

DOI 10.51558/2490-3647.2022.7.3.429

UDK 613.81:178.1

Primljeno: 23. 09. 2022.

Pregledni rad

Review paper

Vesna Huremović, Samra Mahmutović

ULOGA I ZNAČAJ KLUBOVA LIJEČENIH ALKOHOLIČARA U KONTINUIRANOM ODRŽAVANJU APSTINENCIJE I POSTIGNUTIH REZULTATA OPORAVKA OD ALKOHOLA

U našem radu koristit ćemo se terminom ovisnost o alkoholu zbog manje stigmatizacije osoba koje konzumiraju alkohol. Ovisnosti o alkoholu kao medicinsko-društveni fenomen je prisutna kod velikog dijela populacije. Cilj rada je dobiti uvid u značaj klubova liječenih alkoholičara i kontinuiranom održavanju promjene osobe koja se nalazi na liječenju od alkoholizma. Predmet istraživanja bio je utvrditi doprinos KLA u kontekstu spremnosti na promjene u procesu oporavka osoba liječenih od alkoholizma. Rad se temelji na sekundarnoj analizi koja podrazumijeva prikupljanje i analizu relevantne stručne i znanstvene izabrane literature iz ove oblasti. Za potrebe ovog rada pri prikupljanju sekundarnih podataka korištene su knjige, znanstveni i stručni radovi te različite baze podataka. Spremnost za kontinuirano održavanje promjene u liječenju bolesti ovisnosti o alkoholu ključna je kako bolničkim tako i vanbolničkim uslovima. S tim uvezi posebno se ističu klubovi liječenih alkoholičara. Lična promjena korisnika usluga KLA odvija se procesno kroz povećanje svjesnosti o postojanju bolesti ovisnosti o alkoholu, kao dramatično olakšanje u vezi sa problemom i rješenjem problema alkoholizma, kroz procjenjivanje slike o sebi i veći stepen samoprihvatanja te promjenu vrednovanja okoline s kojom je korisnik u svakodnevnom kontaktu. Samooslobađanje se dešava zahvaljujući direktnim intervencijama koje se provode u KLA, a to su kontrauslovljavanje, tj. učenje oblika ponašanja alternativnih problematičnom ponašanju i pretjeranoj upotrebi alkohola, te kontrola stimulusa. Ove intervencije ohrabruju korisnika KLA da rekonstruiše sopstveno okruženje. Petogodišnja apstinencija i oporavak od bolesti ovisnosti o alkoholu kao ishodi liječenja mogu dovesti do poboljšanja cjelokupne kvalitete života apstinenta.

Ključne riječi: ovisnost o alkoholu; održavanje promjene; klub liječenih alkoholičara

UVOD

Prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije alkoholizam je socijalno-medicinska bolest koja nastaje zbog dugotrajnog konzumiranja alkoholnih pića (Hudolin i sur. 2000). Ovisnost o alkoholu je bolest koja se može dogoditi svakome. Osoba sama izabire na samom početku i taj izbor ponavlja prilikom svake konzumacije pića (Torre 2015). Osoba koja duže vrijeme konzumira alkoholna pića u prekomjernoj količini te kod koje je prisutna psihička ili fizička ovisnost o alkoholu, najčešće praćena poremećajima ponašanja i poremećajima tjelesnog i psihološkog funkcioniranja, naziva se hroničnim alkoholičarem (Zuckerman Itković, Petranović 2010). Problem alkoholizma u današnjem vremenu pogađa stanovništvo u toj mjeri da više ne možemo reći da je alkoholizam bolest individue već predstavlja bolest cijele porodice. Kao takav alkoholizam je i predmet povećanog interesa društvenih znanosti. U našem radu koristit ćemo se terminom ovisnost o alkoholu zbog manje stigmatizacije osoba koje konzumiraju alkohol. Ukupna količina konzumiranog alkohola u Europi je 2010. godine iznosila 10,9 litara po osobi; u istoj regiji je u 2004. godini među osobama dobi od 15 do 64 godine 11,8% smrti bilo povezano sa konzumiranjem alkohola. Sakoman i suradnici (2002) smatraju da prema pojavnosti i posljedicama koje ovisnosti, pa tako i ovisnost o alkoholu, uzrokuju pojedincima, porodici i zajednici, njih treba smatrati jednim od najozbiljnijih javnozdravstvenih i sociopatoloških problema današnjice. Prema izvještaju SZO (2018) u toku 2016. godine štetna upotreba alkohola rezultirala je ukupnim brojem smrtnih ishoda 3 miliona stanovnika širom svijeta. Smrtnost od konzumiranja alkohola veća je od smrtnosti uzrokovane bolestima poput tuberkuloze, HIV/AIDS-a i dijabetesa. Među muškarcima u 2016. godini procijenjeno je 2,3 milijuna smrtnih slučajeva, dok je 0,7 miliona žena umrlo od posljedica pretjerane konzumacije alkohola.

Suvremeno dijagnosticiranje ovisnosti o alkoholu je dugotrajan proces koji podrazumjeva razliku između osoba s obzirom na količinu konzumiranog alkohola. Umjereno (nisko rizično) i rizično pijenje alkohola su obrasci pijenja koji se definiraju na osnovu broja popijenih alkoholnih pića. Alkoholna intoksikacija nastaje jednokratnim unosom alkoholnog pića i dovodi do poremećaja razine svijesti, kognicije, poremećaja opažanja, poremećaja raspoloženja i drugih oblika poremećaja ponašanja (Thaller i sur. 2013). Alkoholna intoksikacija može dovesti i do dva stanja koja nisu tipično tjelesne komplikacije ovisnosti o alkoholu, već su specifične kliničke slike duševnih poremećaja, ali zbog njihove povezanosti s intoksikacijom alkoholom potrebno ih je spomenuti. Prvo je patološko pijano stanje tj. sumračno stanje, koje je

poseban oblik kompliciranog trovanja alkoholom, praćeno agresivnim i često nasilnim ponašanjem, atipično za osobu u trijeznom stanju, a nastaje vrlo brzo nakon pijenja malih količina alkohola koje u većine ljudi ne izazivaju jaču intoksikaciju. Karakteristično za cijeli događaj je postojanje amnezije. Smatra se da je osoba bila u stanju sužene svijesti, transa ili automatizma. Patološko pijano stanje traje od nekoliko minuta do nekoliko sati, iznimno nekoliko dana. Nakon epizode slijedi dugotrajni san. U stanju patološke intoksikacije osoba može biti verbalno i fizički iznimno agresivna, pa čak počinuti i ubojstvo. Drugo, alkoholna intoksikacija može uzrokovati tranzitorni gubitak pamćenja (Horčička 2016).

DEFINIRANJE OVISNOSTI O ALKOHOLU

Danas postoje brojne definicije ovisnosti o alkoholu, a za potrebe ovog istraživanja poslužit ćemo se definicijom Svjetske zdravstvene organizacije koja navodi da je ovisnost duševno, a ponekad i tjelesno stanje koje nastaje međudjelovanjem osobe i sredstava koja uzrokuju ovisnost. Obilježeno je ponašanjem i drugim duševnim procesima koji uključuju povremeno ili redovno konzumiranje alkohola u namjeri da se doživi njegov učinak ili da se izbjegne nelagoda odsustva alkohola. Dugotrajno konzumiranje alkohola dovodi do razvoja ovisnosti o alkoholu. Sakoman i sur. (1999) objašnjavaju da su osobe koje imaju probleme s alkoholom sve one osobe koje imaju socijalne, psihološke ili pravne probleme zbog akutnog opijanja i/ili redovite prekomjerne zlouporabe i/ili ovisnosti o alkoholu. Zbog toga se danas ovisnost o alkoholu promatra kao medicinsko-socijalni problem (Hudolin 1981), a u skladu s uočavanjem i medicinske i društvene dimenzije ovog fenomena razvio se i društveno-medicinski model (Hudolin 1986) koji za cilj, osim liječenja, ima i prevenciju nastanka ovisnosti o alkoholu.

