Tretman ovisnika o alkoholu u korekcijskom okruženju

Cvitković, Elena

Master's thesis / Diplomski rad

2021

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Education and Rehabilitation Sciences / Sveučilište u Zagrebu, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:158:511332

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-29**

Repository / Repozitorij:

Faculty of Education and Rehabilitation Sciences - Digital Repository

Sveučilište u Zagrebu
Edukacijsko – rehabilitacijski fakultet

Diplomski rad

Tretman ovisnika o alkoholu u korekcijskom okruženju – pregled aktualnih spoznaja

Elena Cvitković

Zagreb, rujan 2021.

Sveučilište u Zagrebu
Edukacijsko – rehabilitacijski fakultet

Diplomski rad

Tretman ovisnika o alkoholu u korekcijskom okruženju – pregled aktualnih spoznaja

Ime i prezime studenta:
Elena Cvitković

Ime i prezime mentora:
Prof. dr. sc. Irma Kovčo Vukadin
Izv. prof. dr. sc. Anita Jandrić Nišević

Zagreb, rujan 2021.

Izjava o autorstvu rada

Potvrđujem da sam osobno napisao/napisala rad *Tretman ovisnika o alkoholu u korekcijskom okruženju – pregled aktualnih spoznaja* i da sam njegov autor/autorica.
Svi dijelovi rada, nalazi ili ideje koje su u radu citirane ili se temelje na drugim izvorima jasno su označeni kao takvi te su adekvatno navedeni u popisu literature.

Ime i prezime: Elena Cvitković

Mjesto i datum: Zagreb, rujan 2021.

SAŽETAK

Naslov rada: Tretman ovisnika o alkoholu u korekcijskom okruženju – pregled aktualnih spoznaja
Studentica: Elena Cvitković
Mentor: Prof. dr. sc. Irma Kovčo Vukadin
Komentor: Izv. prof. dr. sc. Anita Jandrić Nišević
Program na kojem se polaže diplomski ispit: Socijalna pedagogija/ modul Djeca i mladi

Alkoholizam i prekomjerno konzumiranje alkohola jedan je od vodećih problema suvremenog društva, pa tako i na području Hrvatske. Osim u kontekstu javnog zdravstva, alkoholizam se kao značajna tema pojavljuje i u raznim drugim sferama kako javnog, tako i privatnog života, što obuhvaća i kriminologiju i penologiju. Posebice se to odnosi na tretmane koji se provode u korekcijskim ustanovama, kako sa počiniteljima kaznenih djela koja su počinjena pod utjecajem alkohola, tako i sa počiniteljima kod kojih su uočeni simptomi ovisnosti ili zlouporabe alkohola. Cilj ovog rada je stjecanje uvida u aktualne spoznaje o postojećim programima tretmana ovisnosti o alkoholu u korekcijskom okruženju. U svrhu postizanja cilja rada, postavljena su dva istraživačka pitanja: 1) koja su obilježja i karakteristike postojećih programa liječenja od alkohola koji se provode u korekcijskom okruženju te 2) koliko su programi koji se provode učinkoviti. Za način obrađivanja ove teme odabrana je metoda sustavnih pregleda, točnije PRISMA model koji se često koristi u preglednim radovima. Zadani vremenski okvir analize je razdoblje od 2000. godine do 2020. godine. Smatra se kako će obilježja i karakteristike analiziranih programa biti slične, obzirom da je cilj samih programa jednak (uspostava i održavanje apstinencije). Ipak, radom na glavnom cilju programa liječenja od alkohola, dotiču se i ostali biopsihosocijalni aspekti života pojedinca, gdje se smatra da će biti razlika među programima. Obzirom na drugo istraživačko pitanje, odnosno koliko su programi učinkoviti, pretpostavka je da su programi koji se provode učinkoviti do određene mjere, odnosno da programi pozitivno utječu na određeni broj sudionika. Također, pretpostavka je kako kombinacija tretmana, te diferencirani programi imaju najbolje učinke.

Ključne riječi: alkoholizam, tretman alkoholizma, korekcijski sustav

SUMMARY

Title: The Treatment of alcohol dependence in correctional setting – an overview of current knowledge

Nowadays, one of the biggest problems of modern society, involving Croatian one, includes alcoholism and excessive consummation of the same. Except in the context of public healthcare, alcoholism appears among many other spheres of both, public and private life, which also includes criminology and penology. Hence, it can be applied, in particular, on those treatments that are being carried out in correctional facilities with both, people who committed crimes under the impact of alcohol but, also, among perpetrators who had symptoms of addiction or alcohol abuse. The main goal of this paper is to gain insight into current knowledge of existing treatment programs including alcoholism in correctional surrounding (involving all spheres of serving a legally imposed sanction). In order to achieve the goal of the paper, two research questions were asked: 1) what are the features and characteristics of existing alcohol treatment programs implemented in a correctional setting and 2) how effective the programs implemented are. In this paper, the method of systematic reviews, more precisely PRISMA model, which is often used in review papers, is chosen to deal with the topic. Moreover, the time frame of this paper is the period from the year 2000 until 2020. It is considered that the characteristics of the analyzed programs will be similar, given that the goal of the programs themselves is the same (establishment and maintenance of abstinence). However, by working on the main goal of the alcohol treatment program, other biopsychosocial aspects of an individual's life are also touched upon, and it is thought that there will be a difference between the programs. Considering the second research question, how effective the programs are, the assumption is that the programs implemented are effective to a certain extent. In other words, that the programs have a positive impact on a certain number of participants. Also, it is the assumption that a combinations of treatments and differentiated programs have the best effects.

Key words: alcoholism, treatment of alcoholism, correctional setting

SADRŽAJ

1. Uvod……1
2. Osnovno o alkoholizmu……..3
2.1. Definicije alkoholizma……3
2.2. Kultura pijenja……...11
2.3. Jelinekova tipologija alkoholičara……...…….....18
2.4. Liječenje alkoholizma……...20
3. Povezanost kaznenih djela i prekršaja s alkoholizmom…….....……23
4. Statistički pokazatelji o tretmanu alkoholizma u hrvatskom korekcijskom okruženju…...29
4.1. Godišnja izvješća Probacijske službe……29
4.2. Godišnja izvješća Uprave za zatvorski sustav……...33
5. Metodološki okvir rada …….....…….33
6. Analiza radova o tretmanu alkoholizma u korekcijskom okruženju……39
6.1. Opis programa koji se provode u korekcijskom sustavu……...40
6.1.1. Terapijske zajednice ……..40
6.1.2. Anonimni alkoholičari – Monroe Country's program....……43
6.1.3. Klubovi liječenih alkoholičara……...45
6.1.4. Kognitivno bihevioralni tretman……47
6.1.5. Getting SMART…….……51
6.1.6. Terapija povećanja motivacije (Motivacijski intervju)……..52
6.1.7. Kratke intervencije – Brief interventions…….....53
6.2. Evaluacija postojećih tretmana…….54
6.2.1. Terapijske zajednice……..54
6.2.2. Anonimni alkoholičari – Monroe Country's program……55
6.2.3. Klubovi liječenih alkoholičara……...57
6.2.4. Kognitivno bihevioralni tretman……58
6.2.5. Getting SMART……59
6.2.6. Terapija povećanja motivacije (Motivacijski intervju)……..60
6.2.7. Kratke intervencije – Brief interventions……...61
7. Zaključak……...63
8. Prilozi……65
Prilog 1: Popis tablica……...65
Prilog 2: Popis dijagrama...……...65

9. Literatura……...66

Popis kratica:

AA – Anonimni alkoholičari

KBT – Kognitivno bihevioralna terapija

KLA – Klub liječenih alkoholičara

MI – Motivacijski intervju

TZ – Terapijska zajednica

1. UVOD

Problematična konzumacija alkohola kao i ovisnost o alkoholu problemi su s kojima se suočava cijeli svijet, pa tako i Republika Hrvatska. Osim činjenice da alkohol ima štetan utjecaj na zdravlje pojedinca, uočene su i posljedice na ponašajnom i socijalnom planu koje osjete i osobe koje su u kontaktu s pojedincem koji konzumira alkohol. Uz ovisnost o alkoholu, i drugi načini konzumacije mogu dovesti do raznih, nerijetko kobnih posljedica. Čak i prigodno konzumiranje alkohola može dovesti do smrtnih ishoda, često osoba koje same nisu konzumirale, ali su bile u kontaktu s osobom koja je pod utjecajem alkoholnih pića. Ova situacija nerijetko je vidljiva u prometu kroz fatalne prometne nesreće. Osim toga, alkohol se pokazao kao „*push*“ faktor u raznim situacijama nasilja, bilo ono obiteljsko nasilje ili vandalizam i vršnjačko nasilje mladih. Kao posljedice navedenih ponašanja, može doći i do ubojstava, što je najčešće slučaj upravo kod obiteljskog i partnerskog nasilja.

Alkohol je često „*trigger*“ odnosno okidač počinjenja velikog dijela kaznenih djela, stoga je važno unutar zatvorskog i probacijskog sustava osigurati određene programe koji se bave upravo tim problemom. Obzirom na nove tekovine u znanjima i provođenju programa liječenja od ovisnosti, a time i od ovisnosti o alkoholu, važno je biti u toku s informacijama o istima. To je nužno kako bi se pružio najbolji mogući tretman koji najviše odgovara pojedincu osobno. Time se povećava vjerojatnost uspješne reintegracije u društvo te prosocijalnog ponašanja nakon izvršavanja izrečene sankcije. U svijetu postoji niz programa koji se bave liječenjem od ovisnosti o alkoholu, te se baziraju na različitim načinima utjecaja na pojedinca, ali i okruženje u kojem se isti nalazi.

U ovom radu glavni cilj je stjecanje uvida u aktualne programe liječenja od ovisnosti o alkoholu kod osoba koje izdržavaju sankcije izrečene za kaznena djela. Kako bismo ostvarili navedeni cilj ovog rada, postavljena su dva istraživačka pitanja: 1) koja su obilježja i karakteristike postojećih programa liječenja od alkohola koji se provode u korekcijskom okruženju te 2) koliko su programi koji se provode učinkoviti.

Pri samoj analizi koristit ćemo se primjerima stranih programa, ali i postojećim hrvatskim podacima, primarno o uključenosti osuđenih osoba u programe liječenja od ovisnosti, a onda i o samim programima. Prije samog rada i analize, potrebno je postaviti temelje u obliku definicija i kulture pijenja, epidemioloških podataka o konzumiranju

alkohola, razinama problema povezanog s različitim intenzitetima konzumiranja alkoholnih pića, a onda povezano s time i česta kaznena djela i prekršaje koji su povezani s istim.

2. OSNOVNO O ALKOHOLIZMU

2.1. Definicije alkoholizma

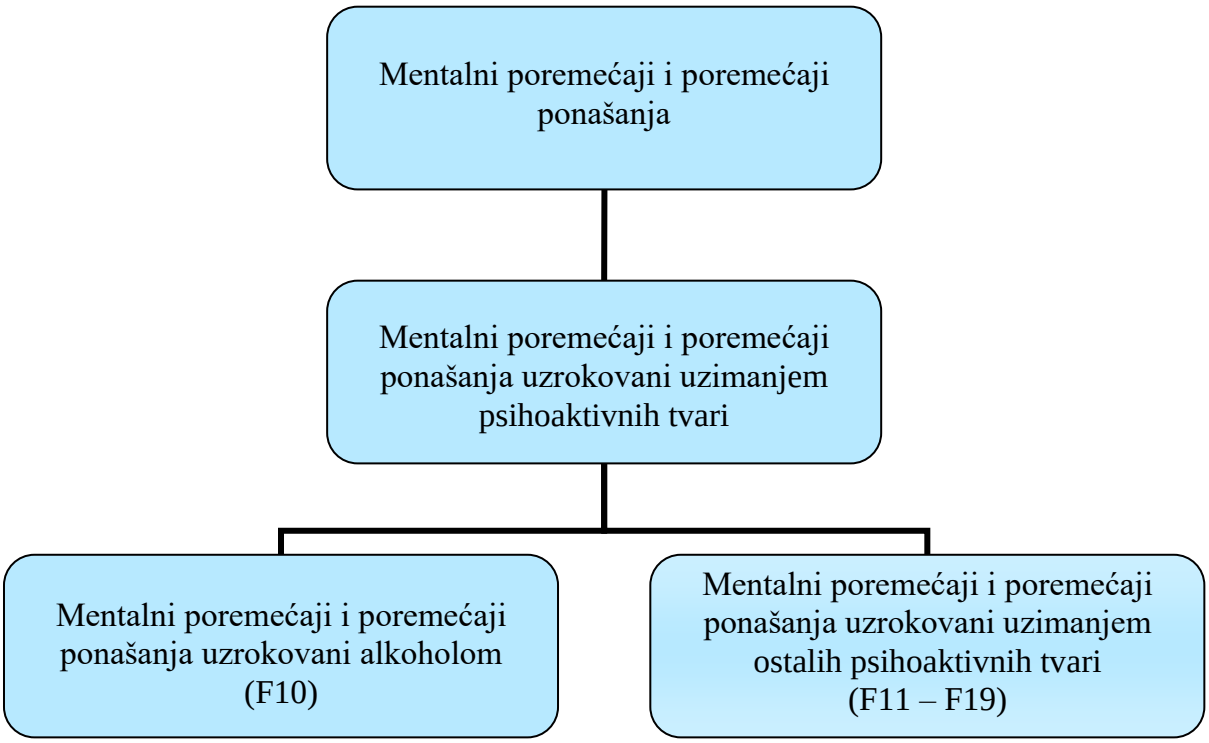
Dundović (2008) navodi kako ne nalazimo potpunu ni jedinstvenu definiciju alkoholizma, jednako kao što ne nalazimo ni jedinstvenu klasifikaciju i jedinstven pogled na etiologiju. U nastavku ćemo predstaviti dva sustava klasifikacije, ali i različite definicije alkoholizma koje potkrepljuju ranije navedenu činjenicu nejedinstvenosti. Naime, alkoholizam je pojava koja se može sagledavati iz različitih perspektiva, što nas dovodi do različitosti definicija istog. Postoje definicije koje koje se više baziraju na medicinskim objašnjenjima govoreći kako je alkoholizam bolest, dok se drugi stručnjaci baziraju na socijalne i ponašajne posljedice alkoholizma te prema tome alkoholizam nije bolest kao takva.

Svjetska zdravstvena organizacija još je davne 1951. godine alkoholizam proglasila bolešću te uz to istaknula brojne posljedice koje alkoholizam ima na raznim područjima kao što su zdravstvena, obiteljska, socijalna i profesionalna sfera života pojedinca (Zoričić, 2018). Alkoholizam se definira kao socijalno-medicinski poremećaj obzirom da uzrokuje poremećaje funkcioniranja kako pojedinca na zdravstvenom planu, tako i pojedinca unutar društva. Prema međunarodnoj klasifikaciji uzroka bolesti i smrtnosti, alkoholizam se nalazi na trećem mjestu, iza kardiovaskularnih bolesti i malignih tumora (Cvančić i Rozika, 2017). Jedna od definicija naglašava i kako je alkoholizam abnormalna vrsta mentalne reakcije karakteristične za osobe koje u alkoholu vide spas i utjehu za opsesije i depresije (Štifanić, 1995).

Prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije iz 1952. godine, ovisnikom o alkoholu smatra se osoba kod koje se zbog dugotrajnog i prekomjernog pijenja razvila psihička ili fizička ovisnost, te kod koje su iz istih razloga nastupile tjelesne, psihološke i socijalno – ponašajne komplikacije (Zoričić, 2018). Alkoholičarom se smatra ona osoba koja konzumira više alkohola nego što ga može podnijeti, čak i nakon što uoči negativne posljedice alkohola na svoj organizam (Štifanić, 1995). Isti autor navodi i kako se alkoholizam smatra karakterističnom ovisnošću u osoba s kroničnim poremećajem u ponašanju kojoj je svojstvena pretjerana briga i okupiranost za alkohol i to na štetu tjelesnog i mentalnog zdravlja, zatim gubitak kontrole pri konzumiranju alkoholnih pića, te (auto) destruktivan stav prema životnim situacijama i odnosima koje ostvaruje (Štifanić, 1995).

Alkoholizam, odnosno uporaba alkohola, definirana je u Međunarodnoj klasifikaciji bolesti i srodnih zdravstvenih problema (MKB-10) (Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema, 2012). Prema istoj, alkoholizam se svrstava u 5. poglavlje „*Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja*“, podpoglavlje „*Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani uzimanjem psihoaktivnih tvari*“ koje obuhvaća oznake od F10 do F19. Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani alkoholom oznake su F10. Unutar navedene podjele, postoji i poddioba koja se odnosi na sve kategorije od F10 do F19, što uključuje i alkoholizmom uzrokovane poremećaje (SZO, 2012). Ova klasifikacija bit će predstavljena u sljedećem Dijagramu 1 i Tablici 1.

Dijagram 1. Kategorizacija prema MKB-10.

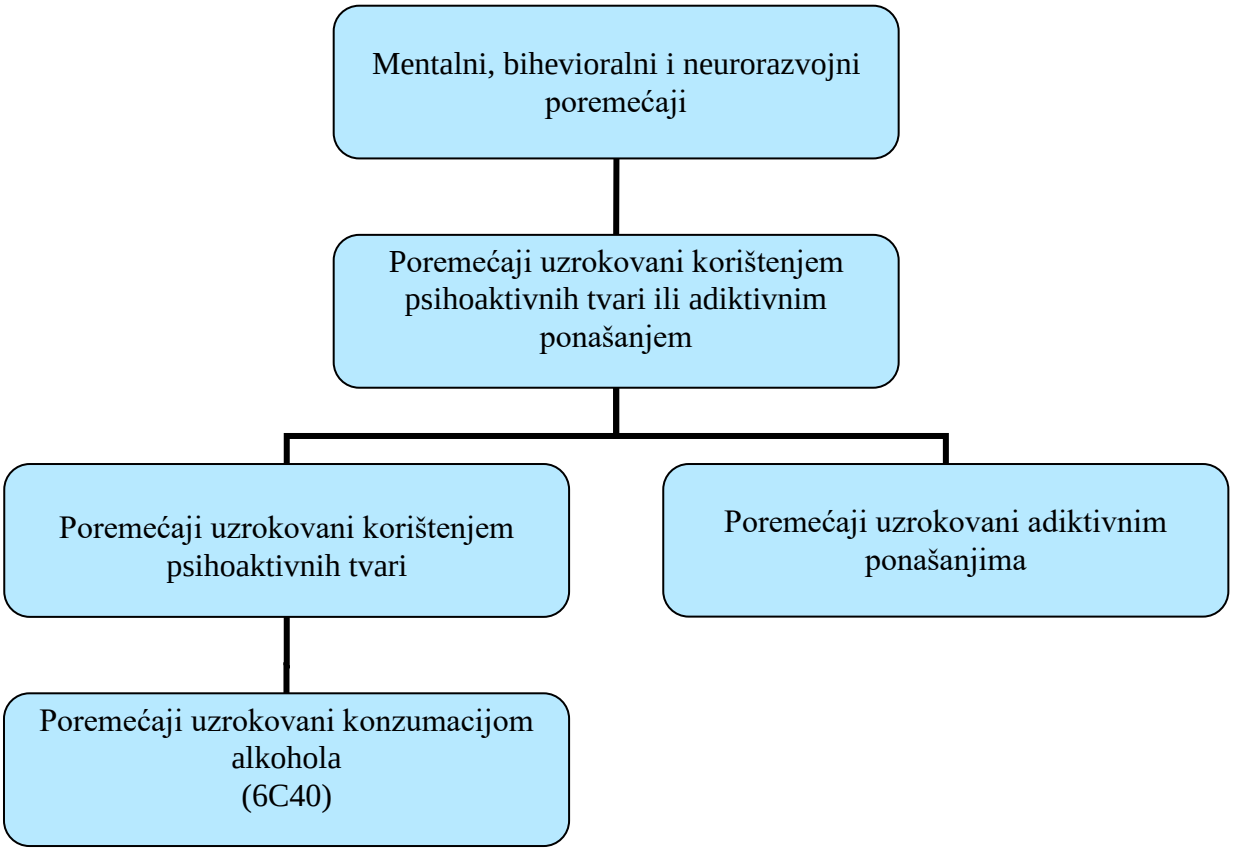


Tablica 1. Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani uporabom alkohola, prema MKB-10.

OZNAKA	KATEGORIJA
F10	Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani alkoholom
F10.0	Akutna intoksikacija alkoholom
F10.1	Štetna uporaba alkohola
F10.2	Sindrom ovisnosti o alkoholu
F10.3	Stanje apstinencije od alkohola
F10.4	Stanje apstinencije od alkohola s delirijem
F10.5	Psihotični poremećaj povezan s uporabom alkohola
F10.6	Amnestički sindrom povezan s uporabom alkohola
F10.7	Rezidualni poremećaj ili psihotični poremećaj s kasnim početkom povezan s uporabom alkohola
F10.8	Ostali mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja povezani s uporabom alkohola
F10.9	Neoznačeni mentalni poremećaj i poremećaj ponašanja povezan s uporabom alkohola

Godine 2019. prihvaćena je najnovija verzija Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema (MKB-11) (Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema, 2021). Prema navedenoj, poremećaji uzrokovani alkoholom nalaze se u šestoj kategoriji „*Mentalnih, bihevioralnih i neurorazvojnih poremećaja*“ (eng. *Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders*) te podkategoriji „*Poremećaji uzrokovani korištenjem psihoaktivnih tvari ili adiktivnim ponašanjem*“ (eng. *Disorders due to substance use or addictive behaviours*) koja se dijeli na „*Poremećaje uzrokovane korištenjem psihoaktivnih tvari“* (eng. *Disorders due to substance use*) te „*Poremećaje uzrokovane adiktivnim ponašanjima“* (eng. *Disorders due to addictive behaviours*). Skupina poremećaja uzrokovanih korištenjem psihoaktivnih tvari podijeljena je na podskupine, za svaku pojedinačnu psihoaktivnu tvar, a prvi su *Poremećaji uzrokovani konzumacijom alkohola* (Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema, 2021). U sljedećem Dijagramu 2 i Tablici 2 biti će predstavljena klasifikacija prema MKB-11.

Dijagram 2. Kategorizacija prema MKB-11.



Tablica 2. Poremećaji uzrokovani konzumacijom alkohola prema MKB-11.

