klackalici. Tad nam treba i podrška i razumijevanje.“*

*„Meni je podrška važna, evo sad dok sam ovdje. Četvrtkom, kad su posjete, samo gledam ide li mi ko. Ako nikog nema, gubim moral za sve, pa i za liječenje.“*

*„Uvijek je važna podrška, u svakoj fazi ovog našeg liječenja.“*

#### **4.9. Fokus-grupe o istrajnosti u liječenju**

Prva grupa pitanja ispitivala je objektivnost samopercepcije, pa su tako na pitanja o tome šta se u njihovom životu promijenilo u momentu kada su postali zavisnici i kakav je njihov život bio prije heroina, odgovori bili veoma opširni, išli su u detalje i činilo se da postoji jaka želja da opišu sebe i svoju suštinu koju je zavisnost zamaskirala. Takođe, stiče se utisak da postoji doza uživanja kada se priča o zavisnosti, a naročito o heroinu, početku uzimanja, načinima uzimanja i sl. Često su u toku izlaganja pojedinih učesnika fokus-grupe bile potrebne intervencije da bi se skratilo izlaganje, te dopustilo i drugima da iznesu svoje mišljenje. Razgovor o početku uzimanja očigledno je bio asocijacije na prve heroinske užitke, što je definitivno kontraproduktivno u cilju motivisanja za liječenje.

Istovremeno, stiče se dojam da su pojedini učesnici skloni idealizirati vrijeme prije zavisnosti i minimizirati sve probleme koje su do tada imali. Iz tih razloga, bilo je potrebno i dodatno upitati ih da li su imali nekih teških situacija ili trauma u životu koje su ih možda pogurale u smjeru zavisnosti.

Neki od odgovora koji su „idealizirali“ prošlost su:

*„Dok sam bio zdrav, imao sam utisak da sve mogu. Bio sam dobar u školi, bavio se sportom, imao curu. Otad se drogiram, ništa od toga nemam.“*

*„Sjećam se kako je život bio lijep. Škola, pa izlasci, pa u kući sve fino, a onda kada sam zaglavio (počeo uzimati heroin), haos, tragedija.“*

*„Bio sam pošten momak, a kada sam se počeo drogirati skroz sam se promijenio. Bilo mi je svejedno hoću li ukrasti, hoću li nekog prevariti, pobiti se s nekim...“*

Odgovori koji su naglašavali da prošlost nije bila idealna:

*„Nije mi život bio idealan ni prije. Otac pijanac, problemi, maltretiranje. Valjda sam u tom heroinu tražio utjehu, ali umjesto utjehe, našao sam pakao.“*

*„Imao sam teško ratno djetinjstvo, svašta mi je falilo, pa sam uz sam kraj rata ostao bez oca. Pa opet, kada sebe uporedim sada sa onim kakav sam bio prije heroina, sada mi je najgore.“*

Druga grupa pitanja odnosila se na prvu spoznaju o tome da su postali zavisni od heroina, kada se to desilo, pod kojim okolnostima i kako su se osjećali.

Jedan dio odgovora na ova pitanja pokriva fizičku simptomatologiju apstinencijalne krize koju su osjetili po prvi put, drugi dio pokriva promjene koje su uočili na svom fizičkom izgledu, a treći dio promjene u svakodnevnom funkcionisanju.

„Prve su promjene na meni bile u vezi izgleda, nisam bio više isti momak jer heroin je počeo da vlada sa mnom i od tada su počeli dupli problemi u porodici, i sa zakonom.“

„Kada sam počeo sa heroinom sve se promijenilo. Izgubio sam sebe i postao rob. Više nije bilo radosti, samo je ostala trka da dođem do droge.“

„Nisam ja ni shvatio da sam se navukao dok nisam video da pravo mršam. Ja sam za dva mjeseca sletio skoro 20 kila. Al' ja sam mislio da sam od nečega bolestan. Nisam htio da povjerujem da me pojeo heroin.“

„Ja sam sve shvatio tek kad sam rekao svojima. Morao sam im reći jer sam zaglavio u dugovima. Mama se rasplakala, tati pozlilo... to me osvijestilo.“

„Ja sam kroz posao koji sam tad radio shvatio da više nisam isti. Radio sam na podjeli računa za vodu i nisam više znao ni gdje držim račune, ni kome ih nosim, ni kome sam ih dao.“

Njih 68,76% je shvatilo da su se „navukli na heroin“ tek kada su osjetili prvu apstinencijalnu krizu. Upravo ovo nedovoljno razumijevanje problema na samom početku, dovodi do toga da se trajno razbole mlade osobe koje eksperimentišu sa heroinom.

Kako je izgledao postepeni ulazak u bolest zavisnosti, opisuju sljedeći odgovori:

„Kada sam počinjao sa heroinom, moji su u kući na jednom mjestu držali svu uštedevinu. Ja sam malo-pomalo to uzimao i kupovao sebi heroin, a oni nisu ni primjećivali. I dok je god to bilo pomalo, moglo se sakriti. Ali vremenom, ja sam se navukao, tražilo mi se sve više i ja sam sa gomile trošio sve više. Jedno jutro se probudim, čujem velika svađa u kući. Odmah sam znao da je zbog para. Nisam ni razmislio, samo sam kroz prozor pobjegao. Tada sam bio bez ičega, a navučen. Kad je mene tad kriza spucala, ja sam mislio da se raspadam i da neću preživjeti. Tako sam shvatio.“

„Ja sam kao dijete u ratu pušio travu i ponekad sam uzimao tramale. Jednom nam je neko od starijih ponudio heroin i mi smo tad svi uzeli. Meni se činilo da to i nije nešto. Uzmem onda par puta opet tako, ništa. Onda mi neko kaže da uzmem na iglu i tad me to spucalo, tako da sam se odmah navukao. Al' ja nisam to ni znao. Kada ga je jedan period nestalo, osjetim ja da sam loše. Groznica, znojim se, loš, ali ja sam mislio da imam gripu. Tek kad mi je jedan drug rekao da je to kriza, shvatio sam.“

„Uzimao sam povremeno heroin, a onda mjesecima ne bih uzeo. Mislio sam da to mogu kontrolisati. Baš sam nekako u sebe imao povjerenje. Jednom odlučim skroz prestati i skinem se ja „na suho“, bez nekih većih problema. Skontam ja da ja to mogu i to me prevarilo. Kada sam poslije toga opet uzeo, nisam se nekako brinuo nego sam uzimao kad

*god sam htio. Kad smo te godine trebali na more, odlučim se ja skinuti. Probam, ne ide. Ja sam bio bolni bolesnik. Prepalo me.“*

Potpitanja su se odnosila na osjećanja koja je donijela spoznaja o tome da je postao/la zavisnik, pa su odgovori bili:

*„Kada sam shvatio da sam pravi drogeraš, bio sam nekako i ljut i razočaran u sebe. Vidiо sam da gubim zdravlje, a i ljude oko sebe.“*

*„Bio sam bijesan na sebe, kolika sam budala.“*

*„Bilo mi je krivo što sam bio toliko naivan da uzmem heroin ikada.“*

*„Htio sam da se ubijem.“*

*„Osjećao sam se loše sve dok mi moji nisu pružili utjehu i nadu da se ovo može liječiti.“*

*„Imam utisak da ja nikad do kraja neću moći prihvati da sam ja narkoman. Osjećam se loše kada to pomislim. Kao da to nisam ja.“*

Iz svega do sada rečenog, očigledno je da se svi zavisnici od heroina kaju što su ikada uzeli heroin, te da nisu bili svjesni posljedica uzimanja sve dok već nisu postali zavisni.

Na potpitanje da li bi ikada počeli sa heroinom da su o heroinu znali ono što znaju sada, jednoglasan odgovor svih učesnika svih fokus-grupa bio je da nikad ne bi uzeli heroin.

Ovaj podatak nam ponovno nameće obavezu da djecu i omladinu nastavimo kontinuirano educirati o heroinu i posljedicama njegove upotrebe. Bilo bi korisno u tu svrhu u preventivne akcije uključiti heroinske zavisnike, koji iskažu želju da mladima, na svom ličnom primjeru i svojim ličnim stavom, to dodatno pojasne.

#### 4.9.1. Tok liječenja heroinských zavisníka

Pokazalo se da dvije trećine učesnika fokus-grupa ima iskustva samostalnih pokušaja liječenja. Neki od odgovora su:

*„Ja sam sebi kupio 'na crno' lijekove, zatvorio se u kuću i skidao se.“*

*„Probao sam prvo sa skidanjem 'na suho', a kontam ako to ne upali, prijavit će se u zavod na liječenje.“*

*„Prvi put sam se skinuo sam u svojoj kući.“*

*„Mene su bili toliko isprepadali tom krizom, da meni nije padalo uopšte na pamet da se probam očistiti sama.“*

S obzirom na to da su nakon tih pokušaja, uspješnih ili neuspješnih, uslijedili recidivi, većina se tada odlučuje na institucionalno liječenje. Na pitanje koliko je prošlo od momenta kada su počeli uzimati heroin do momenta prijavljivanja na liječenje u Zavod za bolesti ovisnosti, većina je dala odgovor da je prošlo više godina.

Može se zaključiti da su prije početka liječenja postojale mnoge predrasude i nedoumice među heroinskim zavisnicima, koje su vjerovatno uticale na odlaganje početka liječenja. Najčešće njihovo ubjedjenje je da će imati teže posljedice od metadona, koji im se uključuje kao zamjenska terapija, nego od heroina, zatim, da će registracijom u zavodu odmah biti registrovani i u policiji, te da im se neće štititi identitet.

Ovo nas navodi na zaključak da treba raditi na edukaciji heroinskih zavisnika o samom postupku liječenja, lijekovima koji će biti uključeni i njihovim pravima kao pacijentima, pogotovo zaštiti njihovog identiteta u toku liječenja.

Navodili su i sljedeće:

*„Kada sam ja počeo sa heroinom, tada zavod nije ni postojao. Ja sam već šest-sedam godina bio navučen, kada sam se javio.“*

*„Svi su mi govorili da odem u zavod na liječenje, ali ja nisam htio. Bilo me stid, a bilo me i strah da me policija ne registruje tako. Prošlo je više od pet godina i tek kada nisam imao drugi izlaz, došao sam doktoru.“*

*„Ja sam u zavod došao tek nakon zatvora, a to je i deset godina od prvog uzimanja heroina. Nisam htio doći jer su mi svi govorili da će mi dati metadon, a ko se navuče na metadon, još mu je gore skidati se nego sa heroina.“*

Nakon početnih nedoumica, skoro svi pacijenti navode da su dolaskom na liječenje učinili ispravan potez za svoje zdravlje.

*„Kada sam se počeo liječiti odmah sam se oporavljao, udebljao, moji se malo opustili...“*

*„Brzo sam se stabilizirao na metadonu. Mogao sam konačno da se malo smirim. Ne moram trčati da se snalazim za pare i da idem nabavljati heroin...“*

Mnogi heroinski zavisni su mišljenja da supstitucionna terapija nije za njih donijela trajno rješenje problema, pa im dugoročno ne odgovara.

*„U redu je meni to bilo na početku, ali nije ovo za mene ovako godinama. Ne mogu ja da trajno budem vezan za zamjensku terapiju. Osjećam se kao u zatvoru. Zato sam i došao na detoks.“*

*„Na početku bude sve dobro jer pomogne da se ne brineš kako ćeš za heroin, pa ne moraš krasti i bojati se zatvora, kasnije shvatiš da si jednu ovisnost zamijenio drugom. Ne želim ovako zauvijek da dolazim u zavod.“*

Na pitanje kako je teklo njihovo liječenje u zavodu, neki od najčešćih odgovora su da su se nakon prvog uvođenja u terapiju stabilizirali na nekoj dozi lijeka i započeli sa savjetodavno-psihoterapijskim radom, a zatim su imali pokušaje smanjenja terapije ili njenog potpunog ukidanja, prelaska na neki drugi lijek (najčešće suboxon) ili odlaska na detoks-odjel.

*„Najviše svog pozitivnog stava sam imao prve godine liječenja. Sve mi je bilo dobro, terapija, stalno razgovori sa psihologom, sa socijalnim radnikom, bio sam nekako siguran da ćeu posve izići iz ove priče.“*

*„Ovo mi je treći boravak na detoksu. Svaki put se ja ovdje očistim, dođem kući i ne prođe puno, padnem opet.“*

*„Ja sam miran kada sam na terapiji, ali mojima smeta kad ja bilo šta koristim od lijekova, pa onda ja pokušavam da se očistim. Stalno govore: Šta će ti to, vidi te kakav si, isto nadrogiran.“*

Na pitanje kako su se osjećali nakon što su prvi put u toku bolesti uspjeli da se potpuno detoksificiraju, većina kaže da su osjećali ponos i samopouzdanje.

Bilo je i negativnih emocija, koje su karakteristični simptom ove bolesti, a tu se najviše misli na stalno razmišljanje o tome kako da se ponovno uzme heroin, te emocije tuge, dosade, praznine. Ovaj podatak je još jedan pokazatelj da treba uvesti kontinuiranu psihoterapiju za heroinske zavisnike, a pogotovo u periodu kada se potpuno očiste od heroina.

Na pitanje kako su se osjećali nakon recidiva, dobijamo odgovore:

*„Iskreno rečeno, bilo mi je u tom trenu dobro kao nekad prije kad sam tek počeo uzimati. Nakon nekoliko dana sam sebi počeo govoriti – šta ti je konju jedan ovo trebalo. Toliki si posao bio napravio, a sad si to sve uništio.“*

*„Nakon prvog recidiva sam se u sebe posve razočarala. Nisam mogla da vjerujem koliko sam glupa i slaba.“*

*„Najgore kod recidiva je to što ti ne padneš tamo gdje si bio, nego ti padaš dublje i još je teže iščupati se.“*

*„Jedan period sam posve bio digao ruke od sebe, bilo mi je svejedno i da umrem.“*

Kako su nakon tog perioda, ali i u svakom momentu sumnje, našli motiv da se ponovo liječe, učesnici fokus-grupa objašnjavaju na različite načine, ali u objašnjavanju motivacije većinom biraju ekstrinzične faktore.

Od ekstrinzičnih faktora navodili su da su liječenje nastavljali zbog roditelja, djeteta, porodice, planova za posao, planova za odlazak u inostranstvo i slično, a od intrinzičnih navodili su: „*mlad sam i želim noramalan život*“, „*želim sebi da pomognem*“ ili „*nismo mi zato što smo u drogama ništa manje sposobni od onih koji su zdravi*“. Postoji i grupa koja je navodila razloge za liječenje i iz grupe spoljašnjih i iz grupe unutrašnjih motiva.

#### 4.9.2. Neuspjesi i razlozi za nastavak liječenja

Peta grupa pitanja odnosila se na nastavljanje sa liječenjem, povremeno postojanje osjećaja bespomoćnosti i razmišljanja šta sve može pozitivno uticati na njihovo liječenje. Pacijenti su davali sljedeće odgovore:

„*Nakon što sam napravio recidiv, bilo mi je teško opet se javiti na liječenje. Osjećao sam i stid i kajanje, ali mi je bilo lakše kada ste mi u zavodu objasnili da je to takva bolest, recidivirajuća.*“

„*Morao sam se opet javiti na metadon, pa sve ispočetka. Sâm sam sebi kriv.*“

„*Tada sam video da će morati u komunu.*“

„*Znao sam da dalje ne mogu sâm, pa sam se opet vratio u zavod.*“

„*Mislio sam samo kako će pogledati osoblju detoksa u oči.*“

Većina odgovora na pitanje da li im se dešavalо da misle kako liječenje neće uspjeti, potvrdila su da se u toku bolesti zavisnosti javlja osjećaj bespomoćnosti i beznađa, o čemu je izvijestio 31 učesnik fokus-grupa, ili 96,87%. Na potpitanja o tome koliko često se to dešavalо, ispostavilo se da većina ispitanih taj osjećaj ima veoma često (53,13%). Ovo je još jedan dokaz o neophodnosti kontinuirane psihoterapijske podrške pacijentima u procesu liječenja. Zadnje potpitanje je provjeravalo šta heroinskim zavisnicima pomaže da istraju u liječenju. Jedan dio odgovora zasnivao se na preuzimanju potpune odgovornosti za vlastito liječenje (28,12%) i na okolnosti vezane isključivo za pacijenta samog, njegove postupke ili emocije, pa su odgovori bili:

„*Moram ja sam odlučiti da je ovaj dio mog života iza mene.*“

„*Sada sam trenutno svime zadovoljan u životu, imam i podršku roditelja, pa je samo do mene.*“

„Trebam ja ostati jak i stabilan, pa će sve biti dobro.“

„Moram nastaviti sa psihoterapijom, da što više sebe ojačam.“

„Moram kad izadem sa detoksa zaboraviti staro društvo koje me i dovelo do ovoga.“

Drugi dio odgovora naglašavao je spoljašnje okolnosti (28,12%), pa su odgovori bili:

„U liječenju bi mi pomoglo da dobijem posao i nađem finu, normalnu djevojku.“

„Pomoglo bi mi da mi roditelji pruže više podrške i da mi opet vjeruju.“

„Ako ne dobijem neki pošten posao, male su šanse da se ne vratim na staro jer ja se krećem u tom krugu dilera i narkomana.“

„Pomoglo bi mi da me sestra na duži period odvede sebi u Švedsku.“

Treći dio odgovora bio je kombinacija unutrašnjih i spoljašnjih okolnosti i takvih odgovora je bilo najviše (34,37%), a neki od njih su:

„Moram ja biti dobro da bih mogao naći posao, pa se onda oženiti jer jedino tako mogu živjeti lijep život.“

„Sa porodicom moram popraviti odnose jer bez njih ču ja teško biti uspješan. Ovo je teška bolest i moram imati nekoga uz sebe, a do sada sam ih ja svojim ponašanjem od sebe tjerao.“

„Pomoglo bi mi da se odlučim da odem u komunu. Do sada sam to odbijao, ali sada mislim da je to za mene dobro jer će me to izdvojiti iz moje sredine, upoznat ču neke druge ljudе, raditi na sebi...“

Četvrti dio odgovora (3 pacijenta) dali su oni učesnici fokus-grupa koji su se izjasnili da oni sami nemaju dodatne ideje šta bi im moglo dodatno pomoći u uspješnom liječenju, jer su većinu dostupnih mogućnosti do sada isprobali.

„Sve sam do sada probao, metadon, suboxon, sam sam se skidao, liječio, bio pet puta na detoksifikaciji, bio u dvije komune, pa ja stavrno više nemam ideju šta bi mi moglo pomoći.“

„Mislim da sam probao sve što postoji. Išli smo i na ugradnju onih čipova, što je rijetko ko radio, pa ne znam više ništa što se može uraditi.“

Kao zaključak, možemo reći da su heroinski zavisnici pokazali svjesnost oko toga koliko od njih samih zavisi uspjeh u njihovom liječenju, ali istovremeno su zbog osjećaja bespomoćnosti i beznađa, koji je karakterističan za bolest heroinске zavisnosti, svjesni koliko im je neophodna pomoć i podrška u liječenju. Kombinacija njihove odlučnosti, podrške porodice i društva u cjelini, te adekvatan angažman zdravstvenog sektora, može donijeti najbolje rezultate.

#### **4.10. Analiza podataka dobijenih kroz kliničke intervjuje**

Upoređujući rezultate dobijene kroz kliničke intervjuje, za četvoro pacijenata možemo zaključiti kako su redom svi naveli probleme u primarnim porodicama.

Svi su emotivno bili vezani za majke, a imali su očeve koji su ili hladni, distancirani i nezainteresovani, ili agresivni i skloni zavisnostima. Majke su u porodicama prikazane kao žrtve takvih očeva. Kod dva pacijenta roditelji su se razveli, a kod trećeg su godinama živjeli odvojeno bez zvaničnog razvoda. Ovi podaci su slični dosadašnjim mnogobrojnim istraživanjima porodica zavisnika (Drug and Addiction Research, 1999, NIDA, 2000, NIDA, 2008, prema Ivandić Zimić, 2011; Hudolin, 1989; Raboteg-Šarić, Sakoman i Brajša-Žganec, 2002; Sakoman i sar., 2002; Stanton i sar., 1978).

Osim toga, svi su imali u djetinjstvu iskustvo rata sa traumama, koje za svakog od njih pojedinačno takvo stanje nosi. Neki su bili direktno životno ugroženi, drugi u izbjeglištvu, ali patnja je ista. Iako su kroz djetinjstvo redom bili uspješni, kako u školi, tako i u sportskim aktivnostima, niko od njih nije imao priliku da do kraja razvije svoj potencijal.

Kada su došli u doba spolne zrelosti, njihovo biranje partnera, zasnivanja porodica ili razvodi, više su bile impulsivne radnje nego zrele odluke. Ovi pogrešni izbori su dalje negativno uticali na njihov život i heroinsku zavisnost. Troje od njih je sa kriminalnom prošlošću i kontaktima sa kriminalnim miljeom, a jedan još uvijek radi pošteno i zarađuje novac koji zatim troši na heroin.

Dvoje na liječenje dolazi sa jasnom unutrašnjom motivacijom, a dvoje je motivisano ekstrinzičnim faktorima. Isto tako, dvoje ima veliku podršku porodice u liječenju, a dvoje na porodicu ne može računati. Svi oni su pokušavali do sada razne vrste liječenja i imaju nadu da će uspjeti promijeniti nabolje svoj život.

#### **4.11. Ko su heroinski zavisnici danas?**

Uzimajući u obzir sve dobijene rezultate, pokušali smo dati odgovor na pitanje ko su heroinski zavisnici danas.

Na liječenju danas imamo heroinske zavisnike u prosječnoj dobi od 35 godina. Iza sebe imaju oko 15 godina zavisnosti od heroina, a početak liječenja odgađali su ponekad i godinama. Prvo su pokušavali da se sami liječe, a s obzirom na to da su nakon tih pokušaja, uspješnih ili neuspješnih, uslijedili recidivi, tek se tada odlučuju na institucionalno liječenje. Prije početka liječenja imali su mnoge predrasude i nedoumice proizašle iz pogrešnih

mišljenja, koja su ranije čuli od drugih zavisnika, da će imati teže posljedice od metadona koji se uključuje kao zamjenska terapija, nego od heroina.

