

Ekosistemski pristup alkoholizmu

Petar Nastasić

ALKOHOLIZAM

Svetska zdravstvena organizacija (SZO) procenjuje da širom sveta oko 2 milijarde ljudi konzumira alkoholna pića, a ako 76,3 miliona ima dijagnostikovanu zloupotrebu ili zavisnost od alkohola. Pored hroničnih bolesti koje se javljaju kod osoba koje konzumiraju alkohol u većim količinama nakon niza godina, alkohol je odgovoran za traumatske povrede koje mogu da izazovu smrt ili invalidnost kod osoba svih uzrasta. Osim što je bolest, ne možemo zanemariti i vrlo snažnu socijalnu komponentu alkoholizma, uključujući i porast nasilja, probleme na poslu i unutar porodica. U poslednjoj dekadi Evropa beleži i porast broja samoubistava, ubistava kao i drugih nezgoda uzrokovanih alkoholom. Alkoholizam je u svim evropskim regijama povezan sa siromaštvom i pothranjenošću. Alkohol u značajnoj meri opterećuje nekoliko aspekata ljudskog života u Evropi, ali možemo definisati dve velike oblasti i to „štetan uticaj na zdravlje“ i „štetne posledice na društvo u celini“.

Svetska zdravstvena organizacija: Izveštaj o svetskom zdravlju 2001 - Mentalno zdravlje – novo razumevanje, nova nada. SZO Ženeva, 2001 (u prevodu na srpski izdato od strane Instituta za mentalno zdravlje, Beograd, 2003).

Ekonomski aspekt sa alkoholom povezanog kriminala u EU tokom 2003. godine, procenjen je na 33 milijarde eura, a ovaj se trošak deli između policije, sudova i zatvora (15 mlrd €), i aktivnosti na sprečavanju kriminala, osiguravajućih kompanija i štete na imovini (18 mlrd €). Procenjuje se da je na godišnjem nivou oko 23 miliona Evropljana zavisno od alkohola, sa nematerijalnom štetom u vidu bola i patnje članova njihovih porodica u visini od oko 68 mlrd €. Razmeru štete na radnom mestu teško je utvrditi, ali skoro 5% muškaraca i 2% žena iz populacije osoba koje piju u EU ističe negativan uticaj alkohola na njihovu produktivnost. Na osnovu analize nacionalnih studija troškova, izgubljena produktivnost povezana sa alkoholom (izostajanje s po-

sla i nezaposlenost) procenjuje se na 8 – 9 mlrd €. Svetska zdravstvena organizacija je utvrdila da bi se neograničenom primenom alko-testa preventirala šteta u EU od 111.000 godina invalidnosti i prerane smrti, i bio bi izbegnut trošak od 233 miliona € svake godine.

Konzumiranje alkohola je povezano sa više od 60 tipova bolesti i povreda (SZO, 2002). Približno 4% svih smrtnih slučajeva se mogu povezati sa upotrebom alkohola, pri čemu su najčešće posledice povrede, maligna oboljenja, bolesti srca i krvnih sudova i ciroza jetre. Nesrećni slučajevi su uzrok jedne tećine od smrtnih slučajeva, dok su neuropsihijatrijski poremećaji vezani za konzumiranje alkohola odgovorni za 40% od 58,3 miliona DALYs. Upotreba alkohola je vodeći faktor rizika od oboljevanja u zemljama u razvoju sa niskom stopom smrtnosti, a treći po redu faktor rizika u razvijenim zemljama. Trenutna situacija u Evropi je da žene čine 20- 35 % od svih konzumenata alkohola i to je u odnosu na svet mnogo veći procenat. Poseban problem u gotovo svim zemljama jeste povećanje alkoholne intoksikacije među mladim ljudima. Svake godine preko 55.000 mladih Evropljana umire zbog posledica prekomernog konzumiranja alkohola, tj. jedan od četiri smrtna ishoda u Evropi kod mladih muškaraca (15 – 29 godina) povezan je s alkoholom.

SZO. dostupno na http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2011/alcohol_20110211/en/index.html

Široko je rasprostranjeno mišljenje u stručnoj i u široj javnosti da je alkoholizam „bolest broj tri” (posle malignih i kardiovaskularnih bolesti) i neizbežno je ovo naše razmatranje započeti iznošenjem tog stava, jer on je tačan i već se dugi niz godina ne menja.

Alkoholizam je najrasprostranjenija bolest zavisnosti. U svetu svake godine 2,5 miliona ljudi umre zbog posledica štetne upotrebe alkohola. U starosnoj grupi od 15 do 29 godina u svetu 320 000 smrtnih slučajeva se može povezati sa upotrebom alkohola, što čini 9% svih uzroka smrti u strukturi umiranja u ovoj starosnoj grupi.

Svetska zdravstvena organizacija. Globalna strategija za smanjenje štetne upotrebe alkohola. SZO 2010.

Podaci pokazuju, da se ukupan broj smrtnih slučajeva prouzrokovanih alkoholom povećao za oko 15% u periodu između 2000. i 2002. godine i da sada iznosi 6,3% svih smrtnih slučajeva u Evropskom regionu. Štetna upotreba alkohola jedan je od četiri vodeća preventibilna fatora rizika oboljevanja od nezaznih bolesti, a sve veći broj dokaza ukazuje na povezanost štetne upotrebe alkohola i zaraznih bolesti kao što su tuberkuloza i HIV/SIDA. Posle depresije, to je mentalni poremećaj koji u najvećem broju doprinosi

globalnoj invalidnosti. Uzimajući u obzir godine života izgubljene zbog prerane smrti, kao i godine proživljene sa invaliditetom, opterećenje alkoholom je još veće i predstavlja 10,8% opterećenja bolestima u regionu. Posebno značajan zdravstveni, ali i ekonomski problem predstavlja štetna upotreba (zloropotreba) alkohola bez znakova zavisnosti (saobraćajni udesi, druge nesreće, tuče, ubistva, zatim oštećenja jetre, kardiovaskularna oboljenja itd.). Tome treba dodati dugotrajno lečenje, odsustvovanje s posla, nezaposlenost, smanjenu produktivnost, nasilje i kriminal. Sve to utiče na ekonomsko i emocionalno stanje članova porodice i povećanje troškova zajednice. Dakle, stepen potrošnje alkohola u jednoj državi je važan pokazatelj zdravlja i bolesti, a stope umiranja i oboljevanja u vezi sa alkoholom imaju tendenciju da rastu i opadaju uporedo sa porastom i padom opšte potrošnje alkohola.

Svetska zdravstvena organizacija: Paket - vodič politika i službi za mentalno zdravlje: Politika iz oblasti mentalnog zdravlja, planovi i programi. SZO, Ženeva, 2003.

Alkoholizam kao bolest ima odlike klasične socijalno medicnske bolesti u čijem nastanku imaju velikog značaja i socijalni faktori. Zbog toga je, osim medicinskog, u razumevanju alkoholizma neophodan ekosistemski pristup, koji omogućuje bolje tumačenje uticaja socijalnog i porodičnog okruženja u nastajanju i trajanju. U (eko) sistemskom modelu zloropotreba alkohola i alkoholizam se vide kao kontinuiran proces čiji se koreni nalaze u veoma rasprostranjenom korišćenju alkoholnih pića u opštoj populaciji, ali i u poremećenim interakcijama među elementima u sistemu. Iz široko prihvaćenog socijalnog običaja pijenja alkoholnih pića aktivira se i pokreće kompleksan sistemski proces nastajanja i razvoja štetne upotrebe, zloropotrebe i alkoholizma, koji su po svojoj prirodi progredijentni procesi adaptacije u kojima uzimaju učešće pojedinci, ali i svi društveni sistemi sa svojim običajima i socijalnim disfunkcijama i neregularnostima.

Radi konstruktivnijeg pristupa ovoj problematici važno je napraviti razliku između „upotrebe“, „zloropotrebe“ i „zavisnosti od alkohola“. Termin upotreba alkohola odnosi se na bilo kakvo unošenje alkohola u organizam. Termin upotreba alkohola sa malim rizikom (niskorizično pijenje) opisuje pijenje u okviru zakonskih i medicinskih granica koje verovatno neće dovesti do problema sa alkoholom. Zloropotreba alkohola je opšti termin za bilo koju vrstu društveno neprihvatljivog pijenja, od rizičnog, preko šetnog, do zavisnosti od alkohola.

Pijenje alkoholnih pića u Srbiji je široko prihvaćeno društveno ponašanje, a aktuelnu situaciju na ovom polju karakteriše visoka učestalost konzumiranja

alkohola, posebno među mladima. Ovako visoka učestalost u velikoj meri posledica je kompleksnih društvenih promena koje su nastale tokom tranzicije na našim prostorima, ali i toga što se upotreba alkohola često tretira kao deo tradicije, običaja i kulture. Istovremeno, zloupotreba alkohola vrlo često nije prepoznata na vreme što dovodi do povećanog morbiditeta i mortaliteta od bolesti izazvanih upotrebom alkoholnih pića, povećanja opterećenja ovom bolešću i povećanja ekonomskih troškova ne samo lečenja, već i zbog drugih posledica alkoholizma, kao što su saobraćajni traumatizam, apsentizam i dr.

*Nacionalna strategija za prevenciju zloupotrebe alkohola i alkoholizam, Republička Stručna komisija
Ministarstva zdravlja, Beograd, 2011.*

Upotreba alkohola kod mladih ima svoje specifičnosti. Svako korišćenje alkohola među maloletnim osobama smatra se zloupotrebom alkohola i ima posledice na njihov rast i razvoj.

Nažalost, najveći broj mladih je probao alkoholna pića tokom života, s tim da je kod dečaka primećena veća učestalost, raniji početak i veće količine konzumiranog alkohola.

Najznačajnije podatke o raširenosti upotrebe alkoholnih pića u populaciji mladih u Srbiji dali su: pilot istraživanje po metodologiji ESPADA-a iz 2005. godine, ESPAD istraživanje na nacionalnom nivou iz 2008. godine i istraživanje zdravlja stanovnika Srbije 2000. i 2006. godine.

Prema rezultatima istraživanja iz 2005. godine, sprovedenom u populaciji mladih uzrasta od 16 godina u Beogradu, Novom Sadu i Nišu najveći broj učenika (93%) u Srbiji je probao alkohol najmanje jednom tokom života. Slični rezultati dobijeni su i u istraživanju o zloupotrebi alkohola i drugih droga, koje je po ESPAD metodologiji sprovedeno na nacionalnom nivou 2008. godine, a koji su pokazali da je devet od deset adolescenata (89.1%) bar jednom tokom života popilo jedno ili više alkoholnih pića.

Učenici iz velikih i malih gradova u većem procentu probaju da piju alkohol od učenika iz seoskih sredina. Od svih učenika koji su tokom života probali da piju jedna četvrtina učenika (24.4%) navodi da je do sada 40 ili više puta koristila alkohol, što se može tumačiti kao znak redovnije upotrebe, a bar jednom u životu je bilo pijano 42.2% učenika prvih razreda srednje škole u Srbiji.

Najveći procenat mladih proba bar jednu čašicu žestokog pića sa 14 ili više godina. Konzumiranje vina najčešće započinje sa 14 ili više godina, i značajno je učestalije među devojkama nego mladićima. Slična je situacija i sa probanjem žestokih pića.

Najveći broj mladih alkohol konzumira u diskoteci (31.8%), kod kuće

(19.8%) i u kafiću (18.1%).

Prema rezultatima Istraživanja zdravlja stanovnika Republike Srbije, sprovedenom 2006. godine, u populaciji mladih od 15 do 19 svaki treći pripadnik ove populacione grupe pije alkohol povremeno. Jedna trećina dece i omladine u Srbiji uzrasta 12 - 19 godina u svom bližem socijalnom okruženju ima osobu koja konzumira alkohol, a čak 60,2 % nema poželjan stav prema konzumiranju alkohola. Do svog punoletstva 90% učenika je već imalo iskustva sa alkoholom.

Ministarstvo zdravlja Republike Srbije.

Istraživanje zdravlja stanovnika Srbije, 2006. Ministarstvo zdravlja Srbije.

Evropsko školsko istraživanje o zloupotrebi alkohola i drugih droga.

Institut za javno zdravlje Srbije "Dr Milan Jovanović Batut", Beograd, 2008.

U Srbiji su 2003. godine od posledica alkoholizma umrle 532 osobe, 410 muškaraca i 122 žene (199), što se može smatrati podregistracijom, odnosno nedovoljno preciznim registovanjem.

Istraživanja socijalnih, pravnih i radnih posledica procenjuju frekvenciju i količinu pijenja i uticaj na radne i porodične obaveze, ponašanje, raspoloženje, zdravstvene posledice ili akcidente.

Prema izveštaju Evropske komisije Alkohol u Evropi (1), povećana konzumacija alkohola predstavlja važan problem javnog zdravlja. Juna 2001. godine Savet Evropske zajednice u svojim zaključcima je, u vezi sa smanjenjem štetnih posledica uzrokovanih alkoholom, naglasio da alkohol predstavlja značajan faktor rizika za nastanak mnogih oboljenja, da je povezan sa prevremenim smrtnim ishodima i da negativno utiče na kvalitet života, zbog čega je potrebno sprovoditi brojne preventivne aktivnosti.

U Evropi je od alkohola zavisno 5% muškaraca i 1% žena. Štetne posledice alkohola se kreću od socijalnih (bračne, saobraćajne, zloupotreba dece, kriminal, nasilje i zlostavljanje), do zdravstvenih. Alkohol izaziva 60 vrsta oboljenja ili stanja kao što su: povrede, mentalni poremećaji, poremećaji ponašanja, gastrointestinalni poremećaji, maligna i kardiovaskularna oboljenja, imunološki poremećaji, respiratorna, skeletno - mišićna, reproduktivna i prenatalna oštećenja.

Od alkohola je zavisno 23.000.000 stanovnika Evrope, što izaziva velike patnje i pritisak na porodice. Alkohol je u 12% slučajeva odgovoran za preranu smrt muških i 2% ženskih osoba. Zavisnost od alkohola je na trećem mestu morbiditetnih faktora rizika u zemljama Evropske unije (EU) (1). Visok procenat drugih zdravstvenih problema dovodi se u vezu sa alkoholom, tj. povezan je sa štetnom upotrebom i/ili zloupotrebom alkohola, zavisnošću,

intoksikacijom i apstinencijalnim sindromom.

Evropska komisija Svetske zdravstvene organizacije (SZO) preuzela je nekoliko inicijativa da bi se smanjile štetne posledice alkohola u 52 zemlje članice EU, kao što su Okvir za politiku alkohola u evropskim zemljama, Evropska povelja o alkoholu i dve Izvršne konferencije koje su potvrdile potrebu za razvijanjem politike o alkoholu i politike javnog zdravlja šire, bez obzira na komercijalne i ekonomske uticaje.

U vezi sa politikom o alkoholu postoje i snažne međunarodne inicijative. Unutar Evropskog regiona SZO doneta je Evropska povelja o alkoholu (1995) i Deklaracija o mladima i alkoholu (2001). Na osnovu ovih dokumenata Evropska Unija je donela Preporuke Saveta 2001/C 175/01 u vezi sa strategijom Evropske zajednice za smanjenje štetnosti uzrokovanih alkoholom, koja je ponovljena 2004. godine. Regionalni komitet SZO za Evropu na svom 55. zasedanju u Bukureštu, 2005. godine doneo je Okvir za politiku o alkoholu u Evropskom regionu SZO, a 2010. godine usvojena je Globalna strategija za smanjenje zloupotrebe alkohola koja daje smernice zemljama članicama SZO o načinima smanjenja štete izazvane upotrebom alkohola. Sve to govori o ozbiljnosti problema koje donosi upotreba alkohola i alkoholizam u Evropskom regionu.

SAVREMENE TEORIJE O NASTANKU I RAZVOJU ALKOHOLIZMA

Kroz naučno razmatranje i proučavanje alkoholizma koje traje duže od 100 godina, formulisane su mnoge definicije alkoholizma koje se mogu podeliti u sledeće grupe:

1. Medicinske definicije alkoholizma koje ga razmatraju kroz neuro-biološke, genetske aspekte i klinička ispoljavanja kod pojedinaca i njegovih potomaka;

2. Kulturološke i socijalno - patološke definicije koje alkoholizam razmatraju kroz postulate kulture i odstupanja od kulturoloških i socijalnih normi društva, uključujući sve aspekte socijalnog funkcionisanja (religijski, moralni, pravni, ekonomski i drugi);

3. Bihejvioralne definicije koje alkoholizam razmatraju kroz fenomene učenja (uslovljavanje, teorije socijalnog učenja) i ponašanja;

4. Sistemske - porodične definicije koje se zasnivaju na razumevanju alkoholizma kroz opštu teoriju sistema i vide porodicu kao sistem, tj. kroz nastanak i održavanje alkoholizma u njoj;

U današnjoj savremenoj stručnoj i naučnoj literaturi i kliničkoj praksi, alkoholizam kao pojava u najopštijem smislu te reči, razmatra se i istražuje kroz dva komplementarna gledišta o nastanku:

a) Istraživanje alkoholizma kao pojave odnosno procesa koje se odigrava samo u pojedincu, odnosno u njegovom biološkom supstratu, njegovom psihološkom biću i njegovom individualnom funkcionisanju. Pri tom se razumevanje svega što mu prethodi i što proističe iz alkoholizma, odvija logikom stabilnog linearnog kauzaliteta sa jasnom koncepcijom o postojanju uzroka, toka i posledica;

b) Istraživanje alkoholizma kao jedne od mnogih sistemskih pojava pri čemu se pojedinac vidi kao uronjen ili utisnut u sisteme (porodične, socijalne). Pojedinac je deo sistema i kao takav on je samo nosilac simptoma.

Razumevanje svega što je vezano za problem pijenja i alkoholizam izvodi se logikom cirkularnog kauzaliteta.

Prvi uspešniji pokušaj integracije u razumevanju nastanka alkoholizma učinjen je kroz, sada već klasični multivarijantni pristup tj. multivarijantnu analizu zloupotrebe alkohola, što u suštini predstavlja socijalno bihevioralni model, a respektuje i organske i kognitivne procese u pojedincu (P. E. Nathan, G. A. Marlatt, T. Löberg - 1978). Ovaj pristup insistira na postojanju raznih vrsta alkoholizma, a ne na postojanju samo jednog biološkog ili kliničkog entiteta.

Ono što se u tom pristupu ističe je sledeće:

- a) Empirijska kritika modela bolesti, ili medicinskog modela alkoholizma - po tom se alkoholizam vidi kao bolest uzrokovana samo jednim uzrokom i koja se može lečiti samo jednim terapijskim modelom za sve;
- b) Sagledavanje nastanka zavisnosti kroz postojanje jednog kontinuuma;
- c) Prisustvo mnoštva faktora koji utiču na razvoj zavisnosti, pri čemu ni jedan od njih ne može biti kauzalan sam za sebe, već je neophodno međudejstvo tih faktora;
- d) Međuzavisna povezanost alkoholičarskih problema sa drugim životnim problemima, pre svega sa porodičnim problemima;
- e) Mnogostrukost bihevioralnih, telesnih i psiholoških ispoljavanja alkoholizma, što uslovljava i mnogostruke mogućnosti tretmana.

Što se nastanka alkoholizma tiče, čini nam se najprihvatljivijim stav Marlatta (1988.), koji još nije ozbiljnije doveden u pitanje. On smatra da se nastanak i razvoj alkoholizma odvija kroz 4 globalne faze razvoja zavisnosti:

- 1. Inicijacija;
- 2. Intenzifikacija - potkrepljenje, pojačanje;
- 3. Pokušaj prevazilaženja, prevladavanja zavisnosti;
- 4. Spasavanje.

Mnogobrojna razmatranja o inicijaciji alkoholizma identifikuju mnoge faktore, koji konzistentno prethode započinjanju, te ga na taj način predviđaju i uslovljavaju. Takvi faktori su:

- korišćenje alkohola od strane roditelja,
- korišćenje alkohola u vršnjačkoj grupi,
- delikvencija i sociopatija kod roditelja,

- nisko samopoštovanje, kao crta ličnosti;
- socijalna neprilagodljivost;
- stresogeni događaji u životu.

Korišćenje alkohola u fazi inicijacije ima u početku formu „socijalno prihvatljivog” i mnoge individue ne pređu iz te faze u sledeću.

Pitanje koji su faktori odgovorni za prelazak sa „socijalno prihvatljivog” na veći intenzitet pijenja je posebno značajno i interesantno za istraživače, jer je taj „prelaz” očigledno neophodan i rano prisutan (pred) uslov za razvoj alkoholizma. Faktori, koji su značajni u fazi intenzifikacije; odnosno pojačavanja pijenja i prelazak u fazu zavisnosti su:

- farmakološko dejstvo alkohola,
- psihološko stanje i crte ličnosti onog koji pije,
- svojstva okruženja i kontekst u kojem se pije, i
- posebno je značajno očekivanje dejstva alkohola i njegovih efekata.

Sve zajedno to dovodi i do izmene u kognitivnim procesima, u koje su osim verovanja pojedinca uključena i verovanja i stavovi sredine. Može se reći da su u ovom „prelazu” posebno značajna svojstva okruženja i očekivanja socijalne sredine, po kojima se prilagođenost pojedinca potvrđuje tek kroz „normalno” pijenje, pa se tek tada on smatra prihvaćenim na kompletan način.

Nastavljanje i pojačavanje pijenja još uvek je samo preduslov za razvoj zavisnosti, ali je za prepoznavanje progresije toka bolesti bitno postojanje izmene u značaju samog pijenja za funkcije i život pojedinca - preokupacija pijenjem. Ovo je opet u tesnoj vezi i sa njegovim/njenim sopstvenim očekivanjima od dejstva alkohola. Preokupacija pijenjem pojavljuje se kao neminovni proizvod pojačavanja pijenja, ali sa druge strane ta preokupacija je i uzrok daljeg produbljivanja zavisnosti. U ovoj tački naučna literatura pokazuje nekoliko pravaca u traženju objašnjenja za intenzifikaciju pijenja:

1. Objašnjenje se vidi u poznatim dejstvima alkohola da stvara osećanje moći, zadovoljstva i opuštenosti, što podstiče nastavljanje tj. ponovnu upotrebu alkoholnih pića;
2. Oslanjanje na postojanje razlika u delovanju alkohola na pojedince (bolje podnošenje dejstva alkohola), što se pokušava objasniti genetskim deficitom ili biološkom razlikom u mehanizmima mozga;
3. Objašnjenje se traži u karakteristikama ličnosti, pri čemu se kao ključne ističu antisocijalno ponašanje, visoki nivoi depresivnosti ili nisko samopoštovanje, kao karakteristike koje su prethodile zavisnosti

(8./Marlatt 1988., Zuker i Gomberg 1986.). Međutim, **Nathan** (1988.) izražava skepticizam u odnosu na te nalaze pitajući se da li su sve te karakteristike ličnosti posledica duže istorije pijenja, a ne prethodne karakteristike ličnosti. Zatim, postavlja i pitanje kako objasniti da mnogo pojedinaca takođe imaju te odlike ličnosti, ali nisu postali zavisni i postavlja pitanje u obratnom smeru, kako objasniti da određeni broj alkoholičara - zavisnika ne pokazuje takve odlike ličnosti;

4. Oslanjanje na zbivanja i odnose u porodici ističući sistemska svojstva / osobenosti porodice koji omogućuju da se simptom pojavi i održava u njoj (*Steinglas et al. 1987.2000*).

Pošto pitanje tog „prelaza” nije do kraja razrešeno, ostala je da perzistira teza o kompleksnosti i heterogenosti alkoholizma, u kojoj se ističe postojanje interakcija medju raznim faktorima u procesu stvaranja zavisnosti.

U okviru takvog stava izdvaja se nekoliko kompleksnih modela o razvijanju alkoholizma:

- Razvojno-bihejvioralna - genetska hipoteza (**Tarter**, 1994.) objašnjenje nastanka i transmisije alkoholizma vidi u interakcijskim efektima povezivanja i međusobnog prožimanja faktora koji su odraz genetskog, ponašajnog (bihejvioralnog) i psiholoskog/personalnog. Posle dugogodišnjih istraživanja temperamenta, Tarter njega vidi kao konstrukt o personalitetu, kroz čije pojavne oblike se odražavaju značaj urođenog tj. genetskog, ali i značaj oblikujućih faktora spoljne sredine u čijem delovanju ima i duboko psiholoških tj. emocionalnih uticaja iz međusobnog odnosa bliskih osoba, ali i čisto socijalno - ekonomskih uslova. Po ovoj Tarterovoj hipotezi, polazna tačka je temperament i njegove osobenosti (nivo psihomotorne aktivnosti, pažnja, emocionalna ekspresija, sposobnost za smireno praćenje stresa, socijabilnost...). Posredstvom tekućih i uzajamnih interakcija sa okruženjem oblikuje se tok razvoja i ponašanja jedne osobe. Karakteristike tog ponašanja progresivno tokom razvoja dobijaju sve jasnije značenje vektora, koji determiniše ontogenetsku putanju, što kulminira pojavom kliničkog entiteta, koji se naziva alkoholizam. Interakcije sa okruženjem tokom razvoja smatraju se epigenetskim faktorom, dakle imaju značenje uzročnika u smislu usmeravanja ontogeneze. Tarter u tom smislu ukazuje na postojanje ključnih „raskrsnica” u odvijanju interakcijskih procesa sa porodicom i ostalim elementima iz okoline i vidi se kao metod za terapijsko i preventivno delovanje.
- Porodično-sistemska hipoteza nastanka alkoholizma primarno su inaugurisali Steinglas, Wollin, Bennet, Reiss 1987. godine, označavajući ga kao psihosocijalno

gledište, polazeci od toga da se konačni izrazi postojećih kliničkih, odnosno razvojnih faktora alkoholizma ne mogu sagledati, samo na osnovu bioloških predispozicija i individualnih psiholoških karakteristika, već su od značaja strukturalne i regulatorna dimenzija porodice, kao celine i njenog života kao složenog procesa, tako da svi zajedno utiču na tok međugeneracijske transmisije alkoholizma.

Smatram da svi navedeni modeli objašnjavanja uzroka i nastanka alkoholizma kao bolesti, nose u sebi meru neophodne kompleksnosti i prepoznavanja interakcija među tzv. kauzalnim faktorima, bilo da ovi modeli prepoznaju interakcije faktora iste klase (napr. bioloških), bilo da prepoznaju interakcije faktora različite klase (socijalne, psihološke i genetske). Ovi modeli ne isključuju jedan drugog, oni upravo svi zajedno nose u sebi činjenice i stavove koji komplementarno grade sliku o nastajanju alkoholizma.

U ovom pregledu izostavljen je savremeni neurobiohemijski model o nastanku i razvoju alkoholizma, koji će biti obrađen u odeljku o adaptacionim procesima (procesu prilagođavanja) na alkohol.

Iz razumevanja svih ovde navedenih modela dolazi se do razumevanja alkoholizma ili zavisnosti od alkohola, kao vrlo kompleksne socijalno-medicinske bolesti koja se može ispoljavati i manifestovati kroz više oblika oštećenja i poremećaja u oblasti individualnog, porodičnog i socijalnog ponašanja i funkcionisanja:

- kao socijalno - patološki obrazac pijenja alkoholnih pića;
- kao sindrom zavisnosti od alkohola;
- kao individualni poremećaj ponašanja praćen zloupotrebom alkohola;
- kao ozbiljan psihijatrijski, psiho-organski poremećaj nastao kao direktna posledica hronične intoksikacije alkoholom;
- kao hronični stresni uslov koji trajno menja odnose u porodici i psiho-socijalno funkcionisanje pojedinih njenih članova;
- kao stil patološkog komuniciranja sa socijalnom sredinom, kojim se izbegava odgovornost i kontroliše okolina i bliske osobe;
- kao simptom poremećenog porodičnog sistema, sa pojavom ozbiljnih oštećenja u osnovnim funkcijama porodice, koji traju i mogu se nastaviti u sledećoj generaciji.

Sva kompleksnost mogućih pojava oblika alkoholizma sagledava se i u **definiciji Svetske zdravstvene organizacije u 10. Medjunarodnoj klasifikaciji bolesti (MKB-10).**

Sindrom zavisnosti od alkohola je skup fizioloških, bihevioralnih i kognitivnih fenomena kada upotreba alkohola za osobu dobija veći značaj nego drugi obrasci ponašanja, koji su ranije za osobu imali veću vrednost. Centralna opisna karakteristika sindroma zavisnosti od alkohola je žudnja, (često jaka i nadjačavajuća) za uzimanjem alkohola. Povratak na pijenje nakon perioda apstinencije vodi do bržeg ponovnog pojavljivanja drugih osobina sindroma nego kod osoba koje nisu zavisne. Osim jake žudnje ili osećaja prinude za uzimanjem alkohola, od značaja za dijagnozu su i:

- Otežana kontrola nad ponašanjem oko unošenja alkohola u smislu početka, završetka ili nivoa unošenja;
- Fiziološki apstinencijalni sindrom kada je upotreba alkohola prestala ili je smanjena i unošenje alkohola sa namerom da se ublaže ili izbegnu apstinencijalni simptomi;
- Dokaz o toleranciji, tako što su neophodne povećane doze alkohola da bi se postigli efekti koji su ranije proizvedeni nižim dozama;
- Progresivno zanemarivanje drugih zadovoljstava ili interesovanja zbog korišćenja alkohola; povećano trošenje vremena neophodnog za nabavku i za uzimanje alkohola ili za oporavak od efekata;
- Nastavljanje sa upotrebom alkohola i pored jasnih činjenica o nespornom štetnom dejstvu odnosno posledicama kao što su: oštećenje jetre zbog prekomernog pijenja, stanje depresivnog raspoloženja koje sledi period intenzivnog uzimanja alkohola, ili oštećenje kognitivnog funkcionisanja vezano za uzimanje alkohola;
- Sužavanje ličnog repertoara u obrascima unošenja alkohola na pr. tendencija da se alkoholna pića piju na isti način tokom nedelje ili o vikendima bez obzira na socijalna ograničenja koja određuju drugačije ponašanje vezano za pijenje.

Subjektivni uvid u prinudu da se unese alkohol, najčešće se vidi tokom pokušaja da se prestane ili da se kontroliše pijenje alkohola.

Međutim, moramo reći da i ova opšte prihvaćena, savremena i opširna definicija zavisnosti od alkohola je takođe više usmerena na opis zbivanja u pojedincu. Ističu se njegova biološka i psihička stanja i procesa u individui. Nema dovoljno opisa interakcijskih zbivanja ni u ocrtavanju nastanka, niti u opisu posledica. Time se i dalje ne postiže, po nama, neophodan obuhvat u objašnjenju alkoholizma. Ne ističe se da je alkoholizam proizvod odnosno ishod procesa u sistemima, pre svega porodičnim. Gube se iz vida specifični poremećaji i kod ostalih članova porodice i u odnosima među njima. Time se

po našem mišljenju ne zadovoljavaju, potrebe kliničke/terapijske prakse, a još manje porodične terapije alkoholizma, kao specifičnog dela te prakse.

EKOSISTEMSKI PRISTUP ALKOHOLIZMU

Pojava ovog modela u savremenoj alkoholologiji povezuje se sa radovima P. Stenglasa i L. Benett, i doživeo je od tada značajan zamah u svetu (Kaufman, Kaufman, 1985, 1994, 1995, 1999). Model je razvijen kroz novu ekosistemsku epistemologiju alkoholizma i zasniva se na principima ekologije i teorije sistema. U tretmanskome postupku on predstavlja pragmatični pristup u kojem se kombinuju strukturalne i strateške sistemske tehnike sa bihejvioralnim principima.

Kaufman E (1995) Family therapy in the treatment of alcoholism in E. B. Bratter&G, G, Forest, (Eds.)

Alcoholism and substance abuse: strategies for clinical intervention, New York: Free Press

*Kaufman E. Kaufman P: (1999) Family therapy of alcohol and drug abuse (2nd ed.) Needham Heights MA
Allyn Bacon*

Ovaj model dobro je prihvaćen kod nas i snažno se razvijao, tako da danas predstavlja vodeći pristup u lečenju alkoholizma (Gačić, 1988, 1995, Nastasić, 1998, 2005, Stanković 1997 Trbić, 2000, 2008).

U kovanici eko-sistemske biološke termin „ekološki“ na analogan način označava postojanje interakcija i veze između jedne vrste (species) i njenog okruženja, odnosno između pojedinca i njegovog kompleksnog psiho-socijalnog okruženja.

Tropman

U užem razumevanju ovog pristupa, možemo se osloniti i na termin socijalno ekološki, što bi značilo aplikovanje bioloških i psiholoških termina na ljudske socijalne interakcije. Pojedinci i grupe u jednoj sredini su po definiciji usmerene na relacije među sobom što predstavlja globalni resurs, ili jedan planetarni matriks. Ekološka perspektiva znači razmatranje međuzavisnosti pojedinca i njegovog individualnog sistema u interakciji sa porodičnim sistemom i/ili drugim socijalnim sistemima u okruženju.** Ono što je još važnije istaći u socijalno ekološkom pristupu je da u razmatranju relacija „između ljudske populacije i širih zajednica u njenom okruženju zastupa ojačavanje i rekonstruktivni pristup enviromentalnim i socijalnim problemima...« (D. Lusier, 2005).***

** (Tropman JE The Ecological - Systems Perspective(2006) in Garvin CD, Gutierrez LM, Galinsky MJ (Eds,) Handbook of Social Work with Groups, Guilford Press, NY, (p.35-42)

***Lusier D. (2000): http://www.Bcise.com/BCISE_SocialEcology

Socijalna ekologija je filozofski pristup koji je razvio M. Bookchin 1960. godine, po kojem se smatra da postojeći ekološki problemi vode poreklo od duboko ukorenjenih socijalnih problema, naročito od hijerarhijske dominacije političkih i socijalnih sistema.

