

PRINCIPI SOCIJALNO-PSIHOLOŠKOG DIJAGNOSTIKOVANJA ALKOHOLIZMA U SOCIJALNOM RADU³

Sažetak:

U radu se razmatra ekosistemski koncept o nastajanju i trajanju alkoholizma, po kojem se nastanak i trajanje alkoholizma (i drugih bolesti zavisnosti) razmatra kao bolest pojedinca, porodice i društva. On sadrži i praktičan stav da se otkrivanje i dijagnostikovanje alkoholizma najpre mogu započeti kroz analizu poremećenih porodičnih i socijalnih interakcija, pa tek potom tražiti u medicinskim/biološkim simptomima. Prema tom konceptu, identifikacija zavisnosti od alkohola, zatim dijagnostički i terapijski postupci predstavljaju nerazdvojiv i kontinuiran proces. Ističe se i podatak da su medicinski kriterijumi za dijagnostikovanje alkoholizma najjasniji i naučno najobjektivniji, ali da oni ne obezbeđuju pravovremenu dijagnozu i efikasno lečenje. Posebno se ukazuje na teškoće u procesu identifikacije zavisnosti od alkohola izvan zdravstvenih ustanova zbog smanjenja „socijalne vidljivosti“ (mimikrija alkoholizma), odnosno zbog smanjenja prepoznatljivosti patoloških oblika ponašanja i pijenja alkoholnih pića u porodičnim i socijalnim odnosima.

U zaključku se ističu ključni principi dijagnostikovanja, motivisanja i postupanja u socijalnom radu u vezi sa alkoholizmom i problemima pijenja.

1 Docent, Univerzitet u Beogradu – Fakultet političkih nauka.
E-mail: petar.nastasic@fpn.bg.ac.rs

2 Redovna profesorka, Univerzitet u Beogradu – Fakultet političkih nauka.
E-mail: ana.cekerevac@fpn.bg.ac.rs

3 Rad je nastao u okviru naučno-istraživačkog projekta Univerziteta u Beogradu – Fakulteta političkih nauka, *Politički identitet Srbije u regionalnom i globalnom kontekstu* (evidencioni broj: 179076), koji finansira Ministarstvo prosvete i nauke Republike Srbije. Tekst primljen 31. oktobra 2011. godine.

Ključne reči: ekosistemski pristup alkoholizmu, dijagnostikovanje alkoholizma, socijalni rad i alkoholizam

Sveobuhvatno razumevanje kompletnog dijagnostikovanja i tretmana alkoholizma – koji se neizbežno nameću zbog velike štete i kompleksnosti alkoholizma – i kao adikcije i kao telesne i psihijatrijske bolesti – može se postići uključivanjem sistemskih principa u psihosocijalni i klinički rad.

Polazeći sa stanovišta opšte teorije sistema, alkoholizam se, kao i druge zavisnosti, ne shvata kao poremećaj, čiju prirodu određuju samo svojstva i zbivanja u pojedincu (Gačić, 1992). Alkoholizam se vidi kao poremećaj interakcija u sistemu. Njegovo započinjanje, trajanje i održavanje je moguće zbog postojanja međugre ili interakcije alkohola sa elementima sistema (Nastasić, 1998, 2004). Između elemenata sistema – kao što su: pojedinac sa svojim psiho-biološkim osobenostima, alkohol kao farmakološki psihoaktivna supstanca, zatim pijenje alkohola kao prihvaćeno socijalno ponašanje, socijalno okruženje sa svojim tolerantnim stavovima – odvija se određena sinhronizacija i prilagođavanje međusobnih uticaja sa ciljem da se održi (i transmituje) jedan oblik socijalnog ponašanja – tzv. pijenje alkoholnih pića, koje nosi sociološku i medicinsku odrednicu – društveno prihvatljivo ili umereno pijenje. Međutim, ono što predstavlja izvor sociopatoloških pojava povezanih sa pijenjem jeste podsticanje i tolerisanje pijenja uz istu tendenciju – da se očuvaju svi navedeni elementi sistema i odnosi među njima, čak i uz sve opasnosti od preteranog i rizičnog pijenja alkohola, pa čak i uz postojanje alkoholizma kao teškog oblika pijenja alkohola sa svim odrednicama bolesti i sa svim ogromnim štetama koje donosi (Nastasić, 2004).