Većina populacije nije se osamostalila, pa žive u kući sa roditeljima. Najčešće nisu oženjeni, nemaju djecu, niti radni staž. Većina je završila srednju školu, češće trogodišnju, i nezaposleni su. Heroinski zavisnici danas su skloni kriminalnim djelima, pa su zbog toga osuđivani, sa neredovnim, nestalnim i nedovoljnim mjesečnim prihodima.

Pokazuju sklonost ka impulsivnom ponašanju, uzbudnjima, nepredvidivim situacijama, sa nemogućnošću planiranja. To se pogotovo vidi kroz jaku želju za učestvovanjem u aktivnostima koje mogu biti opasne i rizične. Pokazuju jaku potrebu za novim, svježim osjećajima ili iskustvima, te želju da se prepuste zabavi i ponašanjima bez psiholoških kočnica, makar to bilo opasno.

Tipični heroinski zavisnik danas je emocionalno uznemiren, napet, zabrinut. Verbalno je agresivan, antisocijalnog ponašanja i nestrpljiv sa drugima. Pokazuje sklonost za korištenje strategija samohendikepiranja, te češće bira samohendikepirajuće strategije iz okoline, a zanemaruje unutrašnje faktore samohendikepiranja i ne prepozna ih. Podršku mu pruža porodica, a to češće radi majka nego otac. Sa ocem ima konflikte, a veoma često odnos sa ocem nije bio dobar ni prije zavisnosti. Najviše cijeni instrumentalnu podršku, najčešće u novcu i drugim materijalnim sredstvima. Socio-emocionalna podrška, koja podrazumijeva potvrdu i iskazivanje ljubavi, brige i poštovanja, često mu je nedostupna, a informacijska pomoć koja se odnosi na savjete i informacije koje se mogu dobiti da bi mu se olakšao život, a u njegovom slučaju i liječenje, ne smatra za sebe korisnim, pa savjete ne prihvata.

Prijatelji su mu uglavnom heroinski zavisnici. Sa njima provodi dosta vremena, iako zna da je njihova podrška slaba i kontraproduktivna za njegovo liječenje i da na njih najčešće ne može računati.

Heroinski zavisnici su skloni idealizirati vrijeme prije zavisnosti i minimizirati sve probleme koje su do tada imali, što može biti opasno u momentu kada se izliječe i suoče sa problemima koje su „namjerno“ zaboravili. Obično su svjesni da im je najviše podrške potrebno kada iziđu iz apstinencijalne krize, jer su tada najranjiviji.

U toku liječenja često misle da liječenje neće uspjeti, pa se osjećaju bespomoćno i beznadežno. Pokušavaju sa supstitucionalnom terapijom, prelaskom na druge lijekove, stacionarnim ili ambulantnim detoksificiranjima, odlascima u terapijske zajednice...

Kroz sve to, podrška u liječenju im je jako važna, ali smatraju da nije presudna za uspjeh u liječenju jer je vlastiti motiv za liječenje najvažniji.

Heroinski zavisnici, uključeni u ovo istraživanje, bili su jednoglasni u mišljenju da nikada ne bi probali heroin da su o njemu na početku znali ono što znaju sada.

#### **4.12. Ograničenje istraživanja i implikacije ka budućim istraživanjima**

Prvo ograničenje istraživanja je bio odabir uzorka. Uzorak je prigodni jer smo odabrali dostupne pacijente na liječenju, te zbog toga nema osobine statističkog slučajnog uzorka koji se ponaša u skladu sa teorijom vjerovatnosti i u kojem se može uspješno kontrolisati pogreška. Uvažavajući ove nedostatke uzorka, bio je potreban dodatni oprez u generalizaciji dobijenih rezultata jer bi ovaj uzorak trebao biti reprezent zatvorene populacije heroinskih zavisnika, a ne cjelokupne populacije. Bitno je naglasiti da uzorak ima i dodatni nedostatak jer obuhvata isključivo pacijente koji su dobrovoljno prihvatali testiranje. Time su heroinski zavisnici koji su ušli u istraživanje već pokazali svoju motivisanost za saradnju i liječenje, a pacijenti koji su testiranje odbili nisu ušli u dalju obradu. S obzirom na to da smo istraživali motivisanost i istrajnost u liječenju heroinskih zavisnika, neophodno je zapitati se koliko smo uspješno mogli odgovoriti na ovo pitanje.

Drugo ograničenje istraživanja odnosi se na stručne procjene istrajnosti u liječenju zavisnika. Potrebno je naglasiti da za prvi kriterij uvršten u stručnu procjenu, tj. redovnost na kontrolama, postoji pravilo koje kaže da se iz terapije isključuju svi pacijenti koji na terapiju ili kontrolu kasne više od sedam dana. Na ovaj način, mi u obradi rezultata nismo uspjeli obuhvatiti kategoriju onih koji kasne duže od toga, a definitivno bi bili ocijenjeni kao grupa sa najmanjim stepenom istrajnosti u liječenju. Umjesto toga, grupa pacijenata koja redovno kasni po nekoliko dana, a to ne spada u ponašanja koja se sankcionišu, ocijenjeni su kao kategorija koja pokazuje najnižu redovnost u liječenju. S obzirom na ovaj nedostatak, rezultati dobijeni na ovaj način imali su pomak prema višim, pa smo u svim tumačenjima to morali uzeti u obzir.

Treće ograničenje tiče se realizacije fokus-grupa. Nije bilo moguće organizovati fokus-grupe sa sudionicima koji se od ranije ne poznaju, a što bi povećalo anonimnost u iznošenju stavova, te minimiziralo unošenje ranije postojeće dinamike među učesnicima, jer su učesnici bili pacijenti koji zajedno borave na odjelu.

U nekim budućim istraživanjima ove oblasti treba pokušati otkloniti ova ograničenja, čime bi se omogućila slobodnija i šira interpretacija dobijenih rezultata.

## ZAKLJUČAK

Istraživanje je provedeno s ciljem provjere postojanja određenih specifičnosti u osobinama ličnosti zavisnika od heroina, te u kojoj mjeri osobine ličnosti, operacionalizirane u terminima Zuckermanovog modela ličnosti, strategije samohendikepiranja i socijalna podrška, mogu poslužiti u objašnjenju motivacije za liječenje zavisnosti.

Provedeno je na uzorku od 227 heroinskih zavisnika na liječenju i zamišljeno je kao prospективna studija koja manjim dijelom ima retrospektivni osvrt. S ciljem dobijanja što potpunije slike o ispitivanoj grupi, kombinovan je kvantitativni i kvalitativni pristup, a podaci su prikupljeni analizom dostupnih medicinskih izvještaja, skalama i upitnicima, te metodama fokus-grupa i kliničkih intervjeta.

Dobijeni sociodemografski podaci o heroinskim zavisnicima na liječenju su nam dali odgovor na pitanje ko su heroinski zavisnici danas. Zaključujemo da je to muškarac u dobi od 35 godina, sa 15 godina zavisnosti od heroina. Još uvijek živi u kući sa roditeljima, nije oženjen, nema djecu, niti ima radnog staža. Završio je trogodišnju srednju školu, ali je nezaposlen. Sklon je kriminalnim djelima, te je zbog toga osuđivan, sa neredovnim, nestalnim i nedovoljnim mjesečnim prihodima.

Heroinski zavisnici pokazuju povišenje rezultata na skalama Neuroticizam–Anksioznost, Agresivnost–Hostilnost, kao i na skali Impulsivno traganje za senzacijama, na kojoj se povišenja manifestuju na supskalama traženja uzbudjenja i pustolovina, traženja iskustava i doživljaja, te dezinhibicije. Najveću stabilnost i istrajnost u liječenju pokazuju heroinski zavisnici sa niskim rezultatima na supskalama Neuroticizam–Anksioznost i Impulsivno traganje za senzacijama, a sa višim rezultatima na supskali Aktiviteta.

Utvrđeno je da osobe zavisne od heroina najčešće koriste strategije samohendikepiranja usmjerene na eksternalne atribucije.

Porodica je najvažniji izvor percipirane socijalne podrške.

Postoji statistički značajna negativna veza između sklonosti prema samohendikepiranju zavisnika od heroina i istrajnosti u liječenju, te statistički značajna pozitivna veza između istrajnosti u liječenju i percipirane socijalne podrške porodice.

Istraživanje rasvjetjava pojedine osobine ličnosti zavisnika, njihove strategije samohendikepiranja, te ih dovodi u vezu sa tretmanom i socijalnom podrškom, koja može da posluži kao dobra osnova za unapređenje liječenja heroinskih zavisnika.

## LITERATURA

Adinoff, B. (2004). Neurobiologic processes in drug reward and addiction. *Harvard review of psychiatry*; 12(6) str. 305–320.

Agencija za statistiku Bosne i Hercegovine (2018). *Žene i muškarci – tematski bilten*.

Preuzeto sa:

[http://www.bhas.ba/tematskibilteni/FAM\\_00\\_2017\\_TB\\_0\\_BS.pdf](http://www.bhas.ba/tematskibilteni/FAM_00_2017_TB_0_BS.pdf)

Allport, G. W. (1968). *Sklop i razvoj ličnosti*. „Kultura“, Beograd.

Allport, G. W. (1968). *The person in psychology: Selected essays by Gordon W. Allport*. Boston, MA: Beacon Press.

Aluja, A., Rossier, J., Garcia, L.F., Angleitner, A., Kuhlman, M., Zuckerman, M. (2006). A cross-cultural shortened form of the ZKPQ-50-CC adapted to English, French, German, and Spanish languages. *Personality and individual differences*, 41, str. 619–628.

Američka psihijatrijska udruga (1996). *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje – četvrto izdanje – DSM IV*, Međunarodna verzija. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Američka psihijatrijska udruga (2014). *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje – peto izdanje – DSM V*, Međunarodna verzija. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Antičević, V., Jokić-Begić i N., Britvić, D. (2010). Spolne razlike u osobinama ličnosti ovisnika o heroinu i konzumenata marihuane na Eysenckovom upitniku ličnosti (EPQ). *Društvena istraživanja*, 1(115) str. 203–218.

Argyriou, E., Um, M., Carron, C., Cyders, M. A. (2018). Age and impulsive behavior in drug addiction: A review of past research and future directions. *Pharmacology biochemistry and behavaior*. 164 str. 106–117.

Arsenijević, V. (2009). *Psihosocioterapija zavisnosti od psihoaktivnih supstanci – nacionalne smernice*. Ministarstvo zdravlja Republike Srbije.

Baćak, V. i Dominković, Z. (2012). Studija bihevioralnog i biološkog praćenja injekcionih korisnika droge u Bosni i Hercegovini, 2012: *Istraživanje ispitanicima-definiranog uzorka*, Institut za javno zdravstvo, Republika Srpska, str. 46.

Bagarić, A. (2015). *Ovisnost o psihoaktivnim tvarima*. Cybermed.

Preuzeto sa:

[https://www.cybermed.hr/clanci/ovisnost\\_o\\_psikoaktivnim\\_tvarima](https://www.cybermed.hr/clanci/ovisnost_o_psikoaktivnim_tvarima)

- Ball, I. L., Farnill, D., Wangeman, J. F. (1984). Sex and age differences in sensation seeking: Some national comparisons. *British journal of psychology*, 75(2), str. 257–265.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, str. 191–215.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American psychologist*, 37(2) str. 122–147.
- Bandura, A. (1986). From thought to action: Mechanisms of personal agency. *New Zealand Journal of Psychology*, 15(1), str. 1–17.
- Baumeister, R. F., Leary, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological bulletin*, 117, str. 497–529.
- Beck, R. (2000). *Motivacija: teorija i načela*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Belak Kovačević, Sanja. (2004). *Stres i suočavanje kod ovisnika o opijatima*. Neobjavljeni diplomski rad. Filozofski fakultet u Zagrebu, Odsjek za psihologiju.
- Preuzeto sa: <http://darhiv.ffzg.unizg.hr/id/eprint/16/1/SanjaBelakKova%C4%8Dev%C4%87.pdf>
- Berglas, S., Jones, E. E. (1978). Drug choice as a self-handicapping strategy in response to noncontingent success. *Journal of personality and social psychology*, 36, 405–417.
- Berger, J., Jerotić, V., Despotović, A. (1971). *Čovek i droge – Priručnik o narkomanijama*. Institut za alkoholizam i narkomanije, Beograd.
- Berger, J., Biro, M., Hrnjica, S. (1992). *Klinička psihologija*. Beograd: Naučna knjiga.
- Bozkurt, M., Evren, C., Yilmaz, A., Can, Y., Cetingok, S. (2013). Aggression and impulsivity in different groups of alcohol and heroin dependent inpatient men. *Klinik psikofarmakoloji bülteni / Bulletin of clinical psychopharmacology*, 23(4), 335–344.
- Preuzeto sa: [http://psikofarmakoloji.org/pdf/EN/23\\_4\\_7.pdf](http://psikofarmakoloji.org/pdf/EN/23_4_7.pdf)
- Brajević - Gizdić, I. (2018). *Značaj osobina ličnosti i stilova privrženosti u odabiru supstitucijske farmakoterapije ovisnika o opijatima*. Neobjavljeni doktorski rad. Sveučilište u Zagrebu
- Preuzeto sa: <http://medlib.mef.hr/3084/>
- Brlas, S. (2010). *Važno je ne započeti; neki temeljni pojmovi psihologije zavisnosti*. Zavod za javno zdravstvo „Sveti Rok“ Virovitičko-podravske županije, Virovitica.
- Brlas, S. (2018). *Psihologija ovisnosti u interdisciplinarnom kontekstu borbe protiv ovisnosti*. Zavod za javno zdravstvo „Sveti Rok“ Virovitičko-podravske županije, Virovitica.

- Brugal, M. T., Domingo-Salvany, A., Puig, R., Barrio, G., García de Olalla, P., de la Fuente, L. (2005). Evaluating the impact of methadone maintenance programmes on mortality due to overdose and aids in a cohort of heroin users in Spain. *Addiction*; 100(7) str. 981–989.
- Bukelić, J. (2000). *Socijalna psihijatrija*. Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd.
- Burušić, J., Brajša-Žganec, A. (2005). Odnos samohendikepiranja, samopoštovanja i jasnoće pojma o sebi. *Psihologische teme*; 14(1), str. 83–90.
- Butorac, K. (2010). Neka obilježja osobnosti kao prediktivni čimbenici zloupotrebe i zavisnosti o drogama i alkoholu. *Kriminologija i socijalna integracija*. Vol. 18 (2010) Br. 1, str. 79–98.
- Cadoret, R. J. (1992). Genetic and environmental factors in the initiation of drug use and the transition to abuse. U M. GlantzR. Pickens (urednik) *Vulnerability to drug abuse* (str. 99–113). Washington, DC: American psychological association.
- Calsyn, D. A., Saxon, A. J. (1990). Personality disorder subtypes among cocaine and opioid addicts using the Millon clinical multiaxial inventory. *International journal of addictions*. 25(9): str. 1037–1049.
- Canty-Mitchell, J., Zimet, G. D. (2000). Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in urban adolescents. *American journal of community psychology*, 28, str. 391–400.
- Caspi, A., Begg, D., Dickson, N., Harrington, H., Langley, J., Moffitt, T. E., Silva, P. A. (1997). Personality differences predict health-risk behaviors in young adulthood: evidence from a longitudinal study. *Journal of personality and social psychology*, 73 (5).
- Cecil, H., Stanley, M. A., Carrión, P.G., Swann, A. (1995). Psychometric properties of the MSPSS and NOS in psychiatric outpatients. *Journal of clinical psychology*, 51, str. 593–602.
- Chou, K. L. (2000). Assessing chinese adolescents' social support: the multidimensional Scale of perceived social support. *Personality and individual differences*, 28, str. 299–307.
- Cloninger, C. R., Sigvardsson, S., Bohman, M. (1988). Childhood personality predicts alcohol abuse in young adults alcoholism. *Clinical and experimental research*, 12 (4): 494–505.

Preuzeto sa:

<http://m.recoveryonpurpose.com/upload/Childhood%20Personality%20Predicts%20Alcohol%20Abuse%20in%20Young%20Adults.pdf>

- Christensen, A. J., Smith, T. W., Turner, C. W., Hol-man, J. M., Gregory, M. C., Rich, M. A. (1992). Family support, physical impairment and adherence in hemodialysis: An investigation of main and buffering effects. *Journal of behavioral medicine*, 15, str. 313–325.
- Christensen, A. J., Wiebe, J. S., Smith, T. W., Turner, C. W. (1994). Predictors of survival among hemodialysis patients: efects of perceived family support. *Health psychology*, 13, str. 521–525.
- Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American Psychologist*, 2, str. 676–684.
- Costa, P. T., McCrae, R. R. (1992). Four ways five factors are basic. *Personality and individual differences*, 13 (6), str. 653–665.
- Costa, P. T., McCrae, R. R. (1992). Reply to Eysenck. *Personality and individual differences*, 13 (8), str. 861–865.
- Costa, P. T., McCrae, R. R. (2006). Trait and factor theories. U J.C. Thomas i D.L. Segal (urednik), *Comprehensive handbook of personality and psychopathology: personality and everyday functioning* (str. 96–114). Hoboken: Wiley i Sons.
- Craig, R. J. (2000). Prevalence of personality disorders among cocaine and heroin addicts. *Substance abuse*. Br. 21: str. 87–94.
- Crocker, A., Mueser, K. T., Drake, R. E., Clark, E. E., McHugo, G. J., Ackerson, T. H., Alterman, A. I. (2005). Antisocial personality, psychopathy and violence in persons with dual disorders: A longitudinal analysis. *Criminal justice and behavior*, 32(4), str. 452–476.
- Čekrlija, Đ. (2014). *Studija o samopoimanju i samom poimanju*. Filozofski fakultet Univerziteta u Banjoj Luci. Grafid. Banja Luka.
- Čolović, P., Smederevac, S., Mitrović, D. (2009). Osobine ličnosti, starost i pol kao prediktori sklonosti ka samohendikepiranju. *Psihologija*, 42, 549–566.
- Čudina – Obradović, M., Obradović, J. (2002). Potpora roditeljstvu: Izazovi i mogućnosti. *Revija za socijalnu politiku*. 10 (1). 45–68.
- Daragan-Saveljić, J., Vučetić-Arsić, S., Raičević, S. (2008). *Vodič za tretman zavisnika od opijata i opioida*. Beograd, Ministarstvo zdravlja Republike Srbije.

- Dahlem, N. W., Zimet, G. D., Walker, R. R. (1991). The multidimensional scale of perceived social support: A confirmation study. *Journal of clinical psychology*, 47, str. 756–761.
- Darke, S., Hall, W., Weatherburn, D., Lind, B. (1999). Fluctuations in heroin purity and the incidence of fatal heroin overdose. *Drug alcohol depend* 1999;54:155–61.
- Deci, E. L., Ryan, R. M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological inquiry*, 11, 227–268.
- De Leon, G., Melnick, G., Kressel, D., Jainchill, N. (1994). Circumstances, motivation readiness, and suitability (The CMRS scales): Predicting retention in therapeutic community treatment. *Drug and alcohol abuse*, 20(4), str. 495–515.
- De Weert-Van Oene, G. H., Schippers, G. M., De Jong, C. A. J., Schrijvers, G. J. P. (2002). Motivation for treatment in substancedependent patients. *European addiction research*, 8, 2–9.
- Dimitrijević, I. (2004). *Bolesti zavisnosti – dijagnostika, lečenje, prevencija*. Beograd: KIZ Centar.
- Dubey, C., Arora, M., Gupta, S., Kumar, B. (2010). Five factor correlates: A comparison of substance abusers and non-substance abusers. *Journal of the Indian Academy of applied psychology* 2010;36(1) str. 107–114.
- Dujmović, A., Čolović, P. (2012). Psihopatija i osobine ličnosti kod heroinskih zavisnika u tretmanu i opšte populacije, *Primenjena psihologija*, Vol. 5(4), 357–374.
- Dušanić, S. (2009). *Porodica i religioznost*. Centar za kulturni i socijalni popravak. Banja Luka.
- EMCDDA – Europski centar za prevenciju i nadzor bolesti (2011). *Godišnji izvještaj o stanju zloupotrebe opojnih droga u Bosni i Hercegovini za 2010. godinu*; Izrađeno u okviru projekta EMCDDA — IPA3, septembar 2011. godine.  
Preuzeto sa:  
[http://www.msb.gov.ba/dokumenti/ANNUAL%20REPORT%20BIH\\_final\\_BOS.doc](http://www.msb.gov.ba/dokumenti/ANNUAL%20REPORT%20BIH_final_BOS.doc)
- EMCDDA – Europski centar za prevenciju i nadzor bolesti (2013). *Godišnji izvještaj o stanju zloupotrebe opojnih droga u Bosni i Hercegovini za 2013. godinu*; Izrađeno u okviru projekta EMCDDA – IPA4 „Priprema korisnika IPA fondova za učešće u radu Evropskog centra za praćenje droga i ovisnosti o drogama /eng. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)“, oktobar, 2013. godine.  
Preuzeto sa:  
<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index222992BS.html>

EMCDDA – Europski centar za prevenciju i nadzor bolesti (2015). ESPAD – European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs,

Preuzeto sa:

[http://www.espad.org/sites/espad.org/files/ESPAD\\_report\\_2015.pdf](http://www.espad.org/sites/espad.org/files/ESPAD_report_2015.pdf)

EMCDDA – Europski centar za prevenciju i nadzor bolesti (2018). *Europsko izvješće o drogama – trendovi i razvoj*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)

Preuzeto sa:

[http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/8585/20181816\\_TDAT18001H\\_RN\\_PDF.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/8585/20181816_TDAT18001H_RN_PDF.pdf)

Eysenck, H. J., Eysenck, S.B.G. (1976). *Psychoticism as a dimension of personality*. London: Hodder and Stoughton.

Eysenck, H. J. (1987). Arousal and personality: the origins of a theory. U J. Strelau i H. Eysenck (Urednik), *Personality dimensions and arousal* (str. 1–16). New York: Springer.