To dovodi do nekritičnog prihvatanja previše kompetitivne filozofije „rasti ili umri“. Smatra se da se ovome ne mogu odupreti pojedinačne akcije kao što je „etički konzumerizam“, već je neophodno formirati mnogo više nijansirano etičko mišljenje i kolektivne akcije zasnovane na radikalno demokratskim idealima.

Kompleksnost odnosa između ljudi i prirode je vrlo naglašen kroz ukazivanje na značaj uspostavljanja veće uzajamnosti socijalnih struktura koje vode brigu o tome.

Bookchin, Murray. The Ecology of Freedom: The Emergence and Dissolution of Hierarchy. Oakland: AK Press, 2005, p. 85-7

Iz eko-sistemskeg ugla alkoholizam se vidi kao jedan veoma kompleksan interaktivni proces. Jedan nivo interakcija odnosi se na relacije unutar bioloških komponenti (čovjek kao neurobiološki entitet i alkohol kao supstanca sa farmakokinetičkim svojstvima). Taj nivo interakcije je nužan, ali nije ni jedini niti je dovoljan za stvaranje zavisnosti. Za nastajanje i održavanje zavisnosti od alkohola i alkoholizma kao bolesti neophodan je drugi nivo interakcija, između čovjeka kao psihološkog i emocionalnog entiteta i njegovog socijalnog okruženja, u kojem alkohol vekovima zauzima značajno mesto. Taj nivo interakcije podrazumeva odnos između pojedinca i njegovog okruženja, (porodičnog i socijalnog) i razvoj alkoholizma u stalnoj interakciji pojedinca sa okruženjem, što se označava kao psihodinamički aspekt ili preciznije, kao »horizontalna dimenzija« i obuhvata sedam međusobno povezanih sistema: biološki individualni, dijadni, porodični, lokalni socijalni sistem, širi socijalni sistem i nacionalni sistem. U tom i takvom razumevanju ekosistemskih procesa alkoholizam se sagledava kao komunikacioni, cirkularni i adaptivni proces koji nastaje i traje u sistemu i sistem ga održava. Na taj način, pitanje uzroka (etiologije u medicinskoj terminologiji) je od sekundarnog značaja. Zapravo pojava zloupotrebe alkohola i alkoholizma u jednoj porodici se vidi i kao posledica i kao uzrok. U praktičnom ili tretmanskom smislu to znači da je porodica i uzrok nastanka alkoholizma i istovremeno posledica koja je iz toga proistekla. Dakle, porodica je uzrok alkoholizma, ali je porodica i lek, odnosno izvor promena/izlečenja. **Gačić**

Alkoholizam se sagledava i kao istorijsko-razvojni proces odnosno kao transgeneracijsko prenošenje zavisnosti sa generacije na generaciju što se označava kao »vertikalna dimenzija«

Dakle, alkoholizam se pojavljuje kao ishod tog procesa, kao proizvod mnoštva poremećaja interakcija u sistemu. Njegovo započinjanje, trajanje i održavanje je moguće zbog postojanja patološke stabilnosti (homeostaze) interakcija u sistemu. Sa druge strane, alkoholizam kao poremećaj interakcija održava sistem u kome se nalazi i održava njegovu patološku stabilnost (Gačić, 1992; Nastasić, 2005).

Gačić: Alkoholizam - bolest pojedinca i društva, (1984) Filip Višnjić Beograd

U razumevanju svih socijalno-psiholoških fenomena u sklopu alkoholizma nužno je razmatrati međuzavisnosti pojedinaca i grupa kojima pripada, tj. sagledati njegovo ponašanje u kontekstu njegovog neposrednog porodičnog i socijalnog sistema i drugih socijalnih sistema u okruženju.

U tom kontekstu i porodicu možemo sagledati ne samo kroz osobenosti njenih članova, već i kao celovit sistem određen među-uticajima koje članovi imaju jedni na druge u stalnom dinamičkom previranju. Mada je svaka grupa sastavljena od pojedinaca u nekoj tački vremena, ona postoji sui generis i ima istoriju i evoluciju drugačiju od njenih sadašnjih članova ili učesnika, ima karakteristike koje se ne mogu svesti na zbir karakteristika njenih članova i strukturu i dinamiku koja se ne može svesti na nivo razumevanja individue. Na taj način, ni alkoholizam pojedinca ne može se svesti na njegove osobenosti. Razumevanje alkoholizma traži razmatranje porodičnih i širih grupnih procesa što zahteva razmatranje grupe kao celine i sveobuhvatnosti međuodnosa njenih članova. U procesu prekidanja zavisnosti i rešavanja poremećenih interakcija neophodan je rekonstruktivni pristup u kojem će se ojačavati i osposobiti elementi sistema za novi oblik i novu ideologiju u ostvarivanju interakcija (Tropman, 2005, Nastasić, 2005).

Pijenje alkoholnih pića, rasprostranjeni socijalni obrazac, u skoro svim društvima i civilizacijama već hiljadama godina, održava se kroz regulatorne društvene mehanizme i strukture socijalnih i porodičnih sistema (pravila, norme, zakoni, kazne, rituali, verovanja u vezi sa pijenjem), ali kroz neurobiohemijske procese koji se zajedničkim imenom nazivaju – procesi prilagođavanja, koji su u svojoj suštini patološki i imaju u osnovi homeostatski patološki balans. U održavanju alkoholizma u jednom društvenom sistemu uključeni su oni koji piju, ali i oni koji apstiniraju. Oni koji ne piju najvećim delom doprinose smanjivanju posledica alkoholizma, ali na paradoksalan način mogu i podsticati trajanje alkoholizma i njegovih posledica (kroz tolerisanje i pravdanje pijenja i opijanja). Sva ta zbivanja i procesi omogućuju da se formira jedan sistemski kontinuum.

Dakle, u jednom sistemu, porodici, radnoj organizaciji i u drugim sistemima, dakle u jednom društvu (sociumu) registruje se kontinuum na kojem postoji „nulto pijeње“, apstinencija, a na suprotnom polu „teški pijanci“ - alkoholičari.

Formiranje, održavanje i trajanje ovog kontinuumu ili određenje tačke do koje će na ovom kontinuumu neki pojedinac, porodica ili društvena grupa, odnosno zajednica stići, određeni su osobenostima tog sistema i delovanjem sistemskih procesa u kojima učestvuju:

- **faktori rizika** za započinjanje i intenziviranje pijeња alkoholnih pića (pijeње i alkoholizam roditelja, agresivnost i sociopatija roditelja, nisko samopoštovanje, stresovi, pijeње u vršnjačkim grupama)
- **mehanizmi društvene homeostaze** koji se manifestuju kroz pritisak da se pije u skoro svim društvenim događajima
- **protrektivni faktori** koji mogu biti prirodno zasnovani ili društveno formirani.

Ključni inkubator ili energetska izvor koji održava sistem i ove procese u njemu je široko prisutan društveni običaj pijeња alkoholnih pića. Tokom vremena neprekinuto korišćenje alkohola i na individualnom nivou i na šire društvenom nivou omogućuje kontinuirano odvijanje međuigre gore navedenih faktora i ostvaruje se njihova međusobna sinhronizacija koja uslovljava patološku progresiju na kontinuumu. To se može predstaviti na sledeći način:

TABELA xx - Razvoj alkoholizma (Nastasić 1998)

Preklinička faza pijeња	apstiniranje ↔ umereno pijeње ↔ "treening" faza ↔ pretoksikomanska (preadiktivna) faza
Klinička faza pijeња	→ toksikomanska faza → terminalna faza → faza spašavanja

Vidljivo je da je do određene tačke moguće zaustavljanje i povratak na prethodne faze, ali u jednom momentu proces postaje ireverzibilan i zaustavljanje toka stvaranje zavisnosti nije moguć. Alkoholizam postaje metabolička činjenica, dakle bolest zavisnosti, smeštena u biologiju pojedinca. Naime, stvorene su patološke promene u biohemijskim procesima i u strukturi i funkcijama ličnosti.

Procesi progresije alkoholizma šire se i na socijalno-psihološke strukture porodice, pa se govori o bolesti pojedinca, porodice i društva.

S obzirom na medicinske zakonitosti pri razvijanju zavisnosti, može se govoriti o ***prirodnoj istoriji razvoja zavisnosti od alkohola*** (22):

Tabela XX Prirodna istorija alkoholizma

	Godina života
Uzrast na kojem je ostvaren prvi kontakt sa alkoholom	12 - 14
Uzrast prvog opijanja ili prve intoksikacije alkoholom	14 - 18
Uzrast na kojem se pojavljuju manji problemi sa alkoholom	18 - 25
Prosečni uzrast pojavljivanja 3 + MKB - 10 simptoma zavisnosti	23 - 33
Prosečni uzrast javljanja na prvo lečenje	40
Prosečni uzrast umiranja	55 - 60
U kolikom delu godine se smenjuju apstinencija i aktivno pijeње	1/4 - 1/3

Prirodna istorija alkoholizma predstavlja razmatranje toka alkoholizma kod pojedinca, sačinjeno istraživanjem na multicentričnom uzorku velikog broja lečenih alkoholičara i njome se odslikava alkoholizam kao proces u vremenskoj dimenziji, njegovo održavanje, trajanje, varijacije toka, spontane apstinencije, recidiviranje, „prinudno spašavanje” (odnosno pokušaji lečenja i apstinencije), na kraju vreme razvoja posledica i konačno skraćenje života kod alkoholičara koji se ne leče. Ovaj klasično medicinski pristup razvoju alkoholizma biće detaljno razmatran u poglavlju o dijagnostikovanju alkoholizma.

U ekosistemskom pristupu takođe se može govoriti o ***prirodnoj istoriji*** alkoholizma, koja osim zbivanja i razvoja posledica u pojedinca, prati i definiše reakcije i posledice ***prirodnog razvoja*** alkoholizma u njegovom porodičnom i socijalnom okruženju.

Tabela - Vremenski tok nastajanja alkoholizma i reakcije okruženja

Spor i podmukao početak	društvena dozvola, poželjnost, čak i pritisak da se pije alkohol
RANA FAZA	povoljna očekivanja pojedinca, blagonaklonost i tolerancija okoline i porodice prema pijenju, čak i pritisak
POZNA FAZA	nezadovoljstvo, konflikti, socijalne posledice, disfunkcionalnost porodice
FAZA SPAŠAVANJA	disfunkcionalnost u sledećoj generaciji, lečenje, pozitivne promene

I PROCESI PRILAGOĐAVANJA POJEDINCA NA ALKOHOL

To su ona zbivanja, simptomi, događaji i ponašanja koja se pojavljuju kod pojedinca: u njegovom organizmu (njegovom biohemizmu), u njegovom psihičkom funkcionisanju, u njegovim porodičnim i socijalnim odnosima tokom godina korišćenja alkohola i tokom gore opisanih interakcijskih procesa.

Oni se opisuju kao:

a) Organski (biološki) procesi prilagođavanja

Organski (biološki) procesi prilagođavanja su adaptivni procesi koji se odvijaju u biohemizmu i metabolizmu pojedinca koji unosi alkoholna pića. Oni se događaju na nivou ćelije („učenje alkoholizma na nivou ćelije”). Veoma su kompleksni i kod pojedinca se ispoljavaju kao:

- **Fenomeni tolerancije** na alkohol, pojavljuju se kod svih osoba koje piju alkoholna pića u vidu smanjenja očekivanog željenog efekta na ranije unošenu količinu i otuda potreba za povećanom količinom i/ili češćim unošenjem alkohola.

Povećanje tolerancije se registruje u „trening” fazi, preadiktivnoj i adiktivnoj fazi alkoholizma. Predstavlja proizvod prilagođavanja organizma tj. ćelija na sve veće količine alkohola. Izrazito povećana tolerancija je, već mogući, prvi dokaz zavisnosti. Nju ne može da promeni niti ukine ni apstinencija bilo kojeg trajanja. Dokaz za to su povremena periodična opijanja posle dužih ili kraćih apstinencija, sa uvek istom već dostignutom tolerancijom. Povećanje tolerancije se može razviti brzo ili kroz duži vremenski period i obično se tolerancija paralelno povećava sa razvojem telesne zavisnosti i dugo ostaje na tom povišenom nivou.

Povećana tolerancija omogućuje alkoholičaru da nastavi da pije bez vidljivih znakova opijanja i time „nesmetano” nastavi proces održavanja alkoholizma. Okolina često reaguje „divljenjem” i apsurdnim stavovima „on nije alkoholičar, ne opija se”.

Pad tolerancije registruje se tek u terminalnoj fazi alkoholizma. Brže opijanje od malih količina alkohola je takođe svojevrsna adaptacija; kao da se organizam brani od izumiranja, padom tolerancije da bi mogao da se nastavi sistemski proces. Pad tolerancije objašnjava se delovanjem antagonista vazopresina. Obično se i okruženje pacijenta uklapa u ovaj „adaptivni događaj” nekritičnim i gotovo besmislenim stavom da se „ne radi o alkoholičaru ... jer

on ne pije mnogo". U ovoj fazi alkoholizma jetra i bubrezi su već u značajnom padu svojih funkcija zbog nastalih oštećenja, tako da i te male količine alkohola deluju toksično na već redukovanu koru velikog mozga.

Sve zajedno oštećenja pojedinca, njegova nekritičnost, zatim negacija i nekritičnost okoline, doprinose da se pijenje nastavi ponekad i do smrti.

Biohemijska osnova simptoma povećane a kasnije smanjene tolerancije, smatra se, nastaje takođe kao specifičan adaptivni proces ili proces prilagođavanja organizma na dugotrajno unošenje alkoholnih pića (etanola). Podaci iz literature nedvosmisleno upućuju upravo na zaključak o adaptivnim procesima, koji se odvijaju na mestima primarnog dejstva etanola. U osnovi ovih procesa nalaze se, prema dosadašnjim zaključcima mnogobrojnih studija, zbivanja na receptorima za etanol, dopaminskim, serotoniniskim, opioidnim i GABA A i GABA B i NMDA receptorima u kojima učestvuju enzimi. Razumevanje ovih procesa zasniva se na primeni čistog medicinskog modela, ali u korenima tih neurobiohemijskih procesa nalaze se procesi adaptacije i homeostaze. U primeni medicinskoig modela treba razlikovati dve ravni ili dve vizure.

Naime, alkoholizam se pojednostavljeno može razmatrati kao prolongirana, hronična intoksikacija, koja dovodi do kompleksnih biohemijskih izmena u organizmu, a posebno u CNS-u, samim tim i do ozbiljnih organskih oštećenja i disfunkcija. U takvom razumevanju alkoholizma formira se mnoštvo kliničkih entiteta i farmako-terapijskih izazova: apstinencijalni sindrom, delirium tremens (DT), konvulzije, organski psihosindrom, halucinatorni sindromi, suicidalnost, nepsihotična agresija, agresija u psihotičnim epizodama, anksioznost i depresivnost i neurološka oštećenja. Kod nabrojanih sindroma je primena farmakoterapije sasvim definisana i prilično efikasna. Na ovaj način se suočavamo sa lečenjem posledica jedne intoksikacije i sa pitanjem da li je lečenje tih posledica zapravo lečenje bolesti, jer ovakvo lečenje je jednostrana primena farmakoterapije u otklanjanju posledica jedne hronične samointoksikacije i ne predstavlja lečenje alkoholizma sa pozicija lečenja kauzaliteta.

Druga ravan je razmatranje alkoholizma kao sistemskog procesa, koji se klinički manifestuje kao bolest zavisnosti. To znači da ćemo zastupati stav da je alkoholizam, pre svega i iznad svega, bolest zavisnosti, te se dakle, treba usmeriti na lečenje simptoma i uzroka zavisnosti.

Zavisnost ili adikcija od alkohola se može definisati kao ponavljanje voljnog samo-unošenja alkohola uprkos znanju o medicinskim i socijalnim posledicama i uprkos pokušajima da se uspostavi apstinencija od unošenja alkohola. Sa bihejvioralne tačke gledišta, zavisnost znači prisustvo svakodnevnih

aktivnosti koje su usmerene na pribavljanje i korišćenje alkohola na račun socijalnih i radnih obaveza (Nastasić, 1998; Nastasić, 2005).

Nešto drugačije rečeno, medicinskim jezikom, adikcija može biti definisana i kao kompulsija da se uzima alkohol sa pojavom apstinencijalnih simptoma kada se dugotrajnija upotreba prekine. Pojavljuju se, dakle, apstinencijalni telesni simptomi koji su povezani sa hiperekscitabilnošću nervnog sistema koji u mentalnom statusu stvaraju stanje motivacije da se unošenje alkohola ponovi (Weiss, 2002).

Savremeni podaci (Heinz A, et al. 1995; Weiss F., Porrino L.J., 2002) ukazuju da se u organizmu pojedinca koji kontinuirano unosi povećane količine alkohola, kao manifestacija adikcije pojavljuju promene u funkciji neurona, kojima mozak pokušava da ostvari adaptaciju na stalno prisustvo alkohola. Ove funkcionalne promene uobličavaju promenu prvobitnog odgovora pojedinca na alkohol - uspostavlja se dugotrajna želja za alkoholom (tj. zavisnost) i konstantno prisutno osećanje nelagode i uznemirenosti koje vodi ka recidivu posle uspostavljene apstinencije. Vrlo su intenzivna istraživanja kojima se, uz značaj neurohemijskih procesa, potvrđuje i značaj okruženja u pojavi recidiva.

Dakle, adaptacioni procesi se odvijaju na nivou ćelije i molekula, a spoljne manifestacije se vide kao simptomi zavisnosti i simptomi poremećenih mentalnih funkcija, zatim oštećenja interakcija sa značajnim osobama iz porodice i poremećenog socijalnog ponašanja. Na kraju, uspostavlja se jedan kompleksan međusistemski adaptivni proces koji se održava i traje u svim sistemima u pojedinu i sistemima oko njega, omogućujući perpetuiranje zavisnosti od alkohola (Nastasić, 1998).

Sa pozicija medicinskog modela, najbliže razjašnjenju uzroka alkoholizma dolazi se kroz rezultate savremenih istraživanja neurobiohemizma zavisnosti. Etanol deluje kao pozitivan potkrepljivač i fokusiranje na ove karakteristike alkohola usmerilo je istraživanja na tegmentum ventrale (VTA) i dopaminsku funkciju (DA) u mezo-kotiko-limbičnom putu nagrađivanja. Neuronalni substrat pozitivnog potkrepljenja uključuje i prefrontalni korteks i mezolimbični nagrađujući sistem (nucl. accumbens, VTA, nucl. arcuatus). Smatra se da etanol pojačava »bombardovanje« dopaminskih neurona u VTA, povećavajući nivo ekstracelularnog dopamina, i tako neposredno povećava ekscitatornu ćelijsku aktivnost u VTA.

Izgleda da su za efekte stimulacije dopaminskih receptora u Nucl. accumb. dovoljne male doze alkohola. Ovakvi efekti su dovoljni samo da podrže nagrađujuće ponašanje koje pruža etanol, ali nisu dovoljni za druge apsekte potkrepljujućih akcija etanola (npr. za anksiolitički efekat).

Dakle, postavlja se pitanje:

Da li se funkcija DA menja sa hroničnim dugotrajnim korišćenjem alkohola i pojavom apstinencijalnih tegoba?

Tokom hroničnog uzimanja alkohola, odvija se proces adaptacije u oblasti funkcionisanja mezolimbickog DA sistema sa ciljem da se odupre neprekidnoj stimulaciji tog sistema alkoholom. Premda etanol aktuelno aktivira mezolimbicku DA transmisiju, apstinencijalni simptomi vode ka stvarnom opadanju u aktivnosti VTA DA neurona i opadanja nivoa ekstracelularnog DA u Nucl. accumb. (Nac), što znači da hronična upotreba alkohola uzrokuje mezolimbicku hipofunkciju DA receptora, što je značajan uslov za održavanje adikcije (zavisnosti) jer potpomaže unošenje alkohola da bi se kompenzovalo smanjeno izlučivanje DA i kroz motivaciju nastavljanja pijenje tokom apstinencijalne krize da bi se prekinuo DA deficit. U klinickim studijama, spor oporavak funkcionisanja DA receptora je prediktor recidiva i lošeg ishoda tretmana. (Heinz, 1995).

Alkohol takođe utiče na glutamine, GABA i endogeni opioidni sistem.

Produženo unošenje alkohola je povezano sa oslobađanjem β -endorphina, produkovanih u Nucl. arcuatus koji stimulišu, direktno - oslobađanje dopamina u Nucleus accumbens i indirektno - putem inhibitornog dejstva GABA u VTA. Oslobađanje β -endorphina, udruženo sa oslobađanjem dopamina, rezultuje u prijatno osećanje što predstavlja osnovu za stvaranje zavisnosti.

U normalnim okolnostima alkohol olakšava GABA - ergičnu neurotransmisiju, dovodeći do inhibicije u CNS. Međutim, u kontekstu hroničnog unošenja alkohola telo se adaptira tako što se redukuje broj GABAA receptora da bi se ostvarilo dejstvo suprotno kontinuiranom povećanju inhibitorne GABA-ergične aktivnosti uzrokovane alkoholom. Uzgred, benzodiazepini se vezuju za te iste GABAA receptore, omogućujući tako cross-toleranciju, tako da benzodiazepini i alkohol potenciraju jedan drugom dejstvo. Polimorfizam GABA receptora može povećati verovatnoću pojave zavisnosti kod nekih osoba. Alkohol u malim dozama inhibira ekscitatornu glutaminičnu funkciju, ali kad su u pitanju visoke doze alkohola organizam to kompenzuje povećavajući aktivnost NMDA receptora da bi povećao glutamatergičku funkciju i da bi uspostavio ekvilibrijum sa povećanom inhibitornom GABA-ergičkom aktivnošću.

Kod pacijenata sa hroničnim unošenjem velikih količina alkohola, konačan rezultat je i GABA - ergična i glutaminična disregulacija. Ako se naglo prekine sa unošenjem alkohola, kao rezultat pojavljuje se hiperaktivnost CNS-a, pošto se receptori koji su se prilagođavali konstantnoj inhibiciji suočavaju sa

novim, do tada nepoznatim, nivoom stimulacije.

Kao što je već rečeno, nagrađujuće dejstvo alkohola, povezano je sa oslobađanjem dopamina u centru za nagradu. Pretpostavlja se da je serotonin takođe povezan sa nagrađujućim i potkrepljujućim efektima unošenja alkohola. U toku intoksikacije alkoholom povišeno je funkcionisanje serotonina. Zavisnici od alkohola imaju niži nivo serotonina nego kontrolna grupa i veruje se da je smanjenje nivoa povezano sa pojavom žudnje za alkoholom.

5HT3 receptori su osetljivi na male doze alkohola što rezultira aktivacijom serotoniniskog i dopaminskog sistema i time doprinosi nagrađujućim efektima alkohola. 5HT3 receptori se povezuju sa pojavom redovnijeg unošenja alkohola, opijanja i razvojem tolerancije na alkohol.

Postoje tri glavna opioidna peptida - β -endorphini, enkephalini, dynorphini koji se vezuju za μ -, δ -, i κ -opioidne receptore, za svaki posebno.

Klinička ispitivanja o povezanosti opioidnih antagonista sa uzimanjem alkohola, kao i PET imaging studije pokazuju značajnu povezanost rasprostranjenosti broja μ -opioidnih receptora i žudnje za alkoholom.

Heinz et Al (2002) otkrili su da je rasprostranjenost μ -opioidnih receptora u ventralnom striatumu veća kod zavisnika od alkohola nego kod zdravih dobrovoljaca. Šta više, veća rasprostranjenost μ -opioidnih receptora u ventralnom striatumu bila je u značajnoj korelaciji sa većom žudnjom za alkoholom kod pacijenata sa zavisnošću od alkohola. Uzeti zajedno ovi nalazi ukazuju da opioidni sistem igra ključnu ulogu u nagrađujućim i potkrepljujućim efektima alkohola kod pacijenata sa zavisnošću od alkohola.

Puno razumevanje učešća opioidnog sistema u potkrepljenju zavisnosti od alkohola nije postignuto, ali smatra se da je interakcija između DA - transmisije u području NAc i DA nezavisnih efekata via opioidnog sistema implicitna.

Etanol povećava ekstracelularne endorfine u NAc - i time se pretpostavlja postojanje potencijala za smanjenje potkrepljujućih efekata alkohola uz pomoć opioidnih antagonista, što se povezuje sa inhibicijom endogenih endorfina u NAc (Olive et al, 2001).

Kao zaključak može se izneti sledeće: Etanol menja sinaptičku transmisiju modulirajući neuronalnu ekscitabilnost kroz interakciju sa ligandima i jonskim kanalima. Kao rezultat toga on direktno ili indirektno utiče na funkcionisanje mnogih neurotransmiterskih sistema u mozgu. Te akcije, a naročito aktivnosti na GABAA, NMDA, opioidnim receptorima i serotonin 5-HT3 jonotropskim receptorima su od centralnog značaja za stvaranje zavisnosti u interakciji sa drugim neurohemijskim sistemima o kojima je bilo reči.

Potkrepljenje nagrađujućih efekata etanola diskretnim dražima je odlučujući faktor u stvaranju zloupotrebe/zavisnosti. Draži povezane sa alkoholom pobuđuju želju za alkoholom koja vodi ka nastavljanju alkoholičarskog ponašanja kod pojedinaca koji su u apstinenciji, a u čijoj je osnovi nastavljanje pijenja. Ovakve draži mogu otkriti i postojanje automatskih reakcija, koje vode ka »ponašanju traženja« i recidiva bez jasnog i razgovetnog osećanja žudnje. Ovakve naučene reakcije su ključni element u hronično recidivantnoj prirodi zavisnosti od alkohola (O'Brien et al., 1998).

Dakle, upotreba etanola, kroz njegovo farmakološko delovanje, formira jedno prolazno emocionalno stanje (opuštenost, blaga euforija, dezinhibicija). Njegova dalja prolongirana hronična upotreba kroz dejstvo na neurotransmitterske sisteme povećava redovnije pijenje, gubitak kontrole i uslovljava pojavu apstinencijalnog sindroma. Traženje i unošenje alkohola je značajno uplivisano farmakogenetskim faktorima, odnosno farmakološkim efektima alkohola na određene delove mozga, i na neurotransmitterske sisteme. Dodatnim delovanjem psiho-socijalnih uslova, kroz procese potkrepljenja, uslovljavanja i socijalnog učenja u okruženju, a zatim kroz procese korišćenja mehanizama odbrane u emocionalno značajnim interakcijama, postepeno se uobličava posebno i trajnije stanje mentalnog sklopa pojedinca koje se ogleda u postojanju pulzije, želje i navike da se nastavi sa uzimanjem alkohola, sada sa već uspostavljenom tolerancijom (»ponašanje traženja supstance«). Prepoznat je i utvrđen veoma veliki značaj potkrepljenja i potkrepljivača, povezivanje ponašanja pijenja sa prisustvom potkrepljivača - npr: vraćanje na mesto velikog rizika, kafane, kafići, staro društvo (paradigma o preferentnom mestu), stimulusi iz porodičnih interakcija.

Ono što predstavlja zaokruženu sliku zavisnosti od alkohola – osim traženja i samounošenja alkohola u početnoj fazi stvaranja zavisnosti – je pojava recidiva u uspostavljenoj apstinenciji, sa ponovnim i brzim formiranjem stanja zavisnosti i zavisničkog ponašanja.

Dodatna razmatranja etiologije zavisnosti od alkohola sa pozicija kognitivno bihejvioralnog i sistemskog modela

Osim teorija klasičnog uslovljavanja i farmakogenetskih uticaja, sve više se u razumevanju ovog procesa razmatra tzv. bio-bihejvioralna teorija koja se oslanja na homeostatsko-neuroadaptivni model. Po tom modelu hronična (zlo)upotreba alkohola rezultira kao perturbacija homeostatskih mehanizama tako da zavisna osoba »traži« i »mora« kontinuirano da unosi alkohol da bi

održala kakvu takvu homeostazu (ravnotežu). Ovaj homeostatski model ne podrazumeva perturbaciju homeostaze samo na celularnom i molekularnom nivou, već i na ostalim nivoima. Naime, homeostatski model se sasvim jasno potvrđuje postojanjem apstinencijalnog sindroma, koji se može razrešiti relativno lako i uspešno (celularni nivo). Međutim, visok stepen recidiva u okviru 3 - 6 meseci po razrešenju apstinencijalnog sindroma ukazuje da deficitarnost u održavanju »zdrave« (»suve«) homeostaze i perzistira na svim pomenutim nivoima.

Ono što se pojavljuje kao individualni intrapsihički sadržaj u toj fazi »produžene apstinencije« je subjektivno stanje žudnje i želje, kao antecedent recidiva. Dakle, to stanje služi kao okidač za »ponašanje traženja droge«, kao što glad služi kao okidač za »traženje hrane« i jedenje.

U pokušaju razumevanja i eventualnog prevazilaženja, razrešenja ovog »subjektivnog stanja« kao proizvod mnogih istraživanja iznikle su sledeće hipoteze: **Kobb, 1996; Childres et al. 1999.** ističu važnost razlikovanja unutarsistemske od međusistemske neuroadaptacije. Oni smatraju da koliko god su značajne molekularne promene i procesi u primarno aficiranom neurobiohemijskom sistemu kod upotrebe alkohola, oni ipak predstavljaju samo deo procesa neuroadaptacije povezanih sa kompleksnim razvojem zavisnosti od alkohola. Dakle, potrebna je međusistemska neuroadaptacija koja obuhvata angažovanje više različitih neurohemijskih sistema i ekstracerebralnih sistema koji kompletiraju svest pojedinca u okruženju.

Robison i Berridge 1993; Berridge 2003. pretpostavljaju postojanje specijalnog tipa neuroadaptacije koji oni nazivaju – senzitivizacija. I oni takodje diferenciraju dve vrste potkrepljujućih efekata. Po njima to su liking – efekt voljenja i wanting – efekti nedostajanja, naglašavajući da je za ponovljeno unošenje alkohola (drug) odgovorna senzitivizacija sa efektom nedostajanja. Ovaj model objašnjava da je neuroadaptacija wanting (nedostajanje) tipa povezana sa mehanizmom asocijativnog učenja, čime su i okolni signali sa potkrepljujućim dejstvom sasvim snažni i približni potkrepljujućim odlikama "droge". Dakle, i po ovom modelu pojavljuje se „međusistemska“ neuroadaptacija, kao što smatra i Kobb (1996). Za efekat nedostajanja, verovatno je odgovoran efekat oslobađanja dopamina. Berridge i Robinson su ovom tvrdnjom redefinisali ulogu mesolimbickog dopamina u mozgu, koji je ranije sagledavan isključivo kao neurotransmiter zadovoljstva (uživanja), mada šta tačno on čini ostaje još uvek predmet kontroverzi među neuro-naučnicima.

Treća grupa istraživačkih podataka ukazuje na značaj tzv. anticipatornih stanja i na njihovu povezanost sa pojavom žudnje i fenomena „nedostajanja” ili “želje”. Raspetljavanjem osnove anticipatornih stanja stvara se most između kondicioniranja i neuroadaptacije kroz model senzitivizacije. Pokazuje se sve više da mezolimbčki dopaminski sistem igra ključnu ulogu u razvoju zavisnosti kroz njegove efekte na radnu memoriju, motivacione procese, mehanizme potkrepljenja i druga uslovljena ponašanja. Kao da u nekoj tački u procesu stvaranja zavisnosti neka „nagrada” iz okolinskih stimulusa postane preovlađujuća, prominentna i zamenjuje, istiskuje važnost normalnog nagrađujućeg stimulusa. Ovi nalazi bi mogli da promene naše modele o adikcijama od klasične bihejvioralne, operantne psihologije ka celularnom i molekularnom modelu koji će biti više okrenut ka biološkim procesima u razvojnom modelu emocionalnog učenja.

- Fenomeni zavisnosti od alkohola odražavaju se kroz pojavu kliničkih simptoma.

Psihološka zavisnost je po svojoj prirodi psihološki proces prilagođavanja, što se definiše kao navika, želja i prisila da se piju alkoholna pića, zbog osećanja podrške i rasterećenja od napetosti.

Naime, poznato je farmakološko dejstvo alkohola na emocionalne procese i stanje pojedinca (opuštanje, blago euforizantno dejstvo, dezinhibicija i anestetičko delovanje), koje je i osnov njegove široke upotrebe. On omogućuje da se formira jedno posebno prolazno emocionalno stanje koje se zatim kroz procese psiholoških odbrana, kao i kroz procese uslovljavanja i socijalnog učenja uobličava kao posebno stanje čitavog mentalnog sklopa pojedinaca, a koje se ogleda u želji, pulziji ili navici da nastavi sa uzimanjem alkohola.

Biohemijski osnov ovog farmakološkog dejstva nalazi se u delovanju na NOR, DO i opioidni sistem.

Za nastanak **telesne zavisnosti** od alkohola neophodno je da se dogodi dalja adaptivna promena, po svojoj suštini biološka, organska adaptacija u CNS-u, koja dovodi do „hiperekscitabilnosti neurona”, što se, kod nagle obustave unošenja alkohola manifestuje pojavom apstinencijalnih tegoba.

Promene u mozgu i njegovom hemizmu razlikuju se kod akutnog i kod prolongiranog (hroničnog) unošenja alkohola i te promene variraju u zavisnosti od unete količine, zatim su pod uticajem situacionih okolnosti i povezane su sa serijom genetskih predispozicija. Znači, postoji kompleksnost koju treba razmatrati kao „jednu kaskadu činjenica” u interakciji, povezanih sa unošenjem alkohola i njegovim delovanjem na široki varijetet neurohemijskih aktivnosti u mozgu.

