

UNIVERZITET U BEOGRADU  
FAKULTET POLITIČKIH NAUKA

Marija M. Vučinić Jovanović

**KAPITAL OPORAVKA OSOBA NA  
TRETMANU ZAVISNOSTI OD DROGA U  
REPUBLICI SRBIJI**

doktorska disertacija

Beograd, 2024.

UNIVERSITY OF BELGRADE  
FACULTY OF POLITICAL SCIENCES

Marija M. Vučinić Jovanović

**RECOVERY CAPITAL OF PERSONS  
PARTICIPATING IN DRUG ADDICTION  
TREATMENT IN THE REPUBLIC OF SERBIA**

Doctoral Dissertation

Belgrade, 2024

**MENTORKA:**

**Prof. dr Jasna Hrnčić**, redovna profesorka, Univerzitet u Beogradu – Fakultet političkih nauka

**ČLANOVI I ČLANICA KOMISIJE ZA ODBRANU DOKTORSKE DISERTACIJE:**

1. **Prof. dr Miroslav Brkić**, redovni profesor, Univerzitet u Beogradu – Fakultet političkih nauka
2. **Prof. dr Jasna Hrnčić**, redovna profesorka, Univerzitet u Beogradu – Fakultet političkih nauka
3. **Prof. dr Aleksandar Jugović**, redovni profesor, Univerzitet u Beogradu – Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju

Datum odbrane doktorske disertacije: \_\_\_\_\_

## IZJAVA ZAHVALNOSTI

Ovaj rad je nastao kao izraz neiscrpane vere u ljudske kapacitete i interesovanja za pitanja i iskustva zavisnosti i oporavka. On predstavlja rezultat višegodišnjeg rada, učenja, posvećenosti, ali i značajne podrške koju sam tokom ovih procesa dobijala. Veliki je broj onih koji su neposredno ili posredno doprineli tokom izrade ove disertacije, kao što je velika i zahvalnost koju osećam na tom socijalnom kapitalu.

Izrazitu zahvalnost dugujem svojoj mentorki, prof. dr Jasni Hrnčić na bezuslovnom poverenju u moje kapacitete, istinskoj zainteresovanosti, brizi i podršci za moj profesionalni i lični razvoj i dobrobit. Hvala joj na tome što me je, balansiranjem praćenja, podsticaja, ohrabrenja i rokova, uspešno usmeravala kroz različite faze ovog procesa.

Posebno sam zahvalna svim učesnicima i učesnicama istraživanja na dobroj volji i doprinosu razumevanju snaga u oporavku, kao i Specijalnoj bolnici za bolesti zavisnosti u Beogradu, naročito dr Diani Raketić i Dragoljubu Jovanoviću na svesrdnoj pomoći u organizaciji i sprovođenju istraživanja u periodu izrazitih izazova za čitav zdravstveni sistem.

Prof. dr Milanu Petričkoviću hvala na neizmernoj podršci, razumevanju i podsticanju različitih vidova autonomije. Svaki naš susret obilovao je prilikama za učenje - akademsko, pedagoško i životno. Zahvalna sam mu na dugogodišnjoj saradnji punoj međusobnog poštovanja.

Prof. dr Miroslavu Brkiću i prof. dr Nevenki Žegarac se zahvaljujem na konstruktivnim komentarima prilikom izrade nacrtu istraživanja i na svemu što sam od njih naučila o socijalnom radu tokom ovih godina. Prof. dr Miroslavu Brkiću se dodatno, kao i prof. dr Aleksandru Jugoviću, zahvaljujem na doprinosu prilikom pregledanja ovog rada.

Ružici Madžarević hvala na istinskom prijateljstvu i neprocenjivoj pomoći u obradi podataka, ohrabrenju i razrešenju nedoumica koje su se javljale.

Hvala Zoranu Perišiću i svima koji su na bilo koji način pomogli prilikom tehničke pripreme rada, kao i Mitru Radeki, koji je pomogao prilikom unosa podataka u bazu.

Mojim dragim Marini Pantelić i Dragani Stoeckel hvala na tome što su nepresušni izvori svih vrsta podrške, što su bile uz mene na svakom koraku ovog puta i što su sigurna luka onda kada je sve uzburkano. Naročito cenim Marinine napore da pažljivo pročita mnogobrojne verzije nacrtu, doprinese korisnim uvidima, pribavi potrebne informacije i pomogne u rešavanju tekućih problema.

(Bivšim) kolegama, koleginicama i korisnicima i korisnicama usluga NVO „Veza“ hvala na demonstriranju zadivljujućih veština i istrajnosti u prevladavanju strukturnih barijera i nedostataka resursa.

Najdublju zahvalnosti osećam prema svojoj porodici: roditeljima, Radmili i Miroljubu, koji su konzistentno isticali značaj obrazovanja i podržavali me da se edukujem na različite načine i u različitim oblastima; sestri Gordani, koja mi je oduvek bila uzor za uspešnost i kontinuirano obrazovanje i razvoj; mom Ogiju, koji je prvi prepoznao i podržao tetkine akademske aspiracije, a ponajviše mom Jocku, Jani i Staši. Hvala vam na neizmernoj ljubavi, razumevanju i podršci da završim ovaj zahtevan poduhvat. Ovo je naš zajednički uspeh!

\*\*\*

Ovaj rad posvećujem svima onima koji se bore sa zavisnošću i koji se bore da oni i one koji se suočavaju sa zavisnošću žive dostojanstveno.

Posvećujem rad i onima koji su ovu bitku izgubili, jer nismo učinili ono što smo mogli da snage i resursi koji bi ih podržali budu prepoznati i osnaženi, a prepreke ka njihovom korišćenju uklonjene.

Nadam se da je ova disertacija makar mali korak ka tome.

Posvećujem ga Cici Uskoković, kao omaž doprinosu koji je dala socijalnom radu i socioterapiji u ovoj oblasti u Srbiji.

A posebno tebi, Šećeru, jer si mi pokazao da je oporavak moguć i stvaran.

# Kapital oporavka osoba na tretmanu zavisnosti od droga u Republici Srbiji

## Sažetak

Razumevanje i tretman zavisnosti od droga su se značajno transformisali poslednjih decenija, pomerajući fokus sa modela bolesti ka prepoznavanju i mobilizaciji snaga i resursa osoba u oporavku. Ovaj holistički pristup naglašava unapređenje opšteg zdravlja, kvaliteta života i socijalnog uključivanja, pri čemu kapital oporavka, nada i samoefikasnost prevladavanja predstavljaju ključne faktore uspešnog oporavka. Ova doktorska disertacija predstavlja prvo sistematsko istraživanje kapitala oporavka, nade i samoefikasnosti prevladavanja kod osoba u ranoj fazi oporavka na tretmanu zavisnosti od droga u Srbiji, sa posebnim fokusom na komparaciju između integrativnog i opioidnog supstitucionog tretmana. Teorijski okvir istraživanja objedinjuje perspektivu snaga u socijalnom radu, koncept kapitala oporavka, teoriju socijalnog kapitala, ekosistemski pristup, teoriju nade i teoriju samoefikasnosti. Empirijska, transverzalna, deskriptivna, korelaciona i kvantitativna studija je sprovedena na uzorku od 200 osoba u Specijalnoj bolnici za bolesti zavisnosti u Beogradu. Podaci su prikupljeni anketiranjem, korišćenjem standardizovanih upitnika i dodatnog upitnika o sociodemografskim i tretmanskim karakteristikama. Statistička analiza je uključivala deskriptivne analize i Pirsonove hi-kvadrat testove. Rezultati istraživanja ukazuju na određene razlike u profilima resursa za oporavak između osoba na različitim tretmanima. Kod osoba na integrativnom tretmanu zabeleženi su viši nivoi socijalnog kapitala oporavka, globalnog fizičkog zdravlja, pozitivnog iskustva oporavka, socijalne podrške i smislenih aktivnosti. Nasuprot tome, kod osoba na opioidnom supstitucionom tretmanu zabeleženi su viši nivoi samoefikasnosti prevladavanja rizika od upotrebe droga u oblasti unutrašnjih stanja. Značajne razlike u nivoima nade između grupa nisu pronađene. Dužina tretmana je pozitivno povezana sa unapređenjem stanovanja i bezbednosti, kao i samoefikasnosti prevladavanja. U odnosu na sociodemografske karakteristike, primećene su razlike u resursima za oporavak povezane sa polom, uzrastom i radnim statusom. Dodatno, utvrđene su značajne međusobne povezanosti između kapitala oporavka, nade i samoefikasnosti prevladavanja, upućujući na njihovo moguće sinergijsko delovanje. Nalazi podržavaju shvatanje oporavka kao kompleksnog, relacionog i kontekstualno uslovljenog procesa i doprinose razmatranju modela kapitala oporavka u kontekstu Srbije. Istraživanje pruža uvide u profile resursa za oporavak kod osoba na različitim modalitetima tretmana zavisnosti, sugerišući potencijalnu korist od razmatranja individualizovanog, fleksibilnog i sveobuhvatnog pristupa u tretmanu i podršci oporavku. Rezultati mogu biti relevantni za unapređenje prakse tretmana zavisnosti i intervencija socijalnog rada, pružajući empirijsku osnovu za diskusiju o razvoju sistema zaštite usmerenih na oporavak, koji integrišu različite usluge i sisteme podrške, uvažavajući specifične profile resursa osoba u oporavku. Nalazi takođe ističu potencijalnu važnost uloge socijalnog rada u podršci dugoročnom oporavku, kroz procenu i osnaživanje resursa, koordinaciju usluga i zagovaranje sistemskih promena neophodnih za socijalnu reintegraciju i dobrobit osoba koje se suočavaju sa zavisnošću.

**Ključne reči:** oporavak od zavisnosti, rani oporavak, resursi, kapital oporavka, nada, samoefikasnost prevladavanja, intervencije socijalnog rada, integrativni tretman, opioidni supstituciono tretman, profili snaga i izazova

Naučna oblast: Političke nauke

Uža naučna oblast: Teorija i metodologija socijalnog rada

UDK broj:

# Recovery capital of people participating in drug addiction treatment in the Republic of Serbia

## Abstract

Understanding and treatment of drug addiction have undergone significant transformations in recent decades, shifting focus from the disease model to recognizing and mobilizing the strengths and resources of individuals in recovery. This holistic approach emphasizes improving overall health, quality of life, and social inclusion, with recovery capital, hope, and coping self-efficacy representing key factors in successful recovery. This doctoral dissertation represents the first systematic study of recovery capital, hope, and coping self-efficacy among individuals in early recovery from drug addiction treatment in Serbia, particularly focusing on comparing integrative and opioid substitution treatments. The theoretical framework combines a strengths-based perspective in social work, the concept of recovery capital, social capital theory, the ecosystems approach, hope theory, and self-efficacy theory. An empirical, cross-sectional, descriptive, correlational, and quantitative study was conducted on a sample of 200 individuals at the Special Hospital for Addiction Disorders in Belgrade. Data were collected through surveys using standardized questionnaires and an additional questionnaire on sociodemographic and treatment characteristics. Statistical analysis included descriptive analyses and Pearson's chi-square tests. Research results indicate certain differences in recovery resource profiles between individuals in different treatments. Those in integrative treatment showed higher levels of social recovery capital, global physical health, positive recovery experience, social support, and meaningful activities. In contrast, individuals in opioid substitution treatment demonstrated higher levels of coping self-efficacy for drug use risk in the domain of internal states. No significant differences in hope levels were found between the groups. Treatment duration was positively associated with improvements in housing and safety, as well as coping self-efficacy. Regarding sociodemographic characteristics, differences in recovery resources were observed related to gender, age, and employment status. Additionally, significant interrelationships were identified among recovery capital, hope, and coping self-efficacy, suggesting their potential synergistic effect. The findings support the understanding of recovery as a complex, relational, and contextually conditioned process and contribute to the consideration of the recovery capital model in the Serbian context. The research provides insights into recovery resource profiles of individuals in different addiction treatment modalities, suggesting the potential benefit of considering an individualized, flexible, and comprehensive approach to treatment and recovery support. The results may be relevant for improving addiction treatment practices and social work interventions, providing an empirical basis for discussing the development of a recovery-oriented systems of care that integrates various services and support systems, taking into account the specific resource profiles of individuals in recovery. The findings also highlight the potential importance of social work's role in supporting long-term recovery, through assessing and strengthening resources, coordinating services, and advocating for systemic changes necessary for social reintegration and well-being of individuals facing addiction.

**Key words:** addiction recovery, early recovery, resources, recovery capital, hope, coping self-efficacy, social work interventions, integrative treatment, opioid substitution treatment

Scientific field: Political science

Scientific subfield: Theory and methodology of social work

UDC number:

## SPISAK SKRAĆENICA

- AA** - Anonimni Alkoholičari  
**ACT** - terapije prihvatanjem i posvećenošću (Acceptance and Commitment Therapy)  
**AHS** – Skala nade za odrasle (Adult Hope Scale)  
**AOD** – alkohol i druge droge  
**APA** – Američka psihijatrijska asocijacija (American Psychiatric Association)  
**ARCS** – Skala procene kapitala oporavka (Assessment of Recovery Capital Scale)  
**BARC-10** – Kratka skala procene kapitala oporavka (Brief Assessment of Recovery Capital)  
**BFICP** - Konsenzus panel instituta Beti Ford (Betty Ford Institute Consensus Panel)  
**CHIME** - povezanost, nada, identitet, smisao i osnaživanje (Connections, Hope, Identity, Meaning, Empowerment)  
**CSAT** - Centar za tretman zloupotrebe supstanci (Center for Substance Abuse Treatment)  
**DSM-IV / DSM-V** - Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje, verzija četiri odnosno pet (Diagnostical and Statistical Manual, version four/five)  
**DTCQ Breif-8** - kratka verzija upitnika za procenu samoefikasnosti prevladavanja upotrebe droga (Drug-Taking Confidence Questionnaire Eight-Item Version),  
**EMCDDA** – Evropski centar za praćenje droga i zavisnosti od droga (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction)  
**HCV** – hepatitis C  
**HIV** – virus humane imunodeficijencije  
**HRI** - Međunarodna organizacija za smanjenje štete (Harm Reduction International)  
**IHRA** – Međunarodna asocijacija za smanjenje štete (International Harm Reduction Association)  
**IJZS** - Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut”  
**KBT** - Kognitivno-bihejviorna terapija  
**LIR** - „Život u oporavku” („Life in Recovery“)  
**MBRP** - Prevencija relapsa zasnovana na usmerenom opažanju (Mindfulness-Based Relaps Prevention)  
**MI** - Motivaciono intervjuisanje (Motivational Interviewing)  
**MKB-10** – Međunarodna klasifikacija bolesti, 10. izdanje  
**NASW** – Nacionalna asocijacija socijalnih radnika (National Assotiation of Social Workers)  
**PAS** – psihoaktivne supstance  
**RMC** - protokol za kontinuirano praćenje i ranu reintervenciju (Recovery Management Checkups)  
**ROSC** - Sistemi zaštite usmereni na oporavak (Recovery Oriented Systems of Care)  
**RS** – Republika Srbija  
**SABRS** - Skala snaga i barijera u oporavku (Strenghts and Barriers Recovery Scale)  
**Samoefikasnost prevladavanja** - Samoefikasnost prevladavanja rizika od upotrebe droga  
**SAMHSA** - Uprava za zloupotrebu supstanci i mentalno zdravlje (Substance Abuse and Mental Health Services Administration)  
**SCQ** – Upitnik situacione samopouzdanosti (Situational Confidence Questionnaire)  
**SMART ciljevi** - specifični, merljivi, dostižni, relevantni i vremenski određeni ciljevi  
**TPR** - Trening prevencije relapsa (Relapse Prevention Training)  
**TTM** - transteorijski model promene  
**UKDPC** – Komisija za politiku o drogama Ujedinjenog Kraljevstva (UK Drug Policy and Commission)  
**UNODC** - Kancelarija Ujedinjenih nacija za borbu protiv droge i kriminala (United Nations Office on Drugs and Crime)  
**WHO / SZO** - Svetska zdravstvena organizacija (World Health Organization)  
**ZKLAS** - Zajednica klubova lečenih alkoholičara Srbije

## SPISAK TABELA

Tabela br. 1. Rezultati testiranja normalnosti distribucije varijabli kapitala oporavka, nade i samoeфикаsnosti prevladavanja .....	84
Tabela br. 2. Distribucija uzorka prema tipu tretmana .....	89
Tabela br. 3. Distribucija frekvencija i procenata za ukupni kapital oporavka u uzorku .....	93
Tabela br. 4. Zastupljenost kategorija ukupnog kapitala oporavka u uzorku .....	94
Tabela br. 5. Distribucija frekvencija i procenata za lični kapital oporavka u uzorku .....	95
Tabela br. 6. Distribucija frekvencija i procenata prema skor u dimenziji „Globalno psihičko zdravlje“ ličnog kapitala oporavka u uzorku .....	96
Tabela br. 7. Distribucija frekvencija i procenata prema skor u dimenziji „Globalno fizičko zdravlje“ ličnog kapitala oporavka u uzorku .....	97
Tabela br. 8. Distribucija frekvencija i procenata prema skor u dimenziji „Upravljanje rizicima“ ličnog kapitala oporavka u uzorku .....	97
Tabela br. 9. Distribucija frekvencija i procenata prema skor u dimenziji „Prevladavanje teškoća i životno funkcionisanje“ ličnog kapitala oporavka.....	98
Tabela br. 10. Distribucija frekvencija i procenata prema skor u dimenziji „Iskustvo oporavka“ ličnog kapitala oporavka u uzorku .....	99
Tabela br. 11. Zastupljenost kategorija ličnog kapitala oporavka u uzorku .....	99
Tabela br. 12. Distribucija frekvencija i procenata za socijalni kapital oporavka u uzorku .....	100
Tabela br. 13. Distribucija frekvencija i procenata prema skor u dimenziji „Upotreba PAS i apstinencija“ socijalnog kapitala oporavka u uzorku.....	101
Tabela br. 14. Distribucija frekvencija i procenata prema skor u dimenziji „Građansko angažovanje i učešće u zajednici“ socijalnog kapitala oporavka u uzorku.....	102
Tabela br. 15. Distribucija frekvencija i procenata prema skor u dimenziji „Socijalna podrška“ socijalnog kapitala oporavka u uzorku.....	103
Tabela br. 16. Distribucija frekvencija i procenata prema skor u dimenziji „Smislene aktivnosti“ socijalnog kapitala oporavka u uzorku.....	103
Tabela br. 17. Distribucija frekvencija i procenata prema skor u dimenziji „Stanovanje i bezbednost“ socijalnog kapitala oporavka .....	104
Tabela br. 18. Zastupljenost kategorija socijalnog kapitala oporavka u uzorku.....	105
Tabela br. 19. Distribucija frekvencija i procenata za ukupni skor nade u uzorku.....	106
Tabela br. 20. Zastupljenost kategorija ukupne nade u uzorku .....	107
Tabela br. 21. Distribucija frekvencija i procenata za dimenziju „Agensnosti“ nade u ukupnom uzorku.....	108
Tabela br. 22. Zastupljenost kategorija „Agensnosti“ nade u uzorku.....	109
Tabela br. 23. Distribucija frekvencija i procenata za dimenziju nade „Mišljenje usmereno na načine za ostvarenje ciljeva“ u uzorku .....	109
Tabela br. 24. Zastupljenost kategorija „Mišljenja usmerenog na načine za ostvarenje ciljeva“ u uzorku.....	110
Tabela br. 25. Distribucija frekvencija i procenata za ukupni skor samoeфикаsnosti prevladavanja u uzorku.....	111
Tabela br. 26. Zastupljenost kategorija ukupne samoeфикаsnosti prevladavanja u uzorku.....	113
Tabela br. 27. Distribucija frekvencija i procenata za skor samoeфикаsnosti prevladavanja u situacijama koje podrazumevaju unutrašnja stanja visokorizična za recidiv u uzorku.....	114
Tabela br. 28. Zastupljenost kategorija samoeфикаsnosti prevladavanja u situacijama koje podrazumevaju unutrašnja stanja visokorizična za recidiv u uzorku.....	115
Tabela br. 29. Distribucija frekvencija i procenata za skor samoeфикаsnosti prevladavanja u visokorizičnim situacijama za recidiv koje uključuju druge ljude u uzorku.....	116
Tabela br. 30. Zastupljenost kategorija samoeфикаsnosti prevladavanja u situacijama visokorizičnim za recidiv koje uključuju druge ljude u uzorku.....	117
Tabela br. 31. Distribucija uzorka prema polu i dužini tretmana .....	119



Tabela br. 32. Distribucija uzorka prema uzrastu i dužini tretmana .....	120
Tabela br. 33. Distribucija uzorka prema stepenu obrazovanja i dužini tretmana.....	121
Tabela br. 34. Distribucija uzorka prema bračnom statusu i dužini tretmana .....	122
Tabela br. 35. Distribucija uzorka prema radnom statusu i dužini tretmana .....	123
Tabela br. 36. Distribucija uzorka prema tipu zavisnosti i dužini tretmana .....	124
Tabela br. 37. Distribucija uzorka prema tipu tretmana i dužini tretmana .....	125
Tabela br. 38. Distribucija uzorka prema programu tretmana i dužini tretmana .....	126
Tabela br. 39. Distribucija uzorka prema broju tretmana i dužini tretmana .....	127
Tabela br. 40. Distribucija uzorka prema sažetim kategorijama inicijative za započinjanje aktuelnog tretmana i dužinu tretmana.....	128
Tabela br. 41. Distribucija frekvencija i procenata kategorija ukupnog kapitala oporavka i dužine tretmana u uzorku.....	129
Tabela br. 43. Distribucija frekvencija i procenata prema skor na dimenziji „Globalno psihičko zdravlje“ ličnog kapitala oporavka i dužini tretmana u uzorku .....	131
Tabela br. 44. Distribucija frekvencija i procenata prema skor na dimenziji „Globalno fizičko zdravlje“ ličnog kapitala oporavka i dužine tretmana u uzorku.....	132
Tabela br. 45. Distribucija frekvencija i procenata prema skor na dimenziji „Upravljanje rizicima“ ličnog kapitala oporavka i dužini tretmana u uzorku.....	133
Tabela br. 46. Distribucija frekvencija i procenata prema skor na dimenziji „Prevladavanje teškoća i životno funkcionisanje“ ličnog kapitala oporavka u uzorku.....	134
Tabela br. 47. Distribucija frekvencija i procenata prema skor na dimenziji „Iskustvo oporavka“ ličnog kapitala oporavka u uzorku .....	135
Tabela br. 48. Distribucija frekvencija i procenata kategorija socijalnog kapitala oporavka i dužine tretmana u uzorku.....	137
Tabela br. 49. Distribucija frekvencija i procenata prema skor na dimenziji „Upotreba PAS i apstinencija” socijalnog kapitala oporavka u uzorku.....	138
Tabela br. 50. Distribucija frekvencija i procenata prema skor na dimenziji „Građansko angažovanje i učešće u zajednici” socijalnog kapitala oporavka u uzorku.....	139
Tabela br. 51. Distribucija frekvencija i procenata prema skor na dimenziji „Socijalna podrška” socijalnog kapitala oporavka u uzorku.....	140
Tabela br. 52. Distribucija frekvencija i procenata prema skor na dimenziji „Smislene aktivnosti” socijalnog kapitala oporavka u uzorku.....	141
Tabela br. 53. Distribucija frekvencija i procenata prema skor na dimenziji „Stanovanje i bezbednost” socijalnog kapitala oporavka u uzorku.....	142
Tabela br. 54. Distribucija frekvencija i procenata za kategorije ukupnog skora nade i dužinu tretmana u uzorku.....	144
Tabela br. 55. Distribucija frekvencija i procenata za dimenziju „Agensnosti” nade i dužinu tretmana u uzorku.....	145
Tabela br. 56. Distribucija frekvencija i procenata za dimenziju nade „Mišljenje usmereno na načine za postizanje ciljeva” i dužinu tretmana u uzorku .....	146
Tabela br. 57. Distribucija frekvencija i procenata za ukupni skor samoefikasnosti prevladavanja i dužinu tretmana u uzorku.....	147
Tabela br. 58. Distribucija frekvencija i procenata za skor samoefikasnosti prevladavanja u situacijama koje uključuju unutrašnja stanja visokorizična za recidiv i dužinu tretmana u uzorku	148
Tabela br. 59. Distribucija frekvencija i procenata za skor samoefikasnosti prevladavanja u visokorizičnim situacijama za recidiv koje uključuju druge ljude i dužinu tretmana u uzorku.....	149
Tabela br. 60. Prikaz raspodele učesnika i učesnica istraživanja u poduzorcima prema kriterijumu tipa tretmana – integrativni tretman vs. opioidni supstitucionni tretman .....	151
Tabela br. 61. Zastupljenost kategorija ukupnog kapitala oporavka u poduzorcima .....	158
Tabela br. 62. Zastupljenost kategorija ličnog kapitala oporavka u poduzorcima .....	160