Eysenck, H. J. (1998). *Dimensions of personality*. London: Transaction Publishing.

Farley, F. (1986). The Big T in Personality: thrill seeking often produces the best achievers but it can also create the worst criminals. *Psychology Today*.

Fekjær, H. O. (1993). *The Psychology of getting high*. Oslo, Norway. ADIC, Colombo, Sri Lanka. Preuzeto sa: <http://www.fekjaer.org/High.pdf>

Galić, J. (2002). *Zloporaba droga među adolescentima*. Medicinska naklada Zagreb. Zagreb.

Gazdek, D. (2011). *Informirani pristanak u liječenju zavisnosti o opijatima*. Neobjavljena doktorska disertacija, Sveučilište u Zagrebu.

Preuzeto sa:

[http://medlib.mef.hr/985/1/Gazdek\\_D\\_disertacija\\_rep\\_985.pdf](http://medlib.mef.hr/985/1/Gazdek_D_disertacija_rep_985.pdf)

Gerra, G., Angioni, L., Zaimovic, A., Moi, G., Bussandri, M., Bertacca, S., Santoro, G., Gardini, S., Caccavari, R., Nicoli, M. A. (2004). Substance use among high-school students: relationships with temperament, personality traits, and parental care perception. *Substance use and misuse*, 39 (2): 345–367.

Gerra, G., Zaimović, A., Moi, G., Bussandri, M., Bubici, C., Mossini, M. (2004). Aggressive responding in abstinent heroin addicts: neuroendocrine and personality correlates. *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry* 2004;28(1) str. 129–39.

- Glavak, R., Kuterovac Jagodić, G., Sakoman, S. (2003). Perceived parental acceptance-rejection, family-related factors, and socio-economic status of families of adolescent heroin addicts. *Croatian medical journal* 2. 206–212.
- Golubović, S. (2005.): *Droga: istine i zablude*, Niš: Zograf.
- Gossop, M. R., Eysenck, S. B. G. (1980). A further investigation into the personality of drug addicts in treatment. *British journal of addiction*, 75(3), str. 305–311.
- Haapasalo, J. (1990). The Eysenck Personality Questionnaire and Zuckerman's Sensation Seeking Scale (Form V) in Finland: Age differences. *personality and individual differences*, 11(5), str. 503–508.
- Heller, K., Swindle, R. W., Jr., Dusenbury, L. (1986). Component social support processes: Comments and integration. *Journal of consulting and clinical psychology*, 54 (4), 466–471.
- Higgins, R. L. i Harris, R. N. (1988). Strategic "alcohol" use: Drinking to self-handicap. *Journal of social and clinical psychology*, 6, 191–202.
- Higgins, R. L., Snyder, C. R., Berglas, S. (1990). *Self-Handicapping: The Paradox that isn't*. New York: Plenum.
- House, J. S., Landis, K. R., Amberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, 1988, 241, 540–545.
- Hubbard, R. L., Marsden, M. E., Rachal, J. V., Harwood, H. J., Cavanaugh, E. R., Ginzburg, H. M. (1989). *Drug abuse treatment: a national study of effectiveness*. Chapel Hill, NC: University of North Carolina Press.
- Hudolin, V. (1982). *Istina o drogama*. Zagreb: Jugoslavenska medicinska naklada.
- Ilić, B. (2004). Narkomanija mladih. *Godišnjak za psihologiju*. Vol. 3, 73–82.
- Ilić, M. (2012). *Ličnost heroinskih zavisnika iz ugla transakcione analize*. Neobjavljeni master rad. Univerzitet u Nišu, Filozofski fakultet, Departman za psihologiju.
- Itković, Z. (1995). Roditelji kao odgojitelji – uloga obiteljskog odgoja u prevenciji zloupotrebe droga. *Društvena istraživanja*. 4–5, 575–586.
- Ivandić Zimić J. (2011). Rizični čimbenici za pojavu ovisnosti o drogama s naglaskom na čimbenike u obiteljskom okruženju. *Kriminologija i socijalna integracija: časopis za kriminologiju, penologiju i poremećaje u ponašanju* Vol. 19/1.
- Jang, K. L., Vernon, P. A., Livesley, W. J., Murray, B. S., Heike, W. (2001). Intra-and extra-familial influences on alcohol and drug misuse: A twin study of gene-environment correlation. *Addiction*. 2001;96: str. 1307–1319.

Preuzeto sa:

<https://pdfs.semanticscholar.org/d473/935843fe22f9a7ff4f6cc031b9f92b9a0008.pdf>

Jaffe, J. H. (2000). Opioid-related disorders. U Kaplan, H. I. i Sadock, V. A. (Urednik), *Comprehensive textbook of psychiatry* (7. izdanje). Baltimore, MD: Williams i Wilkins, 2000, str. 1038–1062.

Jerotić, V. (2006). *Ličnost narkomana*. Beograd: Ars Libri, Neven.

Joireman, J., Kuhlman, D. M. (2004). The Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire: origin, development and validity of measure to assess an alternative five-factor model of personality. U R.M. Stelmack (Urednik). *On the psychobiology of personality: Essays in honor of Marvin Zuckerman* (str. 49–65). Amsterdam: Elsevier.

Jones, M. C. (1968). Personality correlates and antecedents of drinking patterns in adult males. *Journal of consulting clinical psychology*, 32 (1): str. 2–12.

Jones, J. D., Vadhan, N. P., Luba, R. R., Comer, S. D. (2016). The effects of heroin administration and drug cues on impulsivity. *Journal of clinical and experimental neuropsychology*. 38(6): str. 709–720.

Kaličanin, P. (1991). *Bihevioralna terapija*, Institut za mentalno zdravlje, Beograd.

Kalivas, P. W., Volkow, N. D. (2005). The neural basis of addiction: A pathology of motivation and choice. *American journal of psychiatry*. 2005;162: str. 1403–1413.

Katalinić, D., Huskić, A. (2016). *Izvješće o osobama liječenim zbog zlouporabe psihoaktivnih droga u Hrvatskoj u 2015. godini*, Hrvatski zavod za javno zdravstvo.

Preuzeto sa:

[https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2013/11/DROGE\\_2015\\_Izvjesce\\_KONACNO\\_M.pdf](https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2013/11/DROGE_2015_Izvjesce_KONACNO_M.pdf)

Kecmanović, D. (1990). U Berger, J., Biro, M., Hrnjica, S. (Urednici). *Klinička psihologija*. Beograd, Naučna knjiga, str. 170–194.

Karačić, S. (2012). Socijalna podrška kod adolescenata s tjelesnim oštećenjem. Vol. 3(5), str. 219–243.

Khodarahimi, S., Rezaye, M. (2012). The effects of psychopathology and personality on substance abuse in twelve-step treatment programme abstainers, opiate substance abusers and a control sample. *Heroin addiction & related clinical problems*. Vol.14(2), str. 35–48.

Kline, R. B. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling* (drugo izdanje). New York: Guilford Press.

Kljajević, S. (2017). Istraživanja zloupotreba droga i tretman zavisnosti u penitensijernim ustanovama. *Specijalna edukacija i rehabilitacija*, 16 ( 2), str. 223–252.

Kolenović-Đapo, J., Drače, S., Hadžiahmetović, N. (2015). *Psihološki mehanizmi odbrane. Teorijski pristupi, klasifikacija i vodič za vježbe*. Filozofski fakultet, Sarajevo.

Preuzeto sa:

[http://www.ff-eizdavstvo.ba/Books/Psiholoski\\_mehanizmi\\_odbrane.pdf](http://www.ff-eizdavstvo.ba/Books/Psiholoski_mehanizmi_odbrane.pdf)

Lalić, D. i Nazor, M. (1997). *Narkomani: Smrtopisi*. Zagreb: Alineja.

Larsen, R. J., i Buss, D. M. (2008). *Psihologija ličnosti: područja znanja o ljudskoj prirodi*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Leshner, A. I. (1997). Addiction is a brain disease, and it matters. *Science*. 1997; 278(5335): str. 45–47.

Lind, J., Oyefeso, A., Pollard, M., Baldacchino, A., Ghodse, H. (1999). *Death rate from use of ecstasy or heroin*. *Lancet*, 354(9196), 2167.

Lodhi, P. H., Thakur, S. (1993). Personality of drug addicts Eysenckian analysis. *Personality and individual differences*, 15(2), str. 121–128.

Loper, R. G., Kammeier, M. L. i Haffmann, H. (1973). MMPI characteristics of college freshmen males who later became alcoholics. *Journal of abnormal psychology*, 82.

Lovrić, S. (2007). *Droga i socijalizacija mladih*. Grafomark: Laktaši.

Lubman, D. I., Allen, N. B., Rogers, N., Cementon. E., Bonomo, Y. (2007). The impact of cooccurring mood and anxiety disorders among substance-abusing youth. *The journal of affective disorders*, 103(1-3): str. 105–112.

Ljubotina, D., Galić, J. (2002). Obiteljski odnosi i konzumacija droga na populaciji adolescenata grada Zagreba. *Ljetopis Studijskog centra socijalnog rada*, svezak 9, str. 207–232.

Marlowe, D. B., Lambert, J. B., Thompson, R. G. (1999). Voluntary intoxication and criminal responsibility. *Behavioral sciences and the law*, str. 195–217.

Martinović Mitrović, S. (2015). *Uticaj dužine ekspozicije heroinu na egzekutivne funkcije opijatskih zavisnika*. Neobjavljena doktorska disertacija. Univerzitet u Novom Sadu.

Preuzeto sa:

<http://nardus.mpn.gov.rs/bitstream/handle/123456789/4735/Disertacija324.pdf?sequenc e=1&isAllowed=y>

McCourt, W. F., Gurrera, R. J., and Cutter, H. S. (1993). Sensation seeking and novelty seeking: Are they the same? *Journal of nervous and mental disorders*, 181, 309– 312.

- McCrea, S. M. (2008). Self-handicapping, excuse making, and counterfactual thinking: Consequences for self-esteem and future motivation. *Journal of personality and social psychology*, 95(2), str. 274–292.
- McLellan, A.T. (1983). Patient characteristics associated with outcome. U J. R. Cooper, F. Altman, B. S. Brown i D. Czechowicz (Urednik) *Research on the treatment of narcotic addiction: State of the art* (str. 500–529). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Medvedev, A. i Keresteš, G. (2009). Usamljenost u ranoj adolescenciji: spolne i dobne razlike te povezanost sa socijalnim odnosima. *Društvena istraživanja*, 20(2), str. 457–478. Institut društvenih znanosti Ivo Pilar, Zagreb.
- Međedović, J. (2009). Bazična struktura ličnosti i kriminalitet. *Primenjena psihologija*, 2(3), 339–367.
- Preuzeto sa:  
<https://www.yumpu.com/xx/document/read/36878760/puni-tekst-primenjena-psihologija/5>
- Mehić-Basara, N., Kučukalić, A., Jabandžić, H., Martinac, M., Kovačević, M. (2014). *Program uvođenja opioidne supstitucijske terapije (OST) u kazneno-popravne ustanove u Federaciji Bosne i Hercegovine, Vodič za ovisnike na izdržavanju kazne zatvora*, Federacija BiH, Federalno Ministarstvo pravde, Federalno Ministarstvo zdravstva, UNDP, Global Fund, Ured u Sarajevu.
- Melnick, G., Hawke, J., De Leon, G. (2014). Motivation and readiness for drug treatment: differences by modality and special populations. *Journal of addictive diseases*, 33(2), 134–147.
- Preuzeto sa:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4133172/pdf/nihms600215.pdf>
- Midgley, C., Arunkumar, R., Urdan, T. C. (1996). “If I don’t do well tomorrow, there’s a reason”: Predictors of adolescents’ use of self-handicapping strategies. *Journal of educational psychology*, 88, str. 423–434.
- Mitrović, D., Smederevac, S. (2007). Konstruktna validnost Multidimenzionalnog upitnika ličnosti (MPQ). *Psihologija*, 40, str. 211–228.
- Mitrović, D., Smederevac, S., Čolović, P. (2009). Evaluation of Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire-50-CC in Serbian Culture, *Primenjena psihologija*, br. 2(3), str. 217–230.

- Mujčinović, N. (2014). Zuckermanov model ličnosti kao objašnjenje ovisnosti. *Bilten broj 13*, JZU Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona.
- Mujčinović, N. (2015). Psihoterapijski značaj Jutarnjeg raporta na Deox-odjelu. *Bilten broj 16*, JZU Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona.
- Mujčinović, N., Kasper, S., Ubiparip, E. (2009). Rad sa ovisnicima o opijatima na Odjelu stacionarnog detoksa. *Knjiga sažetaka*. Prvi kongres psihologa BiH sa međunarodnim učešćem.
- Mujčinović, N., Kasper, S., Babić E., Softić, A. (2015). Kognitivne sposobnosti ovisnika o opijatima različite dobi liječenih na odjelu za stacionarni detoks. *Knjiga sažetaka*. Četvrti kongres psihologa BiH sa međunarodnim učešćem.
- Nastasić, P. (2011). *Bolesti zavisnosti u adolescenciji*. Beograd: Publikum.
- Nastasić, P. (2011). Principi dijagnostikovanja i farmakoterapije alkoholizma. *Zbornik saopštenja. Medicinske i socijalne mere u tretmanu bolesti zavisnosti: XXVI Simpozijum o bolestima zavisnosti sa međunarodnim učešćem*, Beograd. Zajednica klubova lečenih alkoholičara Srbije, str. 135–143.
- Nastasić P., (2012). Bolesti zavisnosti – terapijske mogućnosti i klinička realnost. *Arhiv za farmaciju*. vol. 62, br. 2, str. 165–178.
- Nedeljković, J. (2012). *Integrativni model psiholoških prediktora akademske neefikasnosti*. Neobjavljena doktorska disertacija. Filozofski fakultet, Niš.
- Preuzeto sa:  
<https://vdocuments.mx/doktorska-disertacija-jasmina-nedeljkovic.html>
- Obradović, B. (2012). *Traženje senzacija i složenost stimulusnog polja kao činioci kognitivne efikasnosti*. Neobjavljena doktorska disertacija. Filozofski fakultet, Novi Sad.
- Preuzeto sa:  
<http://nardus.mpn.gov.rs/bitstream/handle/123456789/5522/Disertacija3483.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Oetting, E. R., Beauvais, F. (1986). Peer cluster theory: Drugs and the adolescent. *Journal of counseling and development*, 65, str. 17–22.
- Oetting, E., Donnermeyer, J. F. (1998). Primary socialization theory: the etiology of drug use and deviance. *Substance use and misuse*, 33, str. 995–1026.
- Orlin, L., O'Neill, M., Davis, J. (2004). Assessment and intervention with drug abusing clients in psychiatric settings. Straussner, (Ur.) *Clinical social work with substance abusing clients* (rev.ed.). NY, New York: Guilford Press.

Parlamentarna skupština Bosne i Hercegovine, Zakon o sprečavanju i suzbijanju zloupotrebe opojnih droga, *Službeni glasnik* broj. 8, 2006.

Paydary, K., Mahin Torabi, S., SeyedAlinaghi, S., Noori, M., Noroozi, A., Ameri, S., Ekhtiari, H. (2016). Impulsivity, sensation seeking, and risk-taking behaviors among HIV-positive and HIV-negative heroin dependent persons. *AIDS research and treatment*.

Preuzeto sa: <https://www.hindawi.com/journals/art/2016/5323256/>

Peterson, A. W., Callahan, S., Jason, L. A. (2016). Motivation for Change in Heroin and Opiate Users, *DePaul Discoveries*, broj. 5, članak 7.

Preuzeto sa: <https://via.library.depaul.edu/depaul-disc/vol5/iss1/7>

Petrović, S. (1988). *Ličnost narkomana*. Gornji Milanovac: Dečje novine.

Petrović, S. (2003). *Droga i ljudsko ponašanje*. Beograd, Partenon.

Pickering, A. D., Gray, J. A. (1999). The neuroscience of personality. U Pervin i John (Urednik) *Handbook of personality: theory and research*. New York, The Guilford Press.

Pickering, A. D.: Gray, J. A. (2001). Dopamine, appetitive reinforcement, and the neuropsychology of human learning: An individual differences approach. *Advances in research on temperament*. Lengerich: Pabst Science Publishers.

Pierce, G. R., Lakey, B., Sarason, I. G., Sarason, B. R., Joseph, H. J. (1997). Personality and social support processes. A conceptual overview. *Sourcebook of social support and personality*. New York Plenum Press, str. 3–18.

Pouyamanesh, J. (2011). Comparison of personality characters of individuals with substance abusing and individuals without substance abusing. *American journal of scientific research*, 32, str. 51–57.

Rabinovich, M. I. (2013). Voluntary sport and highway risks in adolescents and youths (following current French and Canadian periodical publications of 2000th). *Journal of modern foreign psychology*, Vol. 2, str. 101–111.

Raboteg-Šarić, Z., Sakoman, S., Brajša-Žganec, A. (2002). Stilovi roditeljskog odgoja, slobodno vrijeme i rizično ponašanje mladih. *Društvena istraživanja*, 58–59, str. 239–263.

Radetić Lovrić, S. (2011). *Zavisnost od droga mladih: socijalno-psihološki pristup i istraživanja*. Laktaši: Grafomark.

- Radulović, D. (2013). Poremećaji zavisnosti, psihopatija i kriminal u svetlu nalaza empirijskih studija. *Specijalna edukacija i rehabilitacija*, Vol. 12, br. 1. str. 119–139.
- Rappaport, J., Seidman, E. (1999). *Handbook of community psychology*. New York: Kluwer/Plenum Publishers.
- Ratković, D. (2017). *Uticaj temperamenta na nastanak i razvoj zavisnosti od opijata*. Neobjavljena doktorska disertacija, Univerzitet u Novom Sadu.
- Preuzeto sa:  
<http://nardus.mpn.gov.rs/bitstream/handle/123456789/8657/Disertacija11504.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Rhodes, J. E., Jason, L. A. (1988). *Preventing substance abuse among children and Adolescents*. New York: Pergamon Press.
- Robinson, T. E., Berridge, K. C. (1993). The neural basis of drug craving: an incentive-sensitization theory of addiction. *Brain research reviews*, 1993 Sep-Dec;18(3): str. 247–291.
- Rosen, D., Smith, M. L., Reynolds, C. F. (2008). The prevalence of mental and physical health disorders among older methadone patients. *The American journal of geriatric psychiatry*. 2008;16(6) str. 488–497.
- Ross, J., Teesson, M., Darke, S., Lynskey, M., Hetherington, K., Mills, K., Williamson, A., Fairbairn, S. (2002). Characteristics of heroin users entering three treatment modalities in New South Wales: Baseline findings from the Australian treatment outcome study (ATOS). National drug and alcohol research centre University of New South Wales Sydney, Australia.
- Preuzeto sa:  
<https://ndarc.med.unsw.edu.au/sites/default/files/ndarc/resources/TR.139.pdf>
- Rotter, J. B. (1954). *Social learning and clinical psychology*. Prentice-Hall.
- Preuzeto sa: <https://doi.org/10.1037/10788-000>
- Sakoman, S. (2002). *Obitelj i prevencija zavisnosti*. Sysprint, Zagreb.
- Sakoman, S. (2008). *Društvo bez droge?* Treće dopunjeno izdanje. Institut društvenih znanosti Ivo Pilar, Zagreb.
- Sakoman, S., Brajša-Žganec, A., Glavak, R. (2002). Indicators of early recognition among Croatian youth at high risk of substance use. *Društvena istraživanja*, 2–3, str. 291–310.

- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: The social support questionnaire. *Journal of personality and social psychology*. 44, str. 127–139.
- Sarason, B. R., Sarason, I. G., Gurung, R. A. R. (2001). Close personal relationships and health outcomes: A key to the role of social support. U B. Sarason, S. Duck (Urednik), *Personal relationships: Implications for clinical and community psychology* (str. 15–41). West Sussex, England: Wiley.
- Serdarević, I., Maričić, I. (2007). Uključenost obitelji u tretman zavisnosti. *Bilten Rizik*. Rijeka: Nastavni zavod za javno zdravstvo Primorsko-Goranske županije. Preuzeto sa: <http://www.zzzjzpgz.hr/odjeli/prevovis/Rizik-04.pdf>
- Sher, K. J., Bartholow, B. D., Wood, M. D. (2000). Personality and substance use disorders: A prospective study. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68, str. 818–829.
- Sinanović, O. (2001). *Ovisnost o drogama – uzroci i posljedice, prevencija i liječenje – Multidisciplinarni pristup*, HARFOGRAF, Tuzla.
- Singer, M. (1975). *Droga, omladina i kriminalitet*. Sveučilište u Zagrebu, Fakultet za defektologiju, Zagreb.
- Skoko, B., Benković, V. (2009). Znanstvena metoda fokus grupe: mogućnosti i način primjene. *Politička misao*. Vol. 46(3), str. 217–236.
- Smederevac, S., Mitrović, D., Topić, A., Vuk, M. (2009). *Skala samohendikepiranja*. Novi Sad; Filozofski fakultet.
- Smederevac-Stokić, S., Novović, Z., Milin, P., Janičić, B. B., Pajić, D., Biro, M. (2003). Sklonost ka samohendikepiranju u situaciji očekivanog neuspeha. *Psihologija*, vol. 36, br. 1, str. 39–58.
- Softić, J. (2013). *Razlike u kvalitetu apstinencije i osobinama heroinskih zavisnika na metadonskom tretmanu i poslije detoksifikacije*. Neobjavljena doktorska disertacija. Medicinski fakultet Univerziteta u Banjoj Luci.
- Spremo, M., Vaselić, N. (2019). Partnerski odnosi osoba sa anksioznim i depresivnim poremećajima. *Biomedicinska istraživanja*. 2019;10(1); str. 56–63.
- Stanton, M. D., Todd, T. C., Heard D. B., Kirschner, S., Kleiman, J. I., Mowatt, D. T., Riley, P., Scott, S. M., Van Deusen, J. M. (1978). Heroin addiction as a family phenomenon: A new conceptual model. *American journal of drug and alcohol abuse*. 5 (2). str. 125–150.