Ovisnost o alkoholu je hronična bolest koja se manifestira kroz tzv. sindrom ovisnosti od alkohola koji se šifrira u Međunarodnoj klasifikaciji psihijatrijskih poremećaja kao F10. Neizostavno je spomenuti razliku u definiranju među dvjema vodećim međunarodnim klasifikacijama sustavima – MKB 10 i DSM V. Prema MKB 10 sindrom ovisnosti o alkoholu postavlja se ako je tokom prethodne godine bilo izraženo najmanje 3 od mogućih 6 kriterija za utvrđivanje ovisnosti o alkoholu (Jakičić 2019) o kojima će detaljnija interpretacija uslijediti u nastavku rada. Također, Američko psihijatrijsko društvo propisalo je da za dijagnosticiranje poremećaja u konzumaciji alkohola u posljednjih 12 mjeseci moraju biti zadovoljena najmanje dva od sljedećih kriterija: alkohol se često uzima u većim količinama ili tokom dužeg

razdoblja; trajna težnja ili neuspješno nastojanje da se smanji ili kontrolira uzimanje alkohola; najveći dio vremena provodi se u aktivnostima vezanim uz nabavu, uporabu ili oporavak od alkohola; žudnja ili snažna želja za uzimanjem alkohola; upotreba alkohola rezultira neuspješnim obavljanjem porodičnih, radnih ili školskih aktivnosti; nastavak pijenja unatoč stalnim ili povremenim socijalnim ili interpersonalnim problemima; smanjenje ili odustajanje od socijalnih ili rekreativnih aktivnosti i hobija; ponavljano uzimanje alkohola u situacijama u kojima je to životno opasno; nastavak pijenja unatoč stalnim ili povremenim fizičkim i psihološkim problemima; poremećena tolerancija – znatno veće količine alkohola da bi se postigla opijenost ili znatno smanjenje učinka, iako je količina alkohola ista; razvoj simptoma sustezanja nakon prekida uzimanja alkohola. Dijagnostički kriteriji za sindrom ovisnosti kod MKB-10 su:

1. jaka žudnja ili osjećaj prinude za uzimanjem alkohola;
2. otežana kontrola ponašanja u uzimanju alkohola;
3. fiziološki apstinencijski sindrom u fazi prestanka ili smanjenja konzumacije alkohola;
4. postojanje tolerancije;
5. postupno zanemarivanje ostalih zadovoljstava ili interesa zbog uzimanja alkohola;
6. nastavljanje s upotrebom alkohola i uz postojanje svijesti o neosporno štetnim posljedicama prekomjerne konzumacije alkohola, poput oštećenja jetre, depresivnih raspoloženja ili oštećenja kognitivnog funkcioniranja.

MKB-10 pokriva te pojave s jednom sastavnicom – otežanom kontrolom ponašanja u uzimanju alkohola (početak, završetak ili razina uporabe). Kod dijagnostičkih kriterija treba utvrditi postoji li fizička ovisnost koju karakterizira postojanje tolerancije ili apstinencijskog sindroma. Kada kod osobe ne postoje znakovi fizičke ovisnosti, treba uzeti u obzir kako kod nje može postojati ovisnost koju karakterizira kompulzivni način uporabe alkoholnih pića (najmanje tri tačke iz dijagnostičkih kriterija).

U trenutno aktuelnoj DSM-V klasifikaciji termin ovisnosti više ne postoji, nego se upotrebljava termin poremećaj uzrokovan uzimanjem alkohola. Osim toga, poseban novitet u DSM-V klasifikaciji je mogućnost stepenovanja poremećaja u ukupno tri stepena: blagi, srednji, teški. Tim novitetom se nastojalo umanjiti preširoku patologizaciju u dijagnosticiranju alkoholizma, ali i postići svojevrsni napredak u liječenju. Za dijagnosticiranje poremećaja uzrokovanog uzimanjem alkohola moraju

biti zadovoljena najmanje dva kriterija (od mogućih 11) u posljednjih 12 mjeseci, s time da 2-3 kriterija označavaju blagi poremećaj, 4-5 srednji, a teški poremećaj označava prisustvo 6 i više kriterija. Što se samih kriterija tiče, većina je podudarna s onima u MKB 10, a oni kriteriji koji nisu podudarni su: žudnja ili intenzivna želja za uzimanjem alkohola; uzimanje alkohola u većim količinama ili tokom dužeg razdoblja nego li je planirano; doživljavanje neuspjeha u obavljanju važnih porodičnih, radnih ili školskih aktivnosti, kao rezultat pijenja; ponavljano uzimanje alkohola u situacijama u kojima je to životno opasno (Jakičić 2019).

Hudolin (1991) iznosi stajalište o definiranju ovisnosti o alkoholu kao bolesti te navodi kako se slijepim prihvaćanjem medicinskog koncepta – koncepta bolesti, ustvari umanjuje odgovornost osobe ovisne o alkoholu, ali isto tako i društva. Ovaj medicinski koncept vremenom je zamijenjen socijalno-psihijatrijskim prema kojem se na ovisnost o alkoholu gleda kao na posljedicu neke socijalne patologije, a postupanje s osobama ovisnim o alkoholu se uveliko promijenilo te na neki način obogatilo. Naime, došlo je do uvođenja grupnih metoda, prihvaćanja porodičnog postupka, a također i do poboljšanja u vidu preventivnih aktivnosti. Zoričić (2018) navodi kako je 1985. godine Hudolin promijenio paradigmu ovisnosti o alkoholu kao bolesti u puno pragmatičniju paradigmu ovisnosti o alkoholu kao stilu života.

STATISTIČKI POKAZATELJI OVISNOSTI O ALKOHOLU

Statistička praćenja upotrebe alkohola u Bosni i Hercegovini započela su 1987. godine i u obzir uzimaju samo osobe starije od 15 godina (WHO 2014), a pokazuju da ovisnost za mušku populaciju iznosi 5,5% a za žensku 1,4%, dok prosjek za oba pola iznosi 3,4%. Prevalencija štetne konzumacije alkohola u Bosni i Hercegovini prisutna je kod 8,6% muškaraca i 1,9% žena, a stopa za oba pola iznosi 5,3% (WHO 2010). Europski prosjek štetne konzumacije alkohola za oba spola iznosi 7,5%, a prevalencija ovisnosti o alkoholu je 4,0%. Primjetno je da su prosjek štetne konzumacije alkohola i ovisnosti o alkoholu u Bosni i Hercegovini niži u odnosu na Evropu (5,3% nasuprot europskog prosjeka od 7,5% i 3,4% u odnosu na 4,0%). Međutim, prevalencija poremećaja u konzumaciji alkohola od 5,2% rezultat je isključivo niske stope ovisnosti o alkoholu kod žena (iako je i ona u porastu). Tome u prilog ide podatak da količina ispijenog alkohola godišnje za muškarce iznosi 19,1% (WHO 2010). Stopa apstinencije (nekonsumiranje alkoholnih pića u posljednjih 12 mjeseci) u Bosni i Hercegovini je 42,8% (WHO 2010), dok prosjek za zemlje u regiji iznosi: Hrvatska 19,5%, Slovenija 32,4%, Srbija 34% (WHO 2014). Kada je u pitanju

liječenje ovisnosti o alkoholu, recentna istraživanja su pokazala da tokom prve godine čak 65% (2/3) klijenata odlazi iz kluba liječenih alkoholičara (KLA), a da je pri tome vrijeme između 3 i 6 mjeseci najčešće najkritičnije za napuštanje KLA i rada u istom (Marinić 2000).

ULOGA I ZNAČAJ KLUBOVA LIJEČENIH ALKOHOLIČARA

Tridesetih godina 20. stoljeća u SAD su utemeljene skupine anonimnih alkoholičara (AA) kao skupine za uzajamnu pomoć u apstinenciji i napretku u životu. Kasnije su osnovane skupine njihovih žena i djece. U svijetu danas ima približno 50.000 takvih skupina. Svjetska zdravstvena organizacija izradila je pozitivno mišljenje o toj samopomoći i preporučila je kao model rada i za druge skupine pacijenata i korisnika. Jednogodišnja apstinencija u skupini anonimnih alkoholičara iznosi 60 do 70%. Klubovi su sinonimi za rehabilitaciju od ovisnosti o alkoholu, a osnovna načela rada kluba temelje se na pristupu disfunkcijama porodičnog sistema izazvanih problemima s alkoholom.