Tabela br. 63. Zastupljenost nivoa „Globalnog psihičkog zdravlja” kao dimenzije ličnog kapitala oporavka u poduzorcima.....	161
Tabela br. 64. Zastupljenost nivoa „Globalnog fizičkog zdravlja” kao dimenzije ličnog kapitala oporavka u poduzorcima.....	162
Tabela br. 65. Zastupljenost nivoa „Upravljanja rizicima” kao dimenzije ličnog kapitala oporavka u poduzorcima.....	163
Tabela br. 66. Zastupljenost nivoa „Prevladavanja teškoća i životnog funkcionisanja” kao dimenzije ličnog kapitala oporavka u poduzorcima.....	164
Tabela br. 67. Zastupljenost nivoa „Iskustva oporavka” kao dimenzije ličnog kapitala oporavka u poduzorcima.....	164
Tabela br. 68. Zastupljenost kategorija socijalnog kapitala oporavka u poduzorcima.....	166
Tabela br. 69. Zastupljenost nivoa „Upotrebe PAS i apstinencije” kao dimenzije socijalnog kapitala oporavka u poduzorcima.....	167
Tabela br. 70. Zastupljenost nivoa „Građanskog angažovanja i učešća u zajednici” kao dimenzije socijalnog kapitala oporavka u poduzorcima.....	168
Tabela br. 71. Zastupljenost nivoa „Socijalne podrške” kao dimenzije socijalnog kapitala oporavka u poduzorcima.....	168
Tabela br. 72. Zastupljenost nivoa “Smislenih aktivnosti” kao dimenzije socijalnog kapitala oporavka u poduzorcima.....	169
Tabela br. 73. Zastupljenost nivoa „Stanovanja i bezbednosti” kao dimenzije socijalnog kapitala oporavka u poduzorcima.....	170
Tabela br. 74. Zastupljenost kategorija ukupne nade u poduzorcima.....	171
Tabela br. 75. Zastupljenost kategorija „Agensnosti” nade u poduzorcima.....	172
Tabela br. 76. Zastupljenost kategorija „Mišljenja usmerenog na načine za postizanje ciljeva” kao dimenzije nade u poduzorcima.....	173
Tabela br. 77. Zastupljenost kategorija ukupne samoeфикаsnosti prevladavanja u poduzorcima...	175
Tabela br. 78. Zastupljenost kategorija samoeфикаsnosti prevladavanja u situacijama koje podrazumevaju unutrašnja stanja visokorizična za recidiv u poduzorcima.....	176
Tabela br. 79. Zastupljenost kategorija samoeфикаsnosti prevladavanja u situacijama visokorizičnim za recidiv koje uključuju druge ljude u poduzorcima.....	177
Tabela br. 80. Distribucija nivoa „Globalnog fizičkog zdravlja” kao dimenzije ličnog kapitala oporavka prema polu u uzorku.....	179
Tabela br. 81. Distribucija nivoa socijalnog kapitala oporavka prema uzrastu u uzorku.....	181
Tabela br. 82. Vrednosti hi-kvadrat testa za varijable kapitala oporavka.....	182
Tabela br. 83. Distribucija nivoa „Ukupnog kapitala oporavka“ prema radnom statusu u uzorku .	182
Tabela br. 84. Distribucija nivoa „Ličnog kapitala oporavka“ prema radnom statusu u uzorku....	183
Tabela br. 86. Distribucija nivoa ukupnog kapitala oporavka prema broju tretmana u uzorku.....	185
Tabela br. 87. Distribucija nivoa ukupnog kapitala oporavka u odnosu na inicijativu za započinjanje tretmana u uzorku.....	186
Tabela br. 88. Distribucija nivoa socijalnog kapitala oporavka u odnosu na inicijativu za započinjanje tretmana u uzorku.....	187
Tabela br. 89. Vrednosti hi-kvadrat testa za ukupni kapital oporavka i varijable nade i samoeфикаsnosti prevladavanja u ukupnom uzorku.....	188
Tabela br. 90. Vrednosti hi-kvadrat testa za lični kapital oporavka i varijable nade i samoeфикаsnosti prevladavanja u ukupnom uzorku.....	189
Tabela br. 91. Vrednosti hi-kvadrat testa za socijalni kapital oporavka i varijable nade i samoeфикаsnosti prevladavanja u uzorku.....	190
Tabela br. 92. Vrednosti hi-kvadrat testa za odnos dimenzije „Upotreba PAS i apstinencija“ kapitala oporavka sa varijablama samoeфикаsnosti prevladavanja u uzorku.....	191
Tabela br. 93. Vrednosti hi-kvadrat testa za odnos dimenzije „Globalno psihičko zdravlje” kapitala oporavka sa varijablama nade i samoeфикаsnosti prevladavanja u uzorku.....	192

Tabela br. 94. Vrednosti hi-kvadrat testa za odnos dimenzije „Globalno fizičko zdravlje” kapitala oporavka sa varijablama nade u uzorku .....	192
Tabela br. 95. Vrednosti hi-kvadrat testa za odnos dimenzije .....	193
Tabela br. 96. Vrednosti hi-kvadrat testa za odnos dimenzije „Smislene aktivnosti” kapitala oporavka sa varijablama nade i samoefikasnosti prevladavanja u uzorku.....	194
Tabela br. 97. Vrednosti hi-kvadrat testa za odnos dimenzije .....	194
Tabela br. 98. Vrednosti hi-kvadrat testa za odnos dimenzije „Prevladavanje i životno funkcionisanje” kapitala oporavka sa varijablama nade i samoefikasnosti prevladavanja u ukupnom uzorku.....	195
Tabela br. 99. Vrednosti hi-kvadrat testa za odnos dimenzije „Iskustvo oporavka” kapitala oporavka sa varijablama nade u uzorku.....	196
Tabela br. 100. Odnos pola i tipa tretmana u poduzorcima .....	197
Tabela br. 101. Odnos uzrasta i tipa tretmana u poduzorcima.....	198
Tabela br. 102. Odnos radnog statusa i tipa tretmana u poduzorcima .....	199
Tabela br. 103. Odnos radnog statusa i nivoa ukupnog kapitala oporavka u poduzorku učesnika i učesnica istraživanja na integrativnom tretmanu .....	200
Tabela br. 104. Odnos tipa zavisnosti u odnosu na PAS i tipa tretmana u poduzorcima .....	201
Tabela br. 105. Odnos dužine tretmana i tipa tretmana u poduzorcima .....	202
Tabela br. 106. Distribucija nivoa ukupnog kapitala oporavka u odnosu na inicijativu za započinjanje tretmana u učesnika i učesnica istraživanja na integrativnom tretmanu.....	202
Tabela br. 107. Vrednosti hi-kvadrat testa za tip tretmana i varijable kapitala oporavka i samoefikasnosti prevladavanja u poduzorcima.....	203
Tabela br. 108. Odnos nivoa socijalnog kapitala i tipa tretmana u poduzorcima.....	204
Tabela br. 109. Odnos dimenzije ličnog kapitala oporavka „Globalno fizičko zdravlje” i tipa tretmana u poduzorcima učesnika i učesnica na integrativnom i opioidnom supstitucionom tretmanu.....	205
Tabela br. 110. Odnos dimenzije ličnog kapitala oporavka „Iskustvo oporavka” i tipa tretmana u poduzorcima.....	206
Tabela br. 111. Odnos dimenzije socijalnog kapitala oporavka „Upotreba PAS i apstinencija” i tipa tretmana u poduzorcima.....	206
Tabela br. 112. Odnos dimenzije socijalnog kapitala oporavka „Socijalna podrška” i tipa tretmana u poduzorcima.....	207
Tabela br. 113. Odnos dimenzije socijalnog kapitala oporavka „Smislene aktivnosti” i tipa tretmana u poduzorcima.....	208
Tabela br. 114. Odnos samoefikasnosti prevladavanja unutrašnjih stanja visokorizičnih za recidiv i tipa tretmana.....	209
Tabela br. 115. Vrednosti hi-kvadrat testa za odnos dužine tretmana i varijabli kapitala oporavka i samoefikasnosti prevladavanja .....	210
Tabela br. 116. Distribucija nivoa dimenzije socijalnog kapitala oporavka „Stanovanje i bezbednost” u odnosu na dužinu tretmana u ukupnom uzorku .....	211
Tabela br. 117. Odnos samoefikasnosti prevladavanja u situacijama sa unutrašnjim stanjima visokog rizika za recidiv i dužine tretmana u ukupnom uzorku .....	212
Tabela br. 118. Odnos samoefikasnosti prevladavanja u situacijama visokog rizika za recidiv koje uključuju druge ljude i dužine tretmana u ukupnom uzorku .....	213

## SPISAK GRAFIKONA

Grafikon br. 1. Distribucija uzorka prema polu .....	85
Grafikon br. 2. Distribucija uzorka prema uzrastu.....	85
Grafikon br. 3. Distribucija uzorka prema sažetim kategorijama za uzrast.....	86
Grafikon br. 4. Distribucija uzorka istraživanja prema stepenu obrazovanja.....	86
Grafikon br. 5. Distribucija uzorka prema bračnom statusu .....	87
Grafikon br. 6. Distribucija uzorka prema sažetim kategorijama za bračni status .....	87
Grafikon br. 7. Distribucija uzorka prema radnom statusu.....	88
Grafikon br. 8. Distribucija uzorka prema tipu zavisnosti u odnosu na psihoaktivnu supstancu .....	89
Grafikon br. 9. Distribucija uzorka prema programu tretmana (samoprocena).....	90
Grafikon br. 10. Distribucija uzorka prema dužini tretmana .....	90
Grafikon br. 11. Distribucija uzorka prema broju tretmana.....	91
Grafikon br. 12. Distribucija uzorka prema načinu započinjanja aktuelnog tretmana .....	91
Grafikon br. 13. Distribucija uzorka prema sažetim kategorijama za inicijativu za započinjanje aktuelnog tretmana.....	92
Grafikon br. 14. Distribucija poduzoraka prema polu u odnosu na ukupan uzorak (u procentima).....	152
Grafikon br. 15. Distribucija poduzoraka prema uzrasnim kategorijama u odnosu na ukupan uzorak (u procentima).....	152
Grafikon br. 16. Distribucija poduzoraka prema stepenu obrazovanja u odnosu na ukupan uzorak (u procentima) .....	153
Grafikon br. 17. Distribucija poduzoraka prema bračnom statusu u odnosu na ukupan uzorak (u procentima) .....	154
Grafikon br. 18. Distribucija poduzoraka prema radnom statusu u odnosu na ukupan uzorak (u procentima) .....	154
Grafikon br. 19. Distribucija poduzoraka prema tipu zavisnosti u odnosu na ukupan uzorak (u procentima) .....	155
Grafikon br. 20. Distribucija poduzoraka prema dužini tretmana u odnosu na ukupan uzorak (u procentima) .....	156
Grafikon br. 21. Distribucija poduzoraka prema broju tretmana u odnosu na ukupan uzorak (u procentima) .....	157
Grafikon br. 22. Distribucija poduzoraka prema inicijativi za započinjanje tretmana u odnosu na ukupan uzorak (u procentima) .....	157
Grafikon br. 23. Distribucija kategorija ukupnog kapitala oporavka u poduzorcima u odnosu na ukupan uzorak (u procentima) .....	159
Grafikon br. 24. Distribucija kategorija ličnog kapitala oporavka u poduzorcima u odnosu na ukupan uzorak (u procentima) .....	160
Grafikon br. 25. Distribucija kategorija socijalnog kapitala oporavka u poduzorcima .....	166
Grafikon br. 26. Distribucija kategorija ukupne nade u poduzorcima u odnosu na ukupan uzorak (u procentima) .....	172
Grafikon br. 27. Distribucija kategorija „Agensnosti” nade u poduzorcima u odnosu na ukupan uzorak (u procentima) .....	173
Grafikon br. 28. Distribucija kategorija „Mišljenja usmerenog na načine za postizanje ciljeva” kao dimenzije nade u poduzorcima u odnosu na ukupan uzorak (u procentima).....	174
Grafikon br. 29. Distribucija kategorija ukupne samoefikasnosti prevladavanja u poduzorcima u odnosu na ukupan uzorak (u procentima) .....	175
Grafikon br. 30. Distribucija kategorija samoefikasnosti prevladavanja u situacijama koje podrazumevaju unutrašnja stanja visokorizična za recidiv u poduzorcima u odnosu na ukupan uzorak (u procentima) .....	177
Grafikon br. 31. Distribucija kategorija samoefikasnosti prevladavanja u situacijama visokorizičnim za recidiv koje uključuju druge ljude u poduzorcima u odnosu na ukupan uzorak (u procentima) .....	178

## SADRŽAJ

1. PROBLEM I PREDMET ISTRAŽIVANJA .....	1
1.1. Problem istraživanja.....	1
1.2. Predmet istraživanja.....	3
1.2.1. Teorijsko i operacionalno određenje predmeta istraživanja .....	3
1.2.2. Pojmovni okvir istraživanja .....	5
2. TRETMAN ZAVISNOSTI OD DROGA U REPUBLICI SRBIJI .....	9
2.1. Zavisnost od droga i njen sociomedicinski značaj.....	9
2.2. Tretman zavisnosti od droga u Republici Srbiji.....	11
2.2.1. Ciljevi tretmana zavisnosti od droga u Republici Srbiji .....	13
2.2.1.1. Apstinencija kao cilj tretmana zavisnosti.....	14
2.2.1.1.1. Integrativni program tretmana zavisnosti .....	15
2.2.1.2. Smanjenje štete kao cilj tretmana zavisnosti.....	16
2.2.1.2.1. Opioidni supstitucionni program tretmana zavisnosti .....	18
2.3. Uloga socijalnih radnika i radnica u tretmanu i zaštiti osoba zavisnih od droga.....	19
3. OPORAVAK OD ZAVISNOSTI OD DROGA .....	24
3.1. Paradigma oporavka i pristup usmeren na snage .....	24
3.2. Određenja i ključne odlike oporavka od zavisnosti .....	25
3.3. Proces i faze oporavka .....	28
3.3.1. Faza ranog oporavka i razvojni zadaci u ovoj fazi.....	29
3.4. Prikaz istraživanja oporavka od zavisnosti od droga .....	31
3.5. Upravljanje oporavkom, kontinuum zaštite i sistemi zaštite usmereni na oporavak .....	35
4. KAPITAL OPORAVKA .....	40
4.1. Teorija socijalnog kapitala i koncept kapitala oporavka.....	40
4.1.1. Lični kapital oporavka .....	42
4.1.2. Socijalni kapital oporavka.....	45
4.1.3. Kapital oporavka zajednice i kulturni kapital .....	48
4.2. Prikaz istraživanja kapitala oporavka .....	49
4.3. Kapital oporavka kao ekosistemski okvir za identifikovanje snaga i izazova osoba u oporavku od zavisnosti.....	51
4.4. Moguća uloga intervencija socijalnog rada u izgradnji i podsticanju kapitala oporavka .....	53
5. NADA .....	58
5.1. Najvažnija teorijska određenja nade .....	58
5.1.1. Teorija nade Ričarda Snajdera .....	59
5.2. Prikaz istraživanja nade .....	60
5.3. Intervencije za podsticanje nade .....	62
6. SAMOEFIKASNOST PREVLADAVANJA RIZIKA OD UPOTREBE DROGA.....	65

6.1. Teorija samoefikasnosti .....	65
6.1.1. Opšta samoefikasnost.....	66
6.1.2. Specifične samoefikasnosti za započinjanje i promenu zavisničkog ponašanja.....	67
6.2. Samoefikasnost prevladavanja .....	68
6.3. Prikaz istraživanja samoefikasnosti prevladavanja rizika od upotrebe psihoaktivnih supstanci	69
6.4 Samoefikasnost prevladavanja i strategije za prevenciju recidiva.....	71
7. EMPIRIJSKO ISTRAŽIVANJE.....	74
7.1. Ciljevi istraživanja .....	74
7.2. Hipotetički okvir istraživanja.....	74
7.3. Naučni i društveni značaj istraživanja .....	75
7.4. Metod istraživanja.....	76
7.4.1. Tip istraživanja.....	76
7.4.2. Varijable istraživanja .....	76
7.4.3. Uzorak.....	79
7.4.4. Tehnike i instrumenti za prikupljanje podataka.....	80
7.4.5. Procedura istraživanja .....	81
7.4.6. Obrada podataka .....	81
8. REZULTATI ISTRAŽIVANJA .....	84
8.1. Testiranje normalnosti distribucije varijabli .....	84
8.2. Deskriptivna statistika za ukupan uzorak .....	84
8.2.1. Sociodemografske karakteristike uzorka .....	84
8.2.2. Tretmanske karakteristike uzorka .....	88
8.2.3. Karakteristike varijabli kapitala oporavka, nade i samoefikasnosti prevladavanja u uzorku .	92
8.2.3.1. Karakteristike ukupnog kapitala oporavka u uzorku .....	92
8.2.3.2. Karakteristike ličnog kapitala oporavka u uzorku .....	94
8.2.3.3. Karakteristike socijalnog kapitala oporavka u uzorku.....	100
8.2.3.4. Karakteristike nade u uzorku .....	105
8.2.3.5. Karakteristike dimenzije agensnosti nade u uzorku.....	107
8.2.3.6. Karakteristike mišljenja usmerenog na načine za postizanje ciljeva kao dimenzije nade u uzorku.....	109
8.2.3.7. Karakteristike samoefikasnosti prevladavanja u uzorku.....	111
8.2.3.8. Karakteristike samoefikasnosti prevladavanja u situacijama koje uključuju unutrašnja stanja visokorizična za recidiv uzorku.....	113
8.2.3.9. Karakteristike samoefikasnosti prevladavanja u situacijama visokorizičnim za recidiv koje uključuju druge ljude u uzorku .....	116
8.2.4. Karakteristike uzorka u odnosu na dužinu tretmana .....	118
8.2.4.1. Sociodemografske karakteristike uzorka u odnosu na dužinu tretmana .....	119
8.2.4.2. Tretmanske karakteristike uzorka u odnosu na dužinu tretmana.....	124

8.2.4.3. Karakteristike varijabli kapitala oporavka, nade i samoefikasnosti prevladavanja u odnosu na dužinu tretmana u uzorku .....	129
8.2.4.3.1. Karakteristike ukupnog kapitala oporavka u odnosu na dužinu tretmana .....	129
8.2.4.3.2. Karakteristike ličnog kapitala oporavka u odnosu na dužinu tretmana .....	130
8.2.4.3.3. Karakteristike socijalnog kapitala oporavka u odnosu na dužinu tretmana.....	136
8.2.4.3.4. Karakteristike nade u odnosu na dužinu tretmana .....	143
8.2.4.3.5. Karakteristike samoefikasnosti prevladavanja u odnosu na dužinu tretmana.....	147
8.3. Deskriptivna statistika za poduzorke prema tipu tretmana .....	151
8.3.1. Sociodemografske karakteristike u poduzorcima .....	151
8.3.2. Tretmanske karakteristike u poduzorcima .....	155
8.3.3. Karakteristike varijabli kapitala oporavka, nade i samoefikasnosti prevladavanja u poduzorcima.....	158
8.3.3.1. Karakteristike kapitala oporavka u poduzorcima.....	158
8.3.3.2. Karakteristike ličnog kapitala oporavka u poduzorcima.....	159
8.3.3.3. Karakteristike socijalnog kapitala oporavka u poduzorcima .....	166
8.3.3.4. Karakteristike nade u poduzorcima.....	171
8.3.3.5. Karakteristike samoefikasnosti prevladavanja u poduzorcima .....	174
8.4. Povezanost sociodemografskih i tretmanskih varijabli sa varijablama kapitala oporavka, nade i samoefikasnosti prevladavanja: Rezultati hi-kvadrat testova .....	179
8.4.1. Rezultati hi-kvadrat testova za uzorak .....	179
8.4.1.1. Povezanost sociodemografskih varijabli sa varijablama oporavka u uzorku .....	179
8.4.1.2. Povezanost tretmanskih varijabli sa varijablama oporavka u uzorku .....	185
8.4.1.3. Povezanost između kapitala oporavka, nade i samoefikasnosti prevladavanja.....	187
8.4.2. Razlike između poduzoraka .....	197
8.4.2.1. Razlike između poduzoraka u odnosu na sociodemografske varijable.....	197
8.4.2.2. Razlike između poduzoraka u odnosu na tretmanske varijable .....	200
9. DISKUSIJA .....	215
9.1. Karakteristike uzorka i deskriptivni pokazatelji na nivou ukupnog uzorka.....	216
9.1.1. Sociodemografske karakteristike uzorka .....	216
9.1.2. Tretmanske karakteristike uzorka .....	217
9.1.3. Karakteristike kapitala oporavka, nade i samoefikasnosti prevladavanja u uzorku .....	219
9.2. Komparativna analiza karakteristika poduzoraka prema tipu tretmana.....	221
9.2.1. Komparativna analiza sociodemografskih karakteristika u poduzorcima .....	221
9.2.2. Komparativna analiza tretmanskih karakteristika u poduzorcima.....	223
9.3. Analiza povezanosti tipa tretmana sa karakteristikama kapitala oporavka, nade i samoefikasnosti prevladavanja: testiranje opšte hipoteze istraživanja .....	224
9.3.1. Analiza razlika u nivoima ličnog kapitala oporavka između poduzoraka: testiranje prve posebne hipoteze .....	227

9.3.2. Analiza razlika u nivoima socijalnog kapitala oporavka između poduzoraka: testiranje druge posebne hipoteze .....	229
9.3.3. Analiza razlika u nivoima nade između poduzoraka: testiranje treće posebne hipoteze .....	231
9.3.4. Analiza razlika u nivoima samoeфикаsnosti prevladavanja između poduzoraka: testiranje četvrte posebne hipoteze .....	232
9.3.5. Analiza razlika u dimenzijama kapitala oporavka, nade i samoeфикаsnosti prevladavanja između poduzoraka: testiranje pete posebne hipoteze .....	234
9.4. Analiza povezanosti sociodemografskih i tretmanskih varijabli sa varijablama kapitala oporavka, nade i samoeфикаsnosti prevladavanja.....	237
9.4.1. Analiza povezanosti sociodemografskih i tretmanskih varijabli sa varijablama kapitala oporavka, nade i samoeфикаsnosti prevladavanja u uzorku.....	237
9.4.2. Analiza povezanosti sociodemografskih i tretmanskih varijabli sa varijablama kapitala oporavka, nade i samoeфикаsnosti prevladavanja u poduzorcima .....	239
9.5. Analiza povezanosti između varijabli kapitala oporavka, nade i samoeфикаsnosti prevladavanja u uzorku.....	244
9.6. Analiza povezanosti dužine tretmana sa sociodemografskim, tretmanskim i varijablama oporavka.....	246
9.7. Profili resursa za oporavak osoba na integrativnom i supstitucionom tretmanu: distinktivne snage i izazovi.....	247
9.8. Ograničenja istraživanja i preporuke za buduća istraživanja.....	250
9.9. Teorijski i praktični doprinos i implikacije nalaza istraživanja .....	251
10.1. Preporuke .....	258
LITERATURA.....	261
PRILOZI .....	291
PRILOG 1 – Saglasnost Etičkog odbora Specijalne bolnice za bolesti zavisnosti za sprovođenje istraživanja .....	292
PRILOG 2 – Saglasnost Etičke komisije Univerziteta u Beogradu – Fakulteta političkih nauka za sprovođenje istraživanja.....	293
PRILOG 3 – Saglasnost za korišćenje Skale procene kapitala oporavka – ARC .....	294
PRILOG 4 – Saglasnost za korišćenje Kratke verzije upitnika za procenu samoeфикаsnosti prevladavanja upotrebe droga - <i>DTCQ Brief-8</i> .....	295
PRILOG 5 – Saglasnost za korišćenje Skale nade za odrasle – AHS.....	301
PRILOG 6 – Saglasnost za učešće u istraživanju .....	306
PRILOG 7 – Upitnik o sociodemografskim i tretmanskim karakteristikama.....	307
PRILOG 8 - Skala procene kapitala oporavka ( <i>Assessment of Recovery Capital Scale – ARCS</i> )..	308
PRILOG 9 – Kratka verzija upitnika za procenu samoeфикаsnosti prevladavanja upotrebe droga ( <i>Drug-Taking Confidence Questionnaire - DTCQ Brief-8</i> ).....	310
PRILOG 10 – Skala nade za odrasle ( <i>Adult Hope Scale – AHS</i> ).....	311
BIOGRAFIJA AUTORKE .....	312





**PRVI DEO: PROBLEM I PREDMET  
ISTRAŽIVANJA**

## 1. PROBLEM I PREDMET ISTRAŽIVANJA

Krajem XX veka su započele važne promene u pogledu značenja i značaja koji se pridaju pitanjima i iskustvima oporavka od zavisnosti. Paradigmatski zaokret od patologije i deficita ka snagama i resursima je rezultirao evoluiranjem tradicionalnog shvatanja oporavka kao prestanka upotrebe psihoaktivnih supstanci (PAS) ka holističkom razumevanju oporavka. Ono nadilazi pitanje korišćenja PAS i orijentiše se ka opštem zdravlju, kvalitetu života, dobrobiti osobe i poboljšanjima u životnim domenima na koje utiče upotreba PAS (Betty Ford Institute Consensus Panel - BFICP, 2007; Substance Abuse and Mental Health Services Administration – SAMHSA, 2012; Kelly & Hoepfner, 2015; UK Drug Policy and Commission - UKDPC, 2008).