- Swendsen, J. D., Conway, K. P., Rounsville, B. J. i Merikangas, K. R. (2002). Are personality traits familial risk factors for substance use disorders? Results of a controlled family study. *American journal of psychiatry*, 159 (10): str. 1760–1766.
- Svetska zdravstvena organizacija – SZO (1998). MKB 10 – klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja – dijagnostički kriterijumi za istraživanje. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva.
- Swickert, R. J., Hittner, J. B., Foster, A. (2010). Big five traits interact to predict perceived social support. *Personality and individual differences*, 48(6), str. 736–741.
- Straussner, Sh. L. A. (2004). Clinical work with substance-abusing clients. U Straussner,(Urednik) *Clinical social work with substance abusing clients* (revidirano izdanje). NY, New York: Guilford Press.
- Šincek, D., Vuletić, G. (2011). Važnost socijalne podrške za kvalitetu života – Istraživanje kvalitete života emigranata i osoba koje žive u vlastitoj domovini. *Kvaliteta života i zdravlje*, Hrvatska zaklada za znanost, Filozofski fakultet Sveučilišta u Osijeku, str. 52–72.
- Škrljak, M. (2009). *Licnost i traženje uzbudjenja kod volonterskih skupina visoke i niske rizičnosti*. Neobjavljeni diplomski rad. Sveučilište u Zagrebu, Studij psihologije.
- Preuzeto sa:  
[https://www.vcz.hr/userfiles/Licnost\\_i\\_trazanje\\_uzbudjenja\\_kod\\_volonterskih\\_skupina\\_visoke\\_i\\_niske\\_rizičnosti.pdf](https://www.vcz.hr/userfiles/Licnost_i_trazanje_uzbudjenja_kod_volonterskih_skupina_visoke_i_niske_rizičnosti.pdf)
- Thoits, P. (1986). Social support as coping assistance, *Journal of consulting and clinical psychology*. 1986 Aug; 54(4) str. 416–423.
- Trejos-Herrera, A. M., Bahamón, M. J., Alarcón-Vásquez, Y., Vélez, J. I., Vinaccia, S. (2018). Validity and reliability of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in Colombian adolescents. *Psychosocial intervention*, 27(1), str. 56–63.
- Preuzeto sa:  
<https://www.redalyc.org/jatsRepo/1798/179855190006/html/index.html>
- Tucker, J. A., Vuchinich, R. E., Sobell, M. B. (1981). Alcohol consumption as a self-handicapping strategy. *Journal of abnormal psychology*, 90(3), str. 220–230.
- UNDP, Federacija BiH, Global Fund (2014). Opioidna supstitucijska terapija (OST) – Vodič za osoblje kazneno-popravnih ustanova. Sarajevo, 2014.
- Preuzeto sa:

<https://www.zzjzfbih.ba/wp-content/uploads/2019/01/Vodi%C4%8D-za-osoblje-KPZ-OST-terapija.pdf>

UNICEF Bosna i Hercegovina (2010). *Izvještaj o biološko-bihevioralnom istraživanju među injekcionim korisnicima droge u Bosni i Hercegovini, 2009: Istraživanje ispitanicima-definiranog uzorka, UNICEF/UNDP, Sarajevo/Banja Luka.*

Preuzeto sa:

<https://www.zzjzfbih.ba/wp-content/uploads/2014/06/BBS-IDU-bos2009.pdf>

United Nations Office on Drugs and Crime – UNODC (2010). *World Drug Report 2010.* Vienna: UNODC.

United Nations Office on Drugs and Crime – UNODC (2018). *Executive summary conclusions and policy implications, World Drug Report 2018.* (United Nations publication, Sales No. E.18.XI.9).

Vaselić Letić, N., Jojić, D., Lakić, S. (2013). Porodična afektivna vezanost, socijalna podrška i modaliteti suočavanja sa perinatalnom patologijom. *Psihološka razmatranja i perspektive, tematski zbornik radova.* Departman za psihologiju. Univerzitet u Nišu.

Verheul, R., Van den Brink, W., Hartgers, C. (1995). Prevalence of psychopathy disorders among alcoholics and drug addicts: An overview in substance abusers. *British journal of addiction* 87, str. 179–187.

Vlada Republike Hrvatske, EMCDDA (2015). Smjernice za psihosocijalni tretman ovisnosti o drogama u zdravstvenom, socijalnom i zatvorskom sustavu Vlade Republike Hrvatske (2015).

Preuzeto sa:

[http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_231223\\_EN\\_HR04\\_Smjernice\\_za\\_psihosoc\\_tretman](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_231223_EN_HR04_Smjernice_za_psihosoc_tretman).

Volkow, N.D., Fowler, J.S., Wang, G.J., Swanson, J.M. (2004). Dopamine in drug abuse and addiction: results from imaging studies and treatment implications. *Molecular psychiatry*, 2004 (9), Nature Publishing Group.

Vrućinić, Ž. (2012). Socijalna podrška i nezaposlenost. *Defendologija; Teorijsko-stručni časopis za pitanja zaštite, bezbjednosti, odbrane, obrazovanja, obuke i osposobljavanja.* Vol. 31(15). str. 76–82.

Vučković, N. (2009). *Droga i medicina.* Novi Sad: Futura; 2009.

Vučurević, M., Nikolić, G., Novaković, S., Marinković, G., Srđanović, Z. (2009). Sudsko medicinski aspekti narkomanije. *ABC – časopis urgentne medicine*, 9(1), str. 12–15.

Preuzeto sa: <http://urgentnamedicina.sld.org.rs/dotAsset/63806.pdf>

- Vulić-Prtorić A., Macuka I. (2005). Stresni životni događaji i depresivnost u adolescenciji u odnosu na konzumiranje sredstava ovisnosti, u Miharija M. i sar. (urednik), *Borba protiv ovisnosti – borba za zdravu obitelj* – Zbornik radova, Zagreb: Vlada RH, Ured za suzbijanje zlouporabe opojnih droga, str. 437–444.
- Wagner, M. K. (2001). Behavioral characteristics related to substance abuse and risktaking, sensation-seeking, anxiety sensitivity and self-reinforcement. *Addictive behaviors*, 26, str. 115–120.
- Weisberg, Y. J., DeYoung, C. G., Hirsh, J. B. (2011). Gender differences in personality across the ten aspects of the Big Five. *Frontiers in psychology*.
- Williams, J. S. (2003). NIDA Research – *Grouping high-risk youths for prevention may harm more than help*. NIH Publikacion January. 03-3478.
- Wills, T. A., Shiffman, S. (1985). Coping behavior and its relation to substance use: A conceptual framework. U Shiffman i Wills (urednik), *Coping and substance use*. New York: Academic Press.
- Wills, T. A. i Shinar, O. (2004). Measuring perceived and received social support. U S. Cohen, L.G. Underwood i B.H. U Gotlieb (urednik), *Social support measurement and intervention*. New York: Oxford University Press, str. 86–136.
- Wilson, G. T. (1987). Cognitive Processes in Addiction. *British journal of addiction*, 82 (4) str. 343–353.
- World Health Organisation – WHO (2004). *Neuroscience of psychoactive substance use and dependence*. Geneva: WHO.
- World Health Organization – WHO (2006). *Disease control priorities related to mental, neurological, Developmental and substance abuse disorders*. Geneve: WHO
- World Health Organisation – WHO (2009). *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*. Geneva: WHO.
- World Health Organisation – WHO (1994). *Lexicon of alcohol and drug terms*. Geneva: WHO. Preuzeto sa:  
[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39461/9241544686\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39461/9241544686_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Zimmerman, B. J. (2000). Attaining self-regulation: A social cognitive perspective. U Boekaerts, M, Pintrich, P.R, Zeidner M. (Urednik). *Handbook of self-regulation*. San Diego: Academic Press.

- Zimmerman, M., Coryell, W. (1989). DSM-III Personality diagnoses in nonpatient sample: Demographic correlates and comorbidity. *Archives of general psychiatry*, 46 str. 682–689.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*, 52, str. 30–41.
- Zuckerman, M., Eysenck, S. B. J., Eysenck, H. J. (1978). Sensation seeking in England and America: Cross-cultural, age, and sex comparisons. *Journal of Consulting and clinical psychology*, 46(1), str. 139–149.
- Zuckerman, M. (1979). Sensation seeking: Beyond the optimal level of arousal. New York: John Wiley.
- Zuckerman, M. (1993). *Sensation seeking scale*. The biological domain.
- Preuzeto sa:
- <http://people.eku.edu/falkenberv/psy305/assigments/dlal.htm>
- Zuckerman, M. (1994). *Behavioral expressions and biosocial bases of sensation seeking*. New York: Cambridge University Press.
- Zuckerman, M. (1996). The psychobiological model for impulsive unsocialized Sensation seeking: A comparative approach, *Neuropsychobiology*, 34 (3), str. 125–139.
- Zuckerman, M., Cloninger, R. C. (1996). Relationships between Cloninger's, Zuckerman's and Eysenck's dimensions of personality. *Personality and individual differences*, 21, str. 283–285.
- Zuckerman, M., Kieffer, S. C., Knee, C. R. (1998). Consequences of self-handicapping: Effects on coping, academic performance, and adjustment. *Journal of personality and social psychology*, 74(6), str. 1619–1628.
- Zuckerman, M., Kuhlman, D. M. (2000). Personality and risk taking. *Journal of personality*, 68(6), str. 999–1029.
- Zuckerman, M. (2002). Zuckerman – Kuhlman Personality questionnaire: An alternative five factorial model. U B. DeRaad i M. Perusini (Urednik), *Big Five Assessment*. Seattle: Hogrefe and Huber Publishers.
- Žarković-Palijan, T. (2005). *Značajke osobnosti alkoholičara počinitelja i nepočinitelja kaznenih djela*. Neobjavljena doktorska disertacija, Sveučilište u Zagrebu.
- Živčić-Bećirević, I. (1995/96.) Konstrukcija skale percipirane socijalne podrške za djecu. *Godišnjak Zavoda za Psihologiju*. Rijeka: Pedagoški fakultet Sveučilišta u Rijeci, str. 91–98.

## **PRILOZI**

Prilog 1

JZU Kantonalni Zavod za bolesti ovisnosti ZE-DO kantona

Datum : \_\_\_\_\_

Broj pacijenta: \_\_\_\_\_

### **PRISTANAK NA PSIHOLOGIČKO TESTIRANJE**

**KOJE ĆE PROVESTI MR.SC. MUJČINOVIC NERMANA, PSIHOLOG**

Nakon što su mi detaljno objašnjeni uslovi i načini psihodijagnostičkog testiranja, zatim sve pojedinosti oko statističke obrade podataka te upotrebe podataka u naučne svrhe i za doktorsku studiju ja

---

(ime i prezime)

dobrovoljno pristajem da uradim potrebne upitnike, skale i testove te prihvatom da se dobijeni rezultati koriste u naučne svrhe i za doktorsku studiju uz obavezu apsolutne zaštite mog identiteta. Moje ime i prezime nikada, ni pod kakvim uslovima, neće biti javno objavljeno niti upotrebljeno, a za učešće u ovom radu neću biti plaćen/a niti imati bilo kakvu drugu materijalnu naknadu.

Upoznat/a sam sa pravom da svoju izjavu – pristanak mogu povući u svakom trenutku.

**Potpis:**

---

Prilog 2

UPITNIK LIČNIH PODATAKA

- Spol: M Ž
- Godina rođenja: \_\_\_\_\_ god.
- Moj problem sa ovisnošću traje oko \_\_\_\_\_ godina.
- Na liječenju sam u Zavodu za bolesti ovisnosti od \_\_\_\_\_ godine.

ZAOKRUŽI:

- Živim u:  
a) stanu              b) kući              c) kao podstanar              d) beskućnik
- Živim:  
a) sam/a  
b) sa oba roditelja i sa braćom i/ili sestrama  
c) sam sa oba roditelja  
d) sa mamom ( i braćom i sestrama) jer su roditelji razvedeni  
e) sa ocem ( i braćom i sestrama) jer su roditelji razvedeni  
f) sa mamom ( i braćom i sestrama) jer je otac umro  
g) sa ocem ( i braćom i sestrama) jer je mama umrla  
h) sa suprugom (bračno ili vanbračno)  
i) sa suprugom i djecom (bračnim ili vanbračnim)  
(Napisati koliko djece imate \_\_\_\_\_)  
j) sa rodbinom (brat, sestra, djed,...)  
k) sa prijateljima  
l) ništa od navedenog nego \_\_\_\_\_
- Bračni status:  
a) samac  
b) oženjen/udata  
c) razveden/a  
d) udovac/ica  
e) vanbračna zajednica
- Broj članova porodice (u zajedničkom kućanstvu) \_\_\_\_\_

- Školska spremam:

- a) nekompletna osnovna škola
- b) kompletna osnovna škola
- c) trogodišnja srednja škola
- d) četverogodišnja srednja škola
- e) viša škola
- f) fakultet
- g) postdiplomski studiji ili više

- Radni status:

- a) zaposlen
- b) nezaposlen i prijavljen na zavod za zapošljavanje
- c) nezaposlen i neprijavljen na zavod za zapošljavanje
- d) penzioner
- e) student
- f) samostalna djelatnost (obrtnik, poduzetnik, poljoprivrednik i drugo)
- g) ostalo

- Radni staž:

- a) nemam radni staž
- b) manje od godinu dana radnog staža
- c) od godine do 5 godina radnog staža
- d) od 6 godina do 10 godina radnog staža
- e) od 10 do 20 godina radnog staža
- f) preko 20 godina radnog staža

- Moji mjesecni prihodi su:

- a) redovni, stalni i dovoljni za moje potrebe
- b) redovni, stalni ali nedovoljni za moje potrebe
- c) neredovni, nestalni ali dovoljni za moje potrebe
- d) neredovni, nestalni i nedovoljni za moje potrebe

- Kriminalitet:

- a) Do sada nikada nisam osuđivan.
- b) Osuđivan sam ali nisam do sada bio u zatvoru.
- c) Osuđivan sam i bio sam jednom u zatvoru ali više nemam krivičnih djela.
- d) Osuđivan sam i bio sam dva ili više puta u zatvoru ali više nemam krivičnih djela.
- e) Osuđivan sam i bio sam u zatvoru i imam još krivičnih djela u sudskoj proceduri.

Prilog 3

**CMR FACTOR SCALES  
(CIRCUMSTANCES, MOTIVATION, and READINESS SCALES for  
SUBSTANCE ABUSE TREATMENT)**

Način kako se osjećate snažno utječe i na tok Vašeg liječenja. Različito se osjećamo po pitanju životnih okolnosti, problema u životu, onoga što mislimo o sebi samima i onoga što mislimo o tretmanu. Pažljivo razmislite o pitanjima koja slijede i zaokružite broj ispod odgovora koji je najbliži onome što Vi lično osjećate i mislite.

<b>OKOLNOSTI: VANJSKE (1-3), UNUTARNJE (4-6)</b>						
		U potpunosti se ne slažem	Ne slažem se	Niti se slažem, niti se ne slažem	Slažem se	Potpuno se slažem
1.	Sigurno bih završio u zatvoru da nisam započeo liječenje.	1	2	3	4	5
2.	Sigurno bih došao na liječenje i bez pravnih (zakonskih) pritisaka.	1	2	3	4	5
3.	Moja porodica mi ne bi dozvolila da ostanem u kući da nisam došao na liječenje.	1	2	3	4	5
4.	Vjerujem da će moja porodica / partner pokušati da me nagovore da napustim liječenje nakon par mjeseci.	5	4	3	2	1
5.	Zabrinut sam kako će zarađivati novac ako svakodnevno budem morao dolaziti na liječenje.	5	4	3	2	1
6.	Imam previše problema u životu za koje mislim da će mi smetati da bi se potpuno izlječio.	5	4	3	2	1
<b>MOTIV ZA PROMJENOM</b>						
		U potpunosti se ne slažem	Ne slažem se	Niti se slažem, niti se ne slažem	Slažem se	Potpuno se slažem
7.	Osjećam da mi je ovisnost o narkoticima veoma ozbiljan problem u životu.	1	2	3	4	5
8.	Često sebe ne volim jer sam ovisnik.	1	2	3	4	5

9.	Osjećam da će moj život biti sve gori ako se ne promjenim.	1	2	3	4	5
10.	Osjećam se loše zbog načina kako sam povrijedio neke ljudе jer sam bio na narkoticima.	1	2	3	4	5
11.	Za mene je najvažnija stvar na svijetu da prestanem uzimati narkotike.	1	2	3	4	5

#### SPREMNOST ZA LIJEČENJE

		U potpunosti se ne slažem	Ne slažem se	Niti se slažem, niti se ne slažem	Slažem se	Potpuno se slažem
12.	Vjerujem da sam mogu prestati kad god hoću sa narkoticima i da mi ovo liječenje nije bitno.	5	4	3	2	1
13.	Došao sam da se liječim jer vjerujem da sam spremан raditi na svojoј ličnoј promjeni.	1	2	3	4	5
14.	Uradit ću sve što treba da moj život vratim na pravi put.	1	2	3	4	5
15.	Ne vidim nikakav drugi izbor u ovom momentu nego da počнем bilo kakvo liječenje.	1	2	3	4	5
16.	Zaista ne vjerujem da mogu prestati sa narkoticima posve sam, bez profesionalne pomoći.	1	2	3	4	5
17.	Istinski sam umoran od korištenja narkotika i stvarno trebam promjenu ali ne mogu sam.	1	2	3	4	5
18.	Spreman sam za početak liječenja i za liječenje što je prije moguće.	1	2	3	4	5

## Prilog 4

### ZKPQ (50 - CC)

Poštovani, pred Vama se nalazi ZKPQ (50 - CC), upitnik procjene ličnosti. U nastavku se nalazi niz tvrdnji koje ljudi mogu koristiti da opišu sebe. Pročitajte svaku tvrdnju i odlučite da li Vas opisuje ili ne. Ako se slažete, zaokružite TAČNO pored tvrdnje. Ako se ne slažete, zaokružite NETAČNO. Odgovorite na svaku tvrdnju, čak i ako niste sigurni u odgovor.

1. Kada se naljutim, u stanju sam da kažem užasne stvari.	Tačno	Netačno
2. Ne volim da gubim vrijeme na sjedenje i opuštanje.	Tačno	Netačno
3. Normalno mi je da psujem kada sam ljut.	Tačno	Netačno
4. Ne smeta mi da izadem sam i obično mi to više prija nego da idem u velikoj grupi.	Tačno	Netačno
5. Zauzet sam više od većine ljudi.	Tačno	Netačno
6. Često reagujem impulsivno.	Tačno	Netačno
7. Skoro nikada nemam potrebu da nekoga udarim.	Tačno	Netačno
8. Provodim sa prijateljima koliko god mogu više vremena.	Tačno	Netačno
9. Često osjećam napetost u tijelu bez nekog jasnog razloga.	Tačno	Netačno
10. Često sam uzneniren.	Tačno	Netačno
11. Kada me neko uvrijedi, trudim se da ne mislim o tome.	Tačno	Netačno
12. Volim stalno nešto da radim.	Tačno	Netačno
13. Volio bih da pođem na putovanje, a da ne znam unaprijed kuda će ići i koliko će ostati.	Tačno	Netačno
14. Preosjetljiv sam i lako me povrijede nečije nepromišljene primjedbe ili postupci.	Tačno	Netačno
15. Nemam potrebu za velikim brojem poznanika.	Tačno	Netačno
16. Mogu da uživam u lijencarenju i dokolici.	Tačno	Netačno
17. Uživam u novim situacijama u kojima se ne može predvidjeti kako će se stvari odvijati.	Tačno	Netačno
18. Lako se uplašim.	Tačno	Netačno
19. Ako mi ljudi dosađuju, to im i kažem.	Tačno	Netačno
20. Osjećam se nelagodno na velikim žurkama (dernecima).	Tačno	Netačno
21. Ne osjećam potrebu da stalno nešto radim.	Tačno	Netačno
22. Ponekad me uhvati panika.	Tačno	Netačno
23. Na žurkama uživam da se pomiješam sa ljudima, poznavao ih ili ne.	Tačno	Netačno
24. Ponekad volim da činim stvari koje su pomalo zastrašujuće.	Tačno	Netačno
25. Na odmoru više volim da se bavim nekim aktivnim sportom, nego samo da se izležavam.	Tačno	Netačno
26. Želio bih da isprobam sve u životu.	Tačno	Netačno
27. Često sam nesiguran u sebe.	Tačno	Netačno
28. Ne bi mi smetalo da sam provedem neko vrijeme negdje na usamljenom mjestu.	Tačno	Netačno
29. Volim da opteretim sebe napornim poslovima ili treninzima.	Tačno	Netačno
30. Volio bih da živim životom u kom ima mnogo		

<u>putovanja, promjena i uzbuđenja.</u>	Tačno	Netačno
31. Često brinem o stvarima koje drugi ljudi smatraju nevažnim.	Tačno	Netačno
<u>32. Ne mogu da se suzdržim od rasprave</u> kada se ljudi ne slažu sa mnom.	Tačno	Netačno
<u>33. U principu volim da budem sam, tako da</u> mogu da radim ono što želim bez uznemiravanja.	Tačno	Netačno
34. Ponekad činim luckaste stvari samo zbog zabave.	Tačno	Netačno
35. Imam veoma tešku narav.	Tačno	Netačno
36. Volim da budem aktivan čim ustanem ujutro.	Tačno	Netačno
37. Moram biti grub prema ljudima koje ne volim.	Tačno	Netačno
38. Ja sam veoma društvena osoba.	Tačno	Netačno
39. Volim prijatelje koji su nepredvidljivi i uzbudljivi.	Tačno	Netačno
40. Često mi se plače, ponekad i bez razloga.	Tačno	Netačno
41. Volim sve vrijeme da budem zauzet.	Tačno	Netačno
<u>42. Često me nove i uzbudljive stvari i ideje tako ponesu</u> da ne razmišljam o mogućim komplikacijama.	Tačno	Netačno
43. Ne dozvoljavam da me uznemiravaju nevažne stvari.	Tačno	Netačno
<u>44. Uvijek sam strpljiv sa ljudima, čak i kada me nerviraju.</u>	Tačno	Netačno
45. Obično više volim da radim sam.	Tačno	Netačno
46. Često se osjećam nelagodno bez nekog pravog razloga.	Tačno	Netačno
<u>47. U druženju sa prijateljima provodim vjerovatno i više vremena</u> nego što bi trebalo.	Tačno	Netačno
<u>48. Kada nešto radim, radim to sa puno energije.</u>	Tačno	Netačno
49. Volim "divlje žurke", bez ograničenja.	Tačno	Netačno
50. Kada neko više na mene, ja mu uzvratim.	Tačno	Netačno

**UPUTSTVO:**

Svaka od dolje navedenih čestica sadrži po dva odgovora, A i B. Molimo Vas da označite koji odgovor bolje opisuje šta se Vama sviđa ili kako se osjećate. U nekim će slučajevima oba odgovora opisivati šta volite ili osjećate. Molimo Vas da u tom slučaju odaberete onaj odgovor koji Vas bolje opisuje. U nekim Vam se slučajevima neće svidati nijedan odgovor. U tim slučajevima označite odgovor koji Vam je manje odbojan. Molimo Vas da odgovorite na sve čestice. Važno je da kod svake čestice označite samo jedan odgovor, A ili B. Zanima nas samo šta se Vama sviđa i kako se Vi osjećate, a ne kako se drugi osjećaju u vezi s tim ili kako bi se neko trebao osjećati. Ne postoje tačni i netačni odgovori. Budite otvoreni i dajte svoj iskreni prikaz.