OZNAKA	KATEGORIJA
6C40	Poremećaji uzrokovani konzumacijom alkohola (eng. Disorders due to use of alcohol)
6C40.0	Epizoda štetne uporabe alkohola (eng. Episode of harmful use of alcohol)
6C40.1	Štetni obrazac uporabe alkohola (eng. Harmful pattern of use of alcohol)
6C40.2	Sindrom ovisnosti o alkoholu (eng. Alcohol dependence)
6C40.3	Intoksikacija alkoholom (eng. Alcohol intoxication)
6C40.4	Sindrom sustezanja od alkohola (eng. Alcohol withdrawal)
6C40.5	Alkoholom izazvan delirij (eng. Alcohol-induced delirium)
6C40.6	Psihotični poremećaj izazvan alkoholom (eng. Alcohol-induced psychotic disorder)
6C40.7	Određeni psihički poremećaji ili poremećaji ponašanja uzrokovani uporabom alkohola (eng. Certain specified alcohol-induced mental or behavioural disorders)
6C40.Y	Drugi specifični poremećaji uzrokovani uporabom alkohola (eng. Other specified disorders due to use of alcohol)
6C40.Z	Nespecificirani poremećaji uzrokovani uporabom alkohola (eng. Disorders due to use of alcohol, unspecified)

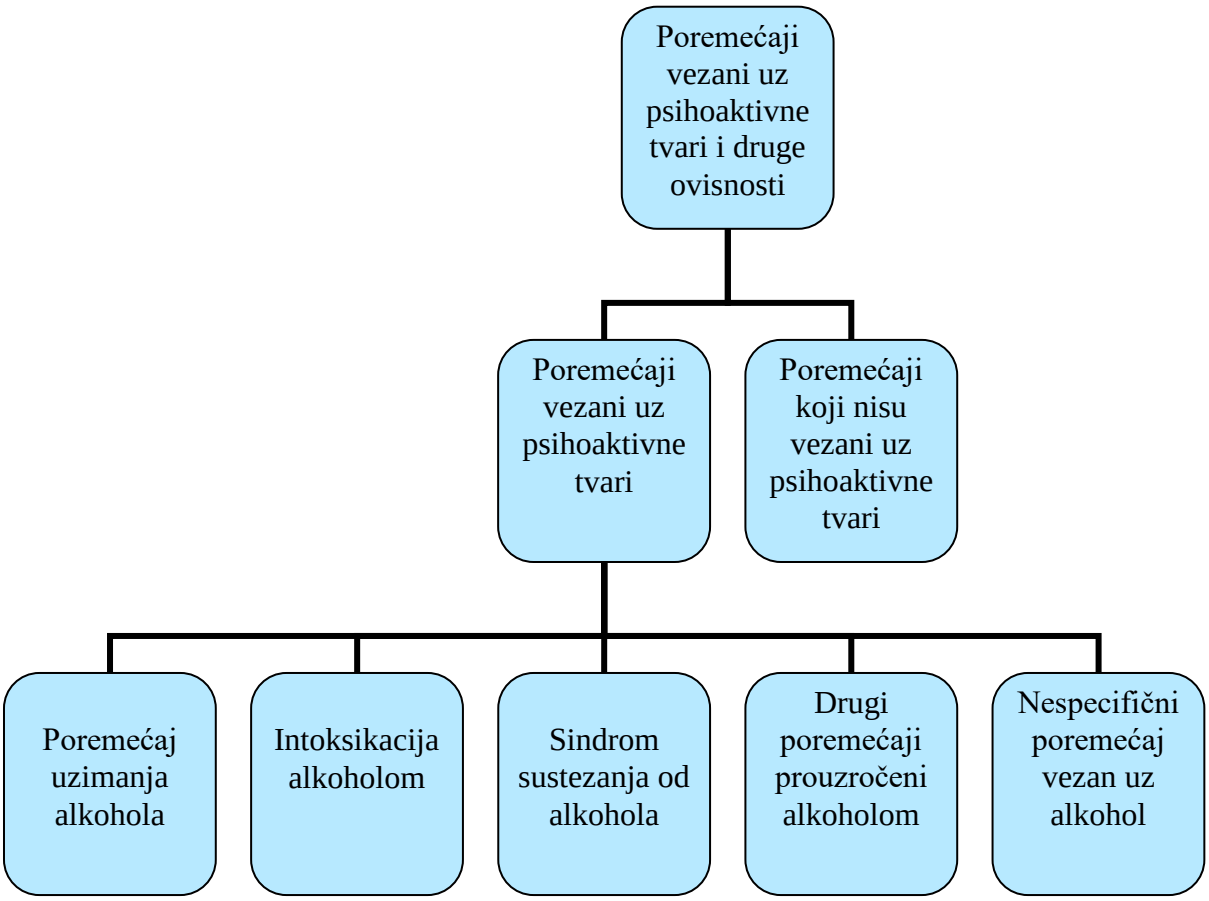
Ipak, iako je Svjetska zdravstvena organizacija alkoholizam proglasila bolešću, na Prvom kongresu klubova liječenih alkoholičara Jugoslavije i Italije koji se održao 1985. godine, izneseno je mišljenje kako alkoholizam zapravo nije bolest kao takva, već stil života i obrazac ponašanja. Prema tom stajalištu, ovisnost o alkoholu nije čista bolest, već je ona oblik ponašanja pojedinca koji ima i zdravstvenu dimenziju (Prekratić, 2016). Štifanić (1995) navodi kako su se definicije alkoholizma i alkoholičara koje su ponuđene u ono vrijeme udaljavale od individue, ali i od društvenih posljedica čovjekovih radnji koje su usko povezane s njima.

Međutim, alkoholizam se u novije vrijeme sve manje shvaća kao bolest, a sve više se promatra kroz prizmu poremećaja u ponašanju koji nastaju kao posljedice života u kojem je konzumiranje alkohola postalo temeljni način ponašanja. Posljedice se očituju kroz gotovo sve sfere života pojedinca (Hdagha, 2019). Jedna od novijih definicija odnosi se na

zlouporabu alkohola gdje se ona definira kao kronični proces koji je praćen raznim i mnogobrojnim posljedicama na području fizičkog i duševnog zdravlja, a posljedice se vide i kroz sociopatološka i kriminalna ponašanja (Cvančić i Rozika, 2017).

Obzirom na velik utjecaj alkohola na ponašanje pojedinca, poremećaji vezani uz alkohol nalaze se i u popisu „Dijagnostičkog i statističkog priručnika za duševne poremećaje“ (DSM-5). U navedenom priručniku, osim kategorizacije, postoje i određeni kriteriji koji se odnose na dijagnostiku poremećaja vezanih uz alkohol. Poremećaji vezni uz alkohol nalaze se u skupini Poremećaja uzimanja psihoaktivnih tvari. Poremećaji vezani uz alkohol dijele se na 5 skupina: Poremećaji uzimanja alkohola, Intoksikacija alkoholom, Sindrom sustezanja od alkohola, Drugi poremećaji prouzročeni alkoholom, te Nespecifični poremećaji vezani uz alkohol (Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, 2014). Ova podjela prikazana je u Dijagramu 3. Uz podjele, u DSM-5 prikazani su i upitnici određivanja težine poremećaja, te je upitnik *Dijagnostički kriteriji za „Poremećaj uzimanja alkohola*“ prikazan u Tablici 3. Osim samog upitnika, prikazana je diferencijacija poremećaja prema težini, a ovisno o zadovoljenim simptomima na upitniku u Tablici 4.

Dijagram 3. Kategorizacija poremećaja vezanih uz alkohol prema DSM-5.



Tablica 3. Dijagnostički kriteriji za „Poremećaj uzimanja alkohola“ (eng. Alcohol use disorder - AUD) prema DSM-5.

A. Problematični obrazac uzimanja alkohola koji vodi klinički značajnom oštećenju ili patnji, a manifestira se prisutnošću najmanje dva od sljedećih kriterija ako se pojave bilo kad u istom 12 – mjesečnom razdoblju.
1. Alkohol se često uzima u većim količinama ili tijekom dužeg razdoblja nego što je bilo namjeravano.
2. Prisutna je trajna težnja ili neuspješno nastojanje da se smanji ili kontrolira uzimanje alkohola.
3. Velik dio vremena provodi se u aktivnostima vezanim uz nabavljanje alkohola, uporabu alkohola ili oporavku od njegovih učinaka.
4. Žudnja, snažna želja ili poriv za uzimanjem alkohola.
5. Ponavljano uzimanje alkohola dovodi do neuspjeha u ispunjavanju važnih obaveza na poslu, u školi ili kod kuće.
6. Nastavljanje uzimanja alkohola usprkos perzistirajućem ili opetovanom pojavljivanju društvenih ili međuljudskih problema izazvanih ili otežanih učincima alkohola.
7. Prekidaju se ili reduciraju važne društvene, poslovne ili rekreacijske aktivnosti zbog uporabe alkohola.
8. Ponavljano uzimanje alkohola u situacijama u kojima je to fizički opasno.
9. Alkohol se nastavlja uzimati usprkos znanju o postojanju nekog trajnog ili ponavljanog fizičkog ili psihološkog problema koji je vjerojatno izazvan ili pogoršan uporabom alkohola.
10. Tolerancija, definirana na temelju jednog od sljedećeg: a) Potreba za značajno uvećanim količinama alkohola kako bi se postigla intoksikacija ili željeni učinak. b) Značajno smanjenje učinka ako se i dalje uzima ista količina alkohola.
11. Sindrom sustezanja, koji se očituje kao jedno od sljedećeg: a) Karakteristični sindrom sustezanja od alkohola b) Kako bi se smanjili ili izbjegli simptomi sindroma sustezanja, uzima se alkohol (ili srodna tvar, kao što su benzodijazepini).

Tablica 4. Pregled težine poremećaja prema prisutstvu simptoma na upitniku Dijagnostički kriteriji za „Poremećaj uzimanja alkohola“, prema DMS-5.

TEŽINA POREMEĆAJA	PRISUTSTVO SIMPTOMA
Blagi	Prisutna su 2 do 3 simptoma
Umjereni	Prisutna su 4 do 5 simptoma
Teški	Prisutna su 6 ili više simptoma

Navedena dva klasifikacijska sustava koriste i drugačiju terminologiju za iste ili slične fenomene kod uporabe alkohola. MKB-10 i MKB- 11 koriste nazive kao što su „Sindrom ovisnosti o alkoholu“ te „Sindrom ovisnosti o alkoholu s delirijem“ što je medicinska terminologija, dok DSM-5 za iste fenomene navodi „Poremećaj uzimanja alkohola“ što više navodi na ponašajnu sferu konzumacije alkohola. Također, mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani alkoholom u MKB-10 i MKB-11 su dihotomne kategorije, što znači da poremećaj postoji ili ne postoji. U klasifikacijskom sustavu DSM-5 kategorije vezane uz alkohol nisu dihotomne, već prema dijagnostičkim kriterijima mogu imati blagi, umjereni ili težak oblik.

2.2. Kultura pijenja

Konzumacija i pravljenje alkoholnih pića datira od kada je ljudskog roda (Prekratić, 2016). U povijesnom kontekstu, alkohol je bio rađen od lokalnih sirovina i to na svim kontinentima tisućama godina unatrag (Hdagha, 2019). U dokumentima pronađenim u tadašnjoj Mezopotamiji (današnji Iran), postoje dokazi o tome da se alkohol 3 000 g. pr. Kr. nalazio na popisu životnih potreba uz ostalu hranu. Prvi pisani zakon koji je uređivao sferu alkoholnih pića je Hamurabijev zakonik napisan 2 000 g. pr. Kr. te je regulirao prodaju piva i vina, standarde za mjeru koji su služili kao zaštitni mehanizam za one koji alkohol konzumiraju, te odgovornosti onih koji alkohol prodaju (Barić, 2018). U pisanim

spomenicima antičkih kultura prikazane su teškoće odnosno posljedice prekomjerne konzumacije alkohola, ali i mjere za suzbijanje alkoholizma.

Postavke religija imale su brojne utjecaje na konzumaciju alkohola u prošlosti, ali i danas. Religijski obrasci konzumiranja alkohola vidljivi su u staroj Grčkoj i Rimu gdje su se alkoholna pića koristila u religijskim obredima posvećenima Dionisu i Bahusu. Također, kršćanstvo je, možemo reći temeljeno na vinu kao prikazu Isusove krvi koje ujedno simbolizira i savez s Bogom (Barić, 2018). S druge strane, pojava alkoholizma kod muslimana, odnosno pojava konzumiranja alkohola u islamskim državama izuzetno je rijetka. Isto tako, pokazalo se da protestanti konzumiraju daleko manju količinu alkohola u usporedbi s rimokatolicima (Prekratić, 2016).

Osim u religijske svrhe, alkohol se često koristio i u razne druge svrhe. U starom Rimu i Grčkoj koristio se i u medicinske svrhe (Barić, 2018). Alkoholna pića često su se koristila i u kućanstvima kao lijek i kao konzervans. Moderna praksa još je početkom prošlog stoljeća uvela korištenje alkohola u liječenje određenih bolesti, a danas je ta praksa prisutna u tradicionalnim liječenjima (Hdagha, 2016).

Kako je bilo u povijesti, tako i danas običaji konzumiranja alkoholnih pića, učestalost pijenja te vrste alkohola koje se konzumiraju variraju od kulture do kulture (Prekratić, 2016). O tome postoji i stav Svjetske zdravstvene organizacije koja smatra da alkoholni poremećaj predstavlja načine pijenja koji nisu prihvaćeni u subkulturi pojedinca kojeg se promatra (Žarković Palijan, 2004).

Važno je stoga naglasiti da je u pojedinim kulturama (narodima) puno veća tolerancija na alkohol, nego u nekim drugima. Iz tog razloga, problem konzumiranja alkohola nužno je gledati i sa stajališta kulture u kojoj se pojedinac nalazi. Alkohol je svakodnevno prisutan u brojnim kulturama – kao sastavni dio obiteljskih objeda, brojnim društvenim i religijskim ritualima (Hdagha, 2019). Kao primjere možemo navesti narode sjeverne Europe, slavenske narode (posebice Rusija) koji imaju izuzetno tolerantno stajalište što se tiče konzumacije alkoholnih pića (Prekratić, 2016). Zoričić (2018) navodi kako prema izvještaju Svjetske zdravstvene organizacije za 2014. godinu, najveću potrošnju alkohola u svijetu pokazuje bijela rasa, posebno zemlje istočne Europe, Rusija, zatim jugozapadna Europa, Australija, Kanada, Južnoafrička Republika, Kazahstan. Slične podatke navodi i Globalno izvješće o

alkoholu i zdravlju Svjetske zdravstvene organizacije iz 2018. godine. Iz ovog izvješća, svjetska populacija osoba od 15 godina i stariji konzumiraju u prosjeku 6,4 litara čistog alkohola po stanovniku, iako sama SZO navodi kako postoje razlike između država. Tako se ističe kako je najviša konzumacija alkohola po stanovniku uočena u zemljama „Europske regije“ gdje ona iznosi 10 i više litara čistog alkohola po stanovniku. Relativno visoke rezultate od oko 7,5 do 9,9 litara pokazuju zemlje s razvijenim ekonomijama i visokim prihodima kao što su zemlje „Američke regije“, „Zapadno Pacifičke regije“ te poneke zemlje u „Afričkoj regiji“. Najnižu konzumaciju s manje od 2,5 litara po stanovniku pokazuje „Istočno Mediteranska regija“ te druge većinski muslimanske zemlje kao što je Niger u „Afričkoj regiji“, Indonezija koja je u „Jugozapadno Azijskoj regiji“ te Azerbajdžan koji je u „Europskoj regiji“ (SZO, 2018).

U Afričkoj regiji prosjek potrošnje čistog alkohola po stanovniku iznosi 6,3 litara po stanovniku. Najveću potrošnju imaju države: Nigerija s 13,4 litara po stanovniku, zatim Sejšeli s 12 L/stan. te Gabon s 11,5 litara po stanovniku. Ispod jedne litre čistog alkohola po stanovniku imaju države: Mauritanija s 0,0 L/stan., zatim Niger s 0,5, Senegal s 0,7 te Algerija i Komoros s 0,9 litara čistog alkohola po stanovniku (SZO, 2018).

Regija Amerika u prosjeku troši 8 litara čistog alkohola po stanovniku. Iznad prosjeka su države: Urugvaj (10,8 L/stan.), Sveta Lucija (9,9 L/stan.), Sjedinjenje Američke Države i Argentina (9,8 L/stan.) Barbados (9,6 L/stan.), Čile i Grenada (9,3 L/stan.) te Kanada (8,9 L/stan.). najnižu potrošnju čistog alkohola po stanovniku imaju Guatemala s 2,4 litre po stanovniku te El Salvador s 3,7 litara (SZO, 2018).

U prosjeku u Europskoj Mediteranskoj regiji potrošnja čistog alkohola po stanovniku iznosi 0,6 litara. Po potrošnji u ovoj regiji najviše se ističu Ujedinjeni Arapski Emirati s 3,8 L/stan. Osim njih, visoku potrošnju u usporedbi s prosjekom regije imaju i Karat s 2 litre te Bahrejn i Tunis s 1,9 litara. Mnogo je država koje su ispod prosjeka regije, a nekoliko ih imaju čak i 0,0 litara potrošenog čistog alkohola po stanovniku. To su Kuvajt, Libija te Somalija, dok se u Jemenu zabilježilo tek 0,1 litra (SZO, 2018).

Zabilježeni prosjek za Europsku regiju iznosi 9,8 litara po stanovniku. Gotovo sve ekonomski razvijene i bogate države imaju potrošnju alkohola veću od prosjeka za ovu regiju. Najveću potrošnju ima Republika Moldavija s 15,2 litre, ali slijede je Litva s 15, Češka

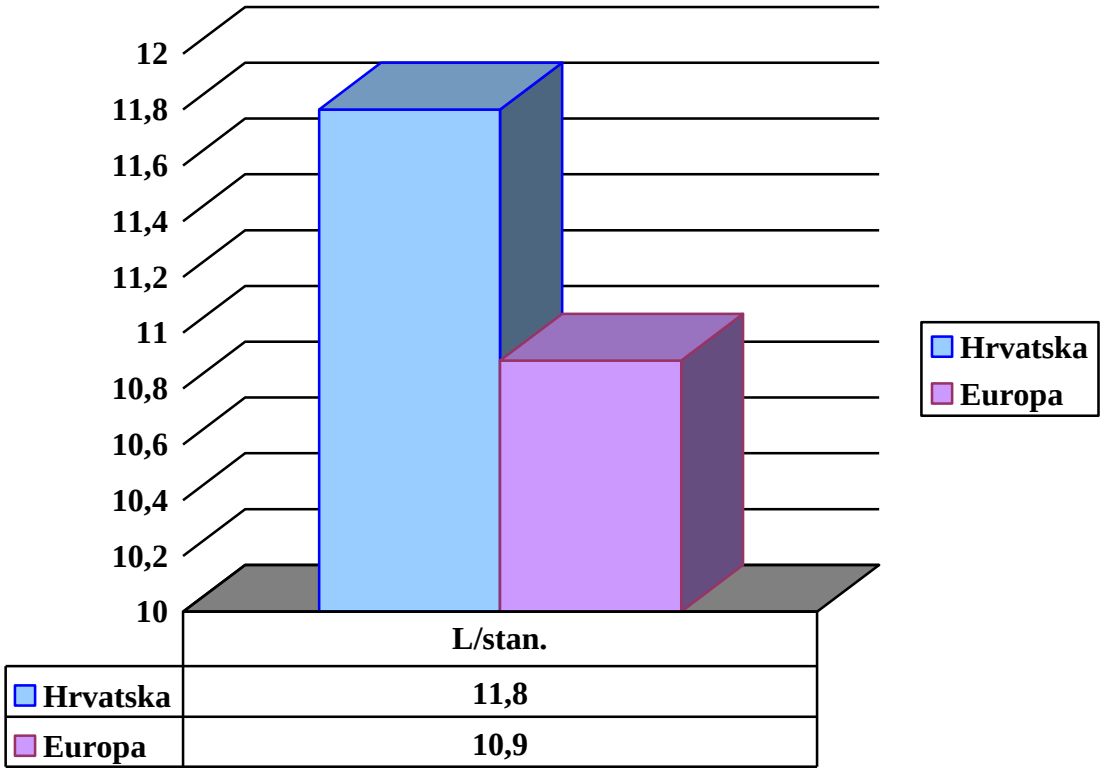
Republika s 14,4, Njemačka s 13,4 te Irska i Luksemburg s 13 litara po stanovniku. Najnižu potrošnju imaju države s većinski muslimanskim stanovništvom kao što su Azerbajdžan s 0,8 litara, zatim Turska s 2 litre (SZO, 2018).

U Jugozapadno Azijskoj regiji, prosjek potrošnje čistog alkohola po stanovniku iznosi 4,5 litara. Gotovo dvostruko više čistog alkohola troše stanovnici Tajlanda s rezultatom od 8,3 L/stan. S druge strane, Bangladeš troši 0,0 litara čistog alkohola po stanovniku (SZO, 2018).

Regija Zapadnog Pacifika pokazala je prosječnu potrošnju od 7,3 litara po stanovniku. Rezultate preko 10 litara po stanovniku vidljivi su u državama: Novi Zeland (10,7), Australija i Kukovi otoci (10,6), Laos (10,4) te Republika Koreja (10,2). Ipak, postoje i države koje troše manje od 1 litre po stanovniku, a to su Brunej i Kiribati s potrošenih 0,4 litre te Malazija s 0,9 litara (SZO, 2018).

U zemljama europskog sredozemlja, u koje se ubraja i Hrvatska, uočljiv je tolerantan stav prema samoj konzumaciji alkohola, ali s druge strane alkoholizam se kao takav osuđuje (Prekratić, 2016). Ipak, ako govorimo o hrvatskim trendovima, možemo reći kako je Hrvatska među vodećim zemljama Europe po potrošnji čistog alkohola po stanovniku od 11,8 litara po stanovniku što je za gotovo jednu litru više od europskog prosjeka koji iznosi 10,9 litara čistog alkohola po stanovniku (Zoričić, 2018), što je prikazano u Dijagramu 4.

Dijagram 4. Potrošnja čistog alkohola po stanovniku (L/stan.)