### 1.1. Problem istraživanja

Oporavak od zavisnosti je zahtevan poduhvat jer traži, osim prestanka upotrebe PAS, da osoba ublaži posledice značajne kolateralne štete, kao i da ostvari pozitivne ishode u fizičkom, psihičkom i socijalnom funkcionisanju, koje možda nikada pre nije imala (Advisory Council on the Misuse of Drugs, 2013).

Faza ranog oporavka, tokom prvih godinu dana od uspostavljanja kontrole nad upotrebom PAS, nosi najveće zahteve za promenama u različitim sferama funkcionisanja osobe i najizraženiji rizik za recidiv (Dennis *et al.*, 2005; 2007; Scott *et al.*, 2003). Ujedno, ona predstavlja kritični period za izgradnju osnove za održivi i stabilni oporavak i unapređenje kvaliteta života i dobrobiti (Biernacki, 1986; Gorski, 1989; Margolis *et al.*, 2000; Scott *et al.*, 2003).

U Republici Srbiji se oporavak dominantno započinje putem tretmana zavisnosti, dok je oslanjanje na usluge u zajednici i usluge koje se temelje na podršci osoba sa ličnim iskustvom oporavka izuzetno nisko (Best & Nišić, 2019). Najzastupljeniji modaliteti tretmana kod nas su integrativni tretman, usmeren ka postizanju totalne apstinencije, i opioidni supstitucionni tretman, usmeren ka smanjenju štete nastale usled upotrebe opijata. Mada tokom oba tretmana dolazi do poboljšanja u različitim aspektima funkcionisanja i kvaliteta života, istraživanja pokazuju da su ishodi osoba u oporavku na opioidnom supstitucionom tretmanu značajno nepovoljniji (Best & Nišić, 2019; Marinković, 2016; Marinković *et al.*, 2017). One imaju mnogo veću verovatnoću krivičnog gonjenja i lišavanja slobode, kao i učešća u porodičnom nasilju, a znatno manju verovatnoću stabilnog zaposlenja, volontiranja u zajednici i nastavka obrazovanja (Best & Nišić, 2019). Kako je poslednjih godina u našoj zemlji prisutna tendencija porasta broja osoba na opioidnoj supstitucionoj terapiji metadonom i buprenorfinom (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction & United Nations Office on Drugs and Crime – EMCDDA & UNODC, 2019; Nastasić, 2020), potreba za naučnim objašnjenjem pomenutih razlika, razumevanjem faktora koji im doprinose, kao i poboljšanjem ishoda tretmana i oporavka, postaje sve izraženija.

Iako predstavlja važan segment faze ranog oporavka, istraživanja pokazuju da uticaj tretmana zavisnosti značajno slabi po njegovom napuštanju, da zdravstvena stabilizacija i redukcija simptoma po sebi nisu dovoljne za održivi oporavak (Cleveland *et al.*, 2021; Fiorentine, Nakashima & Anglin, 1999) i da su dugoročni i održivi ishodi u većoj meri povezani sa uspostavljanjem i održavanjem pozitivnog socijalnog konteksta (Filipović, 2007, 2010; Gačić i Majkić, 2000; Hrnčić, Brkić i Žegarac, 2012; Dragišić Labaš, 2012; Dragišić Labaš i Nastasić, 2012; Lažetić i sar., 2010; Moos, 2003; Best *et al.*, 2015). Postizanje pozitivnih ishoda oporavka često zahteva intenzivnu i dugotrajnu podršku ne samo sistema zdravstvene, već i socijalne zaštite, kao i šireg društva (Advisory Council on the Misuse of Drugs, 2015; Gačić, 1988; Milosavljević, 2002; Nastasić, 2011; Zoričić, 2018).

Osobama koje se suočavaju sa zavisnošću je potrebna značajna količina raznovrsnih resursa da bi uspešno započele i kompletirale tretman zavisnosti od PAS, prevazišle izazove ranog oporavka i ostvarile željene ishode u oblastima kao što su: upotreba PAS, globalno fizičko i mentalno zdravlje, porodično funkcionisanje i briga o deci, stanovanje, obrazovanje i profesionalna obuka, zapošljavanje, problemi sa zakonom, socijalna reintegracija i dr.,.

Robert Grenfield i Vilijam Kloud (Cloud & Granfield, 2008; Granfield & Cloud, 1999) su utvrdili da je kapacitet osobe da uspešno prevlada probleme povezane sa zavisnošću neposredno određen brojem, vrstom i kvalitetom ličnih, socijalnih i resursa na nivou zajednice i kulture, koje ona poseduje – ili može da izgradi u procesu oporavka. Skup ovih unutrašnjih i spoljašnjih resursa su označili kao „kapital oporavka“. Kapital oporavka, kao i njegove komponente nada i samoeфикаsnost prevladavanja, u literaturi se dosledno izdvajaju kao važni prediktori ishoda tretmana i oporavka (Burns & Marks, 2013; Dekthar *et al.*, 2010; Haaga, Hall & Haas, 2006; Laudet & White, 2008; Sánchez, Sahker & Arndt, 2020; Shumway *et al.*, 2014; Walitzer & Dearing, 2006). Istraživanja ovih faktora sugerišu i da se nepovoljni ishodi tretmana i oporavka mogu ublažiti ili preduprediti primenom intervencija za njihovo podsticanje (Burns & Marks, 2013; Cano *et al.*, 2017; Cloud & Granfield, 2001; Groshkova, Best & White, 2013; Laudet & White, 2008; Lopez *et al.*, 2004).

Budući usmerene na izgradnju i omogućavanje pristupa resursima, kao i otklanjanje strukturnih barijera koje taj pristup limitiraju, aktivnosti i intervencije socijalnog rada u značajnoj meri mogu doprineti uvećanju kapitala oporavka i povećati šanse za pozitivne ishode tretmana i oporavka od zavisnosti (Best, 2019; Galvani *et al.*, 2011; Patton, Best & Brown, 2022). One doprinose oporavku od zavisnosti – i samostalno i kao intervencije koje povećanju ефикаsnost tretmana zavisnosti od PAS - time što adresiraju oblasti funkcionisanja ljudi, koje tretman nedovoljno ili uopšte ne adresira (Collard, 2014; Marsh, D'Aunno & Smith, 2000; Raheb *et al.*, 2016; Rapp *et al.*, 2008, 2014; McLeelan *et al.* 1993, 1998; Sullivan, Wolk & Hartmann, 1992). Njihova uloga je posebno važna u odnosu na osobe sa niskim nivoima kapitala oporavka, nade i samoeфикаsnosti prevladavanja, a doprinos utoliko veći ukoliko su problemi sa kojima se suočavaju brojniji i izraženiji (Galvani *et al.*, 2011). Procena snaga, kao i identifikovanje područja izazova, usmerava intervencije socijalnog rada ka razvoju veština, izgradnji i povezivanju sa resursima, koji ovim osobama nedostaju, dajući osnovu za kvalitetno planiranje zaštite i razvoj i primenu delotvornih intervencija. Uviđanje karakteristika kapitala oporavka, nade i samoeфикаsnosti prevladavanja istovremeno omogućava donošenje odluke o tipu tretmana i intervencijama od kojih će osoba imati najveće koristi, kao i o intenzitetu i dužini trajanja podrške (White & Cloud, 2008). Ali, uprkos svom značajnom teorijskom i praktičnom potencijalu, u aktuelnoj naučno-istraživačkoj praksi u kontekstu tretmana i oporavka od zavisnosti u našoj zemlji, ovi koncepti su sasvim neistraženi.

Problem ovog istraživanja predstavlja nedostatak proverenih naučnih saznanja o karakteristikama kapitala oporavka i njegovih domena ličnog kapitala oporavka, socijalnog kapitala oporavka, nade i samoeфикаsnost prevladavanja, o njihovoj distribuciji među osobama u ranom oporavku na tretmanu zavisnosti od droga u Republici Srbiji, kao i specifičnostima kapitala oporavka osoba na integrativnom i osoba na opioidnom supstitucionom tipu tretmana. Nedovoljno razumevanje značaja, koji za ishode oporavka imaju karakteristike navedenih domena kapitala oporavka i njihova povezanost sa tipom tretmana, može dovesti do smanjene ефикаsnosti procene, planiranja i sprovođenja tretmana zavisnosti i intervencija socijalnog rada. Time se povećava rizik od nepravovremenog prepoznavanja osoba u potrebi za dodatnom podrškom, od intervencija koje nisu usklađene sa potrebama osoba ili specifičnih populacija, kao i od dispariteta kada su u pitanju osobe na različitim tipovima tretmana (Bowen & Walton, 2015). Sa druge strane, nalazi u ovoj oblasti bi omogućili dublje razumevanje razlika između osoba na opioidnom supstitucionom i integrativnom tretmanu i identifikovanje područja njihovih snaga i izazova. Time bi se pružila

naučna osnova za kvalitetno planiranje zaštite i za razvoj i efikasnu primenu intervencija socijalnog rada sa ciljem povećanja uspešnosti tretmana i oporavka od zavisnosti.

## 1.2. Predmet istraživanja

Predmet istraživanja čine nivoi i karakteristike kapitala oporavka i njegovih domena - ličnog kapitala oporavka, socijalnog kapitala oporavka, nade i samoefikasnosti prevladavanja, kod osoba u fazi ranog oporavka na tretmanu zavisnosti od droga u Republici Srbiji; kao i razlike između osoba koje se nalaze na integrativnom i osoba koje se nalaze na opioidnom supstitucionom programu tretmana u pogledu ovih resursa za oporavak.

### 1.2.1. Teorijsko i operacionalno određenje predmeta istraživanja

Teorijski okvir za razumevanje definisanog predmeta istraživanja čini nekoliko komplementarnih teorijskih perspektiva iz domena socijalnog rada, sociologije i psihologije. Perspektiva snaga u socijalnom radu (Saleebey, 1996; Rapp & Goscha, 2012) predstavlja opšti konceptualni okvir ovog rada. Ova perspektiva je blisko povezana sa aktuelnim shvatanjima oporavka od zavisnosti, koja naglašavaju značaj prepoznavanja, mobilisanja i osnaživanja resursa, potencijala i kapaciteta pojedinaca u prevladavanju izazova i postizanju željenih promena (Laudet, 2007; White, 2007). Primena perspektive snaga u kontekstu oporavka od zavisnosti podrazumeva pomeranje fokusa sa deficita i patologije ka identifikovanju i jačanju snaga, resursa i potencijala osoba koje se suočavaju sa zavisnošću. U skladu sa perspektivom usmerenom na snage, ovo istraživanje polazi od pretpostavke da sve osobe poseduju izvesne resurse i snage koje mogu biti mobilisane u cilju prevladavanja zavisnosti, te da je uloga socijalnog rada da prepozna, aktivira i osnaži te resurse kroz individualizovane i kolaborativne intervencije.

Nadovezujući se na perspektivu snaga, koncept kapitala oporavka (Cloud & Granfield, 2008; Granfield & Cloud, 1999) pruža specifičniji okvir za razumevanje resursa koji doprinose procesu oporavka. Ovaj koncept je razvijen na temeljima teorije socijalnog kapitala (Bourdieu, 1985; 1986; Coleman, 1988; 1990), koja ističe značaj socijalnih veza i resursa ukorenjenih u tim vezama za postizanje željenih ciljeva i ishoda. Primenjena na kontekst oporavka od zavisnosti, ova perspektiva sugerise da su broj i kvalitet resursa koje osoba poseduje ili može da mobilise ključni faktori koji oblikuju njene šanse za uspešno prevazilaženje problema povezanih sa zavisnošću.

Pored toga, opšta teorija sistema i ekološka teorija (Bertalanffy, 1968; Gitterman & Germain, 2008) pružaju konceptualni okvir za razumevanje kompleksnih interakcija između osobe i njenog neposrednog i šireg okruženja, koje oblikuju putanju oporavka. Ove perspektive naglašavaju da se oporavak odvija u dinamičnom međuodnosu individualnih karakteristika, porodičnih i vršnjačkih odnosa, konteksta tretmana i širih društvenih sistema. Stoga se kapital oporavka posmatra ne samo kao individualni atribut, već i kao relacioni i ekološki uslovljen fenomen.

Teorija nade (Snyder *et al.*, 2000) i teorija samoefikasnosti (Bandura, 1977; Marlatt, Baer & Quigley, 1995) dopunjuju ovaj teorijski okvir, pružajući uvid u ključne unutrašnje resurse koji doprinose pokretanju i održavanju procesa promene. Nada, kao pozitivno motivaciono stanje koje uključuje sposobnost postavljanja ciljeva, razvoja strategija za njihovo ostvarenje i održavanja motivacije za primenu tih strategija, prepoznata je kao vitalni resurs u kontekstu oporavka. Slično tome, samoefikasnost prevladavanja, odnosno poverenje osobe u sopstvenu sposobnost da se nosi sa izazovima i rizičnim situacijama bez pribegavanja upotrebi droga, ističe se kao ključni faktor u prevenciji recidiva i održavanju pozitivnih promena.

Oslanjajući se na ove teorijske perspektive, predmet istraživanja je operacionalizovan kroz ispitivanje nivoa i karakteristika domena kapitala oporavka: ukupnog, ličnog i socijalnog kapitala oporavka, nade i samoefikasnosti prevladavanja, kao i njihovih međusobnih odnosa sa sociodemografskim i tretmanskim varijablama. Ukupni kapital oporavka je operacionalizovan kroz objedinjenu procenu ličnog i socijalnog kapitala oporavka. Lični kapital oporavka obuhvata fizički i humani kapital, uključujući materijalne resurse, obrazovanje, veštine, zdravlje i druge individualne atribute, a operacionalizovan je kroz procenu pet dimenzija: globalno psihičko zdravlje, globalno fizičko zdravlje, upravljanje rizicima, prevladavanje i životno funkcionisanje, i iskustvo oporavka. Socijalni kapital oporavka ispitan je kroz analizu socijalnih mreža podrške, odnosa sa porodicom i vršnjacima i socijalne integracije, a operacionalizovan je kroz procenu pet dimenzija: upotrebu psihoaktivnih supstanci i apstinenciju, građansko angažovanje i učešće u zajednici, socijalnu podršku, smislene aktivnosti, i stanovanje i bezbednost. Nada je operacionalizovana kroz dve dimenzije - agensnost i mišljenje usmereno na načine za postizanje ciljeva, dok je samoefikasnost prevladavanja procenjivana kroz poverenje osobe u sopstvene kapacitete da se nosi sa situacijama visokog rizika bez upotrebe droga u oblasti unutrašnjih stanja i u oblasti situacija sa drugim ljudima.

Komparativna dimenzija istraživanja ogleda se u poređenju nivoa i profila kapitala oporavka, nade i samoefikasnosti prevladavanja između osoba na integrativnom i na opioidnom supstitucionom tretmanu. Ova poređenja pružaju uvid u distinktivne obrasce snaga i izazova sa kojima se suočavaju osobe uključene u različite modalitete tretmana, kao i potencijalne implikacije ovih razlika za kreiranje prilagođenih intervencija.

Istraživanje je aktuelno, realizovano u periodu od februara 2021. do jula 2022. godine, u specifičnom kontekstu globalne pandemije COVID-19 izazvane SARS-CoV-2 virusom. Ovaj period je bio obeležen brojnim izazovima i promenama u funkcionisanju sistema zdravstvene i socijalne zaštite, kao i društva u celini, što je moglo uticati na dostupnost tretmana, pristup resursima za oporavak i svakodnevno funkcionisanje osoba koje se suočavaju sa zavisnošću.

U prostornom smislu, istraživanje je ograničeno na teritoriju Republike Srbije, pružajući uvid u specifičnosti kapitala oporavka u lokalnom kontekstu. Ovo je posebno značajno imajući u vidu ograničenu istraženost ovih fenomena u našoj sredini i potrebu za razvojem na dokazima zasnovanih intervencija prilagođenih potrebama osoba u oporavku u Srbiji.

Imajući u vidu kompleksnu i multidimenzionalnu prirodu fenomena oporavka od zavisnosti, istraživanje integriše saznanja iz različitih disciplina, uključujući socijalni rad, medicinu, posebno adiktologiju i socijalnu medicinu, javno zdravlje, sociologiju i psihologiju. Ova multidisciplinarna perspektiva omogućava sveobuhvatno sagledavanje individualnih, relacionih i sistemskih faktora koji oblikuju puteve oporavka, kao i potencijalne uloge socijalnog rada u promovisanju pozitivnih ishoda tretmana i oporavka od zavisnosti.

Oslanjajući se na perspektivu usmerenosti na snage u socijalnom radu, kao i teorijske perspektive socijalnog kapitala, ekosistemskog pristupa, nade i samoefikasnosti, istraživanje teži da produbi razumevanje kompleksne dinamike oporavka od zavisnosti i identifikuje ključne resurse i izazove sa kojima se suočavaju osobe na različitim tipovima tretmana u Srbiji. Nalazi ovog istraživanja imaju potencijal da doprinesu razvoju prilagođenih i na snage orijentisanih intervencija socijalnog rada, koje će pružiti optimalnu podršku osobama u ranom oporavku i doprineti unapređenju kvaliteta tretmana i dugoročnih ishoda oporavka u našoj sredini.

### 1.2.2. Pojmovni okvir istraživanja

**Psihoaktivne supstance (PAS)** su hemijske supstance prirodnog ili sintetičkog porekla koje kada se unesu u organizam menjaju telesne funkcije, raspoloženje, mišljenje i ponašanje te mogu da izazovu psihičku i/ili telesnu zavisnost. Terminom **droga** obuhvataju se sve farmakološke klase nelegalnih i legalnih hemijskih jedinjenja, koja unesena u ljudski organizam stvaraju stanje fizičke i/ili psihičke zavisnosti i izazivaju štetu. Ovaj termin će biti korišćen u značenju koje isključuje alkohol i nikotin, a uključuje lekove koji se ne koriste na propisan način i/ili nisu prepisani od strane lekara ili lekarke (BFICP, 2007).

**Zavisnost od psihoaktivnih supstanci/droga** predstavlja skup kognitivnih, bihejviornih i fizioloških fenomena gde upotreba PAS/droga poprima mnogo viši prioritet za pojedinca nego neka druga ponašanja koja su nekada za njega imala vrednost. Karakterišu je jaka želja za upotrebom PAS/droga i gubitak kontrole nad njenom upotrebom. Zavisnost se često vezuje za promene u toleranciji (potreba za uzimanjem sve veće količine PAS/droge kako bi se postigao isti ili sličan efekat) i prisustvo apstinencijalnog sindroma kada se naglo prekine upotreba PAS/droge (World Health Organization – WHO, 2017). U petoj verziji Dijagnostičkog i statističkog priručnika za mentalne poremećaje - DSM-V (American Psychiatric Association, 2013), navodi se 11 dijagnostičkih kriterijuma na osnovu kojih se može uspostaviti dijagnoza poremećaja upotrebe supstanci. Ovi dijagnostički kriterijumi su grupisani u četiri kategorije: gubitak kontrole, fizička zavisnost, problemi u socijalnom funkcionisanju i rizična upotreba i ovi kriterijumi se posmatraju u odnosu na tip supstance. U ovom istraživanju bavićemo se zavisnošću od droga koje se najčešće upotrebljavaju u našoj zemlji: opijata i opioda, kanabinoida, stimulansa, uključujući i zavisnost od više PAS istovremeno, pri čemu nijedna od njih nije dominantna (politoksikomanija). Takođe, naglašavamo da u ovom radu preferiramo **šire značenje pojma zavisnost od PAS/droga**, prema kome zavisnost od PAS/droga posmatramo ne samo kao kao raširen i značajan medicinski, već i socijalni problem. Polazimo od toga da je zavisnost poznata u svim društvima kroz istoriju, kao i u svim društvenim slojevima, i da dovodi do ozbiljnih zdravstvenih, socijalnih, ekonomskih posledica. Multidimenzionalna je i često je povezana sa drugim društvenim problemima i zahteva društvenu reakciju, tako da gotovo sva moderna društva poseduju neki sistem evaulacije, praćenja, prevencije i tretmana ove pojave (Brkić, 2020; Milosavljević, 2002; Zoričić, 2018).

**Oporavak od zavisnosti** se može odrediti kao dobrovoljno održavani stil života i multidimenzionalni proces promene, koji karakterišu kontrola nad upotrebom PAS, unapređenje fizičkog i mentalnog zdravlja, preduzimanje aktivnosti u cilju ostvarenja svojih potencijala, kao i aktivno učešće u pravima, ulogama i odgovornostima društva (BFICP, 2007; SAMHSA, 2012; UKDPC, 2008).