1. A Volim „divlje“ razuzdane zabave.  
B Više mi se sviđaju mirne zabave s ugodnim razgovorom.
2. A Postoje filmovi koje volim gledati po drugi ili čak treći put.  
B Ne podnosim gledanje filma koji sam već pogledao.
3. A Često poželim biti alpinist.  
B Ne mogu razumjeti ljude koji ugrožavaju svoj život baveći se alpinizmom.
4. A Ne podnosim nikakve tjelesne mirise.  
B Sviđaju mi se neki od prirodnih mirisa tijela.
5. A Dosadi mi kad gledam stalno ista lica.  
B Volim ugodnu prisnost stalnih prijatelja.
6. A Volim sam istraživati nepoznati grad ili dio grada, čak i ako se mogu izgubiti.  
B Kad sam u nepoznatom mjestu, volim imati vodiča.
7. A Ne sviđaju mi se ljudi koji govore ili rade stvari samo kako bi šokirali ili uznemirili druge.  
B Kad možeš predvidjeti skoro sve što će osoba napraviti ili reći, onda je s njom sigurno dosadno.
8. A Obično mi se ne sviđa film ili predstava kad mogu predvidjeti što će se dogoditi.  
B Ne smeta me gledanje filma ili predstave kad mogu predvidjeti što će se dogoditi.
9. A Probao sam ili bih volio probati marihanu.  
B Nikad ne bih pušio marihanu.
10. A Ne bih volio probati nijednu vrstu droge čije djelovanje na mene može biti neuobičajeno ili opasno.  
B Volio bih probati (ili sam već probao) neku vrstu droge koja izaziva halucinacije.

11. A Razumna osoba izbjegava opasne aktivnosti.  
B Ponekad volim raditi stvari koje su pomalo zastrašujuće.
12. A Nikad se ne bih upustio u seks s nepoznatom osobom na zabavi.  
B Volio bih imati seksualni kontakt s nepoznatom osobom na zabavi.
13. A Stimulirajuća sredstva izazivaju u meni nelagodu.  
B Često se volim osjećati opijeno (pijući alkohol ili pušeći marihuanu).
14. A Volim probati hranu koju nikad prije nisam jeo.  
B Naručujem jela koja sam već probao, kako bih izbjegao razočaranje i neugodu.
15. A Volim gledati kućne filmove, video snimke i dijapozitive s putovanja.  
B Izrazito mi je dosadno gledanje nečijih kućnih filmova, video snimki i dijapozitiva s putovanja.
16. A Volio bih se baviti skijanjem na vodi.  
B Ne bih se volio baviti skijanjem na vodi.
17. A Volio bih probati surfati na dasci.  
B Ne bih volio probati surfati na dasci.
18. A Volio bih otići na putovanje bez ikakvog plana.  
B Kad idem na put, volim pažljivo sve unaprijed isplanirati.
19. A Više mi se kao prijatelji svidaju ljudi koji stoje čvrsto na zemlji.  
B Volio bih se sprijateljiti s pripadnicima nekonvencionalnih grupa poput umjetnika i punkera.
20. A Ne bih volio naučiti upravljati avionom.  
B Volio bih naučiti upravljati avionom.
21. A Bolje se osjećam na površini vode nego u njezinim dubinama.  
B Volio bih probati dubinsko ronjenje.
22. A Volio bih upoznati ljude homoseksualne orijentacije (muškarce i žene).  
B Držim se podalje od svih za koje mislim da su homoseksualne orijentacije.
23. A Volio bih probati skakanje padobranom.  
B Nikad ne bih poželio iskočiti iz aviona s padobranom.
24. A Više volim uzbudljive i nepredvidljive prijatelje.  
B Više volim pouzdane i predvidljive prijatelje.
25. A Ne zanimaju me iskustva samo radi iskustva.  
B Volim nova i uzbudljiva iskustva i doživljaje čak i kad su pomalo nekonvencionalni, protuzakoniti i zastrašujući.

26. A Tajna dobre umjetnosti leži u njenoj jasnoći, simetriji oblika i harmoniji boja.  
B Često nalazim ljepotu u „sukobljenim“ bojama i nepravilnim oblicima slikarstva.
27. A Volim provoditi vrijeme u poznatom okruženju svoga doma.  
B Postanem nemiran kad moram boraviti kod kuće.
28. A Volim skakati u vodu s visoke skakaonice.  
B Ne sviđa mi se kako se osjećam kad stojim na visokoj skakaonici (ili kad joj se samo približim).
29. A Volim izlaziti s fizički privlačnim osobama suprotnog spola.  
B Volim izlaziti s osobama suprotnog spola koje vole i cijene iste stvari kao i ja.
30. A Opijanje uglavnom upropasti zabavu jer ljudi postanu glasni i neobuzdani.  
B Pune čaše su tajna svake dobre zabave.
31. A Najgori društveni grijeh je biti nepristojan.  
B Najgori društveni grijeh je biti dosadan.
32. A Prije stupanja u brak ljudi bi trebali imati određenu količinu seksualnih iskustava.  
B Bolje je da bračni parovi započnu svoja seksualna iskustva jedno s drugim.
33. A Čak i kad bih imao novaca ne bih se volio družiti s hirovitim bogatašima iz „jet seta“.  
B Mogu se zamisliti kako uživam po cijelom svijetu s „jet setom“.
34. A Sviđaju mi se britki i duhoviti ljudi, iako ponekad znaju uvrijediti druge.  
B Ne sviđaju mi se ljudi koji se zabavljaju tako da povrijede tuđe osjećaje.
35. A Mislim da u filmovima ima previše seksa.  
B Uživam gledati mnoge seksi scene u filmovima.
36. A Najbolje se osjećam kad malo popijem.  
B Nešto nije u redu s ljudima koji trebaju alkohol da bi se dobro osjećali.
37. A Ljudi bi se trebali oblačiti u skladu s nekim pravilima ukusa, urednosti i stila.  
B Ljudi bi se trebali oblačiti u skladu s vlastitom osobnošću čak i ako su efekti ponekad neobični.
38. A Plovidba na velike udaljenosti malim brodom je ludo odvažna.  
B Volio bih ploviti na velike udaljenosti u malom, ali za plovidbu sigurnom brodu.
39. A Nemam strpljenja s tupim i dosadnim osobama.  
B Nalazim nešto zanimljivo u skoro svakoj osobi s kojom razgovaram.
40. A Skijanje niz veliku padinu je dobar način da se završi u gipsu.  
B Mislim da bih uživao brzo skijati niz padinu.

Prilog 6

**Upitnik za procjenu samohendikepiranja**

Pažljivo razmislite o tvrdnjama koje slijede i zaokružite broj ispod odgovora koji je najbliži onome što Vi lično osjećate i mislite o sebi.

		U potpunosti se neslažem	Neslažem se	Niti seslažem, niti se neslažem	Slažem se	Potpuno seslažem
1.	Zbog bolešljivosti nisam uspješan u mnogim zadacima.	0	1	2	3	4
2.	Zaokupljenost detaljima me usporava u raznim aktivnostima.	0	1	2	3	4
3.	Loša saradnja sa kolegama otežava mi napredovanje.	0	1	2	3	4
4.	Bio bih prihvaćeniji u društvu da me nije stid da izrazim svoje stavove.	0	1	2	3	4
5.	Ne stižem da se posvetim prijateljima jer imam puno obaveza.	0	1	2	3	4
6.	Da nemam tako puno prijatelja mogao bih više vremena provesti sa partnerom.	0	1	2	3	4
7.	Imao bih veći krug prijatelja da nisam povučen.	0	1	2	3	4
8.	Ljenost me sprečava da postignem više.	0	1	2	3	4
9.	Pred važne događaje imam problema sa spavanjem.	0	1	2	3	4
10.	Čak i kada nisam dobro pripremljen, veče uoči važnog događaja provodim zabavljajući se.	0	1	2	3	4
11.	Otežano disanje me ometa tokom javnog nastupa.	0	1	2	3	4
12.	Da nemam poteškoće sa organizovanjem vremena, postigao bih mnogo više.	0	1	2	3	4

13.	Da nisam stidljiv imao bih više sreće u ljubavi.	0	1	2	3	4
		U potpunosti se neslažem	Neslažem se	Niti seslažem, niti se neslažem	Slažem se	Potpuno seslažem
14.	Da nisam nesiguran saradnici bi me više poštovali.	0	1	2	3	4
15.	Privlače me javne ličnosti (pjevači, glumci ili druge zvezde) s kojima su male šanse da stupim u kontakt.	0	1	2	3	4
16.	Finansijska nesigurnost mi narušava odnos sa partnerom u emotivnoj vezi.	0	1	2	3	4
17.	Prilika za započinjanje ljubavne veze mi iskrne baš kada nemam vremena da se tome posvetim.	0	1	2	3	4
18.	Kad imam neku obavezu, nešto privlačnije mi odvuče pažnju.	0	1	2	3	4
19.	Sklon sam odustajanju ako nešto ne mogu savršeno da uradim.	0	1	2	3	4
20.	Da nemam loš odnos sa prepostavljenima, bio bih uspešniji.	0	1	2	3	4
21.	Postižem manje nego što sam očekivao.	0	1	2	3	4
22.	Nisam dovoljno efikasan jer izaberem nesposobne saradnike.	0	1	2	3	4
23.	Višak kilograma mi smeta u ljubavi.	0	1	2	3	4
24.	Ljudi me izbjegavaju jer u njihovom prisustvu uglavnom šutim.	0	1	2	3	4
25.	Imao bih više uspjeha u ljubavi da mi se ne dopadnu oni koji su za mene nedostižni.	0	1	2	3	4
26.	Da se osobe iz okruženja ne miješaju, imao bih uspješniju ljubavnu vezu.	0	1	2	3	4
27.	Blokiram se kada moram nešto javno da kažem.	0	1	2	3	4

28.	Nedostatak podrške mi otežava da budem uspješan u mnogim stvarima.	0	1	2	3	4
		U potpunosti se ne slažem	Ne slažem se	Niti se slažem, niti se ne slažem	Slažem se	Potpuno se slažem
29.	Mnoge osobe sam odbio jer sam smotan.	0	1	2	3	4
30.	Dešava mi se da zbog stidljivosti ne mogu da započnem razgovor sa osobom koja mi se dopada.	0	1	2	3	4
31.	Moj ljubavni život bi bio bolji da nisam sklon vezama na daljinu.	0	1	2	3	4
32.	Moja stidljivost je toliko izražena da je za mene bolje da izbjegavam kontakte sa ljudima.	0	1	2	3	4
33.	Više me zainteresuju one osobe suprotnog pola koje ne obraćaju pažnju na mene od onih koje mi prilaze.	0	1	2	3	4
34.	Sklon sam da “bacim oko” na nekog ko je već zauzet.	0	1	2	3	4

## Prilog 7

### MSPSS – Multidimenzionalna skala percipirane socijalne podrške

Pokušavamo doznati kako se Vi osjećate obzirom na tvrdnje koje slijede. Svaku tvrdnju pročitajte pažljivo i procijenite koliko je u skladu s Vašim mišljenjem i iskustvom. Procjene ćete davati tako što ćete na skali od 1 do 7 zaokružiti onaj broj koji najbolje odgovara Vašem mišljenju. Značenje pojedinih brojeva na skali je sljedeće:

- 1-** Potpuno netačno
- 2-** Uglavnom netačno
- 3-** Donekle netačno
- 4-** Niti tačno, niti netačno
- 5-** Donekle tačno
- 6-** Uglavnom tačno

Postoji posebna voljena osoba koja je tu kada mi je teško.	1	2	3	4	5	6	7
Postoji voljena osoba s kojom mogu dijeliti radosti i tuge.	1	2	3	4	5	6	7
Moja se porodica zaista trudi da mi pomogne.	1	2	3	4	5	6	7
Od svoje porodice dobijam emocionalnu podršku i pomoći kada mi je potrebna.	1	2	3	4	5	6	7
Imam voljenu osobu koja je pravi izvor utjehe za mene.	1	2	3	4	5	6	7
Moji se prijatelji zaista trude da mi pomognu.	1	2	3	4	5	6	7
Kada stvari krenu loše mogu računati na svoje prijatelje.	1	2	3	4	5	6	7
Mogu razgovarati o mojim problemima sa svojom porodicom.	1	2	3	4	5	6	7
Imam prijatelje sa kojima mogu podjeliti moje radosti i tuge.	1	2	3	4	5	6	7
U mom životu postoji voljena osoba koju interesuje kako se osjećam.	1	2	3	4	5	6	7
Moja porodica mi rado pomaže da donesem odluke.	1	2	3	4	5	6	7
Mogu razgovarati o mojim problemima sa svojim prijateljima.	1	2	3	4	5	6	7

## Prilog 8

### Pitanja konstruisana za Vodič o percepciji socijalne podrške

1. Kada vam je u životu teško da li imate nekoga da bude uz vas?

- Da li na tu osobu (ili više njih) možete uvijek računati?
- Je li u životu već bilo situacija da ste trebali nekoga uz sebe?
- Ako ne možete da se sjetite nijedne osobe na koju biste se mogli osloniti, postoji li neki razlog zašto je tako?

2. Ko je uz vas kada je teško?

3. Po čemu znate da vas podržavaju?

- Pomaže li vas neko materijalno?
- Ko vas savjetuje?
- Osjećate li da vas poštiju i vole?
- Kakvi savjeti ljudi oko vas su korisni za vaše liječenje?

4. Kako je vaša zavisnost utjecala na podršku koju dobijate?

- Koliko često se desilo da ste primjetili taj uticaj?
- Kako ste se tada osjećali?

5. Koliko je podrška drugih ljudi bitna u vašem liječenju?

- Zbog kojih situacija ste došli do takvih zaključaka?
- Šta mislite, od svih ljudi koje znate, čija bi podrška za vaše liječenje bila najbitnija?
- Ako mislite da je podrška bitna, možete li mi, iz vašeg iskustva, reći u kojem dijelu liječenja je najvažnija?

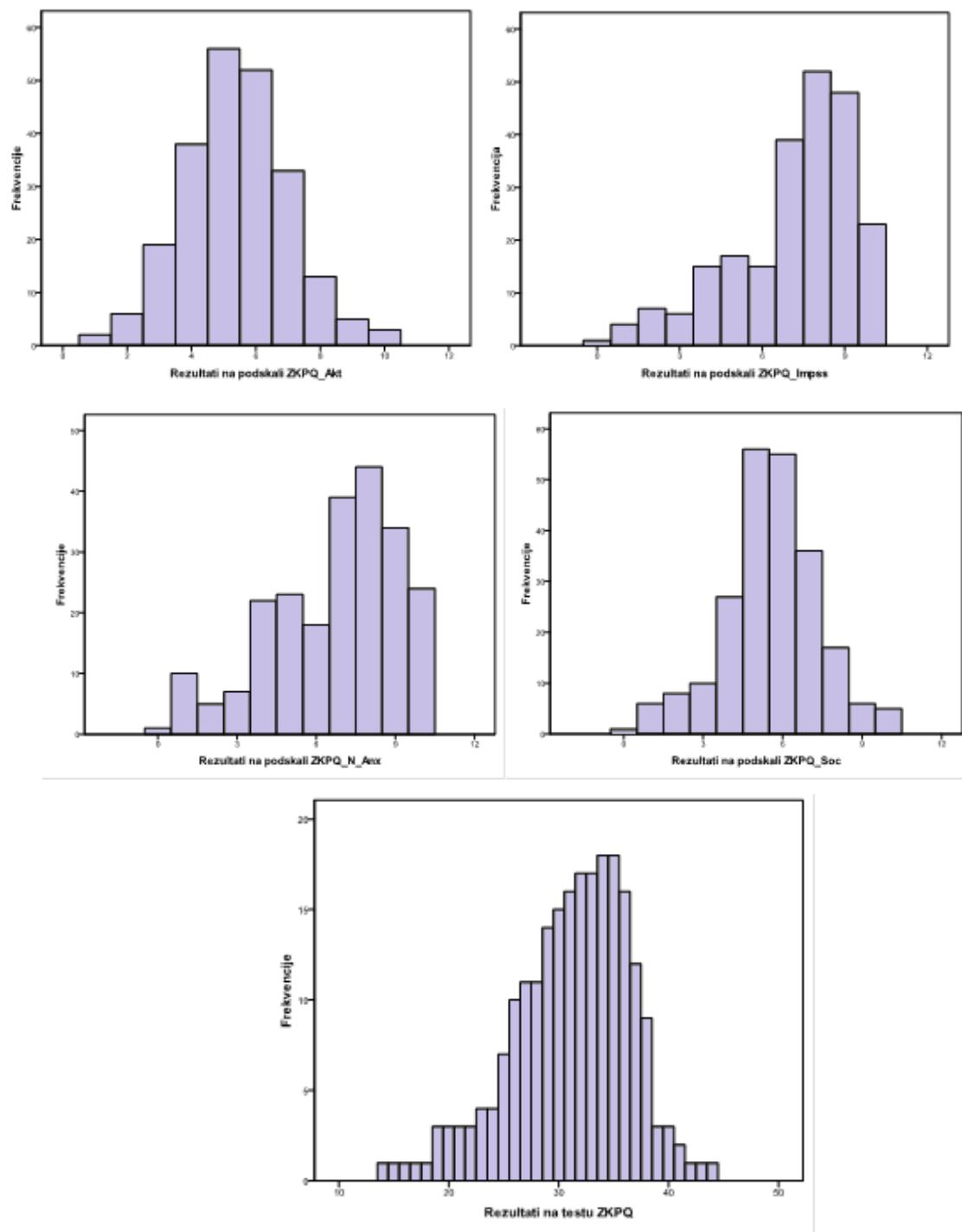
## Prilog 9

### Pitanja konstruisana za Vodič o istrajnosti u liječenju

1. *Kada razmišljate o svom životu, možete li mi reći šta se promijenilo u momentu kada ste počeli sa heroinom?*
  - *Kako je život izgledao prije heroina?*
  - *Koje ste životne probleme imali prije heroina?*
  - *Sjećate li se nekih teških situacija iz tog ranijeg perioda?*
  - *Kakve traume ste doživljavali prije heroina?*
  - *Da ste o heroinu znali ono što znate sada, da li bi počeli da ga uzimate?*
2. *Kada ste prvi put shvatili da ste bolesni i da se trebate liječiti?*
  - *Kad je to bilo?*
  - *Šta vas je natjerala da to shvatite?*
  - *Kako je izgledala ta spoznaja?*
  - *Kako ste se osjećali?*
3. *Šta ste konkretno preduzeli?*
  - *Koliko ste se puta probali sami skinuti sa heroina?*
  - *Koliko je vremena prošlo od početka vaše heroinske zavisnosti pa do dolaska u Zavod na liječenje?*
  - *Koji razlozi su tada utjecali na vas?*
  - *Možete li mi opisati kako je dalje išlo vaše liječenje?*
  - *Kako ste se osjećali?*
  - *Jeste li imali periode kada pokušavate da se skroz skinete sa terapije?*
  - *Koliko puta ste išli na detoksifikaciju?*
4. *Kako ste se osjećali nakon "skidanja" sa heroina?*
  - *Koliko puta ste nakon toga imali recidive?*
  - *Kako ste se osjećali nakon recidiva?*
  - *Opišite mi šta vas je motivisalo za dalje liječenje?*
5. *Kako ste nastavlјali sa liječenjem nakon recidiva?*
  - *Koliko često vam se dešavalо da pomislite kako liječenje neće uspjeti?*
  - *Iz vašeg ličnog iskustva, šta vama pomaže da istrajete u liječenju?*