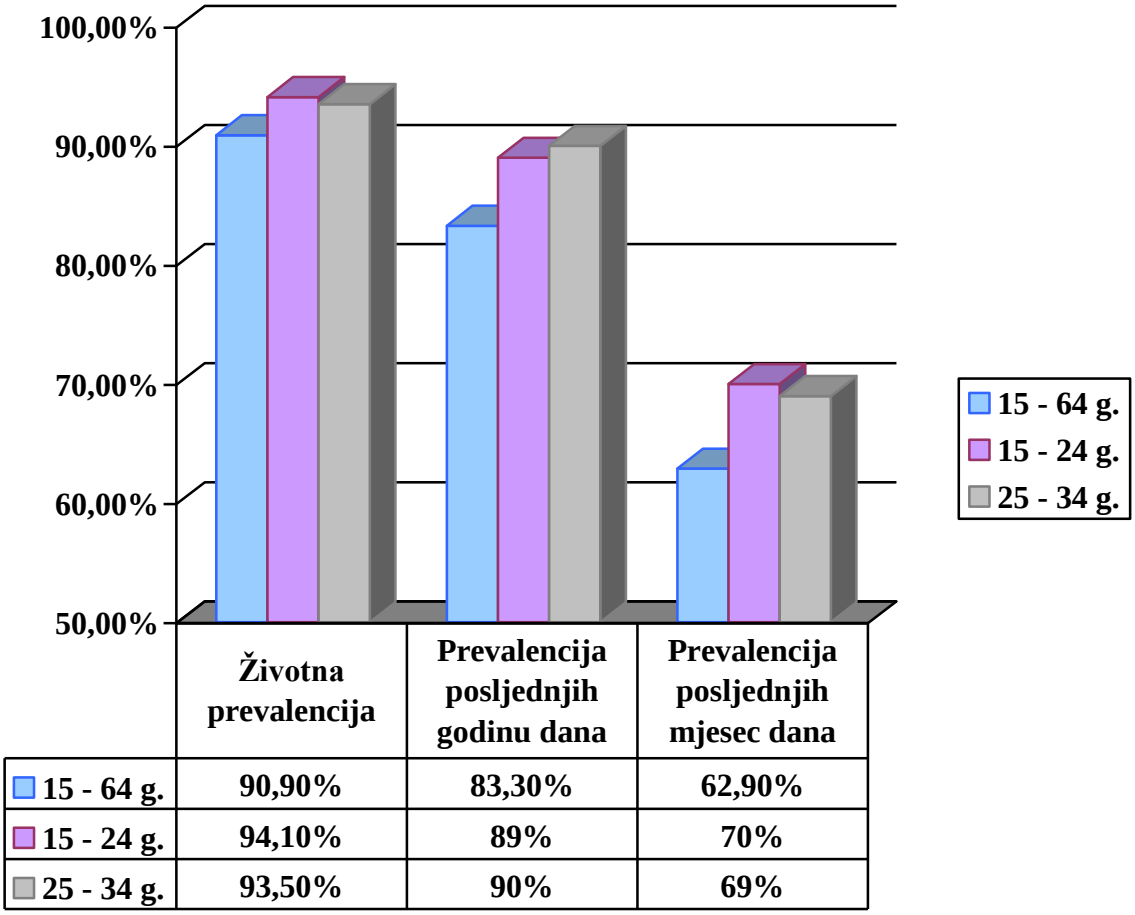


Istraživanje Instituta društvenih znanosti Ivo Pilar iz 2019. godine pokazuje kako je 90,9% odraslih osoba u Hrvatskoj barem jednom u životu konzumiralo alkohol. Ovaj postotak je nešto veći ukoliko izoliramo skupinu mlađih odraslih osoba, te on tada iznosi 92,8%. Ipak, najveća životna prevalencija utvrđena je kod osoba u razdoblju starosti od 15 i 24 godina, te je postotak osoba koje su barem jednom konzumirale alkohol tijekom života u navedenoj skupini 94,1%, a za skupinu osoba u godinama od 25 do 34 postotak je iznosio 93,5% (Institut društvenih znanosti Ivo Pilar, 2019).

Što se tiče prevalencije konzumacije alkohola u posljednjih godinu dana, vidljivi su niži postoci, premda ranije opisane razlike i dalje postoje. Alkohol je u posljednjih godinu dana konzumiralo 83,3% odraslih osoba, pri čemu je ponovno veća zastupljenost konzumacije kod mlađih odraslih osoba sa postotkom od 89%, te najviša zastupljenost kod osoba između 25 i 34 godine sa 90%. Muškarci pokazuju veću konzumaciju alkohola u posljednjih godinu dana sa postotkom od 87,5, u usporedbi s znatno manjim postotkom od 79 žena koje su konzumirale alkohol u proteklih godinu dana (Institut društvenih znanosti Ivo Pilar, 2019).

Iste razlike vidljive su i u prevalenciji konzumacije alkohola u posljednjih mjesec dana. Ukupno je alkohol konzumiralo 62,9% odraslih osoba u posljednjih mjesec dana. Ponovno se većim pokazao postotak mlađih odraslih osoba sa 69,4%. Osobe u skupini od 15 do 24 godine pokazali su najveću konzumaciju alkohola u posljednjih mjesec dana sa 70% onih koji su alkohol konzumirali, a na drugim mjestu ih prate osobe od 25 do 34 godine sa 69% onih koji su konzumirali alkohol u posljednjih mjesec dana. Što se tiče učestalosti konzumacije alkohola u posljednjih mjesec dana, vidljivo je kako se povećanjem dana konzumacije broj osoba koji konzumiraju alkohol smanjuje. Tako je kod odraslih osoba 32,8% njih konzumiralo alkohol 1-3 dana u posljednjih mjesec dana, dok je svega 6,3% njih alkohol konzumiralo 20 i više dana, što je više od 5 puta manji postotak. Kod mlađih odraslih osoba ta razlika je još i veća. Naime, 38,7% mlađih odraslih osoba alkohol je konzumiralo 1 do 3 dana u posljednjih mjesec dana, dok je svega 3,6% njih alkohol konzumiralo 20 i više dana što je više od 10 puta manje. Najveća zastupljenost osoba koje konzumiraju alkohol 20 i više dana u posljednjih mjesec dana je od 55 do 64 godina života sa 10,3% osoba iz te skupine koji su alkohol konzumirali 20 i više dana. Najmanje zastupljeni su osobe u skupini od 15 do 24 godine s 3,2% onih koji su konzumirali alkohol 20 i više dana u posljednjih mjesec dana (Institut društvenih znanosti Ivo Pilar, 2019). Ovi podaci biti će predstavljeni i vizualno u Dijagramu 5.

Dijagram 5. Životna prevalencija, prevalencija u posljednjih godinu dana i u posljednjih mjesec dana konzumacije alkohola odraslih osoba (Institut društvenih znanosti Ivo Pilar, 2019)



	Životna prevalencija	Prevalencija posljednjih godinu dana	Prevalencija posljednjih mjesec dana
15 - 64 g.	90,90%	83,30%	62,90%
15 - 24 g.	94,10%	89%	70%
25 - 34 g.	93,50%	90%	69%

Više od polovice odraslih ispitanika, točnije 52,1% šest ili više pića nikada ne konzumira zaredom. Jednom mjesečno, 6 ili više pića zaredom konzumira 10,8%, dok ih to jednom tjedno radi 5,8% ispitanika. Kod mlađih odraslih osoba 6 ili više pića zaredom nikada ne konzumira 38,8%. Jednom mjesečno to radi 17%, a jednom tjedno 7,1% mlađih odraslih osoba. Prosječna dob prve konzumacije alkohola u skupini odraslih koji su barem jednom u životu konzumirali alkohol je 16 godina i 1 mjesec. Njih 43,7% prvo konzumiranje alkohola navode u dobi od 15 do 17 godina, dok je čak 65,6% odraslih prvo konzumiranje alkohola doživjelo ispod 18 godina (Institut društvenih znanosti Ivo Pilar, 2019).

Prema Europskom istraživanju o pušenju, pijenju alkohola i uzimanju droga među učenicima (eng. European school survey project on alcohol and other drugs - ESPAD) iz

2019. godine vidljivo je kako je alkohol i dalje jedna od najučestalijih psihoaktivnih tvari koje adolescenti konzumiraju. Životna prevalencija konzumacije alkohola iznosi 79%, dok se gotovo polovica adolescenata izjašnjava kako su alkohol konzumirali u posljednjih mjesec dana, točnije 47% adolescenata. Ekscesivno epizodično pijenje iskazuje 35% adolescenata. Ekscesivno epizodično konzumiranje alkohola prisutno je kod 36% mladića i 34% djevojaka što je pozitivni pokazatelj da se smanjuje razlika između mladića i djevojaka u ovom načinu konzumacije alkohola (ESPAD, 2019).

U Hrvatskoj možemo reći kako je konzumiranje alkohola kulturni obrazac, te da se s vremenom stvorila izrazito visoka tolerancija cjelokupnog društva na konzumaciju alkoholnih pića. U objašnjenju nastanka ovog kulturnog obrasca možemo krenuti od davnih običaja u kojima se alkohol koristio kao lijek ili kao prehrambeni proizvod, kao sredstvo za uspavljivanje ili zagrijavanje tijela, pa sve do današnje perspektive konzumiranja alkohola u vidu neizostavnog dijela društvenih slavlja, događaja, ceremonija i slično (Prekratić, 2016).

2.3. Jelinekova tipologija alkoholičara

Jelinekova tipologija alkoholičara smatra se klasikom te je to tipologija koja se najčešće koristi prilikom pojašnjenja različitih pojavnih oblika pijenja(Žarković Palijan, 2004). Isti autor je isticao i 4 faze u razvoju alkoholizma koje su: predalkoholičarska, prodromalna, krucijalna i kronična (Zoričić, 2018). Jelinek je umjesto pukog definiranja alkoholizma, pokušao dati objašnjenja najtipičnijih alkoholičarskih slika te je skupine nazvao po slovima grčkog alfabeta. Osim toga, važno je za istaknuti da je i sam Jelinek, samo za tipove u kategorijama „gama“ i „delta“ smatrao alkoholičarima u smislu u kojem ih ostatak svijeta percipira. Pri tom je za kriterije razvrstavanja u skupine koristio dvije važne komponente: mogućnost apstinencije i mogućnost kontrole količine (Žarković Palijan, 2004).

ALFA skupina su alkoholičari koji konzumiraju alkohol radi olakšanja psihičkih ili somatskih tegoba (Zoričić, 2018), odnosno osobe koje ovise o alkoholu iz psihičkih razloga (Žarković Palijan, 2004). Vidljiv je razvoj psihičke ovisnosti. Pijenje prelazi razinu tolerancije u vidu količine, vremena i mjesta. Kod ovog tipa, teškoće su vidljive na području socijalnih odnosa (Zoričić, 2018). Za ovu skupinu nije karakterističan gubitak niti kontrole niti

mogućnosti apstinencije. Međutim, vremenom mogu prijeći u druge ozbiljnije faze (Žarković Palijan, 2004).

BETA skupinu karakterizira da nemaju razvijenu niti psihičku niti fizičku ovisnost, ali postoje zdravstvene komplikacije (Zoričić, 2018), koje se odnose na polineuropatije, gastritis i ciroze (Žarković Palijan, 2004). Ono što je naglašeno kod ovog tipa alkoholičara je učestalost i intenzitet konzumacije (Zoričić, 2018). Mogu se pojaviti problemi i na području obiteljskih odnosa, radnom mjestu, financijama, ali se ne javljaju teškoće apstinencijskog sindroma. Ovaj tip također može prijeći u neku od viših faza alkoholizma, a karakteristično je da može i dugo ostati na ovom nivou (Žarković Palijan, 2004).

GAMA skupina su teža vrsta alkoholičara. U alkoholičara u ovoj fazi uočavamo porast tolerancije tkiva na alkohol, pa se tako i sam organizam adaptira na konzumaciju alkoholnih pića (Žarković Palijan, 2004). Prema tome, postoji i psihička i fizička ovisnost. Vidljive su posljedice u vidu teškoća na zdravstvenom i socijalnom planu (Zoričić, 2018). Također, vidljiv je i gubitak kontrole, koja je karakteristična za ovu skupinu. Kada se okusi alkohol, konzumacija se više ne može kontrolirati. Ipak, apstinencija je još uvijek moguća (Žarković Palijan, 2004).

DELTA alkoholičari su po karakteristikama jako slični Gama skupini. Prisutna je i fizička i psihička ovisnost, adaptacija metabolizma, povećana tolerancija (Žarković Palijan, 2004). Ono što ih razlikuje je činjenica da oni nemaju mogućnost apstinencije (Zoričić, 2018). Ipak, oni mogu kontrolirati konzumaciju (Žarković Palijan, 2004), te se stoga nazivaju „pijanci iz navike“

EPSILON alkoholičare karakterizira duži period apstinencije nakon čega uslijedi povremena neodoljiva želja za konzumiranjem alkohola koja rezultira teškim opijanjima (Zoričić, 2018). U tom razdoblju, tolerancija na alkohol je izrazito povišena. Također, prepoznato je kako osoba u tom stanju potroši ili izgubi sve što ima sa sobom, pa često i tuđi novac zbog čega je ova skupina važan sudsko – medicinski problem jer se osoba u tom stanju smatra neubrojivom (Žarković Palijan, 2004).

Hudolin je dodao i 6. skupinu koju je nazvao ZETA tip. Alkoholičare ove skupine karakteriziraju patološke reakcije uz agresiju na male količine konzumiranog alkohola (Zoričić, 2018).

2.4. Liječenje alkoholizma

U novijoj povijesti, kada govorimo o medicinskom tretiranju alkoholizma, ističe se važnost prevencije i javnozdravstvene dobiti (Hdagha, 2016). Ipak, tijekom povijesti, osobe ovisne o alkoholu bile su drugačije tretirane.

Prve organizirane postupke za suzbijanje alkoholizma možemo pronaći već krajem 18. stoljeća, odnosno za vrijeme Prve industrijske revolucije. Tada je primijećeno kako prekomjerna konzumacija alkohola utječe na proizvodnju preko utjecaja na produktivnost samih radnika (Prekratić, 2016). Kada bi gledali društvenu reakciju na alkoholizam, tijekom 19. stoljeća, osoba ovisna o alkoholu smatrala se kriminalcem te je za iste bila preporučena zatvorska kazna. Početkom 20. stoljeća, alkoholizam se smatrao mentalnom bolesti koju je bilo nužno liječiti (Štifanić, 1995). Važno je za istaknuti kako su se već nakon Prvog svjetskog rata počele otvarati brojne ustanove za liječenje alkoholizma, premda su se tadašnje metode u mnogočemu razlikovale od onih koje koristimo danas (Prekratić, 2016). Naime, tada se na alkoholičara gledalo kao na osobu koja boluje i pati od smanjenja samostalnosti te ima ograničenu sposobnost prihvaćanja uloga. Ono što se tijekom liječenja očekivalo od pacijenata je promjena ponašanja, a liječenje je trajalo sve do trenutka njegova ozdravljenja, odnosno potpunog prekida nemoćnosti iste osobe (Štifanić, 1995).

Cilj liječenja je uspostava i održavanje apstinencije, uz mijenjanje pojedinca u pogledu sustava vrijednosti i odgovornosti prema obitelji, poslu, okolini te na kraju i široj zajednici (Marević, 2014). Početni dio liječenja veže se uz zdravstveno liječenje (Jakičić, 2019), odnosno detoksifikacijski tretman (Marević, 2014), gdje je fokus na razrješenju tjelesnih komplikacija koje su nastale uslijed prekomjernog konzumiranja alkohola (Jakičić, 2019). Marević (2014) navodi kako rehabilitacija podrazumijeva proces pomoći pojedincu da bi se osposobio za normalno društveno funkcioniranje u fizičkom, psihičkom i socijalnom smislu. Usporedno s rehabilitacijom provodi se i proces resocijalizacije koji se odnosi na aktivnosti koje pomažu osobi uključivanje u prosocijalne društvene tokove (Marević, 2014). Današnje

liječenje od alkoholima složen je i dugotrajan proces, te se stoga odvija u nekoliko dijelova ili faza (Jakičić, 2019).

Važni čimbenik je i je li osoba hospitalizirana ili ne, pa obzirom na to možemo razlikovati institucionalne i vaninstitucionalne oblike liječenja (Prekratić, 2016), a isti se često i kombiniraju. Institucionalno podrazumijeva potpunu ili djelomičnu hospitalizaciju (Jakičić, 2019). Stacionarno liječenje omogućava cjelodnevno okruženje bez alkohola (Matječić, 2017), a uz to pruža i cjelodnevni liječnički nadzor što povećava sigurnost korisnika (Jakičić, 2019). Hudolin (1991; prema Jakičić, 2019) navodi kako se stacionarno liječenje u psihijatrijskim odjelima provodi s onim ovisnicima o alkoholu koji imaju teže psihičke komplikacije uslijed alkoholizma ili s onima kod kojih je prisutan komorbiditet, primjerice neka duševna bolest. Matejčić (2017) navodi kako je stacionarno liječenje pogodno i za pacijente s težim poremećajima uzrokovanim alkoholom koji drugim oblicima liječenja nisu postigli apstinenciju, kao i za pacijente kod kojih postoji povećani rizik za neuspjeh ako se ne udalje iz dosadašnjeg okruženja, na primjer beskućnici ili oni koji imaju prijatelje ili obitelj koji su ovisnici. Cilj bolničkog liječenja je detoksikacija i uspostava apstinencije. U svrhu toga provode se detoksikacija i rad na fizičkim posljedicama alkoholizma, edukacije o ovisnostima, motiviranje za liječenje, uključivanje i motiviranje bliskih osoba, privikavanje na grupne pristupe liječenja. Ova faza, odnosno bolničko liječenje traje u prosjeku mjesec dana. Ipak, glavni dio rada na promjeni kreće nakon postignutog stanja apstinencije, a odnosi se na mijenjanje određenih osobina, obrazaca ponašanja te odnosa posebice s obitelji (Suša, 2014).

Nakon što krizno razdoblje završi, odnosno kada se uspostavi apstinencija, korisnik prelazi u drugu fazu - u djelomičnu hospitalizaciju u dnevnim bolnicama (Jakičić, 2019). Korisnici tijekom ove faze liječenja, u bolnici provode veći dio dana. Većina aktivnosti provodi se u grupama, ali paralelno se provode i individualne terapije, edukacije te obiteljske terapije. Najveća prednost ovog dijela liječenja je da korisnik nije izdvojen iz obitelji i zajednice (Matejčić, 2017). Također, obzirom da se rad bazira na grupnim terapijama, korisnik ima mogućnost vidjeti sebe onakvim kakav jest zbog grupnog efekta zrcaljenja, odnosno može se vidjeti u pravom svjetlu zbog sličnosti s članovima grupe (Suša, 2014). Uz to, kroz rad s obitelji potiču se promjene u istoj koje omogućuju lakšu reintegraciju pojedinca u obitelj (Matejčić, 2017). Osim grupa osoba ovisnih o alkoholu, u dnevnim bolnicama se provode i obiteljske grupe. Smatraju se jednim od najbitnijih grupa upravo zbog važnosti uključenosti obitelji u proces liječenja, ali i zbog liječenja same obitelji od doživljenih

posljedica alkoholizma njezinog člana. Kroz grupu, potiče se komunikacija te osoba koja ima problem s alkoholom, dijeli svoje misli, osjećaje, dileme i probleme sa svojom obitelji što razrješava brojne sukobe te se na taj način uspostavlja novi obrazac kvalitetne komunikacije među članovima obitelji. Osim obiteljske terapije, važnost se u dnevnim bolnicama daje i fizičkoj i radnoj rekreaciji kako bi se ponovno uspostavila briga o tijelu i kondiciji te pozitivan i odgovoran stav prema poslu. Pored dnevne bolnice, postoji i liječenje u vikend bolnici. U ovom načinu liječenja, fokus je na obitelji obzirom da se i samo liječenje bazira na obiteljskoj terapijskoj zajednici. Maksimalno može sudjelovati 8 do 12 obitelji kojima je predviđeno 30 susreta. Cilj liječenja u vikend bolnici je stabilizacija i poboljšanje odnosa unutar obitelji (Suša, 2014).

U nekim slučajevima, kada se krizno razdoblje završi moguće je nastaviti liječenje sudjelujući u neinstitucionalnim programima (Jakičić, 2019). Programi za liječenje ovisnosti o alkoholu najčešće su grupne psihoterapije, obiteljske terapije, programi razvijani na temeljima terapijskih zajednica (KLA i AA) i slično (Prekratić, 2016). Programi koji se provode bit će kasnije detaljnije prikazani.

3. POVEZANOST KAZNENIH DJELA I PREKRŠAJA S ALKOHOLIZMOM

Kriminalitet se danas promatra kao biološka, psihološka i socijalna pojava, pa ne čudi kako je moderna kriminologija napustila mišljenje o tome kako je činjenje kaznenih djela u potpunosti determinirano u osobi (Džaja – Hajduk, 2003). Oblici kriminaliteta kod kojih je alkoholizam prisutan, brojni su. Iz tog razloga, alkoholizam se smatra jednim od najvažnijih kriminogenih čimbenika u nastajanju i počinjenju kaznenih djela (Singer, Kovčo Vukadin i Cajner Mraović, 2002). Alkoholizam, osim jednog od najvažnijih, smatra i jednim od relativno najčešćih rizičnih čimbenika ili čak uzroka počinjenja kaznenih djela ili prekršaja (Žarković Palijan, 2004). Kovčo (1996) navodi kako se uloga alkohola naročito razmatra u nasilničkim deliktima, pa ga neki autori čak podižu i na etiološku razinu. Ipak, u sagledavanju uloge alkohola u počinjenju nekog djela, treba paziti na činjenicu da fiziološki učinci supstance ne ovise isključivo o vrsti i količini iste, već o zdravstvenom stanju pojedinca koji je uzima, njegovoj tjelesnoj težini i iskustvu s konzumiranjem (Kovčo, 1996). Singer, Kovčo Vukadin i Cajner Mraović, (2002) navode kako sam alkohol nije opći uzročnik počinjenja kaznenog djela, te naglašavaju kako je poveznica između alkohola i kriminaliteta veoma kompleksna. U podlozi kriminaliteta nalaze se razni i brojni čimbenici, dok je konzumacija alkohola samo jedan od njih. Različitim kombinacijama rizičnih čimbenika, alkoholizam kao čimbenik dobiva novo značenje u doprinosu počinjenja kaznenog djela. Obzirom na navedeno, alkohol u određenim situacijama može biti odlučujući faktor u počinjenju djela, dok u drugim situacijama može dati veći ili manji doprinos u realizaciji (Singer i sur., 2002). Čimbenici koji su važni za promatrati kada je riječ o kriminalnom ponašanju pod utjecajem alkohola su: tolerancija, brzina konzumacije i količina konzumiranog alkohola, osobnost osobe, prethodno psihoorgansko oštećenje te psihičko stanje prije same konzumacije (Zoričić, 2018).

Alkohol je od svih psihoaktivnih sredstava ono koje je najviše i najjače povezano s kriminalitetom (Singer i sur., 2002). Stoga se konzumacija alkohola kao jedan od rizičnih čimbenika može pronaći u gotovo svakom kaznenom djelu (Žarković Palijan, 2004), a posebno u nasilničkim deliktima (Singer i sur., 2002). Singer i sur. (2002) također navode kako ako tome pridodamo i prometne delikte, vidljivo je kako je alkohol psihoaktivna tvar koja utječe na kaznena djela u kojima su posljedice često teške tjelesne ozljede ili pak smrt žrtve. Žarković Palijan (2004) navodi kako široki raspon kriminogenog djelovanja alkohola odgovara širini psihičkih promjena koje nastaju pod utjecajem alkohola; od lakih smetnji

svijesti do najtežih sumračnih stanja, od karakternih deprivacija i intelektualnih oštećenja ličnosti do izrazitih alkoholnih psihoza. Kada govorimo o kaznenim djelima koja su najčešće povezana s konzumacijom alkohola, navode se stradavanje u prometu, zlostavljanje unutar obitelji, ubojstva i autoagresivnost, maloljetnička delinkvencija. Nasilje, agresija, homicidi i suicidi puno su učestaliji u populaciji alkoholičara u usporedbi s općom populacijom. Također, naglašen je znatan utjecaj alkohola na stopu homicida, suicida i ubojstava generalno, pri čemu u tim situacijama, alkohol ima mogući utjecaj i na počinitelja i na žrtvu (Zoričić, 2018). Nehatna kaznena djela najčešće se čine u pripitom stanju. Ova djela se odnose na nemarnost na službenoj dužnosti, narušavanje pravila sigurnosti na radu, nesmotreno nanošenje štete drugome i slično (Singer i sur., 2002). Ono što se pokazalo kao prekršaji i kaznena djela koja se često događaju mladim osobama pod utjecajem alkohola su remećenje javnog reda i mira, tučnjave, kriminal, ubojstva i silovanja, a posebno moramo istaknuti i prometne nesreće kako kod mladih, tako i kod odraslih počinitelja kaznenih djela pod utjecajem alkohola (Čorak, Krnić i Modrić, 2013).