Proces liječenja ne odvija se samo u KLA. Osobe kod kojih se dijagnostifikuje bolest ovisnosti o alkoholu svoje liječenje počinju u zavodima za bolesti ovisnosti, klinici za psihijatriju ili centrima za mentalno zdravlje, gdje se vrši priprema za ulazak u KLA najčešće koristeći se socioterapijskim pristupom i grupnom psihoterapijom. Kada se bolest otkrije u ranoj fazi tada se primjenjuje analitička tehnika psihoterapije, a kod hroničnih pacijenata socioterapijski pristup se primjenjuje u većoj mjeri. Grupa se sastoji od voditelja koji je obično socijalni radnik ili educirana viša medicinska sestra/tehničar te od desetak članova. KLA su značajni jer održavaju postignute rezultate prethodnih ustanova kroz koje ovisnici o alkoholu prolaze tokom procesa liječenja. Preporuka programa liječenja jest uključivanje osobe sa dijagnozom bolesti ovisnost o alkoholizmu odmah po završetku detoksikacije kada je još na bolničkom liječenju, a liječenje najčešće traje 6-8 sedmica. Po završetku bolničkog liječenja, isto se nastavlja kroz programe u dnevnoj bolnici i ambulanti gdje je grupna psihoterapija osnova (Sarić 2020). Tretman u grupi odvija se koristeći razne komunikacijske vještine stručnjaka voditelja grupe čime se doprinosi razvoju psihosocijalnih vještina i podizanju samopoštovanja kod osobe koja je na liječenju od ovisnosti o alkoholu. Nakon provedenog postupka liječenja stručni radnici navedenih ustanova vrše procjenu da li je osoba spremna za ulazak u KLA te daju preporuku za dalji nastavak liječenja u KLA.

Tretman osoba sa dijagnozom bolesti alkoholizma u KLA odvija se uz korištenje grupnog rada, sistemske porodične terapije koja podrazumjeva istovremeni rad s cijelom porodicom, gdje se na sastanke klubova liječenih alkoholičara redovno najčešće jednom sedmično javlja osoba koja konzumira alkohol sa svojim bračnim partnerom. Indikacije za primjenu porodične terapije su vrlo široke, no najčešće se ipak primjenjuju kod porodice s djecom. Klub liječenih alkoholičara vodi stručni terapeut educiran za vođenje kluba. Za rad su potrebna minimalna sredstva i ona se osiguravaju u pravilu iz članarine kao i iz dobrovoljnih priloga njihovih članova. Savez klubova liječenih alkoholičara koordinira i pomaže klubovima, a ne upravlja njima. Terapijske sastanke klubova je uveo Vladimir Hudolin. Kod svih terapijskih grupa inzistira se na tačnosti i redovnosti što znači da terapijski sastanci trebaju započinjati na vrijeme i od svih članova zahtijeva se redovit dolazak. Tema terapijskog sastanka se mijenja od susreta do susreta (Bajo 2014). Voditelj KLA ima obevezu i odgovornost da sastanak učini edukativnim i zanimljivim. Na sastanku KLA osobama koje su na liječenju od bolesti ovisnosti o alkoholu postavlja se pitanje o mogućem recidivu sa posebnim osvrtom na osobe koje su učinile recidiv. One dobijaju mogućnost iznošenja činjenica koje su doprinijele samom recidivu ali i priliku da interpretiraju cjelokupni doživljaj koji je uzrokovao recidiv. Tema svakog pojedinačnog sastanka KLA odabire se na osnovu potrebe članova. Tematski terapijski sastanci su prednost jer su edukativni i zanimljivi, a cilj odabrane teme je poboljšanje odnosa u porodici, smanjenje autoagresije i podizanje samopouzdanja. Mnogi klubovi liječenih alkoholičara organiziraju i izvan klupska druženja te različite društvene, zabavne, odgojne i obrazovne aktivnosti. Te aktivnosti proizašle su upravo iz prvobitnih spontanijih druženja članova kluba (Bajo 2014).

Sedmični sastanci u KLA, gdje se uz podršku terapeuta alkohologa stabilizira apstinencija članova kluba, razvijaju socijalne vještine, koriguju odnose u porodici, podržavaju započeti proces resocijalizacije i rehabilitacije. Stručnjaci angažovani u radu KLA održavaju mjesečne supervizije rada kluba, koje pored praćenja imaju za cilj pružanje podrške terapeutu i članovima kluba, edukaciju kroz terapijske intervencije i pomoć u rješavanju konfliktnih situacija, saniranja alokoholnih kriza i recidiva (Ramić 2012).

Grupni rad kluba liječenih alkoholičara nudi opću podršku i pomoć u samoj apstinenciji, i to konfrontacijama, oblikovanjem uvida i kritičnosti te traženjem novih modela ponašanja. Nudi se i mogućnost restrukturiranja porodičnog sistema. Godine 1965. Hudolin i njegovi suradnici započeli su osnivanje klubova liječenih alkoholičara u mjesnim zajednicama i preduzećima. Danas u Hrvatskoj ima oko 170

klubova liječenih alkoholičara u kojima rade profesionalni radnici, ljekari, medicinske sestre, psiholozi, socijalni radnici, defektolozi itd. Situacija u Bosni i Hercegovini se mnogo ne razlikuje od situacije u drugim zemljama iz našeg okruženja kada je u pitanju bolest uzrokovana pretjeranom upotrebom alkohola, ali značajne su razlike u nedovoljnom broju KLA. Prvi klub liječenih alkoholičara u Bosni i Hercegovini osnovan je u Bosanskom Brodu 1969. godine, iste godine je osnovan i u Bihaću, a zatim u Ljubiji. Uslijedilo je dalje osnivanje KLA u Sarajevu, Mostaru, Banja Luci, Doboju, Zenici, Tuzli. Do 1984. godine u Bosni i Hercegovini je formirano oko 100 KLA. Posljednji statistički podaci govore o tome da se u poslijeratnom periodu na području BiH broj KLA značajno smanjio, ali i dalje djeluju i rade u mnogim gradovima od kojih se posebno izdvajaju Tuzla, Sarajevo, Mostar, Sanski Most, Odžak, Banja Luka i Doboju.

Princip rada KLA po načelu poridičnog pristupa je optimalan za dvanaest parova. Klub predstavlja dio sistema za potporu porodice osoba ovisnih o alkoholu (u sistem kao cjelinu su uključeni zdravstvo, socijalna zaštita i društvene institucije). Porodica posjećuje klub liječenih alkoholičara jednom sedmično u trajanju od dva sata. Aktivnosti porodice u klubu mogu trajati optimalno do pet godina, ali i kraće razdoblje učešća u KLA donosi benefite za korisnika i njegovu porodicu (Tutić 2016).

Kada govorimo o dužini trajanja tretmana, prema preporukama a i empirijski potvrđeno, do godine dana je potrebno za uspostavu stabilne apstinencije, od godine do tri godine članovi obično rade na popravljaju kvalitete porodičnih odnosa, izgradnji novih socijalnih mreža i psihološkom oporavku, dok nakon treće godine članovi su kompetentni dati pozitivan primjer drugima, sudjelovati aktivnije u davanju podrške, a mnogi ostaju i nakon pete godine i redovno posjećuju KLA kako bi prenijeli lična iskustva mlađim članovima kluba. Suzbijanje ovisnosti traži dugoročan program. Ne mogu se očekivati povoljni rezultati u kratkom roku. Zapravo, liječenje i rehabilitacija većine ovisnika o alkoholu traju doživotno uz aktivnu fazu koja traje bar 5 godina. Pri tome bi vjerovatno u evalvacijska proučavanja trebalo uvesti transgeneracijske promjene (Hudolin 1986).

U geografski, ali i po konceptu klubova liječenih alkoholičara nama bliskoj državi – Italiji, 2006. je godine provedena nacionalna studija unutar koje su ispitano čak 7522 liječenih alkoholičara, članova KLA (od čega 76% muškaraca i 24% žena). Curzio i sur. (2012) ističu najznačajnije rezultate dobijene ovom studijom, u kojoj je sudjelovalo 75% svih klubova sa područja cijele Italije. U istraživanju je utvrđeno kako oni članovi koji pohađaju klubove duže od 3 godine imaju veću vjerovatnost po pitanju održavanja apstinencije, u usporedbi s onima koji klubove pohađaju manje

od 3 godine. Nadalje, pokazalo se da faktori poput ženskog spola, pohađanja klubova liječenih alkoholičara kroz duži period vremena, pohađanja KLA uz pratnju barem jednog člana porodice, kao i niži obrazovni status, povećavaju vjerovatnost poboljšanja životnog stila (Jakičić 2019; Curzio i sur. 2012).

Aktivni članovi KLA nisu samo osobe sa problemom ovisnosti o alkoholu nego i njihove porodice koje isto tako rade na osobnoj promjeni te, zajedno sa apstinentom, na ostvarenju drugačijeg životnog stila (Torre 2006). Prema Oreb i sur. (2017), primarni cilj koji se nastoji postići u KLA je održavanje apstinencije osobe koje se liječi od ovisnosti o alkoholu te poticanje njene rehabilitacije i socijalne integracije. U postizanju prethodno navedenog veliku ulogu igra podrška koju uži članovi pružaju jedni drugima, ali isto tako i profesionalna podrška koju članovi primaju od voditelja klubova. Sastanci u KLA su kontinuirani i održavaju se intenzitetom jednom sedmično i to uobičajeno istog dana i u isto vrijeme, a trajanje tih sastanaka je 90 minuta (Hudolin 1991). Istraživanje koje su proveli Opačić i sur. (2015) pokazuju da 37% od ispitanih članova dolaze na sastanke KLA bez prisustva članova porodice, ali da veći broj članova ima podršku porodice i na sastanke redovno dolaze sa pratnjom, što je jedna od bitnih stavki za uspješniji rezultat u konačnici. Što se tiče brojnosti članova unutar jednog kluba ona se uglavnom mjeri prema uključenim porodicama, pa se tako prema Breitenfeld i Wolfl (2010) u jednom KLA nalazi maksimalno 12 porodica.