**Rani oporavak** predstavlja početnu fazu procesa oporavka od zavisnosti i označava period održavanja apstinencije/kontrole nad upotrebom PAS u periodu dužem od jednog, a kraćem od 12 meseci (BFICP, 2007:224).

**Tretman zavisnosti od psihoaktivnih supstanci/droga** u ovom radu označava specifične aktivnosti usmerene ka osobama sa dijagnozom poremećaja upotrebe supstanci, koje se odvijaju kao sastavni deo programa lečenja zavisnosti u okviru specijalizovane zdravstvene ustanove (Specijalna bolnica za bolesti zavisnosti). Ciljevi su: 1) postizanja i stabilizacije totalne apstinencije (života bez PAS), kao i motivacije za poboljšanjem porodičnog, socijalnog i profesionalnog funkcionisanja (Ministarstvo zdravlja Republike Srbije, 2022; Vujošević i Nastasić, 2014) i 2) smanjenja štete nastale upotrebom PAS, sa fokusom na zadržavanju pacijenata/kinja u programu, unapređenju zdravlja i socijalnog funkcionisanja, ograničenju upotrebe ilegalnih droga i intravenozne upotrebe droga, smanjenju stope mortaliteta od predoziranja, kontroli rizika od širenja

krvno prenosivih bolesti i kriminalnog ponašanje u vezi sa drogom, smanjenju ekonomskih i društvenih troškova izazvanih posledicama zavisnosti (*ibid*; Crnić, Todorović, 2017).

U programe tretmana sa ciljem postizanja i stabilizacije potpune apstinencije ubrajamo tretmane koji se realizuju u Specijalnoj bolnici za bolesti zavisnosti u Beogradu u okviru: Dnevne bolnice za zavisnike od droga sa rehabilitacionim grupama, Programa za pacijente sa sudskom merom obaveznog lečenja na slobodi, Centra za mlade i Dnevne detoksikacione bolnice. Ovi tzv. „visokozahtevni programi“ su proistekli iz ekosistemskog pristupa u lečenju alkoholizma (Gačić, 1988, 1992, 2013; Nastasić, 2011; Sedmak i Nastasić, 2015) i sadrže elemente grupne, porodične, biheviorne i kognitivne psihoterapije, kao i socioterapije (Specijalna bolnica za bolesti zavisnosti, 2022). U radu ćemo ih objedinjeno označavati terminom **integrativni tretman**.

Pod programima koji se realizuju sa ciljem smanjenja štete nastale upotrebom droga podrazumevamo program opioidnog supstitucionog održavanja metadonom i program opioidnog supstitucionog održavanja buprenorfinom, koji spadaju u „niskozahtevne programe“ sa ciljem smanjenja zdravstvene, socijalne, ekonomske, pravne i druge štete povezane primarno sa upotrebom opijata i opioida. Ove programe ćemo objedinjeno označiti kao **opioidni supstitucionni tretman**. U osnovi ovih programa je terapijska zamena nelegalne psihoaktivne supstance legalnom (metadon – opioidni agonist, sintetička droga produženog dejstva i buprenorfin – polusintetski opioid), propisanom od strane lekara, a koja proizvodi manje štetne efekte, umanjuje efekte fizičke zavisnosti poput žudnje za supstancom i simptome apstinencijalnog sindroma i trebalo bi da omogućući unapređenje kvaliteta života.

**Kapital oporavka** predstavlja širinu i dubinu, odnosno kvantitet i kvalitet resursa potrebnih za pokretanje i održavanje procesa oporavka od alkohola i drugih droga (Cloud & Granfield, 2008). On se odnosi na postojanje resursa, njihovu dostupnost i kapacitet osobe da te resurse koristi za podršku sopstvenom oporavku. Osnovne vrste ili domeni kapitala oporavka su: fizički i humani, koji se objedinjuju u **lični kapital**, socijalni i kulturni kapital (koji se označava i kao kapital zajednice, odnosno njegov poseban segment) (Best & Laudet, 2010; Cloud & Granfield, 2008; White & Cloud, 2008). **Fizički kapital oporavka** se odnosi na materijalne resurse, koje povećavaju opcije kada je u pitanju oporavak, poput prihoda, ušteđevine, nekretnina, automobila, zdravstvenog osiguranja i sredstava i uslova za zadovoljenje osnovnih potreba za hranom i stanovanjem. **Humani kapital oporavka** pokriva širok spektar ljudskih atributa kao nematerijalnih resursa koji osobi obezbeđuju ostvarivanje ciljeva oporavka (Granfield & Cloud, 1999): znanja, obrazovanje, veštine, nade i aspiracije, fizičko i mentalno zdravlje i nasleđe. **Socijalni kapital oporavka** uključuje skup resursa koje osoba poseduje kao rezultat svojih odnosa sa porodicom, prijateljima, širim socijalnim mrežama i uključuje dobijenu podršku i odgovornosti i obaveze koje proizlaze iz tih odnosa. **Kulturni kapital** uključuje vrednosti, uverenja i stavove koji promovišu prosocijalne norme i identitete i omogućavaju integrisanost u društvo (Jetten, Haslam & Haslam, 2012; Buckingham, Frings & Alhuri, 2013). **Kapital oporavka zajednice** (Best & Laudet, 2010; White & Cloud, 2008) obuhvata stavove, politike i resurse zajednice u vezi sa zavisnošću i oporavkom, koji promovišu rešavanje problema vezanih za upotrebu PAS kao što su: aktivnosti sa ciljem smanjivanja stigme u vezi sa zavisnošću/oporavkom, vidljive i raznovrsne uzorne modele za oporavak, kontinuum usluga za tretman, resurse za uzajamnu pomoć i podršku dugoročnom oporavku itd.. Uzimajući u obzir karakteristike i razvojne zadatke u fazi ranog oporavka, fokusiraćemo se na domene ličnog kapitala oporavka, socijalnog kapitala oporavka, nadu i samoefikasnost prevladavanja. Kapital zajednice i kulturni kapital, kao domeni koji dobijaju na značaju u kasnijim fazama oporavka, neće biti razmatrani.

U ovom radu polazimo od definicije nade koju su dali Ričard Snajder i saradnici (Snyder, 2000; Snyder *et al.*, 2000). Oni navode da je **nada** „pozitivno motivaciono stanje koje se zasniva na interaktivno izvedenom osećaju uspešne (a) agensnosti (energije usmerene ka cilju) i (b) mišljenja usmerenog na načine za postizanje ciljeva (planiranja za postizanje ciljeva)“ (Snyder, Irving &



Anderson, 1991:287, Snyder, 2000: 8-9). Za ovo određenje i teorijski pristup smo se opredelili iz više razloga. Prvo, Snajderov model koji nadu posmatra kao kognitivni proces, a ne samo kao emocionalno stanje, omogućio je preciznije merenje i sistematičnije proučavanje ovog fenomena. Ovaj trokomponentni model pruža dublje razumevanje kako ljudi razmišljaju o svojim ciljevima i kako ih postižu. Dodatno, interaktivni pristup teorije naglašava dinamičnu vezu između planiranja i motivacije, što doprinosi realističnijem prikazu ljudskog ponašanja u kontekstu ostvarivanja ciljeva. Razvoj pouzdanih instrumenata za merenje nade u okviru ovog modela (*The Adult Dispositional Hope Scale*, Snyder *et al.*, 1991; *The Adult State Hope Scale*, Snyder *et al.*, 1996; *The Children Hope Scale*, Snyder *et al.*, 1997) otvorio je put brojnim empirijskim istraživanjima i omogućava upoređivanje njihovih nalaza. Konačno, fokus na snage, kao i razvojna perspektiva Snajderove teorije, koja objašnjava kako se nada razvija tokom života, čini je relevantnom za širok spektar istraživačkih i praktičnih konteksta, uključujući i naše istraživanje. Iako priznajemo da ovaj pristup ima određena ograničenja, poput potencijalnog zanemarivanja emocionalnih, duhovnihi drugih važnih aspekata nade, smatramo da njegove prednosti, posebno u pogledu operacionalizacije i merenja, prevazilaze nedostatke u kontekstu našeg istraživanja. Snajderova teorija nam pruža solidnu osnovu za empirijsko proučavanje nade, omogućava poređenje sa drugim relevantnim studijama, i nudi okvir za razvoj praktičnih intervencija zasnovanih na konceptu nade.

**Samoefikasnost prevladavanja** upotrebe psihoaktivnih supstanci predstavlja jedan od pet specifičnih oblika samoefikasnosti, koji su značajni za iniciranje i održavanje promene zavisničkog ponašanja. Ovaj koncept se zasniva na Bandurinoj teoriji samoefikasnosti (Bandura, 1977) i fokusira se na anticipatornu efikasnost osobe prilikom suočavanja sa potencijalnim krizama recidiva. Možemo je odrediti kao stepen samopouzdanja koji osoba ima u svoju sposobnost da se uzdrži od upotrebe psihoaktivnih supstanci u situacijama visokog rizika, odnosno pri suočavanju sa tzv. „okidačima za recidiv” (Marlatt, Baer & Quigley, 1995). Okidači mogu uključivati različite faktore, poput emocionalnih stanja, socijalnih situacija ili sredinskih stimulusa koji su ranije bili povezani sa upotrebom supstanci. Ovaj konstrukt je od posebnog značaja u procesu oporavka od zavisnosti, jer utiče na sposobnost pojedinca da primeni naučene strategije prevladavanja i održi apstinenciju u izazovnim situacijama. Procena samoefikasnosti prevladavanja upotrebe PAS je važan aspekt u planiranju tretmana i prevenciji recidiva, jer omogućava identifikaciju specifičnih oblasti u kojima pojedinac može imati potrebu za dodatnom podrškom ili intervencijom. Kako bi se označio ovaj konstrukt, u radu će se paralelno koristiti pun naziv „samoefikasnost prevladavanja upotrebe PAS“, kao i skraćeni oblik „samoefikasnost prevladavanja“.

U cilju sveobuhvatnog razumevanja i adekvatnog teorijskog utemeljenja ovako definisanog predmeta istraživanja, u segmentima rada koji slede biće elaborirani ključni teorijski koncepti i istraživački nalazi o aktuelnom shvatanju zavisnosti i njenom sociomedicinskom značaju; različitim modalitetima tretmana u Republici Srbiji i ulozi socijalnih radnika i radnica u tretmanu zavisnosti; paradigmi oporavka i pristupu usmerenom na snage; karakteristikama i fazama procesa oporavka sa posebnim fokusom na fazu ranog oporavka; konceptu kapitala oporavka i njegovim domenima; teorijskim određenjima i istraživanjima nade i samoefikasnosti prevladavanja, kao i intervencijama usmerenim na njihovo podsticanje u kontekstu oporavka od zavisnosti od droga. Kako je ovakav predmet istraživanja u našoj zemlji gotovo neistraživan, prinuđeni smo da se oslanjamo na saznanja iz literature i naučnih istraživanja sprovedenih pretežno u anglosaksonskim zemljama, uz jasnu svest o mogućim odstupanjima kada je u pitanju naš kulturni i institucionalni kontekst.

**DRUGI DEO: TRETMAN ZAVISNOSTI OD  
DROGA U REPUBLICI SRBIJI**

## 2. TRETMAN ZAVISNOSTI OD DROGA U REPUBLICI SRBIJI

### 2.1. Zavisnost od droga i njen sociomedicinski značaj

Zavisnost od droga predstavlja široko rasprostranjen i složen fenomen, poznat u svim društvima kroz istoriju, kao i u svim društvenim slojevima. Ona dovodi do ozbiljnih zdravstvenih, socijalnih i ekonomskih posledica, multidimenzionalna je i često povezana sa drugim društvenim problemima, te zahteva sveobuhvatnu društvenu reakciju (Brkić, 2020; Đokić, Nenadović i Janjić, 1995; Milosavljević, 2002; Zoričić, 2018). Gotovo sva moderna društva poseduju neki sistem evaluacije, praćenja, prevencije i tretmana ove pojave (Brkić, 2020; Gačić, 2013; Đokić, Nenadović i Janjić, 1995; Milosavljević, 2002; Nastasić, 2011; Zoričić, 2018). Perspektiva sagledavanja zavisnosti kao sociomedicinskog problema naglašava da zavisnost nije isključivo individualni, medicinski problem, već je duboko ukorenjena u društvenom kontekstu i zahteva multidisciplinarni pristup (Đokić, Nenadović i Janjić, 1995; Milosavljević, 2002; Zoričić, 2018).

Prema poslednjoj verziji Dijagnostičkog i statističkog priručnika za mentalne poremećaje (DSM-V), zavisnost se definiše kao skup kognitivnih, bihejviornih i fizioloških simptoma, koji ukazuju da osoba nastavlja da koristi PAS uprkos značajnim problemima povezanim sa njihovom upotrebom (American Psychiatric Association - APA, 2013). Jedanaest dijagnostičkih kriterijuma grupisanih u četiri kategorije (gubitak kontrole, fizička zavisnost, problemi u socijalnom funkcionisanju i rizična upotreba) se koriste za uspostavljanje dijagnoze poremećaja upotrebe supstanci, uzimajući u obzir tip supstance. Ovo određenje prepoznaje da nastanak, razvoj i održavanje zavisnosti predstavlja proizvod interakcije individualnih i faktora sredine, kao i psihofarmakoloških svojstava supstance (Dragišić Labaš, 2012; Dragišić Labaš i Milić, 2007; Kovačević i Đukanović, 2009).

Zavisnost od droga predstavlja vodeći globalni faktor rizika za onesposobljenost i prerani gubitak života, koji direktno i indirektno doprinosi globalnoj šteti u vidu oboljevanja i smrtnosti (Peacock *et al.*, 2018). Prema podacima Kancelarije Ujedinjenih nacija za borbu protiv droge i kriminala (UNODC, 2021), oko 275 miliona ljudi širom sveta je koristilo drogu u poslednjih godinu dana, dok je preko 36 miliona ljudi patilo od poremećaja uzrokovanih upotrebom droga. Situacija u Srbiji odražava globalne trendove. Procenjuje se da oko 20 500 osoba u Srbiji injektira droge, što čini oko 0.5,0% populacije uzrasta 15-64 godine, dok je heroin najčešće korišćena droga među osobama koje traže tretman (Ministarstvo zdravlja RS, 2022).

Iako se primarno manifestuje kroz kompulzivnu upotrebu PAS uprkos štetnim posledicama, zavisnost od droga prevazilazi okvire medicinskog problema i duboko prožima sve aspekte života osobe - fizičko i mentalno zdravlje, porodične i socijalne odnose, profesionalno funkcionisanje, ekonomski status, kao i širok spektar drugih životnih domena (APA, 2013; BFICP, 2007; Đokić, Nenadović i Janjić, 1995; Dragišić Labaš, 2012; Gačić, 1992; Kelly & Hoepfner, 2015; SAMHSA, 2012). Zavisnost je ukorenjena u kompleksnom spletu bioloških, psiholoških i socijalnih faktora, uključujući genetsku predispoziciju, traumatska iskustva, mentalne poremećaje, dostupnost droga, siromaštvo, socijalno isključivanje i brojne druge činioce (Bogetić, Jugović i Merdović, 2023; Đokić, Nenadović i Janjić, 1995; Dragišić Labaš, 2012; Milosavljević, 2002; Milosavljević, Brkić i Stoeckel, 2020; Nastasić, 2011). Istraživanja dosledno pokazuju da su stope zavisnosti od droga značajno više među osobama iz depriviranih i posebno osetljivih društvenih grupa, ukazujući na snažnu vezu između socijalnih determinanti zdravlja i rizika od razvoja ovog poremećaja (Delcher *et al.*, 2022; Đokić, Nenadović i Janjić, 1995; Galea & Vlahov, 2002; Jovanović, Pavun i Pavun, 2013; Milosavljević, Brkić i Stoeckel, 2020).

Zavisnost od droga ima višestruke i međusobno isprepletene posledice po zdravlje i socijalno funkcionisanje pojedinca, porodice i društva, koje se često međusobno pojačavaju,

stvarajući začarani krug deprivacije i socijalnog isključivanja (Đokić, Nenadović i Janjić, 1995). Sa zdravstvenog aspekta, zavisnost je povezana sa povećanim rizikom od niza oboljenja i stanja, uključujući infekcije HIV-om, hepatitisom C i drugim krvnoprenosivim bolestima kod osoba koje injektiraju droge (Degenhardt *et al.*, 2017), oštećenja jetre, bubrega, pluća, hormonalne poremećaje i probleme plodnosti kod hronične upotrebe opioida (Bart, 2012), kardiovaskularne probleme, moždani udar i konvulzije kod upotrebe stimulansa poput kokaina i amfetamina (Schwartz, Rezkalla & Kloner, 2010), respiratorne probleme, neke karcinome i potencijalna kognitivna oštećenja kod dugotrajne upotrebe kanabisa (Volkow *et al.*, 2014), kao i povećani rizik od mentalnih poremećaja poput depresije, anksioznosti i psihoze (EMCDDA, 2015). Predoziranje je jedan od najozbiljnijih zdravstvenih rizika i može biti fatalno. U Srbiji je u 2020. godini registrovano 39 smrtnih slučajeva usled predoziranja drogama (Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut” - IJZS, 2021), mada je stvarni broj verovatno veći usled poteškoća u identifikaciji i prijavljivanju ovih slučajeva.

Na socijalnom planu, zavisnost od droga može imati razorne posledice po porodične odnose, roditeljsko funkcionisanje, profesionalni život i širu socijalnu integraciju osobe. Ona često vodi ka narušavanju porodičnih veza, povećanom riziku od porodičnog nasilja i zanemarivanja roditeljskih odgovornosti (Lander, Howsare & Byrne, 2013), poteškoćama u održavanju zaposlenja, gubitku posla i finansijskim problemima (Đokić, Nenadović i Janjić, 1995; Henkel, 2011), kao i socijalnoj izolaciji i beskućništvu usled stigme i diskriminacije (Livingston *et al.*, 2012). Kriminalno ponašanje, poput krađe, komercijalnog seksualnog rada i eksploatacije, i dilovanja droga, često prati zavisnost kao način finansiranja nabavke supstanci, što povećava rizik od hapšenja, osude i zatvaranja i dalje komplikuje proces oporavka i reintegracije (Chandler, Fletcher & Volkow, 2009). U Srbiji su u 2020. godini oko 30% osuđeničke populacije činile osobe osuđene za krivična dela povezana sa drogama (Ministarstvo pravde RS, 2021).

Ekonomski troškovi zavisnosti od droga su značajni i uključuju direktne troškove zdravstvene zaštite i sprovođenja zakona, kao i indirektno troškove vezane za gubitak produktivnosti, preranu smrtnost i socijalne probleme (EMCDDA, 2017). Prema nekim procenama, ukupni godišnji troškovi povezani sa upotrebom droga u Srbiji iznose oko 2,0% bruto domaćeg proizvoda (Kovačević *et al.*, 2014).

Imajući u vidu složenu prirodu i ozbiljne posledice zavisnosti od droga, efikasan odgovor na ovaj problem zahteva integrisani, multidisciplinarni pristup koji obuhvata kako medicinske, tako i psihosocijalne intervencije (Babor, Stenius & Romelsjo, 2008; Pating *et al.*, 2012). Tretman zavisnosti mora biti sveobuhvatan i uzeti u obzir ne samo upotrebu supstanci, već i širok spektar povezanih zdravstvenih, psiholoških i socijalnih problema sa kojima se suočavaju osobe koje su zavisne (Galanter *et al.*, 2014; Đokić, Nenadović i Janjić, 1995). Ove ozbiljne i dalekosežne posledice zavisnosti naglašavaju potrebu za pravovremenim i adekvatnim intervencijama na individualnom, porodičnom i društvenom planu, koje će pored zdravstvenog zbrinjavanja uključiti i mere usmerene na socijalnu zaštitu, obrazovanje, zapošljavanje i destigmatizaciju, a u cilju prevencije i ublažavanja negativnih ishoda zavisnosti i pružanja podrške osobama na putu oporavka i socijalnog uključivanja.

## 2.2. Tretman zavisnosti od droga u Republici Srbiji

Tretman zavisnosti od droga u Srbiji počiva na aktuelnim zakonskim i podzakonskim aktima, kao i usvojenim protokolima lečenja. Prema Nacionalnoj strategiji za sprečavanje zloupotrebe droga za period 2014-2021. godine, lečenje obuhvata širok spektar intervencija, uključujući dijagnostičke i terapijske konsultacije, bolničko i vanbolničko lečenje, farmakoterapiju, opioidnu supstitucionu terapiju, različite modalitete psihoterapije i psihosocijalne podrške i integracije.

Stub sistema čine državne zdravstvene ustanove primarnog, sekundarnog i tercijarnog nivoa, a troškovi tretmana se pokrivaju sredstvima Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje (Ministarstvo zdravlja RS, 2022). Domovi zdravlja na primarnom nivou pružaju prvenstveno savetodavne usluge u vezi sa zavisnošću. Lekari opšte prakse upućuju korisnike i korisnice usluga na specijaliste i propisuju terapiju prema njihovim preporukama. Sekundarni nivo uključuje tretman zavisnosti koji pružaju psihijatri u opštim bolnicama. Na tercijarnom nivou, Specijalna bolnica za bolesti zavisnosti u Beogradu predstavlja jedinu uskospecijalizovanu ustanovu ovog tipa u Srbiji. Ona je vodeći nacionalni centar za prevenciju, dijagnostiku, lečenje i rehabilitaciju osoba sa poremećajima zavisnosti i ujedno služi kao referentni centar za implementaciju i nadzor zdravstvene zaštite i razvoj metodologija u ovoj oblasti (Specijalna bolnica za bolesti zavisnosti, 2022). Pored ove ustanove, usluge lečenja zavisnosti na tercijarnom nivou pružaju se i u referentnim kliničkim centrima u Novom Sadu, Kragujevcu i Nišu (EMCDDA & UNODC, 2019; Ministarstvo zdravlja RS, 2022).

Prema istraživanju SZO i UNODC iz 2017. godine, ukupno je identifikovano 39 jedinica za tretman, od toga 22 vanbolničke ustanove, 13 bolničkih ustanova i četiri terapijske zajednice pod okriljem jedne organizacije civilnog društva (EMCDDA & UNODC, 2019). U podacima iz 2022. godine se spominje da je šest terapijskih zajednica koje vode organizacije civilnog društva i Srpska pravoslavna crkva (od kojih je jedna isključivo za žene) zbrinulo oko 200 korisnika i korisnica poslednjih godina, kao i da sistem tretmana zavisnosti od droga u Srbiji trenutno obuhvata 25 jedinica u kojima je dostupna opioidna supstitucionna terapija (Ministarstvo zdravlja RS, 2022).

Tretman zavisnosti u Srbiji obuhvata različite modalitete, uključujući medicinsku detoksikaciju, farmakoterapiju opioidnim agonistima i antagonistima, psihosocijalne intervencije poput motivacionog intervjua, individualnog i grupnog savetovanja, psihoterapije, porodične terapije i rehabilitacionih grupa (Ministarstvo zdravlja RS, 2022). Opioidna supstitucionna terapija metadonom i buprenorfinom je široko dostupna i može započeti kako u bolničkom, tako i u vanbolničkom okruženju, a svi troškovi metadonskog tretmana se pokrivaju iz državnog budžeta (EMCDDA & UNODC, 2019). Terapija metadonom je u Srbiji započela 1970-ih godina, dok je buprenorfin registrovan za upotrebu tek 2010. godine (Republička stručna komisija za bolesti zavisnosti, 2020). U 2020. godini je, prema podacima Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje, 5 917 osoba sa problemom zavisnosti bilo uključeno u programe opioidnog supstitucionog tretmana, što predstavlja oko 30% procenjene populacije osoba koje injektiraju droge u Srbiji (Ministarstvo zdravlja RS, 2022).