Važno je za naglasiti da je alkoholizam, odnosno konzumacija alkohola koja je povezana s počinjenjem kaznenih djela vrlo specifična. Naime, ovisnici o drugim psihoaktivnim sredstvima koji počine kaznena djela jesu ovisnici, dok kaznena djela pod utjecajem alkohola mogu biti počinjena i od strane osobe koja nije ovisnik, već je u tom trenutku bio pod utjecajem konzumacije alkoholnih pića (Zoričić, 2018).

U teorijama kriminaliteta spominju se dva oblika kriminaliteta vezana uz alkohol. Prva skupina odnosi se na alkoholni kriminalitet čiji je glavni „uzrok“ konzumacija alkohola. Točnije, ovaj kriminalitet karakterističan je za osobe koje su prethodno razvile ovisnost o alkoholu (akutni ili kronični alkoholičari). U podlozi počinjenja kaznenih djela je narušeno psihofizičko stanje koje nastaje kao posljedica pretjerane konzumacije alkohola. Druga skupina odnosi se na kriminali alkoholizam. Kod ovog oblika, obrnuti je redoslijed. Naime, počinitelj prvo počini kazneno djelo, a zatim kroz kriminalnu subkulturu ili iz psiholoških razloga (olakšanja, opravdanja ili ohrabrenja za kaznena djela), razvijaju ovisnost o alkoholu. Ova podjela se smatra izuzetno umjetnom jer se osoba može kretati kroz obje skupine. Često delinkventni alkoholičar postaje alkoholni delinkvent i obratno. Ipak, podjela je važna jer ocrtava kako alkohol može biti glavni čimbenik kriminalnog ponašanja (Singer i sur., 2002).

Kako je ranije navedeno, ne postoji kazneno djelo u kojem alkohol ne bi mogao „kumovati“, ali ipak, najviše je prisutan u agresivnim i seksualnim deliktima (Žarković Palijan, 2004). Istu tvrdnju ističu i Singer i sur. (2002) koji navode kako se kriminogeno značenje alkoholizma osobito odražava na dvije kategorije kaznenih djela: na krvne delikte i seksualne delikte. Kada bi govorili općenito, u okviru nasilničkog i agresivnog ponašanja, postoji niz različitih delikata po samoj prirodi i intenzitetu, od uvreda do ubojstva. Potrošnja alkohola, a posebice u velikim količinama, pokazala se kao znatan čimbenik rizika, upravo za nasilne delikte (Draganić i sur., 2016). Važno je naglasiti kako alkohol djeluje na agresivnost i kod alkoholičara i kod nealkoholičara. Spomenuta agresivnost manifestira se u obliku agresivnih ponašanja, usmjerenih prema drugim osobama i objektima, ali i prema sebi osobno u vidu samopovrijeđivanja, pokušaja samoubojstava i slično. Alkohol kao kriminogeni čimbenik posebice je vidljiv kod agresivnih i nasilnih delikata kao što su ubojstava, tjelesne povrede, razbojstva, uvrede, klevete, maltretiranje članova obitelji (posebice djece), silovanja, kaznena djela protiv imovine, prometne nesreće. Većinu navedenih kaznenih djela, a posebice ona koja zahtijevaju okrutnost, čine akutni pijanci (Singer i sur., 2002).

Kod osoba koje konzumiraju alkohol, mogu se razviti dva oblika agresivnog ponašanja. Prvi oblik odnosi se na agresiju i počinjenje kaznenih djela pod utjecajem alkohola, dok se drugi odnosi na agresiju kod kroničnog alkoholizma (Draganić i sur., 2016), kojeg karakteriziraju psihičke promjene uslijed kroničnog konzumiranja alkohola. Pokazano je kako je agresivni kriminalitet više povezan s akutno pijanim stanjima (Žarković Palijan, 2004). Alkoholičar u akutnom stanju često čini ubojstva, rodoskvrnuća, seksualne delikte i slično. Također, iako im je ubrojivost smanjena, većina alkoholičara je svjesna činjenice da na javnom mjestu ne smiju izražavati svoju agresivnost. Zbog toga se nasilni delikti često javljaju i kulminiraju upravo u obiteljskom okruženju (Singer i sur., 2002).

Kod kroničnog alkoholizma vidljivo je posredno djelovanje alkohola kroz karakterne i druge promjene ličnosti kod osoba, a koje su nastale kao posljedica dugogodišnjeg pretjeranog konzumiranja alkohola. Kronični alkoholičari zbog poodmakle faze alkoholizma i posljedica kao što su moralno i društveno degradiranje, obiteljska neimaština i bijeda, atrofija radnih navika, nezaposlenosti i manjka novca za financiranje ovisnosti, češće posežu za imovinskim deliktima (Singer i sur., 2002). Tako kronični alkoholičari češće čine kaznena djela prijevare, krađa, utaje i slična, više pokazuju u kroničnih alkoholičara (Žarković Palijan,

2004). Kronični alkoholičari često na ovoj razni kaznenih djela staju, obzirom da na niske cijene alkohola (Singer i sur., 2002).

Postoji niz razloga koji objašnjavaju kako alkohol etiološki utječe na pojavu agresivnosti. Neki od njih su da je agresija zapravo posljedica organskih oštećenja mozga, odnosno intelektualnog i moralnog propadanja alkoholičara. Zatim se kao glavni razlog navodi i gubitak samopoštovanja koji se pokušava nadoknaditi dominacijom nad slabijim i nemoćnijim članovima okruženja i obitelji te patološka ljubomora (Zoričić, 2018) koja će biti kasnije detaljnije opisana.

Postoji niz teorija koje pokušavaju objasniti povezanost alkoholizma i agresije. Jedna od njih navodi kako je agresivnost u trijeznom stanju praćena osjećajem krivnje, te se osoba okreće konzumaciji alkoholnih pića kako bi se riješila neugodnih osjećaja, a uz sve to oslobađa se i potiskivana agresija (Draganić i sur., 2016). Druge teorije smatraju kako alkohol potiče samu agresiju putem utjecaja na agresivni nagon, te inhibiranjem osjećaja kontrole u savjesti. Kada govorimo o agresivnosti, alkohol najviše utječe na manifestnu agresivnost, odnosno potiče latentnu agresivnost na izražavanje, a sve kroz popuštanje svjesnih zabrana, odnosno kontrole ponašanja (Zoričić, 2018). Slično stajalište je i da stanje pijanstva umanjuje sposobnost upravljanja vlastitim ponašanjem. Tome se dodaje i kako je alkohol podražajno sredstvo, koje uz potaknutu ljubomoru, osjetljivost, uvrijeđenost povećava i oslobađa agresiju (Draganić i sur., 2016). Brojna inozemna istraživanja prikazuju medijatorsku vezu između alkohola te emocionalne deregulacije i agresivnog ponašanja (Gadd, Henderson, Radcliffe i sur., 2019; Grigorian, Brem, Garner i sur., 2020, prema Martinjak, Kikić i Kovčo Vukadin, 1995). Navedeno potkrepljuje i popis psiholoških posljedica alkoholizma u kojem se navodi i alkoholičarska patološka ljubomora. Ona se ubraja u skupinu paranoidnih psihotičnih ideja, a nastaje temeljena na oštećenju sposobnost održavanja erekcije kod muškaraca. Ovisnik o alkoholu često pri tom optužuje ženino ponašanje, a to može dovesti do raznih agresivnih ispada, napadaja, te nerijetko napada na suprugin život (Zoričić, 2018). Patološka ljubomora kao posljedica alkoholizma, smatra se jednim od najčešćih čimbenika kod ubojstava bračnog partnera. U tim situacijama, je li počinitelj u vrijeme počinjenja kaznenog djela bio u alkoholiziranom stanju, je od sekundarne važnosti (Singer i sur., 2002). Ono što se pokazalo važnim je da alkoholičari osjećaj vlastite seksualne impotentnosti žele nadomjestiti agresivnim ponašanjem (Zoričić, 2018). U slučaju alkoholne patološke ljubomore, ljubomora i stanje pijanstva mogu biti čimbenici koji su nevezani jedno o drugome. Naime, patološka

ljubomora kao posljedica alkoholizma može biti uzrok ubojstva nevezano je li počinitelj u trenutku počinjenja kaznenog djela bio pod utjecajem alkohola (Singer i sur., 2002). Ono što je zanimljivo kod ove posljedice alkoholizma je i to da čak i nakon duge apstinencije, ova posljedica ostaje rezistentna na razne načine terapija (bilo da se radi o farmakoterapiji ili psihoterapiji) (Zoričić, 2018).

Prema Bureau of Justice Statistics iz 1998. godine, vidljivo je kako je od ukupno 10 nasilničkih delikata gotovo 4 slučajeva imalo neku podlogu u ovisnosti o alkoholu (Džaja – Hajduk, 2003). Primjer je i godišnje izvješće EMCDDA, gdje se navodi kako je od ukupnog broja presuda, 30% uvjetnih zatvorskih presuda, a od tog broja je čak 70% bilo povezano s nasiljem u alkoholiziranom stanju. Dodatan podatak nam je i da je od svih nasilnih incidenta čak 44% bilo povezano sa zlouporabom alkohola (Draganić i sur., 2016).

Kako je ranije navedeno, alkohol ima veliki utjecaj upravo na nasilnička i agresivna djela, a posebice u krugu obitelji. U istraživanju obiteljskog nasilja Martinjak, Kikić i Kovčo Vukadin (1995) navode kako je u 91,9% slučajeva nad počiniteljem provedeno utvrđivanje alkoholiziranosti. U više od 50% slučajeva počiniteljima je utvrđeno alkoholizirano stanje, dok ih u prosjeku 20% nije bilo pod utjecajem alkohola. Također, oko 20% njih je odbilo sudjelovati u alkotestu. Obzirom da je obiteljsko nasilje u Republici Hrvatskoj definirano i kroz prekršaj i kroz kazneno djelo, počinitelje možemo podijeliti i po kazneno – pravnoj osnovi. Tako su počinitelji prekršaja češće biti u alkoholiziranom stanju, dok su počinitelji kaznenih djela češće odbijali testiranje (Martinjak, Kikić i Kovčo Vukadin, 1995).

Krajnji ishod obiteljskog nasilja nerijetko su i ubojstva intimnih partnera, a i u toj vrsti kaznenih djela alkohol se pokazao kao jedan od najčešćih čimbenika. U istraživanju karakteristika ubojstava intimnih partnera u Hrvatskoj iz 1996. godine (Kovčo, 1996), vidljivo je kako alkohol može utjecati i na počinitelja i na žrtvu u vrijeme počinjenja kaznenog djela. Alkoholizam je u navedenom istraživanju definiran kao prekomjerno pijenje ili ovisnost o alkoholu. Od ukupnog broja osoba koje su sudjelovale u istraživanju 52% imalo je problema s alkoholom. Muškarci su pokazivali više problema s prekomjernim konzumiranjem alkohola s ukupno 61,7%. Žene su pokazale znatno manje problema s konzumacijom alkohola od muškaraca s postotkom od 43,6%, iako je i to pokazatelj da je znatan broj ženskih počiniteljica ubojstva intimnih partnera imalo problema s konzumacijom (Kovčo, 1996). Što se tiče alkoholiziranosti počinitelja u vrijeme izvršenja kaznenog djela, ukupno je 51%

počinitelja bilo u alkoholiziranom stanju prilikom počinjenja kaznenog djela. Kao i kod problema s konzumacijom, 61,7% muškaraca pokazalo se alkoholiziranima u vrijeme počinjenja kaznenog djela, dok je 41,8% žena bilo pijano u vrijeme počinjenja kaznenog djela (Kovčo, 1996). U navedenom istraživanju, prikazali su se i podaci o tome koliko je žrtava bilo u alkoholiziranom stanju u vrijeme izvršenja kaznenog djela. Gotovo polovica (49,0%) od svih žrtava ubojstava intimnih partnera bilo je u prijanom stanju prilikom počinjenja kaznenog djela. Ipak, razlika obzirom na spol je značajna. Žrtve ženskog spola češće su bile u alkoholiziranom stanju s 76,4% onih koje su bile alkoholizirane u vrijeme izvršenja kaznenog djela od žrtava muškog spola koji su u 17,0% slučajeva bili pod utjecajem alkohola u vrijeme počinjenja kaznenog djela (Kovčo, 1996).

4. STATISTIČKI POKAZATELJI O TRETMANU ALKOHOLIZMA U HRVATSKOM KOREKCIJSKOM OKRUŽENJU

U ovom dijelu rada prikazat ćemo statističke pokazatelje o broju osoba uključenih u liječenje od ovisnosti, s naglaskom na ovisnost o alkoholu u Hrvatskoj, a koje su na to upućene od strane suda ili ustanove u kojoj izdržavaju kaznu zatvora. U tu svrhu, prikazat ćemo statističke pokazatelje probacijskog i zatvorskog sustava za razdoblje od 2009. godine do 2019. godine (za koje godine postoje izvješća).

4.1. Godišnja izvješća Probacijske službe

Iz Godišnjih izvješća Ureda za probaciju i Probacijske službe vidljivo je kako je broj posebnih obveza koje se izriču uz rad za opće dobro, uvjetni otpust i uvjetnu/djelomično uvjetnu osudu rastao. Ako uspoređujemo 2010. godinu i razdoblje zadnjih nekoliko godina, broj izrečenih posebnih obveza uvećao se za gotovo pet puta. Ipak, proporcionalni porast ne vidi se i u izricanju posebnih obveza koje se odnose na obvezno liječenje od ovisnosti (alkohola). Dapače, kada uspoređujemo, u razdoblju od 2009. do 2011. godine, posebne obveze koje su se odnosile na obvezno liječenje od ovisnosti (alkohola), bile su zastupljene u gotovo 50% slučajeva ukupno izrečenih posebnih obveza izrečenih. S druge strane, u razdoblju od 2016. do 2018. godine, zastupljenost posebnih obveza koje se odnose na liječenje od ovisnosti iznosi 7-10% unutar ukupno izrečenih posebnih obveza.

Što se tiče izrečenih sigurnosnih mjera, također je vidljiv porast izricanja sigurnosnih mjera generalno, uspoređujemo li podatke od prije 10-ak godina i posljednjih nekoliko godina unatrag. I u ovoj rubrici možemo vidjeti blagi pad izricanja sigurnosnih mjera koje se odnose na liječenje od ovisnosti u omjeru na ukupan broj izrečenih sigurnosnih mjera. Ipak, postoci u promatranom razdoblju variraju od godine do godine te se uglavnom nalaze na rasponu od 30 do 65% izrečenih sigurnosnih mjera vezanih uz ovisnosti unutar ukupnog broja sigurnosnih mjera.

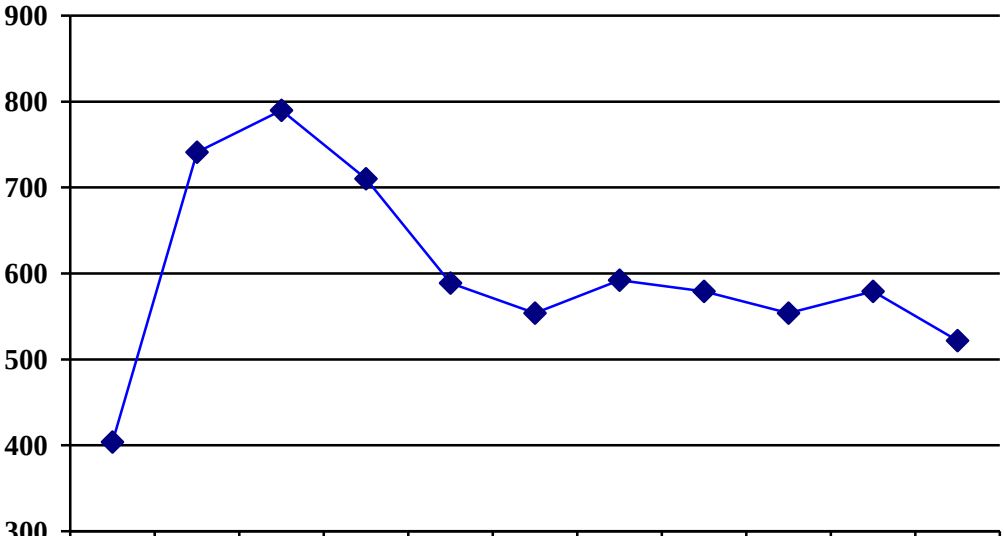
Tablica 5. Posebne obveze i sigurnosne obveze izrečene u razdoblju od 2009. do 2019. godine (izuzev 2012.g. za koju nema informacija) s naglaskom na liječenje od ovisnosti – alkohol

Godina	Izrečene posebne obveze	Posebna obveza liječenja od ovisnosti (%)	Izrečene sigurnosne mjere	Sigurnosna mjera liječenja od ovisnosti (%)	Ukupno posebnih obveza i sigurnosnih mjera
2009.	316	156 (49,4)	88	54 (61,4)	210
2010.	220	106 (48,2)	77	49 (63,6)	155
2011.	103	52 (50,5)	35	15 (42,9)	67
2012.	/	/	/	/	/
2013.	61	18 (29,5)	/	/	18
2014.	340	26 (7,7)	/	/	26
2015.	561	35 (6,2)	43	20 (46,5)	55
2016.	843	81 (9,6)	155	65 (41,9)	146
2017.	1 061	79 (7,5)	254	109 (42,9)	188
2018.	1 431	72 (5)	347	118 (34)	190
2019.	891	30 (3,4)	299	180 (60,2)	210

4.2. Godišnja izvješća Uprave za zatvorski sustav

Iz godišnjih izvještaja o stanju i radu kaznionica, zatvora i odgojnih zavoda za razdoblje od 2009. do 2019. godine, možemo vidjeti kako je generalni trend porasta osoba uključenih u liječenje trajao sve do 2011. godine kada vidimo najveći broj od 790 punoljetnih osoba uključenih u liječenje. Nakon 2011. godine, vidljiv je trend smanjenja tog broja, premda je uočljivo da se unatrag 7 godina, točnije od 2013. godine, broj punoljetnih osoba uključenih u liječenje zadržava na broju između 500 i 600, uz određene godišnje varijacije. Ovi podaci bit će prikazani u sljedećem Dijagramu 6 za navedeni period od 2009. do 2019. godine.

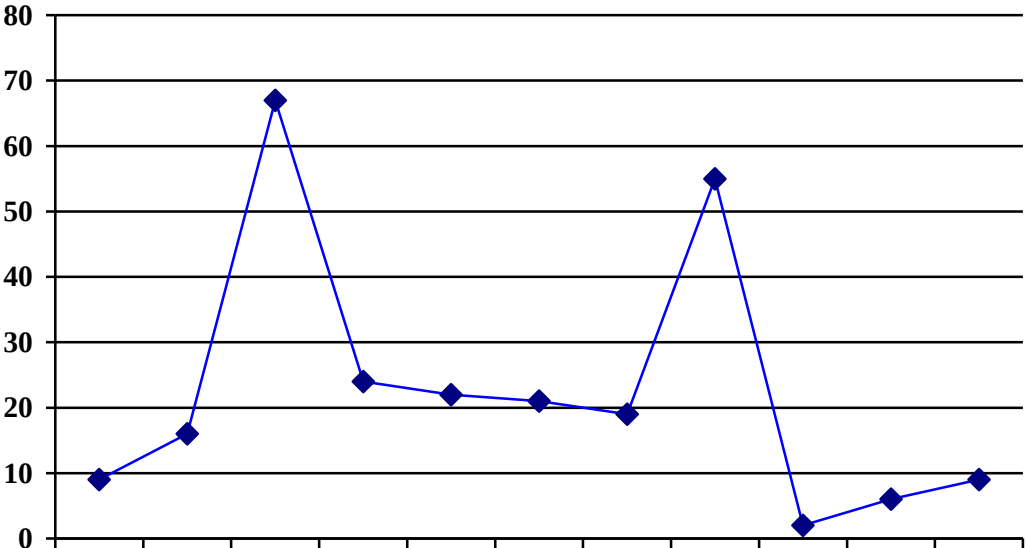
Dijagram 6. Broj punoljetnih osoba uključenih u tretman liječenja od ovisnosti (alkohol) prema kazneno pravnom statusu u razdoblju od 2009. do 2019. godine.



	2009.	2010.	2011.	2012.	2013.	2014.	2015.	2016.	2017.	2018.	2019.
Broj osoba	404	741	790	710	589	554	592	579	554	579	522

Prema izvještajima, vidljiv je i broj maloljetnih i mlađih punoljetnih osoba uključenih u liječenje od alkohola. U ovim brojkama nije vidljiv jasni trend smanjenja ili povećanja broja uključenih. Ipak, ne možemo ne primijetiti relativno visoke brojke u nizu nekoliko godina, točnije od 2011. pa sve do 2016. godine gdje su brojke izrazito visoke te u „neskladu“ s brojkama ostalih godina. Najveći vrh upravo imaju navedene godine, 2011. godina sa 67 maloljetnih i mlađih punoljetnih osoba uključenih u liječenje od alkohola, te 2016. godina sa uključenih 55 osoba. Nakon 2016. godine, vidljiv je nagli pad broj maloljetnih i mlađih punoljetnih osoba uključenih u liječenje od alkohola koji se vratio na brojke slične prije 2011. godine, odnosno na brojke do 10 osoba uključenih u liječenje tijekom godine.

Dijagram 7. Broj maloljetnih i mlađih punoljetnih osoba uključenih u tretman liječenja od ovisnosti (alkohol) prema kazneno pravnom statusu u razdoblju od 2009. do 2019. godine.



	2009.	2010.	2011.	2012.	2013.	2014.	2015.	2016.	2017.	2018.	2019.
Broj osoba	9	16	67	24	22	21	19	55	2	6	9

Osim samih podataka koje nam govore o tome koliko je osoba uključeno u tretmane ovisnosti o alkoholu, zanimljiva je i činjenica kako su u isti uključeni. Za punoljetne, ali i maloljetne i mlađe punoljetne osobe vrijedi isti način upućivanja u programe tretmana liječenja od ovisnosti. U tretmanu u korekcijskim ustanovama možemo vidjeti osobe koje su na dva načina uključene u programe. Jedna skupina upućena je od strane suda koji je presudom odredio mjeru obveznog liječenja od ovisnosti (alkoholizma) uz izdržavanje kazne zatvora. Druga skupina koja prisustvuje tretmanima liječenja od ovisnosti detektirana je u Centru za dijagnostiku gdje osuđene osobe dolaze kao prvi korak izdržavanja kazne zatvora. Omjer ove dvije skupine u tretmanima je kroz godine konzistentan. Osobe iz „prve grupe“, odnosno osobe kojima je određena mjera obveznog liječenja od ovisnosti o alkoholu u ukupnom broju osoba uključenih u tretman čine od 40 do 45%. Osoba kod kojih je primijećena štetna uporaba alkohola ili pretjerano konzumiranje pri Centru za dijagnostiku je 55 do 60%. Ovaj omjer možemo reći da je zabrinjavajući obzirom da se kod osoba koje imaju problema s konzumacijom alkohola, taj problem detektira tek prilikom procjene u ustanovi u kojoj izdržava kaznu zatvora.