Klub liječenih alkoholičara djeluje kao neprofitna udruga građana koju čine osobe koje se nastavljaju liječiti od ovisnosti o alkoholu nakon hospitalizacije, osobe koje imaju probleme uzrokovane ovisnosti o alkoholu, a nisu bile na bolničkom liječenju, članovi uže porodice (supruga, suprug, djeca, roditelji ili prijatelji) te stručni djelatnici kao što su liječnik, socijalni radnik ili medicinska sestra (Zoričić, Ivančić i Matošić 2006). Autorice Oreb, Opačić i Radat 2014. godine su provele jedno od najsveobuhvatnijih istraživanja KLA na području Republike Hrvatske pod nazivom „Uloga i značaj pojedinih dimenzija u radu KLA kao organizacija civilnog društva na području Republike Hrvatske“. Radi se o deskriptivnoj studiji gdje je obuhvaćeno 40 KLA u okviru kojih je ispitano 465 osoba koje se liječe od ovisnosti o alkoholu i 200 članova porodice, a također su ispitana i 84 člana predsjedništava KLA i 80 stručnih djelatnika voditelja KLA. Rezultati istraživanja su pokazali da sastanci KLA pomažu u postizanju osobnog poboljšanja, posebno u pogledu razvoja apstinencije te poboljšanja slike o sebi i povećanja samopouzdanja. U uzorku 200 ispitanika članova porodice tj. pratnje važno je napomenuti kako većina ispitanih porodica svoj status u klubu doživljava kao i status svakog člana KLA koji dolascima jednako radi na sebi.

Washton (1987, prema Dragišić-Labaš, Đokić 2010) piše o prednostima grupne terapije u liječenju ovisnosti o alkoholu. Neke od njih su: prihvaćanje i podrška od strane drugih, nalaženje uzora u drugim članovima koji duži period ne konzumiraju alkohol, stjecanje identiteta, učenje discipline kroz poštovanje normi i granica ponašanja, edukacija o ovisnosti o alkoholu, dijeljenje istih problema sa drugima, dobijanje informacija o načinima liječenja. Budući da su posljedice koje ovisnost o alkoholu ostavlja na pojedinca i njegovu porodicu velike i većinom se ispoljavaju u vidu zdravstvenih poteškoća, porodičnih problema, problema na radnom mjestu, financijske nestabilnosti, problema sa zakonom, udruženih dijagnoze (komorbiditeti). Jednom kad se razvije, ovisnost o alkoholu se ne može promatrati kao izoliran problem, jer utječe i na druge aspekte života pojedinca, baš kao što ovisnost o alkoholu pojedinca utječe i na njegovu okolinu. Obiteljsko liječenje je nezaobilazan postupak u alkoholologiji. Članovi porodica moraju doći do spoznaje da je to njihov zajednički problem, jer ovisnost o alkoholu ima bračnu i porodičnu pozadinu. Jedna od važnih promjena koja se želi postići je potpuna apstinencija uz podršku i razumijevanje članova porodice kroz rad unutar KLA. Kroz porodičnu terapiju nastoje se poboljšati komunikacije, odnosi i uloge unutar porodice. Lokalna zajednica može imati važnu ulogu u borbi protiv ovisnosti o alkoholu jer je u njoj potencijalno širok krug činitelja i mjera djelovanja. Taj krug obuhvata aktivnosti primarne zdravstvene zaštite, hitnu medicinsku pomoć, opće bolnice, psihijatrijsku službu te izvaninstitucionalne ustanove, tj. udruženja koja su organizirana kao klubovi liječenih alkoholičara (KLA).

SPREMNOST ODRŽAVANJA PROMJENE U PROCESU KONTINUIRANIH SASTANAKA U KLA

Petogodišnja apstinencija kao primarna mjera može dovesti do poboljšanja cjelokupne kvalitete života apstinenta. Spremnost na promjenu spada u red psiholoških pojava koje nam djeluju apsolutno poznato i za koje imamo dojam da nema potrebe da ga definiramo. Kada postavimo hipotetičko pitanje je li neki pacijent spreman za psihoterapijsko liječenje, postaje nam jasno da se tu mogu pojaviti različiti problemi i vrlo lako dolazimo do zaključka koji je i empirijski potvrđen (Serin i Kenedy 1997, prema Gavrilov-Jerković 2004). Miller i Rollnick (2002) govore o motivaciji za promjenu i ukazuju na korisnost pristupa u kojem motivaciju posmatramo preko tri komponente: 1. u kojoj mjeri pacijent želi promjenu, odnosno koliko mu je promijenjeno stanje važno; 2. koliko se doživljava sposobnim da promjenu iznese; 3. koliko je spreman da sprovede promjenu, odnosno na koju vrstu aktivnosti je trenutno

spreman. Prednost ovog shvatanja se ogleda u tome što ističe da motivacija nije jednodimenzionalna pojava nego da ima određenu strukturu i da se može vremenom razvijati u različitim pravcima, uključujući smanjenu vjerovatnoću klijentove promjene. Prohaska i Narcoss (1994), kao idejni tvorci ovog modela, zapažaju da je psihoterapijska scena postala izuzetno rascjepkana i preplavljena različitim teorijskim i praktičnim ponudama te da pored mnoštva različitih perspektiva daje malo odgovora koji bi pomogli da se suštinski razumije na koji način se ljudi mjenjaju.

Dosadašnja su istraživanja primarno bila usmjerena na individualnu spremnost na promjenu. No polazeći od vodećih teorijskih modela jasno je kako je uz individualnu, važna i spremnost na promjenu same porodice kada je u pitanju liječenje bolesti ovisnosti o alkoholu osobe koja svoje liječenje provodi u KLA. Primjerice, Brofenbrenner u svojoj teoriji ekoloških sustava naglašava snažan okolinski uticaj na osobni razvoj pojedinca i njegovo psihosocijalno funkcioniranje, te naglašava da pojedinac i okolina neprekidno utječu jedno na drugo na dvosmjernan transakcijski način (Bell 1968 i Sameroff 2009, prema Vasta, Haith i Miller 2005). Nadalje, prema teoriji sustava svaki je sistem (pa tako i porodice) sastavljen od dijelova koji su u međusobnoj interakciji. Uz to i savremene teorije usmjerene na objašnjenje etiologije različitih problema u ponašanju (konzumiranje alkohola) upravo su one integrativne koje između ostalog stavljaju snažan naglasak na doprinos činilaca unutar porodice (Sharpe 2002; Blaszczyński i Nower 2002; Andrews i Bonta 2006; prema Ricijaš 2009). Detaljnije, osoba treba vjerovati da ju neki problem u tolikoj mjeri uznemirava da bi trebala nešto napraviti, te mora vjerovati u sebe da ona to ponašanje može promijeniti, a što se vrlo često može ostvariti kroz kontinuirano i redovno prisustvo sastancima KLA, poželjno uz prisustvo članova porodice koji su u procesu liječenja bolesti ovisnosti o alkoholu bitna podrška. Slično tome, Armenakis je sa suradnicima (1993, prema Rafferty, Jimmieson i Armenakis 2013) konstrukt spremnosti na promjenu definirao putem uvjerenja, stavova i namjera pojedinca u odnosu na nužnost promjene, s jedne strane, a s druge strane kao kapacitet da te promjene i uspješno provede. Polazeći od te definicije, uvjerenja i stavovi odnose se na prosudbe utemeljene na informacijama emocionalnog ili kognitivnog tipa, dok su namjere vezane uz motivacijske činioce koji utječu na ponašanje. To su ujedno i pokazatelji koliko je osoba spremna potruditi se kod izvedbe novog ponašanja, koliko osoba koja dolazi na liječenje u KLA želi promjenu vlastitog ponašanja.