Ekosistemski pristup ukazuje da je kod određenog broja pojedinaca ili socijalnih sistema moguće nastajanje *hipersinhronizacije* u međusobnom dopunjavanju i preplitanju ovih faktora, čime se omogućuje brzo i kontinuirano stvaranje alkoholizma u sistemu, na primer, nekom individualnom ili porodičnom sistemu. U sistemskom smislu govorimo o procesima prilagođavanja ili o patološkoj stabilnosti (homeostazi) sistema.

Takav „mokri“ sistem funkcioniše na sve nižem nivou, ali, sa druge strane, zavisnost i kao poremećeni odnos održava elemente sistema na okupu, odnosno – održava sistem kao celinu – i održava njegovu patološku stabilnost. Ta interakcijska komponenta alkoholizma povezana je i najznačajnija u porodici zbog postojanja intenzivnih međusobnih emocionalnih odnosa članova porodice. Ovi emocionalni odnosi su ključni za odvijanje procesa, međusobnog često vrlo patologizovanog prilagođavanja u porodici (porodični homeostatski procesi).

Razumevanje ovih homeostatskih procesa u porodici od ključnog je značaja za lečenje alkoholizma, koje je značajno efikasnije uz učešće porodice. Međutim, od značaja su i interakcije pojedinca sa vanporodičnim grupama, koje se

pokazuju kao ključne za proces nastajanja i održavanja adikcija (Nastasić, 2004). Savremeni čovek pre svega pripada roditeljskoj porodici, pa zatim onoj koju sam zasnuje, pa samim tim i porodici svog bračnog partnera, svom radnom mestu, član je udruženja i komunicira sa najrazličitijim društvenim krugovima. Dakle, pojedinci žive u većem ili manjem broju veoma različitih socijalnih mreže (A. Čekerevac, 2009).

U pijenje alkoholnih pića (i/ili uzimanje određenih psihoaktivnih supstanci), kao prihvaćenu društvenu pojavu, uključeni su i oni koji piju i oni koji ne piju, tako da se sasvim jasno pojavljuje **kontinuum**. Na jednom kraju tog kontinuuma je „nulto pijenje“, tj. apstinenti, a na drugom, suprotnom kraju tog kontinuuma su tzv. teški „pijači“, „teški korisnici“ ili zavisnici od alkohola, dakle, oni koji ispoljavaju patološki obrazac korišćenja alkohola. Postojanje ovog kontinuuma i tačka do koje će neki pojedinac, porodica ili neka druga ljudska grupa, stići određeno je osobinama sistema i delovanjem sistemskih procesa, među kojima su najznačajniji već pomenuti mehanizmi homeostaze. Sa druge strane, identifikuju se „faktori rizika“ za započinjanje i intenziviranje pijenja/uzimanja i stvaranje zavisnosti (pijenje i alkoholizam roditelja, agresivnost i sociopatija roditelja, loše ekonomsko stanje, natprosečno dobro ekonomsko stanje, nisko samopoštovanje, stresovi, pijenje u vršnjačkoj grupi i dr.). Interakcijom „faktora rizika“ i mehanizama homeostaze (u kojima su osim osobina porodice, značajne i osobine društvene sredine), njihovom međuigrom i sinhronizacijom determiniše se pomeranje, „napredovanje“ na opisanom kontinuumu. Do određene tačke izgleda da je moguće spontano prekidanje i zaustavljanje procesa i vraćanje unazad na prethodnu tačku kontinuuma, ali u jednom momentu ostvaruje se „uklapanje“ ili „hipersinhronizacija“ više sistemskih procesa i zaustavljanje nije moguće.

Razvija se, dakle, zavisnost/alkoholizam kao kompleksan „simptom“, odnosno vrlo kompleksan i heterogeni psihosocijalni poremećaj, koji se odlikuje:

- stvaranjem promena u biološkom sistemu pojedinca sa registrovanjem oštećenja;
- predvidljivim i poznatim oblicima njegovog telesnog i psihološkog disfunkcionisanja sa znacima bolesti;
- poremećajem odnosa sa bliskim osobama;
- pojavom disfunkcija kod tih bliskih osoba (roditelji, braća i sestre, supruge, dece);
- poremećajima u odnosu sa socijalnim okruženjem.