Tretman zavisnosti u zatvorskom sistemu uključuje individualno i grupno savetovanje o rizičnom ponašanju, kao i metadonsku terapiju koja je dostupna u Specijalnoj zatvorskoj bolnici u Beogradu (Ministarstvo zdravlja RS, 2022). Dodatno, neki zatvori pored farmakoterapije imaju u ponudi i programe koji kombinuju psihosocijalni tretman sa jačanjem socijalnih veština, veština komunikacije i asertivnosti, obukom za kontrolu agresije i besa, rešavanje kriza i konflikata i porodičnom terapijom, a sa ciljem promene ponašanja i preveniranja ponovnog korišćenja droga (EMCDDA & UNODC, 2019).

Kad je reč o tretmanu adolescenata sa poremećajima vezanim za upotrebu droga, u Srbiji za sada ne postoje specijalizovani programi za ovu populaciju, već se primenjuju opšte usluge, prilagođene adolescentima. Mapiranje usluga za adolescente iz 2019/2020. godine identifikovalo je 15 ustanova koje prijavljuju da rade sa ovom populacijom, uključujući opšte bolnice, kliničke centre, specijalne bolnice i zdravstvene centre (Republička stručna komisija za bolesti zavisnosti, 2020).

Mada je, pored javnih, tretman dostupan i u privatnim zdravstvenim ustanovama, doprinos privatnog i civilnog sektora u pružanju psihosocijalnih tretmana i rehabilitacije je prilično ograničen. Dugoročna psihosocijalna podrška i terapija je ograničena na bolničke i svega 15 ambulantskih ustanova, pri čemu je porodična terapija zastupljena u 33% ustanova, individualno savetovanje u 13%, kognitivno-bihejviorna terapija u 26% (EMCDDA & UNODC, 2019; Ministarstvo zdravlja RS, 2022). Programi i usluge za podršku u zajednici, kao i usluge koje pružaju osobe sa proživljenim iskustvom zavisnosti su nedovoljno razvijene (Best i Nišić, 2019). U 2020. godini, programe smanjenja štete su sprovodile svega četiri organizacije civilnog društva, prevashodno u Beogradu i Novom Sadu i u manjoj meri u Nišu i Kragujevcu. Ovi programi su uključivali zamenu igala i špriceva, dobrovoljno poverljivo savetovanje i testiranje na HIV i HCV, edukaciju o bezbednijem korišćenju droga i prevenciju krvno i polno prenosivih infekcija, savetodavne usluge i motivisanje za tretman. Pored male brojnosti, organizacije koje sprovode programe smanjenja štete se suočavaju sa ozbiljnim izazovima kada je u pitanju finansiranje, koje je dominantno počivalo na podršci Ministarstva zdravlja i Globalnog fonda (EMCDDA & UNODC, 2019; Ministarstvo zdravlja RS, 2022). Sa osnivanjem Kancelarije za borbu protiv droga Vlade Republike Srbije 2014. godine („Službeni glasnik RS”, broj 79/14) i njenim aktivnostima od 2016. godine nadalje započeli su aktivni naporu ka izgradnji partnerstva između vladinog i nevladinog sektora u oblasti borbe protiv zloupotrebe droga i unapređenja politika prema drogama.

I pored značajnog napretka ostvarenog u razvoju mreže usluga za tretman zavisnosti, sistem se i dalje suočava sa izvesnim izazovima. Postojeće procene ukazuju na određene nedostatke u pogledu kontinuiteta zaštite, saradnje različitih pružalaca usluga, dostupnosti pojedinih tretmanskih modaliteta i mere u kojoj tretman odgovara na specifične potrebe različitih grupa korisnika i korisnica (Jovanović, Pavun i Pavun, 2013; Ministarstvo zdravlja, 2022; Nacionalna strategija za sprečavanje zloupotrebe droga za period 2014-2021. godine; Republička stručna komisija za bolesti zavisnosti, 2020; Vučković *i sar.*, 2012).

Dalje unapređenje sistema tretmana zahteva kontinuirane napore usmerene na povećanje dostupnosti i kvaliteta usluga, unapređenje koordinacije između različitih pružalaca usluga, razvoj raznovrsnih programa prilagođenih potrebama različitih grupa korisnika i korisnica, kao i jačanje kapaciteta stručnjaka i stručnjakinja za pružanje na oporavak orijentisanih intervencija. Oslanjanje na naučne dokaze i primere dobre prakse, uz uvažavanje specifičnosti lokalnog konteksta, predstavlja put ka izgradnji efikasnijeg i na korisnike i korisnice usmerenog sistema tretmana zavisnosti u Srbiji.

Pored zdravstvenog sistema, sistem socijalne zaštite, obrazovni i pravosudni sistem, kao i organizacije civilnog društva igraju značajnu ulogu u sveobuhvatnom odgovoru na problem zavisnosti. Koordinacija i saradnja između ovih aktera je od presudnog značaja za efikasnu prevenciju, tretman i socijalnu reintegraciju osoba sa problemima povezanim sa zavisnošću. Profesija socijalnog rada, sa svojim fokusom na osnaživanje i zastupanje socijalno isključenih i ranjivih grupa, može dati vitalan doprinos ovim naporima kroz procenu psihosocijalnih potreba, povezivanje sa resursima, pružanje podrške i olakšavanje pristupa uslugama (Goodman, 2013; Roberts & Bowles, 2019), kao i kroz aktivnosti usmerene na promenu stavova zajednice i kreiranje podržavajućeg okruženja za oporavak (Galvani, 2017; Gilchrist & Taylor, 2009).

### 2.2.1. Ciljevi tretmana zavisnosti od droga u Republici Srbiji

Tretman zavisnosti od droga u Republici Srbiji se sprovodi kroz različite modalitete i pristupe, ali se u zavisnosti od ciljeva tretmana može podeliti u dve široke kategorije - visokozahtevne tretmane usmerene ka apstinenciji i niskozahtevne tretmane usmerene ka smanjenju štete (Crnić & Todorović, 2017; Vujošević i Nastasić, 2014).

Visokozahtevni programi tretmana, poput integrativnog pristupa, postavljaju „nultu upotrebu” droga kao primarni cilj intervencija (Gačić, 1992; Nastasić, 2012). Ovi programi uključuju specifične aktivnosti usmerene ka osobama sa dijagnozom poremećaja upotrebe supstanci, sa ciljem postizanja i stabilizacije totalne apstinencije (života bez PAS), kao i podsticanja motivacije za poboljšanjem porodičnog, socijalnog i profesionalnog funkcionisanja (Ministarstvo zdravlja RS, 2022; Vujošević i Nastasić, 2014; Nastasić, 2012). Filozofija ovih programa je da je potpuna apstinencija neophodna za ostvarivanje dugoročnog oporavka i rehabilitacije osobe (Gačić, 1992; Lažetić, 2011; Nastasić, 2011; Potrebić, 2005). Tretmani usmereni ka apstinenciji se obično oslanjaju na kombinaciju psihosocijalnih intervencija, poput savetovanja, psihoterapije i socioterapije, a mogu uključivati i farmakoterapiju u fazi detoksikacije (Lažetić, 2011; Nastasić, 2012; Potrebić, 2005; Specijalna bolnica za bolesti zavisnosti, 2022; Vujošević i Nastasić, 2014).

Sa druge strane, niskozahtevni programi, poput opioidne supstitucione terapije, za svoj primarni cilj nemaju nužno apstinenciju, već smanjenje štete nastale upotrebom PAS (Crnić & Todorović, 2017; Nastasić, 2012; Vujošević i Nastasić, 2014). Ovi pristupi polaze od pragmatične pozicije da mnoge osobe nisu spremne ili sposobne da u potpunosti prestanu sa uzimanjem droga, ali da se rizici po njihovo zdravlje i socijalnu dobrobit mogu značajno umanjiti obezbeđivanjem čistih igala, supstitucionih lekova, zdravstvene nege i psihosocijalne podrške (International Harm Reduction Association – IHRA, 2010; Nastasić, 2012; Vučković *i sar*, 2012). Javnozdravstveni ciljevi ovih programa uslovljavaju njihov fokus na zadržavanju pacijenata i pacijentkinja u programu, unapređenju zdravlja i socijalnog funkcionisanja, ograničenju upotrebe ilegalnih droga i njihove intravenske upotrebe, smanjenju stope smrtnosti od predoziranja, kontroli rizika od širenja krvno prenosivih bolesti i kriminalnog ponašanja u vezi sa drogom, kao i smanjenju ekonomskih i društvenih troškova izazvanih posledicama zavisnosti (Crnić i Todorović, 2017; Marlatt, 1996; Vujošević i Nastasić, 2014).

Programi tretmana sa ciljem postizanja i stabilizacije potpune apstinencije su tradicionalno predstavljali dominantan, a do pre par decenija i jedini pristup u Srbiji. Međutim, poslednjih godina svedočimo trendu znatno izraženijeg interesovanja za programe smanjenja štete, posebno opioidnu supstitucionu terapiju (EMCDDA, 2017; EMCDDA & UNODC, 2019; Ministarstvo zdravlja RS, 2022; Nastasić, 2020).

Oba ova pristupa imaju svoje prednosti i ograničenja. Dok tretmani usmereni ka apstinenciji mogu voditi potpunijem i održivijem oporavku kod visoko motivisanih osoba, oni takođe nose veći rizik od recidiva i odustajanja kod onih koji nisu spremni za radikalnu promenu životnog stila (Brorson *et al.*, 2013; Marlatt, 1996; Nacionalna strategija za sprečavanje zloupotrebe droga za period 2014-2021. godine; Paquette, Daughters & Witkiewitz, 2022; Pattinson, 1968). Sa druge strane, programi smanjenja štete su inkluzivniji i realistično prihvataju različite ciljeve i mogućnosti korisnika i korisnica, ali se ponekad kritikuju da nedovoljno podstiču dalju promenu i socijalnu reintegraciju (Andersen & Järvinen, 2007; Best i Nišić, 2019; Johnson & Richert, 2014; Keane, 2003; Nastasić, 2012).

U celini, tretman zavisnosti u Srbiji karakteriše izvesna polarizacija između apstinencije i smanjenja štete kao ciljeva, kao i nedovoljna individualizacija, kontinuitet i obuhvatnost nege (Nacionalna strategija za sprečavanje zloupotrebe droga za period 2014-2021. godine). Imajući u

vidu fokus našeg istraživanja na upoređivanje resursa za oporavak između osoba na integrativnom programu tretmana, baziranom na apstinenciji, i osoba na opioidnom supstitucionom programu, usmerenom na smanjenje štete, u narednim odeljcima ćemo detaljnije predstaviti osnovne postavke i elemente ova dva pristupa u kontekstu tretmana zavisnosti u Srbiji, sa posebnim fokusom na Specijalnu bolnicu za bolesti zavisnosti u kojoj je naše istraživanje realizovano.

### 2.2.1.1. Apstinencija kao cilj tretmana zavisnosti

Apstinencija kao potpuni prestanak upotrebe psihoaktivnih supstanci, se tradicionalno smatrala primarnim, a često i jedinim legitimnim ciljem tretmana zavisnosti (Cheng *et al.* 2020; Laudet, 2008). Globalno, ovaj stav je duboko ukorenjen u modelu programa 12 koraka Anonimnih Alkoholičara i srodnih grupa samopomoći, koji apstinenciju vide kao neophodan preduslov za oporavak (Laudet, 2007). U našem kontekstu, sociopsihijatrijski pristup zavisnosti, dominantan od 1970-ih godina, takođe ističe apstinenciju kao eksplicitan i meritoran cilj intervencija (Gačić, 1992).

Tretmani usmereni ka apstinenciji se oslanjaju na različite psihosocijalne intervencije, poput savetovanja, psihoterapije, okupacione terapije i socioterapije sa ciljem da osobi pomognu da razvije uvid, motivaciju i veštine potrebne za prestanak upotrebe droga (Gačić, 1992, 2013; Lažetić, 2011; Nastasić, 2011; Potrebić, 2005; Stanković i Begović, 2005). Farmakoterapija se takođe može koristiti u početnim fazama tretmana za ublažavanje simptoma apstinencijalnog sindroma i ublažavanje žudnje (Lažetić, 2011; Vujošević i Nastasić, 2014). Filozofija ovih programa je da je potpuni prekid uzimanja droga neophodan za zaustavljanje progresije bolesti zavisnosti, kao i za omogućavanje dugoročnog procesa oporavka, koji uključuje temeljnu promenu životnog stila, sistema vrednosti i identiteta osobe (Gačić, 1992, 2013; Nastasić, 2012).

Pristupi apstinenciji polaze od pretpostavke da svaka, pa i najmanja, upotreba droge može biti „okidač” koji vodi ponovnom uspostavljanju nekontrolisanog odnosa prema supstanci (Sweetney, 2008). Stoga se od osoba očekuje da u potpunosti prekinu sa uzimanjem svih PAS, kao i da se suzdrže od ponašanja koja mogu biti supstituti ili okidači za recidiv (Lažetić, 2011; Nastasić, 2011; Potrebić, 2005; Stanković i Begović, 2005). Totalnu apstinenciju prati imperativ doživotnog održavanja ovog stanja i aktivnog angažovanja u programu oporavka (Broekaert, 2006; McLellan *et al.*, 2000; White, 2008).

Prednost apstinencije kao cilja je u tome što ona postavlja jasan, merljiv i maksimalan standard uspešnosti tretmana. Dugoročna apstinencija je povezana sa poboljšanjima u različitim domenima funkcionisanja - fizičkom i mentalnom zdravlju, porodičnim i socijalnim odnosima, radnoj sposobnosti itd. (Gačić, 1992, 2013; Laudet, 2007). Osobe koje postignu stabilnu apstinenciju često opisuju duboku transformaciju identiteta i životnog stila koja prevazilazi puko uzdržavanje od upotrebe droga (Biernacki, 1986; Gačić, 1992, 2013; Hänninen & Koski-Jännes, 1999; McIntosh & McKeganey, 2000).

Međutim, tretmani usmereni ka apstinenciji imaju i značajna ograničenja. Mnoge osobe sa problemima povezanim sa zavisnošću nisu u mogućnosti ili spremne da u potpunosti prestanu sa uzimanjem supstanci, posebno u ranim fazama promene (Marlatt, 1996; Prochaska *et al.*, 1992). Rigidno insistiranje na apstinenciji kao jedinom legitimnom ishodu može stvoriti kontraterapijsku dinamiku i dovesti do prevremenog odustajanja od tretmana (Marlatt, 1996). Štaviše, fokus na apstinenciju ponekad ide nauštrb adresiranja drugih važnih potreba korisnika i korisnica, poput fizičkog i mentalnog zdravlja, stambenog pitanja ili zapošljavanja (Laudet, 2011).

Istraživanja pokazuju da je trajno održavanje apstinencije teško i da su recidivi česti, posebno u odsustvu kontinuirane podrške (McLellan *et al.*, 2000; White, 2008). Studije dugoročnih ishoda takođe sugerišu značajnu individualnu varijabilnost u putevima i ishodima oporavka, pri



čemu neki korisnici i korisnice uspeavaju da značajno smanje štetu i poboljšaju kvalitet života i bez postizanja totalne apstinencije (Hser *et al.*, 2001). Ovo dovodi u pitanje adekvatnost apstinencije kao univerzalnog standarda uspešnosti tretmana.

Naposletku, programi apstinencije se ponekad kritikuju zbog zanemarivanja socijalnih determinanti zavisnosti i teškoća sa kojima se osobe suočavaju u pokušajima da održe apstinenciju u nepovoljnim životnim okolnostima (Peele, 2000). Fokus na ličnu odgovornost u ovim pristupima može skrenuti pažnju sa potrebe za širim društvenim intervencijama usmerenim na smanjenje siromaštva, nezaposlenosti, beskućništva i drugih faktora koji doprinose razvoju i održavanju zavisnosti (Buchanan, 2006; Đokić, Nenadović i Janjić, 1995).

Uprkos ovim ograničenjima, apstinencija i dalje ostaje važan cilj i kriterijum ishoda u mnogim tretmanima zavisnosti, kako globalno, tako i u našoj sredini. Jedan od najrazvijenijih modela tretmana u Srbiji koji počiva na ovim principima je integrativni program lečenja, koji se već decenijama primenjuje u zdravstvenim ustanovama u našoj zemlji, uključujući i Specijalnu bolnicu za bolesti zavisnosti u Beogradu.

### 2.2.1.1.1. Integrativni program tretmana zavisnosti

Integrativni program tretmana spada u grupu visokozahtevnih programa koji su proistekli iz ekosistemskog pristupa u lečenju alkoholizma (Gačić, 1988, 1992, 2013; Nastasić, 2011; Sedmak i Nastasić, 2015) i sadrže elemente grupne, porodične, bihejviorne i kognitivne psihoterapije, kao i socioterapije (Specijalna bolnica za bolesti zavisnosti, 2022).

Tretmanski protokol Specijalne bolnice za bolesti zavisnosti zasniva se na integrativnom pristupu koji je razvio dr Branko Gačić sa saradnicima, a koji kombinuje različite farmakološke, psihoterapijske i socioterapijske intervencije u skladu sa specifičnim potrebama svakog pacijenta (Gačić, 1992; 2013). Tretman se odvija kroz nekoliko faza koje obuhvataju detoksikaciju, rehabilitaciju i socijalnu reintegraciju, uz kontinuirano praćenje i podršku nakon otpusta.

Faza detoksikacije i stabilizacije obično započinje hospitalnim tretmanom u trajanju od dve do tri nedelje, tokom koje se pacijentu odnosno pacijentkinji pomaže da prevaziđe apstinencijalne smetnje i postigne stabilno fizičko i psihičko stanje, uz primenu odgovarajuće farmakoterapije, 24-časovni medicinski nadzor, procenu psihosocijalnog statusa i motivacije, psihoedukaciju i uključivanje porodice (Gačić, 1992, 2013; Nastasić, 2011; Vujošević i Nastasić, 2014).

Sledi faza intenzivne rehabilitacije u trajanju od tri do šest meseci, koja se odvija kroz strukturisani dnevni program različitih terapijskih aktivnosti - individualne i grupne psihoterapije, porodične terapije, okupacione i radne terapije, socioterapije i programa Terapijske zajednice (Gačić, 1992, 2013; Lažetić, 2011; Nastasić, 2012). Cilj je pomoći pacijentu odnosno pacijentkinji da stekne uvid, razvije nove obrasce ponašanja, unapredi odnose, socijalne veštine i radne navike i aktivno učestvuje u sopstvenom oporavku.

U završnoj fazi tretmana, fokus se pomera na pripremu pacijenta ili pacijentkinje za povratak u svakodnevni život i prevenciju recidiva, kroz postepeno smanjivanje intenziteta tretmana, intenziviranje socioterapijskih intervencija, uključivanje u produžne rehabilitacione grupe i socioterapijske klubove, razvoj plana za prevenciju relapsa i obezbeđivanje posttretmanskog praćenja i podrške u periodu od najmanje dve do pet godina (Gačić, 1992, 2013; Lažetić, 2011; Nastasić, 2012; Potrebić, 2005).

Evaluacije sugerišu da integrativni program postiže značajne i održive rezultate kod većine pacijenata i pacijentkinja koji ostanu u tretmanu dovoljno dugo, sa stopama apstinencije od 60-80% godinu dana nakon otpusta (Gačić, 1992). Ipak, i dalje postoje izazovi u pogledu dostupnosti, stope

odustajanja, praćenja i međusektorske saradnje, na čijem prevazilaženju se kontinuirano radi kroz edukaciju kadrova, istraživanje, razvoj novih pristupa i zagovaranje sistemskih promena (Ministarstvo zdravlja RS, 2022).

U celini, integrativni program Specijalne bolnice za bolesti zavisnosti predstavlja sveobuhvatan, na dokazima zasnovan model tretmana fokusiran na postizanje i održavanje apstinencije, koji može poslužiti kao primer dobre prakse i za druge ustanove. Dalji razvoj i širenje ovog pristupa, uz obezbeđivanje adekvatnih resursa i podrške sistema, mogu značajno doprineti unapređenju kvaliteta i efektivnosti tretmana zavisnosti u Srbiji.

Istovremeno, aktuelne tendencije u ovoj oblasti ukazuju na potrebu balansiranja apstinencije kao cilja sa principima smanjenja štete, postupnosti promena i prilagođavanja intervencija individualnim potrebama i kapacitetima korisnika i korisnica (EMCDDA, 2017; EMCDDA & UNODC, 2019; Nacionalna strategija za sprečavanje zloupotrebe droga za period 2014-2021. godine; Nastasić, 2020). U tom kontekstu, važno je obezbediti spektar različitih programa i pristupa koji će na fleksibilan i na osobu orijentisan način podržati ostvarivanje kako apstinencije, tako i drugih terapijskih ciljeva u zavisnosti od konkretnih okolnosti svake individue.

### **2.2.1.2. Smanjenje štete kao cilj tretmana zavisnosti**

Smanjenje štete je termin koji se koristi da označi kako pokret za poštovanje i zagovaranje prava ljudi koji koriste PAS i prevenciju širenja infekcija HIV/AIDS, tako i politike, programe i prakse kojima je primarni cilj minimiziranje štetnih zdravstvenih, socijalnih, pravnih i ekonomskih posledica korišćenja legalnih i ilegalnih PAS, bez nužnog prestanka njihove upotrebe (Harm Reduction International – HRI, 2020). U svom širem značenju, ovaj termin se sve češće koristi kako bi označio spektar ponašanja koja imaju potencijal da nanesu štetu individua i zajednicama, a koja su skopčana sa različitim vrstama rizika (seksualno ponašanje, kockanje, beskućništvo, poremećaji u ishrani, samopovređivanje, nasilje u porodici i sl.).

U kontekstu tretmana zavisnosti, smanjenje štete predstavlja pragmatičan i human javnozdravstveni pristup koji se razvio kao alternativa i dopuna tradicionalnim modelima tretmana usredsređenim isključivo na postizanje apstinencije (Des Jarlais, 2017; Marlatt, 1996). Ovaj pristup se zasniva na prihvatanju činjenice da neke osobe nisu motivisane ili spremne za radikalnu promenu ponašanja u ranim fazama tretmana, te da rigidno insistiranje na prestanku uzimanja droga kao jedinom legitimnom ishodu može biti kontraproduktivno (Marlatt, 1996). Osim što uvažava realnost osoba koje ne mogu ili ne žele da postignu trajni prestanak uzimanja PAS, pristup smanjenja štete ističe da se i u tim okolnostima mogu preduzeti koraci da se smanji šteta po njihovo zdravlje, dobrobit i širu zajednicu (Drucker *et al.*, 2016; Lenton & Single, 1998; Nastasić, 2012). U tom smislu, on nudi niz praktičnih intervencija prilagođenih individualnim mogućnostima i motivaciji za promenu, sa krajnjim ciljem postepenog unapređenja zdravlja, socijalne dobrobiti i bezbednosti pojedinaca i zajednica pogođenih upotrebom droga (HRI, 2020; Hawk *et al.*, 2017; Marlatt, 1996).

Ključne intervencije smanjenja štete u tretmanu zavisnosti uključuju supstitucionu terapiju, programe zamene pribora za injektiranje, edukaciju o bezbednijem korišćenju PAS i prevenciji predoziranja, savetovanje za smanjenje sekundarnih zdravstvenih i socijalnih rizika, te adresiranje komorbiditeta i bazičnih egzistencijalnih potreba korisnika i korisnica (Abdul-Quader *et al.*, 2013; Hawk *et al.*, 2017; Nastasić, 2012). Ove intervencije se neretko kombinuju sa motivacionim intervjuisanjem, kratkotrajnim savetovanjem i osnaživanjem veština za bolju samokontrolu odnosno samoeфикаsnost (Denning & Little, 2017). Tokom čitavog procesa se poštuje autonomija korisnika i korisnica i njihove lične aspiracije, bez nametanja apstinencije kao jedinog poželjnog ishoda.