Ne treba razmatrati „delovanje unetog alkohola po formuli jedna droga - jedan efekat“.

b) Psihološki procesi prilagođavanja pojedinca/alkoholičara

U dosadašnjim istraživanjima ličnosti alkoholičara utvrđene su vrlo raznovrsne osobine i crte, ali ne i specifičan sklop ličnosti predodređen za nastanak alkoholizma. One karakteristike ličnosti koje se najučestalije pojavljuju kao povezane sa alkoholizmom su: antisocijalno ponašanje, visok nivo depresivnosti i nisko samopoštovanje. Međutim, one nisu ni iz daleka tako specifične, jer ih ispoljavaju sa velikom učestalošću i drugi pojedinci koji nisu alkoholičari. I dalje se može smatrati otvorenim pitanje da li se alkoholizam razvija kod praktično normalne ličnosti ili nastaje kao posledica premorbidne ili nenormalne strukture ličnosti (neki psihijatrijski poremećaj ili poremećaja ličnosti). Čak i kada se složimo sa stavovima da se među alkoholičarima češće sreću poremećaji ličnosti kao histrionični, narcistički, antisocijalni i granični, pa takođe anksiozni i zavisni poremećaji ličnosti, postavlja se pitanje koliki stepen poremećaja ličnosti obezbeđuje pojavu alkoholizma a koji stepen omogućuje ispoljavanje samo simptomatologije datog poremećaja bez pojave alkoholizma (Sedmak, 1993.).

Ovde izneta zapažanja o dugotrajnim ali i dalje prisutnim nerazrešenim dilemama vezanim za individualnu psihopatologiju alkoholičara daju za pravo stavu da se kod formiranja, trajanja i pojačanja simptoma alkoholizma radi o sistemskim adaptivnim procesima, koji se odvijaju kroz neprekidne interakcije sa okolinom. Drugim rečima, ekscesivno pijenje i prateće ponašanje alkoholičara je zapravo jedan aktivan i neprekidan adaptivni proces (komunikacioni i emocionalni), kojim on teži održavanju odnosa sa bliskim i značajnim osobama uz održavanje pijenja. Otuda potiče i velika raznovrsnost pojavnih oblika alkoholizma i raznovrsnost tipova ličnosti alkoholičara i istovremeno mnoštvo raznih kombinacija u bračnim dijadama i raznovrsnost tipova konflikata u njima. Otuda izgleda potiče i raznovrsnost socijalne psihopatologije u alkoholizmu. Smatra se da u tom procesu prilagođavanja alkoholičar koristi mnogobrojne mehanizme, vrlo malo ili nimalo potiskivanje. Karakteristično je postojanje deficitarnosti u funkcionisanju Superega ili nedostatak Superega, što se objašnjava širokom primenom splitting-a. Zbog toga u njihovom ponašanju ima disocijacije, izmene stanja svesti, sposobnosti korišćenja interpersonalnih odnosa za dodatno preoblikovanje svoje strukture i ponašanja koje njima odgovara.

Karakteristična je deficitarnost u funkcionisanju **Nad ja** ili nedostatak **Nad ja**, što se objašnjava širokom primenom splitting-a. Zbog toga u njihovom ponašanju ima disocijacije, izmene stanja svesti, sposobnosti korišćenja interpersonalnih odnosa za dodatno preoblikovanje svoje strukture i ponašanja koja njima odgovara.

Sedmak (1992) koristi termin „delegiranje superega” u neku drugu osobu van sebe, što alkoholičaru omogućuje, ne samo da otkloni pritiske superega i opasnosti od kazne, nego da dodatnim strategijama ostvari i druge ciljeve: traženje oprostaja, rasterećenje od krivice, prenos krivice na drugog, izazivanje tuge ili čak agresije kod drugog. Dijapazon njegovog ponašanja prema drugima posebno prema bliskim osobama je raznovrstan i on ponašanje podešava „u dogovoru” tj. prema emocionalnim potrebama, unutrašnjim konfliktima i mehanizmima odbrane drugoga. U odeljku o braku i porodici iznećemo podatke koji jasno ukazuju da je izbegavanje odgovornosti i nedostatak osećanja krivice, dakle, „delegiranje superega” u druge osobe, prisutno i kod ostalih članova u sistemu alkoholičara, pre svega kod supruge.

Korišćenjem splitting-a i dodatnim modelovanjem svog ponašanja alkoholičar, isključivši druge sadržaje iz svesti, može da realizuje autentičan afektivni doživljaj i postigne uverljivost, koje nije sasvim ni svestan, ali je vođen poznatim odgovorima i reakcijama drugih osoba, usmerljen samo ka jednom cilju - nastavljajući pija. Tačnije je reći, da je usmeren na kontrolisanje sistema, koji mu to pija omogućuje. Tada je on spreman da poništi kontekst, pa i sistem vrednosti, samo da bi se očuvalo ponašanje ostalih, koje mu obezbeđuje kontrolu spoljašnje sredine u tom trenutku, pa time i u budućnosti. Zbog ovakvih strategija u funkcionisanju oni su manipulatori, kameleoni. U stvari oni su, pre svega, kontrolori sistema koji ih održava. Njihove manipulacije, agresija, obećanja i kaja su napad na pokušaje drugih da menjaju postojeće odnose, uloge i uslove u funkcionisanju sistema. Alkoholičar suzbija svaki pokušaj promene jer samo taj i takav „stabilan” sistem im obezbeđuje ponovno pija, kojim oni otklanjaju svoje osećanje nepotpunosti i neprijatnosti u najširem smislu te reći (anksioznost, depresivnost, strahovi, krivica, odbačenost i dr.). Ono što je dramatično u ovakvom sistemu je činjenica da on time obezbeđuje isti efekat tj. otklanjanje osećanja neprijatnosti i nelagode ili nepotpunosti i drugim članovima sistema, pre svega supruzi, ali često i roditeljima ili bar jednom od njih. Naime, u interpersonalnim sistemima alkoholičara često se zapaža promena uloga bilo onih klasično porodičnih uloga, bilo onih psiholoških ili emocionalnih uloga: žrtva, krivac, agresor, spasilac i dr., što je uslovljeno korišćenjem projekтивne identifikacije u interakcijama, naročito u bračnom odnosu od strane oba učesnika.

Koreni ovih mehanizama odbrane mogu se naći u nemogućnosti introjekcije povoljnog superega odnosno povoljnog introjekta roditelja, a potom i u neprikladnom usmeravanju razvoja ličnosti. Ovo je objašnjivo i sa gledišta postojanja većeg broja očeva takođe alkoholičara, što je uslovlilo pojavu

disfunkcionalne psihodinamike u roditeljskom braku alkoholičara. Međutim, i bez postojanja alkoholizma roditelja mehanizmi odbrane mogu biti objašnjeni nedostatkom preduslova od strane roditelja za formiranje stabilne unutrašnje kontrole odnosno dobre introjekcije.

Interseksijske osobine alkoholičara

Prema autorima „Beogradske škole“ (Gačić 1986, Gačić 1992, Sedmak 1993, Stanković 1995, Nastasić 1998, Trbić 1999, Nastasić 2004) ističu se sledeće karakteristike adiktivne ličnosti: izbegavanje odgovornosti i problemi u samokontroli, nedostatak samodiscipline, egocentričnost i preokupiranost sobom, ambivalentan i negativan stav prema autoritetima, neprilagođenost, neadekvatno, asocijalno i antisocijalno ponašanje, nerealan i nezreo pristup procesima življenja, površan odnos sa ljudima, nesposobnost da se preuzmu socijalne uloge.

To su pojedinci koji kao da ne znaju kako da uspostave bilo koju zdravu relaciju i koji su naučili da ne mogu da imaju poverenje ni u koga, što je prevashodno povezano sa tim kako su tretirani u periodu dok su rasli; oni nisu nikada naučili kako da uspostve vezu na pozitivan način.

Alkoholičar primenom ovih oblika ponašanja postiže osnovni cilj - održavanje svog alkoholičarskog sistema. Drugim rečima, samo u situacijama kada alkoholičar proceni da može izgubiti nešto od sopstvenog alkoholičarskog sistema, da može biti odbačen ili da njegovo pijenje može biti ugroženo, onda je spreman da napravi psihološke „promene“, ali i tada je to preuzimanje uloge mučenika, krivca, grešnika, koji moli i obećava poboljšanje, „gašenje požara“ (Gačić 1988). Za održavanje što dužeg i neometanog pijenja, alkoholičar koristi nesvesne ili svesne odbrambene mehanizme: racionalizaciju (uvek postoji „dovoljno dobro“ lažno objašnjenje zašto je pio), socijalnu komparaciju (drugi piju više od njega), projekciju (neko/nešto je kriv za pijenje - teško detinjstvo, problemi na poslu i sl.), negaciju (smanjenje količine popijenog alkohola) i potiskivanje (ne seća se događaja vezanih za pijenje) (Gačić 1995).

c) Socijalni interakcijski procesi prilagođavanja pojedinca/alkoholičara

Ovi procesi obuhvataju promene u odnosima koje alkoholičar formira sa socijalnim okruženjem. I ove promene nastaju sa istim ciljem - da se pijenje može „nesmetano“ nastaviti u datom socijalnom sistemu. U suštini, radi se o socijalno-interakcijskim procesima međusobnog prilagođavanja alkoholičara i njegovog društvenog okruženja, a podrazumeva sledeće:

- Organizovano i smišljeno insistiranje, istrajavanje i sve uočljivije povećanje pijenja u skoro svim socijalnim situacijama: na poslu, kod kuće, u slobodnom vremenu, za vreme izlazaka, proslava i sl. Naime, radi se o „aranžiranju” i „legalizaciji” skoro svih socijalnih situacija za pijenje većih količina alkohola, pa i opijanje;
- Disocijalizacija - druženje sa pojedincima i socijalnim grupama koje odobravaju i podržavaju pijenje alkohola, a zatim pijenje u sve „nižim” socijalnim kategorijama i situacijama (periferijske kafane, „burdelji”, ispred prodavnice, na pijacama i sl.);
- Taktike i strategije u ponašanju koje se sastoje u masivnom korišćenju mehanizama negacije, minimizacije, racionalizacije svog pijenja i opijanja u odnosima sa socijalnim okruženjem, sa nadređenima na poslu, pri konfliktima i sa bilo kojom značajnijom ličnošću u socijalnoj situaciji i sl. To dovodi do formiranja tzv. alkoholičarskog ponašanja. Taktike i strategije su ponekada do savršenstva razrađene i manipulacijama potkrepljene od grupe sa kojom se pije. Glavni strateški cilj alkoholičarske grupe je nastavljjanje istog obrasca pijenja, ali bez gubljenja dobiti od socijalnih i profesionalnih sistema. Pri svemu tome treba još jednom naglasiti da bez već opisanog dodatnog delovanja same socijalne sredine i njenog prećutnog ili eksplicitnog pristajanja na te manipulativne strategije alkoholičara, on to ne bi mogao tako uspešno da ostvaruje.

Od posebnog značaja za održavanje alkoholizma u socijalnoj sredini, pre svega radnoj sredini, su procesi koji vode ka formiranju i održavanju pijenja na radnom mestu. Ovi procesi su grupni procesi i podležu zakonitostima o formiranju socijalnih grupa, a suštinski se radi o formiranju alkoholičarske grupe, koja predstavlja podgrupu u radnoj grupi. Njen cilj je legalizacija i davanje primata ritualima pijenja na radnom mestu, veće pozitivno vrednovanje grupne solidarnosti oko pijenja nego oko profesionalnih obaveza i radnih tema. Ove grupe ne priznaju hijerarhiju radnog miljea. U njima se često nalaze i šefovi i poslovođe, ali ne moraju uvek oni imati najviše mesto u hijerarhiji takve grupe. Ovakve grupe često nisu „tajne” grupe, već mogu biti organizovane i mogu biti toliko uticajne i prestižne da su sasvim legalizovane, a njihova pravila vrlo jasna i javna. Takve grupe su u nekim radnim organizacijama moćne, čak uticajnije od formalnih upravljačkih grupa, a nekada su već toliko strukturisane da postaju višegeneracijske i predstavljaju „imidž”, ili zaštitni znak nekih privrednih sistema, preduzeća ili profesija (automehaničari, grafičari, zidari itd.).

II PROCESI PRILAGOĐAVANJA PORODICE

Ovi procesi su vrlo razučeni, kompleksni i predstavljaju jezgro za razumevanje nastanka, trajanja i održavanja alkoholizma u sistemu. Razvijanjem porodične terapije počelo je i razmatranje procesa prilagođavanja porodice.

Naime, alkoholizam ne bi mogao tako dugo trajati, a njegove posledice, mada sve veće i teže kako vreme odmiče, ne bi mogle tako dugo biti tolerisane da se, paralelno sa adaptacijom organizma zavisnika, sa njegovim mehanizmima odbrane i sve većim njegovim propadanjem, ne odvijaju slični procesi prilagođavanja u porodici i okruženju alkoholičara.

Ovi procesi su po svojoj suštini psihološki i emocionalni, a po svom obliku su komunikaciono-interakcijski, dakle iz domena međusobnih odnosa i komunikacija među članovima porodice kojoj alkoholičar sve vreme pripada i u kojoj egzistira zajedno sa svojim alkoholizmom.

Sigurno je da dužina trajanja alkoholizma i jedinstvenost, specifičnost svakog pojedinca ili svake porodice, ne dozvoljavaju veće, odnosno tačno shematizovanje, ali se može govoriti o prolongiranoj adaptaciji porodice na sve veći kumulirani stresogeni uticaj alkoholizma i ekscesa u vezi sa njim.

a) Socijalno bihevioralni model

Ovaj model je klasični model koji je osmislila J. K. Džekson još daleke 1954. godine, ali je kroz praksu „Beogradske škole” porodične terapije dopunjavan i osavremenjen i još uvek najjasnije opisuje proces prilagođavanja u alkoholičarskoj porodici, koji se odvija po fazama i ima jasne elemente kumuliranja krize i intenziviranja disfunkcionalnosti porodice.

Dakle, radi se o produženom procesu ili procesima prilagođavanja, o jednom kompleksu međusobnih odnosa u koje se uključuju svi članovi i sve više i vrednosni stavovi i emocije, pri čemu i emocionalna klima u porodici biva sve više napeta i teška, a funkcionalnost porodice na sve nižem nivou sa pojavom simptoma i kod drugih članova porodice.

Prva faza, anulacija - poništavanje problema, podrazumeva primenu psihološkog mehanizma negacije, što u realnosti dovodi do poricanja ili zataškavanja problema. Supruga, odnosno ostali članovi porodice, čine sve

da se očuva iluzija skladnog braka ili srećne porodice. O pravim problemima se ne govori ni sa alkoholičarem niti sa drugima. U toj fazi se smenjuju opijanje i ekscesi i mirne faze.

Druga faza, eliminacija problema - sve češći ekscesi prisiljavaju porodicu da pokušava da reši, eliminiše problem unutar porodice ili braka. Vrš se pre-raspodele funkcija i uloga. Porodica se postepeno izoluje, a prema spoljnom svetu se može ići i sa manipulacijama i lažima - opravdavanje za izostanke sa posla ili iz drugih aktivnosti, zatim racionalizacije, prikrivanje ekscesa i sl. Supruga ili drugi članovi porodice prihvataju ulogu paćenice ili žrtve. Porodica još uvek ne traži pomoć spolja, a alkoholičar oseća „da ga ne razumeju“, „okrivljuju za sitnice“ i upravo zbog toga nastavlja sa pijenjem.

Treća faza, dezorganizacija - faza je u kojoj se ispoljavaju sve jasniji konflikti, sve više članova je uvučeno u sukobe, naročito deca.

U funkcionisanju porodice je sve veći kaos. Brak je sasvim disfunkcionalan, emocionalni odnosi hladni ili puni svađa i mržnje, odbacivanja i kažnjavanja. Ni jedan član porodice nije u stanju da lako i uspešno obavlja svoje uloge. Problem je uočljiv i za okolinu. Supruga tada otvorenije govori o problemu, ali su saveti spolja često oprečni i zbunjujući. Alkoholičar tada može da uključuje i „lobiste“, koji opravdavaju njegovo ponašanje i dalje razoružavaju i zbunjuju suprugu odnosno članove porodice.

Četvrta faza je pokušaj reorganizacije uprkos problema (u braku je to tzv. faza matrijahrata ili faza „pseudo - rešenja“).

Ispoljavaju se „energičniji“ i „čvrsti stavovi“ koji treba da dovedu do neutralisanja i kontrolisanja alkoholičara „oduzimanjem prava“, ali se u toj fazi „doliva ulje na vatru“ time što se pijenje ne prekida, „čvrsti stavovi“ ostaju „mrtvo slovo na papiru“, alkoholičar „traži sve više svojih prava“, čime se oslobađa gotovo svih obaveza i odgovornosti u porodici. Prave se razni „paktovi“ u porodici da bi se „rešio problem“, održala funkcionalnost i obezbedile potrebe ostalih članova porodice. Najčešće žena preuzima sve obaveze na sebe, postaje „gazda u kući“ i „šef parade“, ali se to izvodi na račun drugih uloga i njenih i muževljevih. Brak zamire, alkoholičar „nesmetano“ može da pije. To je period prave patološke homeostaze tj. porodica uspostavlja ravnotežu i stabilnost na niskom nivou funkcionisanja, kako-tako se reorganizuje, ali je to izmenjena tj. patološka organizacija. Tada supruga ili neki drugi član porodice vrši pritisak, ozbiljno preti razvodom ili nekim drugim „sankcijama“ i veliki broj alkoholičara u ovoj fazi se javlja na lečenje. Međutim, u toj fazi alkoholičar može bez lečenja da uspostavi apstinenciju čak i od nekoliko meseci, „trgne se“, preuzme neke

uloge i obaveze, ali ne menja ni ponašanje, ni sistem vrednosti. Tada obično „glumi heroja“, negirajući da je ikada bilo problema, dokazuje da „nije alkoholičar jer može da ne pije“. U strateškom smislu on samo „ugasi požar“, „zavara sebe i porodicu“ i obično se alkoholizam nastavlja kao po pravilu.

Peta faza, bežanje od problema - dalje pijenje dovodi do sve većih konflikata, sistem je „stabilan“ - na patološkom nivou. Supruga tada napušta muža ili neko od članova porodice preuzima „oštre mere“ (izbacivanje iz kuće ili odlazak iz kuće, razdvajanje). Ova faza može potrajati i duže jer stižu vrlo oprečni stavovi i saveti, čak i od stručnjaka, već prema tome šta smatraju važnijim - da li spasavanje alkoholičara ili spasavanje porodice.

Šesta faza, reorganizacija jednog dela porodice posle rastave, karakteriše se ili „mirnim“ nastavljanjem pijenja alkoholičara ili „agresijom“ - „pokušajima“ da vrati sistem u prethodno stanje, da se porodica integriše ili da se supruga vrati, što se ponekad i događa i bez lečenja ili uz prihvatanje lečenja.

Sedma faza predstavlja fazu reorganizacije tokom i posle lečenja. Ni ova faza nije bez teškoća i zastoja, čak je često vraćanje na staro. Porodica i supruga nemaju poverenja. Teško se napuštaju stečene pozicije i „dobiti“ od alkoholizma. Deca ne prihvataju uvek lako pokušaj povratka autoriteta roditelja alkoholičara, pa ni roditelja ne alkoholičara. Uznemirenost, psihičke smetnje i otpori kod supruge mogu dugo trajati, jer postoji i strah od recidiva. U ovoj fazi od značaja je uspostavljanje terapijskog procesa, koji treba da označi promenu višeg stepena od same apstinencije da bi se mogla uspostaviti kompletno nova struktura i nova dinamika odnosa u porodici.

b) Alkoholičarski brak

Alkoholičarski brak se definiše kao brak između jednog partnera/ke alkoholičara/ke i drugog partnera/ke koji nije alkoholičar/ka. U terapijskoj praksi se, u ogromnoj većini slučajeva, radi o mužu alkoholičaru i supruzi koja je nealkoholičar. Ovaj interseksijski entitet je relativno rano uočen kao specifičan emocionalni interakcijski proces, čije su patološke osobenosti ključne za održavanje alkoholizma u porodici. Radi boljeg razumevanja emocionalnog procesa u alkoholičarskom braku, neophodno je u njegovu dalju analizu uneti stavove iz teorije prirodnih sistema Bowen-a, zatim teorije objektnih odnosa primenjene u porodičnom sistemu, i na kraju stavove o psihološkim mehanizmima odbrane alkoholičara (Ivanović 1983, Sedmak 1993,1995, Nastasić 1998).

Polazeći od Bowen-ovog koncepta o diferencijaciji selfa, može se smatrati da

se u alkoholičarskom braku nalaze dve individue sa značajno nižim nivoima diferencijacije selfa. Po klasičnim stavovima Bowen-a (...) to su osobe koje su odrasle u porodičnom emocionalnom polju sa više anksioznosti i sa visokim emocionalnim intenzitetom u odnosima. U svom funkcionisanju ispoljavaju dominaciju emocionalnog reagovanja nad kognitivnim i orijentaciju na veći stepen emocionalnog zajedništva (stapanja i zavisnosti u odnosima), što je posledica povećanih potencijala za fuziju emocionalnog i intelektualnog sistema pojedinca, pa samim tim i za fuziju u relaciji. Ovakve osobe pokazuju mnogo veću potrebu za drugim ljudima na emocionalno zavisani način ili na način koji zahteva tačno određen odgovor, što predstavlja gotovo posesivno-diktatorski način, a to je takođe odraz emocionalne zavisnosti i niske diferencijacije selfa (nerealna procena sebe i procena drugih).

Ovakvi kapaciteti partnera formiraju psihička stanja koja su povezana sa kvalitetom emocionalnih relacija i procesa u prethodnim generacijama, odnosno u primarnoj porodici.

Manifestacije te fuzije razmatraju se i sagledavaju:

- kroz emocionalnu zavisnost od partnera (nekad do nivoa dve polovine iste celine koje se simetrično dopunjuju), što se ispoljava bilo kao otvoreno izražena pojačana potreba za zajedništvom i stapanjem, bilo kao recipročno emocionalno udaljavanje i hladnoća u odnosima tj. nesposobnost da se emocije izraze, ali i pored toga ostajanje u relacijama uprkos problemima;
- kroz emocionalni pritisak na drugog da reaguje i čini na tačno određeni način ili odgovori na tačno određeno očekivanje drugog;
- kroz ispoljavanje slabih granica između sebe i drugih i nerealne procene sebe i drugih;
- kroz proces mišljenja koji je nerealan i emocionalno prebojen tj. magijski, dogmatičan ili uz agresivnu konotaciju. Često je mišljenje nekonzistentno, nedosledno (pokatkad objektivno i logično, a potom o istoj stvari subjektivno i nelogično) te izgleda manipulantsko i dvostruko;
- kroz princip razmišljanja i traženja rešenja, koji je vrlo redukovan i podređen ličnim emocionalnim potrebama, sebičan, sa tendencijom kratkoročnog rešenja problema (ustupci, „mir po svaku cenu“ ili sabotaze i izdaje).

Ove manifestacije se u manje-više istom intenzitetu nalaze i kod alkoholičara i kod njegove supruge (pa i kod ostalih članova porodice).

Spremnost za fuzionisanje, zbog osobine svakog od supružnika da bude pod uticajem emocionalnih potreba onog drugog, vidi se i u potrebi da se nezadovoljstvo i anksioznost razrešava ustupcima i „ugovorima“, u očekivanju da i onaj drugi

„čini” isto na tačno određen način. Pri tome se pokazuje nesposobnost da se emocije drže u balansu, pa su česte erupcije. Taj emocionalni odnos je obeležen isprepletenošću, izmešanošću i percepcija i potreba, praćen trpljenjem ili diktatom, a mogućnost izlazenja iz takvog odnosa je minimalna.

Naime, celovitost selfa pojedinca u tom braku postiže se jedino kroz kombinovanje sa nekompletnim tj. nediferenciranim selfom drugog partnera. Oni očekuju jedan od drugog gotovo automatsko ispunjavanje emocionalnih potreba, bez mogućnosti da se partner/ka vidi realno i bez mogućnosti da se funkcioniše uz prihvatanje razlika ili specifičnosti. Oni naime, i ne sagledavaju onog drugog kao odvojenog pa dakle, ni kao različitog, samosvojnog. Takav doživljaj je pogotovo pojačan u periodima kada treba delovati autonomno. U tim trenucima postaje veoma uočljiva manjkavost bazičnog ili „čvrstog” selfa oba partnera. Tada, kada je potrebno delovati autonomno, stvara se doživljaj nelagodnosti, osećanje osujećenosti, osećanje nezadovoljstva zbog „izdaje” ili „sabotaže”. Zbog toga se pojavljuje emocionalna reakcija „činjenja ustupka” sa očekivanjem da se dobije recipročni „ugovoreni ustupak”. Odvija se „bitka za kontrolu relacija”. U akciji su mehanizmi projekcije i projektivne identifikacije, koji se manifestuju kroz verbalno izražene otpore, odbijanja, distanciranje ili erupcije emocija, uvrede i agresiju, a partner-alkoholičar koristi pijenje kao agresiju ili sabotažu.

Alkoholičarski brak često poprima oblik simetričnog odnosa u kojem dominiraju konflikti, agresija ili beskrajne rasprave i debate.

Međutim, može imati i oblik nesimetričnog odnosa u kojem postoji jedan partner koji trpi i popušta. Češće je to supruga, a muž - alkoholičar ima izgled efikasnije, dominantnije osobe. U suštini oni su jednaki, sa istim emocionalnim potrebama. To je ono što Bowen naziva „emocionalna komplemetarnost”, a najčešće se susreće u alkoholičarskom braku ćerke, čiji je otac bio agresivni alkoholičar.

Alkoholičar se pojavljuje kao onaj koji odlučuje i naređuje, on kontroliše emocionalnu relaciju pijenjem, a supruga kontrolu ostvaruje emocionalnim distanciranjem, neizvršavanjem „ugovorenih ustupaka”, izbegavanjem „bitke” i odgovornosti, ili kompromisima u vidu kratkoročnih pseudo-rešenja.

Objašnjenje za pojavu ovih karakteristika alkoholičarskog braka možemo naći, osim u gledištima Bowen-a, i u teoriji objektnih odnosa. Po teoriji objektnih odnosa postoji potreba za očuvanjem objekta i potrebe za uništenjem objekta, koje imaju svoje korene u nagonu života i smrti (po M. Klein). Koreni gore opisanih odlika ličnosti mogu se naći u ranim neuspesima selfa da ovlada okolinom. Dakle, formirani su unutrašnji konflikti zbog nemogućnosti da se uspostavi

odnos sa objektom i ovlada okolinom tj. porodičnim figurama ili kontekstom. Pri formiranju introjekta (idealnog objekta) suviše je korišćen mehanizam splitting-a da bi se odvojili, otcepili negativni aspekti objekta i isto tako korišćeno je previše potiskivanja za suzbijanje tih istih aspekata, koji su pokvarili rano vezivanje. Suviše ovih mehanizama odbrane pri podeli na „dobar” i „loš” objekat pojačava i projekcije u polje, da bi se sačuvao self tj. voljenje sebe i „dobrog” objekta. Ovo su uslovi za formiranje osobina emocionalne nestabilnosti i povećane potrebe za bliskošću, ali i bezosećajnosti, krutosti i suzbijanja mišljenja, verovanja i poverenja.

Brak je mogućnost da se, već kod izbora partnera, prepoznaju i ispolje ove karakteristike, da bi se potom u bračnom odnosu mogli reintegrirati otcepljena ili suzbijena neprijatna i nedozvoljena sećanja i osećanja, najvećim delom korišćenjem projekcije, projektivne identifikacije i takođe splitting-a i manje potiskivanja.

Izražena tendencija ka fuziji u relaciji zbog preterane upotrebe splitting-a i projekcije, koja postoji kod oba partnera, dovodi do ublažavanja anksioznosti, ali i do stvaranja anksioznosti. Ovaj paradoks se izražava u postojanju „relacijske dileme”, jer što je jača potreba za spajanjem utoliko je veća anksioznost zbog sumnje da se to neće ostvariti. Zbog toga rastu šanse za činjenje ustupaka i vršenje emocionalnog pritiska na drugog da ostvari očekivano ponašanje ili očekivani ustupak. Pritom jača i anksioznost koju stvara osećaj gubljenja sebe u relaciji („emocionalna sufokacija”), pojavljuje se dilema koju nije lako razrešiti i to dodatno povećava anksioznost.

Očito je da je njihova potreba za fuzijom i dalje prisutna. Pijenje u takvom braku obezbeđuje dva cilja: partneri se distanciraju čime dokazuju svoju autonomiju i probuđuju kod partnera (ali i kod sebe) osećaj izolacije, na šta su oboje (a supruge izuzetno) vulnearibilni. One na pijenje reaguju pristankom, ustupkom ili emocionalnim konfliktom, da bi približile muža, a potom odustaju, jer je približavanje i služilo samo kao njena reakcija za trenutno razrešenje osećanja izolacije (gubljenja selfa). Alkoholikar na to reaguje prestankom pijenja ili nekim drugim ustupkom koji je u skladu sa ženinim emocionalnim procesom iz primarne porodice. Kada se jednom uspostavi ovaj mehanizam u njemu se potom pojavljuju samo različiti „žetoni” za formiranje različitih pogodbi oko razmene potreba i ustupaka. Procena realiteta, procena pravih osobina partnera i sopstvenih osobina i potreba se gubi. Važno postaje jedino održavanje razmene „žetona” po „ugovoru”. U skladu sa odlikama emocionalnih odnosa u prethodnoj porodici, u „ugovoru” se uključuju razne emocionalne potrebe, pa i deca (ili dete) ili nešto treće i proces se održava. Supruge često u proces unose i svoj „simptom”, najčešće depresiju, koja omogućuje dalje ustupke.

Po našem iskustvu, simptom kod supruge je preuzet ili od tj. zbog oca alkoholičara ili od tj. zbog majke koja kažnjava i njenog, na ćerku projektovanog, osećanja krivice.

Sa druge strane, depresivnost može biti pojačana i činjenicom da relacija sa visokim stepenom fuzije stvara, sama po sebi, visoke nivoe anksioznosti, tako da neki drugi dodatni stres koji povećava anksioznost iscrpljuje adaptivne mehanizme, te i to ili ubrza pojavu simptoma ili dovodi do patološkog utrougljavanja deteta. Simptom takođe može poslužiti za dalje jačanje tendencije prema fuziji čime se dalje povećava zavisnost od partnera, sa sve manjom mogućnošću da se „odgovori” na iste takve zavisničke potrebe drugog.

Međusobna zavisnost i neadekvatnost se povećava, osećaj ličnog samopoštovanja i poverenja u drugog se sve više smanjuje, sistem pada na sve niže i niže nivoe u emocionalnom smislu. Supruga sa znacima depresije ne traži da se muž leči, jer kada je ona depresivna on povećava nivo svoje već poznate pojave hiperfunktionalnosti ili smanjuje agresiju. Ako partneri i dođu na lečenje alkoholizma, ono što se u terapiji vidi je da svaki partner traži da se onaj drugi promeni, jer je to i dalje njihov jedini način da se očuva osećanje narušenog individualiteta i ličnog samopouzdanja i da se oslobodi od osećanja anksioznosti, nelagodnosti i izdaje, ne shvatajući potrebu i za sopstvenom promenom i mogućnost da učine nešto sami za sebe.

Ono što je posebno dramatično u alkoholičarskom braku je to što oba partnera „dobijaju gubeći” tj. oboje za emocionalni dobitak ulažu svoje i zdravlje svoje dece. To je ono što se neumitno događa u manjem ili većem stepenu.

Karakteristična je kognitivna formula koju iznosi Kerr (1988), za koju on smatra da postoji u mišljenju partnera, a glasi: „Ako se pogledam samo ja, onda sam ja bolja osoba” ili „Ja sam dobar, drugi ne valjaju” i ima se utisak da je zbog toga moguće da ni jedan od partnera ne vidi zgarište koje ostaje iza njih. Često se dogodi, kada je fuzija ekstremno izražena, da rešenje više ne može biti ni savršeno distancirana relacija, niti zdravo funkcionisanje partnera u relaciji. Ponekad rešenje može biti razvod, a ponekada se proces nastavlja u nedogled.

Supruge alkoholičara

U popularnom shvatanju, supruga alkoholičara je hrabra, tragična i napaćena žrtva „agresivnog alkoholičara” i nesrećnih okolnosti, koja nimalo nije odgovorna ni za pijeње muža, ni za poremećen porodični život. Uz predbračnu osnovu, koja je često neposredno povezana sa poreklom iz alkoholičarske porodice i sa postojanjem oca alkoholičara, ona lako ostaje u braku sa alkoholičarem

i pored svih njenih deklarativnih protesta, žalbi, ljutnje, tugovanja i strahova. Ponašanje supruge alkoholičara je obeleženo nestabilnošću, stalnom promenljivošću sa postojanjem silazne spirale prilagođavanja na sve veće oštećenje sebe kao ličnosti, ali i oštećenje dece (saučesništvo u nasilju nad decom).

U dosadašnjem razjašnjavanju obuhvatili smo pretežno samo dijadni odnos u alkoholičarskom braku koji se najčešće manifestuje kao bračni konflikt, malo se ili nimalo osvrćući na stvaranje trouglova, što je upravo češći ishod u fuzionisanom alkoholičarskom braku. Zapravo, anksioznost iz fuzionisane relacije može se donekle smanjiti ako jedan od partnera, a to je u alkoholičarskom braku supruge - apsorbuje te anksiozene potencijale. Međutim, pošto ni ona nema velike mogućnosti i kapacitete da to dugo apsorbuje, onda će ona svoju relacijsku napetost razrešavati kroz fuziju sa trećom osobom, najčešće detetom ili decom ili nečim drugim (posao, novac, druga emocionalna veza van braka i sl.).