Kretanje pojedinca na kontinuumu, tj. razvoj zavisnosti omogućen je „procesima održavanja“, ili „procesima prilagođavanja“, što vodi destruktivnom isходу, ukoliko se ne dogode promene u sistemima oko njega (pojedinca).

U dijagnostikovanju zavisnosti od alkohola najjasniji su medicinski kriterijumi, ali odavno je jasno da oni nisu jedini, niti dovoljni kriterijumi, niti da su medicinski simptomi i znaci jedini elementi alkoholizma. Dakle, dijagnostikovanje alkoholizma nije i ne treba da ostane samo medicinski postupak. Poremećaji socijalnog ponašanja i poremećaji porodičnih odnosa uvršteni su u elemente dijagnoze (American Psychiatric Association, 1994; Svetska zdravstvena organizacija, 1992), čime je stvorena mogućnost ranijeg postavljanja dijagnoze i ranijeg početka lečenja. Međutim, to podrazumeva postojanje jednog aktivnijeg stava i kompleksnijeg, tačnije rečeno, multidisciplinarnog i multiresorskog pristupa u identifikaciji i postavljanju socijalno-psihološke dijagnoze alkoholizma. Naime, savremeno dijagnostikovanje alkoholizma je *PROCES*, koji ima svoje trajanje, a primenjuje se metodologija „pravljena mozaika“ od elemenata koji čine dijagnozu, zatim prognozu i izbor načina lečenja. Ovaj proces je multidimenzionalan, i podrazumeva sagledavanje i analiziranje funkcija pojedinca u više različitih sistema koji se nalaze u interakciji.

Dijagnostički proces može se odvijati u više raznorodnih institucija/ustanova, na primer, kod lekara opšte medicine u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, kod psihijatra u specijalizovanim psihijatrijskim ustanovama, ali i u centrima za socijalni rad, socijalno-psihološkim službama, NVO, školama, u preduzećima i dr. Nekad se to odvija kao pojedinačna intervencija, a ponekad kao sled intervencija u kontinuitetu u jednoj ustanovi. Konačna dijagnoza mora da predstavlja integraciju svih prikupljenih podataka i „stvaranje mozaika“.

Zbog toga, osim klasičnog medicinskog pretraživanja i psihijatrijskog pregleda, neophodno je da se u ovom procesu sagleda i **interakcijski aspekt dijagnoze**. Taj aspekt označava procenu poremećaja ponašanja i disfunkcija u interpersonalnim odnosima. U ovoj tački locirana je ključna razlika između klasičnog medicinskog modela bolesti i ekosistemskog pristupa zavisnosti od alkohola. Intervju koji se vodi mora da bude izrazito aktivan i da sadrži elemente cirkularnog postavljanja pitanja radi *simultanog prikupljanja anamnestičkih podataka i motivacionog intervenisanja za prihvatanje lečenja*. Dijagnostikovanje i motivisanje, i na kraju sam tretman alkoholizma, predstavljaju proces *koji je nedeljiv i treba da se odvija u kontinuitetu*. U tom procesu samo se iz didaktičkih razloga mogu definisati i razlikovati sledeće faze ili procedure:

- Faza identifikacije problema;
- Faza skrininga i dijagnostike;
- Faza započinjanja lečenja;
- Faza određivanja vrste lečenja („terapijski sporazum“);
- Faza evaluacije i procene motivacije i toka započetog lečenja.

Polazeći od gorenavedenog PROCESA, ponekad je teško odrediti kad započinje lečenje. U kojoj tački i u kom momentu susretanja lekara (i/ili drugih

zdravstvenih saradnika i stručnjaka) sa zavisnikom i njegovom porodicom se završava i prestaje dijagnostikovanje, a kad započinje lečenje? *U kontekstu razmatranja pijenja alkohola i alkoholizma kao ekosistemskog procesa, lečenje se shvata kao zaustavljanje patološkog procesa i otklanjanje posledica tog procesa, pa lečenje može započeti u svakom trenutku susreta sa pacijentom i njegovom okolinom. Ekosistemski pristup omogućuje da se dijagnostikovanje i lečenje započne što je ranije moguće. Zbog toga ponovo naglašavamo, razlikovanje faza u procesu dijagnostikovanja i lečenja samo je uslovno.*