5. METODOLOŠKI OKVIR RADA

U svrhu ostvarivanja uvodno postavljenih ciljeva ovog rada, te kako bi došli do odgovora na postavljena istraživačka pitanja, pretraživane su sljedeće baze podataka:

a) Google Scholar; kombinacija ključnih riječi: prison treatment, Clubs for alcoholics, CBT, anonimus alcoholics, evaluation of treatment prison
b) Ebscohost (u vremenskom razdoblju 2000. – 2020. g.); korištene su razne kombinacije ključnih riječi: prison + treatments; programs in prison; alcoholic treatments; programs in prison + alcohol
c) Hrčak (2000.g. – 2020. g.); korištena je kombinacija pojmova: alkoholizam; tretmani alkoholizma; tretmani u zatvoru
d) Bib.rb (2000.g. – 2020. g.); korištena je kombinacija pojmova: alkoholizam; tretmani AOD; alcoholism treatment; treatment in jail
e) Baza ScienceDirect (2000. – 2020. g.); kombinacija ključnih riječi: prison treatment; programs in jail; alcoholic treatment; AOD
f) Baza CORE (2000.g. – 2020.g.)
g) Baza Research Gate (2000g. – 2020.g.), kombinacija pojmova: prison, prison treatment, AOD, Getting Smart

Vremensko razdoblje koje obuhvaća ovaj rad odnosi se na dvadesetogodišnji period od 2000. godine do 2020. godine. Ovo razdoblje određeno je zbog namjere stjecanja uvida u aktualne spoznaje na ovu temu. U prvoj fazi analize radova svi radovi su pregledani te prema podacima iz naslova i uvoda, odabrani su radovi koji su ispunjavali kriterije prikazane u Tablici 6. U drugoj fazi analize su uvidom u odabrane radove, pretraživani dodatni izvori podataka, također uz uvažavanje definiranih kriterija.

Tablica 6. Kriteriji za uključivanje i isključivanje radova.

KRITERIJI	UKLJUČIVANJE	ISKLJUČIVANJE
Jezik rada	Engleski, hrvatski	Ostali
Područje rada	Tretman, posttretman	Prevencija, promocija
Populacija	Osobe u korekcijskom sustavu	Ostali
Vremensko razdoblje	2000.g. – 2020.g.	Ostalo
Znanstveno područje	Društvene i humanističke znanosti, medicina	Ostala

Kako bi se odgovorilo na postavljena istraživačka pitanja, analiziran je ukupno 23 rada. Vremensko razdoblje koje je obuhvaćeno navedenim radovima je razdoblje od 2000. godine do 2019. godine. Najviše radova dolazi iz Hrvatske, s ukupno 9 analiziranih radova. S druge strane, najmanje analiziranih radova bilo je iz Novog Zelanda (1) te Australije (3). Gotovo svi radovi su iz različitih časopisa, osim po dva hrvatska rada koji su objavljeni u istom izvoru (Ljetopisu socijalnog rada te časopisu Alcoholism). Prema raznolikosti časopisa gdje se mogu objavljivati radovi o tretmanu alkoholizma, vidljivo je kako se alkoholizmu pristupa iz više perspektiva. Ipak, najviše se o tretmanu alkoholizma piše u časopisima koji se bave područjima psihijatrije, kazneno pravnog sustava i kriminologije. Osim toga, vidljivo je i kako je pitanje alkoholizma i javnozdravstveno pitanje, pa su određeni radovi objavljeni od strane vlade ili pak nacionalnih centara za provođenje istraživanja područja od javnog interesa. Također, postoje i specijalizirani časopisi upravo za tretmane ovisnosti o alkoholu i drugim psihoaktivnim tvarima. Analizirani radovi najčešće su bili istraživanja (9), dok je pregled aktualnih spoznaja na drugome mjestu po učestalosti s 8 analiziranih radova te vrste. U Tablici 7 ispod analize radova, prikazani su radovi prema karakteristikama: godina, naslov, autori, država, časopis ili izdavač te vrsta rada.

Tablica 7. Pregled analiziranih radova.

GODINA	2000.	2003.	2004.	2004.	2004.
NASLOV	Motivation for treatment in prison-based therapeutic community	Recognition and Treatment of Alcohol Use Disorders in U.S. Jails	Supstance abuse treatment in a maximum security prison: inmates' perception	Jail drug and alcohol treatment program reduces recidivism in nonviolent offenders: a longitudinal study of Monroe Country, New York's, Jail treatment drug and alcohol program	Treatment of alcohol and other substance use disorders What legislators need to know
AUTOR/I	De Leon, Kressel, Melnick, Thomas, Wexler	Modesto – Lowe, Fritz	Brlić, Kovčo Vukadin, Vlaisavljević	Turley, Thornton, Azzolino, Johnson	Colker, Steisel, Whitney
DRŽAVA	SAD	SAD	Hrvatska	SAD	SAD
ČASOPIS/ IZDAVAČ	The American journal of drug and alcohol abuse	Psychiatric services	Alcoholism	International journal of offender therapy and comparative criminology	National conference of state legislatures
VRSTA RADA	Istraživanje	Komentar	Istraživanje	Istraživanje	Komentar

GODINA	2006.	2007.	2007.	2010.
NASLOV	What works in alcohol use disorders?	Effects of Cognitive – Behavioral Programs for Criminal Offenders	What works in substance misuse treatment for offenders?	Psihosocijalni pristup i alkoholizam: iskustvo rada u klubovima liječenih alkoholičara
AUTOR/I	Luty	Landenberger, Lipsey, Wilson	McMurran	Miljenović

DRŽAVA	Ujedinjeno Kraljevstvo	SAD	Engleska, Wales	Hrvatska
ČASOPIS/ IZDAVAČ	Advances in Psychiatric treatment	Center for Evaluation Research and Methodology Vanderbilt Institute for Public Policy Studies	Criminal Behaviour and Mental Health	Ljetopis socijalnog rada
VRSTA RADA	Pregled spoznaja	Istraživanje	Pregled spoznaja	Pregled

GODINA	2010.	2012.	2013.	2014.
NASLOV	Prisoner rehabilitation in Croatia	Correctional alcohol and drug treatment – investment brief	Evaluation of the Getting SMART program	Bio-psycho-social model of treatment and rehabilitation of addicts during the conduction of safety measure of obligatory psychiatric treatment in prison hospital Zagreb
AUTOR/I	Jandrić Nišević, Kovčo Vukadin, Žakman – Ban	Vlada Novog Zelanda	Aydin, Kevin, Perry, Xie	Gruber, Guberina Korotaj, Sušić
DRŽAVA	Hrvatska	Novi Zeland	Australija	Hrvatska
ČASOPIS/ IZDAVAČ	Journal of Criminal Justice and Security	Vlada Novog Zelanda	Corrections research, evaluation & statistics corrective services NSW	Alcoholism
VRSTA RADA	Analitički pregled	Izvještaj	Istraživanje	Pregled spoznaja

GODINA	2014.	2015.	2016.	2016.	2017.

NASLOV	Effect of prison-based alcohol treatment: a multi-site process and outcome evaluation final report	Drug and alcohol addiction: do psychosocial treatments work?	Getting SMART, SMART Recovery programs and reoffending	Evaluacija kvalitativnih promjena komunikacijskih vještina ovisnika o alkoholu uključenih u rad kluba liječenih alkoholičara	Suvremeni pristupi liječenju alkoholizma
AUTOR/I	Miller, Ventura Miller, Tillyer	Luty	Blatch, O'Sullivan, Rathbone	Bogdan, Mišević, Živčić	Matejčić
DRŽAVA	SAD	Ujedinjeno Kraljevstvo	Australija	Hrvatska	Hrvatska
ČASOPIS/ IZDAVAČ	/	BJPsych Advances	Journal of Forensic Practice	Županijska bolnica Čakovec	/
VRSTA RADA	Izvještaj	Pregled spoznaja	Istraživanje	Istraživanje	Diplomski rad

GODINA	2018.	2018.	2018.	2019.	2019.
NASLOV	A systematic review of the efficacy of alcohol interventions for incarcerated people	Perspektive članova obitelji o djelovanju Klubova liječenih alkoholičara	What works. Alcohol and other treatment in prisons.	Klubovi liječenih alkoholičara (KLA): Ispitivanje funkcioniranja i učinkovitosti na području grada Zagreba	Obilježja Klubova liječenih alkoholičara u Hrvatskoj
AUTOR/I	Ferguson, Giles, Gill, Holloway, Landale, McGeechan, Newbury – Birch, Stockdale	Opačić, Oreb, Radat	Bartle, Jenner, Lee	Jakičić	Opačić, Oreb, Radat

DRŽAVA	Ujedinjeno Kraljevstvo, SAD	Hrvatska	Australija	Hrvatska	Hrvatska
ČASOPIS/ IZDAVAČ	Alcohol and Alcoholism	Ljetopis socijalnog rada	360edge	/	Socijalna psihijatrija
VRSTA RADA	Sistematski pregled spoznaja	Istraživanje	Pregled spoznaja	Diplomski rad	Istraživanje

Ipak, važno je navesti kako članci iz različitih zemalja navode iste ili slične programe koji se provode, tako da je preklapanje bilo gotovo neizbježno. S druge strane, pozitivna strana međunarodno priznatih programa za liječenje od ovisnosti su upravo standardi koji omogućavaju da se prilikom analize rada i strukture pojedinog tretmana koristi manje izvora literature. Za prikaz daljnje analize važno je za istaknuti i niz intervencija koje su nastale na temeljima „osnovnih“ programa tretmana, te su (po svojim postavkama) „u startu“ veoma slične. Osim toga, moguće je napraviti niz različitih grupa dijeleći ih po različitim kriterijima kao što su strukturiranost programa, teorijske postavke, sudionici, metode koje koriste.

6. ANALIZA RADOVA O TRETMANU ALKOHOLIZMA U KOREKCIJSKOM OKRUŽENJU

Prije nego krenemo s prikazom rezultata analize prema unaprijed zadanim istraživačkim pitanjima, potrebno je navesti ograničenja analize tretmana ovisnosti o alkoholu u korekcijskom okruženju.

Obzirom na širok spektar načina konzumacije alkohola koji mogu dovesti do liječenja, te na širok spektar izrečenih sankcija (u smislu trajanja, popratnih obveza, strukturiranosti institucije) nije čudno za zaključiti kako su se vremenom razvile i brojne intervencije i programi za liječenje od ovisnosti, a sve u duhu modernog društva gdje se svaka intervencija nastoji prilagoditi individualnim značajkama korisnika. Šućur i Žakman-Ban (2005) navode kako se raspravlja o diferenciranim programima protiv ovisnosti. To bi značilo da bi se različiti programi, ovisno o svojim postavkama, trebali primjenjivati na osobe s različitim razinama ovisnosti. Obzirom na načela provođenja programa i tretmana, vrlo je važno osobama ovisnima, u ovom slučaju o alkoholu, pružiti kontinuirani tretman, a ukoliko se on provodi u zatvorskom okruženju, osigurati nastavak programa i nakon izlaska (Šućur i Žakman-Ban, 2005).

Većina osoba koje su na liječenju, kako u korekcijskim ustanovama, tako i u probacijskom okruženju, na liječenju su nedobrovoljno (a što možemo vidjeti prema ranije navedenoj analizi statistike godišnjih izvještaja). Stoga programi mogu biti odlično postavljeni teorijski i praktično, no ukoliko su korisnici u otporu, upitna je uspješnost istih. Samim time rezultati koje dobijemo evaluirajući tretmane s nedobrovoljnim korisnicima mogu nam dati lažne podatke o uspješnosti intervencije.

U nacrtima evaluacijskih istraživanja javljaju se određena etička pitanja. Naime, evaluacijska istraživanja se najčešće koriste eksperimentalnim nacrtom. To znači da nužno mora postojati eksperimentalna grupa čiji članovi sudjeluju u intervenciji koja se promatra, dok kontrolna skupina često ostaje „zakinuta“ za tretman ili pak sudjeluje u drugim tretmanima (koji se mogu pokazati kao manje uspješni). To je posebno važno zbog samog konteksta rada unutar korekcijskih ustanova, odnosno ograničenog vremena koje osoba u ustanovi provodi, gdje često nije moguće ponoviti istraživanu intervenciju (ukoliko se

pokazala uspješnom) sa sudionicima iz druge, kontrolne grupe. Motivacija za ulazak u istraživanje često je (zbog postavka zatvorskog sustava) ekstrinzična, odnosno često su motivirani dodatnim bodovima, pogodnostima, „boljom slikom o sebi“ pred stručnjacima i slično.

Osim same prirode istraživanja, veliki problem koji se prilikom istraživanja ove teme javlja je i ograničenje obzirom na spol. Obzirom da su muškarci većinom osobe koje su u korekcijskom okruženju generalno, ali i upravo zbog alkohola, često se radovi odnose na mušku populaciju, dok je učinak liječenja od alkohola u korekcijskom okruženju usmjeren prema ženama slabo istražen.

6.1. Opis programa koji se provode u korekcijskom sustavu

Prvo istraživačko pitanje odnosi se na podatke koji će pružiti pregled, odnosno opis postojećih programa liječenja ovisnosti o alkoholu u korekcijskom okruženju, a koji su uključeni u ovu analizu. Programi koji će se predstaviti bit će: terapijske zajednice, anonimni alkoholičari, klubovi liječenih alkoholičara, kognitivno bihevioralni tretman, Getting smart, terapiju povećanja motivacije (motivacijski intervju), kratke intervencije – brief interventions.

6.1.1. Terapijska zajednica

Terapijska zajednica (TZ) smatraju se jednim od najčešćih programa koji se koriste u terapijama ovisnosti. Terapijska zajednica je program koji je temeljen na grupnom radu (Miljenović, 2010). Ovaj program bazira se na teoriji socijalnog učenja (Colker, Steisel i Whitney, 2004). Obzirom na dugo trajanje, u korekcijskom okruženju, najčešće se provodi s osobama koje su na izdržavanju dužih kazni zatvora, a koji su ovisni o kemijskim supstancama. Ono po čemu se terapijska zajednica razlikuje od drugih programa je činjenica da, možemo reći, ne postoji klasični primarni terapeut ili mentor, već tu ulogu ima cijela zajednica, odnosno okruženje (Miller, Ventura Miller i Tillyer, 2014). Stoga je ovo program koji je idealni primjer ekološke teorije gdje se priznaje učinak „problema“ na cijelu zajednicu, iz čega proizlazi i dužnost zajednice da zajedničkim snagama sudjeluje u rješenju određenog problema (Miljenović, 2010).

Terapijska zajednica problem ovisnosti o psihoaktivnim sredstvima ne vidi samo kroz korištenje same supstance, već se bazira na cijelu osobu (Colker i sur., 2004). Program se

temelji na holističnom pristupu gdje se ovisnosti sagledavaju kao „bolest uma, tijela i duha“. Stoga su u posebnom fokusu rad na psihološkim disfunkcijama i socijalnim deficitima. Psihološki ciljevi su rad na disfunkcionalnim obrascima razmišljanja, osjećanja i ponašanja koji dovode kako do kriminalnog ponašanja, tako i korištenja sredstava ovisnosti. Glavni društveni cilj je razvijanje odgovornog životnog stila korisnika prema sebi, obitelji, prijateljima i radnim kolegama. U navedenom dijelu, razrađuju se i produbljuju utjecaj korisnikovog sadašnjeg ponašanja na navedene osobe u njegovom okruženju, ali i na njega samoga (Miller i sur., 2014).

Ovaj program stvara vrlo strukturirane uvjete u okruženju koji se odnose na norme i pravila ponašanja, očekivanja koja se imaju od svakog pojedinog sudionika, sankcije koje se daju za „negativna“ ili nepoželjna ponašanja te nagrade za poželjna ponašanja. Pogreške ili nepoželjna ponašanja koriste se kao primjeri koji se razrađuju i koriste služe za iskustveno učenje. S druge strane, poželjna ponašanja se potiču, prepoznaju i nagrađuju, također u svrhu iskustvenog učenja. U programu terapijske zajednice u korekcijskom okruženju, svi u okruženju postaju dio tretmana. Ukoliko govorimo o korekcijskim ustanovama, to znači da su sudionici tretmana zatvorenici s problemom ovisnosti, svi ostali zatvorenici, tretmansko osoblje te djelatnici osiguranja u ustavnovi (Colker i sur., 2004).

Terapijska zajednica predstavlja program koji se zbog svoje dugotrajnosti, ali i kompatibilnosti nerijetko kombinira s drugim tretmanima (Miller i sur., 2014). Iz tog razloga, uživa veliko poštovanje, posebno u korekcijskom okruženju, te se relativno često koristi, u drugačijim modalitetima ili pak u kombinaciji s drugim programima.

Terapijska zajednica u Hrvatskoj se kao program provode u Odjelu za forenzičku psihijatriju. Prema strukturi slična je ostalim programima terapijskih zajednica, osim što se prilagođava i modificira posebnoj strukturi korisnika i uvjetima izdržavanja kazne. Osim korisnika i tretmanskog osoblja, u ovoj modifikaciji dodani su i članovi osiguranja upravo radi ranije navedenih razloga. Sastanci se održavaju na tjednoj bazi ili nekoliko puta tjedno te traju od 45 do 90 minuta (Sušić, Gruber i Guberina Korotaj, 2014).

Navodi se kako konstantna interakcija između korisnika i tretmanskog osoblja ima velike utjecaje na tretman. Uz popravljanje odnosa s obitelji i zajednicom, korisnici se uče altruizmu, socijalnim vještinama, oponašanju tuđih ponašanja, grupnoj koheziji. Smatra se

kako terapijska zajednica pruža mnoge mogućnosti korisnicima. Program im daje priliku za promjenu u sigurnom okruženju, a sve uz osjećaje ljubavi, brige, podrške, prihvaćanja te pripadanja. Kroz razne aktivnosti kao što su kreativne aktivnosti, edukacije, te pružanje pomoći drugima kako bi spoznali svoju vrijednost, korisnici uče o iskrenosti i kritičkom promišljanju o svojem negativnom i destruktivnom ponašanju. Sve to dovodi do posljedice da korisnici vide svoje ponašanje kao izazov, a ne kao nepremostiv problem. Kao rezultat svega navedenog, korisnici dobivaju priliku da preispitaju svoje vrijednosti, ali i da nauče načine izražavanja svojih unutarnjih konflikata, strategije nošenja sa stresom koji je povezan s osjećajima krivnje. Osim samih bihevioralnih strategija, kroz program se radi i na osnaživanju pojedinaca u psihološkom smislu. Tijekom tretmana, korisnici shvaćaju kako nije nužno biti savršen kako bi bio voljen, da se svi osjećaji (i ugodni i neugodni) mogu izražavati, te da je bitan način izražavanja istih. U radu s emocijama korisnici uče kako je dobro osjećati i ugodne i neugodne emocije (Sušić i sur., 2014).

U Sjedinjenima Američkim Državama sve se više kombinira program Terapijske zajednice unutar zatvora, ali i kao nastavak u posttretmanu. Vidljivo je kako su programi koji se baziraju na Terapijskim zajednicama uspješni u dijelu recidivizma, ali i ponovne konzumacije psihoaktivnim sredstvima. U SAD-u program Terapijskih zajednica provodi se kroz tri dijela, odnosno faze. Razlikuju se primarno u područjima rada (De Leon, Melnick, Thomas, Kressel, Wexler, 2000).

Prva faza traje od 1 do 3 mjeseca. Tijekom ove faze radi se na orijentaciji unutar ustanove, procjena potreba i problematičnih područja korisnika, te izrada plana rada, odnosno tretmana u koje će se uključiti te tretmanskih ciljeva. Korisnici dobivaju poslove unutar „industrije“ u ustanovi, te na taj način dobivaju ulogu u održavanju zajednice (De Leon i sur., 2000).

Druga faza terapijskih zajednica traje od 4 do 9 mjeseci. U ovoj fazi, korisnici mogu dobiti veću odgovornost unutar Terapijske zajednice kroz uključivanje u projekte koji se provode u ustanovi. Također, grupni rad i savjetovanje fokusirani su na rad na razvijanju samodiscipline, vlastite vrijednosti, samosvijesti. Uz rad na sebi, korisnici kroz grupni rad rade i na poštivanju autoriteta te prihvaćanju smjernica za rizična ponašanja (De Leon i sur., 2000).

Treća faza koja se naziva „faza ponovnog ulaska“ traje od 10 do 12 mjeseci te je naglasak u radu stavljen na ojačavanje vještina planiranja i donošenja odluka. Uz to, korisnici s osobljem rade na pripremama za povratak u zajednicu. Korisnici koji su prošli sve 3 faze ovog programa, dobivaju mogućnost biti sudionici stambenog programa Vista koji se također temelji na programu Terapijskih zajednica. Program Vista traje do godine dana. Stambene zajednice mogu primiti do 40 stanovnika. Osim stambenog zbrinjavanja korisnika, program nudi i usluge koje su namjenjene ženama i djeci korisnika. Sudionici Vista programa odgovorni su za sigurnost i održavanje stambene zajednice, ali i za mentalno zdravlje ostalih stanovnika objekta. Sadržaj programa Vista prati individualizirane planove povratka u zajednicu svakog stanovnika zajednice (De Leon i sur., 2000).

6.1.2. Anonimni alkoholičari (AA)

Jedan od najčešćih programa liječenja ovisnosti o alkoholu je program Anonimnih alkoholičara ili takozvani „Twelve Step Fellowship“ (Miller i sur., 2014). Anonimni alkoholičari su svjetska organizacija koja već 60 godina pruža pomoć u liječenju ovisnosti od alkohola (Luty, 2006). Navedeni program temelji se na ideji potpune „trijeznosti“ odnosno potpune apstinencije. Anonimni alkoholičari program je koji se, kao i Terapijska zajednica mogu kombinirati s drugim tretmanima. Stoga, u korekcijskom okruženju može postojati program AA koji je obvezan za sudjelovanje. Također, navodi se kako ovaj program dobiva veliko poštovanje, posebice u korekcijskim ustanovama, obzirom da se lako može implementirati kao dodatni program postojećim tretmanima ovisnosti u ustanovi (Miller i sur., 2014).

Program traje 12 mjeseci, u koje vrijeme su uračunati svih 12 koraka ovog programa (Luty, 2006). Matejčić (2017) navodi korake:

1. Priznati da smo nemoćni kad je alkohol u pitanju odnosno da su naši životi izmakli kontroli.
2. Početi vjerovati da nam Moć veća od nas samih može povratiti zdrav razum.
3. Odlučiti predati svoju volju i živote na brigu Bogu kako smo ga mi shvatili.
4. Potpuno i hrabro se moralno ispitati.
5. Priznati Bogu, sebi samima i drugima pravu prirodu naših pogrešaka.
6. Biti potpuno spremni dopustiti Bogu da ukloni sve nedostatke našeg karaktera.
7. Ponizno Boga zamoliti da ukloni naše nedostatke.