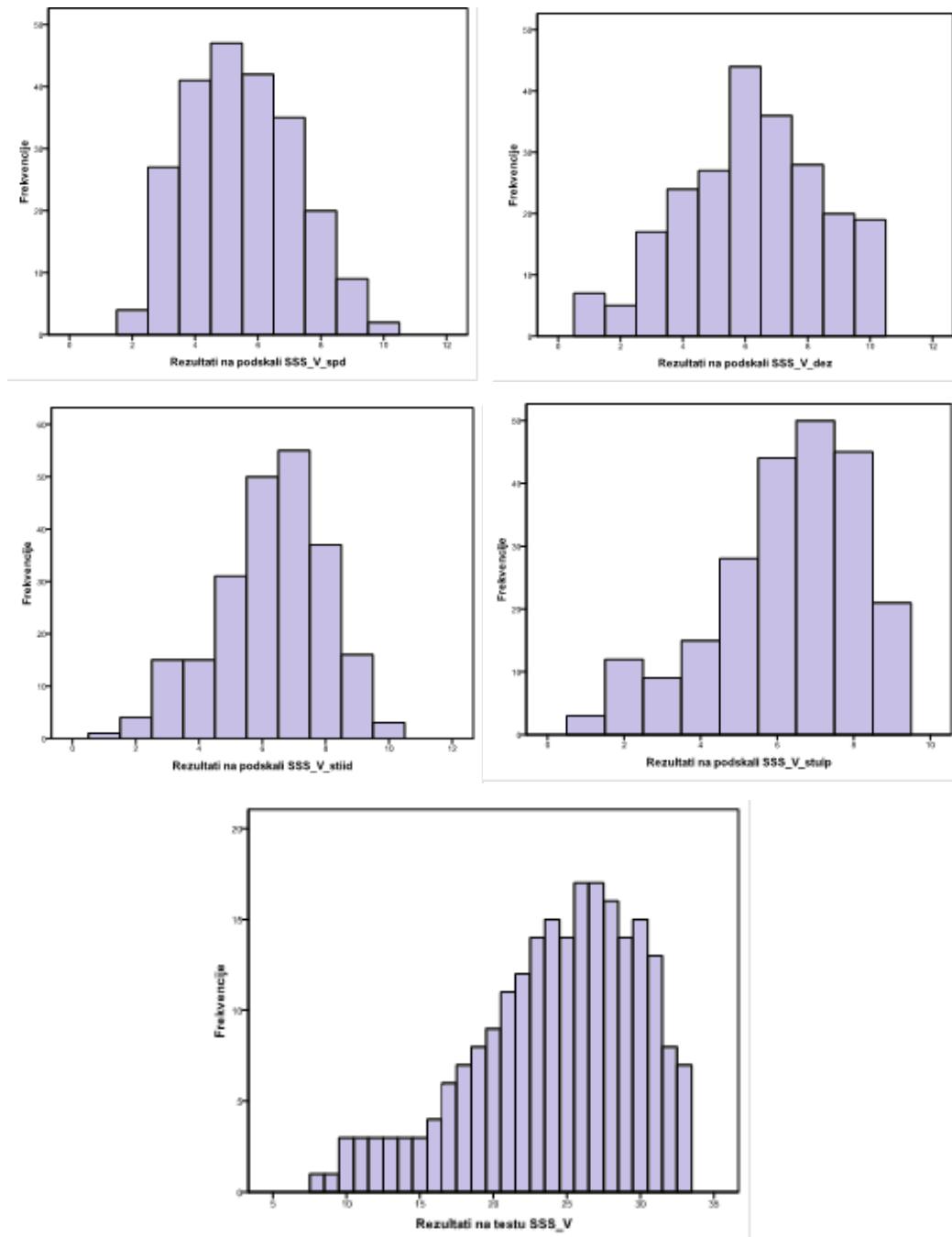
Prilog 10

**Grafikoni distribucije rezultata na supskalama ZKPQ-50-CC i ukupno**



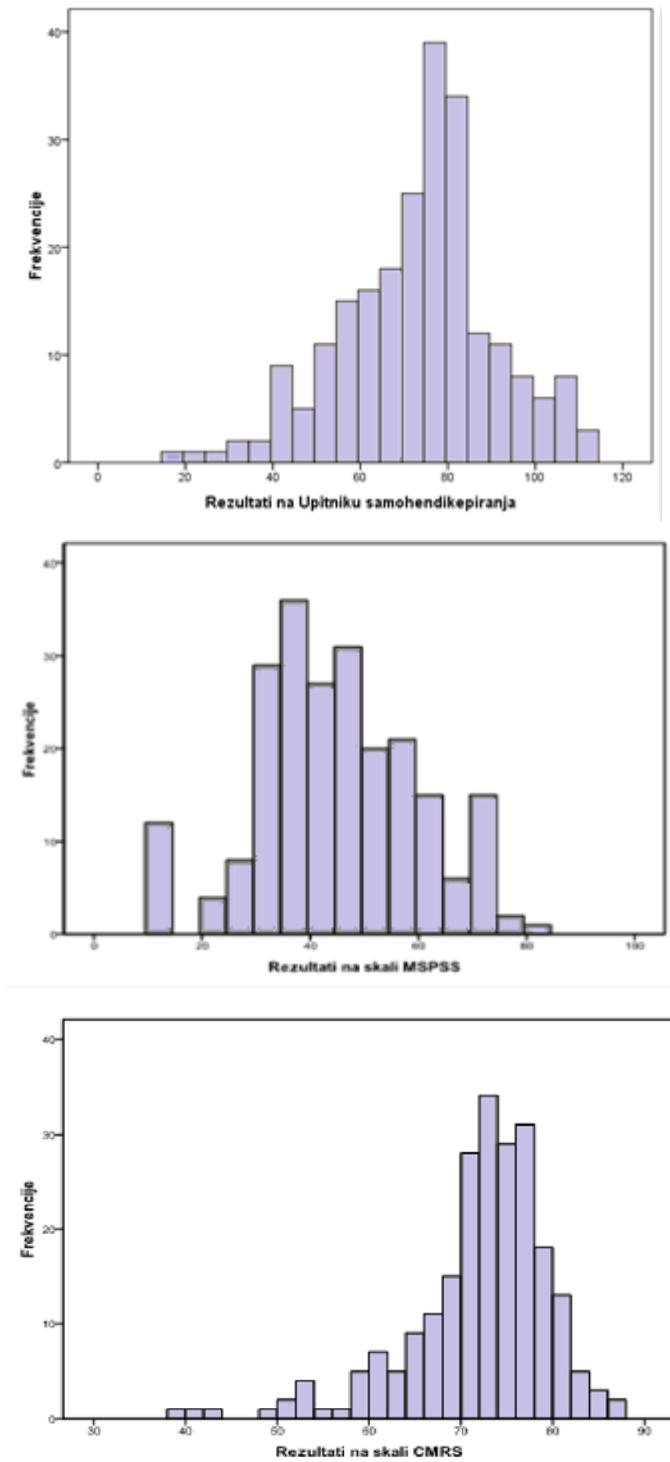
Prilog 11

**Grafikoni distribucije rezultata na supskalama i ukupnoj skali SSS-V**



Prilog 12

**Grafikoni distribucije rezultata za Upitnik samohendikepiranja, skalu MSPSS i skalu CMRS**



## **Biografija**

Nermana Mujčinović je rođena 4.10.1970.godine u Zenici, BiH. Diplomirala je 15.01.1999.godine i dobila zvanje Diplomirani psiholog na Odsjeku za psihologiju Filozofskog fakulteta Univerziteta u Sarajevu. Magistrirala je 04.01.2005.godine i dobila zvanje Magistar dječije i adolescentne psihologije i psihijatrije na Univerzitetu u Sarajevu, Centar za interdisciplinarne postdiplomske studije u saradnji sa Univerzitetom Umea, Švedska. Zbog potrebe stručnog usavršavanja i psihoterapijskog rada, u martu 2008. godine završila je I stepen edukacije iz kognitivno-bihevioralne terapije, a u aprilu 2010. godine završila je II stepen edukacije iz kognitivno-bihevioralne terapije te položila ispit iz potrebnih znanja i vještina. Nastavlja stručno usavršavanje kroz psihoterapijske pristupe te završava III ljetnju školu transakcione analize, u Zenici, 2009. godine, a 2012. godine završava osmosedmični kurs Mindfulness-based transactional analysis (MBTA), pri Institute for Integrative Psychotherapy and Counseling, Ljubljana. U decembru 2014. godine Senat Univerziteta u Banja Luci prihvatio je nacrt njene doktorske teze te je započela rad na doktoratu.

Bogato radno iskustvo počinje sticati 1999. godine kada je radila kao psiholog-asistent na projektu psihološke podršće i detraumatizacije djece sa posttraumatskim stresnim poremećajem na području Zavidovića i Žepča pod supervizijom dr. Hanne Wintsch. Od 1999. godine do 2002. godine je volontirala u U.G. „Lotos“ u Zenici pri Školskom dispanzeru Doma zdravlja, Zenica na dijagnostikovanju i tretmanu djece sa raznovrsnim psihološkim poteškoćama. U istom periodu je u više navrata radila honorarno u Centru za mentalno zdravlje u Zenici i Zavodu za medicinu rada u Zenici na poslovima dijagnostike, terapije i psihosocijalne podrške odraslih pacijenata. Od 2001. godine do 2012. godine od strane Općine Zenica imenovana je za stalnog člana Komisije za kategorizaciju djece i omladine ometene u psihofizičkom razvoju. Od 2001. do 2002. godine radila je kao profesor psihologije u Općoj gimnaziji u Zenici. Od 2002. do 2006. godine bila je zaposlena na mjestu psihologa pri Uredu komesara MUP-a Zeničko-dobojskog kantona i radila je na poslovima zaštite mentalnog zdravlja zaposlenih policijskih službenika, inicirala preventivne kampanje i osmisnila, provela, obradila i prezentovala opsežnu anketu o zloupotrebi narkotika na populaciji srednjoškolaca Kantona. Od aprila 2006. godine honorarano je radila kao voditeljica Savjetovališta za pitanja braka i porodice pri Centru za socijalni rad u Zenici, a od

novembra 2006. godine na tom radnom mjestu je bila stalno zaposlena, te istovremeno započela angažman kao sudski vještak. Od aprila 2008. godine pa sve do sada zaposlena je na radnom mjestu psihologa Detox-odjeljenja JZU Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona, Zenica. Od 2010. godine imenovana je za člana općinskog koordinacionog tijela za prevenciju nasilja u porodici i zaštitu žrtava nasilja u porodici, Zenica. U okviru redovnih poslova Zavoda dodatno je angažovana na edukaciji o ovisnostima učenika i nastavnika Zeničko-dobojskog kantona, a od februara 2013. godine do maja 2014. godine vodila je i Savjetovalište za ovisnike o duhanu. Od aprila 2013. godine pa sve do sada imenovana je od strane Federalnog ministarstva zdravstva u ispitnu komisiju za provjeru znanja polaznika edukacije iz oblasti zloupotrebe psihoaktivnih supstanci uposlenih u centrima za mentalno zdravlje u zajednici.

Autor i koautor je mnogobrojnih naučnih i stručnih radova, te redovno prati kongrese, seminare i edukacije iz psihološke oblasti kojom se bavi.

УНИВЕРЗИТЕТ У БАЊОЈ ЛУЦИ

ФАКУЛТЕТ: ФИЛОЗОФСКИ



РЕПУБЛИКА СРБСКА  
УНИВЕРЗИТЕТ У БАЊОЈ ЛУЦИ  
ФИЛОЗОФСКИ ФАКУЛТЕТ  
БАЊА ЛУКА

Проф. 07/10/17  
Датум: 06.07.2020.

## ИЗВЈЕШТАЈ

*о оијени урађене докторске дисертације*

### I ПОДАЦИ О КОМИСИЈИ

Научно-наставни Вијеће Филозофског факултета у Бањој Луци је на сједници одржаној 12.02.2020. године предложило комисију (Одлука бр.07/3.251-1/20) за оијену докторске дисертације под називом: *Профили личности, склоност према самохендикепирању и перцепција социјалне подршке зависника о хероину као предиктори истрајности у лијечењу*, кандидаткиње мг Нермане Мујчиновић у сљедећем саставу:

- 1) Др Нада Васелић, редовни професор за ужу научну област Клиничка психологија и психотерапија, Филозофски факултет Универзитета у Бањој Луци, предсједник,
- 2) Др Јадранка Коленовић-Ђапо, редовни професор Психологије личности и социјалне психологије, Филозофски факултет Универзитета у Сарајеву, члан и
- 3) Др Сања Радетић-Ловрић, ванредни професор за ужу научну област Социјална и организацијска психологија Филозофски факултет Универзитета у Бањој Луци, члан.

- 1) Навести датум и орган који је именовао комисију;
- 2) Навести састав комисије са назнаком имена и презимена сваког члана, научно-наставног звања, назива у же научне области за коју је изабран у звање и назива универзитета/факултета/института на којем је члан комисије запослен.

### II ПОДАЦИ О КАНДИДАТУ

Кандидаткиња Нермана (Цевад) Мујчиновић је рођена 04.10.1970. године у Зеници,

адолесцентан психологија и психијатрија“ завршила је при Центру за интердисциплинарне постдипломске студије Универзитета у Сарајеву, а магистараску тезу под називом „Анксиозност у школским условима код адолосцената“, која припада ужо научној области Клиничка психологија, одбранила је 04.01.2005. године, при Универзитету у Сарајеву и тиме испунила услове за стицање научног степена магистра психологије.

Докторску тезу је пријавила 2014. године на Филозофском факултету у Бањој Луци из у же научне области Клиничка психологија и психотерапија.

Кандидаткиња је у ауторству или коауторству публиковала научне и стручне радове од којих се већина односи на тематику сродну оној којом се бави у докторској тези.

**Радови који су публиковани у цјелини:**

- Пехлић, И., Бабић, Е., Мујчиновић, Н. (2019). Socio-pedagogical analysis of perception of family relationships and peer violence in high school students (Социопедагошка анализа породичних односа и вршњачког насиља међу ученицима средњих школа). *Друштвене и хуманистичке студије* 4 (1 (7)), стр. 195-212.
- Софтић, Ј., Брдаревић, М., Хабибовић, С., Каспер, С., Агад, Х., Мујчиновић, Н., Телаловић, М., Софтић, А. (2015). Употреба духана, алкохола и марихуане код ученика средњих школа; *Билтен - Гласило љекарске коморе зеничко-добојског кантона* број 19, стр. 9-13.
- Мујчиновић, Н. (2006). Социјална подршка професора, анксиозност у школским увјетима и проблеми понашања адолосцената, *Зборник радова са знанствено-стручне конференције „Систем превенирања социјалног искључивања младих“*, Зеница, стр. 347-366.
- Ковачевић, С., Мујчиновић, Н. (2007). Подршка породици у кризи – искуства Центра за социјални рад, Зеница. *Зборник радова са Друге знанствено-стручне конференције „Систем превенирања социјалног искључивања младих“ са међународним учешћем*. Одсјек за социјалну педагогију, Зеница, стр. 81-116.
- Мујчиновић, Н. (2008). Anxiety in school environment among adolescents (Анксиозност у школским условима код адолосцената). in Bengt Lagerkvist (уредник), „*Children and youth in the aftermath of war in Bosnia and Herzegovina - A joint master project on child and adolescent psychiatry and psychology between Sarajevo University and Umea University*“ („Дјеца и млади након рата у Босни и Херцеговини“ - заједнички пројекат о дјецијој и адолосцентој психијатрији и психологији између Универзитета у

*Сарајеву и Универзитета у Умеа). Division of Child and Adolescent Psychiatry; Umea University; Department of Clinical sciences (Одељење дјечије и адолесцентне психијатрије; Универзитет Умеа; Одељење клиничких наука).*

**Радови штампани у изводу (излагани на научним и стручним скуповима):**

- Мујчиновић, Н., Каспер, С., Убилиарип, Е. (2009). Рад са овисницима о опијатима на Одјелу стационарног детокса. *Књига сажетака*. Први конгрес психолога БиХ са међународним учешћем.
- Мујчиновић, Н. (2009). Базична вјеровања у популацији овисника о опијатима. *Књига сажетака*. Први конгрес психолога БиХ са међународним учешћем.
- Мујчиновић, Н., Софтић, А., Хабибовић, С. (2009). Симптоми депресивности код овисника о хероину лијечених на Одјељењу за хоспитални третман овисности. *Abstract book (Књига сажетака)*. 4th Adriatic drug addiction treatment conference & 6th SEEA Symposium on addictive behaviors (4. Јадранска конференција о лијечењу зависности о дрогама и 6. CEEA Симпозијум о зависничком понашању), Vol X, Supl 1.
- Хабибовић, С., Софтић, А., Мујчиновић, Н. (2009). Распрострањеност дроге међу младима у Зе-До кантону. *Abstract book (Књига сажетака)*. 4th Adriatic drug addiction treatment conference & 6th SEEA Symposium on addictive behaviors (4. Јадранска конференција о лијечењу зависности о дрогама и 6. CEEA Симпозијум о зависничком понашању), Vol X, Supl 1.
- Хабибовић, С., Мујчиновић, Н., Софтић, А. (2009). Систем превенције усмјерен ка циљаним групама. *Abstract book (Књига сажетака)*. 4th Adriatic drug addiction treatment conference & 6th SEEA Symposium on addictive behaviors (4. Јадранска конференција о лијечењу зависности о дрогама и 6. CEEA Симпозијум о зависничком понашању), Vol X, Supl 1.
- Мујчиновић, Н., Каспер, С., Бабић, Е., Софтић, А. (2015). Когнитивне способности овисника о опијатима различите доби лијечених на Одјелу за стационарни детокс. *Књига сажетака*. Четврти конгрес психолога БиХ са међународним учешћем.
- Хабибовић, С., Софтић, Ј., Брдаревић, М., Телаловић, М., Каспер, С., Бабић, Е., Софтић, А. Мујчиновић, Н., Awad, Н. (2015). The presence and prevalence of internet addiction among high school students. *Abstract book* (Присуство и распрострањеност интернетске зависности међу средњошколцима. *Књига сажетака*). The 7th South Eastern European and Adriatic drug addiction treatment conference & The 6th Slovene

Symposium on hepatitis C among people who use drugs (Седма конференција о лијечењу зависности у југоисточној Европи и Јадрану и Шести словенски симпозијум о хепатитису Ц међу људима који користе дрогу); Vol XV, Supl 1.

- Мујчиновић, Н., Каспер, С. (2017). Неке психосоцијалне карактеристике овисника о опијатима лијечених на Одјелу за стационарни детокс. *Књига сажетака*. Пети конгрес психолога БиХ са међународним учешћем.
- Мујчиновић, Н., (2018). Приказ психосоцијалних обиљежја овисника о алкохолу и овисника о опијатима. *Књига сажетака*. Пети сарајевски дани психологија. Центар за психолошка истраживања, едукацију и савјетовање- центар за научноистраживачки рад и стручне активности Филозофског факултета у Сарајеву.
- Бабић, Е., Пехлић, И., Мујчиновић, Н. (2018). Социјалнопедагошка анализа истраживачке релације перцепције обитељских односа и вршићачког насиља код средњошколаца. *Књига сажетака*. Пети конгрес социјалних педагога „Пракса – Емпирија – Теорија“.
- Мујчиновић, Н., Чустовић, А., Каспер, С., Бабић, Е. (2019). Перцепција социјалне подршке овисника о алкохолу. *Књига сажетака*. Шести конгрес психолога Босне и Херцеговине са међународним учешћем
- Брдаревић-Шикић, М., Телаловић, М., Мујчиновић, Н. (2019). Психолошки фактори играња игара на срећу међу ученицима „Мјешовите средње школе“ у Зеници. *Књига сажетака*. Шести конгрес психолога Босне и Херцеговине са међународним учешћем
- Мујчиновић, Н., Чустовић, А., Телаловић, М., Бабић, Е., Брдаревић-Шикић, М., Каспер, С. (2019). Структура примарне породице стационарно лијечених опијатских зависника. *Књига сажетака*. Научно-стручни скуп 67. Конгрес психолога Србије: Психологија у новом добу – изазови (ре)хуманизације.

#### **Стручни чланци:**

- Мујчиновић, Н. (2006). Резултати анкете међу средњошколцима Зе-До кантона о опојним дргама; *Билтен* број 2, ЈЗУ Кантонални завод за борбу против болести оvisности.
- Мујчиновић, Н., Мутапчић, В. (2007). Савјетовалиште за питање брака и породице; *Билтен* број 5, ЈЗУ Кантонални завод за борбу против болести оvisности.
- Мујчиновић, Н. (2008). Веза између ратних траума и оvisности о опојним дргама; *Билтен* број 6, ЈЗУ Кантонални завод за борбу против болести оvisности,
- Мујчиновић, Н. (2009). Процес идентификацирања базичних вјеровања овисника о

- хероину; *Билтен* број 7, ЈЗУ Кантонални завод за борбу против болести овисности.
- Мујчиновић ,Н. (2010). Волјети себе; *Билтен* број 8, ЈЗУ Кантонални завод за борбу против болести овисности.
  - Мујчиновић, Н. (2011). Замке адолесценције; *Билтен* број 9, ЈЗУ Кантонални завод за борбу против болести овисности.
  - Мујчиновић, Н. (2012). Улога Завода у институционализираном одговору на насиље у породици. *Билтен* број 10, ЈЗУ Завод за болести овисности Зеничко-Добојског кантона.
  - Мујчиновић, Н., Марковић, М. (2013). Музикотерапија на Одјелу за стационарни детокс, *Билтен* број 11, ЈЗУ Завод за болести овисности Зеничко-Добојског кантона.
  - Мујчиновић, Н. (2013). Психотретман овисности о духану у Заводу за болести овисности Зе-До кантона. *Билтен* број 11, ЈЗУ Завод за болести овисности Зеничко-Добојског кантона.
  - Мујчиновић, Н. (2013). Психотерапијско-савјетодавни рад на Одјелу за стационарни детокс. *Билтен* број 11, ЈЗУ Завод за болести овисности Зеничко-Добојског кантона.
  - Мујчиновић, Н. (2013). Психолошки фактори код овисности о хероину. *Билтен* број 12, ЈЗУ Завод за болести овисности Зеничко-Добојског кантона.
  - Мујчиновић, Н. (2014). Zuckettapov модел личности као објашњење овисности. *Билтен* број 13, ЈЗУ Завод за болести овисности Зеничко-Добојског кантона.
  - Мујчиновић, Н. (2015). Анксиозност код овисника. *Билтен* број 15, ЈЗУ Завод за болести овисности Зеничко-Добојског кантона.
  - Мујчиновић, Н. (2016). Интелигенција код овисника о дрогама. *Билтен* број 17, ЈЗУ Завод за болести овисности Зеничко-Добојског кантона.

- 1) Име, име једног родитеља, презиме;
- 2) Датум рођења, општина, држава;
- 3) Назив универзитета и факултета и назив студијског програма академских студија II циклуса, односно послиједипломских магистарских студија и стечено стручно/научно звање;
- 4) Факултет, назив магистарске тезе, научна област и датум одбране магистарског рада;
- 5) Научна област из које је стечено научно звање магистра наука/академско звање мастера;
- 6) Година уписа на докторске студије и назив студијског програма.