FAZA IDENTIFIKACIJE I SKRININGA

Ova faza 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 u kliničkom radu naziva **neposrednim povodom** za traženje neke vrste intervencije kod zavisnika ili u njegovom sistemu, 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, činjenje krivičnih dela usled zavisnosti od upotrebe alkohola. 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 supruge i zanemarivanje i zlostavljanje dece sa mogućnošću pojave simptoma ili ozbiljnog povređivanja dece. Dakle, radi se o „događajima“ koji ne vode pacijenta i njegovu porodicu u zdravstvene ustanove i u ovakvim situacijama od značaja je stručnost i aktivnost drugih eksperata: psihologa, socijalnih radnika, defektologa, kao i pravnika u centrima za socijalni rad, sudija, policajaca koji će „spajati“ pacijenta i njegovu porodicu sa zdravstvenom ustanovom (ustanovom za lečenje), odnosno uključivanje sekundarne mreže. Zbog vršenja krivičnog dela pod uticajem alkohola izriče se sankcija obavezno lečenje alkoholičara.

3. *Događaji iz oblasti zdravstvenih oštećenja*, koji se registruju u zdravstvenim ustanovama, kao što su: telesni ili psihijatrijski poremećaji kod zavisnika, na

primer: epileptički napadi, CVI, ciroza jetre, povrede u saobraćajnim udesima ili druge povrede, teže intoksikacije alkoholom, pogotovo adolescenata.

Identifikacija zavisnosti od alkohola u ovakvim medicinskim slučajevima ne bi trebalo da bude teška i nakon uspostavljanja dijagnoze lečenje bi odmah moglo da počne. 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 preporučuju obavezno javljanje u ustanovu za lečenje alkoholizma. Dakle, uključivanje u lečenje zavisnosti od alkohola po medicinskom modelu, i pored jasne dijagnoze, nije obavezan niti zagaranтовan ishod susreta lekar–pacijent upravo zbog otpora i odbijanja od strane samog bolesnika.

Neophodno je dodatno konfrontiranje pacijenta sa prikupljenim podacima i nalazima i ono ima za cilj da pacijent poveća vlastito prepoznavanje svojih 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. Naime, svaki dolazak pacijenta u bilo koju zdravstvenu ili drugu ustanovu, zbog problema povezanih sa pijenjem, odražava postojanje često vrlo ozbiljnih problema i/ili njegovu zabrinutost, ali nažalost i postojanje samo izvesne početne, često nedovoljne i problematične 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 ili nekom drugom stručnjaku (nesanica, nervoza, visok krvni pritisak, porodični konflikti, problemi na poslu, razvod, nasilje u porodici itd.) u stvari povezani. Ipak, mnogi pacijenti će na konfrontiranje sa problemima, i pored prepoznavanja i uvida, negirati postojanje alkoholizma. To znači da rešavanje problema ili lečenje najčešće neće započeti i zavisnost se nastavlja produbljivanjem i umnožavanjem problema.

4. *Sistemska dijagnoza alkoholizma – porodični nivo*

Prema ekosistemskom pristupu, alkoholizam je definisan kao bolest pojedinca, porodice i društva. Dakle, to zahteva ekosistemsku analizu, što u praktičnom smislu znači sistemsku dijagnozu alkoholizma ili dijagnozu porodice. Alkoholičarska porodica definiše se kao sistem u kojem alkoholizam postaje centralni organizacioni princip porodičnog života. Ona je prototip disfunkcionalnog sistema, poremećen u vitalnim oblastima svog života. Komunikacije u alkoholičarskim porodicama trpe značajne promene: konfuzne su, sadržajno osiromašene, nesaglasne i nejasne. Atmosfera u porodici je emocionalno nestabilna, što potencira osećanje nesigurnosti i međusobne udaljenosti, koje se još više produbljuje agresivnim istupima i nasiljem. Nedostatak topline i uzajamnosti dovodi do emocionalne deprivacije svih članova, a naročito dece. Borba oko

budžeta i kontrole finansija odslikava borbu za moć i kontrolu nad relacijama, ali nekada predstavlja i pravu borbu za „golo preživljavanje“. Po nekim autorima, alkoholičarska porodica je prototip zlostavljajuće porodice (P. Nastasić, S. Filipović, R. Panoski, 2007; N. Žegarac, M. Brkić, 1998; B. Gačić i saradnici, 1998).