Intervencije smanjenja štete počivaju na setu pragmatičnih principa koji naglašavaju poštovanje ljudskih prava i dostojanstva osoba koje koriste droge, njihovo aktivno učešće u

kreiranju programa podrške, pružanje neosuđujućih i individualizovanih usluga, davanje prioriteta dostižnim ciljevima i realističnim ishodom, kao i zagovaranje sistemskih promena u pravcu smanjenja stigme i nejednakosti (Ball, 2007; Pauly, 2008). Iako same po sebi ne moraju dovesti do potpunog prestanka upotrebe PAS, ove mere mogu značajno redukovati rizike od predoziranja, transmisije zaraznih bolesti i drugih negativnih ishoda, te poslužiti kao most ka obuhvatnijim promenama ponašanja i životnih okolnosti (Logan & Marlatt, 2010; Rhodes & Hedrich, 2010; Ritter & Cameron, 2006). Učešće u programima smanjenja štete neretko pozitivno utiče na motivaciju korisnika i korisnica i njihovo poverenje u sistem podrške, pripremajući teren za uključivanje u intenzivnije vidove tretmana (Kourounis *et al.*, 2016).

Prednosti pristupa smanjenja štete su u njegovoj inkluzivnosti, fleksibilnosti i usmerenosti na neposredne, dostižne ciljeve. On omogućava da se dopre i do onih osoba koje tradicionalni tretmani usmereni ka apstinenciji često ne uspevaju da privuku, poput osoba sa dugom istorijom zavisnosti od PAS, nestabilnim životnim uslovima ili udruženim problemima mentalnog zdravlja (Rhodes & Hedrich, 2010). Postavljanjem manjih, postepenih ciljeva, smanjenje štete može biti most ka dalekosežnijim promenama, uključujući i eventualnu apstinenciju kao potencijalni dugoročni cilj (Logan & Marlatt, 2010).

Istraživanja pokazuju da mere smanjenja štete dovode do poboljšanja zdravlja korisnika i korisnica, redukcije rizičnih obrazaca upotrebe PAS i povezanih posledica, veće retencije u tretmanu i uspešnije socijalne reintegracije, naročito kada se kombinuju sa psihosocijalnom podrškom i integrisanim zdravstvenim i socijalnim uslugama (Sordo *et al.*, 2017; Strang *et al.*, 2015; Wilson *et al.*, 2015). Vantretmanske intervencije poput terenskog rada, *drop-in* centara i programa zamene igala i špriceva takođe igraju važnu ulogu, omogućavajući doseganje najugroženijih grupa osoba zavisnih od PAS, smanjenje aktuelne štete i uspostavljanje kontakta radi daljeg uključivanja u sveobuhvatne vidove podrške (Des Jarlais, 2017; Nastasić, 2012). Kada se primenjuju kontinuirano i koordinisano sa službama tretmana, ove intervencije umanjuju otpore prema traženju pomoći i osnažuju motivaciju za dublje promene (Drucker *et al.*, 2016).

Uprkos dokazanim benefitima, primena pristupa smanjenja štete se i dalje suočava sa brojnim preprekama. Kritičari i kritičarke ponekad iznose bojazan da ovakve intervencije zapravo ohrabruju dalju upotrebu PAS i odlažu suočavanje sa samom zavisnošću (Hall & Carter, 2013; Nastasić, 2012; Roe, 2005). Ograničavanje fokusa na neposredne ciljeve umanjivanja rizika može skrenuti pažnju sa potrebe za sveobuhvatnijim pristupom usmerenim na složenost i dublje uzroke zavisnosti (Kleinig, 2008). U praktičnom smislu, implementacija mera smanjenja štete često nailazi na političke, zakonske i ekonomske barijere, budući da u mnogim zemljama i dalje dominiraju prohibicionističke politike „rata protiv droga”, koje ove mere vide kao vid promovisanja upotrebe PAS (Drucker *et al.*, 2016; Nastasić, 2012; Tammi & Hurme, 2007). Adekvatna pokrivenost uslugama smanjenja štete i dalje je nedovoljna u mnogim delovima sveta.

Uvođenje pristupa smanjenja štete u tretman zavisnosti u Srbiji postepeno napreduje, ali se još uvek suočava sa nizom izazova. Programi zamene pribora za injektiranje i supsticiona terapija jesu dostupni, prvenstveno u većim gradovima, ali u obimu koji ne zadovoljava potrebe (Cucić, 2005; EMCDDA, 2017, Ministarstvo zdravlja, 2022). Zakonski i strateški okvir je i dalje više orijentisan ka zabranama nego ka usvajanju javnozdravstvene perspektive (Nacionalna strategija za sprečavanje zloupotrebe droga za period 2014-2021. godine). Ipak, zapaža se rastući stepen prepoznavanja važnosti integrisanja principa smanjenja štete u spektar dostupnih usluga (Nastasić, 2020; Vučković *i sar.*, 2012). Prioriteti u tom smislu uključuju širenje opsega, dostupnosti i diverzifikovanosti programa prilagođenih potrebama različitih grupa korisnika i korisnica, jačanje međusektorske saradnje i stabilno finansiranje (Ministarstvo zdravlja, 2022; Nacionalna strategija za sprečavanje zloupotrebe droga za period 2014-2021. godine; Raketić i Dimoski, 2013; Vučković *i sar.*, 2012).

Aktuelni trendovi u tretmanu zavisnosti sve više prepoznaju komplementarnost pristupa usmerenih na apstinenciju i smanjenje štete kao legitimnih i potencijalno sinergijskih puteva promene (BFICP, 2007; Kellogg, 2003; SAMHSA, 2012; UKDPC, 2008). Ključni izazov predstavlja razvoj sveobuhvatnih, integrisanih programa koji fleksibilno kombinuju oba ova elementa, pružajući spektar usluga prilagođenih specifičnim potrebama, preferencama i okolnostima svakog korisnika odnosno korisnice ponaosob. Na taj način se izgrađuje optimalan okvir za unapređenje kvaliteta života i psihosocijalnog funkcionisanja osoba sa problemima povezanim sa zavisnošću, uz uvažavanje njihove autonomije i podršku u ostvarivanju lično značajnih ciljeva na putu oporavka.

#### **2.2.1.2.1. Opioidni supstitucionni program tretmana zavisnosti**

Programi smanjenja štete u tretmanu zavisnosti u Srbiji su se postepeno razvijali tokom poslednjih decenija, ali i dalje ne predstavljaju dominantan i široko dostupan model podrške (Cucić, 2005; EMCDDA, 2017; EMCDDA & UNODC, 2019; Ministarstvo zdravlja, 2022). Metadonska supstitucionna terapija postoji od sedamdesetih godina i aktuelno je dostupna za oko 30% procenjenog broja osoba zavisnih od opijata kroz mrežu centara u državnim zdravstvenim ustanovama (Ministarstvo zdravlja RS, 2022). Buprenorfin je registrovan 2010. godine i sve više se koristi kao alternativa metadonu (EMCDDA & UNODC, 2019).

Specijalna bolnica za bolesti zavisnosti u Beogradu, kao vodeća ustanova za lečenje bolesti zavisnosti u Srbiji, u okviru svojih usluga sprovodi i opioidni supstitucionni tretman za osobe sa dijagnozom zavisnosti od opijata. Opioidni supstitucionni tretman se zasniva na primeni supstitucionih lekova, metadona ili buprenorfina, opioidnog agonista i polusintetskog opioida, uz integraciju psihosocijalnih intervencija, sa ciljem smanjenja štetnih posledica upotrebe opijata i opioida, stabilizacije zdravstvenog stanja i unapređenja ukupnog kvaliteta života pacijenata (Dragić *et al.*, 2013; Specijalna bolnica za bolesti zavisnosti, 2022; Vučković *i sar.*, 2012). Protokol za primenu opioidne supstitucionne terapije u Specijalnoj bolnici prati smernice nacionalnog vodiča dobre kliničke prakse i usklađen je sa savremenim međunarodnim standardima (Crnić & Todorović, 2017; Daragan - Saveljić *i sar.*, 2010; SZO i UNODC, 2020; Vučković *i sar.*, 2012).

Prema nacionalnom vodiču, kriterijumi za uključivanje u program opioidne supstitucionne terapije obuhvataju dijagnozu zavisnosti od opijata prema MKB-10 ili DSM-IV klasifikaciji, uzrast od najmanje 18 godina, dokumentovanu višegodišnju štetnu upotrebu opijata injekcionim putem i/ili ranije neuspešno lečenje, prisustvo znakova apstinencijalnog sindroma, potvrdu o aktuelnoj apstinenciji putem toksikoloških analiza, odsustvo kontraindikacija za primenu supstitucionih lekova i potpisani informisani pristanak (Vujošević i Nastasić, 2014; Vučković *i sar.*, 2012). Dodatne preporuke uključuju davanje prioriteta korisnicima i korisnicama sa rizičnim obrascima upotrebe, somatskim i psihijatrijskim komorbiditetom, trudnicama, kao i razmatranje uključivanja osoba na izdržavanju zatvorske kazne ili drugih krivičnih sankcija. Takođe se naglašava značaj uključivanja porodice i drugih značajnih osoba u tretman.

Sam proces tretmana započinje detaljnom multidisciplinarnom procenom podobnosti za opioidni supstitucionni tretman, koja obuhvata evaluaciju telesnog i mentalnog zdravlja, obrazaca upotrebe PAS, psihosocijalnog funkcionisanja, porodične situacije, pravnog statusa, motivacije za lečenje i formulisanje individualizovanog plana tretmana (Vučković *i sar.*, 2012). Nakon inicijalnog prijema i evaluacije, osoba se postepeno uvodi u program kroz fazu indukcije, gde se pod pažljivim lekarskim nadzorom određuje početna doza supstitucionog leka i titrira do postizanja terapijskog efekta i stabilizacije stanja. Paralelno sa medikacijom, korisnik odnosno korisnica se uključuje u intenzivne psihosocijalne intervencije poput individualnog i grupnog savetovanja, edukacije, porodične terapije i saradnje sa službama socijalne zaštite.

Nakon uspešne stabilizacije na odgovarajućoj dozi supstitucionog leka, sledi faza održavanja, tokom koje se nastavlja sa redovnim uzimanjem propisane terapije i aktivnim učešćem u psihosocijalnom tretmanu (Vujošević i Nastasić, 2014; Vučković *i sar.*, 2009). Trajanje ove faze je individualno i može iznositi od nekoliko meseci do više godina, što zavisi od složenosti kliničke slike, pridruženih problema, postignutog napretka i motivacije osobe. Tokom održavanja radi se na osnaživanju apstinencije od opijata i drugih PAS, promeni životnog stila, unapređenju socijalnih veština, rešavanju praktičnih problema, rehabilitaciji radnih sposobnosti, povezivanju sa mrežom službi podrške u zajednici i postepenom osamostaljivanju pacijenta (Vujošević i Nastasić, 2014).

Za one korisnike i korisnice koji postignu stabilnu remisiju i žele da se postepeno isključe sa supstitucione terapije, planira se faza detoksikacije i prekida tretmana (Vučković *i sar.*, 2012). Ova faza podrazumeva pažljivo i postepeno smanjivanje doze leka, intenzivnu psihosocijalnu podršku i čvrstu saradnju sa korisnikom odnosno korisnicom u prevenciji relapsa. Nakon uspešno sprovedene detoksikacije, osoba nastavlja da dobija pomoć kroz individualno praćenje, savetovanje i povezivanje sa grupama samopomoći i drugim programima.

Imajući u vidu hroničnu i recidivirajuću prirodu opioidne zavisnosti, važno je naglasiti da opioidna supstituciona terapija nije „lek” koji dovodi do izlečenja, već vid medicinski asistiranog oporavka koji osobi pruža priliku za uspostavljanje apstinencije u širem smislu (BFICP, 2007) i reintegraciju u produktivan život (Vučković *i sar.*, 2012). Efikasnost i održivost pozitivnih ishoda supstitucione terapije umnogome zavisi od integrisanosti medicinskih, psiholoških i socijalnih intervencija, motivacije i aktivne participacije same osobe, podrške porodičnog i socijalnog okruženja, te kvaliteta saradnje i koordinacije između različitih aktera u sistemu zdravstvene i socijalne zaštite (O'Grady *et al.*, 2022; SZO i UNODC, 2020; Vučković *i sar.*, 2012). U tom smislu, konstantno unapređenje kompetencija pružalaca usluga, promovisanje filozofije oporavka i borba protiv stigme povezane sa opioidnom supstitucionom terapijom ostaju važni pravci daljeg unapređenja ovog vida tretmana u našim uslovima (Nacionalna strategija za sprečavanje zloupotrebe droga za period 2014-2021. godine; SZO i UNODC, 2020; Ministarstvo zdravlja, 2022). Takođe, jedan od prioriteta daljeg razvoja opioidne supstitucione terapije u Srbiji jeste i bolja teritorijalna pokrivenost, dostupnost i diverzifikacija programa, kao i povećanje obuhvata korisnika i korisnica koji bi mogli imati najveće dobiti od ovakvog vida tretmana.

### **2.3. Uloga socijalnih radnika i radnica u tretmanu i zaštiti osoba zavisnih od droga**

Socijalni rad ima važnu ulogu u sveobuhvatnom pristupu tretmanu i zaštiti osoba koje se suočavaju sa zavisnošću od droga. Kao profesija posvećena unapređenju dobrobiti i socijalnog funkcionisanja pojedinaca, porodica i zajednica i osnaživanju ranjivih i socijalno isključenih grupa, socijalni rad pristupa zavisnosti iz perspektive koja naglašava socijalne determinante ovog fenomena (National Assotiation of Social Workers – NASW, 2013; Straussner, 2001). Polazeći od holističke perspektive, socijalni radnici i radnice sagledavaju probleme povezane sa zavisnošću u kontekstu međusobne povezanosti individualnih, porodičnih, socijalnih i strukturnih faktora i zalažu se za sveobuhvatan i na korisnike i korisnice usmeren pristup u prevenciji, tretmanu i oporavku od zavisnosti (Brkić & Jugović, 2009; Žegarac, 2015).

Uloga socijalnih radnika i radnica u oblasti zavisnosti je višestruka i obuhvata direktan rad sa osobama koje imaju probleme povezane sa PAS, njihovim porodicama i zajednicama, kao i angažovanje na nivou sistema kroz razvoj politika, programa i usluga (NASW, 2013). U direktnom radu, socijalni radnici i radnice procenjuju psihosocijalne potrebe korisnika i korisnica, pružaju savetovanje i podršku, povezuju ih sa resursima i zastupaju njihova prava (Lowe & Bohon, 2008; NASW, 2013). Oni takođe rade na jačanju porodičnih i socijalnih veza, facilitiraju grupe podrške i koordiniraju usluge različitih pružalaca (Straussner, 2012).

Na nivou sistema, socijalni radnici i radnice se zalažu za razvoj i unapređenje politika i programa tretmana i podrške koji su zasnovani na dokazima, prilagođeni potrebama korisnika i korisnica i usmereni na smanjenje štete i socijalnu reintegraciju (Brocato & Wagner, 2003; NASW, 2013). Oni takođe rade na podizanju svesti javnosti, borbi protiv stigme i diskriminacije i promociji pristupa zavisnosti kao kompleksnom biopsihosocijalnom problemu koji zahteva kontinuiranu i sveobuhvatnu podršku (NASW, 2013; Van Wormer, 2008).

Specifične kompetencije i veštine socijalnih radnika i radnica u oblasti zavisnosti uključuju procenu, poznavanje različitih modaliteta tretmana, savetovanje i psihoterapiju, grupni rad, porodičnu terapiju, veštine upućivanja i koordinacije usluga, zagovaranje i razvoj programa, kao i kulturno kompetentnu praksu (Galvani, 2012; NASW, 2013). Ove kompetencije se primenjuju u različitim kontekstima, uključujući zdravstvene i socijalne službe, ustanove za lečenje zavisnosti, programe smanjenja štete, zatvore, škole i zajednice (Straussner, 2012).

Pristup socijalnog rada problemima povezanim sa zavisnošću odlikuje nekoliko ključnih principa. Prvo, on naglašava važnost razumevanja socijalnog konteksta u kojem se zavisnost javlja i održava, uključujući faktore kao što su siromaštvo, beskućništvo, nasilje, diskriminacija i socijalno isključivanje (Hari, 2015). Drugo, on se fokusira na snage, resurse i potencijale osoba sa zavisnošću, umesto da ih posmatra isključivo kroz prizmu deficita i patologije (Van Wormer & Davis, 2018). Treće, on promovise partnerski odnos sa korisnicima i korisnicama, uvažavajući njihovu autonomiju, ekspertizu i pravo na samoodređenje (Galvani & Forrester, 2011).

U Srbiji, socijalni radnici i radnice koji se angažuju u zaštiti osoba i porodica sa problemima povezanim sa zavisnošću su zaposleni kako u specijalizovanim ustanovama za lečenje bolesti zavisnosti i drugim zdravstvenim ustanovama, tako i u centrima za socijalni rad, koji predstavljaju stub sistema socijalne zaštite. Prema podacima iz 2017. godine, od ukupno 918 stručnjaka angažovanih u oblasti tretmana zavisnosti, 26 su bili socijalni radnici i radnice, odnosno 13,1 ekvivalent punog radnog vremena raspoređen u 21 ustanovi (EMCDDA & UNODC, 2019). Kada su u pitanju usluge tretmana zavisnosti namenjene adolescentima, socijalni radnici i radnice su činili 5,3% kadrovskog kapaciteta (Republička stručna komisija za prevenciju zloupotrebe droga, 2020). Iako ovaj broj nije zanemarljiv, evidentno je da uloga socijalnih radnika i radnica u sistemu tretmana zavisnosti još uvek nije dovoljno razvijena i vrednovana, te da postoji prostor za njeno unapređenje kroz kontinuiranu edukaciju, međusektorsko povezivanje i uspostavljanje jasnih standarda i smernica za praksu (Branković *i sar.*, 2020; Žegarac, 2015; Čekerevac, 2015).

U kontekstu specijalizovanih ustanova za tretman, uključujući Specijalnu bolnicu za bolesti zavisnosti u Beogradu, socijalni radnici i radnice su uključeni u sve faze rada sa korisnicima i korisnicama - od prijema i procene, preko planiranja i sprovođenja tretmana, do praćenja i podrške nakon otpusta (Gačić, 1992, 2013; Specijalna bolnica za bolesti zavisnosti, 2022). U okviru multidisciplinarnih timova, socijalni radnici i radnice doprinose sveobuhvatnoj proceni psihosocijalnog funkcionisanja i potreba korisnika i korisnica, formulisanju individualnih planova tretmana, te sprovođenju široke lepeze intervencija usmerenih na osnaživanje, rehabilitaciju i socijalnu reintegraciju korisnika i korisnica (*ibid.*).

U inicijalnoj fazi, socijalni radnici i radnice procenjuju socijalne okolnosti, snage i potrebe korisnika i korisnica, istražuju obrasce interpersonalnih odnosa, identifikuju probleme u funkcionisanju i prikupljaju relevantne informacije od značajnih drugih. Ove procene služe kao osnov za formulisanje individualnog plana tretmana i definisanje prioriternih oblasti rada (Gačić, 1992; Nastasić, 2012).

Tokom tretmana, socijalni radnici i radnice sprovode čitav spektar psihosocijalnih intervencija usmerenih na osnaživanje korisnika i korisnica, usvajanje zdravih stilova života, promenu disfunkcionalnih i/ili rizičnih obrazaca ponašanja, razmišljanja i emocionalnog reagovanja koji su u vezi sa štetnom upotrebom droga i unapređenje opšteg funkcionisanja i kvaliteta života

(Gačić, 1992; Nastasić, 2012). To uključuje različite forme individualnog i grupnog savetovanja i psihoterapije (motivacioni intervju, kognitivno-bihejviorni pristup, sistemska porodična terapija), edukaciju, socioterapiju i trening socijalnih veština (*ibid.*, Specijalna bolnica za bolesti zavisnosti, 2022). Paralelno, socijalni radnici i radnice obezbeđuju praktičnu podršku u rešavanju egzistencijalnih problema korisnika i korisnica, poput smeštaja, ishrane, regulisanja ličnih dokumenata i dr., kao i koordinaciju usluga sa drugim relevantnim službama u zajednici (Gačić, 1992).

Značajan aspekt rada socijalnih radnika i radnica u programima tretmana zavisnosti odnosi se na saradnju sa porodicom i negovanjem porodičnih resursa. Kroz porodičnu terapiju, savetovanje i edukaciju članova porodice, socijalni radnici i radnice pomažu u unapređenju komunikacije, prevladavanju konflikata i kriza, uspostavljanju jasnijih granica i uloga, i osposobljavanju porodice da pruži podršku korisniku ili korisnici u apstinenciji/kontroli štetne upotrebe PAS i reintegraciji (Gačić, 1992; Lažetić, 2011). U situacijama gde su porodični odnosi značajno narušeni ili prekinuti, pa porodica nije u mogućnosti da pruži adekvatnu podršku, socijalni radnici i radnice istražuju alternativne izvore podrške za korisnika odnosno korisnicu u njihovom prirodnom okruženju ili kroz formalne vidove zaštite.

U fazi pripreme za otpust i posttretmanskog praćenja, uloga socijalnih radnika i radnica usredsređena je na kreiranje planova reintegracije, povezivanje korisnika i korisnica sa mrežom podrške u zajednici, obezbeđivanje kontinuiteta zaštite, kao i na pružanje podrške u prevenciji relapsa i očuvanju postignutih promena (Gačić, 1992, 2013; Specijalna bolnica za bolesti zavisnosti, 2022). Kroz saradnju sa centrima za socijalni rad i drugim ključnim akterima, socijalni radnici i radnice teže da obezbede sveobuhvatnu i kontinuiranu podršku korisnicima i korisnicama u procesu reintegracije u porodicu, obrazovni sistem, svet rada i širu društvenu zajednicu, a nakon napuštanja rezidencijalnog ili ambulantnog tretmana (Gačić, 1992; Vučinić Jovanović, 2021; Žegarac, 2015).

Pored angažovanja u programima tretmana, socijalni radnici i radnice su ključni akteri u pružanju usluga zaštite i podrške osobama sa problemima zavisnosti i njihovim porodicama u sistemu socijalne zaštite. Socijalni radnici i radnice zaposleni u centrima za socijalni rad obavljaju poslove voditelja slučaja, koji obuhvataju procenu potreba, snaga i rizika, planiranje mera i usluga iz domena socijalne zaštite, koordinaciju rada sa drugim relevantnim službama, praćenje efekata preduzetih mera i zastupanje najboljih interesa korisnika i korisnica (Žegarac, 2015). U svom radu socijalni radnici i radnice se rukovode principom individualizovanog pristupa, uvažavajući specifičnosti svakog pojedinačnog slučaja i prilagođavajući intervencije stepenu ugroženosti zdravlja, ličnog i socijalnog funkcionisanja korisnika i korisnica (Brkić & Jugović, 2009; Žegarac, 2015). Neke od ključnih usluga koje socijalni radnici i radnice u centrima za socijalni rad pružaju korisnicima i korisnicama sa problemima povezanim sa zavisnošću uključuju informisanje, upućivanje na tretman, posredovanje u ostvarivanju prava na novčanu socijalnu pomoć, organizovanje smeštaja u prihvatilišta i ustanove socijalne zaštite, savetodavni rad sa porodicom, podršku u traženju zaposlenja i nastavku edukacije. Istovremeno, socijalni radnici i radnice učestvuju u proceni roditeljskih kapaciteta i donose predloge odluka o potrebnim merama zaštite u slučajevima zanemarivanja i zlostavljanja dece od strane roditelja zavisnih od PAS (Žegarac *i sar.*, 2014). U situacijama kada postoji nasilje u porodici povezano sa štetnom upotrebom droga, socijalni radnici i radnice koordiniraju svoj rad sa policijom, pravosudnim organima, zdravstvenim ustanovama i ženskim organizacijama kako bi osigurali bezbednost i podršku žrtvama nasilja, ali i podstakli one koji su počinili nasilje na preuzimanje odgovornosti i uključivanje u tretman (Ignjatović, 2011).