Rafferty, Jimmieson i Armenakis (2013) razlikuju kognitivnu i emocionalnu komponentu spremnosti na promjenu. Kognitivna se komponenta temelji na nekoliko osnovnih uvjerenja. Pojedinac mora osjetiti diskrepanciju ili razviti uvjerenje kako

je promjena nužna. U našem slučaju neophodno je razviti uvjerenje kako je potrebno redovno dolaziti na sastanke KLA kako bi se uz podršku apstiniralo od alkohola. K tome pojedinac mora vjerovati kako je predložena promjena primjeren odgovor na trenutnu situaciju te buduća promjena mora kreirati osjećaj uspješnosti, što se odnosi na kapacitet osobe da može učiniti tu promjenu i redovnim sastancima u KLA dovesti do održavanja promjene ponašanja i uspostavljanja novog stila života bez upotrebe alkohola. Možemo pretpostaviti da osobe koje su duže na tretmanu u KLA ostvaruju veći intenzitet osobne promjene u pozitivnom kontekstu. Daljnje uvjerenje vezano je uz podršku, odnosno da će okolina i bliske osobe osigurati određenu količinu podrške za činjenje i ustrajanje u promjeni, dok je posljednje uvjerenje vezano uz dobitke od promjene tako što osoba treba vjerovati kako će promjena donijeti više dobitaka nego gubitaka. Vidimo da je jasna izrazita važnost porodičnog konteksta u procesu promjene ponašanja pojedinca, posebno kod osoba koje su uz podršku KLA u procesu apstinencije te im je potrebna generalna promjena kako ponašanja tako i cjelokupne kvalitete života. Nadalje, emocionalna komponenta spremnosti na promjenu odnosi se na neugodne emocije koje se tiču specifičnog procesa promjene. Emocionalne reakcije na promjenu mogu biti rezultat trenutnog doživljaja određene emocije u odnosu na (ne)željeni budući događaj. Ako navedeno posmatramo sa aspekta osobe koja se liječi od problema alkoholizma u KLA, onda možemo zaključiti da osoba prolazi kroz sve navedene komponente u periodu od 5 godina kada redovno dolazi na sastanke u KLA, od shvatanja da želi promjenu za sebe u vidu početne manje konzumacije alkohola do krajnjeg sprovođenja promjene gdje kao rezultat imamo osobu koja ne konzumira alkohol uz poboljšanu kvalitetu vlastitog života.

Procesi promjene u liječenju ovisnosti o alkoholu

Svaki proces promjene obuhvata širok spektar klijentovih aktivnosti i mnogobrojnih terapeutovih tehnika i procedura koje proizilaze iz različitih teorijskih orijentacija i koje klijent sprovodi unutar terapijske seanse i između seansi, a također i kada nije uključen u terapiju nego samostalno pokušava da prevaziđe neki problem (Gavrilov-Jerković 2004). Proces promjene kod osoba koje se nalaze na liječenju od bolesti ovisnosti uzrokovane pretjeranom konzumacijom alkohola u KLA je dugotrajan i predviđeno trajanje je, kako smo istakli, do pet godina, pri čemu se radi na jačanju preostalih sposobnosti kako osobe koja se liječi od bolesti ovisnosti o alkoholu tako i njegove porodice koja je izvor podrške pacijentu u toku i nakon liječenja. Generalni zaključak je da se osobe koje u prirodnoj sredini pokušavaju da promijene nešto u

svom ponašanju, osjećanju ili razmišljanju, oslanjaju na različite i raznovrsne procese promjene koji se poklapaju sa procesima deriviranim iz teorijskih pristupa (DiClemente, Prochaska 1982).

U traženju odgovora kada dolazi do promjene transteorijski model ističe da terapijska promjena nije događaj već kontinuiran proces tokom kojeg osoba prolazi kroz pet stadijuma, napredujući od nepriznavanja postojanja problema do napuštanja problema. Prekontemplacija je stadijum u kojem osoba sa problemom alkoholizma ne posjeduje namjeru da mijenja svoje ponašanje u doglednoj budućnosti. Kontemplacija je stadijum u kojem je klijent svjestan činjenice da problem postoji, te razmišlja o mogućnosti da ga na neki način prevaziđe, ali još nije spreman da nešto po tom pitanju uradi. U tretmanu liječenja alkoholizma to su faze u kojima osoba prihvata da je ovisna o alkoholu ili radi na prihvatanju činjenice neophodnosti kontinuirane apstinencije. Priprema je stadijum u kome klijent donosi odluku da preduzme akciju u vezi sa svojim problemom u skorijoj budućnosti. Akcija je stadijum kada klijent mijenja sopstveno ponašanje, navike i sredinu u cilju prevazilaženja alkoholizma. Održavanje je posljednji stadijum promjene i on podrazumijeva da je klijent sposoban odoljeti iskušenjima relapsa i uspješno održava biheioralne promjene postignute u stadijumu akcije. Iako je model stadijuma promjene originalno zamišljen kao linearni konstrukt po kome se klijent progresivno kreće napredujući od prekontemplacije do održavanja promjene, autori su primjetili da je takav progres moguć, ali ne i najučestaliji. U skladu s tim DiClemente i Prochaska predlažu spiralni model promjene, po kome klijent pri svakom povratku na prethodne stadijume ipak biva bliže održavanju promjena (Žuljević, Gavrilov-Jerković 2008).

Deset je procesa koji su dobili najviše empirijskih potvrda u dosadašnjem istraživačkom radu koji je uključivao najčešće ili tipične primjere intervencija koje mogu biti obuhvaćene datim procesom, premda je važno napomenuti da ista intervencija može sekundarno doprinositi različitim procesima.

1. *Povećanje svjesnosti* odnosi se na one intervencije koje imaju za cilj proširenje svjesnosti klijenta o problemu, prirodi i antecedentnim i konsekvantnim okosnicama problema i mogućim putevima za njegovo prevazilaženje. U ovoj fazi kod osoba koje se nalaze na liječenju od bolesti ovisnosti o alkoholu utvrđuju se početne osnove za liječenje, te se radi na utvrđivanju trenutnih kapaciteta i resursa koji su na raspolaganju za prevazilaženje nastalnih problema uzrokovanih pretjeranom konzumacijom alkohola. U KLA ova faza se prolazi po samom dolasku na liječenje, gdje se korisniku kroz različite

- tretmanske metode omogućava povećanje nivoa svjesnosti o problemu koji je uzrokovao alkoholizam, imajući u vidu činjenicu da je korisnik koji je osviješten o problemu alkoholizma spremniji za liječenje.
2. *Dramatično olakšanje* odnosi se na sve one tehnike koje obezbjeđuju doživljavanje i ispoljavanje osjećaja u vezi sa problemom i rješanjem problema, odnosno intervencije koje provociraju intenziviranje emocionalnog iskustva uz opadanje negativnog afektivnog naboja nakon preuzimanja odgovarajućeg ponašanja. Intervencije koje su usmjerene na djelovanje kod osoba sa problemom alkoholizma unutar KLA usmjerene su na prepoznavanje negativnih činjenica i događaja koji su prouzrokovali određena negativna stanja, a koja u narednom periodu treba da se prevaziđu. Primjenom različitih metoda i tehnika terapeuta voditelja KLA kod korisnika su već nakon izvjesnog perioda redovnih dolazaka na sastanke uočljive promjene u dijelu olakšavajućeg prihvatanja problema i vidljivosti mogućeg rješenja odnosno liječenja ovisnosti o alkoholu kroz redovne dolazke u KLA.
 3. *Procjenjivanje slike o sebi* u odnosu na problematične aspekte života i promjenu te slike u pravcu većeg samoprihvatanja. U procesu liječenja ovisnosti o alkoholu u KLA kod osobe sa problemom alkoholizma radi se na razvijanju samopoštovanja i stvaranju pozitivnog odnosa, kako prema ličnim interesima tako i prema porodici i porodičnim odnosima. Zbog toga je tokom liječenja poželjno prisustvo porodice prilikom redovnih dolazaka na sastanke u KLA.
 4. *Promjena vrednovanja okoline* odnosi se na intervencije koje izazivaju afektivnu i kognitivnu procjenu povezanosti nekog problema i sredine u kojoj se taj problem odigrava, modifikaciju te procjene u pravcu aktivacije resursa koji motivišu i podržavaju promijenjeno ponašanje. U slučaju liječenja ovisnosti o alkoholu u KLA nemoguće je raditi samo na promjeni ponašanja i apstinenciji od alkohola na individualnom nivou, nego je potrebno djelovati i na porodične odnose jer su oni vrlo često narušeni.
 5. *Samooslobađanje* se odnosi na intervencije koje provociraju klijentovo povjerenje da je promjena moguća, odnosno da klijent ima izbora da drugačije reaguje na unutrašnje i spoljne stimulanse. Vrlo često se to naziva i snaga volje. Kod liječenja ovisnosti o alkoholu u KLA potrebno je u početnoj fazi da osoba ispoljava svjesnost svojih problema uzrokovanih alkoholizmom i želju za promjenom postojećeg stanja, dok se redovnim sastancima unutar KLA dolazi do potpune promjene stava i ponašanja korisnika.