Po našim zapažanjima (Micović, Nastasić, Stanković 1992; Micović, Stankoivić, Nastasić 1992; Nastasić 1998), supruge alkoholičara relativno rano ulaze u fuziju sa decom i to relativno dugo obezbeđuje sniženje tenzije u bračnoj dijadi iz dva razloga:

- Alkoholičar kao pojavno jači i pseudoadekvatniji u odnosu, može pružiti relativno dugo, kakvu-takvu, sliku adekvatnog oca, čime taj trougao (majka - dete - otac) nema visoku tenziju i utrougljeno dete se ne oseća nelagodno u ulozi autsajdera. Povremeno, kada se bračna tenzija pojačava, dete će težiti da bude utrougljeno, jer se oseća izolovano, odbačeno, a i majka ga u tome naravno podstiče. Međutim, moći će još uvek i da se vrati u poziciju autsajdera u navedenom trouglu.
- Alkoholičar ima svoju treću stranu trougla, a to je piće i rado prihvata ulogu autsajdera u tom porodičnom trouglu, krećući se povremeno i prema uglu dobre i zadovoljne strane, bilo kroz povremene „ustupke“ u odnosu sa suprugom, bilo kroz odnos sa detetom ili ostalom decom.

Kasnije, sa sve većim rastom tenzije, dete je sve manje u poziciji autsajdera i dobija sve veći značaj za majku, te i ono sve više gubi osećaj lagodnosti u svojoj autonomiji pa gubi i potrebu za njom (autonomijom). Ako nije u trouglu oseća se nelagodno, izolovano i traži „zajedništvo“, tako da taj trougao postaje sve više fiksiran i emocionalno sve intenzivniji. Sada i alkoholičar teže podnosi autsajdersku poziciju. On se može „boriti za dete“ raznim oblicima ponašanja. Ako to pokrene konflikt sa utrougljenim detetom stvar se komplikuje i pojačanim pijenjem sa jedne strane i pojačanim utrougljavanjem („vraćanjem“) deteta, sa druge strane. To opet za neko vreme može stvoriti i izgled „harmoničnih“

odnosa između majke i deteta sa jedne strane i između oca i alkohola sa druge strane, pa čak ponekad i između majke i oca, koji mogu održavati svoj odnos na veoma distanciran način ili kroz konflikt bez agresije.

Alkoholičar svoju „borbu za dete“ može voditi i korišćenjem svog „pseudoselfa“ tj. relacijskim veštinama - povlađivanjem, popuštanjem detetu, kvazi-demokratskim vaspitnim stavovima, kupovinama ili izgledom žrtve i „boljeg čoveka“. Pri svemu tome je od značaja prirodna podređenost deteta, što alkoholičar često koristi posebno u odnosu sa ćerkom. U odnosu sa sinom koristi model „mačo“ muškarca i dopuštanja dominacije i agresije. U tom procesu značajnu „pomoć“ može dobiti od supruge tj. majke, koja se ponaša nedosledno, hladno i pasivno čak podstičući identifikaciju sina (koju mu pruža otac), i sa druge strane potstičući bliskost ćerke i oca, ponekad do nivoa incesta.

Ovaj aspekt alkoholičarskog braka ima presudnu ulogu u procesu transmisije alkoholizma, jer alkoholičareva „dobijena bitka za dete“ često znači i produženje alkoholizma na sledeću generaciju.

Tokom procesa ovako formiranih emocionalnih odnosa u porodici, može se pojaviti i više trouglova, koji su u vezi sa ovim tzv. centralnim trouglom (npr. posao, druga deca, roditelji itd.). Za razumevanje emocionalnih procesa u alkoholičarskoj porodici neophodno je prepoznavanje i analiziranje tako formiranih trouglova.

Emocionalni procesi u alkoholičarskom braku mogu se manifestovati kroz pojavu sledećih uobličениh sistemskih ishoda:

- bračni konflikt;
- emocionalna distanca;
- disfunkcija supružnika (ne samo alkoholičara);
- problem ili disfunkcija kod deteta.

Odvijanje ovih procesa i vrsta upotrebljenog mehanizma uslovljeni su karakteristikama emocionalnih odnosa koje su supružnici imali u svojoj roditeljskoj porodici, odnosno uslovljena je njihovim stepenom diferencijacije ili fuzije, koje donose iz svoje prethodne porodice.

Alkoholičar i njegova supruga se pokazuju kao osobe koje često, na različite načine i sa različitim stepenom svesti koriste splitting. Naime, braneći svoje dobre introjekte od rđavih, izgleda da oni, preplavljeni neprijatnošću i napetošću zbog rđavih introjekata, suviše koriste introjekciju, splitting i projekciju u spoljne objekte da bi se obezbedio dobar objekat i stanje prijetnosti. Zbog toga oni nemaju realnu sliku o sebi - ili idealiziraju spoljne objekte ili ih ne

prihvataju, čime je i Nad - ja nesigurno. Njihova bazična diferencijacija je niska, sa preovladavanjem pseudodiferencijacije (pseudoselfa) tj. „ugovaranja” i „pogodbi” u uspostavljanju relacija. Mogućnost za reintegraciju ovih neprijatnosti pojavljuje se kroz mogućnost uspostavljanja relacije u braku, sa osobom sličnog nivoa diferencijacije, koja pokazuje sličnu sklonost i spremnost da pravi pogodbe i tajne ugovore kroz fuzionisani odnos i korišćenje istih mehanizama odbrane.

Sasvim je prihvatljiv stav Sedmaka (1993) da „Konačni efekat preteranog održavanja zavisnosti od polja, introjekcije, splitting-a i projekcije, kao i zloupotreba spoljne kontrole za određivanje sopstvenog ponašanja, sve do odustajanja od lične odgovornosti za sopstveno ponašanje, je održavanje horizontalne svesti. Pod tim se podrazumeva funkcionisanje i određenje ličnosti u datom trenutku bez određenja u vremenu i bez oslonca na skorašnju prošlost, kao i na budućnost”. Ono što proističe iz opisanih emocionalnih procesa u alkoholičarskom braku su poremećeni i deformisani komunikacijski obrasci između partnera i oni se prepoznaju na samoj površini alkoholičarskog braka kao:

1. **Izbegavanje odgovornosti** – Suprug svojim pijanstvom opravdava nefunkcionisanje; supruga (usled obaveza - pored svojih ona preuzima i suprugove) uvek ima dežurnog krivca za neuspehe porodice;
2. **Regulisanje distance** – Alkoholizam muža omogućava supruzi da na veoma lak način održava distancu; tako ona izbegava stvaranje bliskih, emocionalnih odnosa sa partnerom. Ovo je najčešće defekt koji se „donosi” iz roditeljske porodice, održava se u braku i prenosi na decu;
3. **Obostrani defekt** – Psihički problemi koje supruge imaju, nezavisno od alkoholizma supruga (nesigurnost, osećanje inferiornosti, odbačenosti, manje vrednosti, neadekvatnosti, seksualne nezainteresovanosti do ozbiljnih psihijatrijskih problema) „pokrivaju” se pijenjem supruga i postiže se ravnoteža u bračnim odnosima;
4. **Transgeneracijska koalicija** – U brakovima gde postoji ovaj strukturalni obrazac, supruge alkoholičara stvaraju savez sa nekim od članova porodice; najčešće je to „koalicija” sa najstarijim sinom/kćerkom, sa svojom majkom, bratom, ocem ili sa nekim od mlađe dece;
5. **Inferiornost u braku** – Alkoholičari svojim pijenjem obezbeđuju kvazi-dominaciju u bračnom odnosu; zbog osećanja inferiornosti koje imaju, pokušavaju da reše problem pijenjem tj. samo pijani mogu da „izađu na kraj” sa suprugom. Ovo je nezreo vid borbe, jer pijenjem alkoholičar produbljuje svoju inferiornost.

Zbog svega navedenog o alkoholičarskom braku šanse za nesmetan razvoj deteta u alkoholičarskom porodičnom sistemu su veoma smanjene. U ovakvim porodicama deca su prinuđena ne samo da se brinu sama za sebe, već su primorana da se brinu jedni za druge, ali i o potrebama domaćinstva i samih roditelja. Studije o ranom razvoju dece (Vuletić, 1988) ukazuju na to da alkoholizam roditelja ima najštetniji uticaj u periodu od 6. do 7. godine i u ranoj adolescenciji, kada se ostvaruje identifikacija sa vršnjacima, socijalizacija i određenje identiteta. Izgleda da je period ranog detinjstva u najvećem broju slučajeva ipak sačuvan od „invazivnog“ delovanja alkoholizma, ili zato što alkoholizam još nije dostigao intenzitet kojim bi zavisnik drastično ugrožavao bazične porodične funkcije (hranjenje, stanovanje i sl.), niti intenzitet koji ozbiljno ometa majku do nivoa zapuštanja bebe ili malog deteta.

Alkoholičarska shema tzv. porodični ritam alkoholizma, odnosno sve ono što se u porodici dešava u periodima kada roditelj pije i u periodima kada ne pije, kao i to koliko često pije i kako se ponaša u pijanom a kako u treznom stanju, bitno utiče na ličnost deteta.

Mnoga istraživanja i empirijske studije (41, 42, 43, 44, idem) izdvajaju nekoliko značajnih elemenata unutar porodičnog sistema koji imaju veliki uticaj na razvoj dece:

Nekonzistentnost uloga oca (alkoholičara) i majke koja održava alkoholičarski porodični sistem. Oba roditelja se ponašaju kao nekoliko različitih individua, zavisno od faze pijenja, alkoholičarskog ponašanja najčešće oca i saučestvovanja nealkholicara (najčešće) majke. U pijanom stanju postupci alkoholičara su konfliktni, a stavovi nepredvidivi i često kontradiktorni; u treznom stanju on može da ispolji neverovatnu brigu i ljubav i često daje nerealna obećanja koja ne ispunjava; iza svega stoji priprema za sledeće pijenje. Deca se adaptiraju na ovakvo ponašanje, znaju da u apstinenciji postoje „dani darivanja“ koji su za njih optimalni dani. Međutim, bez obzira na sve, odnos sa roditeljem alkoholičarem trajno je obeležen nepredvidivošću, osećanjem nesigurnosti i nepoverenjem. Kao što roditelj alkoholičar varira između pijanog i treznog stanja, isto tako varira i supruga (odnosno majka). Naime, ona takođe u odnosu na decu ispoljava nekonzistentnost i emocija i odgovornosti. Jedan od najčešćih načina na koji majka reaguje je preterano zaštitnički stav prema deci, što zapravo nanosi štetu detetu, kroz izolaciju od spoljnog sveta, a spoljna sredina bi na ovakvu decu mogla blagotvorno da deluje. Majka, kao i otac, u periodu trajanja alkoholizma, zanemaruje svoj posao i obaveze u kući. Deca tako vremenom preuzimaju ulogu staratelja, a majka ulogu partnera i poverioca (koalicija majka - dete).

Neprirodna kratkotrajnost svakog postojećeg emocionalnog stanja, koje bi trebalo da ima trajanje i razrešenje, postupno stvara sve izrazitiju emotivnu napetost. Zbog toga ne postoji osećanje sigurnosti, čime bi se u porodici i kod dece obezbedio vremenski period mirovanja, stabilnosti i jasnih očekivanja. To bi deci omogućilo izvesnu pripremljenost i proces utemeljenja njihovih emocija. Najnepovoljnije za decu koja odrastaju u alkoholičarskim porodicama je to da i u najpovoljnijim stanjima u porodici, jedino sa punom sigurnošću može se predvideti nepovoljan nastavak i nepovoljan tok. Čak i „dani darivanja“, u kojima otac alkoholičar potkupljuje decu ispunjavanjem želja i neočekivanim i neopravdanim poklonima, koji potvrđuju odsustvo njegove procene realnosti i odgovornosti, predstavljaju pouzdanu osnovu da će kratko trajati i da će se vratiti ono haotično, agresivno, zastrašujuće događanje koje zahvata sve članove porodice. Deca počinju da se boje sopstvenih nadanja da će u porodici biti prijatno, da će se roditelji slagati, da će otac biti trezan i odgovoran, jer se nikada nisu ostvarila. Zato su i „suvi“ periodi alkoholičarskog ponašanja, koji imaju obeležja veštačke idile i služe za prevazilaženje pethodnog pijanog ponašanja kao i za pripremanje terena, stvaranje opravdanja i „alibija“ za ponovno opijanje, ispunjeni bezbroj puta potvrđenim iskustvom. Što je ovaj idilični period lepši, prijatniji čak i trajniji, to je sigurnije da će sledeći pijani period biti teži, neprijatniji, sa više tuge, straha i agresije; što je alkoholičar uspešniji u stvaranju ovih veštačkih idila, to je traumatski efekat prilikom uništenja ovog perioda teži, naročito za decu. Ova događanja u alkoholičarskom porodičnom sistemu objašnjavaju kako i zašto kod dece alkoholičara dolazi do pesimizma, bez usmerenja prema budućnosti, bez nade i bez očekivanja radosti u svom životu.

Zbog stalne nestabilnosti uloga i odnosa, u porodici alkoholičara dolazi do potpune nepouzdanosti generacijske granice. U različitim fazama alkoholizma i alkoholičarskog ponašanja oba roditelja ne mogu da održe sebe u poziciji značajnih i odgovornih roditelja. Pijani otac agresivnim ponašanjem zloupotrebljava poziciju roditelja nasilničkom dominacijom, zahtevajući punu podređenost i poslušnost svih članova porodice. Međutim, često i zbog jasne adaptiranosti („uigranosti“) supruge alkoholičara u njihov alkoholičarski sistem i zbog raznovrsnih njenih manipulacija koje predstavljaju suštinu i trajnost alkoholičarskog sistema, majka u stvari preuzima na sebe teret razrešenja takvih situacija „žrtvujući se“. ***Alkoholičarska porodica je prototip zlostavljajuće porodice sa skoro uvek prisutnim emocionalnim zlostavljanjem, a veoma je visok rizik i od ostalih vidova zanemarivanja i zlostavljanja.***

Zavisno od simbiozne prepletenosti žene i muža u alkoholičarskom braku i uzrasta dece, deca u mlađem uzrastu se više povlače u strahu. Što je više raznovrsnosti u bračnim odnosima supružnika, to su mlađa dece više zbunjena, manje razumeju i manje mogu bilo šta da urade, osim da se boje i povlače.

I pored očigledne zastrašujuće i ugrožavajuće situacije, i pored jasnih poruka o mržnji prema suprugu i ljubavi prema njima, deca iz alkoholičarskih porodica su najviše zbunjena spremnošću majke da i dalje bude u braku. Kada u adolescenciji pitaju ili nagovaraju majku da se razvede, bivaju dodatno zbunjena izjavama o braku iz ljubavi, o tome da je pijani otac ipak dobar čovek, da mu treba pomoći, da će on propasti ukoliko bude prepušten sebi. Vrlo često majka izjavljuje da je ostala u braku zbog same dece, što kod njih stvara osećaj krivice za sva trpljenja i patnje majke.

Alkoholizam majke ima daleko štetniji uticaj na razvoj deteta nego alkoholizam oca. Jedan od razloga je i specifičnost relacije majka - dete, ali isto tako važan faktor je reakcija društva na alkoholizam žene. Malo ko, pa čak ni deca ni supruga, neće za oca alkoholičara reći da je samim tim što je alkoholičar i lošiji otac, dok se za majku alkoholičarku odmah zauzima stav da je nepodobna majka.

(47) Tolerancija muževa na alkoholizam supruga nije ni približno onakva kakvu imaju supruge prema muževima alkoholičarima.

Iz tih razloga, po našem mišljenju, prva terapijska delovanja treba usmeriti na prepoznavanje, razbijanje i menjanje ovih komunikacijskih tokova, da bi se mogli stvoriti uslovi za ulazak u dublje slojeve alkoholičarskog braka.

c) Alkoholičarska porodica

Najjednostavnija definicija alkoholičarske porodice je da je to porodica u kojoj je jedan član porodice alkoholičar. Međutim, to ni izdaleka ne objašnjava specifičnosti i zbivanja u ovoj porodici, pa ćemo pokušati da ovaj pojam definišemo što je moguće sveobuhvatnije, terminima i konceptima teorije sistema.

Alkoholizam kao proces, ima osobenosti koje su značajne za porodicu i uticaj na nju. To su, prema Steinglass-u i saradnici (1987):

- Hronicitet
- Unošenje psiho-biološki aktivne supstance
- Obrazac dvostrukog ponašanja
- Predvidljivost i stereotipnost reakcija i ponašanja
- Razvojni tok tj. prirodna istorija alkoholizma.

Ove osobenosti ukazuju veoma jasno na one elemente iz biološke baze alkoholizma, koji omogućuju da započne i da se odvija njihovo neprekidno sadejstvo, sa drugim paralenim procesom koji se zove porodični život. U tu međuigru uključeni su svi članovi porodice.

Alkoholičarska porodica, kao porodični sistem u kome je jedan član alkoholičar, dakle, ima u sebi sa jedne strane pijenje i opijanje i sve ono što jednim opštim terminom nazivamo „alkoholičarsko ponašanje” kao stresni uslov, a sa druge strane ima dijadni odnos, (alkoholičarski brak), kao centralno jezgro procesa koji se zove alkoholičarska porodica (Nastasić 1998). Ovi osnovni elementi uključeni su u stvaranje i odvijanje klasičnog sistemskog procesa - homeostatskog procesa. Naime, uvođenjem pijenja i opijanja tj. alkoholizma u porodični život on (porodični život) trpi značajne promene. Izostaje, pre svega, neophodna ravnoteže između ostvarivanja razvojnih potreba pojedinaca u porodici, naspram odvijanja sistemskih regulatornih procesa. Umesto te ravnoteže pokreće se i dominira serija adaptivnih (homeostatskih) reakcija od strane supruge, pa potom i od strane ostalih članova porodice, koji se paradoksalno prilagođavaju patološkoj situaciji, čime dovode do stabilizacije, trajanja i održavanja disfunkcionalnog (i bračnog i porodičnog) alkoholičarskog sistema. Često su ti procesi stabilizacije i prilagođavanja obezbeđeni i utrougljavanjem dece. Tako formirano patološko interakcijsko ponašanje u porodici postaje rigidno, šablonizovano, predvidivo i uspostavlja se dugotrajna patološka homeostaza između pijenja i života porodice. Proces se i hronificira i intenzivira, kako u individualnim sistemima pojedinaca tako i u porodici. Nivoi porodičnog i individualnog funkcionisanja i efikasnosti se sve više snižavaju. Razvojne faze porodičnog razvoja i sazrevanja ostaju nepotpune, manjkave i iskrivljene (Nastasić 1998).

Glavne karakteristike i „simptomi” ovakvog porodičnog sistema su:

- poremećaj organizacije svakodnevnog življenja,
- neadekvatna porodična pravila,
- konfuzija i inverzija porodičnih veza i uloga,
- poremećena hijerarhija među subsistemima,
- disfunkcionalne, nejasne, isprekidane i nedosledne komunikacije,
- nestabilne, varirajuće interakcije praćene obrascima dvostrukog ponašanja odnosno, formiranjem „paktova”, „nagodbi”, „saveza” i „zavera”,
- poremećene granice sistema kako unutar porodice tako i u odnosima sa spoljnim svetom,

- izvitopereni sistemi vrednosti praćeni antisocijanim ponašanjem, što ponekad dovodi do značajnog odudaranja od ponašanja okoline i sukoba sa njom.

Ovakvi alkoholićarski porodićni sistemi se pokazuju kao stabilni i dugotrajni, bez obzira što u sebi poseduju visok nivo anksioznosti, neizvesnosti, neodređenosti i tenzije kako u emocionalnim odnosima, tako i u mentalnom sklopu pojedinih ćlanova. Promene u ovakvom sistemu su teško izvodljive, jer je ravnoteža pomećena daleko prema patologiji i vrlo stabilna.

U zdravim tzv. **normativnim porodicama** ponašanje je fleksibilnije i praćeno stabilnijim afektivitetom, sa manje neizvesnosti zahvaljujući zdravoj i uravnoteženoj mećuigri razvojnih potreba pojedinaca i regulatornih mehanizama sistema, odnosno, morfogeneze i morfostaze. Tako da i pored toga što se u spoljnoj sredini i u unutrašnjosti normalne porodice dogaćaju neminovne promene, ćesto nepredvidive, pa i nepovoljne okolnosti, koje izazivaju stres, anksioznost i tenziju, porodica je kadra da održi stanje zdrave ravnoteže, stabilnosti i regularnosti svog života.

Emocionalni odnosi u alkoholićarskoj porodici. Za porodićni život u alkoholićarskoj porodici karakteristićne su emocionalne relacije koje osciliraju od ekstremne ljubavi do krajnje mržnje, od prekida odnosa do neprekidne svaće u zavisnosti od faze alkoholizma. Najupadljivije i sa najdalekosežnijim posledicama su nedostatak bliskosti i osećanje „praznine” (Trbić 1999).

Porodićne uloge u alkoholićarskoj porodici. Porodićne uloge su izmenjene, konfuzne, bez jasnog i ćvrstog koncepta u znaćenju i izvoćenju, konvertovane (zamenjene), i jedna osoba ćesto prolazi kroz više uloga. Na ovaj naćin se decinudi pogrešan model braćno-porodićnih odnosa sa iskrivljenom hijerarhijom i neadekvatno uspostavljanim autoritetom roditeljstva.

Socijalni kontakti alkoholićarske porodice. Alkoholićarska porodica nema jasnu socijalnu vrednosnu orijentaciju, ni zdravu životnu filozofiju. Vrednosni sistem je izmenjen u zavisnosti od faze alkoholizma. On je ponekad veoma razlićit kod partnera i oni ćesto ispoljavaju „sindrom dva sveta” (Vuletić 1988). Ćlanovi porodice nemaju zajednićka interesovanja, ne provode zajedno slobodno vreme i usamljeni su; socijalni kontakti su im drastićno smanjeni, ćak i oni sa najblićom rodbinom i prijateljima. Do toga da, ako i postoje socijalni kontakti, svode se na druženja sa drugim porodicama alkoholićara.

Komunikacije u alkoholičarskoj porodici obeležava:

- nestalnost, nepotpunost, nedorečenost, nejasnost i dvosmislenost
- bezličnost i odbacivanje odgovornosti za ono što se iskazuje
- nedovoljnost ili polovičnost razmene informacija u porodici, tako da nema dijaloga, dogovora, niti zajedničkog planiranja.

Ova obeležja proizvode loše uspostavljanje povoljnog odnosa sa realitetom svih članova porodice i loše razjašnjavanje realiteta u kojem se živi. Ovaj loš odnos sa realnošću svakodnevnog života otežan je i članovima porodice, tim više što alkoholičar ne stoji iza onog što govori, pa ono što upravo govori i nema posebne veze sa onim što je govorio pre nekoliko minuta ili pre nekoliko dana; da stvar bude još gora on je „uvek u pravu“ i „istina“ je ono što on kaže. Sve je krajnje nejasno, neizvesno i nedokučivo i zavisi od njegovog stanja opijenosti ili treznosti i od postojeće porodične situacije. Posebna i skrivena sadržina svake alkoholičarske poruke, bez obzira na formalno-sadržajna obeležja dodatno otežava uspostavljanje povoljnog međusobnog odnosa - s jedne strane, kao i razjašnjavanja realnosti u kojoj žive - s druge strane. Naime, formalno-sadržajno obeležje komunikacije služi faktički samo za održavanje alkoholičarskog ponašanja i ponovno opijanje, kao stalno prisutnog cilja svih alkoholičarevih komunikacija i manipulacija. Komunikacija supruge vremenom vrlo konsekvnetno prati muževljeve komunikacione obrasce i promene stanja muža alkoholičara. U taj proces sve više se uključuju i deca iz ovih porodica.

U skladu sa sistemskim konceptima, zna se da se u svim porodicama mogu izdvojiti tri kategorije porodičnih repetitivnih ponašanja neophodnih za opstajanje porodice u realitetu. Ova ponašanja porodici omogućuju obavljanje osnovnih i razvojnih potreba, omogućuju joj adaptiranje i čuvaju zdrav ekvilibrijum. Istraživačima i terapeutima kroz opservaciju ovih ponašanja omogućen je pogled u dublja zbivanja odnosno u porodične regulatorne mehanizme (Steinglass 1987, Nastasić 1998). To su:

1) **Dnevne porodične rutine** - obezbeđuju formu i strukturu svakodnevnog života u porodici: ciklus spavanje - budnost, priprema obroka, jedenje, kućni poslovi, kupovine i sl. Oni opet, sa svoje strane, daju konstantnost porodičnoj unutrašnjoj sredini. Dom - kuća i vidljiva zbivanja u njoj su najkonkretniji reprezentant mehanizama u unutrašnjosti porodice. To u mnogome daje osećanje reda, ili haotičnosti, distance ili topline itd.

Ova kategorija združenog porodičnog ponašanja je u alkoholičarskoj porodici bitno poremećena, ali nije pronađena specifična patološka forma karakteristična za alkoholičarsku porodicu.

2) **Porodični rituali** smatraju se prenosiocima porodične kulture kroz generacije. Tu spadaju: religijske proslave, porodične proslave i tradicije, praznici, godišnji odmori, slobodno vreme i sl. Poređenje normativnosti ritualnog ponašanja vrše se prema sledećim dimenzijama:

- stepen ortodoksnosti rituala u porodičnom životu
- rigidnost izvođenja ritualnih uloga
- svesnost značaja i značenja rituala (intencionalnost).

Ova treća dimenzija se najčešće i najviše gubi kod alkoholičarskih porodica, jer alkoholizam ometa značenje svesnosti, pa time i dubokog smisla rituala.

3) **Kratkoročno rešavanje problema** je interakcijski mehanizam ili obrazac ponašanja koji se pojavljuje kada treba sačuvati unutrašnju porodičnu stabilnost, u momentima kada je ona ugrožena spoljnim izazovima i teškoćama (napad na člana porodice, gubitak, nesrećni slučaj, zatvor jednog člana porodice, gubitak posla itd.). Porodica tada aktivira kompleksnu epizodu ponašanja da uspostavi smirenost ili stabilnost. Naglašava se termin epizoda, jer su ova ponašanja jasno odeljena od drugih ponašanja u porodici, zatim su emocionalno intenzivna i pri tom su ta ponašanja specifična, jedinstvena gotovo za svaku porodicu. Mnoga od ovih ponašanja izgledaju i samo-korektivna u težnji da se uspostavi ravnoteža. Kada se to dogodi ovaj oblik ponašanja se povlači u pozadinu, a slede neki drugi oblici ponašanja. I u normativnim porodicama ove se epizode ne stvaraju uvek *de novo* kada naiđe teškoća. Sve porodice tokom vremena razviju svoj karakteristični stil kratkoročnog rešavanja problema, koji mora da ima određenu stereotipnost, svojstvenu emocionalnu reaktivnost i ekspresivnost i zahteva drugačiju unutrašnju kohezivnost dok traje. Potom se svi ti elementi povlače i ponašanje se vraća u stare „kanale”.

U alkoholičarskoj porodici neprekidno se odvijaju ciklusi treznost - opijanje i oni postaju prerovlađujući oblici epizoda kratkoročnog rešavanja problema. Na taj način stvarni problem ostaje u pozadini i manje bitan. Stvarni problemi se ne rešavaju, kumuliraju se, prikivaju i negiraju (vidi - faze anulacija, eliminacija, pseudo-rešenja). Time se fiksira obrazac dvostrukog ponašanja i komuniciranja u porodici.

Uticaj alkoholizma na izmene ova tri regulatorna mehanizma u porodici sagledava se kroz **koncept invazije** (Steinglass 1987), kojim se naglašava da izmene i ispadi u izvođenju regulatornih mehanizama ne moraju do kraja biti izvedene, već postoje tri mogućnosti ili tri stepena:

- Prvi stepen - događaju se samo minimalne izmene u izvođenju regulatornih ponašanja

- Drugi stepen - pojavljuju se bazične nepodobnosti u reagovanju, ali porodica još uvek štiti normativnost regulatornih mehanizama
- Treći stepen - postignuto je prilagođavanje, odnosno regulatorni mehanizmi su bitno „nagriženi” i restrukturisani, prema potrebama alkoholičara.

U tom smislu, izmena dnevnih rutina ogleda se u intenziviranju izvođenja da bi se izbegli uticaji i ometanja od strane alkoholičara, ali bez obzira što one predstavljaju vitalne aspekte svakodnevnog života, „invazija” akoholizma dovodi do toga da se članovi porodice u oblikovanju dnevnih rutina sve više prilagođavaju alkoholičarevom obrascu, a ne on njihovom.

Invazioni procesi alkoholizma na porodične rituale postepeno vode od ometanja ovih događaja, preko gubljenja simboličnosti za porodicu u njima, do potpunog prekidanja tradicija, proslava i praznika. Sa druge strane, ako se rituali i odvijaju, s obzirom da su skoro obavezno praćeni pijenjem alkohola, oni gube kategoriju svesnosti i smisla, pa bivaju povod za jačanje alkoholičarskog identiteta, što može biti od presudnog značaja za transgeneracijsku transmisiju alkoholizma.

Najdrastičnije su izmenjene (i ta izmena ima najvažniji uticaj) epizode kratkoročnog rešavanja problema, jer invazija ovog regulatornog procesa dovodi do jasne odeljenosti ili rasepa između ponašanja vezanog za treznost alkoholičara (odnosno za mogućnost prepoznavanja i rešavanja realnih problema), i onog drugog, vezanog za njegovo pijano - intoksicirano ponašanje, kada je to ponašanje problem sam-po-sebi i realni problemi se negiraju, anuliraju i njihovo kumulativno delovanje ima značenje povratne sprege za stvaranje još većih problema.

Taj jasan rasep pokazuje *koegzistenciju dva realiteta* i kod članova porodice, pri čemu to može takođe biti na raznim nivoima svesnosti, kao i kod alkoholičara. U tome se ogleda potpuna adaptacija članova porodice (pre svih supruge) na potrebe i zahteve alkoholizma i spremnost za dvostruko ponašanje, odnosno veću ili manju dvojnost u skoro svim aspektima psihološkog funkcionisanja (emocionalnog, kognitivnog i bihejvioralnog). Ono što je daleko češće i samim tim dalekosežnije i mnogo štetnije, ova dvojnost izražena je i u etičkom smislu, što se ispoljava kao dvostruki moral, odnosno, kao antisocijalno ponašanje u mnogim vidovima.

d) Deca iz alkoholičarskih porodica

U atmosferi i kontekstu u kojoj odrastaju, deca iz alkoholičarskih porodica se

ponašaju kao da ne smeju da ostvare poverenje ni u jednog roditelja, jer će biti izneverena i odbačena baš kada im je najpotrebnije prihvatanje i podrška; s druge strane, da bi održali bilo kakav povoljan odnos sa bilo kojim od roditelja, deca moraju neprekidno da primenjuju korekciju svoje predstave o roditeljima u sopstvenoj svesti. I sami roditelji vrše neprekidni pritisak na svoju decu da ih prihvate onako kako bi samim roditeljima odgovaralo. Formalni elementi agresivnih zahteva i ucene roditelja su gotovo konstantno prisutni.

Psihološki i psihijatrijski problemi koje najčešće ispoljavaju adolescenti iz alkoholičarskih porodica su: socijalna izolovanost, povišena napetost, takmičarstvo među braćom i sestrama, zavisnost, socijalna agresivnost, paranoidnost, amoralno ponašanje, suicidalni gestovi, 80 % pokušaja samoubistava u adolescenciji čine deca iz alkoholičarskih porodica, acting-out ponašanje, kršenje normi ponašanja (Vuletić 1988), niži intelektualni i saznajni nivo, lenjost, nesiguranost, stereotipnost.

Istraživanjem predstava sebe (self-koncept) potvrđen je nizak nivo samopoštovanja, osećaj neadekvatnosti, inferiornosti i nevoljenosti kod dece alkoholičara, uz doživljaj porodice kao nepotpune i manje vredne (prema Vuletić 1988).

Istraživači alkoholičarskih porodica su utvrdili postojanje određenih uloga ili obrazaca ponašanja dece iz alkoholičarskih porodica, koji jasno služe održavanju porodice, kao dopuna potrebama disfunkcionalne porodice, a ne za bogaćenje sopstvene ličnosti niti za sopstveni psihosocijalni razvoj.

Vegšajder je 1976. i 1980. godine (prema Gačić 1988, Vuletić 1988) istraživala odnose i uloge dece u 400 alkoholičarskih porodica i utvrdila je postojanje četiri uloge, koje jasno služe samoodržanju alkoholičarske porodice.

Porodični junak („heroj“, „beli vitez“) je obično najstarije od dece; u stvari, predstavlja dete sa prevremenim preuzimanjem odgovornosti, „starmali“ za obavljanje ne samo sopstvenih obaveza u skladu sa uzrastom, već i za preuzimanje funkcije roditelja: čuvanje mlađe braće i sestara, obavljanje porodičnih poslova i obaveza. Uzima u zaštitu mlađu decu i ubedljivo doprinosi održanju disfunkcionalne porodične strukture u kojoj roditelji ne obavljaju svoje dužnosti. Ova deca su preozbiljna, presavesna, suviše zrela, bez druženja sa grupom vršnjaka, bez dovoljno komunikacija u slobodnom vremenu sa osobama suprotnog pola. Odličan uspeh u školi je nadoknada za ono što ne dobija u porodici; iz porodice nosi stalnu potrebu da čini za drugoga, da štiti druge i da dobija socijalne pohvale za svoje požrtvovano i odgovorno ponašanje. Odrastanjem nastavlja da bude organizator tuđih života, bira profesiju u skladu sa staranjem za druge i pomaganjem drugima (vaspitač, lekar, socijalni radnik). Svojim uspešnim

ponašanjem obezbeđuju tajnost porodičnog disfunkcionalnog sistema, jer svojim socijalnim uspesima i ponašanjem prikazuju fasadu idealne porodice.