### III УВОДНИ ДИО ОЦЈЕНЕ ДОКТОРСКЕ ДИСЕРТАЦИЈЕ

Докторска дисертација мр Нермане Мујчиновић под називом *Профили личности склоности према самохендикепирању и перцепција социјалне подршке зависника о хероину као предиктори истрајности у лијечењу*, одобрена је Одлуком

Сената на сједници одржаној 27.11.2014. године (Одлука Сената бр. 02/04-3.4241-66/14). Накнадном Одлуком Сената на сједници одржаној 25.09.2019. године (Одлука Сената бр. 02/04-3.2254-941/19) је продужен рок за одбрану докторске дисертације до новембра 2020. године.

Докторска дисертација *Профили личности, склоност према самохендикепирању и перцепција социјалне подршке зависника о хероину као предиктори истрајности у лијечењу* има 147 страна основног текста (са литературом) и 24 стране прилога.

Структуру дисертације чине сљедећа кључна поглавља:

1. Увод (1-6)
2. Теоријско-емпиријски оквир истраживања (7-54)
3. Методологија истраживања (55-64)
4. Резултати (65-96)
5. Дискусија (97-124)
6. Закључак (125)
7. Литература (126-143)
8. Прилози (144-168)

Готово сва поглавља садрже већи број потпоглавља, а у дисертацији је приказано 16 табела, 5 графика и 215 референци.

*Уводни* дио (стр. 1-6) се односи на преглед приступа питањима болести зависности, упознавање и тумачење основних појмова из ове области.

Поглавље *Теоријско-емпиријски оквир истраживања* (стр. 7-54) садржи поднаслове који објашњавају психолошке концепте који се у раду обрађују. У првом дијелу су изложена досадашња научна сазнања из области психичког функционисања особа са болестима зависности. Други дио је посвећен теоријским и третманским психолошким приступима болестима зависности кроз различите школе и правце (психолошке, психосоцијалне теорије, теорије животног стила, медицински модел и други). Слиједећа подпотпоглавља презентују досадашња истраживања болести зависности од психоактивних супстанци. Приказани су релевантни теоријски приступи објашњења овог феномена уз посебан осврт на психобиолошки модел. Детаљно се описује хероинска зависност, а наручито личност хероинског зависника и његова примарна породица. Кроз преглед савремених приступа лијечењу хероинских зависника, те описивање фаза у лијечењу, долази се до потпоглавља о њиховој мотивацији за третман. Указује се на осцилације у истрајности у лијечењу те се описују стратегије самохендикепирања и улога социјалне подршке у том

процесу. Преглед савремених истраживања о личности хероинског зависника уводи у дефинисање проблема и циљева истраживања.

Поглавље *Методологија* истраживања (стр. 55-64) садржи јасан опис и структурисане методолошке елементе: проблем и предмет проучавања; научна, стручна и друштвена оправданост истраживања; циљ и задаци истраживања; варијабле у истраживању; хипотезе истраживања; методе, технике и инструменти истраживања; популација истраживања и ток и динамика истраживања. Такође, описаны су и кориштени инструменти и њихове метријске карактеристике као и методе обраде података. За потребе квалитативног дијела истраживања кандидаткиња је сачинила водич за полуструктурисани интервју и фокус групе. Сви поменути методолошки аспекти представљају основу за извођење истраживања и интерпретацију резултата.

У поглављу *Резултати* (стр. 65-96) кандидаткиња је у складу са принципима презентовања резултата научно-исраживачког рада, јасним језиком кроз табеле и слике, прегледно представила добијене резултате у складу са логиком и циљевима истраживања. Подаци су прикупљени примјеном скала и упитника, увидом у доступну медицинску документацију те уз примјену фокус-група и клиничког интервјуа. У првом дијелу су презентоване мјере дескриптивне статистике за испитивање варијабле. Затим су презентоване статистичке значајности, те резултати испитивања медијаторске улоге особина личности, склоности ка самохендикепирању, перципираниј социјалној подршци у односу на исходе лијечења. Сви добијени резултати су статистички обрађени, прегледно представљени и интерпретирани одговарајућим редосљедом и у свјетлу сличних истраживања у овој области, а поткријепљени су и примјерима из праксе.

Поглављем *Дискусија* (стр. 97-124) су обухваћена објашњења добијених резултата о социо-демографским карактеристикама хероинских зависника, особинама личности, трагањем за узбуђењем, стратегијама самохендикепирања, перципираниј социјалној подршци, мотивацији за лијечењем, те анализа свих добијених резултата кроз фокус-групе о социјалној подршци и истрајности у лијечењу, као и подаци из интервјуа. На крају овог поглавља, кандидаткиња даје опис хероинског зависника данас и указује на ограничења и импликације истраживања, а рад завршава Закључком у којем концизно износи кључне налазе.

*Литература* (стр. 126-143) обухвата списак кориштене литературе који садржи 192

референце и 21 интернет страницу, домаћих (73) и иностраних (119) аутора.

*Прилози* (144-168) садрже: Изјаву о учешћу у испитивању, Упитник о личним и социо-демографским подацима, кориштени психолошки тестови (6 тестова), Листа питања конструисаних за Водич о перцепцији социјалне подршке, Листа питања конструисана са Водич о истрајности у лијечењу и Графикони дистрибуција резултата на супскалама три примијењена теста.

Дисертација има 147 страна основног текста (са литературом) и 24 стране прилога.

- 1) Наслов докторске дисертације;
- 2) Вријеме и орган који је прихватио тему докторске дисертације
- 3) Садржај докторске дисертације са страничњем;
- 4) Истакни основне податке о докторској дисертацији: обим, број табела, слика, шема, графика, број цитираних литература и навести поглавља.

#### IV УВОД И ПРЕГЛЕД ЛИТЕРАТУРЕ

Кандидаткиња наводи да је за будућност сваког друштва веома битно како и колико се пажње посвећује очувању здравља опште популације, а болести зависности су у модерним друштвима у експанзији, што је посебно видљиво у друштвима у транзицији., као што је наше. Зависност онеспособљава младе људе у годинама пуне продуктивности, смањује квалитет њиховог живљења у свим сферама али и квалитет живота њихових породица, тако да су интервентне и превентивне активности у овој области од општег друштвеног интереса. Психично функционисање особа са болестима зависности је проблем који се све више истраживачки актуализује како у смијету тако и код нас. С једне стране у склопу савременог стила живљења број особа зависних од психоактивних супстанци је у перманентном порасту, а с друге стране, хуманизација друштва и у психологији актуелан тренд ка фокусирању на факторе који доприносе квалитетнијем функционисању и вишем нивоом задовољства животом особа из ове популације.

*Проблем којим се бави ово истраживања односи се на болест зависности (конкретно зависност о хероину), која дубоко и свеобухватно разара сваки аспект тјелесног и психолошког здравља, а истовремено и све видове социјалног функционисања, како зависника самог, тако и њихових породица али и друштва у целини. Кандидаткиња наводи да њена вишегодишња пракса у раду са зависницима од хероина јасно показује како је лијечење хероинских зависника дуготрајан и неизвестан процес, јер се морају истовремено обухватити три сегмента: психолошке особине зависника од*

хероина, степен социјалне подршке коју имају и њихова мотивација за третман.

. Онеспособљава младе људе у годинама пуне продуктивности, смањује квалитет њиховог живљења у свим сферама али и квалитет живота оних са којима живе, у првом реду породица, тако да су активности у овој области од општег друштвеног интереса. Кандидаткиња наводи да њена вишегодишња пракса у раду са зависницима од хероина јасно показује како је лијечење хероинских зависника дуготрајан и неизвјестан процес, јер се морају истовремено обухватити три сегмента: психолошке особине зависника од хероина, степен социјалне подршке коју имају и њихова мотивација за третман.

У настојању да истражи психичко функционисање особа зависних од хероина кандидаткиња се фокусирала на одређене аспекте, које је сматрала најрелевантнијим, а то су: особине личности, склонист ка самохендикепирању, перципирана социјална подршка и коначно мотивација за лијечењем. Кандидаткиња је сматрала, руководећи се доступним информацијама, резултатима сличних истраживања и практичног искуства, да се око наведених конструкција доминантно организују процеси психичког функционисања и мотивације за лијечењем. Сматрала је такође да су ови конструкти посебно значајни у свеукупном психичком функционисању особа зависних од хероина.

Радом се настојало испитати природа односа више конструкција и њихов допринос мотивацији и истрајности у лијечењу и укупном психичком функционисању особа зависних о хероину.

*Предмет истраживања* односи се на тестирање интеракције слиједећих варијабли: особине личности, склоност ка самохендикепирању, перцепција социјалне подршке, степен мотивације за стручну помоћ и истрајност у лијечењу особа зависних о хероину.

*Циљеви истраживања* били су теоријски и практични.

Теоријски циљ истраживања био је да се упозна и расвијетли развој и међуоднос наведених концепата: специфичности у погледу особина личности самохендикепирања, социјалне подршке и мотивације у функцији лијечења зависника о хероину.

Практични циљ је био да се испита на које начине је могуће унаприједити мотивационе аспекте за лијеченњем, социјалну подршку и истрајност у лијечењу.

Кандидаткиња је циљ конкретизовала низом дефинисаних и операционализованих

појединачних задатака, а затим поставила хипотезе истраживања:

X 1: Постоје специфичности у особинама личности хероинских зависника.

Ову претпоставку кандидаткиња формира на основу истраживања која наводе разлике у особинама личности хероинских зависника и опште популације (Allen и сар., 1998., Fisher и сар., 1998., Graham и Strenger, 1988., Martin и Sher, 1994., према Античевић и сар., 2010; Argyriou и сар., 2018; Буторац, 2010; Jones и сар., 2016; Lodhi и Thakur, 1993; Paydary и сар., 2016; Swendsen и сар., 2002; Wilson, 1987) са посебним нагласком на димензију Импулсивно трагање за сензацијама (McCourt и сар., 1993; Wagner, 2001; Zuckerman, 1979; Zuckerman и Kuhlman, 2000).

X 2: Постоји склоност ка самохендикепирању код хероинских зависника.

Закључке о самохендикепирању код зависника су раније износили разни истраживачи ове области (Berglas и Jones, 1978; Higgins и Harris, 1988; Higgins и сар., 1990), а сада су пројверени на узорку хероинских зависника.

X 3: Постоји веза између особина личности хероинског зависника и његове перцепције социјалне подршке.

Истраживања о особинама личности хероинских зависника и њиховој перцепцији социјалне подршке су слабо доступна за разлику од многобројних истраживања која показују да способност перцепције социјалне подршке зависи од личности (Sarason и сар., 2001; Swickert и сар., 2010).

X 4: Постоји веза између особина личности хероинског зависника и истрајности у лијечењу.

Ову поставку кандидаткиња заснива на размишљањима о постојању разлика у особинама личности хероинских зависника и опште популације, које хероинског зависника чине посебно вулнерабилним према узимању хероина и поред јасних чињеница о његовој штетности (Allen и сар., 1998., Fisher и сар., 1998., Graham и Strenger, 1988., Martin и Sher, 1994., према Античевић и сар., 2010; Argyriou и сар., 2018; Jones и сар., 2016; Lodhi и Thakur, 1993; McCourt и сар., 1993; Odum и сар., 2000, према Буторац, 2010; Paydary и сар., 2016; Swendsen и сар., 2002; Wagner, 2001; Wilson, 1987; Zuckerman, 1979; Zuckerman и Kuhlman, 2000). Претпоставка је да се овај образац даље може генерализовати, па би исте особине личности могле бити везане за њихово самовољно напуштање третмана, те прављење рецидива упркос јасној опасности коју такво понашање носи.

X 5: Склоност ка самохендикепирању је повезана са истрајношћу у лијечењу.

Научницима је све јаснија веза између зависности и самохендикепирања (Fekjaer,

2010; Higgins и Hartis, 1988; Higgins и сар., 1990) које описујемо као активно настојање појединца да креира инхибирајуће факторе и препреке властитом успјеху тако да унапријед избегне да се евентуални неуспјех припише његовом недостатку способности. Често самовољно и импулсивно прекидање третмана у току лијечења хероинских зависника (De Weert-Van Oene и сар., 2002; Димитријевић, 2004; Melnick и сар., 2014) упућује на закључак да постоји веза самохендикерирања и истрајности у лијечењу.

X 6: Јача и квалитетнија социјална подршка је повезана са мотивацијом за лијечењем.

Многобројна истраживања јасно показују везу између социјалне подршке и успешности лијечења пацијената оболелих од разних болести (Васелић Летић и сар., 2013; Christensen i sar., 1994) као и хероинских зависника (McLellan, 1983; Ross и сар., 2002; Hubbard и сар., 1989).

Истраживања која се баве сличном проблематиком, а чије резултате је кандидаткиња поредила са резултатима овог истраживања односе се на кључне варијабле које су други истраживачи истраживали у другачијем контексту. Тако Петровић (2003) покушава објаснити специфичну личност хероинског зависника, па разликује четири типа личности зависника од хероина који захтијевају различите психотерапијске приступе. Први тип дефинише као интелектуални или рационални, који тежи рационалном и спекулативном унутрашњем животу. Њихова жеља да се узме хероин произилази из конфликата у мишљењу, филозофских или професионалних проблема, а у стању опијености хероином налазе бијег од живота и заборав. Када нису под утицајем психоактивних супстанци, често приђегавају иронизирању и скептицизаму. Другу групу Петровић (2003) описује као емоционално мотивисане зависнике: у ову групу је сврстао жене, умјетнике, преосјетљиве особе, снажно интровертно оријентисане појединце, оне који испољавају емоционалну нестабилност и базичну несигурност. Углавном познају сав ризик узимања хероина и плаше се, али без њега не могу. У трећу групу спадају зависници који хероин узимају по сопственој жељи и ту су младе особе које потичу из низших социјалних класа, без већих интелектуалних или професионалних аспирација, често одбачени од друштва. У ову групу спадају спортски гангови, млади без интересовања или особе које су изван свих религиозних или социјалних утицаја. У четврту групу спадају зависници који су потпуно беспомоћни у односу на конзумацију хероина, који без

хероина не могу, психофизички су пропали и са деградацијом личности која се огледа у губитку емпатије, поштовања себе и других, а појачаном себичношћу, бескрупулозношћу, те потпуним губитком мјере и границе у социјално дозвољеном понашању (Петровић, 2003).

Велики број истраживања ове области (Схер, Бартхолоу и Wood, 2000; Герра, Заимовић и сар., 2004; Лодхи и Тхакур, 1993; Бласцизун и сар., 2006; Госкоп и Еусенцк, 1980; Сахаси и сар., 1990; Сигурдсон и Гудјонсон, 1995а, 1996б, Францис, 1996; Саиз и сар., 2003, према Античевић, 2010) доказао је повезаност између психотицизма и зависности, као и неуротицизма и зависности.

Сингер (1975) наводи да су неке од најчешћих карактеристика личности зависника: ниска толеранција на фрустрације, низак ниво самопоштовања, депресивност, отежано исказивање емоција и стварања контаката.

Верхеул, Ван ден Бринк и Хартгерс (1995) направили су преглед четрдесет научних радова објављених у периоду од дванаест година и закључили су да је преваленција психопатије код зависника од хероина између 7% и 48%. Зиммерман и Цоруел (1989) су, користећи структурирани интервју, открили преваленцију од 23%. Примјењујући ЕПQ упитник, аутори Лодхи и Тхакур (1993) пронашли су високе резултате зависника од хероина, на скалама психотицизма и неуротицизма.

Дујмовић и Чоловић (2012) извјештавају да су истраживања која се баве личношћу зависника највећим дијелом заснована на примјени ММПИ теста личности. Наводе да се код зависника најчешћи шиљци јављају на скалама психопатских девијација и хипоманије, затим на скалама депресије, хистерије, психастеније, те схизофреније и социјалне инкомпабилности (Берзинс и сар., 1971, Дешине и Јохнсон, 1976, Гилберт и Ломбарди, 1967, Суткер, 1971, према Дујмовић и Чоловић, 2012). Према овим налазима, аутори су закључили да су зависници од хероина неодговорне и егоцентричне особе које често крше социјалне норме понашања, и особе које увијек покушавају да директно задовоље своје потребе.

И сама кандидаткиња се дуги низ година бави истраживањем различитих аспеката психичког функционисања и менталног здравља зависника о хероину, што је видљиво на основу приложене библиографије.

Дипринос тезе у оквиру предмета истраживања огледа се у низу компоненти: истраживање је показало неке специфичности у особинама личности хероинских зависника везано за појединачне варијабле: склоност ка самохендикепирању,

перцепција социјалне подршке и мотивација за лијечењем. Највећи доприно у дијелу емпириског истраживања односи се на расветљавање интеракције наведених појединачних варијабли. И управо њихова интеракција је оно што одређује начин понашања, размишљања, осјећања и укупног функционисања хероинских зависника доприноси развијању научног сензибилитета у одабиру предмета истраживања код сличне тематике како би се избегле замке у које истраживач може запасти, ако појединачне компоненте психичког функционисања тумачи изван контекста других компоненти са којима се ове преплићу.

*Научни допринос* ове дисертације огледа се у јаснијем разумијевању комплексног психичког функционисања хероинских зависника: доприноси разумијевању на који начин су особине личности повезане са склоношћу ка самохендикепирању, перцепцији социјалне подршке и мотивације за лијечењем. Овај рад може послужити као основа будућим истраживачима који ће проучавати ову област.

*Практични допринос* може се сагледати кроз могућност примјене добијених резултата за креирање програма за лијечење и превенцију. Резултати истраживања могу представљати и полазиште у организовању психолошких радионица са особама из ове групације, а истовремено, могу бити од важности за професионалице из области менталног здравља који ће на основу добивених резултата моћи препознати и уносити промјене у раду те тако тежити побољшању и унапријеђењу заштите менталног здравља. Больим познавањем особина личности зависника од хероина стиче се могућност одабира најадекватнијих савјетодавних и психотерапијских приступа у раду са овом популацијом. Унапријеђењем знања о особинама личности зависника од хероину и њиховој мотивацији за лијечењем могло би користити и за креирање програма за лијечење и превенцију.

- 1) Укратко истаћи разлог због којих су истраживања предузета и представити проблем, предмет, циљеве и хипотезе;
- 2) На основу прегледа литературе сажето приказати резултате претходних истраживања у вези проблема који је истраживан (водити рачуна да обухвата најновија и најзначајнија сазнања из те области код нас и у свијету);
- 3) Навести допринос тезе у решавању изучаваног предмета истраживања;
- 4) Навести очекиване научне и прагматичне доприносе дисертације.

## V МАТЕРИЈАЛ И МЕТОД РАДА

Кандидаткиња је детаљно образложила више теоријских приступа, али се опредијелила за Закерманову теорију која у себи укључује и појашњење биолошке диспозиције за одређена понашања. Управо одређене биолошке диспозиције

хероинских зависника могу објаснити њихов зависнички одговор на дејство хероина и кроз то, тврдокорност у одржавању понашања која им штете. Особине личности које су истраживане односе се на: агресивност-хостилност, активитет, социјабилност, импулсивно тражење сензација и неуротицизам-анксиозност. Социјални контекст је важан за ову болест и досадашња истраживања редом истичу важност социјалне подршке за успјешно лијечење свих хроничних болести, па и лијечење болести зависности од хероина.

Материјал у истраживању прикупљен је адекватним научноистраживачким методама кроз теоријску анализу и синтезу научних радова ове области, тестирањем свјетски познатим, вишеструком кориштеним и валидираним упитницима и скалама, анализом раније медицинске документације, те методама клиничког интервјуа и фокус-група.

Узорак је пригодни, обухватио је 227 (206 мушкараца и 21 жена) испитаника (пацијената) који имају медицинску дијагнозу зависности од хероина, а који су на добровољном лијечењу у заводу, у амбулантном или стационарном дијелу и који су добровољно прихватили партиципирати у истраживању. Просјечна доб је 34,89 година ( $СД=7,05$ ). Средњошколско образовање има 73,25% испитаника. Далеко највећи број зависника изјаснио се да су незапослени (76,21%). Проблем са зависностшћу имају, у просјеку, петнаест година. Више од половине су самци, а разведеног је 23,79%. Највећи број пацијената нема властито потомство (156 или 68,72%). Готово половина испитаних пацијената нема радног стажа, а трећина осталих има мање од пет година стажа. Нередовне приходе има три четвртине испитаних, а приходе недовољне за живот 83,74%. Хероински зависници врше кривична дјела. Од укупног броја, њих 151 је осуђивано, што представља отприлике дваје трећине испитаних. Њих 46 су осуђивани вишеструки повратници у вршењу кривичних дјела (20,26%), а 81, или 35,68%, боравило је у затвору. Само једна трећина (76) није осуђивана.

Учесници у фокус-групама били су пациенти на Одјелу за стационарни детокс.

Укупно их је било 64.

План истраживања је осмишљен кроз четири фазе које су у раду без измена испоштоване. Прва фаза је подразумијевала потписивање Формулара за добровољни

пристанак на истраживање пацијената у лијечењу након што су им усмено објашњени циљеви и сврха провођења истраживања. Друга фаза је реализована кроз прикупљање и селектирање података о пациентима на основу базе података ЈЗУ Завод за болести овисности Зеничко-добојског кантона (електронске и папирне форме, анамнезе, социјалне анамнезе, медицински картон, Помпиду упитник, анализа тестирања урина на психоактивне супстанце).