Porodične uloge trpe značajne promene: partner koji ne pije preuzima na sebe više porodičnih uloga, najodgovornije dete preuzima brigu o ocu alkoholičaru i ulazi u ulogu roditelja, tj. ono je tzv. dete-roditelj. Deca iz alkoholičarskih porodica imaju probleme identifikacije i mogu biti loše socijalizovana (V. Trbić, 2000).

Ovaj kratak opis porodice sa problemom alkoholizma sasvim jasno i ubedljivo naglašava značaj dijagnostikovanja, nazovimo to – „nemedicinskih simptoma“ i značaj dijagnostikovanja alkoholizma i izvan zdravstvenih ustanova.

U tom smislu, neophodno je inaugurisati *principe dijagnostikovanja porodice i izvan zdravstvenih ustanova*. Dakle, ugraditi još jednu značajnu kockicu u dijagnostički mozaik, koja bi predstavljala **sistemski/porodični dijagnostički postupak**.

U tom dijagnostičkom postupku, fokusiranom na porodicu, treba koristiti: *zajednički porodični intervju*, tokom kojeg socijalni radnici/savetodavci/terapeuti vode intervju sa pacijentom i članovima porodice i procenjuje kako verbalne, tako i neverbalne komunikacije, ali i čitav niz psihosocijalnih instrumenata i procedura iz oblasti socijalnog rada u zdravstvu.

Terapijsko pravilo istaknute „Beogradske škole porodične terapije alkoholizma“ glasi: „proces motivacije i pripreme za lečenje može imati od jedne do sto seansi“. Dakle, pacijent može da prihvati rešavanje problema povezanih sa pijenjem ili lečenje „od prve, a može od 16-te seanse“. Drugim rečima, pacijenta i njegovu porodicu treba pridobijati za saradnje i pripremati za lečenje, strpljivo podrivajući njihove ideje o nepostojanju problema ili o tome da „ipak problem nije tako strašan“, ideju o „kontrolisanom pijenju“ i „mogu ja to sam/a“ (B. Gačić, 1992:103-122; B. Gačić, 1980; B. Gačić, 1986:264-278). Ova „škola“ porodične terapije ima čvrsto strukturisan pristup u procesu motivacije. Organizuju se sastanci sa većim brojem članova porodične i socijalne mreže (»network-session«). Koncepti ove „škole“ odavno se široko primenjuju u terapijskim, prevashodno specijalizovanim psihijatrijskim ustanovama, dakle u zdravstvu. Pored dijagnostičkog karaktera, ovi intervjui sadrže i elemente konfrontacije sa ciljem stvaranja uvida i prihvatanja kompleksnog lečenja (P. Nastasić, Z. Stanković, 1992; Z. Stanković, P. Nastasić, 2009).

Ovi principi, zasnovani na primeni ekosistemskog pristupa, treba da one moguće beskrajno trajanje homeostatskih procesa koji održavaju alkoholizam u porodici i u socijalnom okruženju i traže sinhronizovano angažovanje više

agencija i/ili ustanova u jednoj zajednici (pre svega u lokalnoj zajednici), kao što su centri za socijalni rad i druge službe socijalne zaštite, sudovi u procesu sankcionisanja porodičnog nasilja i zaštite dece od zlostavljanja, policija, a na kraju i na početku ove mreže treba da se nalaze zdravstvene ustanove svih profila (primarna zdravstvena zaštita, psihijatrijske službe, zavodi za javno zdravlje, medicina rada i saobraćajna medicina). To podrazumeva striktnu primenu mrežnog socijalnog rada u dijagnostikovanju i rešavanju problema povezanih sa zloupotrebom alkohola i alkoholizmom, kao i motivaciju i produžni /rehabilitacioni tretman zavisnika.