8. Napraviti popis svih osoba kojima smo nanijeli zlo i postati spremni iskupiti se.
9. Osobno se ispričati ili iskupiti osobama kojima je to moguće, osim kada bi time njih ili druge povrijedili.
10. Nastaviti ispitivanje samih sebe i kad pogriješimo odmah to priznati.
11. Kroz molitvu i meditaciju tražiti poboljšanje našeg svjesnog kontakta s Bogom kako smo ga mi shvatili, moleći se jedino da spoznamo njegovu volju i moliti se za snagu da je izvršimo.
12. Kad je kao rezultat ovih koraka uslijedilo duhovno buđenje, pokušati tu poruku prenijeti alkoholičarima i služiti se tim načelima u svim aspektima života.

Svih 12 koraka moraju se ispuniti kako bi se priznalo osobi da je prošla kroz program Anonimnih alkoholičara (Matejčić, 2017).

Osim ispunjavanja navedenih koraka na kojima se temelji tretman AA, u početku se (prema potrebi) koriste medikamenti za smanjenje simptoma apstinencije. Također, obavljaju se redoviti kontakti s psihijatrom, korisnici dobivaju savjete kako razrješavati probleme apstinencije, ali i osobne probleme (Luty, 2006).

Program koji leži na postavkama navedenih 12 koraka Anonimnih alkoholičara je i Monroe Country's program koji se provodi u Sjedinjenim Američkim državama. Provodi se s osobama osuđenim za nenasilna kaznena djela, a koji imaju probleme ovisnosti. Fokus tretmana je „adresirati“ ovisnost, odnosno prepoznati je i staviti je pod kontrolu. Stoga, program ne nudi pogodnosti korisnicima koji sudjeluju u njemu u vidu smanjenja kazne ili posebnih pogodnosti, a sve s ciljem kako bi korisnici koji sudjeluju u programu bili potpuno dobrovoljni sudionici (Turley, Thornton, Johnson i Azzolino, 2004).

Program se sastoji od dnevnih sastanaka i „follow-up“ tretmana koji se provodi nakon otpusta. Grupni sastanci provode se jednom ili više puta dnevno. U prvim sastancima, korisnici govore o svojoj ovisnosti i njezinim korijenima. Nakon nekoliko sastanaka, odnosno nakon što su korisnici prepoznali svoju ovisnost, raspravlja se o strategijama i podršci koja im je potrebna za održavanje apstinencije. Sudionici programa imaju i „osobnog savjetnika“ koji im pomaže kroz individualno savjetovanje u razrješavanju neugodnih emocija povezanih s tretmanom. Follow up tretman i praćenje odnosi se na fazu nakon otpusta kada se korisnicima pruža pomoć i podrška pri održavanju apstinencije nakon povratka u zajednicu (Turley i sur., 2004).

6.1.3. Klubovi liječenih alkoholičara (KLA)

Definicija Klubova liječenih alkoholičara ističe kako su KLA višeobiteljske zajednice koje počivaju na principima terapijske zajednice te principima uzajamne pomoći i samopomoći (Oreb, Opačić i Radat, 2018). U programu kombiniraju se teorije obiteljskog funkcioniranja, ali i zajednice kao takve. Osim što članovi obitelji sudjeluju na sastancima, nastoji se kroz izvanklubske aktivnosti pojedinca, ali i obitelj „ponovno“ smjestiti u zajednicu. U radu ovih programa, važno je za istaknuti kako se uz rad na problemu, radi i na osnaživanju obitelji za „povratak“ određenog člana. Pri tome, članovi obitelji kroz KLA rade na vlastitoj promjeni, a zajedno s apstinentom rade na prilagodbi obiteljske sredine na novonastali životni stil (Torre, 2006, prema Miljenović, 2010).

Iako je sam način rada u KLA orijentiran na tretmanski rad, upravo zbog uključenosti obitelji, može se reći kako oni imaju i preventivnu funkciju u vidu preveniranja obiteljskih i osobnih problema na koje mogu naići u samom procesu liječenja i apstinencije (Miljenović, 2010).

U radu KLA vidljive su teme koje su spoj psiholoških i socioloških, kao što su: slika o sebi, samopoštovanje, specifične psihološke traume (na primjer: gubitak voljenih osoba) te depresija povezana s psihološkim traumama, obiteljske poteškoće, problemi u komunikacijskim vještinama, materijalne potrebe. Osim rada na problemu s kojim pojedinac dolazi, radi se i na uspostavi odnosa s drugima, važne su teme društvenog djelovanja, gdje se ističe obrazovanje, zapošljavanje, socijalna prava i slično (Miljenović, 2010). U radu Klubova liječenih alkoholičara koriste se razne tehnike kao što su: poticanje rasprava o određenim sadržajima, reflektiranje na zamijećene procese, pružanje sadržaja za osobno ili obiteljsko promišljanje, otvaranje te iznošenja osobnih iskustava podržavanje članova, poticanje osnažujuće komunikacije (Miljenović, 2010, prema Oreb, Opačić i Radat, 2018). Ipak, obzirom da se u KLA radi i na povezivanju obitelji i pojedinca sa zajednicom, važno je za napomenuti i izvanklubske aktivnosti koje se odnose na likovne aktivnosti, večeri poezije, sportska i društvena događanja i slično (Oreb, Opačić i Radat, 2018).

Sastanci npr. KLA održavaju se na tjednoj bazi, najčešće se radi o istom danu u tjednu, te su u trajanju od otprilike 90 minuta (Oreb, Opačić i Radat, 2018), a obzirom da se radi o programu koji je podrška apstinenciji, KLA nema određeno vremensko trajnje.

U Hrvatskoj se provodi program Klubova liječenih alkoholičara koji je modificirani program terapijskih zajednica, u 6 kaznionica i 2 zatvora. Kriterij za uključivanje osoba u program liječenja od ovisnosti o alkoholu je činjenica da je zlouporaba alkohola povezana s počinjenjem kaznenog djela. Tretman ovisnosti o alkoholu provodi se u manjim grupama od 10 do 15 članova (Kovčo Vukadin, Žakman – Ban i Jandrić Nišević, 2010). U duhu principa zajednice, svaka tretmanska grupa ima svojeg predsjednika koji je izabran od strane članova skupine. Predsjednici svake grupe u suradnji s tretmanskim osobljem organiziraju aktivnosti Kluba. Novi članovi upoznaju se s tretmanskom grupom, te samom terapijskom zajednicom što uključuje i edukaciju o alkoholizmu u trajanju od 6 sati. Također daje im se povezana literatura te moraju proći ispit vezan uz alkoholizam. O ostalim temama o kojima bi korisnici htjeli raspravljati, diskusije se vode na sastancima. (Kovčo Vukadin, Vlaisavljević i Brlić, 2004). Trajanje sastanaka je 1 sat, jednom tjedno. Tretman se sastoji od nekoliko komponenata. Program provodi par terapeuta – socijalnu radnik te sociolog, a superviziju voditelja obavlja socijalni pedagog (Kovčo Vukadin i sur., 2010). Sudionici KLA u ustanovama, ohrabruju se za sudjelovanje u uparenim civilnim Klubovima po izlasku iz ustanove, a poseban naglasak se stavlja na uključivanje članova obitelji korisnika u sudjelovanje u liječenju (Kovčo Vukadin i sur., 2004).

Klubovi liječenih alkoholičara provode se i u Zatvorskoj bolnici u Zagrebu. Sušić, Gruber i Guberina Korotaj (2014) navode kako je edukacija jedan od najvažnijih faktora u tretmanu alkoholizma. Osim učenja o alkoholu i o ovisnosti o alkoholu, također su od velike važnosti i učenje socijalnih vještina. U ovom programu voditelji se koriste raznim tehnikama. Tehnika razjašnjavanja vrijednosti odnosi se na zadatak korisnika da poreda svoje vrijednosti te istakne one koje su mu/joj najvrjednije. Radeći zadatak korisnici počinju uviđati diskrepancu koja postoji između konzumacije alkohola i njegovih posljedica s vrijednostima koje korisnici imaju. Obzirom na uviđanje te razlike, korisnici počinju biti motiviraniji i spremniji za promjenu. Tijekom rada u Klubovima liječenih alkoholičara radi se i na razvijanju samopoštovanja, strategijama rješavanja problema, evaluacija sebe i odnosa koje korisnik uspostavlja, treninzi socijalnih i komunikacijskih vještina, razjašnjavanje uloge koju korisnik ima u svojem okružju. Osim toga, nerijetko se koriste i tehnike kao što su igranje uloga kako bi isprobali vještine koje su naučili kroz glumu situacija koje bi se mogle dogoditi u stvarnosti. Pri tom se isprobavaju asertivni obrasci ponašanja i zauzimanja za sebe kada im netko ponudi alkoholna pića. Osim učenja zauzimanja za sebe, tijekom programa radi se i plan prevencije ponovnog konzumiranja (Sušić i sur., 2014).

Osim samog ponašanja, u Klubovima liječenih alkoholičara radi se i na kognitivnom restrukturiranju. Ono što ovaj pojam podrazumijeva je učenje korisnika o disfunkcionalnim razmišljanjima i automatskim mislima, te kako ih zamijeniti s onima koji će im više pomoći u određenoj situaciji. Jedna od karakteristika ovisnika je i vraćanje u prošlost (koja im se čini puno bolja) nego ostajanje u sadašnjosti ili razmišljanje o budućnosti. KLA su veoma pogodni i za ovu karakteristiku obzirom da se provode u grupnom okruženju. Naime, grupa kao takva „drži“ svoje članove u realnosti i u situaciji koja se događa ovdje i sada. Osim toga, članovi grupe jedni druge „vraćaju“ u realnost te pozivaju na održavanje pažnje na trenutnu situaciju. U tome pomaže i sam voditelj čija je i uloga da korisnike održava u „ovdje i sada“ situaciji. Kao i u svakom grupnom radu, voditelj ima uloga usmjeravanja razgovora, ali i stvaranja sigurnog okruženja gdje korisnici mogu slobodno i bez straha dijeliti svoje informacije. Voditelj daje primjere određenog ponašanja korisnika pri čemu se vodi diskusija o tome kako je ponašanje utjecalo na druge članove grupe, te na samog pojedinca. Ovakve rasprave moguće su tek kada je uspostavljeno sigurno okruženje unutar grupe, jer je ono preduvjet za istraživanje potencijala korisnika te nadogradnje vještina i pouzdanja što je nužno za proces promjene (Sušić i sur., 2014).

6.1.4. Kognitivno bihevioralni tretman (KBT)

Kognitivno bihevioralni tretman ovisnosti još je jedan svjetski program koji se pokazao izuzetno uspješnim. Približno 1/3 svih programa liječenja ovisnosti o alkoholu bazira se na konceptu kognitivnog restrukturiranja ili pak kognitivno bihevioralnog tretmana. Ovaj model razvio se u mnogo različitih verzija kognitivno bihevioralne terapije, različitog trajanja, kako diljem Sjedinjenih Američkih Država, tako i diljem cijelog svijeta. Program se u početku koristio kao metoda prevencije relapsa, ali se vremenom počeo koristiti i kao program koji se bavi generalnim problemima konzumacije alkohola. Daljnjim razvojem, adaptiran je i kao tretman za osobe koje imaju probleme i s drugim sredstvima ovisnosti. Koristi se kao primarni ili pak sekundarni (dodatni) program kod ovisnosti o alkoholu ili pak o drugim ilegalnim supstancama. Kao i ranije navedeni Anonimni alkoholičari, i Kognitivno bihevioralna terapija uživa veliko poštovanje posebice u korekcijskom okruženju. KBT se često koristi kao srž u mnogim tretmanskim programima u korekcijskim ustanovama. Razlog čestog korištenja je u tome što je KBT program koji je izrazito kompatibilan s raznim drugim programima, stoga se nerijetko i koristi u kombinaciji s 2 ili više tretmana (Miller i sur., 2014).

Kognitivno bihevioralni tretman temelji se na teorijama učenja i teorijama ojačanja (Miller i sur., 2014). Bazira se na mišljenju kako su kognitivni deficiti i distorzije koje su karakteristične za ovisnosti i počinjenje kaznenih djela naučene, a ne naslijeđene (Lipsey, Landenberger i Wilson, 2007). Kako je navedeno, KBT u podlozi ima teoriju naučenog ponašanja, odnosno pretpostavku da je ovisnost naučeno ponašanje te se stoga može i odučiti. Osim mijenjanja samog ponašanja, u postavkama KBT-a vidljivo je i učenje osoba kako njihov misaoni proces doprinosi ponašanju (Matejčić, 2017).

Obzirom na razne varijante kognitivno bihevioralne terapije koji su nastali, kako razvojem i prilagođavanjem samog KBT-a, ali i miješanjem s ostalim programima, postoje i razne varijante trajanja istog. Neki programi traju od 5 do 10 tjedana, dok neki mogu trajati i do 6 mjeseci. Ipak, Lipsey i sur. (2007; prema Jenner i sur. 2018) navode kako je „najpovoljniji“ scenarij za visokorizične prijestupnike tretman koji se sastoji od 2 sastanka tjedno u razdoblju od 16 tjedana, odnosno medijan intenziteta i trajanja.

Prema dosada navedenom, možemo zaključiti kako KBT kombinira utjecaj na kogniciju, odnosno kognitivnu osviještenost, te utjecaj na ponašanje (Matejčić, 2017) za što možemo reći da su po teoriji KBT-a čimbenici koji utječu jedni na druge. KBT se fokusira na prepoznavanju faktora koji potiču konzumiranje alkohola, te se kroz rad razvijaju vještine koje pomažu korisniku kako bi prevladao rizične situacije u kojima se identificirani faktori pojavljuju (Modesto – Lowe i Fritz, 2003). Isti fokus pri programu KBT-a za liječenje od ovisnosti navodi i Luty (2015) koji kaže kako je KBT program koji zahtijeva od pacijenata da identificiraju visoko rizične situacije te pruža treninge vještina i učenja drugih strategija suočavanja kako bi se prevenirala konzumacija sredstva ovisnosti. Cilj KBT-a odnosi se i na anticipiranje potencijalnih problema kroz razvijanje samokontrole kod korisnika te razvijanje funkcionalnih mehanizama ta nošenje s problemima (Miller i sur., 2014).

Program se fokusira na promjene nefunkcionalnih razmišljanja i ponašanja. Kako bi došlo do promjene, koriste se razni pristupi i metode. Najčešće se to odnosi na korisnikovo samoopažanje, postavljanje ciljeva za budućnost, rad na interpersonalnim vještinama te generalni cilj koji se odnosi na modifikaciju životnog stila (Jenner i sur., 2018). Također, KBT može uključivati i analizu funkcionalnosti ovisnosti u životu pojedinca (npr. samoliječenje prilikom poremećaja raspoloženja, nužnost konzumacije kako bi se uživalo u društvenim slavljima i slično) (Luty, 2015), te učenja i analiza o pozitivnim i negativnim

posljedicama daljnje konzumacije (Miller i sur., 2014). Osim toga, program uključuje i prepoznavanje osjećaja žudnje (Miller i sur., 2014), te učenje strategija kontrole podražaja, vještine odupiranja pritisku te učenje strategija suočavanja sa stresom (Luty, 2015), odnosno učenje mehanizama nošenja s problemima koji se ne zasnivaju na konzumaciji alkohola (Miller i sur., 2014). Osim utjecaja na konzumaciju alkohola, razne naučene vještine tijekom programa, pomažu korisnicima i kod drugih problema koji se pojavljuju (ne)vezano uz ovisnost kao što su anksiozni poremećaji, poremećaji raspoloženja, kontrola bijesa i slično (Miller i sur., 2014).

Isti redoslijed i uloge navode i Lipsey i sur. (2007) koji opisuju korištenje kognitivno bihevioralne terapije u zatvorima Sjedinjenih Američkih Država. Navode kako se u kognitivno bihevioralnoj terapiji koristi set strukturiranih tehnika koje pomažu u poboljšanju kognitivnih vještina u područjima u kojima korisnici pokazuju deficite te u restrukturiranju kognicije u područjima gdje korisnici pokazuju pristrana i distorzična razmišljanja. Prvi korak u programu je naučiti korisnike samo opažanju nakon čega terapeut koristi tehnike kako bi pomogao korisniku prepoznati i ispraviti pristrane, rizične i nefunkcionalne obrasce razmišljanja. Tri su glavne tehnike koje se kasnije koriste u programu. Odnose se na treninge kognitivnih vještina, kontrolu bijesa, te dodatne komponente programa koji se odnose na socijalne vještine, razvijanje morala te prevenciju ponovne konzumacije alkohola (Lipsey i sur., 2007).

1. *Trening kognitivnih vještina*

Trening kognitivnih vještina odnosi se na učenje vještina razmišljanja koja su u bazi rješavanja interpersonalnih problema. Vještine koje su u ovom dijelu programa uče odnose se na skupljanje informacija, prepoznavanje i razvijanje alternativnih rješenja te na kraju evaluaciju istih rješenja s mogućim posljedicama istih. Osim strategija rješavanja interpersonalnih problema, trening kognitivnih vještina obuhvaća i rad na apstraktnom i kritičnom promišljanju, te uzročno posljedičnom razmišljanju, zatim rad na dugoročnom planiranju gdje se postavljaju dugoročni ciljevi i planovi te promišljanje i diskusija o istima. U treningu kognitivnih vještina često se radi praktično. Osim promišljanja i rasprava o temama, nerijetko se provode i igre uloga kako bi se naučene vještine „isprobale“ u relativno realnim situacijama koje se mogu dogoditi u korekcijskoj ustanovi ili pak nakon izlaska iz iste. U igri

uloga vježbaju se nove strategije suočavanja s problemima i rizičnim situacijama koje mogu dovesti do nepoželjnih ponašanja kao što je konzumacija alkohola (Lipsey i sur., 2007).

2. *Trening kontrole ljutnje*

Kontrola ljutnje odnosi se na usvajanje vještina praćenja obrazaca automatskih misli koje se javljaju u rizičnim situacijama i postaju okidač za agresivno i nasilno ponašanje. Glavni cilj ove komponente KBT-a odnosi se na učenje zamjene pristranih misli s onima koje su točnije u rizičnim situacijama te razvijanje navike gledanja na „ne-hostilno“ ponašanja drugih prema korisnicima. Nakon učenja o automatskim mislima te kako ih prepoznati i zamijeniti povoljnijima, ponovno se trenira njihovo prepoznavanje i reakcija u improviziranim stvarnim situacijama (Lipsey i sur., 2007).

3. *Dodatne komponente*

Obzirom na razne varijante kognitivno bihevioralne terapije, dodatne komponente uključuju se obzirom na potrebe korisnika. Primarne dodatne komponente u grubo dijele se na dvije glavne skupine. Prva je usko povezana s kontrolom bijesa jer se bavi kontrolom neugodnih emocija te razvijanje vještina rješavanja konflikata. Druga skupina odnosi se na rad na preuzimanju osobne odgovornosti za kazneno djelo (kaznena djela) te razvijanje empatije za žrtvu. Kod utjecaja na korisnika da preuzme odgovornost za kazneno djelo često se koristi tehnika izazivanja korisnika koji nerijetko imaju tendenciju opravdavanja svojih djela, a to u mnogim slučajevima kroz okrivljivanje žrtve. Empatija prema žrtvi pokušava se razviti na način da se radi na korekciji minimalizacije štete koju je korisnik počinio žrtvi kroz kazneno djelo. Osim ovih primarnih skupina dodatnih komponenata, po potrebi se dodaju i druge koje se odnose na trening socijalnih vještina, vježbe moralnog rezoniranja te planiranje prevencije ponovnog konzumiranja sredstva ovisnosti. Planiranje prevencije relapsa izrazito je popularno u populaciji osoba u korekcijskim ustanovama. Naglasak u ovom dijelu programa je na razvijanju „kognitivnih strategija upravljanja rizikom“ te izrada ugovora o ponašanju kako bi korisnici izbjegli visoko rizične situacije, mjesta, ljude ili nefunkcionalne strategije suočavanja, odnosno kako u istima ne bi došlo do eskalacije ponašanja (Lipsey i sur., 2007).

6.1.5. Getting SMART

Getting SMART (Self – Management and Recovery Training) je program koji se provodi u Australiji, najčešće u saveznoj državi New South Wales. Tretman se bazira na grupnom radu i kognitivno bihevioralnoj terapiji, pa se može reći kako je ovo australski model KBT-a (Aydin, Kevin, Xie i Perry, 2013).

U podlozi rada nalazi se psihoedukacija te se korisnike uči kognitivno bihevioralnim konceptima i tehnikama. Ciljevi programa su smanjiti rizik od ponovnog osuđivanja te liječenje ovisnosti kako bi se izbjegao navedeni dinamični rizik za počinjenje kaznenih djela. Tretman se koristi u liječenju ovisnosti o drogama, alkoholu i kockanju. Uvjet za ulazak u program je da je osoba zadovoljila kriterije za srednji, srednje visoki ili visoki rizik za ponovno počinjenje kaznenog djela, odnosno za ponovnu osuđivanje. Sudjelovanje u programu je dobrovoljno, iako je poznato kako osuđenici često dobrovoljno sudjeluju u programima kako bi „dobili dodatne bodove“ za raniji izlazak iz ustanove (Aydin i sur., 2013).

Naglasak u ovom tretmanu stavljen je na samo – osnaživanje pojedinca kako bi se sam oporavio od svoje ovisnosti. Prva faza ovog programa odnosi se na istraživanje korisnikove motivacije za promjenom. Prilikom određivanja na kojoj razini se korisnik nalazi koriste se Transteorijskim modelom promjene koji sadrži razine pred-kontemplacije, kontemplacije i akcije. Zatim slijedi središnji dio programa gdje se uče nove vještine iz raznih priručnika. Kako je već navedeno, najčešće se koristi priručnik Kognitivno bihevioralne terapije. Nakon sudjelovanja na radionicama programa Getting SMART, korisnici dobivaju priručnike za samo – pomoć koji uključuje i tzv. SMART recovery. Navedeni priručnik ističe 4 dijela programa s kojima ovisnici imaju najviše problema, a to su motivacija za održavanjem apstinencije, vještine nošenja s nagonima, vještine rješavanja problema te uspostavljanje životne ravnoteže. Program traje od 40 do 70 sati, točnije 12 sastanaka koji se odvijaju jednom ili dvaput tjedno. Tretman je kratkog trajanja jer se bazira na „bacanju korisnika u vatru“. To znači da se kroz trajanje tretmana korisnici uče novim vještinama i znanjima, ali odgovornost njihove primjene izvan programa je na samim korisnicima (Aydin i sur., 2013).