I pored osmišljenog životnog sistema, sa visoko postavljenim ciljevima, pate od osećanja neadekvatnosti i depresije. Češće su u pitanju devojčice i po pravilu kada odrastu stupaju u brak sa alkoholičarem (Nastasić 1998), potvrđujući i na taj način neuspeh u prevazilaženju obrazaca koje je nametnula alkoholičarska porodica. **Crna ovca** („gubitnik“, „crni vitez“) je često drugorođeno dete u porodici. Od prvih dana života postaje „dete-problem“. Stvaranjem problema brzo nauči da privuče pažnju roditelja i tako održava njihovu zajedničku usmerenost prema drugim članovima porodice, prekidajući njihove međusobne sukobe i nudeći sebe i svoje probleme kao centralnu temu. U početku su to dečiji nestašluci, zatim šteta koja se nanosi drugima, pa neuspeh u školovanju i postupni prelaz na devijantno ponašanje; oni beže iz škole, ne uspevaju u učenju, tuku se, učestvuju u maloletničkom kriminalu i beže od kuće. Veoma često se uključuju u grupe i u ponašanja povezana sa alkoholom i drogom. Ovakvim ponašanjem sin/kćerka dobijaju mnogo više pažnje i staranja nego porodični junak, čime zapravo pomažu održavanju zavisnosti u porodici i prenošenje zavisnosti u sledeću generaciju.

Žrtveno jare („dežurni krivac“) je usamljeno i povučeno, odbačeno i neprimetno; autsajder u porodici na koga roditelji ne obraćaju pažnju. Tokom razvoja ovakvog deteta roditelji su suviše zauzeti sopstvenim sukobima. Očigledne su teškoće u socijalizaciji i u uspostavljanju kontakata; u prisustvu grupe vršnjaka se povlači, sam se igra, mirno i nevidljivo za druge. Uglavnom ispunjava obaveze koje mu postavljaju drugi; nedostaje mu samoodređenje, nema lične inicijative, lako mu se nameću stavovi i dozvoljava da mu se određuje izbor. Izražen je osećaj sopstvene beznačajnosti i neupotrebljivosti; nema drugove, deca ga ne posećuju, niti on odlazi u posete drugoj deci. Ostvaruje minimum školskih obaveza.

Ispoljava nisko samopoštovanje, a tokom odrastanja postaje usamljenik i osobenjak.

Porodična luda, „glupi avgust“, podseća na žrtveno jare jer privlači pažnju roditelja ponašanjem; ponaša se neozbiljno, neodgovorno, kao klovn, zabavljajući porodicu. Tako skreće pažnju sa mnogo ozbiljnijih porodičnih teškoća. Sin/kći koji ovakvim ponašanjem i ulogom deluje razigrano i veselo, često biva proglašen hiperaktivnim ili glupavim i nesposobnim za školovanje; očigledno je izbegavanje bilo kog oblika lične odgovornosti. Roditelji obilaze različite stručnjake koji bi trebalo da smire i „izleče“ nevasпитano, živahno i nemirno dete, zapostavljajući osnovni problem porodice, alkoholičarski sistem.

Blek (Black 1979) je takođe osmislio tipologiju dece alkoholičarskih porodica. Međutim, njegova uloga odgovorne osobe u porodici u potpunosti odgovara porodičnom heroju Vegšajderove. Ali, sledeća dva tipa predstavljaju proširenje repertoara uloga koje preuzimaju deca iz alkoholičarskih porodica, da bi ona sama opstala u porodičnom sistemu i da bi istovremeno učestvovala u održavanju tog sistema.

Prilagodljiva deca su svakodnevno izložena velikim promenama u ponašanju roditelja; jednog dana majka napušta oca, a sutra su u medenom mesecu, jer je otac obećao da više nikada neće piti. Takvu decu ništa ne može iznenaditi, ona se lako prebacuju iz jedne situacije u drugu; veoma su prilagodljiva i snažljiva za brojne socijalne situacije. U stvari su pasivno prilagodljivi, izbegavajući ulaganje ličnih napora i postavljanje sopstvenih stavova i ciljeva; tokom odrastanja dopuštaju drugima da manipulišu njima. Međutim, iza ovoga stoji nedostatak samopoštovanja i odustajanje od upravljanja sopstvenim životom. Po pravilu nalaze alkoholičara za partnera, te tako nastavljaju stalno igranje uloge prilagođavanja ponašanju drugoga.

Utešitelji su deca iz alkoholičarskih porodica sa jako izraženom potrebom da ublažavaju sukobe, da mire, i zato razvijaju sposobnost da pomažu drugima. Utešitelj sve čini za oca i za majku i preuzima njihove kućne obaveze; sluša ispovesti pijanog oca i pruža podršku majci; oseća da pate oba roditelja i zato pokušava da im pomogne. Razvija sposobnost razumevanja drugih, podređuje se drugima, sluša ih i pomaže im. To je posebno osećanje moći nad drugima, saosećanje za tuđu patnju i samopotvrđivanje kroz posvećenost drugome. Razvojem ne stiče sposobnost ostvarenja sopstvenih potreba, želja i ciljeva; zbog odsustva samousmerenosti ne mogu da se snađu sami sa sobom, pa vremenom postaju alkoholičari.

OPŠTI PRINCIPI DIJAGNOSTIKOVANJA ALKOHOLIZMA

U dijagnostikovanju zavisnosti od alkohola najegzaktniji i najjasniji su medicinski kriterijumi, ali poodavno je poznato da oni nisu niti jedini, niti dovoljni za prepoznavanje i dijagnostikovanje alkoholizma. Drugim rečima, medicinski poremećaji i medicinske posledice nisu jedini elementi alkoholizma. Zbog toga dijagnostikovanje alkoholizma nije i ne treba da bude i niti da ostane samo medicinski postupak, bez obzira na to da je alkoholizam u svojoj suštini biološka činjenica odnosno, bolest.

Kompletno razumevanje drugačijih dijagnostičkih i terapijskih kriterijuma i zahteva, koji se jasno nameću zbog kompleksnosti alkoholizma kao zavisnosti, kao kompleksnog poremećaja i kao bolesti, može se postići uključivanjem sistemskih principa, u kliničkom radu, tj. i u procesu dijagnostikovanja.

Alkoholizam se ne shvata kao poremećaj koji je određen samo svojstvima, odnosno odlikama pojedinca i zbivanjima samo u njemu/njoj.

Alkoholizam se vidi kao poremećaj interakcija u sistemu. Njegovo započinjanje, trajanje i održavanje je moguće zbog postojanja međugre ili interakcije alkohola sa elementima sistema.

Između svih ovih elemenata sistema odvija se određena sinhronizacija međusobnog uticaja sa ciljem da se očuva korišćenje alkohola (pijenje) i istovremeno da se očuvaju navedeni elementi sistema i odnosi u njima uz postojanje pijenja alkohola, pa čak i postojanje alkoholizma kao teškog oblika pijenja alkohola (Nastasić 2004).

Moguće je nastajanje hipersinhornizacije u međusobnom preplitanju ovih faktora čime se omogućuje brzo i kontinuirano stvaranje alkoholizma u sistemu, npr. nekom individualnom ili porodičnom sistemu. U sistemskom smislu govorimo o procesima prilagođavanja ili o patološkoj stabilnosti (homeostazi) sistema.

Sistem funkcioniše na sve nižem nivou, ali sa druge strane, adikcija kao poremećaj interakcija održava elemente sistema na okupu, odnosno sistem kao celinu i održava njegovu patološku stabilnost.

Ta interakcijska komponenta alkoholizma povezana je i najznačajnija zbog postojanja intenzivnih međusobnih emocionalnih odnosa članova porodice,

koji su ključni za odvijanje homeostatskih procesa (procesa prilagođavanja) u porodici. Razumevanje ovih procesa u porodici od ključnog je značaja za lečenje alkoholizma uz učešće porodice, ali od značaja su i interakcije pojedinca sa vanporodičnim grupama, koje se pokazuju kao ključne za proces nastajanja i održavanja adikcija.

Imajući u vidu sve do sada iznete podatke o kompleksnosti alkoholizma kao bolesti zavisnosti, sa aspekta uzroka i patofiziološkog supstrata, a držeći se medicinskog modela, postaje jasno da je i dijagnostikovanje alkoholizma, da bi se mogla adekvatno primeniti farmakoterapija po principima medicinskog modela, veoma zahtevan i kompleksan proces (Stanković, Trbić, Nastasić, Mladenović 2009).

Elemente dijagnoze alkoholizma čine i poremećaji socijalnog ponašanja i poremećaji porodičnih odnosa, koji su poodavno uvršteni u sastav dijagnoze alkoholizma. Prepoznavanje i dijagnostikovanje poremećaja socijalnog ponašanja stvaraju mogućnost ranijeg otkrivanja i ranijeg početka lečenja.

Međutim, to podrazumeva postojanje jednog aktivnijeg stava i kompleksnijeg pristupa u postavljanju dijagnoze.

Savremeno dijagnostikovanje alkoholizma treba da bude shvaćeno i treba da se odvija kao **aktivan proces**, koji ima svoj početak, svoju metodologiju, trajanje i ishod. Primenjuje se metodologija »pravljenja mozaika« od nekoliko klasa elemnata koji čine kompletnu dijagnozu alkoholizma, kao kompleksne bolesti pojedinca i porodice. Aktivizam u procesu dijagnostikovanja ogleda se i u stavu da je neophodno formulisati prognozu bolesti i napraviti izbor načina lečenja. Na kraju ovog i ovakvog dijagnostičkog procesa treba da se nalazi jasan i konkretan predlog za lečenje koji se naziva **neformalni terapijski ugovor**.

Ovaj **proces** je multidimenzionalan, i podrazumeva sagledavanje i analiziranje funkcionisanja pojedinca u više različitih sistema:

- Funkcionisanje individualnog sistema ili sistema pojedinca i to kroz razmatranje telesnog, psihološkog i socijalnog stanja osobe, prateći pritom i razvojnu dimenziju alkoholizma tj. prirodnu istoriju alkoholizma (v. tabela prirodna istorija alkoholizma).
- Funkcionisanje porodičnog sistema - sa aspekta porodičnih odnosa i uloga pojedinaca u porodici (dakle, ne samo pacijenta), ali takođe i sa aspekta prilagođavanja ostalih članova porodice zavisničkom pijenju i opijanju.
- Na kraju, razmatra se i socijalni sistem i šire socijalno funkcionisanje pre

svega radno (profesionlano), zatim i u širem socijalnom okruženju - nasilje, delinkvencija, kriminalitet i kompleksan proces disocijalizacije.*

Ovaj **dijagnostički proces** može se odvijati u više raznorodnih institucija/ustanova npr. kod lekara opšte medicine u Primarnoj Zdravstvenoj Zaštiti (PZZ), kod psihijatra u specijalizovanim psihijatrijskim ustanovama, u Centrima Za Socijalni Rad (CZSR), socijalno-psihološkim službama u Radnim Organizacijama i dr. Nekad se to odvija kao pojedinačna intervencija, a ponekad kao serija ili sled intervencija u kontinuitetu u jednoj ustanovi. Konačna dijagnoza mora da predstavlja integraciju svih prikupljenih podataka i »stvaranje mozaika«. Najčešći i uobičajeni »startni prilaz« ili početak dijagnostikovanja može biti:

- putem ciljanog »skrininga«,
- putem medicinskih pregleda u lekarskim ordinacijama, i
- putem DIJAGNOSTIČKO-MOTIVACIONOG INTERVJUA uz uključivanja članova porodice i drugih pojedinaca ili delova socijalnog sistema pojedinca.

Iz didaktičkih razloga u ovom procesu mogu se označiti faze ili globalni redosled događaja:

- faza skrininga i identifikacije problema,
- faza dijagnostikovanja alkoholizma u zdravstvenim ustanovama,
- započinjanje lečenja,
- određivanje vrste lečenja,
- faza evaluacija terapijskog procesa i
- faza produženog lečenja.

Faza identifikacije

Faza identifikacije i skrininga često započinje i pre kontakta sa lekarom (bilo opšte prakse ili sa psihijatom). Početak identifikacije može biti označen pojavom neke vrste ozbiljne ili dekompenzovane »krize u sistemu« alkoholičara ili u sistemu oko alkoholičara.

Konkretno se to ogleda u onome što se naziva **neposrednim povodom** za neku vrstu intervencije, koja ne mora biti striktno medicinska.

Dakle, radi se o »događajima« koji se mogu identifikovati i izvan zdravstvenih ustanova.

Tu spadaju:

1. Događaji iz domena pojačane socijalne vidljivosti alkoholizma, kao što su:

- radna neefikasnost i prekršaji radne discipline,
 - više puta ponavljana vožnja pod uticajem alkohola,
 - tuče i drugi ispadi na javnom mestu,
 - višestruko ponavljano bračno i porodično nasilje,
 - ozbiljne pretnje ili nasrtaji na integritet drugih osoba ili demoliranje stvari ili objekata.
- Ova vrsta identifikacije može se dogoditi i u ranoj fazi zavisnosti, ali nažalost mnogo češće potrebno je višestruko ponavljanje ovakvih »događaja« da bi usledio pritisak i zahtev za lečenje.

2. Događaji iz oblasti porodičnih posledica alkoholizma, kao što su:

- bračne disfunkcije,
- zahtev za razvod,
- zlostavljanje i nasilje nad suprugom i
- zanemarivanje i zlostavljanje dece sa mogućnošću pojave simptoma ili ozbiljnog oštećivanja dece.

Dakle, radi se o »događajima« koji se odvijaju izvan zdravstvenih ustanova i u ovakvim situacijama od značaja je stručnost i aktivnost drugih eksperata, odnosno, zdravstvenih saradnika (psihologa, socijalnih radnika, defektologa), kao i pravnika u RO, sudija, policajaca koji će »povezati« pacijenta i njegovu porodicu sa zdravstvenom ustnovom, odnosno ustanovom za lečenje.

3. Događaji iz oblasti zdravstvenih oštećenja, koji se registruju u zdravstvenim ustanovama, kao što su:

Telesni ili psihijatrijski poremećaji kod zavisnika, npr:

- epileptički napadi,
- cerebro vaskularni insulti,
- ciroza jetre,
- povrede u saobraćajnim udesima ili druge povrede,
- teže intoksikacije alkoholom,
- pokušaji suicida ili samopovreivanja koji ga/je dovode u neku zdravstvenu ustanovu.

Identifikacija zavisnosti od alkohola u ovakvim medicinskim slučajevima ne bi trebalo da bude teška. Dijagnoza se često medicinski i uspostavi prilikom pružanja medicinske pomoći (konkretno rečeno dijagnoza se napiše i potpiše na otpusnoj listi), ali lekari iz ovih ustanova najčešće ne zauzimaju proaktivan stav prema napisanoj i potpisanoj dijagnozi alkoholizma i ne zauzimaju decidan

stav o obaveznom javljanju u ustanovu za lečenje alkoholizma. Sličan odnos postoji i u ustaovama primarne zdravstvene zaštite. Preopterećeni lekari opšte medicine četo izbegavaju da dijagnostikuju i verifikuju, ponekad sasvim očigledan alkoholizam.

Faza dijagnostikovanja alkoholizma u zdravstvenim ustanovama

Faza dijagnostikovanja alkoholizma u zdravstvenim ustanovama u stvari ima odlike tradicionalnog medicinskog dijagnostikovanja i može se smatrati »postavljanjem dijagnoze u užem smislu«. Ona ne predstavlja skup ili zahtevan proces i najčešće se može obavljati i u vanbolničkim uslovima (primarna zdravstvena zaštita, psihijatrijski dispanzer, centri za mentalno zdravlje), ali bi trebalo da se sprovodi na aktivan način i da dovede do započinjanja lečenja. Zbog toga, osim klasičnog medicinskog pretraživanja i psihijatrijskog pregleda, neophodno je da se u ovom procesu sagleda i interakcijski, odnosno porodično sistemski aspekt dijagnoze. To podrazumeva prisustvo pregledu i drugih za pacijenta značajnih osoba (članovi porodice). To je nužno da bi se dobili validni hetero-anamnestički podaci, ali i da bi se započelo ili nastavilo dalje produbljenje prikupljanje podataka o pijenju i posledicama pijenja, čime se postiže terapijsko »pritiskivanje«, »kriziranje« ili »razbijanje« sistema oko zavisnika, koji je on dugo i uspešno kontrolisao i održavao. Intervju koji se vodi mora da sadrži elemente cirkularnog postavljanja pitanja radi simultanog prikupljanja anamnestičkih podataka i terpijskog i motivacionog intervenisanja za prihvatanje lečenja. Dakle, za takav intervju neophodno je odvojiti vreme (ne više od 30 min), ali i ovladati veštinama istovremenog konfrontiranja pacijenta i pridobijanja za lečenje. Dodatni dijagnostički zahtevi su izrazito medicinskog karaktera i vezani su za analiziranje i dobru procenu intenziteta i karaktera apstinencijalnog sindroma i uz to i procenu eventualnog psihijatrijskog komorbiditeta. Ovaj postupak dijagnostikovanja ponekad traži obavljanje nekoliko intervju/pregleda i dodatne medicinske pretrage, a trebalo bi takođe da se okonča sklapanjem neformalnog »terapijskog sporazuma« o lečenju sa pacijentom i njegovom porodicom.

A. Individualni nivo dijagnoze

A.1. Dijagnostički kriterijumi

Pošto se utvrdi da pojedinac ima probleme udružene sa konzumiranjem alkohola, pristupa se klasifikovanju dijagnostikovanog tipa poremećaja. U tom smislu na

raspolaganju su dva klasifikaciona sistema i tabela definisanih obrazaca pijenja koja je deskriptivnog karaktera.

Tabela xx. Definisani obrasci pijenja

Umereno pijenje	- Za muškarce manje od 2 ili 2 pića na dan - Za žene do 1 pića na dan - Za starije osobe oba pola manje od jednog pića na dan
Rizično (prekomerno) pijenje (nosi rizik po zdravlje)	- Za muškarce više od 14 pića nedeljno ili preko 4 - 5 pića tokom određene situacije - Za žene više od 7 pića nedeljno ili tri pića tokom određene situacije - Učestale intoksikacije (oba pola)
Štetno pijenje (ukoliko je konzumiranje alkohola dovelo do somatskih ili psiholoških poremećaja)	- Jasni dokazi o tome da je alkohol odgovoran za takve poremećaje - Identifikovana priroda štetnog efekta pijenja - Konzumacija alkohola perzistira najmanje mesec dana ili se ponavlja tokom proteklih godinu dana - Osoba nije zavisna od alkohola
Zloupotreba alkohola (prisustvo jednog ili više sa alkoholom udruženih problema tokom jednogodišnjeg perioda)	- Nesposobnost obavljanja posla i ličnih obaveza u školi, na poslu ili u kući - Ponavljana pijenja u potencijalno opasnim situacijama - Problemi sa zakonom zbog alkohola - Kontinuirana upotreba uprkos njegovom uticaju na socijalne i personalne odnose u smislu postojanja problema

Modifikovano iz O' Connor i sar. (1998)

Prvi klasifikacioni sistem naziva se Internacionalna klasifikacija mentalnih poremećaja, deseto izdanje (International Classification of Mental Disorders, Tenth Edition - ICD-10), odnosno MKB-10 (srpska verzija), publikovan 1992. godine od strane Svetske zdravstvene organizacije (SZO).

Drugi je Dijagnostički i statistički priručnik mentalnih oboljenja, četvrto izdanje (The Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, Fourth Edition – DSM IV), Američke psihijatrijske asocijacije (APA), izdato 1994. godine.

Alkoholna zavisnost definisana je na sličan način u obe klasifikacije. Jedina razlika je što je u ICD-10 ponuđeno šest, a u DSM-IV sedam kriterijuma, a potrebno da bude prisutno minimum tri kriterijuma koji traju tokom perioda od 12 meseci. Dijagnoza podrazumeva prisustvo definisanog klastera psiholoških simptoma (npr. fenomen žudnje), fizioloških znakova (npr. tolerancija, apstinencijalni simptomi) i bihevioralnih poremećaja (npr. uzimanje alkohola

u cilju redukcije apstinencijalne nelagodnosti) - vidi prilog. Međutim, za razliku od DSM - IV u kojoj se koristi termin alkoholni abuzus, u ICD - 10 ova dijagnostička kategorija nazvana je štetna upotreba (harmful use) i obuhvata problematično pijenje koje dovodi do fizičkih ili mentalnih poremećaja, uz odsustvo fenomena zavisnosti. Dakle, dijagnoza štetne upotrebe ne podrazumeva obavezno prisustvo poremećaja u socijalnoj sferi, probleme sa zakonom niti konzumiranje u okolnostima koje su štetne po zdravlje (za razliku od abuzusa u okviru DSM - IV).

Dijagnostički kriterijumi za zavisnost i štetnu upotrebu alkohola

F10.1. Štetna upotreba alkohola (MKB - 10)

a) Način upotrebe supstanci koji dovodi do oštećenja zdravlja. To oštećenje može biti organsko (npr. ciroza jetre) ili mentalno (npr. povremeni depresivni poremećaj zbog prekomernog pijenja alkohola). Dijagnoza zahteva da aktuelno oštećenje utiče na kvalitet fizičkog ili mentalnog zdravlja osobe koja pije.

b) Model upotrebe supstanci ne zadovoljava kriterijume za dijagnozu zavisnosti od alkohola.

F10.2 Sindrom zavisnosti od alkohola (MKB - 10)

- a) Jaka želja ili nagon za pijenjem;
- b) Teškoće u samosavladavanju ako osoba pokušava da prestane da pije, ili u kontroli količine popijenog alkohola;
- c) Stanje fiziološke apstinencije kad se prestalo s upotrebom alkohola ili ako je smanjena količina, što se ogleda u karakterističnom apstinencijalnom sindromu (vezano za alkohol ili slične supstance), s namerom olakšavanja ili ublažavanja sindroma alkoholne apstinencije;
- d) Dokaz tolerancije, kao što je povećanje količine alkohola koja se zahteva da bi se ostvarili efekti postignuti pijenjem manjih količina alkohola (jasni primeri za ovo uočavaju se kod onih zavisnika od alkohola koji su uzimali dnevne količine dovoljne da onesposobe ili ubiju umerenog potrošača);
- e) Progresivno zanemarivanje alternativnih užitaka ili interesa uzrokovanih pijenjem; više vremena utrošeno da bi se došlo do alkohola, da bi se pilo ili oporavilo od efekata pijenja;

f) Nastavljanje s pijenjem alkohola uprkos jasnim dokazima o štetnim posledicama, kao što je oštećenje jetre zbog prekomernog pijenja ili depresivno raspoloženje, koje je posledica razdoblja prekomernog pijenja alkohola. Treba uložiti napor da osoba koja prekomerno pije postane svesna prirode i opsega oštećenja.

* Definitivna dijagnoza zavisnosti postavlja se samo ukoliko su tri ili više sledećih kriterijuma bili izraženi tokom prethodnih godinu dana.

U čisto medicinskom razmatranju alkoholizma korišćemo pristup koji alkoholizam vidi kao kompulsiju, prinudu da se alkohol uzima i da se nastavi sa uzimanjem i pored postojanja telesnih, psihičkih i socijalnih posledica, dakle kao bolest koja ima odlike samointoksikacije. Ovakav koncept podrazumeva jasno izdvajanje simptoma prve faze, tzv. **pretoksikomanske (preadiktivne) faze**, a to su:

- **psihološka zavisnost** - potreba da se alkohol uzme da bi se neki postupak ili posao lakše obavio (telefoniranje, polaganje ispita, razgovor sa devojkom ili sa šefom itd.),

- **povišena tolerancija** - može se popiti veća količina alkohola nego ranije ali bez efekta opijenosti ili euforije.

Ova simptomatologija karakteristična je za dva tipa pretoksikomanskog alkoholizma (po Jelineku):

- „**alfa**” **tip** kod kojeg postoje znaci psihološke zavisnosti, sa povremenim retkim ekscesivnim pijenjem do intoksikacije (opijanja), sa nekontrolisanim ponašanjem, ali bez gubitka kontrole. Takođe se registruje postepeni porast tolerancije na alkohol.

- „**beta**” **tip** kod kojeg postoji svakodnevno uzimanje neke povećane količine alkohola, ali bez gubitka kontrole. Međutim, pojavljuju se telesna oštećenja (jetre, hipertenzija, polineuropatija)

Sledeća faza u razvoju alkoholizma je tzv. toksikomanska faza koja predstavlja fazu razvijene kompletne telesne zavisnosti od alkohola, a to znači stanje potpune neuronalne adaptacije organizma na alkohol. U potpunosti su narušeni prirodni metabolizam i ravnoteža organizma. Kada se prekine sa unošenjem alkohola pojavljuje se simptomatologija apstinencijalnog sindroma.

U ovoj fazi potpuno su razvijena četiri ključna klinička simptoma zavisnosti od alkohola:

- **prekid filma ili palimpsest amnezija** koja može imati oblik tzv. benignog prekida filma (najčešće kod adolescentnog opijanja) i ne predstavlja znak telesne zavisnosti od alkohola. Drugi oblik je maligni prekid filma, koji označava simptom prave telesne zavisnosti. Dakle, u fazi ekscesivnog pijenja i intoksikacije alkoholom pojavljuje se nesećanje za jedan deo perioda u kojem se opijanje dogodilo. U početku se to događa samo kod izrazito velikih količina alkohola i relativno retko, a kasnije sve češće i na manje količine popijenog alkohola. Na kraju to se događa gotovo kod svakog ekscesivnog pijenja.

- **gubitak kontrole nad pijenjem**, koji se klinički ispoljava kao „fenomen prve čaše”. To znači da zavisnik od alkohola, kad započne sa pijenjem nije u stanju da „popije malo ili umereno”, već „pije do opijanja ili do svoje doze”, dakle ne može više. Taj simptom ima svoj razvoj i povećavanje u intenzitetu ispoljavanja. Naime, ne ispoljava se od samog početka u punom obliku. Najpre se prepoznaje kao nastavljanje pijenja „solo” i posle završetka „sedeljke” („samo još jednu”), sa mogućnošću da se ponekad pred značajnim osobama (otac, šef i dr.) održi „kontrola”, međutim često se potom „nadoknadi” (ili se uopšte ne pije u toj situaciji). Kasnije je svako pijenje praćeno opijanjem, a često i agresivnim ponašanjem.

- **nemogućnost apstinencije** - označava nemogućnost sa prekidanjem pijenja, jer svako opadanje nivoa alkohola u organizmu dovodi do pojave blažih ili intenzivnijih apstinencijalnih tegoba: jutarnja napetost, preznojavanje, trešenje ruku, tahikardija ili otežano spavanje, nesanica, razdražljivost. Značajno je reći da ponovno uzimanje alkohola dovodi do potpunog prekidanja ovih simptoma, što u stvari vodi ka nastavljanju zavisnosti.

- **pad tolerancije na alkohol** je simptom koji se javlja kao poslednji tokom razvoja telesne zavisnosti na alkohol. Kada organizma bude toliko „natopljen” alkoholom i dođe do oštećenja u funkciji jetre i bubrega, tada i manje količine alkohola deluju toksično i stvaraju simptome opijenosti.

U ovoj fazi, prema Jelineku, razlikuju se dva tipa zavisnosti od alkohola:

- **„gama” tip** kod kojeg su najizraženiji simptom gubitka kontrole i prekida filma, sa prisustvom poremećenog ponašanja, najčešće agresivnog. Međutim, kod njih postoji mogućnost prekidanja pijenja za neko vreme, tačnije posle nekoliko dana neprekdnog pijenja do intoksikacije, prekinu uz nešto slabije izražene apstinencijalni sindrom i onda obično neko vreme ne piju alkohol. Zbog toga oni se često označavaju kao „periodični tip”

alkoholizma. Oni dakle, mogu da prekinu sa pijenjem, mogu da ne piju neko vreme, ali „ne mogu da piju normalno“. Najčešće se radi o pojedincima koji piju žestoka alkoholna pića. Tokom vremena periodi prekida pijenja ili nepijenja su sve kraći, a periodi pijenja sve duži sa sve dramatičnijom izmenom ponašanja i funkcionisanja;

- „**delta**“ tip kod kojeg je najizraženiji simptom nemogućnosti apstinencije, koji se ispoljava kroz svakodnevno pijenje, najčešće raspoređeno tokom čitavog dana, po pravilu pivo ili vino („dolivački tip“). Oni nemaju uobičajenu simptomatologiju gubitka kontrole u smislu dostizanja akutne intoksikacije ili opijenosti, niti prekida filma, a pogotovo nema agresivnog ponašanja. Međutim, suštinski moglo bi se reći da se oni „nikada ne otrezne“, tačnije ne dozvoljavaju da im nivo alkohola u organizmu padne ispod kritičnog nivoa, kada bi im se pojavili ozbiljni apstinencijalni simptomi (čak i konvulzije ili delirijum). Ono što je karakteristično za njih je pojava ozbiljnih telesni posledica (ciroza jetre, ozbiljna hipertenzija, sa mogućnošću CVI ili infarkta srca, pojava organskog psihosindroma i dr.)

DIJAGNOSTIKOVANJE KOMPLIKACJA ALKOHOLIZMA

Medicinske komplikacije alkoholizma

Komplikacije alkoholizma su višestruke. One mogu da budu somatske ili telesne i neuropsihijatrijske. Mnoge od tih komplikacija mogu da ugroze život pacijenta, te lekar mora da ozbiljno razmatra ove komplikacije u procesu dijagnostike i u tretmanu problema udruženih sa upotrebom alkohola.

Somatske komplikacije

Prekomerna i dugotrajna upotreba alkohola uzrok je niza somatskih oštećenja. Stoga, ispitivanje fizičkog statusa ima ključnu ulogu u dijagnozi alkoholne zavisnosti, tako i u određivanju postupka i plana lečenja.

Medicinski problemi se kreću u širokom rasponu od masne infiltracije jetre, na primer, pa sve do letalnog ishoda usled predoziranja alkoholom. Prekomerna konzumacija alkohola dovodi do oštećenja gotovo svih organa, ali izgleda da najviše propada gastrointestinalni trakt (GIT). U najblaže tegobe i komplikacije spadaju gastritis i pojava čira na želucu ili dvanaestopalačnom crevu. Masna infiltracija jetre postoji gotovo kod svih alkoholičara, dok se ciroza jetre javlja

kod 10% alkoholnih zavisnika. Osim toga, zabaležena je pojava pankreatitisa, a kao posledice toga javljaju se poremećaj regulacije glikemije, oštećenje digestije ili pravi dijabetes melitus.

U ostale komplikacije spadaju kardiomiopatija, trombocitopenija, anemija i miopatija, maligna oboljenja (karcinom usne duplje, jezika, larinksa, ezofagusa, želuca, jetre i pankreasa). Alkohol interferira sa seksualnom funkcijom - može da uzrokuje impotenciju, deluje direktno na nivo testosterona i dovodi do testikularne atrofije, te umanjuje fertilitet. Porast nivoa estrogena dovodi do ginekomaštije, pojave ženskog tipa maljavosti kod alkoholnih zavisnika muškog pola. Ukoliko se potvrdi prisustvo somatskog komorbiditeta, to će svakako uticati na donošenje odluke o tretmanu i na prognozu - ishod tretmana.

Tabela xx Somatske komplikacije udružene sa prekomernom upotrebom (zloupotrebom) alkohola

Kardiovaskularni sistem	→	alkoholna kardiomiopatija hipertenzija koronarna bolest arterija
Respiratorni sistem	→	hronična opstruktivna bolest pluća maligna oboljenja malapsorpcija i malnutricija ezofagitis
Gastrointestinalni trakt	→	gastritis hepatitis, pankreatitis ciroza jetre gastrointestinalne neoplazme
Ostalo	→	megaloblastna anemija hipogonadizam i feminizacija tireoidna disfunkcija, tireotoksikoza

*** Neuropsihijatrijske komplikacije**

Alkoholizam je gotovo uvek udružen i sa patologijom nervnog sistema, prvenstveno usled vitaminske karencije ali i direktnog toksičnog dejstva etanola. Različiti klinički efekti na nervni sistem ukazuju na različite mehanizme alkohola: direktan toksični efekat na neurone, prekid konzumacije alkohola nakon hronične intoksikacije, sekundarne nutritivne deficijencije koje zahvataju centralni

i periferni nervni sistem. Najčešće neuropsihijatrijske komplikacije – poremećaji uzrokovani alkoholom – prikazani su na tabeli broj 1.

Alkoholom uzrokovani poremećaji (MKB - 10)

Poremećaji zbog upotrebe alkohola	
F10.2x	Zavisnost od alkohola
F10.1	Zloupotreba alkohola
Poremećaji uzrokovani alkoholom	
F10.0	Intoksikacija alkoholom
F10.07	Patološka alkoholna intoksikacija
F10.3	Alkoholni apstinencijalni sindrom
F10.4	Apstinencijalni sindrom sa delirijumom
F10.51	Psihotični poremećaj prouzrokovan alkoholom, sa sumanutostima
F10.52	Psihotični poremećaj prouzrokovan alkoholom, sa halucinacijama
F10.6	Perzistentni amnestički poremećaj prouzrokovan alkoholom
F10.71	Poremećaj ličnosti ili ponašanja uzrokovan alkoholom
F10.73	Demencija prouzrokovana alkoholom
F10.8	Poremećaj raspoloženja prouzrokovan alkoholom
F10.8	Anksiozni poremećaj prouzrokovan alkoholom
F10.8	Seksualne smetnje prouzrokovane alkoholom
F10.8	Poremećaj spavanja prouzrokovan alkoholom
F10.9	Poremećaj vezan uz alkohol, neodređen

DIJAGNOSTIKOVANJE KOMORBIDITETNIH PSIHIJATRIJSKIH POREMEĆAJA

U praktičnom radu prepoznaju se najmanje dva tipa komorbiditeta ili dualne dijagnoze:

• ***Zavisnici od alkohola koji tokom intoksikacije ili apstinencijalnog sindroma manifestuju simptome slične drugim psihijatrijskim dijagnozama;*** u takvom slučaju treba razlučiti da li su postojeći klinički simptomi izazvani alkoholom ili ne (npr: psihotični simptomi, anksioznost, simptomi depresije i drugi). Dijagnostička potvrda alkoholom izazvanog poremećaja obuhvata:

- jasnu anamnezu, fizikalni nalaz, laboratorijske rezultate koji potvrđuju zloupotrebu, zavisnost, ili bar intoksikaciju alkoholom
- postojanje znakova apstinencijalnog sindroma
- podatke da su se simptomi drugih psihijatrijskih poremećaja razvili tokom, ili unutar mesec dana od intoksikacije ili apstinencijalnog sindroma, a da ih nije bilo ranije.