6. *Snaga oslobađanja* podrazumijeva one direktne intervencije koje pozivaju klijenta da poveća izbore u širem socijalnom okruženju, tako što se uključuje u akcije koje pružaju podršku promjeni, ali i indirektno intervencije, koje se odnose na učešće terapeuta/voditelja KLA u onim društvenim akcijama koje povećavaju senzibilitet sredine na mentalno-zdravstvena pitanja.
7. *Kontrauslovljavanje* se odnosi na razne vidove učenja oblika ponašanja alternativnih problematičnom ponašanju, što osobama sa problemom alkoholizma koje su na liječenju u KLA može poslužiti kada se navikavaju na alternativne mjere koje svakodnevno primjenjuju kako bi održali apstinenciju od alkohola te ne bi učinili recidiv.
8. *Kontrola stimulusa* odnosi se na intervencije koje provociraju i ohrabruju klijenta da rekonstruira sopstveno okruženje u svrhu kontrole visoko rizičnih izazivača za problematično ponašanje.
9. *Upravljanje potkrepljenjem* odnosi se prvenstveno na tehnike bazirane na modelu operantnog uslovljavanja.
10. *Pomažuće relacije* odnose se na sve one terapijske intervencije koje se oslanjaju na moć uspostavljanja terapijske alijanse tj. sklapanje mreže zaštite. Također uključuje intervencije koje se sprovode u raznim grupama samopomoći ili tehnike porodične terapije. (Prochaska i DiClemente 1985, prema Gavrilov-Jerković 2004)

Zajedničke karakteristike modela promjene su: djelotvornost percepcije osobe da je sposobna provesti promjenu ponašanja (sa ovim je često povezan faktor otpornosti na iskušenje); postojanje ili percepcija prepreka objektivne ili percipirane prepreke da se određeno ponašanje provede; dobit i nedostaci percepcije korisnosti ili štetnosti posljedica do kojih dovodi promjena ponašanja; percipirani socijalni pritisak (šta osoba misli da okolina očekuje šta on treba da uradi); da li osoba ima namjeru i da li planira da provede promjenu ponašanja; povodi za akciju tj. unutrašnji i vanjski poticaji koji povećavaju vjerovatnoću da će se osoba odlučiti da preduzme akciju; sklonost otporu (sklonost osobe da preporuke za promjenu ponašanja doživi kao manipulaciju i da ima potrebu da im se odupre) (Ajduković 2017).

Postoje različite reakcije na sam proces promjene. Neke od njih korisnik ne vidi, negira ili umanjuje problem (koji je očigledan svima ostalim – porodicama, prijateljima, ljekaru, socijalnom radniku). Osoba koja konzumira alkohol u pretjeranoj mjeri vrlo često ne želi priznati da ima problem ili smatra da je njegova konzumacija alkohola ne otežava normalno funkcionisanje kako radno tako i porodično. Ponekad

postoji djelimična svijest o problemu kada je osoba svjesna situacije i problema s kojim treba da se suoči, ali ne želi apsolutno priznati niti prihvatiti problem koji se mora riješiti. Vrlo često se javlja i potreba za odbranom i objašnjavanjem zašto je alkohol dobar za njegovo zdravstveno stanje, te iskazuje lažna uvjerenja s kojima porodica pokušava uvjeriti kako je njegova bolest samo prolazno stanje. Pesimizam u pogledu ishoda koji sprečava pokušaj mjenjanja povezan je sa situacijama kada osoba sa problemom alkoholizma posmatra svoju bolest kao stanje iz kojeg ne vidi izlaz niti rješenje nastalog problema, a koji je osim zdravstvenog stanja narušio i porodične odnose, vrlo često i susjedske odnose, na kraju i odnose u radnoj sredini. Kod osobe koja je na liječenju bolesti ovisnosti o alkoholu koriste se sve potrebne metode rada da se ne desi recidiv, odnosno nastoji se održati postignuta promjena. Održavanje promjene kod pacijenata sa problemom alkoholizma unutar KLA nije pasivno stanje, potrebno je da ovo stanje postane stalno prakticiranje novog obrasca ponašanja, koje može zahtijevati više energije usmjerene prema liječenju u kontinuitetu. Sve navedeno moguće je postići redovnim dolascima na sastanke KLA, uz pridržavanje uputa terapeuta i samoosvještavanje o problemu alkoholizma.

INTEGRATIVNI MODEL OPORAVKA (INTEGRATIVE RECOVERY MODEL, DE LEON 1996)

Ovaj model razlikuje šest pred-tretmanskih faza od kojih se posljednje četiri javljaju uključivanjem osobe u tretman:

- *Nijekanje* (kod osobe sa problemom alkoholizma u početnoj fazi liječenja izraženo je negodovanje i neprihvatanje problema s kojim se suočava i nepriznavanje trenutne bolesti, također je akutan i problem prihvatanja posljedica koje su proistekle zbog bolesti ovisnosti o alkoholizmu). Vrlo su česte situacije da se kod korisnika koji su na samom početku tretmana liječenja alkoholizma, pri prvim dolascima na sastanke KLA javlja neprihvatanje bolesti, pri čemu navode da smatraju kako to nije bolest već trenutno stanje; „ne znam zbog čega sam ovdje, ja samo malo pijem“ i sl. Sve navedeno pojavljuje se do momenta kada korisnik KLA dobije uvid u stvarno stanje problema u kojem se nalazi, kroz psihosocijalne intervencije terapeuta voditelja KLA.
- *Ambivalencija*. Nakon završene prve faze kod nekih korisnika KLA koji su svjesni činjenice da im je potrebno liječenje od bolesti alkoholizma može da nastupi faza ambivalencije u kojoj korisnik prihvata da posjeduje dijagnozu bolesti ovisnosti o alkoholu, prihvata proces liječenja kroz redovne sastanke u

KLA, ali se pojavljuje problem sa otežanim prihvatanjem posljedica koje je sam korisnik uzrokovao u toku pretjerane konzumacije alkohola. U navedenim situacijama uloga terapeuta voditelja KLA jeste da radi na jačanju kapaciteta korisnika ali i porodice koja svojom podrškom daje podršku u prihvatanju posljedica i stvaraju novih boljih uvjeta za kvalitetniji život korisnika KLA. U skladu s porodičnom sistemskom terapijom, tretman koji se provodi u KLA uključuje educiranje svih članova porodice o tome kako porodični sistemi funkcioniraju, reduciranje razine tjeskobe u porodici, kao i promoviranje diferencijacije kod svih članova porodice (Chan 2003). Zato partneri/ice osobe ovisne o alkoholu u KLA uče o načinima emocionalnog odvajanja od osobe ovisne o alkoholu te kako pomoći samom sebi (Torre 2006), jer pomažući sebi, pomažu i partneru/ici koji se liječi, što posljedično dovodi do optimističnijeg stava prema budućnosti i životu općenito (Arcidiacono i sur. 2009).

- *Vanjska motivacija* (pripisivanje problema vanjskim utjecajima, npr. alkohol sam počeo konzumirati jer nisam izdržao pritisak koji su mi nametali u radnom okruženju, porodica mi je nametala sve teže zahtjeve s kojima sam se suočavao na način da sam konzumirao alkohol i sve se lakše podnosilo)
- *Unutarnja motivacija* (prepoznavanje unutarnjih razloga za osobnu promjenu; u ovom stadiju osoba je već dovoljno prihvatila činjenicu da ima problem sa alkoholom i da želi postupiti na način da prevaziđe probleme s kojim se suočava)
- *Spremnost na promjenu* (želja za iznalaženjem opcija promjene ponašanja koje nisu povezane sa tretmanom, promjena cjelokupnog načina života koji bi bio koncipiran bez upotrebe alkoholnih pića, a što se postiže kontinuiranim dolascima i liječenjem u KLA)
- *Spremnost na tretman* (osoba koja je svjesna problema alkoholizma i smatra da joj tretman može pomoći u liječenju).