Uprkos važnosti njihove uloge, socijalni radnici i radnice u Srbiji koji rade sa ovom populacijom se suočavaju sa brojnim izazovima, poput nedostatka specijalizovanih znanja i veština, ograničenih organizacionih i finansijskih resursa, neadekvatnih uslova rada, prevelikih birokratskih zahteva, kao i visokog profesionalnog stresa i rizika od sagorevanja usled opterećenja brojem i

težinom slučajeva (Branković *i sar.*, 2020; Čekerevac, 2015). U pojedinim sredinama nedostaju specijalizovane usluge koje su prilagođene potrebama posebno ranjivih kategorija osoba zavisnih od PAS, poput žena, mladih, Roma, osoba koje injektiraju droge i osoba bez krova nad glavom (EMCDDA & UNODC, 2019; Jovanović, Pavun i Pavun, 2013; Ministarstvo zdravlja RS, 2022; Raketić i Dimoski, 2013; Republička stručna komisija za prevenciju zloupotrebe droga, 2020). Takođe, saradnja između sistema socijalne zaštite, zdravstva, obrazovanja i pravosuđa često je nedovoljna i fragmentisana, što otežava celovito sagledavanje i pristup problemima osoba koje se suočavaju sa zavisnošću (Milosavljević, 2002; Nacionalna strategija za sprečavanje zloupotrebe droga za period 2014-2021. godine; Žegarac, 2015).

Da bi se unapredila efektivnost i kvalitet rada socijalnih radnika i radnica sa osobama koje se suočavaju sa problemima povezanim sa zavisnošću, potrebno je sistematski razvijati njihove kompetencije kroz dodiplomsko obrazovanje, stručne obuke i superviziju, osigurati adekvatne resurse i uslove rada, i podržati razvoj integrativnih i na korisnike i korisnice usmerenih socijalnih usluga kroz međusektorsku saradnju i lokalno partnerstvo (Branković *i sar.*, 2020; Brkić i Jugović, 2009; NASW, 2013; Čekerevac, 2015). Neophodno je osnažiti socijalne radnike i radnice za primenu motivacionog intervjua, tretmana uz podršku porodice i pristupa smanjenja štete u njihovom radu sa ovom populacijom. Istovremeno, zapošljavanje većeg broja socijalnih radnika i radnica u ustanovama za tretman zavisnosti omogućilo bi sveobuhvatnije sagledavanje potreba korisnika i korisnica i pružanje psihosocijalne podrške komplementarno medicinskom tretmanu.

Konačno, profesija socijalnog rada ima važnu ulogu u javnom zagovaranju za izmene postojećih i kreiranje novih politika i programa u oblasti prevencije, tretmana i oporavka od zavisnosti od droga, koje će počivati na pristupu zasnovanom na poštovanju ljudskih prava, socijalnoj pravdi i osnaživanju korisnika i korisnica kao aktivnih učesnika i učesnica u procesu oporavka (NASW, 2013; Vučinić Jovanović, 2021; Vučinić Jovanović i Hrnčić, 2020). Uključivanjem korisničke perspektive i depatologizacijom problema zavisnosti, socijalni radnici i radnice mogu doprineti smanjenju stigme, diskriminacije i socijalnog isključivanja osoba koje koriste droge i zalagati se za njihovo pravo na samoodređenje, dostojanstven tretman i socijalnu reintegraciju (Brkić & Jugović, 2009; Kelly & White, 2011; NASW, 2013; Vučinić Jovanović, 2021). Tako shvaćena uloga socijalnog rada podrazumeva i spremnost na zastupanje, pokretanje socijalnih akcija i građenje partnerstva sa organizacijama civilnog društva koje pružaju podršku ovoj populaciji (White & Cloud, 2008).

Imajući u vidu kompleksnost fenomena zavisnosti i težinu njegovih posledica po pojedince, porodice i društvo u celini, neophodno je dalje osnaživati i promovisati ulogu profesije socijalnog rada u prevenciji i suzbijanju ovog problema u Srbiji. Kroz kombinaciju direktnog rada sa korisnicima i korisnicama, pokretanja sistemskih promena i kontinuiranog zalaganja za poštovanje ljudskih prava i dostojanstva osoba koje koriste droge, socijalni radnici i radnice mogu dati važan doprinos unapređenju dostupnosti i kvaliteta mreže usluga i podrške ovoj višestruko vulnerabilnoj populaciji (Vučinić Jovanović, 2021).



# **TREĆI DEO: OPORAVAK OD ZAVISNOSTI OD DROGA**

### 3. OPORAVAK OD ZAVISNOSTI OD DROGA

#### 3.1. Paradigma oporavka i pristup usmeren na snage

Paradigma oporavka predstavlja aktuelni pristup razumevanju i podršci osobama koje se suočavaju sa problemima u vezi sa mentalnim zdravljem i zavisnošću od PAS. Ovaj sistem razmišljanja počiva na uverenju da je oporavak od ovih stanja moguć i da predstavlja jedinstven, personalizovan proces transformacije kojim osoba prevazilazi izazove i ostvaruje smislen i ispunjen život u zajednici (Anthony, 1993; Best & Lubman, 2012; Davidson & Roe, 2007; SAMHSA, 2010). Za razliku od tradicionalnog medicinskog modela koji se fokusira na simptome, deficite i ograničenja, paradigma oporavka stavlja naglasak na snage, resurse i potencijale individue i njenog okruženja (Slade, 2009; Vučinić Jovanović, 2021).

Ključni principi paradigme oporavka odražavaju njenu humanističku i na snage usmerenu suštinu, naglašavajući da je oporavak moguć za svaku osobu, bez obzira na težinu i trajanje problema (Farkas, 2007; Jacob, 2015; Leamy *et al.*, 2011; SAMHSA, 2010). Oporavak se posmatra kao duboko lični, individualizovani proces i multidimenzionalno putovanje sa jedinstvenim tokom i ishodom, koje obuhvata različite domene života - lični, relacioni, porodični, socijalni, obrazovni, radni, materijalni i duhovni. Ovaj proces se odvija čak i kada simptomi nisu u potpunosti otklonjeni, a podrazumeva postizanje kvalitetnog i smislenog života uprkos izazovima. Paradigma oporavka naglašava ličnu odgovornost, samoodređenje i kontrolu osobe nad svojim životom i procesom promene, pri čemu se oporavak najbolje odvija kada osoba aktivno donosi odluke o svom tretmanu i budućnosti. Istovremeno, oporavak se ne posmatra kao izolovan čin, već kao proces koji se oslanja na snage, resurse i otpornost individue, njene porodice i zajednice, kulturno je zasnovan i uslovljen, odvija se kroz odnose i socijalnu podršku, uključivanje u smislene aktivnosti i ostvarivanje vrednovanih uloga, a podržan je ravnopravnim i kolaborativnim odnosima sa saveznicima i saradnicima (Farkas, 2007; Jacob, 2015; Leamy *et al.*, 2011; SAMHSA, 2010; Slade, 2009).

Pored naglaska na tome da je oporavak ličan, paradigma oporavka ukazuje na njegov društveno situiran karakter i ističe ga kao kompleksan socijalni proces koji se odvija kroz interakciju osobe, njenih neposrednih odnosa i šireg društvenog konteksta (Best *et al.*, 2015; Francis, McCutcheon & Farkas, 2023; Graham *et al.*, 2009). Tri ključna socijalna procesa u oporavku su: promene identiteta, odnosno način na koji osoba sebe definiše i doživljava kroz grupe kojima pripada; promene socijalne mreže u smeru prosocijalnih odnosa koji podržavaju oporavak; i promene u zajednici u pogledu dostupnosti resursa za oporavak i mogućnosti za smislenu učešće i doprinos (Best *et al.*, 2011, 2013, 2015).

Pristup usmeren na snage, kao operacionalizacija paradigme oporavka, fokusira se na identifikovanje, aktiviranje i osnaživanje pozitivnih kapaciteta i resursa individue i njenog socijalnog okruženja (Rapp & Goscha, 2006). Umesto da se koncentriše na probleme i ograničenja, ovaj pristup traga za „svetlim tačkama”, odnosno za onim što osoba dobro radi, u čemu uživa, šta joj daje osećaj ispunjenosti i svrhe, koje veštine i znanja poseduje, koji ljudski i materijalni resursi su joj na raspolaganju (Saleebey, 2009). Polazeći od ovih snaga, grade se ciljevi, strategije i planovi podrške koji će omogućiti osobi da prevaziđe prepreke, ostvari svoje aspiracije i poboljša kvalitet života (Marty, Rapp & Carlson, 2001).

U kontekstu tretmana zavisnosti, paradigma oporavka i pristup usmeren na snage pomeraju fokus sa same supstance i apstinencije kao jedinog cilja na širi proces psihosocijalne rehabilitacije i reintegracije osobe u zajednicu (White, 2007). Tretman se posmatra kao sredstvo koje treba da osnaži osobu da preuzme kontrolu nad svojim životom, pronađe smisao i svrhu, izgradi zdrave odnose i veze, ostvari vrednovane socijalne uloge i doprinese zajednici (Best *et al.*, 2015; Neale *et al.*, 2015). Apstinencija može biti važan cilj za neke osobe, ali se uvažava i mogućnost oporavka

kroz umereniju i manje rizičnu upotrebu, odnosno kroz postepeno smanjivanje štete i unapređenje sveukupnog kvaliteta života (BFICP, 2007; Marlatt, 1996; UKDPC, 2008).

Praktična primena pristupa usmerenog na snage u tretmanu zavisi od kontinuiranog angažovanja osobe u identifikaciji i korišćenju svojih kapaciteta (van Wormer & Davis, 2018). To može uključivati tehnike kao što su: istraživanje „izuzetaka” od problema i situacija u kojima je osoba uspevala da se izbori sa izazovima; prepoznavanje i afirmacija snaga i postignuća; podsticanje nade i optimizma; eksternalizacija problema; postavljanje ciljeva i razvoj strategija za njihovo ostvarivanje; edukacija i trening veština; uključivanje porodice i drugih resursa podrške; angažovanje u smislenim aktivnostima i ulogama; promovisanje zdravih životnih stilova i duhovnosti; podsticanje socijalnog uključivanja i smanjenje stigme, kao i zastupanje za ostvarivanje prava, šansi i pristupa resursima u zajednici (Clark, 1997; Rapp & Goscha, 2012; Saleebey, 2009; Siegal *et al.*, 1995; van Wormer & Davis, 2018)

Istraživanja sugerišu da primena paradigme oporavka i pristupa usmerenog na snage u tretmanu zavisnosti vodi ka većoj motivaciji, aktivnijem učešću i zadržavanju u tretmanu, smanjenju simptoma i unapređenju socijalnog funkcionisanja i kvaliteta života osoba koje se suočavaju sa problemima povezanim sa zavisnošću (Siegal *et al.*, 1996; Redko, Rapp & Carlson, 2007). Međutim, za punu implementaciju u praksi potrebno je prevazići izazove poput dominacije biomedicinskog modela, nedovoljne obučenosti profesionalaca, ograničenih resursa u zajednici i stigme prema korisnicima i korisnicama (Kirk, 2007).

Uprkos ovim izazovima, paradigma oporavka i pristup usmeren na snage predstavljaju humaniji, na korisnika odnosno korisnicu centriran i naukom podržan okvir za kreiranje politika, programa i praksi podrške osobama koje se suočavaju sa izazovima povezanim sa zavisnošću od PAS. Njihovo usvajanje podrazumeva promenu profesionalne filozofije, vrednosti i načina rada - od ekspertskog, paternalističkog i na deficit fokusiranog modela, ka partnerskom, osnaživačkom i na snage i resurse usmerenom pristupu, koji podržava pravo korisnika i korisnica na samoodređenje, poštuje njihove jedinstvene putanje oporavka i angažuje prirodne resurse podrške u porodici i zajednici.

Oporavak kao paradigma i pristup usmeren na snage su kompatibilni sa shvatanjem socijalnog rada kao profesije usmerene na osnaživanje i socijalnu pravdu (Carpenter, 2002). Socijalni rad deli mnoge od ključnih vrednosti i principa paradigme oporavka, poput holističkog sagledavanja osobe u njenom okruženju, uvažavanja lične perspektive i izbora korisnika i korisnica, građenja odnosa saradnje, traženja i osnaživanja potencijala za rast i promenu (Greene, Lee & Hoffpauir, 2005; Žegarac, 2015). Stoga usvajanje ovih pristupa u radu sa osobama koje imaju probleme povezane sa zavisnošću za socijalne radnike i radnice predstavlja priliku da afirmišu suštinu svoje profesije i daju značaj doprinos punom socijalnom uključivanju i osnaživanju ove populacije.

### **3.2. Određenja i ključne odlike oporavka od zavisnosti**

Koncept oporavka od zavisnosti je tokom poslednjih decenija doživeo značajnu evoluciju, prateći šire paradigmatke promene u razumevanju i tretmanu bolesti zavisnosti. Tradicionalno shvatanje oporavka kao stanja koje se dostiže po završetku tretmana i prestanku upotrebe supstanci, postepeno je ustupilo mesto dinamičnijoj i višedimenzionalnoj koncepciji oporavka kao doživotnog procesa lične transformacije i rasta (Best, 2019). Ova promena odražava pomeranje fokusa sa akutnog „lečenja” zavisnosti ka upravljanju njenim dugoročnim tokom, kao i sve veće prepoznavanje kompleksne interakcije bioloških, psiholoških, socijalnih i spiritualnih faktora koji oblikuju puteve oporavka od zavisnosti (el-Guebaly, 2012).

Pojam „oporavak” je prvi put upotrebljen sredinom XX veka u kontekstu programa 12 koraka Anonimnih Alkoholičara, gde je opisan kao doživotni proces duhovnog buđenja i predaje višoj sili (AA, 1939). Ova iskustveno utemeljena vizija oporavka naglasila je njegovu dinamičku, ličnu i spiritualnu dimenziju, postavljajući temelje za razumevanje oporavka kao nečeg što je više od same apstinencije. Ipak, dominantna medicinska paradigma je dugo tretirala oporavak kao sporedni proizvod tretmana, promovišući viziju oporavka kao „stanja” definisanog odsustvom simptoma i povratkom na premorbidno funkcionisanje (Freudenreich, 2010).

Sa pojavom istraživanja dugoročnih ishoda tretmana 1970-ih i 1980-ih godina, postalo je jasno da je linearna trajektorija od aktivne zavisnosti ka stabilnoj apstinenciji više izuzetak nego pravilo. Longitudinalne studije otkrile su da većina ljudi prolazi kroz višestruke epizode tretmana, apstinencije i recidiva pre dostizanja održivog oporavka, sugerišući da je oporavak pre dinamičan i varijabilan proces nego stabilan ishod (Anglin, Hser & Grella, 1997; Dennis *et al.*, 2005, 2007; Scott, Foss & Dennis, 2003; Vaillant, 1996). Paralelno, studije komorbiditeta ukazale su na visoku učestalost psihijatrijskih, zdravstvenih i socijalnih problema koji komplikuju i produžuju kurs oporavka, zahtevajući sveobuhvatniji i integrisaniji pristup nezi i zaštiti (Drake & Wallach, 2000).

Ovi empirijski uvidi doprineli su postepenom pomeranju ka „modelu hroničnog menadžmenta” u tretmanu zavisnosti 1990-ih, po analogiji sa pristupima drugim hroničnim bolestima poput dijabetesa, astme ili hipertenzije (O'Brien & McLellan, 1996). Ovaj model je konceptualizovao oporavak kao doživotni proces upravljanja rekurentnim simptomima i disfunkcijom, naglašavajući važnost kontinuirane podrške, praćenja i samokontrole. Iako je model hroničnosti doprineo prepoznavanju fluidne i heterogene prirode oporavka, istovremeno je postao predmet kritika usled perpetuiranja medicinskog redukcionizma i patologizacije iskustva osoba koje se bore sa zavisnošću (Crowe *et al.*, 2013).

Rađanje „pokreta oporavka” na prelasku milenijuma označilo je dalju evoluciju i humanizaciju razumevanja oporavka. Pod uticajem iskustava samih osoba u oporavku, kao i rastućeg korpusa istraživanja procesa i ishoda oporavka, fokus se pomerio sa kliničkih ishoda na lične, relacione i društvene dimenzije blagostanja (Laudet & White, 2010). Definicija Konsenzus panela instituta Beti Ford (BFICP, 2007:222) opisala je oporavak kao „dobrovoljno održavan stil života koji obuhvata treznost odnosno apstinenciju, zdravlje i građansko angažovanje”, naglašavajući da je oporavak više od apstinencije - on je proces izgradnje smislenog i produktivnog života. U ovom određenju termin „apstinencija” je shvaćen u širem smislu kao nekorišćenje supstanci koje nisu prepisane od strane lekara i na način kako je to propisano, te obuhvata i osobe na opioidnoj supstitucionoj terapiji, što ovo određenje čini pionirskim. Slično, SAMHSA (2010:3) je definisala oporavak kao „proces promene kojim pojedinci/pojedinke unapređuju svoje zdravlje i blagostanje, žive samousmerenim životom i teže ostvarenju svog punog potencijala”.

Prateći ovaj trend, istraživači i istraživačice su počeli da mapiraju multidimenzionalni prostor oporavka, identifikujući ključne domene i procese koji ga konstituišu. Na primer, Aleksandra Lode (Laudet, 2007) je predložila model oporavka koji obuhvata fizičko i mentalno zdravlje, smislene aktivnosti, stabilno okruženje i podržavajuće odnose. Vilijam Vajt (White, 2007: 236) je opisao oporavak kao „iskustvo (proces i održivo stanje) kroz koje pojedinci, porodice i zajednice pogođeni ozbiljnim problemima sa alkoholom i drugim drogama (AOD) koriste unutrašnje i spoljašnje resurse da bi dobrovoljno rešili te probleme, zalečili rane nanete problemima povezanim sa AOD, aktivno upravljali svojom stalnom ranjivošću na te probleme i razvili zdrav, produktivan i smislen život.”. Lemi i saradnici (Leamy *et al.*, 2011) su, u uticajnoj sistematskoj sintezi studija oporavka u mentalnom zdravlju, identifikovali pet ključnih procesa (CHIME): povezanost, nada, identitet, smisao i osnaživanje. U skladu sa tim, u pokušaju da obuhvate suštinske elemente oporavka uz uvažavanje njegove idiosinkratične prirode, Ešford i saradnici (Ashford *et al.*, 2019:5) su ponudili sledeću konceptualizaciju: „Oporavak je individualizovani, intencionalni, dinamički i relacioni proces koji uključuje kontinuirane napore za unapređenje blagostanja”.

Ove definicije odražavaju shvatanje oporavka kao kompleksnog, multidimenzionalnog i duboko ličnog procesa rasta i samoostvarenja koji nadilazi kliničke i nozološke kategorije. Oporavak se vidi kao „putovanje” pre nego „destinacija”, kontinuirani proces otkrivanja i razvoja, a ne diskretno stanje (Davidson & White, 2007). On uključuje aktivnu posvećenost ličnoj transformaciji uz prihvatanje trajnih ograničenja i rizika zavisnosti. Fokus je na jačanju snaga i osnaživanju kapaciteta za suočavanje sa izazovima, a ne pukoj eliminaciji deficita i simptoma (Saleebey, 1996). Relaciona priroda oporavka se prepoznaje kroz naglašavanje uloge socijalne podrške, pripadnosti i učešća u pravima, ulogama i odgovornostima društva (Best *et al.*, 2016; UKDPC, 2008). Takođe, sve više se uvažava spiritualna dimenzija oporavka, koja obuhvata potragu za smislom, svrhom i transcendencijom (Galanter, 2007). Konačno, naglašava se diverzitet načina i puteva oporavka, od potpune apstinencije do kontrolisane upotrebe, od programa 12 koraka do spontanog oporavka, uz prepoznavanje validnosti različitih iskustava (White & Kurtz, 2006).

Ova evolucija razumevanja oporavka imala je dalekosežne implikacije za praksu, istraživanja i politike u oblasti tretmana zavisnosti. Pre svega, ona je inspirisala razvoj novih modela zaštite i podrške koji stavljaju osobe u oporavku u centar, uvažavajući njihovu ekspertizu, autonomiju i pravo na samoodređenje. Pristupi poput „upravljanja oporavkom” (eng. *recovery management*, White & McLellan, 2008), „prakse zasnovane na principima oporavka” (eng. *recovery-informed practice*, Davidson *et al.*, 2009) i „sistema zaštite usmerenih na oporavak” (eng. *recovery oriented systems of care - ROSC*, Kelly & White, 2010) počivaju na principima personalizacije, osnaživanja, relacionog kontinuiteta i oslanjanja na neformalne resurse podrške. U istraživačkoj sferi, fokus se pomerio sa merenja diskretnih ishoda tretmana (npr. apstinencije) na razumevanje dinamičkih putanja i ekologije dugotrajnog oporavka. Sve više se koriste longitudinalni nacrti, mešovite metode i participativne strategije, koje omogućavaju praćenje višedimenzionalnih indikatora blagostanja i uključivanje perspektive samih učesnika i učesnica (Laudet & White, 2010). U domenu politika, vizija oporavka je podstakla transformaciju sistema tretmana od akutno i medicinski orijentisanih modela ka sveobuhvatnim, na osobu usmerenim mrežama podrške koje integrišu formalne i neformalne resurse u zajednici (Kaplan, 2008; Kelly & White, 2010). Takođe, ona je osnažila glas i uticaj zajednica u oporavku u oblikovanju politika i prioriteta kroz različite forme građanske participacije i samoorganizovanja, a koje poručuju „U oporavku si ako ti tako kažeš” (Valentine, 2011).

Socijalni rad, sa svojom jedinstvenom ekosistemskom perspektivom i fokusom na snage, ima ključnu ulogu u promovisanju, istraživanju i primeni paradigme oporavka u praksi tretmana zavisnosti. Holistička i na osobu usmerena filozofija socijalnog rada, koja uvažava interakciju individue i njenog okruženja i gradi na ličnim i relacionim resursima, duboko je usklađena sa aktuelnim shvatanjima oporavka (van Wormer & Davis, 2018, Vučinić Jovanović, 2021). Socijalni radnici i radnice su u idealnoj poziciji da podstiču personalizovane, kolaborativne i multisistemske procese promene koji osnažuju jedinstvene potencijale i puteve oporavka (Vučinić Jovanović, 2021). Istovremeno, oni mogu dokumentovati strukturne prepreke i nejednakosti koje oblikuju iskustva zavisnosti i zagovarati za socijalne i zdravstvene politike koje stvaraju inkluzivna okruženja podrške. Kroz integrisanje prakse, istraživanja, obrazovanja i društvenog aktivizma, socijalni rad može biti ključni katalizator razvoja na oporavak usmerenih, kulturno osetljivih i na dokazima zasnovanih sistema zaštite (Ashford *et al.*, 2019). Dok koncept oporavka nastavlja da se razvija, socijalni rad ostaje posvećen ko-kreiranju sistema podrške koji osnažuju sve osobe koje se suočavaju sa zavisnošću da pronađu vlastite puteve ka celovitosti i blagostanju.