Prednosti i nedostaci mrežnog socijalnog rada

Mreža je, prema Braunu, splet socijalnih odnosa (Bulinger, H. i J. Novak, 2004). Poznavanje socijalnih mreža: mikro (primarne), makro (sekundarne) i mezo (tercijarne) jednog klijenta predstavlja polaznu tačku za strategiju socijalnog radnika. Prevencija zloupotrebe alkohola može biti efikasna ako je korišćen sveobuhvatni pristup.

Prednosti umrežavanja službi su:

- Stručnost i zajednička odgovornost za klijente.
- Međusobna razmena informacija i podela poslova povećavaju efikasnost rada zaposlenih.
- Povećanje uspešnosti u preventivi i kurativi.
- **Konkurencija stručnjaka za istu ciljnu grupu na tržištu.**

Saradnja između različitih sektora društva je neophodna. Ipak, ne mogu se zanemariti opasnosti i granice mrežne analize:

- Više saznanja o klijentu omogućava veću kontrolu nad njim;
- Ako se funkcije mreže posmatraju jednostrano, samo kao pomoć jer one utiču i na kvalitet života;
- U tradicionalnim mrežama žene se vraćaju tradicionalnim ulogama pružanja pomoći;
- Pojedinci i porodice vrlo često za svoje probleme ne mogu da nađu adekvatne službe.

Specifični problemi umrežavanja službi su:

1. Različite organizacione strukture mogu usporavati aktivnosti stručnjaka u prevenciji i lečenju alkoholizma (na primer, u jednoj organizaciji je jednostavan postupak odlučivanja, u drugoj nije);
2. Opasnost od birokratizovanih struktura (Čekerevac, 2002).

Dakle, neophodno je angažovanje stručnjaka nemedicinskog profila na svim mestima potencijalnog identifikovanja alkoholizma i u vezi sa svim gorenavedenim događajima koji su od značaja pri identifikaciji problema pijenja, uspostaviti praktičnu primenu ekosistemskog pristupa što znači dodatno produbljivanje dijagnoze i identifikovanje svih problema koje je pijenje ili *alkoholizam* proizveo, sa ciljem da se adekvatno, odmah i neposredno uradi konfrontiranje i pruži podrška za rešavanje problema.

ELEMENTI PRISILE U LEČENJU ALKOHOLIČARA

Vrlo često prisilne mere (sankcije) prekidaju održavanje alkoholizma u porodici i u socijalnom okruženju. Alkoholičari često vrše krivična dela pod uticajem alkohola, zbog čega je neophodno izricanje sankcija (kazne, mere upozorenja, mere bezbednosti). Svrha mera bezbednosti se sastoji u otklanjanju stanja ili uslova koji mogu biti od uticaja da učinilac ubuduće vrši krivična dela (član 78. Krivičnog zakonika). Ako je krivično delo učinjeno usled zavisnosti od upotrebe alkohola i ukoliko i dalje postoji ozbiljna opasnost da će učinilac vršiti krivična dela, utoliko se primenjuje mera bezbednosti – obavezno lečenje alkoholičara. Ova mera bezbednosti je, po pravilu, sankcija dopunskog karaktera. Ona se može izreći uz kaznu zatvora, novčanu kaznu, uslovnu osudu, sudsku opomenu i oslobođenje od kazne (Z. Stojanović, 2009). Mera bezbednosti, obavezno lečenje alkoholičara, kada se izriče uz kaznu zatvora (izvršava se u zavodu za izvršenje kazne zatvor, u odgovarajućoj zdravstvenoj ili drugoj specijalizovanoj ustanovi), može trajati kao glavna kazna, ali i kraće ukoliko je prestala potreba za daljim lečenjem. Ukoliko je mera bezbednosti obaveznog lečenja alkoholičara izrečena uz neku drugu kaznu ili je izrečena oslobađajuća presuda lečenje se sprovodi ambulantno i ne može trajati duže od dve godine. Učinioca krivičnog dela, ukoliko se ne podvrgne lečenju, sud će prinuditi na lečenje u zdravstvenoj ili drugoj specijalizovanoj ustanovi.