6.1.6. Terapija povećanja motivacije (Motivacijski intervju)

Terapija povećanja motivacije koja se još naziva i motivacijski intervju je forma psihoterapije koja u fokusu ima ambivalentan stav osoba prema mijenjanju ponašanja (Luty, 2015). Bazira se na teorijama kognitivne disonance i promociji stava pogodnog za promjenu (Luty, 2006). Pristup se bazira na humanističkim temeljima, gotovo u potpunosti u suprotnosti s tradicionalnim tipovima liječenja (gdje je korisnik „primoran“ na liječenje). Ovaj pristup je usmjeren na poticanje osoba s problemima s konzumacijom alkohola na sudjelovanje u tretmanima liječenja od ovisnosti, ali i povećavanje korisnikove spremnosti na promjenu generalno. Strategije koje se koriste u motivacijskom intervjuu kako bi se podigla spremnost za promjenu su istraživanje stupnja spremnosti na promjenu i rad na ambivalentnom stavu prema promjeni, te osvještavanje i razgovori o diskrepanci između onoga u kojoj je situaciji korisnik sada (obzirom na štetnu uporabu alkohola) te onoga što su korisnikovi ciljevi za budućnost (Jenner, Bartle i Lee, 2018). U motivacijskom intervjuu, voditelj usmjerava razgovor, odnosno „nosi se s otporom“ te potiče korisnika da dođe do zaključaka i rješenja, za razliku od tradicionalnih pristupa gdje se izravno provocira korisnikovo ponašanje (Luty, 2015). Korisnikova je zadaća doći do razloga zašto bi bilo dobro apstinirati, te napraviti listu štetnih posljedica koje im je alkohol prouzročio (Luty, 2006).

Miller, Rollnick (2000, prema Luty, 2006) navode 6 principa motivacijskog intervjua.

1. Pružanje povratne informacije na ponašanje
2. Ojačanje korisnikove odgovornosti za mijenjanje ponašanja
3. Iznošenje svojeg savjeta o promjeni ponašanja
4. Raspravljanje o mogućim opcijama za promjenu ponašanja
5. Izražavanje empatije za korisnika
6. Podržavanje samoefikasnosti korisnika.

Motivacijski intervju postoji kao zasebna terapijska tehnika, ali i kao jedna od metoda koja se nerijetko koristi kao početak drugih (Matejčić, 2017), upravo zato jer se primarno odnosi na podizanje spremnosti na promjenu. Činjenica je da korisnici koji dolaze s raznim ovisnostima, a posebno oni koji se još nalaze i u korekcijskom okruženju, nedobrovoljno dolaze ne liječenje, bilo da se radi o nepostojanju svijesti o nužnosti promjene, ambivalentnosti prema početku liječenja ili pak otporu prema liječenju. Stoga se motivacijski

intervju koristi kao tehnika koja omogućuje osvješćivanje, poticanje i motiviranje za početak ili nastavak liječenja (Matejčić, 2017).

Glavni način motiviranja je poticanje korisnika da preuzme odgovornost, a što vodi ka osvještavanju problema te potrebe za razrješenjem. Metode na kojima se zasniva motivacijski intervju su slušanje i razumijevanje kao temelj, a zatim poticanje promišljanja kod korisnika, objašnjavanje korisniku kako kao osoba uvijek ima izbor te da je njegova odgovornost koji će izbor odabrati (Matejčić, 2017).

6.1.7. Kratke intervencije – Brief interventions

Svjetska zdravstvena organizacija navodi definiciju kratkih intervencija koja glasi da su kratke intervencije prakse kojima je cilj identificirati stvarni ili potencijalni problem s konzumacijom alkohola, te motiviranje pojedinca da nešto u svezi toga poduzme (Luty, 2015).

Kratke intervencije oblikovane su u formi kratke psihoterapije. Smatraju se izuzetno korisnima iz razloga što mogu obuhvatiti široku populaciju uz minimalnu obuku terapeuta. Mnoge kratke intervencije baziraju se na tehnikama motivacijskog intervjua. Tretmani se najčešće provode u jednom sastanku koji može trajati do 90 minuta, ali najčešće se radi o vremenskom trajanju od 5 do 15 minuta (Luty, 2015). Kratke intervencije koje se baziraju na motivacijskom intervjuu upravo radi već navedenih razloga poticanja na daljnje liječenje (Matejčić, 2017).

Modesto – Lowe i Fritz (2003) govore o provođenju kratkih intervencija u zatvorima u Sjedinjenim Američkim Državama. Kratke intervencije najčešće se koriste s osobama koje nisu ovisne o alkoholu, ali je primijećena pretjerana konzumacija istog te su vidljive štetne posljedice. Metode koje se koriste u programu kratkih intervencija odnose se na pružanje povratnih informacija korisnicima o negativnim utjecajima konzumacije alkohola, nakon čega slijedi savjetovanje o tome kako smanjiti ili prestati s pijenjem. Kod osuđenika kod kojih je konzumacija alkohola povezana s počinjenjem kaznenog djela, posebice je prijemčljiva povratna informacija o uzročno – posljedičnim vezama alkoholizma i njihovog ponašanja. S druge strane, tretman s osobama kojima je prepoznata ovisnost o alkoholu bazira se na

detoksikaciji nakon čega slijedi plan prevencije ponovne konzumacije (Modesto – Lowe i Fritz, 2003).

Kratke intervencije su dizajnirane kako bi se osvijestile negativne posljedice konzumacije alkohola te o njima promišljalo, a na kraju i motiviralo na promjenu. Metode koje se koriste u ovim tretmanima su povratne informacije o efektima alkohola na osobu, usporedbe individualnog stajališta oko konzumacije alkohola naspram društvenih norma oko istog (Luty, 2006).

U Novom Zelandu provodi se niz kratkih intervencija koje se obzirom na program o kojem se radi fokusiraju na različita područja rada. Tako se u 16 javnih zatvora u Novom Zelandu mogu pronaći programi: „Kratki program podrške“ te „Srednje dug program podrške“ (Ministarstvo pravde, Vlada Novog Zelanda, 2016).

Kratki program podrške obuhvaća 4 sastanka gdje se adi na motiviranju za daljnje liječenje od strane osoblja tretmana unutar zatvora. Srednje dug program podrške sadrži 8 sastanaka koji se fokusiraju na upoznavanju vještina te postavljanje ciljeva za budućnost (Ministarstvo pravde, Vlada Novog Zelanda, 2016).

6.2. Evaluacija postojećih tretmana

U ovom dijelu rada predstavit će se informacije koje daju odgovor na drugo istraživačko pitanje koliko su programi koji se provode učinkoviti, a u vidu smanjenja recidivizma, te kod nekih programa i povratne informacije o korisnosti programa od samih sudionika.

6.2.1. Terapijska zajednica

Terapijska zajednica smatraju se povoljnim pristupom najviše iz razloga jer se mogu postaviti kontekst u kojem se mogu kombinirati s drugim programima kao što su KBT ili Anonimni alkoholičari. Osim toga, tijekom 1980ih i 1990ih godina provođene su studije o razini uspješnosti programa baziranih na terapijskim zajednicama te se pokazalo kako navedeni tretmani utječu na smanjenje stopa recidivizma. Iste podatke dobili su i niz drugih longitudinalnih studija (Butzin, Martin, & Inciardi, 2002; Inciardi et al., 2004; Predergast et

al., 2004; prema Miller i sur., 2014) koje također pokazuju uspješnost terapijskih zajednica u tretmanu ovisnosti (Miller i sur., 2014).

Program tretmanskih zajednica u Sjedinjenim Američkim Državama također pokazuje uspješnost. Korisnici koji su prošli kroz program TZ značajno su manje pokazivali ponovno korištenje sredstava ovisnosti ili pak ponovne osuđivanosti (Colker i sur., 2004).

Terapijske zajednice prepoznate su kao jedan od najučinkovitijih dostupnih tretmana za osuđenike s problemima s alkoholom. Osim smanjenja generalnog konzumiranja alkohola, vidljiv je i golem učinak na smanjenje recidivizma. U usporedbi s drugim tretmanima, terapijska zajednica pokazala se kao jedan od tretmana koji imaju najveću učinkovitosti u smanjenju stopa ponovnog osuđivanja, te relapsa konzumacije alkohola (Jenner, Bartle i Lee, 2018). U usporedbi osoba koje su sudjelovale u terapijskoj zajednici s onima koji su bili korisnici drugih programa ili nisu bili ni u jednom programu, terapijska zajednica pokazale su se kao najbolji odabir s pozitivnim efektom od 0,14. Također, što se tiče ponovne osuđivanosti, vidljivo je kako je nakon 13 mjeseci značajno manje osoba ponovno osuđeno koje su bile u grupi terapijske zajednice, nego kod iz grupe koji nisu sudjelovali u terapijskoj zajednici (McMurran, 2007).

6.2.2. Anonimni alkoholičari – Monroe Country's program

Miller, Walters i Bennett (2000) prikazali su 12-mjesečnu evaluaciju AA programa. Nakon 12 mjeseci od tretmana, 63% od ukupno 280 osoba u programu bilo je ponovno osuđeno, što označava da je program utjecao na 37% zatvorenika. Slične dokaze o učinkovitosti AA našli su i Jenner, Bartle i Lee (2018), koji izvještavaju o tome kako je AA program obećavajući pristup kada se gleda utjecaj na recidivizam osuđenika s problemima konzumacije alkohola. Osim sudjelovanja u grupama podrške, ovaj program može značajno smanjiti stopu recidivizma zbog uspostave apstinencije koja traje duže te ponovnog povezivanja unutar zajednice (Jenner i sur., 2018).

Također, promatrana je učinkovitost programa Anonimnih alkoholičara (12-mjesečni program) te grupe koji su bili u kraćem savjetodavnom radu. U programu AA ponuđen je rad na simptomima apstinencije, kontinuirani kontakti sa stručnjacima, savjetovanje te podrška bliskim osobama. U „Samo savjetovanje“ grupi nuđena su objašnjenja ovisnosti, nužnost

preuzimanja odgovornosti te savjetovanje kako se „oduprijeti“ alkoholu. Na kraju eksperimenta dokazano je da su obje intervencije imale sličan učinak na sudionike, posebice što se tiče konzumacije. Obje grupe utjecale su na između 40-50% sudionika, dok je 50-60% i dalje imalo značajnih problema s konzumacijom alkohola (Luty, 2006).

Provedena je i evaluacija Monroe Country's programa u Sjedinjenim Američkim Državama. U istraživanju uočene su razlike između eksperimentalne grupe koja je prolazila navedeni program te kontrolne skupine čiji članovi nisu prolazili program. Podaci su se analizirali u dvije točke mjerenja, 6 mjeseci nakon otpusta, te 12 mjeseci nakon otpusta (Turley i sur., 2004).

U vremenskoj točci 6 mjeseci nakon otpusta, eksperimentalna grupa pokazala je značajno nižu stopu recidivizma od onih osoba u kontrolnoj skupini. Procjenjuje se da 75% ili više onih koji su prošli program nisu recidivirali. S druge strane, od osoba koje nisu sudjelovale u programu 58,5% nije recidiviralo. Gledajući razvoj programa, važni su i podaci od ranije. Naime, isto istraživanje učinkovitosti programa provodilo se 1995., 1998., te 2000. godine. Godine 1995., 41,5% osoba koje nisu bile u programu su ponovno bile uhićene, dok je uhićeno bilo samo 25% onih koji su program prošli, što daje razliku od 16,5% između dvije uspoređivane skupine. 1998. godine razlike između navedene dvije skupine bila je čak 25,6%, dok je 2000. godine ona iznosila 28,6% (Turley i sur., 2004).

Podaci nakon godine dana razdvojeni su u 3 kategorije: bez uhićenja, jedno uhićenje, dva ili više uhićenja. Prema podacima istraživanja za 2000. godinu, čak 56,3% osoba koje su sudjelovale u programu nije bilo uhićeno niti jednom. S druge strane, samo 26,2% onih koji nisu sudjelovali u programu nije bilo uhićeno niti jednom u razdoblju od godinu dana nakon otpusta. Ovi podaci govore nam da je program utjecao na smanjenje 30,1% recidivizma. Sličnu razliku pokazuje i kategorija „2 ili više uhićenja“ gdje je 50% onih koji nisu sudjelovali u programu uhićeno dva ili više puta u 12 mjeseci nakon otpusta u usporedbi s 21,4% onih koji su sudjelovali u programu. To čini razliku od 28,6% smanjenja ponovnog osuđivanja. Ovi podaci potvrđuju konzistentan obrazac smanjivanja recidivizma kod osoba koje se uključuju u liječenje od ovisnosti, ali i činjenicu da je program uspješniji što je duže implementiran (Turley i sur., 2004).

6.2.3. Klubovi liječenih alkoholičara

Klubovi liječenih alkoholičara koji funkcioniraju izvan korekcijskog okruženja često imaju članove kojima je izrečena sudska mjera liječenja od alkohola. Iz tog razloga, navode se rezultati istraživanja na općoj populaciji. Stoga je podatke o počiniteljima kaznenih djela teško identificirati jer se autori uglavnom ne fokusiraju na činjenicu počinjenja kaznenog djela. Ipak, u ovakvim istraživanjima moguće je iščitati utjecaj na održavanje apstinencije i utjecaja programa na životni stil članova.

Oreb, Opačić i Radat (2018) navode kako terapije koje se baziraju na teorijama obiteljskog sustava pokazuju veću učinkovitost što se tiče stope apstinencije, u usporedbi s individualnim tretmanima. Ono što se navodi kao prednosti ovakvih programa je činjenica da je vrlo često sama komunikacija bračnih partnera narušena, pa je od velike koristi i trening komunikacijskih vještina koji se često provodi u sklopu rada KLA (Miljenović, 2010). Oporavljanje komunikacije između obitelji, pokazalo se kao bitan faktor u održavanju apstinencije. Ovaj program pruža poboljšanje komunikacijskih vještina kod osoba s problemom konzumacije alkohola, ali i kod osoba u njegovoj obitelji (Oreb i sur., 2018).

Kao dokaz poboljšanja komunikacijskih vještina možemo navesti istraživanje *Evaluacija kvalitativnih promjena komunikacijskih vještina ovisnika o alkoholu uključenih u rad kluba liječenih alkoholičara* iz 2016. godine (Bogdan, Mišević i Živčić, 2016). Rezultati su pokazali kako su prije uključivanja u rad KLA, članovi svoje komunikacijske vještine značavali kao „ni dobre ni loše“ u čak 36% slučajeva. Isti postotak komunikacijske vještine je označio kao „dobre“. S druge strane, izuzetno dobrima ih je ocijenilo svega 9% članova. Nakon redovnog prisustvovanja Klubovima liječenih alkoholičara, korisnici su prema svojoj percepciji, poboljšali svoje komunikacijske vještine. Svoje komunikacijske vještine je dobrima označilo čak 64% članova, dok je 30% njih navedene vještine označilo kao izrazito dobrima (Bogdan, Mišević i Živčić, 2016).

Valja napomenuti kako Klubovi liječenih alkoholičara utječu i na emocionalne aspekte u vidu poticanja na izražavanje emocija. U Italiji, gdje se često provode programi Klubova liječenih alkoholičara koji su slični hrvatskom modelu, provedeno je nacionalno istraživanje o učinkovitosti programa. U studiji je utvrđeno kako oni korisnici koji su sudjelovali u klubovima dulje od 3 godine imaju veću vjerojatnost u održavanju apstinencije. Također, uočeni su čimbenici koji su povezani s većom vjerojatnosti poboljšanja životnog stila.

Čimbenici koji na to utječu su ženski spol, pohađanje klubova uz pratnju, duži period sudjelovanja u klubovima, ali i niži status obrazovanja (Curzio i sur., 2012; prema Jakičić, 2019).

Jakičić (2019) provela je istraživanje o učinkovitosti Klubova liječenih alkoholičara na području Zagreba. U istraživanje bile su uključene tri skupine sudionika u Klubovima, voditelji, korisnici te njihove pratnje.

Voditelji su iskazali sličnu percepciju kao i korisnici u vidu najvećeg doprinosa Klubova, a što je održavanje apstinencije. Taj doprinos je kao izrazito velikim označilo 70,4% voditelja. Također, voditelji dijele mišljenje i s pratnjom te označavaju kako je drugi najveći doprinos odnosi na učenje kvalitetne komunikacije među ljudima. Dva najniže procijenjena doprinosa, prema voditeljima odnose se na uspostavu kvalitetnih odnosa s djecom te na djelotvornije suočavanje s životnim problemima iako su i na ovim česticama rezultati veoma visoki (M=4,15, od maksimalnih 5) (Jakičić, 2019).

Korisnici su najzadovoljniji, pa stoga i najpozitivnije ocijenili doprinos rada klubova na održavanju apstinencije. Čak 61% korisnika izjavilo je kako im dolasci u klub pomažu u održavanju apstinencije. Drugi najveći doprinos klubova korisnici vide u radu na uspostavljanju kvalitetnijeg odnosa s djecom. U ovom segmentu 58,5% korisnika procjenjuje kako KLA doprinosi u uspostavi kvalitetnog odnosa s djecom. Kao najniži doprinos Klubova, korisnici navode uspostavu kvalitetnih odnosa s partnerima, iako niti ovaj rezultat nije loš obzirom da je M=4,01, pri čemu je minimum 1, a maksimum 5 bodova (Jakičić, 2019).

Preko polovice pratnje procjenjuje učenje kvalitetne komunikacije među ljudima kao izrazito veliki doprinos. Najniži procijenjeni doprinos prema percepciji pratnje ima rad na boljoj slici o sebi (Jakičić, 2019).

6.2.4. Kognitivno bihevioralni tretman

KBT se pokazao kao jedna od uspješnih intervencija posebice što se tiče ponovnog osuđivanja. Program koji se provodio na kraju trajanja kazne zatvora pokazao se kao najučinkovitija metoda. Ovi programi smanjili su vjerojatnost da će korisnici počiniti novo kazneno djelo u roku od 12 mjeseci nakon otpusta za gotovo 1,5 puta. Time možemo

zaključiti kako KBT ima učinkovitost od 25% na korisnike kada je u pitanju ponovno počinjenje kaznenog djela (Jenner i sur., 2018).

Slične dokaze predstavlja i autorica McMurran (2007). U usporedbi stope recidivizma između grupa koje su sudjelovale na KBT-u te skupine koja nije bila u tretmanu ili je sudjelovala u drugom tretmanu, postoji pozitivniji učinak KBT-a od ostalih tretmana ili od izostanka tretmana i to za 0,12. Također, dokazano je kako kognitivno bihevioralne intervencije imaju dva puta više utjecaja nego sami bihevioralni tretmani (0,14 naspram 0,07) (McMurran, 2007).

Unatoč raznim varijantama KBT-a u svijetu, Lipsey i sur. (2007, prema Bartle i sur., 2018) navode kako su generalno pristup i tehnike KBT-a odgovorne za pozitivni efekt na ponovnu osuđivanost, a ne „specifični“ model KBT-a koji se provodi. Također, smatra se kako je intenzitet programa češće povezan s pozitivnim utjecajima od trajanja istog. Evaluacija KBT-a u zatvorima u Sjedinjenim Američkim Državama pokazuju kako su intenzivni programi u trajanju od najmanje 6 mjeseci koji su trajali nekoliko sati dnevno pokazali najveće smanjenje konzumacije psihoaktivnih sredstava (i alkohola) u periodu od 6 i 12 mjeseci nakon otpusta (Jenner i sur., 2018).

6.2.5. Getting SMART

Getting SMART je još jedan od uspješnih programa koji znatno utječe na recidivizam. Evaluacija programa pokazala je kako je program pogodan za smanjenje ponovnog osuđivanja u razdoblju 6 ili 12 mjeseci nakon otpusta. Osim utjecaja na recidivizam, Getting SMART utječe i na ponašanje unutar ustanove. Naime, oni koji su sudjelovali u programu, imali su manje stope kaznenih djela u samoj ustanovi, te su rjeđe bili povezivani s korištenjem psihoaktivnih sredstva unutar ustanove (Jenner i sur., 2018).

Rizik za ponovno osuđivanje kod skupine koja je sudjelovala u programu Getting SMART u usporedbi s onima koji nisu sudjelovali manja je za 8%. Sudionici programa pokazali su duži vremenski razmak od otpusta do ponovne osuđenosti. Skupini korisnika koji su sudjelovali u programu trebalo je 77 dana duže nego kontrolnoj skupini da 50% njihovih članova bude ponovno osuđeno (Blatch, O'Sullivan, Rathbone, 2016).

Kada gledamo utjecaj na nasilne delikte, skupina koja je sudjelovala u programu ponovno pokazuje bolje rezultate. Korisnici koji su sudjelovali u programu, duže vrijeme nisu počinili nasilni delikt, u usporedbi s onima koji nisu sudjelovali u programu Getting SMART (Blatch i sur., 2016).

Za program Getting SMART provedeno je i istraživanje zadovoljstva korisnika s programom te koje dijelove bi istaknuli kao najkorisnije. U ispitivanju prije programa, gotovo 76% sudionika nisu bili povjerljivi prema samom programu. Ipak, nakon programa, sudionici su program ocijenili kao jako koristan s 59% ili pak prilično korisno sa 40%. Ono što su korisnici navodili kao ono što im se čini najviše korisnim odnosi se na mijenjanje obrazaca mišljenja te razmišljanja o posljedicama, osvještavanje negativnih misli i iracionalnih vjerovanja te učenje kako da se fokusiraju na pozitivne misli. Sudionici navode i razvijanje u smislu samo-prihvaćanja te vjerovanja u samog sebe. Osim navedenog, navode kako im je bilo korisno i osvještavanje kako je ponašanje izbor te kako je na osobi da odabere životni stil. Vrlo im je važna bila i dostupnost podrške te plan prevencije ponovne konzumacije. Od bihevioralnih vještina navode učenje strategija suočavanja sa žudnjom za sredstvom ovisnosti te postavljanje ciljeva (Aydin i sur., 2013).

6.2.6. Terapija povećanja motivacije (Motivacijski intervju)

Podaci o motivacijskom intervjuu govore u prilog zašto je upravo ta tehnika jedna od važnih i često korištenih u tretmanu. Prema istraživanju iz 2001. rezultati ukazuju da motivacijski intervjuu dokazano smanjuje konzumaciju tijekom istraživanja, ali i prilikom naknadnog praćenja korisnika čak do 12 mjeseci nakon (Aronson, 2015; prema Matejčić, 2017).

Motivacijski intervju pokazao se pogodnim kod liječenja ovisnosti o alkoholu kod specifičnih skupina osuđenika. Tako se pokazalo kako je ovaj program izrazito uspješan kod osoba koje su prvi puta osuđene, najčešće zbog vožnje u pijanom stanju, zatim kod adolescenata kod kojih su, uz prekomjerno konzumiranje alkohola, uočena i depresivna raspoloženja, te kod ženskih osuđenica kod kojih su primijećeni rizični obrasci konzumacije alkohola. Značajno bolji rezultati u pitanju konzumacije alkohola pokazali su se kod žena koje su bile uključene u ovaj tip tretmana, u usporedbi s onima koje su sudjelovale samo u tretmanskim grupama (Jenner i sur., 2018).

McMurran (2009; prema Jenner i sur., 2018) navodi kako je MI povezan s smanjenjem ponovnog osuđivanja, većim zadržavanjem u liječenju, ali i povećanom motivacijom za promjenom.

Također, u prilog motivacijskom intervjuu ide i činjenica da se od tri ispitivana tretmana (kratke intervencije, motivacijski intervjuu i trening relaksacije) upravo motivacijski intervjuu pokazao kao najbolji za mlade osobe u korekcijskim ustanovama. Utjecaji motivacijskog intervjua bili su vidljivi i na 3 – mjesečnom follow-up-u, a kvalitativna studija pokazala je kako je to intervencija koja je i najviše pogodovala samim korisnicima (Graham, Parkes, McAuley i Doi, 2012).