U isto vreme kliničar mora detaljno da se informiše i konsultuje da bi bio siguran da postojeći poremećaj nije mogao bolje da se objasni, kao neki drugi psihijatrijski poremećaj koji nije izazvan alkoholom.

• ***Manje čest tip dualne dijagnoze je postojanje nezavisnog psihijatrijskog poremećaja, pored zavisnosti od alkohola.*** Iako se u većini slučajeva psihijatrijska simptomatologija susreće kod alkoholne zavisnosti, mora postojati obazrivost da se ne bi prevideo neki nezavisni psihijatrijski poremećaj. Neki nezavisni psihijatrijski poremećaji često se pojavljuju povezano sa alkoholizmom, čak češće nego kao samostalna dijagnoza. Tu spadaju:

- antisocijalni poremećaj ličnosti
- bipolarni afektivni poremećaj
- panični poremećaj i
- socijalna fobija (nešto manje učestalo).

Poremećaj ličnosti i upotreba alkohola

Revidirani DSM - IV kriterijumi definišu antisocijalnu ličnost kao osobu koja ispoljava antisocijalne oblike ponašanja i životne probleme u sve četiri životne oblasti (porodica, škola, problemi sa vršnjacima i problemi sa zakonom), sa početkom koji je registrovan pre navršene 15 godine života i pre nego što se razviju problemi sa alkoholom ili drogom.

Pojedinci sa ovim poremećajem tokom života manifestuju ozbiljno nasilničko ponašanje, skloni su kriminalu, što utiče na drugačiju prognozu nego kod prosečnih zavisnika od alkohola.

Smatra se da se u svim programima za lečenje alkoholizma nalazi oko 15% muškaraca i oko 5% žena sa dijagnozom antisocijalnog poremećaja ličnosti, kod kojih se razvio alkoholizam kao sekundarna pojava.

U kliničkom radu stručnjaci se susreću sa ključnom dijagnostičkom dilemom kada su u pitanju poremećaji ličnosti i alkoholizam: izvesni obrasci ponašanja (diskontrola impulsa, snižen prag tolerancije na frustraciju, maladaptivni obrasci ponašanja) kod poremećaja ličnosti sasvim se poklapaju sa karakteristikama ponašanja kod zavisnosti od alkohola.

Sa pozicije teorije sistema i porodično-sistenskog pristupa alkoholizmu, ponašanje zavisnika oblikuje se u njegovom porodičnom i socijalnom okruženju kroz interakcije i emocionalne odnose sa značajnim osobama (supruga, roditelji, deca i drugi). Alkoholičar formira interakcije i emocionalne odnose kojima izbegava odgovornost za svoje ponašanje, manifestujući impulsivost, egocentrizam, bezosećajnost itd, koristeći negiranje, racionalizaciju, projekciju, splitting i druge mehanizme odbrane. Kliničke manifestacije alkoholizma poprimaju sliku poremećaja ličnosti - ovakvim obrascem ponašanja alkoholičar održava kontrolu nad članovima sistema, održavajući pijenje i celovitost patološkog sistema.

Konačna rezultanta je sekundarna psihopatizacija sa ubedljivim odlikama poremećaja ličnosti, tj. razvoj bihejvioralnog obrasca poznatog kao alkoholičarsko ponašanje sa više zajedničkih karakteristika. Dijagnoza antisocijalnog poremećaja ličnosti u komorbiditetu sa alkoholizmom ima poseban značaj sa aspekta prognoze i uključivanja u rehabilitacione programe.

Komorbiditet sa bipolarnim afektivnim poremećajem

Bipolarni afektivni poremećaj je na drugom mestu iz grupe nezavisnih velikih psihijatrijskih poremećaja, koji se češće javlja povezan sa alkoholizmom nego izolovano. U skorašnjim istraživanjima sprovedenim na većim uzorcima pokazano je da 4% muškaraca i žena zavisnih od alkohola manifestuju i simptome

nezavisnog bipolarnog afektivnog poremećaja, u odnosu na kontrolnu grupu nealkoholičara (1%).

Teška depresivna epizoda (čak i sa poremećajem mišljenja, halucinacijama i suicidalnim idejama) može se javiti kod teške zavisnosti od alkohola. Dijagnoza nezavisnog depresivnog poremećaja postavlja se samo ako epizoda traje najmanje dve nedelje i ako se pojavila pre bilo kakvih problema sa alkoholom ili tokom prolongirane apstinencije (tri ili više meseci).

Diferenciranje između nezavisnog afektivnog bipolarnog poremećaja i depresije izazvane alkoholom ima značajne implikacije u dijagnostičkom smislu i u vezi sa primenom medikamenata.

DIJAGNOSTIKA SPECIFIČNIH POPULACIJA ALKOHOLIČARA

• Dijagnositka alkoholizma žena

Tokom dijagnostičkog postupka alkoholizma žena, treba imati u vidu određene specifičnosti pijenja i specifičnosti nastalih posledica kod zavisnica .

Što se tiče obrasca pijenja u opštoj populaciji u poređenju sa muškarcima, žene uopšteno piju manje i imaju manje problema uzrokovanih alkoholom.

Manji broj žena pije svakodnevno, jednom nedeljno ili pet ili više pića u jednoj prilici (makar jednom nedeljno).

Faktori ličnosti i sredine koji mogu predstavljati faktore rizika za pijenje osoba ženskog pola su:

- pijenje partnera/supruga,
- postojanje depresivnog poremećaja,
- postojanje drugih životnih »kriza i simptoma« (menopauza, razvod, gubitak, sterilitet),
- očekivanje dejstva alkohola na seksualno ponašanje,
- seksualne disfunkcije i seksualna orijentacija,
- zlostavljanje i viktimizacija, uključujući fizičku i seksualnu viktimizaciju u detinjstvu i u odraslom dobu.

Klinička slika alkoholizma kod žena takođe ima neke specifičnosti:

- redovnije pijenje počinje vinom ili pivom
- preovlađuje tzv. solističko pijenje (»domaćićki tip«), pogotovo od trenutka kada se razvije zavisnost i žena to prepozna
- razvoj zavisnosti događa se u starijem uzrastu nego kod muškaraca (40 - 45 godina)
- preovlađuje simptomatski (sekundarni) alkoholizam, kao posledica depresije,

menopauze, razvoda, ginekološke bolesti ili nekog drugog distresa,
- češća je kombinovana zavisnost – alkoholizam i zavisnost od tableta.

Što se tiče posledica zavisnosti od alkohola, žene imaju teže posledice po imuni sistem nego muškarci, naročito tokom reproduktivnog perioda, jer alkohol umanjuje pozitivne efekte estrogena na imuni sistem. Posebno štetni uticaji alkohola su na reproduktivni sistem, što izaziva poremećaje menstrualnog ciklusa, reproduktivnih funkcija i menja se nivo hormona u postmenopauzalnom periodu. Štetno dejstvo alkohola izraženo je i na koštani sistem.

• Dijagnostika alkoholizma mladih

U našoj stručnoj literaturi i kliničkoj praksi pojavljuju se termini »alkoholizam mladih«, »alkoholizam i omladina«, »problemi pijenja i mladi« pri čemu se težilo da se tim terminima izdvoji populacija mladih zavisnika od alkohola - od 18 do 25 godina - i da im se obezbedi mogućnost formiranja specifičnog terapijskog pristupa. Sa pozicija medicinskog dijagostikovanja alkoholizma, oni uglavnom ispunjavaju sve standardne kriterijume za dijagnozu alkoholizma koji se primenjuju i kod odraslih. Specifičnosti koje se pojavljuju mnogo su više vezane za socijalno - psihološke karakteristike ovog uzrasta (»mladi odrasli«).

Međutim, mnogo više nedoumica i dijagostičkih teškoća stvara zloupotreba alkohola i pojava alkoholizma kod adolescenata, u uzrastu od 12 - 18 godina. Problemi adolescencije uopšte, a posebno problemi povezani sa zloupotrebom alkohola, ali i drugih psihoaktivnih supstanci, zahtevaju da se suočimo sa biopsihosocijalnom kompleksnošću adolescencije sa jedne strane i zavisnostima sa druge strane, koje u tom uzrastu ne predstavljaju više nikakavu retkost, već naprotiv, može se reći da su vrlo učestala pojava.

Alkohol se u tzv. zapadnoj kulturi, a u našoj posebno, smatra socijalno prihvatljivim pićem a mnogo manje klasičnom psihoaktivnom supstancom. Prisutan je u gotovo svakoj kući, a lako dostupan svima i izvan kuće, mada je distribucija donekle ograničena. Pijenje alkoholnih pića i očekivanja od njegovog dejstva su naučeno socijalno ponašanje. Učenje počinje još u kući. Iz toga proističe da sam čin pijenja, pa i »prigodnog« opijanja nije psihijatrijski simptom, čak kada su u pitanju i deca i adolescenti. Socijalna prihvatljivost i široko rasprostranjena praksa pijenja alkohola predstavlja stalni »rezervoar« iz koga se crpu uzroci i uslovi, koji u dinamičkoj interakciji sa drugim uzrocima (genetski, biološki, porodični, stresogeni i dr.) održavaju stalno prisutnim probleme zloupotrebe alkohola i adolescentskog alkoholizma.

Pijenje alkohola može se smatrati problematičnim i uzrastu od 12-14 godina, kada je :

- dete zadovoljno osećanjem koje mu pijenje alkohola stvara i kada to prepozna kao nešto »dobro za sebe«;
- detetu ukus pića toliko privlačan da posle sedeljke u kući prazni preostale čaše ili flaše u kojima je ostalo još pića;
- dete počinje da laže, skriva ili krade piće;
- dete postaje svesno da mu piće smanjuje napetost, popravljajući spavanje, olakšava kontakte sa drugim ljudima i smanjuje hiperkinetičko ponašanje.

Pijenje alkohola u srednjoškolskom uzrastu je drugačije motivisano i drugačije strukturisano. Ono postaje značajnije kao socijalni ritual izvan kuće i ima »funkciju u socijalizaciji« (adaptivne komponente u socijalizaciji, prihvatanje od strane grupe vršnjaka, čak i u identifikaciji). Može se govoriti o uobičajenim obrascima i ritualima pijenja u ovom uzrastu (14 - 18 godina). Pijenje u ovom uzrastu mora se smatrati problematičnim kada se dogodi promena u tom uobičajenom obrascu (pijenje vikendom, pijenje u grupi, pijenje piva ili vina):

- pijenje svakog dana,
- pijenje pre odlaska u školu,
- pijenje za vreme školskog odmora (u školskom dvorištu ili toaletu),
- »solo« pijenje (bez grupe), kod kuće i krišom,
- zamena piva žestokim pićem,
- lošije opšte ponašanje i funkcionisanje, opadanje školskog uspeha,
- pojava antisocijalnog ponašanja (tuče, nasilje, vandalizam, »navijači«).

U kasnijoj adolescenciji (viši razredi srednje škole) kada udari »adolescentne krize« postaju sve snažniji, narcistična usmerenost skoro potpuna, pijenje alkohola se i ne smatra problematičnim ponašanjem - »svi piju«, smatrajući sebe dovoljno snažnim i nepovredivim čak i opijanje ne izaziva strah i zabrinutost. Pijenje se kod mnogih povezuje sa poboljšanjem seksualnog ponašanja i karakteristikama i povećavanjem učestalosti rizičnog seksualnog ponašanja. Sve je češća i pojava pridruživanja zloupotrebe i drugih psihokativnih supstanci (marihuana, ecstasy, amfetamini, pa i kokain i heroin). Teškoće i probleme koji se pojavljuju u adolescenciji, treba posmatrati kao proces. Naime, burne i brze promene u adolescenciji utiču na upotrebu i zloupotrebu alkohola, a takođe te promene i teškoće mogu biti pod uticajem zloupotrebe alkohola. Međutim, treba razmatrati i dejstvo upotrebe i/ili zloupotrebe alkohola i

mehanizme i zakonitosti stvaranja zavisnosti.

Postavljanje dijagnoze alkoholizma kod adolescenata još uvek se zasniva na utvrđivanju kriterijuma koji se primenjuju u dijagnozi odraslih. To se nikako ne može smatrati tačnim i opavdanim, imajući u vidu napred iznete elemente procesa u adolescenciji.

Klinički gledano, diskontinuitet pijenja kroz adolescentni period može se smatrati karakterističnom odlikom adolescentnog alkoholizma. Isto tako, količina popijenog alkohola i poremećaji u ponašanju su u korelaciji, ali to u osnovi ipak mogu biti dva odvojena procesa, zbog postojanja i razvijanja dva odvojena poremećaja. Psihičke tegobe, socijalni problemi i interpersonalni konflikti kod adolescenata koji zloupotrebljavaju alkohol veoma su značajnog intenziteta i vrlo prisutni. Sa druge strane, telesna oštećenja i znaci fizičke zavisnosti prilično se retko pokazuju, čak i kada postoje značajni psihološki i psihijatrijski poremećaji.

U pokušaju formiranja dijagnostičkih kriterijuma, kojima bi se klasifikovala adolescentna zloupotreba (abuzus) alkohola i/ili adolescentni alkoholizam, značajan doprinos postignut je primenom strukturisanog intervjua SCID - Structured Clinical Interview for DSM IV (Spitzer et al., 1987; Martin et al., 1995). Primenom ovog intervjua procenjavano je pet grupa problema povezanih sa unošenjem alkohola, koji su relevantni kod adolescentnog pijenja. Svaka oblast bila je određivana kroz definiciju »kontinuirana upotreba alkohola uprkos saznanja o trajnim ili ponovljenim problemima«. Ove oblasti ili grupe simptoma su: E1 - prekid filma; E2 - gubitak svesti; E3 - rizični seksualni odnosi; E4 - intenzitet želje/žudnje za alkoholom; E5 - napuštanje školovanja.

Prekid filma i gubitak svesti (»pijenje do besvesti«) smatraju se vrlo važnim i često prisutnim elementima u razvoju alkoholne zavisnosti kod adolescenata.

Rizični seksualni odnosi među adolescentima su često udruženi sa upotrebom alkohola i osim što su element u razvijanju zavisnosti, predstavljaju problem sa aspekta javnog zdravlja zbog mogućnosti širenja AIDS-a.

Želja za alkoholom ili žudnja se smatra takođe važnim elementom u dijagnostičkom konstrukt alkoholizma, velikim delom i zbog instrumentalizacije alkohola za rešavanje raznih emocionalnih stanja u adolescenciji.

Napuštanje školovanja, mada nespecifičan simptom, veoma se često pojavljuje u radovima o adolescentoj zavisnosti kao česta difunkcija.

Gore navedene oblasti ili grupe simptoma i disfunkcija (E1 - E5) mogu se sma-

trati visoko specifičnim za dijagnostikovanje adolescentne zavisnosti od alkohola. Drugim rečima, kod adolescenata kod kojih se pojavljuju ovi simptomi ili disfunkcije sa velikom verovatnoćom može se pretpostaviti postojanje poremećaja zbog upotrebe alkohola, a prisustvo i drugih simptoma će odrediti stepen zavisnosti.

Primenom SCID-a izvučene su još neke specifičnosti adolescentne zavisnosti od alkohola. Apstinencijalna simptomatologija mnogo je manje prisutna nego kod zavisnosti odraslih. To je objašnjivo s obzirom da je za razvoj apstinencijalne simptomatologije neophodno kontinuirano i dugotrajno unošenje alkohola, što adolescenti ne mogu da dostignu zbog svojih godina. Povećanje tolerancije je takođe manje specifičan simptom za dijagnostikovanje adolescentne zavisnosti, mada se značajnije povećanje tolerancije može pojaviti kod nekih od njih.

Izgleda da se za dijagnozu najznačajnijim mogu smatrati perzistentni ili ponovljeni prekidi filma, rizični seksualni odnosi i napuštanje školovanja.

Na kraju, ono što se čini značajnim za razumevanje adolescenatnih poremećaja povezanih sa zloupotrebom alkohola je podatak o relativno labavoj korelaciji sa pojavom alkoholizma u odrasloj dobi, mada se događa da mnogi alkoholičari imaju u svojoj istoriji podatke o adolescentnom ekscesivnom pijenju. Ovo značajno ukazuje na to da poremećaji zbog upotrebe alkohola mogu da ukažu na druge »nealkoholičarske« poremećaje i teškoće, često veoma ozbiljne u psihijatrijskom smislu, sa kojima se suočava individua u adolescentnoj fazi, te zloupotrebu alkohola u adolescenciji treba razmatrati i sa ovog aspekta.

•Dijagnostika alkoholizma starih

Kao starije osobe smatraju se ljudi koji imaju preko 65 godina. S obzirom na to da je prosečna dužina života alkoholičara 53 godine, većina njih ne doživi starost. Takođe, neki alkoholičari zbog ozbiljnih somatskih problema uspostave »amatersku apstinenciju« - prestanu da piju alkohol bez lečenja zbog straha od smrti.

Ovaj tip alkoholizma je teže dijagnostikovati. Stari često žive sami, socijalni kontakti su im smanjeni, i detekcija alkoholizma je otežana. Pojedini zdravstveni problemi (psihički i/ili somatski) uzrokovani alkoholom često se pripisuju »poodmaklim godinama«. Čak i kada se posumnja da se radi o alkoholizmu, tom problemu se prilazi sa velikom dozom nihilizma, a nepreduzimanje bilo kakvih mera pravda sa »ne treba mu uskraćivati i to zadovoljstvo, jer mu nije ostalo još mnogo od života«.

Stari ljudi su osetljiviji na dejstvo alkohola. Kod njih je obično prisutan »pad

tolerancije«. Mala količina alkohola dovodi do ozbiljnih somatskih i/ili psihičkih oštećenja. Stariji alkoholičari su obično »mirni pijanci« i ne zahtevaju veće angažovanje svoje okoline.

Obično se srećemo sa dva tipa alkoholizma kod starih:

Prolongirani (produženi) tip. U ovu grupu spadaju alkoholičari, koji su to postali u mlađim godinama. Kod njih je izražen pad tolerancije i psihosomatske komplikacije alkoholizma (teži oblici polyneuropathiae, oštećenja jetre, uznapredovale dementne promene, dijabetes itd.);

Starački tip. U pitanju su pacijenti koji postaju alkoholičari u poznijim godinama života. Zavisnost se javlja ili posle težeg emocionalnog stresa, najčešće prozrokovanog gubitkom bračnog partnera ili neke bliske osobe, ili posle ozbiljnih trauma glave (u saobraćajnoj nesreći ili slično).

B. PORODIČNO - SISTEMSKI NIVO DIJAGNOZE ALKOHOLIZMA

Alkoholičarska porodica se definiše kao sistem u kome su alkoholizam i ponašanja vezana za pijenje alkohola postali **centralni organizacioni princip porodičnog života**. Ona je prototip disfunkcionalnog sistema, manje ili više poremećenog u vitalnim oblastima svog života.

Nema sumnje da je alkoholičarska porodica disfunkcionalna, jer ona u sebe uključuje alkoholizam kao hronično patološko stanje. U tom sistemskom kontekstu manje je važno da li je alkoholizam simptom inače poremećene porodice, ili on sam izaziva te poremećaje. Ključno je da se alkoholizam i porodična disfunkcija međusobno prožimaju, potkrepljuju i tako »beskonačno dugo« održavaju alkoholizam i sa njim povezana ponašanja. Alkoholičarska porodica je poremećena u većini oblasti svog funkcionisanja. Poremećaji u porodici su prve komplikacije alkoholizma koje se javljaju pre ostalih biomedicinskih, profesionalnih i socijalnih posledica.

Nisu sve porodice podjednako teško zahvaćene alkoholizmom. Poremećaji variraju od suptilnih i teško prepoznatljivih, do drastično izraženih. Najviše poremećene oblasti su porodične komunikacije, emocionalni odnosi i porodične uloge, koji su osnovni elementi braka i porodice.

PORODIČNO SISTEMSKI DIJAGNOSTIČKI POSTUPAK

U dijagnostičkom /motivaciono / terapijsko / konfrontacionom postupku koji je fokusiran na porodicu u celini, najviše se koriste intervju sa svim članovima

porodice i po potrebi instrumenti za procenu porodičnog zdravlja (upitnici i skale) i porodično stablo (genogram).

Zajednički porodični intervju (združena - conjoint - seansa) je moćno sredstvo za dijagnozu porodičnih poremećaja. Terapeut vodi intervju sa svim članovima porodice i pri tome procenjuje kako verbalne, tako i neverbalne komunikacije (raspored sedenja, stav tela, napetost, afektivna ekspresivnost, karakteristike relacije, ko drži kontrolu nad komunikacijama, ko najčešće prekida druge članove, ko sa kim najviše komunicira i sl).

U toku ovog združenog porodičnog intervjuja primenjuju se principi prvog intervjuja (opisani ranije) i važno je od porodice dobiti odgovore na sledeća pitanja:

- Na koji način je porodica pokušavala da reši problem alkoholizma?
- Koji su događaji neposredno prethodili započinjanju ovog lečenja?
- Ko je najviše zabrinut zbog alkoholizma? Ko se najviše ljuti?
- Ciljevi i očekivanja porodice u vezi sa terapijskim procesom?
- Kako je raspoređen odnos motivacije i otpora članova porodice prema terapijskom procesu?

Otpori su prisutni ne samo kod zavisne osobe, nego i kod većine članova porodice. Zbog toga je za dijagnostiku porodičnog sistema oko alkoholičara neophodno dodatno edukovanje. Motivacione snage su vezane za zdraviji, funkcionalniji deo u porodici i terapeut treba da se oslanja na njih i da radi na njihovom jačanju. Alkoholičarska porodica ima svoje specifičnosti koje se nekad mogu sagledati već tokom prvog zajedničkog intervjuja, ali je češće potrebno mnogo više zajedničkih seansi da bi se uspešno pomoglo zavisniku i njegovoj porodici.

Uzrok tome su u prvom redu dugotrajnost alkoholizma i hronična porodična disfunkcionalnost, faktori održavanja (određene vrste ponašanja članova porodice) i zajedničko negiranje odgovornosti za postojeće posledice. O simptomima i poremećajima porodice značajnih za dijagnostički postupak videti napred u poglavlju o sistemskom pristupu porodici.

LEČENJE ALKOHOLIZMA

U prethodnim poglavljima smo detaljno razmatrali sve aspekte alkoholizma kao bolesti i kao socijalno-psihijatrijskog poremećaja koji traži kompleksan pristup i skoncentrisan stručni napor da bi se prepoznao, dijagnostikovao i na kraju efikasno lečio. Prepoznatljivo je da dobrovoljnost dolaska na lečenje postoji u vrlo malom broju slučajeva, čak se može govoriti da »dobrovoljnost ne postoji«. Ipak, svaki dolazak pacijenta sa problemima povezanim sa pijenjem u zdravstvenu ustanovu odražava sigurno postojanje problema i svedoči o njegovoj zabrinutosti i postojanju početne, makar i minimalne motivisanosti. Lečenje u klasičnom značenju te reči podrazumeva susret lekara i pacijenta u zdravstvenoj ustanovi i vrlo lako i brzo stupanje u terapijsku alijansu sa zajedničkim ciljem – smanjenje tegoba i uklanjanje uzroka bolesti. U našem slučaju to je sasvim drugačije i o tome je već bilo reči. Zbog toga ćemo se osloniti na stavove iznete u *Dijagnostičko terapijskom priručniku za alkoholizam* (Stanković, Trbić, Nastasić, Mladenović 2009).

Problemi koji se javljaju zbog pijenja alkohola pogađaju i ostale osobe iz porodičnog i socijalnog okruženja zavisne osobe. Savremena istraživanja ukazuju da individualno lečenje pacijenta, bez uključivanja značajnih osoba iz njegovog okruženja, daje veoma skromne rezultate.

Dakle, neophodno je opredeliti se za porodično sistemski pristup, sa uključivanjem značajnih ličnosti iz okruženja zavisnika, koji bi trebalo da zameni konvencionalni pristup. Cilj ovog uključivanja je aktiviranje članova porodice da zajedno sa »identifikovanim pacijentom« ostvare promenu u individualnim ponašanjima i porodičnim odnosima. Terapijska formula metaforički glasi - »**lečenje je promena**«. Dijagnostikovanje i tretman alkoholizma predstavlja nedeljivi kontinuirani proces.

Dijagnostikovanje i tretman alkoholizma predstavlja nedeljivi kontinuirani proces u kome se, kao što smo već ranije naveli, iz didaktičkih razloga mogu definisati sledeće faze:

- Faza skrininga sa identifikacijom problema,
- Dijagnostička faza,
- Faza određivanja vrste lečenja (»terapijski sporazum«),
- Faza započinjanja lečenja,
- Faza evaluacije,

- Faza produženog lečenja.

Dakle, da sumiramo - dijagnoza se postavlja na osnovu istorije o telesnim tegobama, psihičkim simptomima, životnim teškoćama, socijalnim i profesionalnim posledicama, porodičnim konfliktima, iz podataka dobijenih od pacijenta i članova porodice. Zatim se sprovodi procedura fizikalnog pregleda i laboratorijskih testova. Sve to pomaže lekaru/terapeutu u stručnoj proceni da li se radi o zloupotrebi/zavisnosti od alkohola i o kakvom obliku zavisnosti se radi i pomaže mu da odredi adekvatan tretman.

Konfrontiranje pacijenta sa prikupljenim podacima i nalazima ima za cilj da pacijent poveća vlastito prepoznavanje problema vezanih za alkohol. Odgovornost za odluke pacijenta u vezi sa prihvatanjem lečenja leže na njemu, ali je zadatak stručnjaka da pacijenta ohrabri i poveća njegovu motivaciju za lečenjem. Svaki dolazak pacijenta u zdravstvenu ustanovu odražava postojanje problema i njegovu zabrinutost, ali i postojanje početne, makar i minimalne, motivacije da se problem smanji ili reši. Stručnjak treba da prepozna »šta je problem« i pokaže pacijentu da su preterano pijenje i problemi zbog kojih se obratio lekaru (nesanica, nervoza, porodični konflikti, visok pritisak, itd.) ustvari povezani. Potom pacijentu treba ponuditi terapijske »puteve za rešavanje problema« i odrediti vrstu lečenja sa detaljnim objašnjenjem svih aspekata lečenja i učešća porodice. Ipak, mnogi pacijenti će na konfrontiranje sa problemima i pored prepoznavnja i uvida, negirati njegovo postojanje.

Preporuka mnogih praktičara je da se uvažava pacijentova prava i stavovi, ali da se izrazi stručno mišljenje da bi neke nalaze trebalo ponoviti za par nedelja, a određene procedure i lekove nastaviti, te na taj način »ostaviti otvorena vrata« za ponovni susret i nastavak razgovora.

Zavisnik od alkohola je ključni nosilac simptoma sa medicinskim značenjem, dakle, on/ona je **bolesnik**, (»identifikovani pacijent«), ali se on/ona pojavljuje i kao nosilac stresa za ostale članove porodice, kao vinovnik oštećenja drugih i uzročnik ozbiljno poremećenih porodičnih odnosa. Na taj način se fokus terapijskog delovanja proširuje i na ostale članove porodice i kao jedinica tretmana pojavljuje se porodica i poremećeni odnosi u njoj, ali i psihički poremećaji pojedinih članova porodice.

Članovi porodice se mogu sagledavati kao »žrtve bezosećajnog alkoholičara« i njegove bolesti, često izgledaju potpuno bespomoćni (pogotovo supruge i deca), ali to je samo delimično tačno.

Sistemske analize i istraživanja alkoholičarske porodice (Steinglass,...) ukazuju

da u ponašanju »suvih« članova porodice ima puno adaptivnih ponašanja odnosno postupaka, kojima oni stvaraju uslove u porodici i prostor za nastavljanje pijenja zavisnog člana i trajanje »alkoholičarskog ponašanja«. Dakle, porodica se pojavljuje kao žrtva, ali i kao »krivac« (pasivni saučesnik, co-dependency person). Porodica je prema sistemskom konceptu i uzrok/uslov bolesti, ali i lek za tu bolest.

Zato se zalažemo za **SISTEMSKI TERAPIJSKI PRISTUP** koji bi trebalo da zameni konvencionalni. Šta u stvari znači sistemski terapijski pristup? To praktično znači da se u terapijski proces uključuju sve značajne i zainteresovane ličnosti iz okruženja pojedinca koji je zavistan od alkohola. Cilj uključivanja u tretman članova porodice i drugih značajnih osoba treba da bude stvaranje uslova da članovi porodice postanu aktivniji i spremniji da zajedno sa »identifikovanim pacijentom« postignu promene u individualnim ponašanjima i porodičnim odnosima. Terapijska formula metaforički glasi »lečenje je promena«.

Započinjanje lečenja alkoholizma

Teško je odrediti u kojoj tački i u kom momentu susretanja lekara/terapeuta (i drugih zdravstvenih saradnika i stručnjaka) sa zavisnikom i njegovom porodicom započinje lečenje.

U sistemsko-porodičnom pristupu, kao što smo već rekli, dijagnostikovanje i započinjanje lečenja su nerazdvojivi procesi. Dakle, unutar ovako naznačenog procesa, ***započinjanjem lečenja može se označiti trenutak uključivanja porodice*** odnosno, u porodično sistemskoj terminologiji to je »dijagnostikovanje porodičnog sistema« i ostalih sistema oko alkoholičara, koji su inicirali lečenje ili »vršili pritisak« za lečenje. U ovom trenutku se (uz korišćenje ranije prikupljenih podataka, koji potvrđuju medicinske aspekte dijagnoze) nastavlja sa prikupljanjem novih informacija od porodice i okoline, ali se ***simultano*** interveniše (konfrontiranjem, pojašnjenjem, podrškom) u pravcu neophodnosti započinjanja lečenja. Ove ***intervencije moraju biti usmerene bifokalno***, dakle ne samo na alkoholičara već i na porodicu (suprug/a, roditelje) i/ili na radno okruženje. Naime, treba znati da je po pravilu, alkoholičar veštim i naizmeničnim korišćenjem faktora/resursa iz porodice i/ili radne sredine održavao pijenje i održavao sebe i svoje sve lošije funkcionisanje u tim sistemima, nanoseći štetu i sebi i tim sistemima, često delegirajući svoj »Super-ego« (odgovornost za svoje pijenje) drugima unutar svog »mokrog sistema«. Tokom ove faze treba započeti sa prekidanjem ove »homeostatske igre«, traženjem da značajne osobe oko

zavisnika prekinu svoje tolerantno ili neodlučno ponašanje, čime alkoholičar gubi »izvore« koji su održavali njegovo zavisničko ponašanje. Tek taj »gubitak« dotadašnjih resursa može dovesti do započinjanja lečenja.

Određivanje vrste lečenja

Odmah na početku treba istaći da je u tretmanu alkoholizma, sasvim opravdano, prednost data vanhospitalnim i poluhospitalnim oblicima lečenja. Hospitalno lečenje je nepovoljnije ne samo zbog visoke ekonomske cene, već i zbog mogućeg preteranog »mediciniranja« i prevelike »psihijatrizacije«, pa se može proizvesti neželjena pasivizacija pacijenta i njegove porodice, pa i samog osoblja. Ozbiljne medicinske i psihijatrijske intervencije uglavnom su neizbežne samo u poznoj fazi bolesti ili u relativno malom broju slučajeva ranog alkoholizma. Dobra organizovanost timova ili ustanova koje se bave savetovanjem i/ili lečenjem bolesti zavisnosti - spadaju u one važne faktore koji, olakšavaju dijagnostikovanje i započinjanje adekvatnog lečenja. Takođe, dobra obaveštenost stanovništva o postojećim ustanovama i o načinima lečenja povećava dostupnost savetodavnim i terapijskim procedurama i olakšava traženje i dobijanje pomoći.