ZAKLJUČAK

Simptomi i problemi koji se pojavljuju zbog zavisnosti od alkohola prvo se pojavljuju u oblasti socijalnog ponašanja, odnosno socijalnog funkcionisanja, i u oblasti porodičnih odnosa, a mnogo kasnije u oblasti psihičke i telesne disfunkcionalnosti. Zavisnici od alkohola ne pokazuju jasnu spremnost i uvid da svoje probleme izazvane pijenjem prepoznaju, niti imaju stabilnu motivaciju za rešavanje problema pijenja, već, mnogo češće, uopšte ne pokazuju tu motivaciju, čak kada doživljavaju jasno psihijatrijsko ili telesno oštećenje, a još manje kada

postoje socijalni ili porodični problemi (nasilje u porodici, gubitak posla, saobraćajni incidenti i sl.). **Dijagnostikovanje po medicinskom modelu je pouzdano**, ali ipak nije niti dovoljno niti pravovremeno.

Nemogućnost blagovremenog dijagnostikovanja i lečenja alkoholizma, po principima medicinskog modela, dovodi do ozbiljnih problema i oštećenja članova porodice alkoholičara (posebno dece) i njegovog socijalnog okruženja, što zahteva inaugurisanje principa sistemskog/porodičnog dijagnostičkog postupka, koji bi se zasnivao na principima mrežnog socijalnog rada i principima multisektorske saradnje.

Osim medicinskog telesnog i neuropsihijatrijskog dijagnostikovanja – nužno je posmatranje i procena poremećenog ponašanja kao kriterijuma za rano utvrđivanje dijagnoze (koncept dijagnoze kao „mozaika“), a potom i za primenu metode lečenja ponašanja.

Potrebno je uspostaviti praktičnu primenu ekosistemskog pristupa, što znači dodatno produbljanje dijagnoze i identifikovanje svih problema koje je pijenje ili *alkoholizam* proizveo, s ciljem da se adekvatno, odmah i neposredno uradi konfrontiranje i pruži podrška za rešavanje problema.

Kod bolesti zavisnosti ponašanje postaje obavezna, praktično glavna oblast dijagnostičkog procesa i potom terapijskog delovanja. Sušinski, povoljni rezultati lečenja zavisnosti od alkohola nisu mogući bez promene ponašanja uslovljenih terapijskom metodom.

Savremeno sistematizovanje socijalnog ili ekosistemskog modela bolesti zahteva ostvarenje značajnih preduslova, pre svega promenu stavova u lečenju alkoholičara. Od trenutka započinjanja lečenja, po ovom modelu, odgovornost za lečenje prenosi se na alkoholičara i njegovu socijalnu sredinu.

Prema medicinskom i socijalnom modelu pacijent je obavezan da se leči, da prihvati ulogu bolesnika, ali i činjenicu da je uloga bolesnika privremena, da se povinuje svim zahtevima i pravilima lečenja i da ulaže napore za svoje ozdravljenje, što u lečenju alkoholizma prerasta u zahtev za odgovornim ponašanjem i prekidom pijenja, pre svega.

Kompleksni terapijski programi za lečenje alkoholičara ne mogu se smatrati dovoljno efikasnim ukoliko ne obuhvataju, kao jednu od ključnih terapijskih ciljeva, menjanje i „razbijanje“ raznih aspekata međusistemske patološke homeostaze (između biološkog, porodičnog i socijalnog sistema). U lečenju alkoholizma, tokom proteklih 50-ak godina, razvijene su mnoge tehnike bihevior terapije, socioterapije i sistemske porodične terapije, u kojima se insistira na razdvajanju i ukidanju udruženog delovanja „signala“ iz različitih sistema oko pojedinca-adikta, koji su upravo tako udruženi uslovljavali pojavu recidiva.

Mera bezbednosti obaveznog lečenja alkoholičara izriče se za lice koje je učinilo krivično delo usled zavisnosti od upotrebe alkohola. Ovo je najčešće

sankcija dopunskog karaktera, dakle, izriče se uz kaznu zatvora, novčanu kaznu, uslovnu osudu, sudsku opomenu ili oslobađanje od kazne.