U pokušaju da prepozna diferencijalnu vrijednost i upotrebljivost definiranih procesa promjeneklijent prepoznaje da je ključna dimenzija spremnost da promjenu ostvari i da nije svejedno u kojem momentu će se osoba oslanjati na koji aspekt promjene, odnosno da će različiti procesi imati različitu vrijednost ovisno od stepena klijentove spremnosti da ih primi i od njih profitira. Osobe u stadijumu pripreme počinju da preduzimaju početne korake prema akciji i u tome se oslanjaju na vrednovanje sebe i samooslobađanje. Tako u početnoj fazi sudjelovanja na sastancima KLA dolazi do prihvatanja bolesti ovisnosti o alkoholu što vodi ka adekvatnijem

napretku liječenja ovisnosti, ali i ulasku u sljedeću fazu liječenja. Tokom stadijuma akcije pacijenti povećavaju posvećenost promjeni, oslanjajući se još više na procese samooslobađanja sa očiglednim redizajniranjem bihevioralnih procesa ne bi li razvili novo ponašanje, mišljenje ili osjećanje i prevenirali relaps sa čime nastavljaju i u stadijumu održavanja promjene. Nakon što korisnici KLA uspostave odnos sa grupom unutar KLA i terapeutom/voditeljem KLA dolazi do promjena u svakodnevnom životu ali i aktivnostima koje korisnici obavljaju u toku dana. Stjecanjem osjećaja dobiti od liječenja u KLA razvijaju nove sposobnosti prevazilaženja recidiva ili ponovljene želje za upotrebom alkohola. Od velike je važnosti upravljati kognitivnim procesima klijentata koji su u stadijumu kontemplacije, ali da bi izbjegli zamku stabilnog kontemplativnog obrasca nakon izvjesnog vremena je nužno uvoditi više akcione procese kako bi se obezbijedilo kretanje klijentata prema akciji u održavanju promjena (Gavrilov-Jerković 2004). Jedno od temeljnih načela rada KLA jeste da se promjene događaju i da korisnici KLA počinju mijenjati obrasce svog ponašanja zbog kojeg se javljaju na tretman. Nekada se ove promjene dešavaju i pri prvom susretu s terapeutom, npr: „... od kada sam Vam se javio za dolazak u Klub liječenih alkoholičara moj problem je postao evidentno manji“. Ključni je proces osnaživanja kako apstinenta o alkoholu tako i članova porodice. Grupa je za to pogodno okruženje koje daje priliku da se osobnim resursima podrži apstinent i obratno (Miljenović 2010). Kontinuirano održavanje promjene zahvaljujući redovnim dolascima u KLA, održivi oporavak i poboljšanje kvaliteta života osobe koja se liječi od bolesti ovisnosti o alkoholu trebali bi biti očekivani ishodi kojima će isti težiti u toku apstinencije.

ZAKLJUČAK

Liječenje bolesti alkoholizma je dugotrajan proces koji u praksi podrazumijeva uzajamnu povezanost između korisnika, farmakoterapije i psihosocijalne terapije. Proces liječenja koji se provodi u KLA podrazumijeva aktivno učešće korisnika koji je na liječenju, ali i njegove porodice. Osoba koja dolazi na sastanke KLA treba vjerovati da je alkoholizam bolest i da uzrokuje veliki broj problema, kako porodičnih tako i u profesionalnom smislu. Također, treba biti uvjeren da je neophodno pristupiti redovnim dolascima na sastanke KLA po mogućnosti uz prisustvo članova porodice kako bi se radilo na uspostavljanju novih životnih navika i obrazaca ponašanja koji su narušeni pretjeranom konzumacijom alkohola. Da bi liječenje od bolesti alkoholizma bilo uspješno pojedinac mora osjetiti diskrepanciju ili razviti uvjerenje kako je promjena nužna (u našem slučaju neophodno je razviti uvjerenje kako je

potrebno redovno dolaziti na sastanke KLA da bi se uz sistematičnu podršku apstiniralo od alkohola), mora vjerovati kako je predložena promjena primjeren odgovor na trenutnu situaciju i da će buduća promjena kreirati osjećaj zadovoljstva i poboljšanje sveukupne kvalitete života. Na osnovu analize različitih stručnih i naučnih radova na temu uloge i značaja KLA možemo zaključiti da osobe koje su dulje na tretmanu u KLA ostvaruju veći intenzitet osobne promjene. Ukoliko govorimo o trajanju tretmanskog procesa unutar KLA predviđeni rok je od jedne do pet godina u zavisnosti od samog korisnika. Navedenu konstataciju potvrđuje i transteorijski model prema kojem terapijska promjena nije događaj već kontinuiran proces tokom kojeg osoba prolazi kroz pet stadijuma, napredujući od nepriznavanja postojanja problema do napuštanja problema. Liječenje ovisnosti o alkoholu u KLA podrazumijeva proces gdje korisnik u početnoj fazi ispoljava svjesnost svojih problema uzrokovanih alkoholizmom i želju za promjenom postojećeg stanja, dok se redovnim sastancima unutar KLA dolazi do potpune promjene. Međutim, nemoguće je raditi samo na promjeni ponašanja i apstinenciji od alkohola na individualnom nivou, potrebno je djelovati i na porodične odnose jer su oni vrlo često narušeni. Kod korisnika koji je na liječenju bolesti ovisnosti o alkoholu u KLA koriste se sve potrebne metode da se ne desi recidiv, odnosno nastoji se održati postignuta promjena. Održavanje promjene kod korisnika sa problemom alkoholizma unutar KLA nije pasivno stanje, nego stalno prakticiranje novog obrasca ponašanja, koje može zahtjevati više energije. Sve navedeno moguće je postići redovnim dolascima na sastanke KLA, uz pridržavanje uputa terapeuta i samoosvještavanje o problemu alkoholizma. Iako je doprinos rada KLA u liječenju bolesti ovisnosti o alkoholu pokazao značajne rezultate veliki problem pri funkcionisanju i ponovnom nastavku rada pojedinih KLA u Bosni i Hercegovini, koji su u prethodnom periodu prestali sa radom, predstavljaju finansijski resursi, nedovoljna podrška lokalne zajednice i viših nivoa vlasti koji su u obavezi pokazati veći stepen razumjevanja za osobe kojima je neophodno liječenje od bolesti ovisnosti o alkoholu. Pored isplativosti za društvenu zajednicu, doprinos KLA predstavljai relativno jeftin koncept liječenja u terapijskom smislu sa posebnim učincima koji korigiraju narušene obrasce osobne i društvene odgovornosti.

LITERATURA:

1. Ajduković, Marina (2017), *Zabilješke sa predavanja kolegija Integrativni socijalni rad*, Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Studijski centar socijalnog rada, Zagreb
2. Arcidiacono, Caterina, Richard Velleman, Foruna Procentese, Cinzia Albanesi, Massimiliano Sommantico (2009), "Impact and coping in Italian families of drug and alcohol users", *Qualitative Research in Psychology*, 6(4), 260–280
3. Bajo, Antonija (2014), *Značaj klubova liječenih alkoholičara u terapiji alkoholizma*, Završni rad, Sveučilište u Splitu, Sveučilišni odjel zdravstvenih studija, Split
4. Bell, Richard Q. (1968), "A reinterpretation of the direction of effects in studies of socialization", *Psychological Review*, 75(2), 81-95.
5. Blaszczynski, Alex, Lia Nower (2002), "A Pathways Model of Problem and Pathological Gambling", *Addictions*, 97(5), 487-499.
6. Breitenfeld, Darko, Duško Wolf (ur.) (2010), *Alkoholizam – poremećaji izazvani pijenjem alkohola*, autorsko izdanje, Rijeka
7. Chan, James G. (2003), "An examination of family-involved approaches to alcoholism treatment", *The Family Journal*, 11(2), 129-138.
8. Curzio, Olivia, Angela Tilli, Lorena Mezzasalma, Marco Scalese, Loredana Fortunato, Roberta Potente, Guido Guidoni, Sabrina Molinaro (2012), "Characteristics of alcoholics attending Clubs of alcoholics in treatment in Italy: A national survey", *Alcohol and Alcoholism*, 47(3), 317-321.
9. De Leon, George (1996), "Integrative recovery: A stage paradigm", *Substance Abuse*, 17(1), 51-63.
10. Di Clemente, Carlo C., James O. Prochaska (1982), "Self-change and therapy change of smoking behavior. A comparison of processes of change in cessation and maintenance", *Addictive Behaviors*, 7(2), 133-142
11. Dragišić-Labaš, Slađana, Gorica Đokić (2010), "The importance of psychoeducation in systemic, family therapy alcoholic treatment", *Sociologija*, 52(2), 197-210.
12. Gavrilov-Jerković, Vesna (2004), "Profil spremnosti klijenta na promjenu i preferencija tipičnih procesa promjene", *Psihologija*, 37(1), 89-108
13. Horčička, Tatjana (2016), *Alkoholizam u žena*, Diplomski rad, Sveučilište u Zagrebu. Medicinski fakultet, Zagreb