6.2.7. Kratke intervencije – Brief interventions

Kratke intervencije pokazale su se korisnim u slučajevima kada osoba ne traži tretman, što se u stranoj literaturi često naziva „non-treatment-seeking people“, te kako je ranije navedeno kod osoba koji imaju manje izraženih problema prilikom konzumacije alkoholnih pića (Luty, 2006). Ono što se također pokazalo kao prednost ovih intervencija je i utjecaj na redukciju zlouporabe alkohola koja se prema podacima u evaluaciji kratkih intervencija smanjila za 24% (Luty, 2006).

U Ujedinjenom Kraljevstvu provođena su dva istraživanja koja dokazuju uspješnost ovog programa. Prvo evaluacijsko istraživanje uključivalo je 909 muškaraca i žena koji su bili podijeljeni slučajnim izborom u program kratkih intervencija te „uobičajenu njegu“. Istraživanje je pokazalo kako su sudionici kratkih intervencija u prosjeku smanjili konzumaciju alkohola za 18 pića na tjednoj bazi. Osobe koje nisu bile uključene u kratke intervencije smanjili konzumaciju za 8 pića tjedno. Drugo istraživanje uključivalo je 723 osobe s problemima konzumacije alkohola. slučajnim odabirom podijeljeni su u dvije grupe. Prva grupa sudjelovala je u programu kratkih intervencija, dok druga skupina nije sudjelovala ni u jednom tretmanu. Godinu dana nakon, prosječni broj alkoholnih pića tijekom tjedna smanjio se s 19 na 11 u grupi koja je prošla kratke intervencije. S druge strane, kod kontrolne skupine prosječni broj alkoholnih pića tjedno smanjio se s 19 na 15,5 (Luty, 2006).

Osim toga, kako je ranije i navedeno, kratkotrajne intervencije, posebice bazirane na kognitivno bihevioralnoj terapiji, vrlo su učinkovite u motiviranju za daljnje liječenje. Aronson (2015, prema Matejčić, 2017) govori o usporedbi grupe koja je sudjelovala u kratkotrajnoj intervenciji baziranoj na KBT-u, te grupe koja nije prolazila nikakvo motiviranje. Prema rezultatima, korisnici iz prve skupine imali su pozitivnije stavove prema liječenju od ovisnosti što povlači i veću vjerojatnost za uključivanje u programe. U usporedbi s kontrolnom skupinom, sudionici kratkotrajne intervencije imali su 3 puta bolje rezultate koji se odnose na stavove i vjerojatnost uključivanja u programe (Aronson 2015; prema Matejčić, 2017). Iste dokaze našli su i Newbury – Birch, Ferguson, Landale, Giles, McGeechan, Gill, Stockdale i Holloway (2018) kako su se oni koji su sudjelovali u kratkim intervencijama mnogo češće uključivali u same tretmane liječenja te kako su kada su se uključili pokazivali dužu apstinencije prema podacima follow-up-a.

Produžene kratke intervencije pokazale su se dobrima u smanjivanju prosječnog broja kaznenih djela protiv imovine. Također, vidljivo je kako su intervencije utjecale na značajnije manje uhićenja osoba koje su sudjelovale u tretmanima, značajnije dužem vremenskom periodu u kojem korisnici nisu počinili kaznena djela, a kada i jesu te kada su bili osuđeni za ponovno počinjenje kaznenih djela, kazna zatvora je bila značajno kraća u usporedbi s kontrolnom grupom (Newbury – Birch i sur., 2018). Ono što je najčešća poveznica između alkohola i počinjenja kaznenih djela je upravo ranije objašnjena agresivnost koja se javlja u alkoholiziranom stanju. Stoga je važan podatak kako su kratke intervencije utjecale i na agresivnost kao jedan od čimbenika u podlozi kaznenih djela, a koji se često javlja u alkoholiziranom stanju. Osobe koje su sudjelovale u tretmanu kratkih intervencija pokazivale su niže rezultate od onih koji u tretmanu nisu sudjelovali (Bowers i sur, 2012; prema Newbury – Birch i sur., 2018).

7. ZAKLJUČAK

Cilj ovog rada bio je steći uvid u aktualne programe liječenja od ovisnosti o alkoholu kod osoba koje izdržavaju sankcije izrečene za kaznena djela. U svrhu postizanja postavljenog cilja, postavljena su dva istraaživačka pitanja: 1) koja su obilježja i karakteristike postojećih programa liječenja od alkohola koji se provode u korekcijskom okruženju te 2) koliko su programi koji se provode učinkoviti u vidu smanjenja recidivizma i ekonomske efikasnosti.

Prvo istraživačko pitanje odnosilo se na obilježlja i karakteristike postojećih programa liječenja od alkohola, koji se provode u korekcijskom okruženju. Ono što je uočljivo, i u svijetu i u hrvatskom okruženju, je da se tretmani iz zajednice modificiraju kako bi se koristili u korekcijskom okruženju. Alkoholizam kao i svaka druga ovisnost pogađa obitelj u cjelini, odnosno utječe i na osobe koje su bliske pojedincu s problematičnom konzumacijom alkohola. Upravo iz navedenog razloga, može se zaključiti kako su najzastupljeniji programi upravo oni koji se fokusiraju na odnose osobe s okolinom u kojoj živi. Moguće je pronaći slične značajke u gotovo svim programima, ovisno koja karakteristika je u fokusu. Postoje programi koji su po postavkama duži ili kraći, koji se baziraju na pojedinca ili pak na zajednicu. Ukoliko se fokusiraju na zajednicu vidljivo je kako se i tu mogu pronaći razlike. S jedne strane, postoje programi koji u fokusu imaju zajednicu u smislu pripreme za povratak nakon otpusta iz ustanove. S druge strane, pak, postoje programi koji zaista uključuju (ili zbog nedovoljnih mogućnosti i zatvorenosti ustanove, simuliraju) zajednicu kako bi svi sudjelovali u liječenju. Također, velike razlike vidljive su i u pristupima radu te metodama. Neki programi su „početni“ programi koji se odnose na osvještavanje problema i motivaciju, drugi se bave kognitivnim distorzijama i automatskim mislima. Treća „skupina“ uz korisnikov rad na sebi, obuhvaća i rad na poticanju prosocijalnog ponašanja kroz poštivanje normi ponašanja (simulirane ili stvarne) zajednice. Obzirom na područja koje programi obuhvaćaju, razlikuju se i po vremenskom trajanju. Najkraće traju programi koji se odnose na motiviranje, te se zapravo smatraju kao početni korak u liječenju. Programi koji se bave kognitivnim restrukturiranjem i koriste kognitivne i bihevioralne tehnike mogu biti dužeg i kraćeg trajanja, ovisno o specifičnom modelu. Najduže traju programi koji uključuju cijele zajednice. Dugotrajni programi često se navode kao programi u koje se korisnike, nakon drugih tretmana, upućuje u nastavak liječenja, ili pak, radi podrške prilikom održavanja apstinencije.

Bez obzira na moguće razlike u tretmanima, svima je cilj uspostava i održavanje apstinencije, smanjenje stope recidivizma kod osuđenika, te generalna prilagodba životnim uvjetima izvan korekcijske ustanove ili grupe podrške.

Drugo istraživačko pitanje odnosilo se na učinkovitost programa liječenja od alkoholizma u korekcijskom okruženju. Prema podacima evaluacija dokazano je kako su gotovo svi predstavljeni tretmani uspješni u određenom postotku. Duži programi (posebice koji obuhvaćaju i rad s obiteljima) imaju neznatno bolji učinak, odnosno utječu na neznatno veći broj sudionika. Programi podjednako utječu i na smanjenje stopa ponovnog osuđivanja korisnika, ali i na dužinu apstinencije. Također, ono što je zanimljivo je i „stupnjevitost“ odnosno kombinacija određenih tretmana. Najbolji rezultati vidljivi su u kombinaciji motivacijskih intervjua i kratkih intervencija kao uvodnim programima za duže tretmane (npr. KBT-a ili AA). Razlog tome je činjenica da kao u drugim ovisnostima, osoba koja pretjerano konzumira alkohol često sama nije svjesna potrebe za promjenom, a i ako je, toj promjeni pruža veliki otpor.

Iako u Hrvatskoj ima relativno malo literature koja se odnosi na preglede dosadašnjih spoznaja, važno je biti informiran o novinama koje se događaju na području tretmana o alkoholu. Biti „u toku“ s informacijama je, osim pružanja kvalitetnog tretmana, važno i radi diferenciranja samog programa osobnim potrebama pojedinca. Upravo su utvrđene potrebe pojedinca preduvjet za odabir uspješnog tretmana.

8. PRILOZI

Prilog 1: Popis tablica

Tablica 1. Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani uporabom alkohola, prema MKB-10……...5

Tablica 2. Poremećaji uzrokovani konzumacijom alkohola prema MKB-11……....7

Tablica 3. Dijagnostički kriteriji za „Poremećaj uzimanja alkohola“ (eng. Alcohol use disorder - AUD) prema DSM-5……10

Tablica 4. Pregled težine poremećaja prema prisutstvu simptoma na upitniku Dijagnostički kriteriji za „Poremećaj uzimanja alkohola“, prema DMS-5…….11

Tablica 5. Posebne obveze i sigurnosne obveze izrečene u razdoblju od 2009. do 2019. godine (izuzev 2012.g. za koju nema informacija) s naglaskom na liječenje od ovisnosti – alkohol……...30

Tablica 6. Kriteriji za uključivanje i isključivanje radova……..…….34

Tablica 7. Pregled analiziranih radova…….....35

Prilog 2: Popis dijagrama

Dijagram 1. Kategorizacija prema MKB-10…….4

Dijagram 2. Kategorizacija prema MKB-11…….6

Dijagram 3. Kategorizacija poremećaja vezanih uz alkohol prema DSM-5…….9

Dijagram 4. Potrošnja čistog alkohola po stanovniku (L/stan.)……...15

Dijagram 5. Životna prevalencija, prevalencija u posljednjih godinu dana i u posljednjih mjesec dana konzumacije alkohola odraslih osoba……..……....17

Dijagram 6. Broj punoljetnih osoba uključenih u tretman liječenja od ovisnosti (alkohol) prema kazneno pravnom statusu u razdoblju od 2009. do 2019. godine…….....31

Dijagram 7. Broj maloljetnih i mlađih punoljetnih osoba uključenih u tretman liječenja od ovisnosti (alkohol) prema kazneno pravnom statusu u razdoblju od 2009. do 2019. godine……....32

9. LITERATURA

1. Američka psihijatrijska udruga (2014). *DSM-5 Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, peto izdanje*. Zagreb: Naklada Slap.
2. Aydin, E., Kevin, M., Xie, Z., Perry, V. (2013). *Evaluation of the Getting SMART program*. Corrections reaserch, evaluation and statistics. Corrective services NSW.
3. Barić, B. (2018). *Problematika alkoholizma s posebnim naglaskom na alkoholizam među mladima* (Diplomski rad). Katolički bogoslovni fakultet, Đakovo, Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera Osijek.
4. Blatch, C., O'Sullivan, K., Rathbone, D. (2016). Getting SMART, SMART Recovery programs and reoffending. *Journal of forensic practice,* 18(1), 3-16.
5. Bogdan, A., Mišević, Ž., Živčić, M. (2016). *Evaluacija kvalitativnih promjena komunikacijskih vještina ovisnika o alkoholu uključenih u rad kluba liječenih alkoholičara.* Čakovec: Županijska bolnica Čakovec.
6. Colker, A., C., Steisel, S., Whitney, T. (2004). *Treatment of alcohol and other substance use disorders – what legislators need to know.* Washington: National conference of state legislatures.
7. *Correctional AOD treatment: investment brief* (2016). Ministarstvo pravde. Vlada Novog Zelanda.
8. Cvančić, J., Rozika, G. (2017). Alkoholizam kao problem u obitelji i društvu. *SG/NJ,* 22(6), 23-26. doi: 10.11608/sgnj.2017.22.005
9. Čorak, D., Krnić, D., Modrić, I. (2013). *Alkohol i mladi* (2. izd.). Zagreb: Ministarstvo unutarnjih poslova Republike Hrvatske, Ravnateljstvo policije.
10. De Leon, G., Melnick, G., Thomas, G., Kressel, D., Wexler, H. K. (2000). Motivation for treatment in a prison-based therapeutic community. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse,* 26(1), 33-46.
11. Draganić, M., Kovačević, D., Mužinić, L., Sušac, N. (2016). Alkohol kao kriminogeni čimbenik kod ubojstva i pokušaja ubojstva. *Ljetopis socijalnog rada,* 23(2), 299 – 323.
12. Dundović, D. (2008). Ubojstva intimnih partnera i alkohol. *Hrvatski ljetopis za kazneno pravo i praksu,* 15(1), 177-203.
13. Džaja – Hajduk, D. (2003). Usporedna analiza kriminološko – forenzičkih značajki alkoholičara i shizofrenih bolesnika počinitelja nasilničkih delikata. *Kriminologija i socijalna integracija,* 11(1), 85-92.

14. *Europsko istraživanje o pušenju, pijenju alkohola i uzimanju droga među učenicima (ESPAD)* (2019). Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo.
15. Graham, L., Parkes, T., McAuley, A., Doi, L. (2012). *Alcohol problems in the criminal justice system: an opportunity for intervention.* World health organization, Regional office for Europe.
16. Hdagha, S. (2016). *Alkoholizam u mladih* (Završni rad). Učiteljski fakultet, Odsjek za odgojiteljski studij, Petrinja, Sveučilište u Zagrebu.
17. Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Institut društvenih znanosti Ivo Pilar (2019). *Uporaba sredstava ovisnosti u općoj populaciji Republike Hrvatske*. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Institut društvenih znanosti Ivo Pilar.
18. Izvješće o radu probacijske službe za 2012. godinu. Zagreb. Vlada Republike Hrvatske.
19. Izvješće o radu probacijske službe za 2013. godinu. Zagreb. Vlada Republike Hrvatske.
20. Izvješće o radu probacijske službe za 2014. godinu. Zagreb. Vlada Republike Hrvatske.
21. Izvješće o radu probacijske službe za 2015. godine. Zagreb. Vlada Republike Hrvatske.
22. Izvješće o radu probacijske službe za 2016. godinu. Zagreb. Vlada Republike Hrvatske.
23. Izvješće o radu probacijske službe za 2017. godinu. Zagreb. Vlada Republike Hrvatske.
24. Izvješće o radu probacijske službe za 2018. godinu. Zagreb. Vlada Republike Hrvatske.
25. Izvješće o radu probacijske službe za 2019. godinu. Zagreb. Vlada Republike Hrvatske.
26. Izvješće o radu uprave Ministarstva pravosuđa za probaciju i podršku žrtvama i svjedocima za 2010. godinu. Zagreb. Vlada Republike Hrvatske.
27. Izvješće o radu Uprave za probaciju i podršku žrtvama i svjedocima za 2011. godinu. Zagreb. Vlada Republike Hrvatske..
28. Izvješće o radu Uprave za probaciju za 2009. godinu. Zagreb. Vlada Republike Hrvatske.
29. Izvješće o stanju i radu kaznionica, zatvora i odgojnih zavoda za 2009. godinu. Zagreb. Ministarstvo pravosuđa.

30. Izvješće o stanju i radu kaznionica, zatvora i odgojnih zavoda za 2010. godinu. Ministarstvo pravosuđa, Zagreb.
31. Izvješće o stanju i radu kaznionica, zatvora i odgojnih zavoda za 2011. godinu. Zagreb. Ministarstvo pravosuđa.
32. Izvješće o stanju i radu kaznionica, zatvora i odgojnih zavoda za 2012. godinu. Zagreb. Ministarstvo pravosuđa.
33. Izvješće o stanju i radu kaznionica, zatvora i odgojnih zavoda za 2013. godinu. Zagreb. Ministarstvo pravosuđa.
34. Izvješće o stanju i radu kaznionica, zatvora i odgojnih zavoda za 2014. godinu. Zagreb. Ministarstvo pravosuđa.
35. Izvješće o stanju i radu kaznionica, zatvora i odgojnih zavoda za 2015. godinu. Zagreb. Ministarstvo pravosuđa.
36. Izvješće o stanju i radu kaznionica, zatvora i odgojnih zavoda za 2016. godinu. Zagreb. Ministarstvo pravosuđa.
37. Izvješće o stanju i radu kaznionica, zatvora i odgojnih zavoda za 2017. godinu. Zagreb. Ministarstvo pravosuđa.
38. Izvješće o stanju i radu kaznionica, zatvora i odgojnih zavoda za 2018. godinu. Zagreb. Ministarstvo pravosuđa.
39. Izvješće o stanju i radu kaznionica, zatvora i odgojnih zavoda za 2019. godinu. Zagreb. Ministarstvo pravosuđa.
40. Jakičić, H. (2019). *Klubovi liječenih alkoholičara (KLA): Ispitivanje funkcioniranja i učinkovitosti na području grada Zagreba* (Diplomski rad). Sveučilište u Zagrebu, Zagreb.
41. Jenner, L., Bartle, J., Lee, N. (2018). *What works – alcohol and other drug treatment in prisons.* 360edge, str. 3 – 30.
42. Kovčo Vukadin, I., Vlaisavljević, Z., Brlić, S. (2004). Substance abuse treatment in a maximum security prison: inmates' perception. *Alcoholism,* 40(2), 87-102.
43. Kovčo Vukadin, I., Žakman-Ban, V., Jandrić Ništević, A. (2010). Prisoner rehabilitation in Croatia. *Journal od criminal justice and security*, 12(2), 143-162.
44. Kovčo, I. (1996). Neke karakteristike ubojstva intimnih partnera u Hrvatskoj. Hrvatski ljetopis za kazneno pravo i prakus, 3(1).
45. Lipsey, M. W., Landenberger, N. A., Wilson, S. J. (2007). *Effects of cognitive – behavioral programs for criminal offenders*. Campbell Systematic Reviews 2007:6 doi: 10.4073/csr.2007.6

46. Luty, J. (2006). What works in alcohol use disorders?. *Advances in psychiatric treatment*, 12, 13 – 22.
47. Luty, J. (2015). Drug and alcohol addiction: do psychosocial treatments work?. *BJPsych Advances*, 21, 132-143.
48. Marević, A. (2014). *Psihoterapijske metode kao sastavni dio sveobuhvatnog tretmana ovisnika o alkoholu* (Diplomski rad). Edukacijsko – rehabilitacijski fakultet, Zagreb, Sveučilište u Zagrebu.
49. Martinjak, D., Kikić, S., Kovčo Vukadin, I. (1995). Viktimološka obilježja obiteljskog nasilja s posebnim naglaskom na pravnu kvalifikaciju događaja. U Cajner Mraović, I., Kondor-Langer, M. (ur.), *Proceedings of 7th International Scientific and Professional Conference* (str. 303-325). Zagreb.
50. Matejčić, A. (2017). *Suvremeni pristupi liječenju alkoholizma* (Diplomski rad). Medicinski fakultet, Zagreb, Sveučilište u Zagrebu.
51. McMurran, M. (2007). What works in substance misuse treatments for offenders?. *Criminal behaviour and mental health*, 17, 225 – 233. doi: 10.1002/cbm.662
52. *Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih poremećaja*, jedanaesta revizija (2021). Web lokacije: https://icd.who.int/icdapi/docs2/SupportedClassifications/ , https://icd.who.int/browse11/lm/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2ficd%2fentity%2f1399046120 pristupljeno 23.6. 2021. u 17:32.
53. *Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema*, deseta revizija (2012). Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Zagreb. 267-335 str.
54. Miller, J. M., Ventura Miller, H., Tillyer, R. (2014). *Effect of prison – based alcohol treatment: A multi – site process and outcome evaluation.* U.S. Departmant of Justice.
55. Miller, W. R., Walters, S. T., Bennet, M. E. (2000). How effective is alcoholism treatment in the united states?. *Journal of studies on alcohol*, 62(2), 211 – 219.
56. Miljenović, A. (2010). Psihosocijalni pristup i alkoholizam: iskustvo rada u Klubovima liječenih alkoholičara. *Ljetopis socijalnog rada*, 17(2), 281 – 294.
57. Modesto – Lowe, V., Fritz, E. M. (2003). Recognition and treatment of alcohol use disorders in U.S. jails. *Psychiatric services*, 54 (10). 1413-4.
58. Newbury – Birch, D., Ferguson, J., Landale, S., Giles, E. L., McGeechan, G. J., Gill, C., Stockdale, K. J. Holloway, A. (2018). A systematic review of the efficacy of alcohol interventions for incarcerated people. *Alcohol and alcoholism*, 53(4), 412 – 425.

59. Opačić, A., Oreb, T., Radat, K. (2019). Obilježja klubova liječenih alkoholičara u Hrvatskoj. *Socijalna psihijatrija*, 47, 145-167.
60. Oreb, T., Opačić, A., Radat, K. (2018). Perspektive članova obitelji o djelovanju Klubova liječenih alkoholičara. *Ljetopis socijalnog rada,* 25 (1), 131 – 157.
61. Prekratić, S. (2016). *Sociološka analiza alkoholizma – sociografski pristup* (Diplomski rad). Filozofski fakultet, Zagreb, Sveučilište u Zagrebu.
62. Singer, M., Kovčo Vukadin, I., Cajner Mraović, I. (2002). *Kriminologija*. Zagreb: Globus.
63. Suša, J. (2014). *Komparativan prikaz tretmana ovisnika o alkoholu i ovisnika o drogama u Republici Hrvatskoj* (Diplomski rad). Edukacijsko rehabilitacijski fakultet, Zagreb, Sveučilište u Zagrebu.
64. Sušić, E., Gruber, E. N., Guberina Korotaj, B., (2014). Bio-psycho-social model of treatment and rehabilitation of addicts during the conduction of safety measure of obligatory psychiatric treatment in prison hospital Zagreb. *Alcoholism*, 50 (2), 93-109.
65. Svjetska zdravstvena organizacija (2018). *Global status report on alcohol and health 2018*., 139 – 341str.
66. Štifanić, M. (1995). Alkoholizam i društvene znanosti. *Društvena istraživanja Zagreb,* 4(4-5), 703-719.
67. Šućur, Z., Žakman – Ban, V. (2005). Značajke života i tretmana žena u zatvoru. *Društvena istraživanja Zagreb,* 80(6), 1057 – 1078.
68. Turley, A., Thornton, T., Johnson, C., Azzolino, S. (2004). Jail drug and alcohol treatment program reduces recidivism in nonviolent offenders: a longitudinal study of Monroe County, New York's, Jail Treatment Drug and Alcohol Program. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, 48(6), 721-728.
69. Zoričić, Z. (2018). *Ovisnosti – Prevencija, liječenje i oporavak.* Zagreb: Školska knjiga.
70. Žarković Palijan, T. (2004). *Značajke osobnosti alkoholičara počinitelja i nepočinitelja kaznenih djela* (Doktorska dizertacija). Medicinski fakultet, Zagreb, Sveučilište u Zagrebu.