LITERATURA

- American Psychiatric Association (1994), *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)*. Washington D. C.: American Psychiatric Association.
- Bulinger, H. i J. Novak (2004), *Mrežni socijalni rad*, Univerzitet u Banjoj Luci–Filozofski fakultet, Banja Luka.
- Čekerevac, A. (2002), *Metode i tehnike socijalnog rada I*, praktikum, FPN, Beograd.
- Čekerevac, A. (2009), Socijalna politika i mrežni socijalni rad u prevenciji bolesti zavisnosti. U: Sedmak T., (editor), *Zbornik radova, XXV Savetovanje o bolestima zavisnosti*, Smederevo, p. 24–39.
- Gačić, B. (1986), An Ecosystemic approach to alcoholism: Theory and Practice, *Contemporary Family Therapy*, Vol. 8 Number 4, 264–278.
- Gačić, B. (1980), „Tretman porodične i socijalne mreže alkoholičara. Sistemska terapija alkoholizma“, *Alkoholizam*, XX, 3–4.
- Gačić, B. (1992), Belgrade systemic Approach to the Treatment of Alcoholism: Principles and interventions. *Journal of Family Therapy*, 14; 2: 103–122.
- Gačić, B. i saradnici (1985–1989), Porodična terapija alkoholizma: promene porodičnih uloga. Završni izveštaj naučno-istraživačkog projekta HHS 665 Yugoslavia-USA.
- Nastasić, P., Filipović, S., Panoski, R. (2007), Fizičko i emocionalno zanemarivanje i zlostavljanje u porodici alkoholičara. U: Sedmak T., (editor), *Zbornik radova, XXIII Savetovanje terapeuta bolesti zavisnosti*, Apatin, Srbija, p. 68–80.
- Nastasić, P. (2004), Zavisnost – bolest, poremećaj, lečenje. U: Ćoric B., urednik, *Čovek i lek*, Institut za mentalno zdravlje, Beograd, p. 127–139.
- Nastasić, P. (1998), *Alkoholizam i međugeneracijsko prenosenje*, Tehnis, Beograd.
- Nastasić, P., Stanković, Z., Mićović, R. (1992), Mogućnosti primene porodične terapije na kliničkom psihijatrijskom odeljenju, *Psihijatrija danas*, 24(1–2): 73–8.
- Stanković, Z., Trbić, V., Nastasić, P., Mladenović, I. (2009), *Dijagnostičko-terapijske smernice za alkoholizam*, Institut za mentalno zdravlje, Beograd.
- Stojanović, Z. (2009), *Krivično pravo – opšti deo*, Pravna knjiga, Beograd.
- Svetska zdravstvena organizacija (1992), ICD-10 Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja: klinički opisi i dijagnostička uputstva, *Zavod za udžbenike i nastavna sredstva*, Beograd.
- Trbić, V. (2000), *Opis alkoholičarske porodice, Zadužbina Andrejević*, Beograd.
- Žegarac, N., Brkić, M., Nasilje u porodici – mogućnosti zaštite i prevencije. U: Milosavljević M, editor (1998), *Nasilje nad decom*, Fakultet političkih nauka, Beograd, p. 79–121.

Petar Nastasić
Ana Čekerevac

PRINCIPLES OF SOCIAL-PSYCHOLOGICAL DIAGNOSTICS OF ALCOHOLISM IN SOCIAL WORK

Summary:

The paper analyses the ecosystemic concept of emergence and duration of alcoholism according to which the emergence and duration of alcoholism (and other addictions) is considered an illness of individual, family and society. It also implies a practical attitude that revealing and diagnostics of alcoholism can first start through analysis of disturbed family and social interactions and only after be searched for in medical/biological symptoms. According to this concept, identification of addiction to alcohol followed by diagnostic and therapeutic procedures make an unbreakable and continual process. It also emphasizes the fact that medical criteria for diagnostics of alcoholism are the most clear and scientifically most objective, however without providing timely diagnosis and efficient treatment. It particularly points to difficulties in process of identification of addiction to alcohol outside health institutions due to reduction of „social visibility“ (mimicry of alcoholism) i.e. due to reduction of recognizability of pathological forms of behavior and alcohol drinking in family and social relations.

The conclusion emphasizes key principles of diagnostics, motivating and treatment in social work in relation to alcoholism and drinking problems.

Key words: ecosystemic approach to alcoholism, alcoholism diagnostics, social work and alcoholism.