Трећа фаза је подразумијевала примјену упитника и скала који су познати и проверени инструменти, адекватно одабрани за интересну област. У раду су примијењени следећи упитници:

- 1) Упитник о социодемократским карактеристикама (пол, доб, образовни ниво, радни статус, материјални статус, породични статус и други).
- 2) Zuckerman-Kuhlman упитник за процјену личности скраћена верзија (ZKPQ-50-CC) који представља операционализацију алтернативног петофакторског модела личности. Супскале упитника су: Агресивност-хостиљност, Активитет, Социјабилност, Импулсивно тражење сензација и Неуротизам-анксиозност. Кофицијент унутрашње поузданости у досадашњим истраживањима је од 0.68 до 0.81, а крос-културална валидација је показала добру структуру и психометријске карактеристике (Aluja и сар., 2006). Тест је на нашем узорку показао добру поузданост (за супскале  $\alpha=0.68-0.77$ ).
- 3) Скала тражења узбуђења (Sensation Seeking Scale – SSS, форма V, Zuckerman и сар., 1978) је инструмент за мјерење степена жеље и тежње према узбуђењима у животу. Скала је вишедимензионални консрукт и састоји се од четири супскале: Тражење узбуђења и пустоловина, Тражење искуства и доживљаја, Дезинхибиција и Подложност досади. Cronbach's  $\alpha$  кофицијент поузданости при конструкцији и примјени скале је износио од 0.83 до 0.86, што указује на добру поузданост скале, као и сваке поједине супскале (Zuckerman, 1994). За ово истраживање  $\alpha=0.80$ .
- 4) Упитником за процјену самохендикепирања (Смедеревац и сар., 2009) има задовољавајућу репрезентативност, поузданост и хомогеност (Смедеревац и сар., 2009). Досадашња примјена показује да је Cronbach's  $\alpha = 0.94$ , а за ово истраживање износи  $\alpha = 0.89$ .
- 5) Мултидимензионалне скале перципиране социјалне подршке – MSPSS (Zimet и сар., 1988), у форми је самопројене социјалне подршке од стране породице, пријатеља и вољене особе. Досадашња истраживања показују да има добре

психометријске карактеристике  $\alpha=0.88$ , а за ово истраживање Cronbach's  $\alpha = 0.85$ .

6) Скала за мјерење околности, мотивације, спремности и истрајности зависника у лијечењу (CMRS factor scales - circumstances, motivation, and readiness scales for substance abuse treatment, De Leon и сар., 1994) је примјењена за мјерење мотивације и спремности за лијечење, те задржавање у лијечењу хероинских зависника. Скала је показала високу предиктивну валидност када се ради о предвиђању остајања у терапијском процесу зависника (Peterson, и сар., 2016), те добре психометријске карактеристике  $\alpha = 0.86$  (De Leon и сар., 1994). За ово истраживање  $\alpha = 0.74$ .

Сви инструменти који су примијењени у истраживању су до сада вишеструково валидирани и проверени. На испитаном укупном узорку хероинских зависника добијене су задовољавајуће вриједности коефицијента поузданости изражене Cronbach  $\alpha$  коефицијентом.

У четвртој фази се приступило конструисању водича за фокус-групе, организовање и провођење фокус група. Кандидаткиња је конструисала и водич за клинички интервју који је водила са 4 испитаника (3 мушкарца и једна жена).

Пета фаза је подразумијевала обраду свих прикупљених података квантитативно (статистички) и квалитативно, те долажење до закључака.

Прикупљени квантитативни подаци су обрађени адекватним статистичким методама уз примјену савремених софтверских рјешења, а статистичка обрада је укључивала методе дескриптивне статистике, корелацијску методу те мултиваријантну анализу уз мјерење медијацијског и модераторског утицаја варијабли. У складу са постављеним хипотезама у оквиру статистичке анализе су у првом реду анализирани параметри из домена дескриптивне статистике за све разматране психолошке конструкције. Дескриптивном статистиком обухваћена је и детаљна анализа узорка по свим релевантним параметрима. Примијењене методе истраживања су адекватно изабране, доволно су тачне и савремене у односу на достигнућа у сличним, савременим истраживањима у свијету. План истраживања који је дат приликом пријаве докторске тезе, у потпуности је реализован.

Квалитативни дио истраживања је проведен на начин да су прикупљени подаци уз кориштење конструисаних водича, а то је урађено помоћу аудио-снимања, визуелним прегледом и записивањем биљешки. Сви прикупљени подаци су затим

прегледани, записани, селектовани, распоређени у категорије и анализирани, те сажимани и где је било могуће, претворени у фреквенције. Квалитативна анализа података клиничких интервјуа и фокус-група је урађена према препорученим научним методама и адекватно презентирана, те је кроз навођење оригиналних исказа хероинских зависника доприњела укупном дојму аутентичности. Испитивани параметри квантитативног и квалитативног дијела истраживања су дали довољно елемената за поуздано истраживање и доношење правилних и тачних закључака.

Подаци су анализирани, квантитативно и квалитативно, адекватно, детаљно и јасно представљени и интерпретирани.

- 1) Објаснити материјал који је обрађиван, критеријуме који су узети у обзир за избор материјала;
- 2) Дати кратак увид у примењењени метод истраживања при чemu је важно оцијенити следеће:
  1. Да ли су примењене методе истраживања адекватне, довољно тачне и савремене, имајући у виду достигнућа на том пољу у свјетским нивоима;
  2. Да ли је дошло до промјене у односу на план истраживања који је дат приликом пријаве докторске тезе, ако јесте зашто;
  3. Да ли испитивани параметри дају довољно елемената или је требало испитивати још неке, за поуздано истраживање;
  4. Да ли је статистичка обрада података адекватна.

## VI РЕЗУЛТАТИ И НАУЧНИ ДОПРИНОС ИСТРАЖИВАЊА

У теоријском дијелу истраживања фокус је био на кључним концептима, који су релевантни за овај рад, а чије карактеристике код хероинских зависника су касније емпириски провераване.

Кандидаткиња јасно и правилно презентује и интегрише резултате квантитативног и квалитативног дијела истраживања. Социодемографски подаци одсликавају профил данашњег типичног хероинског зависника на лијечењу, па се наводи да је то мушкарац у доби од 35 година, са 15 година зависности од хероина. Није се осамосталио и живи у кући са родитељима, није ожењен, нема дјецу нити има радног стажа. Завршио је трогодишњу средњу школу али је незапослен. Склон је криминалним дјелима те ради тога осуђиван, са нередовним, несталним и недовољним мјесечним приходима.

На основу статистичке обраде квантитативних резултата кандидаткиња је представила и интерпретирала добијене резултате у којим је видно да је већина постављених хипотеза потврђена:

- 1) Прва хипотеза је прихваћена (Постоје специфичности у особинама личности хероинских зависника). Хероински зависници су склони агресивном понашању,

емоционално нестабилни, узнемирени, напети, те испољавају тенденцију према импулсивном понашању и немогућност планирања и контролисања импулса (ZKPQ\_Agr\_H M=6.28; SD=2.25; ZKPQ\_N\_Anx M=6.71; SD=2.43; ZKPQ\_ImpSS M=7.15; SD=2.23). Склоност према импулсивном трагању за сензацијама се посебно огледа у сферама тражења узбуђења и пустоловина, тражења искустава и доживљаја, те дезинхибиције (SSS\_V\_stuip M=6.24; SD=1.93; SSS\_V\_stiid M=6.27; SD=1.75; SSS\_V\_dez M=6.21; SD=2.26).

2) Друга хипотеза је прихваћена (Постоји склоност ка самохендикепирању код хероинских зависника). Хероински зависници су склони активно креирати инхибирајуће факторе и препреке властитом успјеху како би избегли да се евентуални неуспјех припише њиховом недостатку способности. (UPS M=73,39; SD=17,42).

3) Трећа хипотеза је дјелимично потврђена (Постоји веза између особина личности хероинског зависника и његове перцепције социјалне подршке). Статистички значајна негативна корелација је утврђена за особину личности Неуротизам–Анксиозност и перцепцију социјалне подршке пријатеља ( $r_s=-0,142$ ;  $p<0,05$ ) и укупну перцепцију социјалне подршке ( $r_s=-0,143$ ;  $p<0,05$ ), за особину личности Импултивно тражења сензација и перцепцију социјалне подршке породице ( $r_s=-0,152$ ;  $p<0,05$ ), те укупну перцепцију социјалне подршке ( $r_s=-0,147$ ;  $p<0,05$ ).

4) Четврта хипотеза је потврђена (Постоји веза између особина личности хероинског зависника и његове истрајности у лијечењу). Статистички значајне корелације су утврђене између истрајности у лијечењу и особине личности Неуротизам–Анксиозност ( $r_s=-0,143$ ;  $p<0,05$ ), особине личности Импултивно тражење сензација ( $r_s=-0,307$ ;  $p<0,01$ ) и Активитет ( $r_s=0,142$ ;  $p<0,05$ ), па се закључује да су хероински зависници који показују висок ниво истрајности у лијечењу мање анксиозни, емоционално узнемирени, напети, престршени и забринути. Значајно су мање склони импулсивном трагању за сензацијама, а уједно су активнији, енергичнији и продуктивнији.

5) Пета хипотеза је дјелимично прихваћена (Склоност ка самохендикепирању је повезана са истрајношћу у лијечењу). Утврђена је статистички значајна корелација истрајности у лијечењу и самохендикепирања искључиво за самохендикепирање спољашњим узроцима у ситуацијама постигнућа ( $r_s=-0,251$ ;  $p<0,01$ ). Највећу стабилност и истрајност у лијечењу показују хероински зависници са ниским резултатима на супскалама Неуротизам-анксиозност и Импултивно трагање за

сензацијама, а са вишим резултатима на супскали Активитета.

6) Шеста хипотеза (Јача и квалитетнија социјална подршка је повезана са мотивацијом за лијечење) – дјелимично се прихвата. Утврђена је статистички значајна корелација само за супскалу перципиране подршке породице ( $r_s=0.198$ ;  $p<0.018$ ), те су успјешнији у лијечењу хероински зависници који социјалну подршку породице перципирају квалитетнијом и јачом.

На основу добијених резултата кандидаткиња закључује да особе зависне од хероина најчешће користе стратегије самохендикепирања усмјерене на екстерналне атрибуције. Породица је најважнији извор перципиране социјалне подршке. Статистички значајна негативна корелација је између склоности према самохендикепирању зависника од хероина и истрајности у лијечењу, те статистички значајна позитивна корелација између истрајности у лијечењу и перципиране социјалне подршке породице. Упоређујући добијене резултате са резултатима других аутора (Allen и сар., 1998.; Fisher и сар., 1998.; Graham и Strenger, 1988.; Martin и Sher, 1994., према Античевић и сар., 2010; Argyriou и сар., 2018; Буторац, 2010; Васелић Летић и сар., 2013; De Weert-Van Oene и сар., 2002; Димитријевић, 2004; Zuckerman, 1979; Zuckerman и Kuhlman, 2000; Jones и сар., 2016; Lodhi и Thakur, 1993; Melnick и сар., 2014; McLellan, 1983; McCourt и сар., 1993; Paydary и сар., 2016; Ross и сар., 2002; Swendsen и сар., 2002; Fekjaer, 2010; Higgins и Harris, 1988; Higgins и сар., 1990; Christensen i sar., 1994; Wagner, 2001; Wilson, 1987) кандидаткиња испољава критичност и даје логична и прецизна тумачења.

На темељу квалитативних података добијених од пацијената који су пристали на клинички интервју кандидаткиња закључује да се породична динамика налази у екстремима: перцепције одбачености или емотивне презаштићености. Анализом одговора испитаника, кандидаткиња долази до закључка да је перцепција родитељске дисфункционалности један од окидача за почетак конзумирања психоактивних супстанци што упоређује са ранијим релевантним истраживањима ове области (Drug and Addiction Research, 1999; NIDA, 2000; NIDA, 2008, према Ивандић Зимић, 2011; Hudolin, 1989; Работег-Шарић и сар., 2002; Сакоман i сар., 2002; Stanton i сар., 1978).

Резултате квалитативног дијела истраживања добијене кроз фокус-групе кандидаткиња правилно анализира и јасно презентује. Добијени су подаци да се

хероински зависници тешко одлучују на укључивање у институционални третман болести. Кроз фокус-групе се сазнаје како прије третмана у здравственим установама покушавају самостално да апстинирају што произилази из погрешних предубиђења да ће имати теже посљедице од замјенске терапије него од хероина или да ће бити под присмотром полиције. Кандидаткиња помоћу оригиналних исказа хероинских зависника сагледава да они и у току лијечења често мисле како лијечење неће успјети. Готово сви наводе да имају бројне рецидиве, па се осjeћају беспомоћно и безнадежно. Покушавају са супституционалном терапијом, преласком на друге лијекове, стационарним или амбулантним детоксифицирањима, одласцима у терапијске заједнице. Фокус-групе о социјалној подршци показују како хероински зависници највише вреднују инструменталну подршку, најчешће у новцу и другим материјалним средствима. Социо-емоционална подршка која подразумијева потврду и исказивање љубави, бриге и поштовања им је често недоступна, а информациска помоћ која се односи на савјете и информације које се могу добити да би им се олакшао живот и лијечење, не сматрају за себе корисним, па савјете не прихватају. Пријатељи су им углавном други хероински зависници. Са њима проводе доста времена иако знају да је њихова подршка слаба и контрапродуктивна за њихово лијечење. Склони су идеализирању времена прије зависности и минимизирању проблема које су до тада имали и наводе да им је највише подршке потребно када изиђу из апстиненцијалне кризе јер су тада најранјивији. Подршка у лијечењу им је јако важна али мисле да није пресудна за успех у лијечењу јер је властити мотив за лијечење најважнији. Хероински зависници укључени у ово истраживање су били једногласни у мишљењу да никада не би пробали хероин да су о њему на почетку знали оно што знају сада.

Кандидаткиња критички наводи ограничења истраживања, а посебно наглашава одабир узорка који је пригодни јер укључује доступне пацијенте на лијечењу, те због тога нема особине статистичког случајног узорка који се понаша у складу са теоријом вјероватноће и у којем се може успјешно контролисати погрешка. Уважавајући овај недостатак, кандидаткиња уноси додатни опрез у генерализирању добијених резултата. У квалитативном дијелу истраживања кандидаткиња се осврће на немогућност организовања фокус-групе са учесницима који се од раније не познају, а што би повећало анонимност у изношењу ставова те минимизирало уношење раније постојеће динамике међу учесницима, јер су учесници били

пацијенти који су заједно на лијечењу.

Највећи теоријски допринос рада је у томе што расвјетљава поједине особине личности зависника на нови и свеобухватан начин кроз теоријске поставке психобиолошког приступа што до сада код нас није рађено. Ове сазнања, те сазнања о стратегијама самохендикепирања које хероински зависници користе и начин на који се доводе у везу са третманом и социјалном подршком, могу да послуже будућим истраживањима ове области и као добра основа за унапређење лијечења хероинских зависника што је крајњи практични допринос истраживања.

Резултати истраживања у оквиру докторске дисертације су адекватно анализирани, критички сагледавани, а закључци извођени са опрезом одговорног научног истраживача. Посебну пажњу кандидаткиња је посветила резултатима који су (углавном парцијално) неочекивани или другачији од резултата сличних истраживања. При томе су резултати сагледавани у контексту најновијих теоријских сазнања и у свјетлу резултата других истраживача. Кандидаткиња се осврнула и на резултате неких сличних властитих истраживања, будући да се око 13 година, истраживачки и стручно бави психолошком проблематиком хероинских зависника. У том контексту, добијене резултате је поткријепила и клиничким илустрацијама из властите праксе.

Посебан допринос овог истраживања је у анализи динамичке интеракције варијабли, које одређују мотивацију и истрајност у лијечењу. Истраживање апострофира психичко функционисање као динамичан систем у оквиру кога дешавања у једном дијелу система одређују шта ће се дешавати у другим дјеловима и функционисању личности у целини. На крају, кандидаткиња уводи мјерење појединачног доприноса сваке варијабле унутар овог модела, па се показало да је највећи за двије супскале теста личности и то: Неуротизам-Анксиозност ( $R^2=0.114$ ) и Импулсивно трагање за сензацијама ( $R^2=0.113$ ). Збир њихових доприноса објашњава 17.80% варијансе истрајности у лијечењу, што указује на јаку међусобну корелацију. Да би што детаљније објаснила међусобни однос варијабли кандидаткиња је приступила рачунању медераторских и медијаторских утицаја.

Ово истраживање, уз то што показује сложену интеракцију бројних фактора психичког функционисања код хероинских зависника, отвара и нове истраживачке

проблеме који би се могли односити на истраживање ефеката појединих терапијских и супортивних интервенција у одређеном домену на квалитет свеукупног психичког функционисања хероинских зависника.

- 1) Укратко навести резултате до којих је кандидат дошао;
- 2) Оцијенити да ли су добијени резултати јасно приказани, правилно, логично и јасно тумачени, упоређујући са резултатима других аутора и да ли је кандидат при томе испољавао довољно критичности;
- 3) Посебно је важно истаћи до којих нових сазнања се дошло у истраживању, који је њихов теоријски и практични допринос, као и који нови истраживачки задаци се на основу њих могу утврдити или назирати.

## VII ЗАКЉУЧАК И ПРИЈЕДЛОГ

На основу детаљне анализе докторске дисертације кандидаткиње мр Нермане Мујчиновић под насловом *Профили личности, склоност према самохендикепирању и перцепција социјалне подршке зависника о хероину као предиктори истрајности у лијечењу*, Комисија је констатовала да је у оквиру ове докторске дисертације кандидаткиња обрадила један савремен, друштвено актуелан и истраживачки релевантан проблем и да докторска дисертација испуњава критеријуме самосталног и оригиналног научног рада. Докторска дисертација мр Нермане Мујчиновић у чијем фокусу је друштвена појава која захтјева интердисциплинаран, функционалан и систематичан приступ у теоријском, истраживачком и практичном смислу, представља веома важну тему у области менталног здравља и психолошког проучавања социјално-патолошких понашања.

Рад је теоријски добро утемељен, а исто тако, научно компетентно и са истраживачком осјетљивошћу постављен је и разрађен методолошки концепт истраживања почев од циља, предмета, хипотеза, инструмената и метода прикупљања и обраде података, те начина презентовања резултата, дискусије и закључака.

Комисија процењује да су резултати истраживања у оквиру докторске дисертације примјењиви за психолошку теорију и праксу. Резултати доприносе свеобухватнијем сагледавању на који начин интеракција неколико психолошких варијабли моделује специфичност у укупном психичком функционисању популације зависника о хероину. Резултати имају и значајну апликативну

вриједност и могу представљати полазну основу за прављење стратегије заштите и унапређења менталног здравља ове популације у различитим сегментима.

На основу свега наведеног у овом Извештају, Комисија даје позитивну оцјену за написану дисертацију и предлаже Наставно-научном вијећу Филозофског факултета и Сенату Универзитета у Бањој Луци да усвоје Извештај и омогуће кандидаткињи mr Нерманни Мујчиновић да приступи усменој, јавној одбрани докторске дисертације, под називом *Профили личности „склоност према самохендикепирању и перцепција социјалне подршке зависника о хероину као предиктори истрајности у лијечењу“*.

- 1) Навести најзначајније чињенице што тези даје научну вриједност, ако исте постоје дати позитивну вриједност самој тези;
- 2) На основу укупне оцјене дисертације комисија предлаже:
  - да се докторска дисертација прихвати, а кандидату одобри одбрана,
  - да се докторска дисертација враћа кандидату на дораду (да се допуни или измијени) или
  - да се докторска дисертација одбија.

#### **ПОТПИС ЧЛАНОВА КОМИСИЈЕ**

У Бањој Луци и Сарајеву,  
јуни, 2020.

1. Проф.др Нада Васелић, предсједник  
*Nada Vasiljeć*

2. Проф.др Јадранка Коликовић-Ђапо,  
члан  
*Jadranka Koliković-Đapo*

3. Проф.др Сања Радетић-Ловрић, члан  
*Sanja Radetić-Lovrić*

**ИЗДВОЈЕНО МИШЉЕЊЕ:** Члан комисије који не жели да потпише извештај јер се не слаже са мишљењем већине чланова комисије, дужан је да унесе у извештај образложење, односно разлог због којих не жели да потпише извештај.

**Прилог 3.**

**Изјава 1**

**ИЗЈАВА О АУТОРСТВУ**

**Изјављујем  
да је докторска дисертација**

Наслов рада :

"Профили личности, склоност према самохендикепирању и перцепција социјалне подршке зависника о хероину као предиктори истрајности у лијечењу"

Наслов рада на енглеском језику :

Personality profiles, self-handicapping tendencies and perceptions of social support for heroin addicts as predictors of persistence in treatment

- резултат сопственог истраживачког рада,
- да докторска дисертација, у цјелини или у дијеловима, 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.

У Бањој Луци, дана 06.06.2020. године

Потпис докторанта  
*Мијаило Јерман*

## Изјава 2

### Изјава којом се овлашћује Универзитет у Бањој Луци да докторску дисертацију учини јавно доступном

Овлашћујем Универзитет у Бањој Луци да моју докторску дисертацију под насловом

"Профили личности, склоност према самохендикепирању и перцепција социјалне подршке зависника о хероину као предиктори истрајности у лијечењу"  
која је моје ауторско дјело, учини јавно доступном.

Докторску дисертацију са свим прилозима предао/ла сам у електронском формату погодном за трајно архивирање.

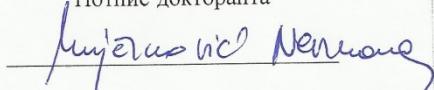
Моју докторску дисертацију похрањену у дигитални репозиторијум Универзитета у Бањој Луци могу да користе сви који поштују одредбе садржане у одабраном типу лиценце Креативне заједнице (*Creative Commons*) за коју сам се одлучио/ла.

- Ауторство
- Ауторство – некомерцијално
- Ауторство – некомерцијално – без прераде
- Ауторство – некомерцијално – дијелити под истим условима
- Ауторство – без прераде
- Ауторство – дијелити под истим условима

(Молимо да заокружите само једну од шест понуђених лиценци, кратак опис лиценци дат је на полеђини листа).

У Бањој Луци, дана 06.06.2020. године

Потпис докторанта



**Изјава 3**

**Изјава о идентичности штампане и електронске верзије  
докторске дисертације**

Име и презиме аутора      **Нермана Мујчиновић**

Наслов рада                    **Профили личности, склоност према самохендикепирању и  
перцепција социјалне подршке зависника о хероину као предиктори истрајности у  
лијечењу**

Ментор                        **Проф. др Нада Васелић**

Изјављујем да је штампана верзија моје докторске дисертације идентична електронској  
верзији коју сам предао/ла за дигитални репозиторијум Универзитета у Бањој Луци.

У Бањој Луци, дана 06.06.2020. године

Потпис докторанта