14. Hudolin, Vladimir (1981), *Psihijatrija*, Jugoslavenska medicinska naklada, Zagreb
14. Hudolin, Vladimir (1986a), "Ovisnost mladih o alkoholu i drogi", *Bogoslovska smotra*, 56(3-4), 285-307.
15. Hudolin, Vladimir (1991), *Alkohološki priručnik*, Medicinska naklada, Zagreb
16. Hudolin, Vladimir (1986), *Obiteljsko liječenje*, Školska knjiga, Zagreb
17. Jakičić, Helena (2019), *Klubovi liječenih alkoholičara (KLA): Ispitivanje funkcioniranja i učinkovitosti na području grada Zagreba*, Diplomski rad, Sveučilište u Zagrebu, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet, Zagreb
18. Marinić, Željko (2000), "Neka razmišljanja o recidivu", *Alkohološki glasnik*, 7/8 (65/66), 3-5.
19. Miljenović, Ana (2010), "Psihosocijalni pristup i alkoholizam: Iskustvo rada u Klubovima liječenih alkoholičara", *Ljetopis socijalnog rada*, 17(2), 281-294.
20. Oreb, Tereza, Ana Opačić, Katarina Radat (2017), "Perspektive članova obitelji o djelovanju klubova liječenih alkoholičara", *Ljetopis socijalnog rada*, 25(1), 131-157.
21. Oreb, Tereza, Ana Opačić, Katarina Radat (2019), "How do Clubs of Alcoholics in Treatment Function? Differences Between the Perspectives of Members with Addiction and Family Members", *Archives of Psychiatry Research*, 55(1), 25-38.
22. Oreb, Tereza, Ana Opačić, Katarina Radat (2019), "Obilježja klubova liječenih alkoholičara u Hrvatskoj", *Socijalna psihijatrija*, 47(2), 145-167.
23. Rafferty, Alannah E., Nerina L. Jimmieson, Achilles A. Armenakis (2013), Change Readiness: A Multilevel Review, *Journal of Management*, 39(1), 110-135.
24. Ramić, Lejla (2012), "Udruženje Klubova liječenih alkoholičara Sarajevo - Iskustva i perspektive, Zajednica koja aktivno pomaže svojim članovima", *Magazin Doktor: glasilo Liječničke komore Kantona Sarajevo*, Sarajevo
25. Ricijaš, Neven (2009), *Pripisivanje uzročnosti vlastitog delinkventnog ponašanja mladih*, Doktorska disertacija, Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Studijski centar socijalnog rada, Zagreb
26. Sakoman, Slavko, Marina Kuzman, Zora Raboteg-Šarić (1999), "Čimbenici rizika i obilježja navika pijenja alkohola među srednjoškolcima", *Društvena istraživanja*, 2-3(40-41), 373-396-
27. Sakoman, Slavko, Zora Raboteg-Šarić, Marina Kuzman (2002), "Raširenost zlouporabe sredstava ovisnosti među hrvatskim srednjoškolcima", *Društvena istraživanja*, 2-3(58-59), 311-334.

28. Sameroff, Arnold (2009), "The transactional model", In: A. Sameroff (Ed.), *The transactional model of development: How children and contexts shape each other*, American Psychological Association, 3–21.
29. Sarić, Helena (2020), *Pristup osobi s ovisnošću nakon hospitalizacije - principi (modeli) liječenja*, Završni rad, Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija, Rijeka
30. Sharpe, Louise (2002), "A Reformulated Cognitive-behavioral Model of Gambling", *Clinical Psychology Review*, 22(1), 1-25.
31. Svjetska zdravstvena organizacija / World Health Organization (2018), *Global status report on alcohol and health*
32. Thaller Vlatko, Srđan Marušić S. (2013), *Dijagnostičke i terapijske smjernice za liječenje alkoholom uzrokovanih poremećaja*, Hrvatski liječnički zbor - Hrvatsko društvo za alkoholizam i druge ovisnosti - Hrvatsko psihijatrijsko društvo, Zagreb
33. Torre, Robert (2006), *Oporavak alkoholičara u klubovima liječenih alkoholičara*, Hrvatski savez liječenih alkohol, Zagreb
34. Torre, Robert (2015), *Alkoholizam: Prijetnja i oporavak*, 2. Izdanje, Profil, Zagreb
35. Tutić, Tea (2016), *Kvaliteta života članova obitelji ovisnika o alkoholu*, Završni rad, Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Medicinski fakultet Osijek
36. Vasta, Ross, Marshall M. Haith, Scott A. Miller (2005), *Dječja psihologija: moderna znanost*, Naklada Slap, Jastrebarsko
37. Zoričić, Zoran (2000), "Razvoj sustava KLA od 1964 godine do danas", u: Hudolin, Vladimira i sur. (ur.), *Klub liječenih alkoholičara, Priručnik za rad u Klubovima liječenih alkoholičara (ekološko socijalni pristup)*, Europska škola alkoholologije i socijalne psihijatrije, Trst; dostupno na: <https://hskla.hr/wp-content/uploads/2021/06/RAZVOJ-SUSTAVA-KLUBOVA-LIJEČENIH-ALKOHOLICARA-OD-1964.pdf>
38. Zoričić, Zoran (2018), *Ovisnosti - prevencija, liječenje i oporavak*, Školska knjiga, Zagreb
39. Zoričić, Zoran, Ivan Ivančić, Ana Matošić (2006), "Importance of the club of treated alcoholics", *Alcoholism and Psychiatry Research*, 42(1), 35-42.
40. Zuckerman Itković, Zora, Duška Petranović (2010), *Ovisnosti suvremenog doba: strast i muka*, Školska knjiga, Zagreb

41. Žuljević, Dragan, Vesna Gavrilov-Jerković (2008), "Procesi promene mjereni upitnikom PCQ 2001 – korak bliže ili dalje u razumjevanju psihoterapijske promene", *Primenjena psihologija*, Vol. 1 (1-2), 95-115.
42. Žuškin, Eugenija, Vlado Jukić, Jasna Lipozenčić, Ana Matošić, Jadranka Mustajbegović, Nada Turčić, Dijana Poplašen-Orlovac, Alef Prohić, Marija Bubaš (2006), "Ovisnost o alkoholu – posljedice za zdravlje i radnu sposobnost", *Arhiv za higijenu rada i toksikologiju* 57(4), 413-426.

THE ROLE AND IMPORTANCE OF THE CLUBS OF ALCOHOLICS IN TREATMENT THE CONTINUOUS MAINTENANCE OF ABSTINENCE AND THE ACHIEVED RESULTS OF RECOVERY FROM ALCOHOL

Summary

In our work, we will use the term alcohol addiction due to less stigmatization of people who consume alcohol. Alcohol addiction as a medical-social phenomenon is present in a large number of the population. The goal of the work is to gain insight into the importance of Clubs of alcoholics in treatment (CATs) and the continuous maintenance of change in a person undergoing alcoholism treatment. The subject of the research was to determine the contribution of CATs, in the context of readiness for change in the recovery process of persons treated for alcoholism. The work is based on secondary analysis, which includes the collection and analysis of relevant professional and scientific selected literature from this field. For this work, when collecting secondary data, various books, scientific and professional works, and various databases were used. Willingness to continuously maintain change in the treatment of alcohol addiction is applied in different conditions, both inpatient and outpatient, applying different treatment methods, among which Clubs of alcoholics in treatment stand out, which have as their ultimate goal the treatment of a person who is under the influence of alcohol. The personal change of the CATs user takes place procedurally through an increase in the CATs user's awareness of the existence of the disease of alcohol addiction, a dramatic relief concerning the problem and solution to the problem of alcoholism, through evaluating the self-image and a greater degree of self-acceptance, changing the evaluation of the environment with which the user is in daily contact. Self-liberation occurs through direct interventions carried out in CATs, counter-conditioning learning of alternative forms of behavior to the problematic behavior of excessive alcohol use, and stimulus control interventions that provoke and encourage the user of CATs to reconstruct their environment. Using five-year abstinence and

recovery from the disease of alcohol dependence as the primary outcome measure of treatment can lead to an improvement in the overall quality of life of the abstainer.

Keywords: Alcohol addiction, maintenance of change, clubs of alcoholics in treatment

Adrese autorica
Authors' address

Vesna Huremović
Samra Mahmutović
Univerzitetski klinički centar Tuzla
Zavod za psihološku i socijalnu zaštitu
vesnahuremovic85@gmail.com
samramahmutovic@hotmail.com