Kriterijumi za određivanje vrste lečenja alkoholizma

Kriterijumi za određivanje vrste lečenja nemaju apsolutno značenje i ne treba ih tako ni razumeti. Oni se određuju u svakom pojedinačnom slučaju. Neophodan je fleksibilan i iznad svega aktivan pristup njihovom razumevanju i određivanju.

a) Porodične posledice kao kriterijum za određivanje vrste lečenja su uvek prisutne kada je u pitanju alkoholizam i iz toga proističe pravilo da porodicu ili bar jednog člana porodice treba svakako, na bilo koji način, uključiti u proces dijagnostikovanja i lečenja. To se pre svega odnosi i obavezno je kada je u pitanju vanbolnički način lečenja. Kroz proces dijagnostikovanja i »ugovaranja« lečenja procenjuje se snaga porodice za postizanje nivoa promene i stepena preuzimanja odgovornosti i spremnosti (motivacije) za kontrolu pacijenta i postizanje terapijske promene, naravno uz pomoć terapijskog tima ili terapeuta. Rad sa porodicom traži određeni viši stepen edukacije terapeuta i tima. Hospitalizacija nije neophodna ako se obezbedi učešće porodice, ali sa aspekta porodičnih posledica, hospitalizacija dolazi u obzir sa ciljem razdvajanja »zaraćenih« strana ili »predaha«

porodice od zlostavljajućeg ili nasilnog alkoholičara. To je ponekad jedini način da se u porodični sistem »ubaci« malo energije za opstanak i terapijske promene koje treba da uslede. U daljem toku hospitalnog lečenja neoizostavno će se raditi na tim problemima (konflikti, agresija, zlostavljanje itd.) kroz porodično - terapijske i socioterapijske intervencije ili programe. Dakle, samim činom uspešne hospitalizacije ne može se smatrati da je kompletan alkoholizam rešen.

b) Profesionalne, legalne i druge socijalne posledice su ubedljiva indikacija za hospitalizaciju, sa ciljem da se njom održi i povećava »socijalni pritisak« na pacijenta za kompletno lečenje. To podrazumeva dalje angažovanje članova tima na kontaktiranju sa institucijama koje vrše pritisak, jer su prepoznale posledice alkoholizma koje traže društvene ili legalne sankcije (saradnja između zdravstvenih ustanova, radnih organizacija, socijalnih ustanova i sudova). Lečenjem se ne smeju ublažavati neke preteće sankcije, već sankcije treba koristiti za započinjanje, intenziviranje i produbljivanje lečenja (koncept rehabilitacionog sankcionisanja). Naime, tek se prihvatanjem i realizacijom lečenja, kao i ubedljivom apstinencijom i drugim rezultatima lečenja, može razmatrati ublažavanje ili ukidanje sankcija (vraćanje vozačke dozvole, ukidanje disciplinskih sankcija u RO, ukidanje mere obaveznog lečenja i sl).

c) Psihijatrijske posledice kao kriterijum za određivanje vrste lečenja svakako imaju veći stepen jasnosti, pre svega kada su u pitanju indikacije za hospitalizaciju (delirijum, epileptički napadi, psihoze, suicidalnost, telesna oštećenja i dr). Određeni problem predstavljaju komorbiditetni poremećaji (dualne dijagnoze), ali kod njih hospitalizacija ima prednost. Vanbolničko lečenje i psihijatrijsko praćenje dolazi u obzir tek po završetku hospitalizacije i uspostavljanja apstencije.

d) Telesne posledice kao kriterijum za određivanje vrste lečenja imaju većeg značaja uglavnom kada je u pitanju poodmakla (terminalna) faza alkoholizma, ali potrebno je da budu dobro razmotrene pri svakom pokušaju lečenja i kod bilo kojeg oblika lečenja. Vitalna telesna ugroženost i dekompenzacije telesnih funkcija, traže pre svega prijem i lečenje na određenim nepsihijatrijskim hospitalnim odeljenjima, a tek potom dolazi u obzir dalje razmatranje o obliku lečenja od alkoholizma. U takvim slučajevima najčešće treba da usledi i hospitalno lečenje alkoholizma na psihijatrijskom odeljenju.

e) Intenzitet apstinencijskog sindroma kao kriterijum za određivanje vrste

lečenja. Procena težine apstiničijalnog sindroma i uspostavljanje (i održavanje) apstinencije je istovremeno prvi dijagnostički i terapijski cilj, ali i vrlo značajno utiče na određivanje vrste lečenja. Premda apstinencijalni alkoholni sindrom može imati i težu simptomatologiju, ipak oko ovog sindroma često postoji nepotrebna mistifikacija i strah. Kod nekih stručnjaka razvio se stav da je za uspostavljanje apstinencije neophodna hospitalizacija. To je samo donekle tačno. Prema Schuckitu (2000) 50 % alkoholičara tokom istorije svog alkoholizma doživi i »preleži na nogama« apstinencijalni sindrom blažeg ili srednjeg intenziteta. Samo 8% njih je moralo biti smešteno na odeljenje urgentne psihijatrije; 95% njih imali su apstinencijalni sindrom blažeg ili srednjeg intenziteta. Dominirali su blagi telesni simptomi i oni su se pojavljivali kod 50% pacijenata u vidu blagih vegetativnih simptoma kao što su znojenje, ubrzanje srčane akcije, ubrzno disanje i blag porast telesne temperature. Takođe, kod nešto više od 50% ustanovljen je pojačani patelarni refleks i tremor. Simptomi od strane gastro-intestinalnog trakta - gubitak apetita, mučnina i povraćanje - registrovani su kod 33%. Promene emocionalnog stanja u vidu depresivnosti i psihosomatskih tegoba, registrovani su kod nešto više od 75%. Kod 5% registrovani su teži simptomi kao što su grand mal napadi (5%) i delirijum tremens (1%). Ove podatke ne treba uzeti kao apsolutni pokazatelj, ali u velikoj meri odražavaju realno stanje stvari kada je u pitanju apstinencijalni sindrom. Dakle, veliki broj apstinencija može se započeti i u vanbolničkom obliku lečenja, bez straha od velikih komplikacija.

Značenje apstinencijalnih tegoba, međutim, ne treba minimizovati, pre svega zbog mogućnosti odustajanja od tek započetog lečenja zbog nerazrešenih apstinencijalnih tegoba. U tom pogledu je značajnije u početku obezbediti dobru socijalnu podršku i kontrolu apstinencije od strane članova porodice (»socijalna detoksikacija«), uz brzo i potpuno otklanjanje svih apstinencijalnih tegoba.

f) Postojanje ustanova za lečenje alkoholizma i njihova dostupnost i funkcionalnost, kao kriterijum za određivanje vrste lečenja, ponekad može imati presudan značaj. Postojanje ustanova i njihova dostupnost i njihovo dobro organizovanje i funkcionisanje vrlo značajno mogu olakšati dijagnostikovanje i započinjanje lečenja. Nedostatak, udaljenost ili nedostupnost ovakvih ustanova može dovesti do toga da mnogi lekari opšte medicine ili specijalisti ne pokušavaju da suoče zavisnog pacijenta sa njegovom bolešću ili da pokušaju motivaciju i predlože lečenje. Posebno treba istaći

neophodnost postojanja ustanova i stručnjaka koji bi mogli da pruže pomoć ili savet članovima porodice koji imaju alkoholizam u porodici.

CILJEVI LEČENJA

Dobro je poznata činjenica da većina alkoholičara može da uspostavi apstinenciju. To mnogi od njih uspešno i čine tokom trajanja bolesti. Zavisno u kojoj fazi bolesti se zavisnik nalazi, učestalost i dužina njegove/njene apstinencije je različita (od par dana do 1 - 2 meseca). Postoje čak i »narodski lekovi« i »principi samolečenja« koji smanjuju tegobe u apstinencijalnoj krizi, tako da se kratkotrajna apstinencija može uspostaviti i bez stručne pomoći. Međutim, najčešće nakon izvesnog vremena dolazi do ponovnog propijanja što stvara utisak kod laika da je alkoholizam nerešiv problem.

Ciljevi stručne pomoći i lečenja uopšte, mogu se definisati kao:

- Kompletan prekid pijenja i uspostavljanje trajne apstinencije;
- Prevencija recidiva, kada se jednom uspostavi apstinencija;
- Normalizacija funkcionisanja mozga.

Međutim, u skladu sa sistemskim terapijskim pristupom, uspostavljanje apstinencije i primena psihofarmakoterapije predstavljaju samo preduslov za uključivanje u ozbiljan terapijski proces, sa ciljem postizanja promena. Terapijsko pravilo u porodično sistemskom pristupu glasi »lečenje je promena«.

Suština lečenja odnosi se na promenu alkoholičarskog stila življenja. To podrazumeva promene alkoholičarskog ponašanja, alkoholičarskih navika, alkoholičarske komunikacije, što će dovesti do promene porodičnih odnosa i promene odnosa sa širom socijalnom sredinom, odbacivanja alkoholičarskih moralnih i etičkih normi, a u skladu sa tim dovesti do promena vrednosnih normi porodice. Promene kod alkoholičara treba da budu sinhronizovano praćene i sa određenim vidom promena kod značajnih osoba iz okruženja zavisnika od alkohola (supruga, deca, roditelji, braća i sestre, rođaci, prijatelji, kumovi itd).

Svakako da pomenute promene treba da odražavaju specifičnost svake porodice i da budu usklađene sa karakteristikama porodice (faza životnog ciklusa porodice, socijalno ekonomske i kulturalne odlike itd). Naravno, različite promene ponašanja se očekuju od npr. supruge i dece, u odnosu na roditelje, rođake, prijatelje ili kolege sa posla.

Takav suštinski vid promena alkoholičarskog životnog stila može da se postigne jedino Sistemskim terapijskim pristupom, koji treba da zameni konvencionalni, najvećim delom baziran na farmakoterapiji. Stabilna i trajna apstinencija je kru-

cijalni preduslov porodične terapije, jer ona obezbeđuje energiju porodici kao živom sistemu.

Uputstva za prvi intervju

Termin prvi intervju koristi se za ciljani intervju sa pacijentom zavisnim od alkohola, koji se odvija posle procedure identifikacije problema, posle određenih motivacionih razgovora, skrininga, u specijalizovanoj ustanovi za lečenje zavisnosti od alkohola, centru za socijalni rad, savetovalištu ili ustanovi primarne zdravstvene zaštite (opšte prakse). Dakle, to je ciljani polustandardizovani intervju, koji pored dijagnostičkog karaktera, sadrži i elemente konfrontacije sa ciljem stvaranja uvida i prihvatanja kompleksnog lečenja. Pri tome, intervjuer (psihijatar, lekar opšte medicine, socijalni radnik, psiholog, defektolog) već raspolaze prikupljenim podacima (laboratorijskim i lekarskim izveštajima, podacima centra za socijalni rad i dr).

Svaki prvi intervju treba početi pitanjem »Šta je Vaš problem?« Odgovor treba da ukaže na stepen početnog »uvida« pacijenta i njegovu spremnost, odnosno nespremnost da prihvati lečenje.

Drugo pitanje koje sledi je »Zasto baš sada?«. Njime se eksploriše neposredni razlog i/ili problematični događaj koji je bio ključan za dolazak kod stručnjaka. Pacijent i porodica suočavaju se sa činjenicom da problem u stvari traje znatno duže nego što oni to iznose i da je veći nego kako ga predstavljaju, tako da je lečenje neminovno i jedini je pravi izlaz iz problema.

Treći važan element u prvom intervjuu je odgovor na pitanje »Šta je rešenje?«. Odgovor treba da bude da je lečenje pravo rešenje. Odgovor na ovo pitanje pomaže stručnjaku prilikom određivanja plana lečenja i pravljenja tzv. »terapijskog ugovora«. Pošto je postignuta saglasnost o potrebi lečenja, pacijent i njegova porodica, kao deo otpora prema lečenju, često pronalaze razloge i opravdanja da se lečenje ne sprovede. Ovo je često ključna tačka u intervjuu. Sada je neophodno postaviti pitanje »Šta je prepreka?«. Prepreka su otpori i opravdanja pacijenta, a često i njegove porodice. Intervjuer se pojavljuje kao stručnjak koji negira postojanje iznetih »prepreka« i vrši terapijski pritisak za prihvatanje lečenja.

Tabela xx. Prvi intervju

Prilikom »prvog intervju« treba dobiti jasne, adekvatne odgovore na sledeća pitanja:
- Šta je problem? - Zašto baš sada? - Šta je rešenje problema? - Šta je prepreka u rešavanju problema?
Prvi intervju treba planirati kao traženje odgovora na četiri gore navedena pitanja sa ciljem da se lečenje prihvati.

Alkoholna anamneza

Alkoholna anamneza, kao klasičan medicinski instrument, predstavlja polaznu osnovu za uspostavljanje dijagnoze bolesti. Ona obuhvata indikatore zavisnosti, zdravstvene, socijalne i inrterpersonalne probleme. Neophodno je detaljno sagledati istoriju alkoholizma, trajanje, periode pogoršanja i »spontanih remisija«, prinudnih apstinencija i pokušaja lečenja.

S obzirom na medicinske zakonitosti pri razvijanju zavisnosti, govori se o prirodnoj istoriji razvoja zavisnosti od alkohola (22):

Tabela xx. Prirodna istorija alkoholizma

Uzrast na kojem je ostvaren prvi kontakt sa alkoholom	12 - 14
Uzrast prvog opijanja ili prve intoksikacije alkoholom	14 - 18
Uzrast na kojem se pojavljuju manji problemi sa alkoholom	18 - 25
Prosečni uzrast pojavljivanja 3+ dsm - iv simptoma zavisnosti	23 - 33
Prosečni uzrast javljanja na prvo lečenje	40
Prosečni uzrast umiranja	55 - 60
U kolikom delu godine se smenjuju apstinencija i aktivno pijenje	1/4 - 1/3

Tabela xx. Deset važnih elemenata alkoholne anamneze koji mogu da posluže kao rezime sadržaja intervjua:

- kvantitet/frekvenca pijenja
- tolerancija i znaci sindroma povlačenja (apstinencijalne smetnje)
- medicinske posledice
- interpersonalne (bračne i porodične) posledice
- posledice na poslu
- socijalne posledice
- pravne posledice
- ponašanje tokom pijenja
- promena ličnosti tokom pijenja
- emocionalne posledice (stid, umanjeno samopoštovanje, anksioznost, paranoidne ideje).

Izvor: Patison, E.M. (1986). Clinical Approaches to the Alcoholic Patient, Psychomatics, Vol. 27, pp. 762 - 770.

TERAPIJSKI KONTEKSTI

Vanbolnički tretman

Jedno od ključnih terapijskih pravila »Beogradske škole« porodične terapije alkoholizma glasi: »proces motivacije i pripreme za lečenje može imati od jedne do sto seansi« (Gačić, 1984). Dakle, pacijent može prihvatiti lečenje »od prve, a može i od 16.-te seanse«. Drugim rečima, pacijenta i njegovu porodicu treba pridobijati za saradnju i pripremati za lečenje, strpljivo »podrivajući« njihovu ideju o »kontrolisanom pijenju«. Kad pacijent uspostavi apstinenciju, treba nastaviti propisanu detoksikaciju radi dalje redukcije apstinencijalnih tegoba i razmotriti i predložiti porodici neki od programa lečenja.

Treba imati čvrsto strukturisan pristup u procesu motivacije. Organizuju se sastanci sa većim brojem članova porodične i socijalne mreže (»network -seanse«). Njih je možda teže organizovati u uslovima primarne zdravstvene zaštite (PZZ); angažovanje bar jednog ili dva člana nuklearne porodice u procesu dijagnostikovanja i motivacije u PZZ predstavlja »terapijski minimum«.

Ukoliko pacijent može da uspostavi apstinenciju u vanbolničkim uslovima, a potonji psihosomatski status pacijenta ne zahteva hospitalizaciju, započinje se pripremna faza za tzv. dispanzerski/vanbolnički tretman. Aktivnosti stručnjaka tokom tog tipa tretmana treba da budu usmerene u dva pravca:

- na poboljšanje opšteg zdravstvenog stanja i psihijatrijskog statusa i
- »produbljivanje« početne motivacije, kako pacijenta tako i osoba iz neposrednog okruženja da se lečenje nastavi.

Za poboljšanje opšteg zdravstvenog stanja i psihičkog statusa primenjuje se medikamentozna terapija:

- Detoksikacija (»vitaminski koktel« 5 - 7 dana)
- Simptomatska medikamentna terapija za telesne i neurološke posledice
- Psihofarmakoterapija, obično anksiolitici, treba ih koristiti samo u početnoj fazi da bi se ublažili simptomi apstinencijalnog sindroma. Ove lekove prepisivati sa velikim stepenom opreznosti i samo u onim slučajevima gde procenimo da je apstinencijalni sindrom veoma izračen. Velika opreznost u davanju anksiolitika je neophodna, jer s obzirom na osnovnu prirodu bolesti, postoji sklonost ka stvaranju zavisnosti i od drugih age-

nasa, i postoji opasnost da dođe do zamene jedne zavisnosti drugom. Dužina primene anksiolitičke terapije trebalo bi da bude onoliko koliko traje i detoksikacija (7 do 10 dana).

- Dodatna ispitivanja: laboratorijske analize (sa težištem na hepatogram i jetrine funkcije), EEG snimanje, konsultaciju interniste itd.

- Uvođenje protektivne terapije disulfiramom (Esperal, Tetidis, Antaethyl). Uzima se svaki dan, obično ujutru pre doručka npr. uz prvu jutarnju kafu, ali obavezno uz kontrolu saradnika koji je uključen u terapiju.

Preporučujemo neprekidno uzimanje ovog leka najmanje narednih godinu i po dana. Pre započinjanja ove terapije obavezno treba upoznati pacijenta i saradnika sa reakcijom koja nastaje u slučaju da se na disulfiram popije alkohol.

Paralelno sa primenom medikamentne terapije, radi se sa pacijentom i njegovom porodicom i na povećanju početne motivacije. Ostvaruje se kontakt sa svim ključnim ličnostima iz pacijentove okoline. Na zajedničkom sastanku pravi se neformalni »terapijski ugovor«, u kome se jasno definiše cilj i plan terapije i određuje uloga i nivo angažovanja članova porodice i drugih zainteresovanih osoba u predstojećem lečenju. Ova faza traje desetak dana (1-2 nedelje), kroz formu terapijskih kontrolnih pregleda i zajedničkih sastanaka sa članovima porodice (rad sa porodicom ili porodična terapija).

Ambulantno lečenje najčešće se može sprovoditi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, a nakon obavljene pripremne faze započinje psiho-edukativni deo, zatim se primejuju kratke intervencije kao terapijska tehnika za rešavanje kriznih situacija. Na kraju ova faze, a kao nastavak vanbolničkog programa, pacijent i njegova porodica se uključuju u lokalni Klub lečenih alkoholičara.

Terapijski intenzitet odvija se po sledećoj formuli:

- u početnoj fazi dispanzerske kontrole bi trebalo da budu 1 - 2 puta nedeljno,
- kasnije u toku tzv. stabilizacione faze kontrole se proređuju na 1 - 2 puta mesečno a u produžnom tretmanu jednom mesečno ili jednom u dva meseca, tokom sledećih 1,5 – 2 godine.

Dnevna bolnica - poluhospitalni tretman

Indikacije za lečenje u dnevnoj bolnici ne razlikuju se u medicinskom smislu mnogo od indikacija za ambulantni tretman.

Opredeljenje za dnevno-bolnicki tretman zasniva se na potrebi sprovođenja

intenzivne porodične terapije u uslovima kvalitetno postignute početne motivacije i/ili sa porodicom koja pokazuje dobre potencijale za promenu. Nešto povećana dužina trajanja dnevno bolničkog-programa (4 - 6 - 8 nedelja, svakodnevno od 8 - 14h) po precizno strukturisanom svakodnevnom rasporedu, obezbeđuje odvijanje tretmana u tri faze:

- **intenzivna faza lečenja**, ili faza reorganizacije, što znači uspostavljanje početnih funkcija porodice bez alkohola (strukturalno i funkcionalno reorganizovanje porodičnog sistema, iz »mokrog« u »suvi« sistem). Tokom intenzivne faze lečenja u dnevnoj bolnici terapijski protokol insistira na svakodnevnom prisustvu porodica od 8 - 14h. Nužni terapijski minimum je prisustvo identifikovanog pacijenta i bar jednog člana porodice.

Osnovni metod rada je srednja psihoterapijska porodična grupa, koja se sastoji od 8 - 12 porodica. Dnevni terapijski program traje 6 sati, grupno-terapijski rad traje 3 sata (2 puta po 90 min). Porodice ostalo vreme u dnevnoj bolnici provode u tzv. »kućnim« aktivnostima, socijalizaciji i rekreativnim aktivnostima. Porodici se pomaže da organizuje svoj život bez alkohola u ostalom delu dana koji provode u svojim kućama (popodne i noć) do ponovog dolaska sutradan u Dnevnu bolnicu. Definišu se osnovna pravila novog porodičnog života: ritualno svakodnevno uzimanje disulfirama, uklanjanje alkohola iz kuće, izbegavanje starog duštva i zabrana odlaska u kafane, javno priznanje, reorganizacija dnevnih porodičnih rutina, trening komunikacija i dr.

Članovi šire porodice i socijalne mreže (networka) prisustvuju ključnim tačkama tretmana (»velikog predstavljanja«, »rezime«), kao i prilikom ispoljavanja teškoća i kriza tokom lečenja.

Prvog ili drugog dana po uključivanju u dnevnu bolnicu, pacijent izlaže grupi svoje glavne lične i porodične probleme, razvoj, posledice alkoholizma i neposredni povod dolaska na lečenje (»informativno predstavljanje«). Bračni partner/ka pacijenta takođe opiše sopstvenu ulogu u održavanju alkoholizma, te se tako u stvari, par »predstavi« grupi u koju je uključen.

Posle ovog informativnog predstavljanja, nastupa faza koju karakteriše intenzivno učenje teorije o alkoholizmu i porodici. S obzirom na to da par uči zajedno iz jednog materijala (»iz iste knjige«), to učenje i samo polaganje ispita je jedna od terapijskih tehnika u kojoj se testira suštinska motivacija para/porodice, ali se istovremeno obnavljaju pokidane komunikacije i narušeno zajedništvo para ili porodice. Ispit se polaže pred grupom koja zajedno sa terapeutom ocenjuje rezultat ispita.

Svakodnevna evaluacija postignutih rezultata u lečenju je obavezan deo grupne seanse (»aktuelnosti«). Krizne situacije ili zastoji u lečenju se analiziraju, pa se daju dodatni terapijski zadaci koji definišu novonastale probleme i provociraju terapijsku krizu.

Oko tri nedelje nakon ulaska u grupu, bračni par, sa decom i značajnim osobama iz porodičnog i socijalnog networka (najmanje 5 - 10 osoba), ima tzv. »veliko predstavljanje«, tj. Samokritičku prezentaciju biografskih podataka i analitičko sagledavanje razvoja bolesti, procesa prilagođavanja porodice i faktora održavanja i na kraju posledice alkoholizma. Članovi »mreže« daju sopstveno viđenje postignutih promena. Njihovo učešće i uloga se redefinišu, a posebna pažnja se obraća na dogovor sa radnom organizacijom oko uslova rada tokom daljeg lečenja. Važno je obezbediti njihovu podršku i dalju saradnju.

Na samom kraju intenzivne faze lečenja pacijent i članovi socijalne mreže daju rezime ove faze lečenja, uz plan lečenja u stabilizaciono-rehabilitacionoj fazi. Prednosti lečenja u dnevnoj bolnici su mnogostruke - za samu porodicu to znači lečenje u prirodnom okruženju, upućenost na međusobne relacije i brži oporavak porodičnih odnosa. U tom smislu posebno je značajno vreme koje provode u svom domu, posle boravka u dnevnoj bolnici. U tom smislu, strukturisanost i planiranje vremena sa podelom aktivnosti unutar porodice su mera uspešnosti tretmana.

Hospitalni tretman

Prema savremenim konceptima, lečenje alkoholizma trebalo bi prevashodno da bude organizovano kao vanhospitalno. Međutim, pošto je alkoholizam ipak kompleksna bio-psiho-socijalna bolest, hronična po svom toku i trajanju, sa mogućnošću stvaranja ozbiljnih telesnih i neuropsihijatrijskih oštećenja, ponekad je nužno i neizbežno primeniti hospitalno lečenje pojedinih zavisnika od alkohola. Međutim, ovu formu lečenja ni u kom slučaju ne treba koristiti kao jedinu formu lečenja kod jednog pacijenta, odnosno kao »početak i kraj lečenja«, već samo kao jednu od faza u lečenja i to samo za neke pacijente.

U savremeno organizovanim zdravstvenim sistemima gde postoje dobro organizovane forme dispanzerskog i dnevno-bolničkog lečenja, ***apsolutne indikacije za hospitalno lečenje*** trebalo bi da budu akutni telesni i/ili psihijatrijski sindrom u sklopu apstinencijalne faze (prinudne ili voljne).

Tu spadaju :

- predeliranto i delirantno stanje,
- krize svesti sa pretnjom razvijanja epileptičkog statusa ili sumračnog stanja,
- akutna psihotična stanja, halucinoza ili paranidni sindrom, koja zaslužuju etiketu za urgentne intervencije,
- neurološka ili psihoorganska oštećenja kod osoba u abuzusu koji ugrožava vitalne funkcije pacijenta, a ne mogu se obezbediti uslovi za pouzdanu vanbolničku apstinenciju;

Rešavanje ovakvih pacijenata ponekad je moguće na odeljenjima urgentne psihijatrije, ili na drugim psihijatrijskim odeljenjima. Trajanje lečenja uslovljeno je dužinom trajanja aktuelne neurološke ili psihoorganske simptomatologije.

FARMAKOTERAPIJA ALKOHOLIZMA

Farmakoterapija alkoholizma ima dve moguće faze:

- detoksikaciju i rešavanje apstinencijalne simptomatologije
- faza posle detoksikacije odnosno faza prolongirane apstimenције.

Primena farmakoterapije u drugoj fazi odlikuje se sa mnogo neodređenosti i nedorečenosti. U njoj postoji najmanje šest značajnih zahteva za rešavanje. To su:

- žudnja ili psihološka zavisnost
- kontinuirana apstinencija
- recidiv i gubitak kontrole nad pijenjem
- uspostavljanje dobrog psihičkog stanja i psihološkog funkcionisanja
- poboljšanje interpersonalnih interakcija i emocionalnih odnosa
- poboljšanje kvaliteta života

Prva tri zahteva povezana su sa rešavanjem jezgrovnih simptoma alkoholizma kao adikcije. Druga tri zahteva se ne mogu uspešno rešavati ako prvi nisu zadovoljavajuće rešeni i za njihovo kompletno rešavanje nije dovoljna (mada često nije ni neophodna) farmakoterapija. Ovom prilikom produbićemo samo prva tri zahteva. Za njihovo rešavanje stoje nam na raspolaganju tri ključna medikamneti:

- disulfiram

- naltrexon
- acamprosate

Ova tri leka uvedena su u upotrebu u različito vreme i imaju različite načine ispoljavanja efekta.

Disulfiram inhibiše aldehidnu dehidrogenazu i time podiže nivo acet-aldehida kada se unosi alkohol, što dovodi do pojave neprijatnih posledica (muka, crvenilo kože, glavobolja, slabost).

Naltrexon je opiodni antagonist, koji blokira opiodne receptore stvarajući hipotetično smanjivanje nagrađujućih osobina alkohola.

Acamprosate deluje kao inhibitor glutamata, a manjim delom i kao modulator GABA, blokirajući kanale za kalcijumove jone usporava jonski influks kalcijuma što rezultira redukcijom oslobađanja glutamata i redukcijom post-sinaptičkog efekta. Tako sprečava ekscitativno oslobađanje glutamata koje postoji kod apstinencijalnog sindroma čime doprinosi smanjenju pijenja.

1. DISULFIRAM

Disulfiram kao lek odobren je za upotrebu od strane FDA, još daleke 1951. godine. Oko njegovog propisivanja i korišćenja u lečenju alkoholizma postoje podeljena mišljenja i kontroverze. Međutim, on je i dalje u širokoj upotrebi i postoji podrška u pomenutoj FDA da se nastavi njegova primena u lečenju alkoholizma.

Da li disulfiram još uvek ima ulogu u tretmanu alkoholizma?

Odgovor je: uslovno, ali kvalifikovano DA.

Disulfiram ne treba davati kada je pacijent na samom početku tretmana, kad se tek pojavio na lečenju. Međutim, ako pacijent ulaže napor i bori se da uspostavi apstinenciju, propisivanje disulfirama pod supervizijom je sasvim opravdano. Neželjeni efekti su obično minimalni i ozbiljni problemi se ne pojavljuju, ako se prati hepatotoksičnost.

On nije lek kojim se leči alkoholizam. Kada se uzima sam bez potrebne motivacije i suportivne terapije, malo je verovatno da će se njime postići bilo kakav značajniji stvarni efekat na alkoholičarski obrazac pijenja. Disulfiram predstavlja pomoć u organizovanju lečenja selekcioniranih pacijenata zavisnih od alkohola, koji žele da ostanu u stanju postignute apstinencije prihvataju suportivnu terapiju ili strukturisani psihoteapijski tretman. U tim uslovima on ima najbolju efikasnost. Osim tako organizovane primene disulfirama, dobro organizovana istraživanja na većim uzorcima trebalo bi da nam pruže definitivne odgovore na pitanja:

- da li efikasnije supervizirano uzimanje disulfirama od strane medicinskog tima

ili od strane člana porodice

- da li je korisna supervizirana primena disulfirama za očuvanje apstinencije rizičnih grupa (više puta bezuspešno lečeni, učinioci krivičnih dela i dr.)
- da li supervizirana primena disulfirama poboljšava povoljan ishod kada se kombinuje sa drugim medikamentima.

2. ACAMPROSAT

Kao što je već pomenuto, acamprosat je modulator NMDA receptora tj. deluje kao antagonist hiperekscitirajućeg neurotransmitera glutamina preko glutamatskog NMDA receptorskog kompleksa, putem specifičnog mesta vezivanja. Upravo ta promena ravnoteže između inhibicije i ekscitacije u CNS predstavlja osnovu delovanja acamprosata jer ostvaruje uticaj na transmitterske i strukturalne nivoe u CNS koji su odgovorni za stvarnje mehanizma zavisnosti. Na taj način acamprosat:

- Redukuje simptome apstinencijalnog sindroma (insomnija, anksioznost, nemir, depresivnost),
- ima antidepresivno i anksiolitičko dejstvo.

Klinički, može se govoriti o smanjenju žudnje za alkoholom čime obezbeđuje smanjenje potrebe za unošenjem alkohola, te na taj način može doprineti povećanju procenta održavanja apstinencije kod zavisnika od alkohola.

Mnogobrojne studije pokazuju statistički značajno veću efikasnost Camprala od placeba u održavanju apstinencije od alkohola. U nekima se registruje čak i dvostruko veća efikasnost.

3. NALTREXONE

Opioidni antagonist blokira μ - receptore, a u nešto manjoj meri δ - i κ -opiodne receptore. Veruje se da blokirajući ova receptorska mesta inhibira efekte endogenih opioda, čime dovodi do slabljenja pozitivnog potkrepljenja alkohola.

Kao što je rečeno ranije, unošenje alkohola je povezano sa oslobađanjem endogenih opioda. Dakle, blokirajući μ -opiodne receptore naltrekson atenuira nagrađujuće dejstvo alkohola i redukuje oslobađanje dopamina, kao i GABA - ergički upliv.

Mnoge studije izveštavaju o značajnom snižavanju recidiva kod pacijenata zavisnih od alkohola koji su uzimali naltrexon. Isti rezultati dobijeni su i meta-analizom (Anton R, Oroszi G, O'Malley S, Couper D, Swift R, Pettinati H, Goldman D 2008).

Tokom 2006. godine FDA je registrovala za tretman zavisnosti od alkohola naltrexon sa produženim oslobađanjem, u injektibilnom obliku, koji se aplicira samo jednom mesečno. Kao što je poznato, disulfiram i naltrekson pacijenti moraju da uzimaju jednom dnevno, a acamprosac čak tri puta. Na taj način pacijent je svakodnevno u situaciji da odlučuju da li će ostati privrženi medikamentu. Sa injekcijom naltreksona sa produženim oslobađanjem postiže se da pacijent nije u mogućnosti da svakodnevno odlučuje da će ili neće uzeti lek, što svakako predstavlja određenu terapijsku prednost.

PSIHOTERAPIJSKI MODALITETI

Individualna psihoterapija

Individualna psihoterapija se u lečenju zavisnosti od alkohola primenjuje pre kao dodatna terapija, nego terapija izbora. Površinske metode, kao što je suportivna terapija, zastupljene su tokom celog terapijskog toka - pri uzimanju podataka, jačanju motivacije, uklapanju u proces lečenja, savladavanju zastoja i kriza.

Individualna psihoterapija sa *psihodinamskom orijentacijom* zastupljena je i u sklopu Ekosistemskog terapijskog modela kao prihvatljiviji modalitet za osobe zavisne od alkohola, u odnosu na psihoanalitičku psihoterapiju. Ovaj terapijski pristup fokusira se na konflikte iz prošlosti (detinjstva), u meri u kojoj su povezani sa aktuelnim konfliktima. Uloga terapeuta je često aktivna, konfrontativna ili podržavajuća, pri čemu terapeut ima svest o karakterističnim odbranama, specifičnim ego slabostima, ali i snagama pacijenta. Apstinencija od alkohola je uslov za odvijanje tretmana.

Bihejvioralni modeli u lečenju alkoholizma u svojoj osnovi imaju teoriju socijalnog učenja, koja opisuje operantno i klasnično uslovljavanje, ali naglašava i ulogu kognitivnih procesa. Obrasci potkrepljivanja alkoholizma predstavljaju odgovor (reakciju) porodice na alkoholizam svog člana (149, 150, 151).

Bihejvioralni terapijski model obuhvata:

- Identifikaciju specifične sekvence ponašanja u cilju utvrđivanja stimulus-odgovor obrazaca, udruženih sa ponavljanim epizodama pijenja;
- Kategorizaciju tih obrazaca na pozitivne ili negativne potkrepljivače;
- Potkrepljivanje pozitivnih interakcija bračnih partnera i cele porodice, uporedo sa umanjivanjem negativnih odgovora koji se odnose na pijenje.

Grupna psihoterapija

Grupna psihoterapija smatra se metodom izbora u lečenju alkoholizma.

Najviše primenjivana metoda je multipla grupa bračnih parova/porodica; u „ključnim tačkama” grupnog rada uključuju se i članovi šire porodice i socijalne mreže. Prisutni su brojni poznati oblici grupnog rada: direktivni, didaktički, edukativni, analitički orijentisana grupna psihoterapija, bihejvioralna terapija, transakciona analiza, terapija realnosti, interakcijske komunikacione tehnike i dr.

Osnovni principi grupnog rada prisutni su i ovde: grupa zadovoljava potrebe za pripadnošću samih zavisnika i njihovih porodica, koji odstranjivanje alkohola doživljavaju kao gubitak, što može dovesti do izražene porodične krize (148). U grupi se uče i vežbaju alternativni oblici ponašanja bez alkohola. Rad grupe odvija se po principu „ovde i sada”, tretiraju se aktuelni problemi, fokus terapijskog rada je na interakciji, interpersonalnom, više nego na intrapsihičkom (144). Grupa stvara nove vrednosti, grupni moral i sopstveni identitet uz usvajanje nealkoholičarskog identiteta.

Socioterapija

Kao metoda usmerena na ponašanje i odnose sa drugim ljudima, socioterapija naglašava zdrave aspekte ličnosti u kontekstu relacija. Od poznatih oblika socioterapije, koriste se:

- Psihoedukativne grupe u kojima alkoholičar i njegova porodica uče teoriju o alkoholizmu i promenu ponašanja; znanje iz teorije primenjuju na sebe i svoju porodicu, prepoznavajući zavisničko ponašanje (147,152).
- Terapijska zajednica (velika socioterapijska grupa), zastupljena je u hospitalnim uslovima (celodnevnom i dnevnom bolnicama); obuhvaćeni su pacijenti, članovi porodice i osoblje ustanove u kojoj se lečenje odvija. Na sastancima se elaboriraju teme iz terapijskog domena, organizacije i rada odeljenja (153).
- Radna i rekreativna terapija, druženje porodica van oficijelnih grupnih sastanaka (vangrupna druženja), na čemu se posebno insistira, doprinose stvaranju nove životne orijentacije porodice i životu bez alkohola.

SOCIOTERAPIJSKI KLUBOVI LEČENIH ALKOHOLIČARA (KLA)

Ova forma socioterapije ima značajno mesto u lečenju zavisnosti od alkohola dugi niz godina. Osnovni zadatak KLA je da osigura potpunu i trajnu apstinenciju.

Kao socioterapijska zajednica, klub multiplikuje interpersonalne komunikacije i aktivnosti kojima se obogaćuje kvalitet života zavisnika i njihovih porodica (43). Po svojoj dinamici, klub je velika terapijska grupa u kojoj se pod zaštićenim uslovima odvija grupna dinamika po principima terapijske zajednice i grupne terapije. KLA može biti organizovan kao socioterapijski klub u okviru institucije za lečenje alkoholizma i imati angažovanog terapeuta, ili može biti organizovan nezavisno od zdravstvene institucije, unutar lokalne zajednice. Slično su organizovani klubovi u formi grupa samopomoći, koje nemaju profesionalnog terapeuta. KLA postoje u Srbiji od 1963. godine (u Institutu za mentalno zdravlje), a Zajednica klubova lečenih alkoholičara Srbije objedinjuje i koordinira njihov rad od 1976. godine.

SISTEMSKA GRUPNA PORODIČNA TERAPIJA ALKOHOLIZMA – SGPTA

U početku formiranja pokreta porodične terapije, odnosno u prvoj dekadi njenog razvoja (pedestih godina 20. veka), interesovanje za alkoholizam bilo je malo, tako da su teorija porodice i terapija alkoholizma povezane tek u jednom članku Eving-a i Fox-a, 1968. godine, a potom Steinglass sa svojim saradnicima, počev od 1971. godine, uvodi interakcijski model alkoholizma i koristi termin »sistem alkoholičara« usmeravajući se na homeostazu, bračnu dinamiku i »centralnu poziciju alkoholizma« u tim porodicama.

U početnim pokušajima, primene porodične terapije, koji su još uvek bili obeleženi tradicionalnim i individualnim pristupom, supruge su oprezno uključivane prvo u odvojene grupe i psihoterapijski rad se odvijao oko njihovih psihičkih problema, a Meeks i Kelly 1970. godine prvi izveštavaju o tzv. združenoj porodičnoj terapiji alkoholičara. Pod snažnim uticajem Virdžinije Satir i njenog porodično terapijskog pristupa, oni su potom prihvatili i počeli da primenjuju premisu da je **porodica jedinica tretmana**, i da ona ima unutrašnje procese, pre svega homeostazne procese.

U porodičnoj terapiji alkoholizma sve se više primenjuju opšti koncepti i tehnike i intervencije porodične terapije. To podrazumeva, pre svega, primenu komunikacionih tehnika bilo u okviru strateške, ili strukturalne terapije ili bove-nijanskog pristupa, a zatim i tretiranje porodice kao terapijske jedinice oslanjajući se na sistemske procese koji postoje u svim porodicama (razvojni ciklus, maturacija).

Ovaj terapijski pristup umnogome je poboljšao rezultate lečenja i probudio optimizam da se problemi i posledice alkoholizma mogu uspešno rešavati, tako

da je porodična terapija alkoholizma postala terapija izbora koja se značajno proširila, kako za lečenje tako i za prevenciju, motivaciju i planiranje politike država za suzbijanje pijenja, alkoholizma i rehabilitacija alkoholičara.

Porodična terapija je ključno uticala da se formira i pokret „odrasle dece alkoholičara” (ACOA - Adult Child Of Alcoholics), koji teži da socijalno-psihološke i psihijatrijske probleme dece iz alkoholičarskih porodica istražuje i tretira povezano sa alkoholizmom u porodici i specifičnostima ovih porodica kao sistema. Međutim, treba imati na umu nekoliko činjenica pri primeni porodične terapije alkoholizma, a to su:

- raznovrsnost kliničkih slika alkoholizma;
- značajna psihoorganska oštećenja alkoholičara;
- poremećaji ličnosti, sociopatska ponašanja i trajna organska oštećenja ličnosti alkoholičara;
- nalazi genetičkih istraživanja psihijatrijskih poremećaja i alkoholizma.

Počeci primene i razvoj porodične terapije alkoholizma u nas vezani su za Institut za mentalno zdravlje i ime Branka Gačića tj. za startovanje programa porodične terapije alkoholizma 1973. godine, kada je on sa grupom mlađih saradnika u okviru Dnevne bolnice oformio terapijsku grupu u koju je počeo da uključuje i supruge alkoholičara u lečenju njihovih muževa. U svojoj prvoj knjizi 1978. godine, ovaj oblik lečenja alkoholičara nazvao je „Intenzivna kombinovana porodična terapija alkoholizma” (IKPTA), pri čemu su klasični i tradicionalni medicinski delovi programa označavani kao simptomatska terapija, a porodična terapija tj. usmerenost na bračne i porodične probleme ima značenje etiološke terapije. Prva evaluacija uspešnosti novog pristupa pokazala je dvostruko veću efikasnost od terapijskih programa koji su sprovedeni do tada a evaluirani u periodu 1968. do 1973. godine.

Godine 1978. je formiran Centar za porodičnu terapiju alkoholizma (CPTA) kojim je rukovodio Gačić, što je dalo dodatne impulse ne samo u porodičnoj terapiji alkoholizma, već i u daljem razvoju porodične terapije uopšte kod nas. Naime, stvorena je prva generacija edukovanih porodičnih terapeuta u našoj zemlji koji su završili supspecijalizaciju iz porodične terapije, po programima Instituta za porodičnu terapiju i Tavistok klinike iz Londona.

Kroz praktičan rad i edukativne aktivnosti ove prve generacije porodičnih terapeuta, uključivanje članova porodice u lečenje njihovih alkoholičara postaje sve šire primenjivana terapijska praksa zastupljena i u drugim ustanovama (Niš, Skoplje, Sombor, Novi Sad, Beograd i drugi gradovi, sada i Vranje, Bajina Bašta,

Ćuprija, Vršac, Kovin, Subotica). Potom je Gačić izvršio i drugu kompletnu studiju evaluacije porodične terapije alkoholizma za period 1986 - 1989 godine (Porodična terapija alkoholizma: Promene u porodičnim ulogama 1989), na 89 bračnih parova i uspešnost pristupa je ponovo potvrđena. U navedenom periodu ovaj terapijski pristup u porodičnoj terapiji alkoholizma obogatio se i značajno većim angažovanjem i drugih socijalnih sistema u lečenju alkoholizma pa je sve više dobijala odlike tzv. network terapije, mada je u suštini to model koji se može nazvati sistemska grupna porodična terapija alkoholizma (SGPTA) (Stanković 1995, Nastasić 1996).

Ovaj terapijski model se primenjuje već gotovo 30 godina. Izvorno, on je proistekao iz sociopsihijatrijskog modela lečenja alkoholizma u Institutu za mentalno zdravlje, a sistemsku komponentu uključivanja supruge i članova porodice nadgradio je Gačić sa saradnicima (1973, 1978, 1989). Po našem mišljenju, postignuto je prožimanje ova dva modela koje je delovalo gotovo prirodno. Time je stvoren kompletniji program u kome su se očigledno pojavile odlike novog i konzistentnog i teorijskog i terapijskog modela. Ove odlike koje su sada već čvrsto inkorporirane u terapijskom radu su:

1. Aktivno učešće supruge i drugih članova porodice i/ili proširene porodice i prijatelja u lečenju alkoholizma. Osnovna terapijska forma je grupna terapija.
2. Redovno uključivanje socijalno-psiholoških službi i pojedinaca iz profesionalnog sistema zaposlenog alkoholičara.
3. Terapijsko delovanje na porodicu kao terapijsku jedinicu i/ili na socijalno-profesionalno okruženje kao celovit sistem. To podrazumeva, za učesnike u lečenju poziciju sastavnog dela pacijentovog sistema, tj. poziciju ko-pacijenta, koji je doprinosio adaptivnim i homeostaznim procesima, čiji je ishod alkoholizam.
4. Postojanje faza u ostvarivanju programa, koje s jedne strane ističu nivoe terapijskih akcija i terapijskih zahteva, a s druge strane određuju vremenski redosled analiziranja i menjanja sistema, koji izgleda ovako: sadašnjost, prošlost, budućnost.
5. Neminovnost ozbiljnog edukovanja pacijenta i porodice da bi kvalifikovano mogli da sagledaju svoje učešće u održavanju disfunkcionog sistema i da bi mogli da postignu neophodne promene.
6. Specifikacija - individualizacija programa za porodicu kroz kombinovanje tehnika i metoda porodične terapije alkoholizma i grupne psihoterapije i kroz sprovođenje programa u svim nivoima kliničkog rada: kliničko odeljenje, dnevna bolnica, vanbolničke porodične grupe, klub i dispanzer.

Glavne odlike i metode sprovođenja ovog programa su:

1. **Pripremno-orijentaciona faza** koja je faza „prve pomoći” i uspostavljanja apstinencije, a potom se nadovezuje motivisanje za porodičnu terapiju i formiranje „terapijskog ugovora”. Počinje sa prvim kontaktom sa pacijentom u dispanzeru, gde on dolazi sam ili mnogo češće sa nekim od članova porodice ili šireg socijalnog ili profesionalnog sistema. Ono traje kratko, sastoji se od manjeg broja seansi u kojima se postavlja dijagnoza alkoholizma, sagledava stanje pacijenta, obavlja detoksikacija i uspostavlja apstinencija. U uspostavljenju apstinencije porodica učestvuje aktivno i deli odgovornost za obavljanje tog prvog zadatka, kao i kasnije (davanje disulfirama) i drugih pravila za uspešnu apstinenciju. Tokom ove faze postavlja se i „dijagnoza” porodice i sistema i formira se terapijski network. Ova se faza završava formiranjem „terapijskog ugovora”, koji precizira ciljeve i učesće svih članova sistema u ostvarivanju svakog formulisanog cilja. U stvari, ciljevi su u ovoj fazi terapijski zadaci, čije ostvarivanje vodi ka prvom potcildju tj. započinjanju zajedničkog lečenja. Ono što se postiže je prevođenje „mokrog” sistema u „suvi” sistem, ali sistem nije bitnije izmenjen.

2. **Intenzivna faza** je nastavak prethodne i odvija se u dnevnoj bolnici ili u stacionaru, kroz svakodnevne terapijske aktivnosti, koje su po tipu multiple porodične grupe. Ključne tačke su:

a) **Informativno predstavljanje** pacijenta i porodice pred terapijskom grupom, kojim se testira i učvršćuje motivacija primenom dopunskih konfrontacija koje su sada usmerene, ne samo na alkoholičara već i na porodicu, produbljuje se tj. terapijski izaziva kriza sistema i otkrivaju uporišta otpora i projekcija.

Ovo je tačka kada se napušta „teren prošlosti” makar i one najbliže i porodica se prevodi na „teren sadašnjosti” što podrazumeva rad na menjanju aktuelnog ponašanja, i na uspostavljanju novih obrazaca međusobnih odnosa, makar i najpovršnijeg nivoa, ali sa novim načinom komuniciranja i sistema vrednosti.

b) **„Aktuelnosti”** obuhvataju terapijsku tehniku kojom se analiziraju sadašnja zbivanja u porodici, što se obavlja kroz analiziranje prethodnog dana. Ovom terapijskom tehnikom omogućuje se dodatno eksplorisanje i dijagnostikovanje porodice, prepoznavanje karakterističnih sekvenci, pravila, granica, karakteristika razvojne faze porodice i psihodinamika bračnog supsistema i odnosa roditelj - deca u okviru njega, naravno, sa ciljem da se postignu promene u sadašnjosti.

Teme iz prošlosti se eksplicitno i direktivno zabranjuju kroz poruku „još niste dovoljno kvalifikovani da pravilno i razumno sagledate prošlost”, čime se bar

privremeno međusobne projekcije i manipulacije zaustavljaju, pomeraju ili potiskuju. Insistira se na zajedničkom radu na promeni stila komuniciranja, kroz „trening“ komunikacija - dnevnik, razgovor na kraju dana i insitiranje i ispravljanje načina komunikacija tokom rada grupe.

c) **Psiho-edukativni** proces za pacijenta i porodicu; o alkoholizmu, njegovom nastanku i održavanju u porodici kao sistemu i posledicama u svim oblastima funkcionisanja. Cilj ove edukacije nije samo sticanje znanja, već je cilj i prepoznavanje sopstvenog „slučaja“ u teorijskim postavkama, što je glavni kriterijum za procenu uspešnosti izvršenja ovog zadatka. Time je stečena „kvalifikacija“ za povoljno i „razumno“ sagledavanje prošlosti.

d) „**Veliko predstavljanje**“ je terapijski zadatak kojim se teži da pacijent i porodica sagledaju činjenice iz prošlosti na nov način. Veliko predstavljanje u sebi nosi terapijske elemente samootkrivanja - uvida i otkrivanja pred drugima.

Kvalitet i efekat od ovog terapijskog zadatka umnogome je uslovljen odvijanjima u prethodnim fazama, a ključni otpori i zastoji proističu iz „paktova“, koje porodica može formirati protiv promena u sistemu. To su: „medeni mesec“, „neodložni poslovi“, „somatizacije“, „rasprave o pravilima“, „kašnjenja na sastanke“, međusobno opravdavanje za propuste u terapiji i slično.

Veliko predstavljanje ima formu iznošenja autobiografije ali veoma kritički konotirane sa ciljem da „trezno Ja sagleda pijano Ja“, da „suv sistem sagleda mokar sistem“. Ono nosi u sebi i elemente uvida u psihodinamskom smislu, jer je jedan od zadataka u okviru velikog predstavljanja sagledavanje sopstvenog razvoja i odnosa sa primarnom porodicom i ključnim osobama u njoj. Ovaj deo je najkompleksniji i umnogome je uslovljen kvalitetom grupne dinamike i znanjem i veštinom terapeuta. Najteže je izvodljiv i zbog postojanja rigidnih mehanizama odbrane, međusobnih projekcija i „ugovora“ među partnerima, a posebno zbog masivnih manipulacija i strategija alkoholičara za održavanjem kontrole i moći u sistemu, pri čemu ih je teško diferencirati od psihoorganskih oštećenja tj. kognitivnih deficita i trajnih poremaćaja ličnosti i kod pacijenta i kod članova porodice. U ovoj tački porodične terapije alkoholizma upotreba genogramskih intervju, formiranje i interpretacija genograma mogu odigrati presudnu ulogu. Ovo je pomoć porodici da sagleda sve značajne podatke na celovit i nov način, a terapeutu omogućuje da definitivno planira dalje intervencije. Neuspešno veliko predstavljanje je često povod za promenu oblika lečenja, dakle, ima ključni značaj „raskrsnice“ u terapijskom procesu. Upotreba genograma doprinosi definitivnom opredeljenju terapeuta za vrstu intervencija, oblik lečenja i terapijske ciljeve koji će se staviti pred porodicu i načine kako će se ti ciljevi ostvarivati.

Terapijski cilj velikog predstavljanja je postignut ako je kroz izlaganje dostignut „uvid“ celog sistema i kroz emocionalnu ekspresiju članova sistema registrovano redefinisane uloga, pozicija i odnosa. To se najjednostavnije sagledava kroz činjenicu da je svako govorio o sebi i svom ponašanju, svojoj odgovornosti za ishode i posledice u porodici, a ne o onom drugom, ne objašnjavajući svoje ponašanje osećanjem i ponašanjem onog drugog. Za alkoholičara je ovo teško zbog masivnih naslaga koje je formirao kroz socijalne komparacije, negacije i taktike čuvanja simptoma, ali i zbog poremećenog sistema vrednosti, poremećenih obrazaca ponašanja i psihoorganskih oštećenja. Međutim, to je za njega teško ponajviše zbog straha od gubitka „uigrane šeme“ čime on gubi i ključni oslonac koji mu obezbeđuje osećanje nužnog odnosa sa objektom. Za suprugu su teškoće iste, jer je i ona ličnost visokog stepena zavisnosti i nediiferenciranosti kao i muž, pa su i njeni mehanizmi odbrane slični i uklopljeni u bračni odnos. Osim toga, ona se teško „odriče“ dobiti i stepena kontrole u relaciji i sistemu, koji je ostvarila tokom alkoholizma muža. Posebno joj predstavlja teškoću gubljenje tj. skidanje „etikete krivca“ sa alkoholičara i zahtev da ona preuzime ličnu odgovornost za svoj život, za funkcionisanje i posledice u porodici, koje su proistekle iz „stabilnog mokrog“ braka u kome je ona učestvovala. Terapijski zahtev da napusti poziciju „heroine“, „svetice“ i „žrtve“ ponekad dovodi do takvog nerazumevanja tog zahteva, da jedini odgovor koji ona može pružiti je depresivna pozicija ili regresija drugačijeg oblika (pasivnost, poslušnost, savršenost u terapijskoj zajednici i grupi).

e) **Rezime lečenja i plan rehabilitacije** predstavljaju završnu tačku intenzivne faze porodične terapije alkoholizma i obavlja se posle četiri do šest nedelja od početka lečenja. Ovo je momenat kada se u porodičnoj terapiji alkoholizma dolazi na temu budućnosti. U metodološkom smislu rezime lečenja obuhvata zadatak da se elementi uspešno obavljenog velikog predstavljanja ponove još jednom u sažetijem i skraćenom obliku, ali ono što je osnova koja služi za procenjivanje suštinskog redefinisanja sistema i razvijenih promena u njemu je analiza toka lečenja, što obuhvata elaboriranje ili dobro razumevanje sopstvenog kognitivnog i emocionalnog procesa u toku porodične terapije alkoholizma i promene koje su se dogodile u učesnicima i u sistemu. Zatim obuhvata razumevanje promena u bračnim odnosima i u porodici koje su se dogodile i na kraju, spisak „nezavršenih poslova“ tj. nerazrešenih problema i konflikata kao i konkretnih ciljeva za svakog pojedinca i porodicu u skladu sa daljim životnim ciklusom i razvojnim zadacima porodice. Rezimeu prisustvuju svi članovi porodice i socijalne mreže, koji su uzimali učešće tokom lečenja i oni na sličan način

rezimiraju i procenjuju tok lečenja porodice i sopstvenog učešća u tome i u budućnosti porodice.

Rehabilitaciona faza porodične terapije alkoholizma je manjeg intenziteta, jer se seanse odvijaju u porodičnoj grupi jedan put nedeljno, ali je znatno veće terapijske dubine i podrazumeva odvijanje porodične terapije uz uobičajeni život i funkcionisanje u svom socijalnom i profesionalnom okruženju. Multipla porodična grupa u koju par stupa je nova ali „zrelija” grupa i čine je parovi koji su već formirali stabilni „suv sistem” i odmakli u procesima menjanja sistema. U ovoj grupi novi par iznosi svoj plan rehabilitacije, onako kako ga je prezentirao na svom rezimeu i svoj terapijski proces usmerava po njemu. Naravno, realitet porodičnog života diktira i druge teme na kojima će se porodica angažovati uključujući i probleme drugih članova grupe. Cilj je preventiranje „starih” problema i razvijanje tehnika i mehanizama za savladavanje ispoljenih teškoća i problema. Ovo je faza kada terapeut može kompletnije raditi na mehanizmima odbrane i razbijanju formule quid pro quo tj. međusobnih projekcija u braku.



1. Svetska zdravstvena organizacija: Izveštaj o svetskom zdravlju 2001 - Mentalno zdravlje – novo razumevanje, nova nada. SZO Ženeva, 2001 (u prevodu na srpski izdato od strane Instituta za mentalno zdravlje, Beograd, 2003).
2. SZO. dostupno na http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2011/alcohol_20110211/en/index.html
3. Svetska zdravstvena organizacija. Globalna strategija za smanjenje štetne upotrebe alkohola SZO 2010.
4. Svetska zdravstvena organizacija: Paket - vodič politika i služba za mentalno zdravlje: Politika iz oblasti mentalnog zdravlja, planovi i programi. SZO, Ženeva, 2003.
5. Nacionalna strategija za pevenciju zloupotrebe alkohola i alkoholizam, Republička Stručna komisija Minisatrastva zdravlja, Beograd, 2011.
6. Ministarstvo zdravlja Republike Srbije. Istraživanje zdravlja stanovnika Srbije, 2006
7. Ministarstvo zdravlja Srbije. Evropsko školsko istraživanje o zloupotrebi alkohola i drugih droga. Institut za javno zdravlje Srbije "Dr Milan Jovanović Batut", Beograd, 2008.
8. Marlatt, G. A., Baer, J. S., Donovan, D. M., Divlahan, D. R. (1988): Addictive behaviors: Etiology and treatment, *Annu. Rev. Psychol.* 39: 223 - 252.
9. Zucker, R. A., Gombert, E. S. L. (1986): Etiology of Alcoholism reconsidered: The case for a biopsychosocial process, *Am. Psychol.* 41: 783 - 793.
10. Nathan, P. E. (1988): The addictive personality is the behavior of the addict. *J. Consult. Clin. Psychol.* 56 (2): 183 - 188.
11. Steinglass, P., Bennett, L. A., Wolin, S. J., Resiss, D. (1987): Basic Books, New York.
12. Tarter, R. E., Vanyukov, M. (1994): Alcoholism: Developmental Disorder, *J. Consult. Clin. Psychol.* 62 (6): 1096 - 1107.
13. Nathan, P. E. (1988): The addictive personality is the behavior of the addict. *J. Consult. Clin. Psychol.* 56 (2): 183-188.
14. Steinglass P, Bennett LA, Wolin SJ, Reiss D. The Alcoholic Family. New York: Basic Books; 1987. p. 223
15. Tarter, R. E., Vanyukov, M. (1994): Alcoholism: Developmental Disorder, *J. Consult. Clin. Psychol.* 62 (6): 1096 - 1107.

16. Svetska zdravstvena organizacija. ICD - 10 Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja: klinički opisi i dijagnostička uputstva. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, 1992.
17. Schuckit M.A.: Drug and Alcohol Abuse, Fifth Edition, Kluwar Academic / Plenum Publ., Ney York, 2000.
18. Petrakis I, Krystal J.: Neuroscience; Implications for Treatment, Alcohol, Health Research World, Vol. 21. No.2, 1997.
19. Schuckit M.A.: Substance use disorders: Science, medicine and future, BMJ, Vol. 314, 1997.
20. Johnston L.D., O ' Malley P.M., Bachman J.G.: National Survey Results on Drug Use from The Monitoring the Future Study 1975 - 1997. NIDA, Rockville, 1998.
21. Marlatt G.A., Baer J.S., et all: Addictive Behaviors: Etiologz and Treatment, Ann. Rew. Psychol. 39: 223 - 252, 1988.
22. Schuckit M.A.: A Clinical Model of Genetic Influence in Alcohol Dependence, J. of Stud. On Alcohol 55 : 5 - 17, 1994.
23. Kaufman, E. (1985): "Family system and family therapy of substance abuse", Inter. Journ. Of the Addictions, 20, (6 - 7).
24. Marlatt G.A., Baer J.S., et all: Addictive Behaviors: Etiologz and Treatment, Ann. Rew. Psychol. 39: 223 - 252, 1988.
25. Schuckit M.A.: A Clinical Model of Genetic Influence in Alcohol Dependence, J. of Stud. On Alcohol 55: 5 - 17, 1994.
26. Kaufman, E. And Kaufman, P. N. (1979): Family Therapy of Drug and Alcohol Abuse, Gardner Press, New York.
27. Gačić B., Alkoholizam: Bolest pojedinca i društva Filip Višnjić, Belgrade, 1988.
28. Kaufman E (1995) Family therapy in the treatment of alcoholism in E. B. Bratter & G, G, Forest, (Eds.) Alcoholism and substance abuse: strategies for clinical intervention, New York: Free Press
29. Kaufman E. Kaufman P: (1999) Family therapy of alcohol and drug abuse (2nd ed.) Needham Heights MA Allyn Baco
30. Trompan J. E. (2006) An Ecological – Systems Perspective in (Edd) Garwin C. D., Gutierrez L. M., Gralinsky M. J.: Handbook of Social Work with Groups
31. Lusier D. (2000): [http://www. Bcise.com/BCISE_SocialEcology](http://www.Bcise.com/BCISE_SocialEcology)
32. Bookchin, Murray. The Ecology of Freedom: The Emergence and Dissolution of Hierarchy. Oakland: AK Press, 2005, p. 85 - 7
33. Gačić B.: An Ecosystemic approach to alcoholism: Theory and Practice,

Contemporary Family Therapy, 1986, Vol. 8 Number 4 264 - 278

34. Gačić, B. (1992): Belgrade systemic Approach to the Treatment of Alcoholism: Principles and interventions; Journal of Family Therapy, 14; 2: 103 - 122

35. **Nastasić P.**: Zavisnost – bolest, poremećaj, lečenje. U: Coric B., urednik, Čovek i lek, Institut za mentalno zdravlje, Beograd, 2004, p.127 - 139.

36. **Nastasić P.** Alkoholizam i međugeneracijsko prenošenje, 1998 Beograd, Tehnis, Beograd

37. Heinz A, Lichtenberg - Kraag B, Baum SS, Graf K, Kruger F, Dettling M, Rommelspacher H (1995) Evidence for prolonged recovery of dopaminergic transmission after detoxification in alcoholics with poor treatment outcome. J Neural Transm Gen Sect 102: 149 - 157

38. Weiss F, Porrino L. J: Behavioral Neurobiology of Alcohol Addiction: Recent Advances and Challenges; The Journal of Neuroscience, May 1, 2002, 22 (9): 3332 - 3337

39. Olive MF, Koenig HN, Nannini MA, Hodge CW (2001) Stimulation of endorphin neurotransmission in the nucleus accumbens by ethanol, cocaine, and amphetamine. J Neurosci 21: RC184

40. O'Brien CP, Childress AR, Ehrman R, Robbins SJ (1998) Conditioning factors in drug abuse: can they explain compulsion? J Psychopharmacol 12: 15 - 22.

41. Koob GF: Drug addiction: the yin and yang of hedonic homeostasis. Neuron 1996; 16: 893 – 896

42. Childress AR.; Mozley PD.; McElgin, W.; Fitzgerald, J.; Reivich M.; Charles P. O'Brien C.P: Limbic Activation During Cue - Induced Cocaine Craving J. Psychiatry 156: 11 - 18, January 1999

43. Robinson, T. E., Berridge, K. C. The neural basis of drug craving: an incentive - sensitization theory of addiction. Brain Res Brain Res Rev. 1993 Sep - Dec; 18 (3): 247 - 91.

44. Berridge, K. C. Pleasures of the Brain. Brain Cogn. 2003 Jun; 52 (1): 106 - 28.

45. Sedmak, T. (1993): Dinamska osnova mehanizama odbrane alkoholičara, Alkoholizam, XXVII, 3 - 4, (13 - 25).

46. Sedmak, T. (1995): Moral, krivica i alkoholizam, Alkoholizam, XXIX, 1 - 2, (55 - 73).

47. Trbić, V. (1999): Procena zavisnosti i disfunkcionalnosti alkoholičarskih porodica, Alkoholizam, XXIX, 1 - 2, (105 - 117)

48. Stanković, Z., Lapčević, D., Filipović S., (1995): Sistemska Grupna Porodična Terapija alkoholizma u dnevnoj bolnici, Psihijatrija danas, 27: 3 - 4, 287 - 301.

49. Duvall, E. M. (1977): Marriage and family development. 5th ed. J. B. Lipponcott, Philadelphia.
50. Jackson J. K. The Adjusment of the Family to the Crisis Alcoholism, Quart J. Stud. Alc.15: 562 - 586. 1954
51. Ivanović, M. (1983): Alkoholičarski brak - psihosocijalne karakteristike, magistarska teza, medicinski fakultet.
52. Bowen, M. (1988): Family therapy in clinical practice (2nd ed.) Northvale, NJ, Jason - Aronson.
53. Micovic R., Stanković Z., **Nastasić P.**: Funkcija simptoma u alkoholičarskom braku, 1992, 24: 1 - 2; 67 - 71
54. **Nastasić P.**, Stankovic Z. Micović R.: Mogućnosti primene porodične grupne terapije na kliničkom psihijatrijskom odeljenju, Psihijatrija danas, 1992, 24: 1 - 2; 73 - 78
55. Micović R., **Nastasić P.**, Stanković Z.: Prikaz sistemske porodične terapije jedne alkoholičarske porodice, Psihijatrija danas, 1992, 24: 1 - 2; 79 - 85.
56. Stanković Z., Micović R., **Nastasić P.**: Odnos alkoholičara prema grupnoj terapiji kao faktor u promeni alkoholičarskog ponašanja, Psihijatrija danas, 1988, 3 - 4: 87 - 91
57. Vuletić, Z. (1984): Alkoholičarski porodični sistem i psihosocijalne karakteristike deteta, Doktorska disertacija, Univerzitet u Beogradu.
58. Vuletić, Z. (1988): Deca alkoholičara, Dečje novine.
59. **Nastasić P.**, Dimitrijević I., Bokalović G.: Novija saznanja o deci alkoholičara školskog uzrasta i mogućnosti prevencije alkoholizma, Psihijatrija danas, 1992, 24: 1 - 2; 96 - 102
60. Dimitrijevic I., Gačić N., **Nastasić P.**, Zdjelar S., Popović A., Cupic T.: Specifičnosti pijenja učenika osnovnih i srednjih škola - predlog preventivnih mera, Psihijatrija danas, 1992, 24: 1 - 2; 103 - 108
61. Filipović S., **Nastasić P.**: Zanemarivaje i zlostavljanje dece u porodici alkoholičara, Zbornik radova edukativnog seminara za patronažne sestre i socijalne radnike, 2005, Institut za mentalno zdravlje, 163 - 177
62. Filipović S., Panoski R., **Nastasić P.**: Rizik od zanemerivanja i zlostavljanja dece u porodici u kojoj je majka zavisna od alkohola, Zbornik rezimea XII Kongresa psihijatara Srbije i Crne Gore „U duhu saradnje i tolerancije“, 2004, Herceg Novi
63. **Nastasić P.**, Filipović S., Panoski R.: Fizičko i emocionalno zanemarivanje i zlostavljanje u porodici, Zbornik rezimea XII KONGresa psihijatara Srbije i Crne Gore „U duhu saradnje i tolerancije“, 2004, Herceg Novi

64. Pejovic – Milovančević M., Mincić T., Ispanović V., **Nastasić P.**, Radosavljev J., Filipović S., Vidojević O. (2002) Posledice zlostavljanja i zanemarivanja adolescenata u porodicama, *Psihijatrija danas*, 24: 3 - 4; 237 - 249
65. **Nastasić P.**, Filipović S., Panoski R.: (2007) Fizičko i emocionalno zanemarivanje i zlostavljanje u porodici alkoholičara Zbornik radova XXIII Savetovanju terapeuta bolesti zavisnosti, Apatin
66. Filipović S., Panoski R., **Nastasić P.**: Rizik od zanemarivanja i zlostavljanja dece u porodici u kojoj je majka zavisna od alkohola, Zbornik rezimea XII Kongresa psihijatarata Srbije i Crne Gore "U duhu saradnje i tolerancije", 2004, Herceg Novi
67. Stanković Z., Trbić V., **Nastasić P.**, Mladenović I.: Dijagnostičko - terapijske smernice o alkoholizmu, Institut za mentalno zdravlje, Beograd, 2009.
68. Anton R, Oroszi G, O'Malley S, Couper D, Swift R, Pettinati H, Goldman D (2008). "An Evaluation of Opioid Receptor (OPRM1) as a Predictor of Naltrexone Response in the Treatment of Alcohol Dependence". *Archives of General Psychiatry* 65 (2): 135 – 144. doi: 10. 1001 / archpsyc. 65. 2. 135. PMID 18250251.
69. Dean RL, *Front Biosc*, 2005; 10; 643 - 655
70. Anton, R. F. (2001) Pharmacological approaches to the management of alcoholism. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62 (supp 20), 11 - 17.
71. Gastlend DR et al. Evidence for Sustained Effect With Extend - release Naltrexon: 1 - Year Extension Study, APA Annual Meeting, May 21 - 25 2005 Atlanta GA
72. Frances R, Franklin J, Borg L.: Psychodynamics, in *Textbook of Substance Abuse Treatment*, edited by Galanter M, Kleber H, The American Psychiatric Press, NW Washington, 1994.
73. Solomon, SD.: Individual versus group therapy: current status in the treatment of alcoholism. *Advances in Alcohol and Substance Abuse*, 1982; 2: 69 – 86.
74. Bowers TG and al - Redha: A comparison of outcome with group / marital and standard / individual therapies with alcoholics. *J stud alcohol*, 1990; 51: 301 - 9.
75. Collins RL. Family treatment of alcohol abuse: behavioral and systems perspectives, in. *Alcohol and the Family: research and Clinical Perspectives*. Ed. Collins RL, Leonard KE, Searles JS, New York, Guilford, 1990: 285 - 308.
76. Chaney EF: Social skills training, in *Handbook of alcoholism Treatment*. Ed. By Hester RK, Miller WR, Elmsford NY, Pergamon, 1989: 206 - 21.
77. McLeon G: *The Therapeutic Community: Study of Effectiveness* (NIDA Treatment Res Monogr Ser ADM - 84 - 1286), Rockville, MD, National Institute

on Drug Abuse, 1984.

78. Garbutt J.C., et al. Pharmacological Treatment of Alcohol Dependence: A Review of Evidence JAMA, 14: 281; (1318 - 1325), 1999.

79. Schuckit M.A.: A Clinical Model of Genetic Influence in Alcohol Dependence, J. of Stud. On Alcohol 55: 5 - 17, 1994.