### 3.3. Proces i faze oporavka

Aktuelno razumevanje oporavka od zavisnosti naglašava njegovu procesnu, dinamičku i faznu prirodu. Umesto pojedinačnog događaja ili stanja, oporavak se posmatra kao razvojni proces lične i društvene transformacije, koji se odvija kroz niz međusobno povezanih faza, svaka sa svojim specifičnim izazovima, zadacima i procesima promene (Teruya & Hser, 2010). Ovi izazovi i zadaci odražavaju postepeno sazrevanje i konsolidaciju ličnih i socijalnih resursa potrebnih za održavanje dugoročnih promena u ponašanju, mišljenju i funkcionisanju osobe.

Istraživanja sugerišu neke zajedničke obrasce i zakonitosti u odvijanju ovog procesa, uprkos jedinstvenoj interakciji ličnih, relacionih i kontekstualnih faktora koja oblikuje putanju oporavka. Rani modeli faznog toka oporavka (Brown, 1985; Gorski & Miller, 1986; Prochaska *et al.*, 1992) pretpostavljali su linearan progres od aktivne zavisnosti, preko detoksikacije i rehabilitacije, do postretmanske stabilizacije i rasta. „Transteorijski model promene” (Prochaska *et al.*, 1992), kao jedan od najpoznatijih, ističe kvalitativno različite faze kroz koje osoba prolazi u procesu promene - prekontemplaciju, kontemplaciju, pripremu, akciju i održavanje, uz mogućnost recidiva. Ove faze odražavaju postepeni razvoj motivacije, spremnosti i kapaciteta za promenu, od poricanja problema, preko ambivalencije i vaganja opcija, do preduzimanja konkretnih koraka i rada na sprečavanju recidiva. Međutim, longitudinalne studije praćenja osoba u oporavku ukazale su na znatno kompleksniju i varijabilniju putanju, često obeleženu ciklusima angažovanja u tretmanu, prekidima tretmana, periodima apstinencije, relapsima i ponovnim pokušajima (Dennis *et al.*, 2005). Ovi nalazi su doveli do rekonceptualizacije oporavka kao spiralnog, pre nego linearnog procesa, gde svaki ciklus približava osobu održivom oporavku, ali često uz kolebanja i recidive (Hser, 2007). Kasnija istraživanja su ponudila detaljnije opise ključnih faza oporavka, poput „razrešenja”, „spasavanja” i „normalizacije” (Kaskutas *et al.*, 2014), ili „ulaska”, „tretmana”, „izlaska” i „održavanja” (Frings & Albery, 2015). Ovi modeli dodatno razrađuju specifične razvojne zadatke i procese unutar svake faze, poput suočavanja sa posledicama zavisnosti, traženja pomoći, učenja novih veština, izgradnje treznog identiteta i reintegracije u zajednicu.

Značajna je distinkcija između „ranog”, „održavanog” i „stabilnog” oporavka, koju je ponudio Konsenzus panel Beti Ford Instituta (BFICP, 2007). Rani oporavak (prvih dvanaest meseci) je fokusiran na uspostavljanje apstinencije/kontrole nad upotrebom i često uključuje intenzivni tretman. Ključni zadaci ove faze su: prekidanje kompulsivne upotrebe supstanci, sticanje osnovnih veština prevladavanja žudnje i rizičnih situacija, uključivanje u tretman, grupe samopomoći i/ili druge vidove podrške, kao i započinjanje procesa fizičkog i psihičkog oporavka. Održavani oporavak (jedna do pet godina) podrazumeva konsolidaciju resursa koji podržavaju kontrolu nad upotrebom supstanci i obnavljanje različitih domena života. U ovoj fazi se radi na dubljim psihološkim promenama, rešavanju porodičnih i socijalnih problema, razvoju novih interesovanja i aktivnosti, te postepenom građenju stabilnijeg životnog stila. Stabilni oporavak (više od pet godina) odlikuje veća rezilijentnost, zadovoljstvo životom i kontinuirani rast. Ova faza uključuje održavanje dugoročnih promena, dalji lični razvoj, ostvarivanje životnih ciljeva i traganje za višim smislom i svrhom.

Pored lične transformacije, oporavak uključuje i relacione procese, poput porodične adaptacije, razvoja socijalne mreže i povezivanja sa zajednicom (Moos & Moos, 2007b). Ovi procesi odražavaju postepeno pomeranje od odnosa i okruženja koji podržavaju zavisnost ka vezama i kontekstima koji promoviraju zdravlje i blagostanje. „Model socijalnog identiteta oporavka” (Best *et al.*, 2016) naglašava centralnu ulogu tranzicije ka „identitetu oporavka” kroz pripadnost grupama oporavka i akumulaciju „socijalnog kapitala oporavka”. Ova tranzicija identiteta se odvija kroz faze slične ličnoj promeni, od inicijalnog prepoznavanja i povezivanja sa osobama u oporavku, preko aktivnog angažovanja u mreži oporavka, do dublje internalizacije vrednosti, verovanja i praksi oporavka.

Razumevanje fazne prirode oporavka ima važne implikacije za praksu socijalnog rada, istraživanja i politike u ovoj oblasti. Ono poziva na razvoj pristupa tretmanu i podršci koji su usklađeni sa specifičnim razvojnim potrebama i potencijalima osoba u različitim fazama oporavka. Socijalni rad, kroz holističku procenu, kolaborativno planiranje, zastupanje i koordinaciju usluga, kao i osnaživanje zajednica za podršku oporavku, ima ključnu ulogu u podsticanju procesa oporavka (Bradshaw *et al.*, 2007; van Wormer & Davis, 2018; Vučinić Jovanović, 2021). Razumevanje specifičnih razvojnih potreba i izazova različitih faza oporavka omogućava socijalnim radnicima i radnicama da prilagode intervencije i resurse na vremenski i kontekstualno senzitivnan način. Istovremeno, ekosistemska perspektiva socijalnog rada omogućava sagledavanje i delovanje na višestruke nivoe koji oblikuju puteve oporavka, od individualnih kapaciteta, preko relacionih procesa, do organizacionih i društvenih faktora.

### 3.3.1. Faza ranog oporavka i razvojni zadaci u ovoj fazi

Faza ranog oporavka od zavisnosti, koja se obično odnosi na jedan do dvanaest meseci nakon potpunog prestanka ili uspostavljanja kontrole nad upotrebom PAS, predstavlja kritičan period tranzicije ispunjen brojnim izazovima, ali i potencijalima za ličnu i socijalnu promenu. Ova faza se često opisuje kao „nulta tačka” oporavka, u kojoj se postavljaju temelji dugoročne apstinencije/kontrole nad upotrebom PAS i novog životnog stila (Laudet, 2007). Iako specifična iskustva i trajektorije mogu znatno varirati od osobe do osobe, istraživanja upućuju na neke zajedničke razvojne teme i zadatke sa kojima se većina osoba suočava u ovom periodu.

Jedan od primarnih izazova ranog oporavka je uspostavljanje i stabilizacija apstinencije/kontrole nad upotrebom PAS u kontekstu snažne fiziološke i psihološke žudnje, okidača i navika povezanih sa upotrebom supstanci (Shumway & Kimball, 2012). Ovo često zahteva značajne promene u dnevnim rutinama, socijalnim mrežama i mehanizmima prevladavanja, uz razvoj novih veština i strategija za prevenciju recidiva (Marlatt & Donovan, 2005). U tom smislu, ključni razvojni zadatak ove faze je učenje kako „živeti bez supstanci” - odnosno, kako upravljati svakodnevnim stresorima i izazovima bez oslanjanja na PAS kao primarni regulator emocija i ponašanja (Gorski, 2013). To može uključivati usvajanje zdravih životnih navika, razvoj alternativnih aktivnosti i interesovanja i izgradnju sistema podrške koji će olakšati održavanje apstinencije/kontrole nad upotrebom PAS (McKay, 2017).

Pored rada na stabilizaciji ponašanja, rani oporavak takođe podrazumeva suočavanje sa akutnim posledicama zavisnosti na fizičkom, psihološkom i socijalnom planu. Mnoge osobe ulaze u fazu ranog oporavka sa značajnim zdravstvenim problemima, psihijatrijskim simptomima, narušenim odnosima, finansijskim i pravnim teškoćama, što može stvoriti dodatne stresore i barijere (Laudet *et al.*, 2009). Stoga je važan razvojni zadatak ove faze procena obima „štete” nanete različitim aspektima života i preduzimanje koraka ka njihovoj postepenom saniranju (Van Wormer & Davis, 2018). To može obuhvatiti traženje medicinske i psihijatrijske nege, rešavanje urgentnih egzistencijalnih pitanja, obnavljanje pokidanih veza i postepeno preuzimanje odgovornosti u ličnom i socijalnom funkcionisanju (Daley & Marlatt, 2006).

Na intrapsihičkom planu, rani oporavak često karakteriše intenzivna emocionalna ambivalencija i kognitivna disonanca, kako se osoba bori da integriše novi identitet i životni stil oporavka (Shaffer & Jones, 1989). S jedne strane, prisutna je nada, olakšanje i ponos zbog odluke da se suoči sa zavisnošću; s druge strane, javljaju se osećanja straha, krivice, stida i tugovanja za „starim životom” (Kellog, 1993). Razrešenje ove ambivalencije i izgradnja stabilnijeg doživljaja selfa kao „osobe u oporavku” predstavlja vitalan razvojni zadatak ove faze (Buckingham *et al.*, 2013). Ovo može uključivati preispitivanje ličnih vrednosti i uverenja, suočavanje sa neprijatnim

osećanjima i sećanjima, eksperimentisanje sa novim ulogama i osobinama, te postepenu asimilaciju pozitivnijeg doživljaja sebe (Shinebourne & Smith, 2009).

U interpersonalnoj sferi, jedan od centralnih zadataka ranog oporavka je diferencijacija između odnosa i okruženja koji podržavaju apstinenciju/kontrolu nad upotrebom PAS i onih koji je ugrožavaju (Moos, 2007). To često podrazumeva bolno distanciranje od „prijatelja po upotrebi” i kulture korišćenja PAS, uz istovremeno približavanje zdravijim vezama i mrežama podrške (Tracy *et al.*, 2010). Paralelno sa ovim „socijalnim rebrendiranjem”, osoba se suočava i sa izazovom obnavljanja značajnih odnosa oštećenih tokom zavisnosti, posebno porodičnih (Brown, 2011). Ovo može zahtevati suočavanje sa nepoverenjem i povređenošću bližnjih, preuzimanje odgovornosti za nanetu bol, popravljjanje komunikacije i postepeno reuspostavljanje odnosa na novim, zdravijim temeljima (Barnett, 2003). Izgradnja podržavajućeg socijalnog okruženja, uz istovremeno učenje novih obrazaca interpersonalne razmene, predstavlja ključni razvojni zadatak ove faze i prediktor dugoročnog ishoda (Longabaugh *et al.*, 2010).

Jedan od „stubova” socijalne rekonstrukcije u ranom oporavku je i povezivanje sa zajednicom oporavka - formalnim i neformalnim grupama i mrežama koje pružaju tretman, uzajamnu podršku, mentorstvo i osećaj pripadnosti (White & Evans, 2014). Bilo da je reč o tretmanskim i rehabilitacionim grupama, terapijskim zajednicama, programima 12 koraka ili religijskim organizacijama, ova „kultura oporavka” nudi vitalni izvor identifikacije, inspiracije i praktičnih strategija za prevazilaženje izazova apstinencije/kontrole nad upotrebom PAS (Moos, 2008). Usvajanje jezika, rituala i normi oporavka kroz ovu vrstu pripadnosti pomaže u učvršćivanju novog doživljaja sebe i životnog stila, te ublažavanju osećaja izolacije i stigme (Buckingham & Best, 2017). Stoga je povezivanje sa zajednicom oporavka, bilo kroz formalne programe tretmana ili neformalne mreže, još jedan važan razvojni zadatak ove faze.

Pored ovih zajedničkih tema, putanje ranog oporavka su duboko oblikovane jedinstvenim ličnim, relacionim i sociokulturnim faktorima. Na primer, žene se često suočavaju sa specifičnim barijerama i potrebama u ovoj fazi, poput brige o deci, istorije traume, stigme i nedostatka rodno senzitivnih programa (Covington, 2002; Rakić i Dimoski, 2013). Slično, pripadnici i pripadnice etničkih i seksualnih manjina mogu doživeti dodatne stresore u vidu diskriminacije, kulturoloških konflikata i ograničenog pristupa kulturno kompetentnoj podršci (Blume *et al.*, 2013; Jovanović, Pavun i Pavun, 2013). Razumevanje ovih „preseka” iskustava i prilagođavanje pristupa individualnim različitostima je ključno za podsticanje optimalnog angažovanja i ishoda u ovoj osetljivoj fazi (Gómez, 2015).

Iz perspektive socijalnog rada, razumevanje specifičnosti faze ranog oporavka je od ključnog značaja za pružanje adekvatne podrške osobama koje se suočavaju sa zavisnošću. Socijalni radnici i radnice treba da budu upoznati sa karakterističnim izazovima, potrebama i potencijalima osoba u ovoj fazi, kako bi mogli da prilagode intervencije i resurse na vremenski i kontekstualno senzitivnan način. To podrazumeva procenu ne samo rizika i deficita, već i jedinstvenih snaga, aspiracija i relacionih resursa koji mogu podržati ciljeve oporavka (Van Wormer & Davis, 2018). Konkretno, socijalni radnici i radnice mogu pomoći osobama u ranom oporavku kroz kombinaciju motivacionog intervjuisanja, edukacije o procesima oporavka, treninga veština prevladavanja, povezivanja sa resursima podrške, te uključivanja porodice i značajnih drugih (Center for Substance Abuse Treatment - CSAT, 2015). Pri tom je važno iskazati empatiju i podršku tokom čestih kriza i recidiva, uz održavanje fokusa na dugoročne ciljeve oporavka (Marlatt & Donovan, 2005). Afirmišući različitost puteva i potencijala za promenu u ovoj izazovnoj, ali transformativnoj fazi, socijalni rad može doprineti kreiranju novih narativa i sistema podrške koji prepoznaju realnosti oporavka kao razvojnog procesa (White & Evans, 2014). Kontinuirano unapređenje prakse i istraživanja usmerenih na ranu fazu oporavka je od vitalnog značaja za efektivniju pomoć pojedincima i porodicama na putu prevazilaženja zavisnosti.



### 3.4. Prikaz istraživanja oporavka od zavisnosti od droga

Poslednjih decenija došlo je do značajnog povećanja broja istraživanja oporavka od zavisnosti, prateći šire paradigmatičke promene. Ova istraživanja su znatno proširila razumevanje prirode, puteva i korelata oporavka, nudeći dragocene uvide za unapređenje tretmana i politika u ovoj oblasti. Ipak, istraživanja oporavka i dalje predstavljaju relativno mlado i fragmentirano polje, sa brojnim konceptualnim i metodološkim izazovima (Best & Hennessy, 2022; Laudet, 2007; White, 2012). U nastavku će biti prikazane ključne teme, nalazi i trendovi u istraživanjima oporavka od zavisnosti.

#### Konceptualizacija i merenje oporavka

Jedna od centralnih tema u istraživanjima oporavka je konceptualizacija i merenje samog konstrukta oporavka. Tradicionalno, istraživanja su operacionalizovala oporavak primarno kroz biheviorne pokazatelje apstinencije ili smanjenja upotrebe supstanci (Garner *et al.*, 2014). Najveći broj studija je oporavak eksplicitno ili implicitno određivao u terminima upotrebe PAS i fokusirao se na faktore povezane sa ponašanjima povezanim sa njihovom upotrebom, posebno apstinencijom i recidivom (Laudet, 2008). Međutim, sa rastućim prepoznavanjem oporavka kao složenog, dinamičnog procesa koji nadilazi apstinenciju, došlo je do pomeranja ka širim, multidimenzionalnim definicijama koje obuhvataju različite domene ličnog i socijalnog funkcionisanja (BFICP, 2007; Laudet, 2007). Ove sveobuhvatnije definicije su podstakle razvoj novih, multidimenzionalnih mera oporavka i instrumenata, poput *Indeksa oporavka* (Neale *et al.*, 2016) ili *Upitnika iskustva oporavka* (Kaskutas *et al.*, 2014), koji procenjuju različite aspekte lične, relacione i socijalne dobrobiti. Ipak, operacionalizacija oporavka i dalje ostaje izazov, sa potrebom za daljim radom na standardizaciji i validaciji mera koje balansiraju konceptualnu širinu i pragmatičnu primenljivost (Ashford *et al.*, 2019).

#### Putanje i faze oporavka

Proces oporavka se, poput zavisnosti, razume kao dinamičan proces koji uključuje prolazak kroz određene faze, uz stalno prisutan rizik od recidiva (De Leon, 1996; Hser, 2007; Waldorf, Reinerman & Murphy, 1991). Longitudinalne studije praćenja osoba sa poremećajima upotrebe supstanci konzistentno pokazuju da je oporavak moguć, ali da je put često dug, izazovan i obeležen mnogobrojnim preprekama i recidivima (Dennis *et al.*, 2007; Hser *et al.*, 2007). Na primer, nacionalna desetogodišnja studija u Australiji otkrila je da je oko 50% osoba postiglo apstinenciju ili stabilno nizak nivo upotrebe u bilo kojoj tački praćenja, ali uz značajne varijacije i fluktuacije tokom vremena (Teesson *et al.*, 2017). Prema rezultatima međunarodnih istraživanja, epidemiološki podaci pokazuju da u proseku 58% ljudi sa hroničnom zavisnošću uspešno ostvari dugoročni oporavak, mada stope variraju od 30% do 72% (Sheedy & Whitter, 2009). Ovi nalazi ukazuju da je oporavak pre nelinearan, dinamičan proces sa višestrukim potencijalnim ishodima, nego diskretno stanje ili događaj (Hser & Anglin, 2010). Oni takođe naglašavaju potrebu za dugotrajnom, kontinuiranom podrškom i rehabilitacijom, nasuprot tradicionalnom fokusu na akutni tretman (Dennis & Scott, 2007).

Podaci iz istraživanja ukazuju da je prosečno vreme koje protekne od prve upotrebe PAS do postizanja stabilnog oporavka 27 godina, a većina ljudi sa teškim i upornim poremećajem upotrebe supstanci koji postignu godinu stabilnog oporavka imaju tri do četiri epizode ponovljenih tretmana u vremenskom periodu od osam godina (Dennis *et al.*, 2005, 2007; White, 2015; White & Kelly, 2011). Konzistentno sa empirijskim nalazima, Institut fondacije Beti Ford (BFICP, 2007) je ustanovio podelu na period „ranog oporavka“ (u prvih godinu dana apstinencije), „održavanog

oporavka" (jedna do pet godina) i „stabilnog oporavka" (više od pet godina). Iako ne jedini, dužina apstinencije se pokazala kao značajan prekursor stabilnog oporavka. Najveći rizik od recidiva prisutan je tokom prve godine apstinencije (64%), dok je kod onih koji su dostigli pet i više godina apstinencije šansa za recidiv manja od 15% (Scott *et al.*, 2003). Vremenski period od pet godina provedenih u apstinenciji počeo je da se uzima kao jedan od repera za oporavak koji je postao „samoodrživ" (Dennis, Scot & Laudet, 2014).

### **Korelati i prediktori oporavka**

Istraživanja konzistentno ukazuju na značaj određenih individualnih (npr. motivacija, samoeфикаsnost, veštine prevladavanja), relacionih (npr. porodična podrška, vršnjački uticaji) i sredinskih faktora (npr. dostupnost tretmana, mogućnosti zaposlenja) u oblikovanju putanja oporavka (Laudet & White, 2008; Moos, 2007). U metaanalizi 53 studije praćenja, Adamson i saradnici (2009) su identifikovali psihijatrijsku istoriju, kriminalni dosije, težinu zavisnosti i slabu socijalnu podršku kao ključne prediktore lošijeg ishoda. Slično, u dvanaestogodišnjem praćenju nacionalnog uzorka u SAD, Lode i Vajt (2010) su pronašli da su stambena stabilnost, smislen rad i povezanost sa zajednicom oporavka bili najsnažniji prediktori kvaliteta života i kapitala oporavka. U odnosu na očuvanje apstinencije i preveniranje recidiva, iskustva osoba u oporavku i empirijski nalazi posebno ističu značaj motivacije, socijalne podrške i adaptivnih strategija prevladavanja rizika od recidiva, naročito u fazi ranog oporavka (Gossop *et al.*, 1989; Hser, 2007; Moos & Moos, 2007a, 2007b; Teesson *et al.*, 2006). Ove studije sugerišu da uspešni oporavak zavisi od složene interakcije unutrašnjih i spoljašnjih resursa, te da sveobuhvatni modeli podrške moraju adresirati višestruke domene ranjivosti i rezilijentnosti (Kelly & White, 2010). One takođe ukazuju na važnost pristupa tretmanu i drugim ključnim resursima oporavka, što implicira potrebu za širim društvenim i političkim promenama koje promovišu dostupnost i jednakost u pristupu zaštiti (Keane, 2011).

### **Lična iskustva i perspektive oporavka**

Kvalitativne i participativne studije su dale glas „živim ekspertima i ekspertkinjama" i rasvetlile lična značenja, izazove i strategije usmeravanja procesa oporavka iz perspektive samih osoba u oporavku (Kaskutas *et al.*, 2014; Neale *et al.*, 2015; White & Evans, 2014). U analizi narativa dugotrajnog oporavka, Kaskutas i saradnici (Kaskutas *et al.*, 2014) identifikuju teme „paljenja unutrašnje vatre", „transformacije identiteta", „zajedništva" i „davanja nazad" kao ključne elemente održivog oporavka iz perspektive učesnika i učesnica. Slično, kroz seriju fokus grupa, Nil i saradnici (Neal *et al.*, 2015) mapiraju „idealnu putanju oporavka" kao niz faza koje uključuju stabilizaciju, mentalno buđenje, rekonstrukciju selfa, relaciju obnovu i „ponovno rođenje". Ove studije pružaju bogat, nijansiran uvid u procesnu prirodu oporavka i naglašavaju vitalnu ulogu ličnog narativa, smisla i duhovnosti u održavanju dugoročne promene (Laudet, 2007). One takođe ukazuju na važnost vršnjačke podrške, mentorstva i građanske participacije kao ključnih sastojaka „ekologije oporavka" (White, 2009).

### **Tretman i vanbolničke intervencije**

Studije tretmana zavisnosti su se dugo izjednačavale sa evaluativnim studijama tretmana (Laudet, 2008). Iako se profesionalni tretman zavisnosti pokazao uspešnim u smanjenju štetne upotrebe i unapređenju funkcionisanja (Magura *et al.*, 1999; Simpson, Joe & Broome, 2002; Teesson *et al.*, 2006), efekti tretmana su se pokazali kao kratkoročni, a stopa vraćanja na upotrebu PAS po okončanju tretmana visokom (Cleveland *et al.*, 2021; Fiorentine, Nakashima & Anglin, 1999; Gossop *et al.*, 2002; Laudet, Stanick & Sands, 2007). Nalazi studija tzv. spontanog oporavka (Bischof *et al.*, 2012; Granfield & Cloud, 1996, 1999; Waldorf, 1983) dodatno su ukazali da

tretman usmeren samo na postizanje apstinencije nije dovoljan, a nekad ni nužan za oporavak. Preusmeravanje ka kvalitetu života i psihosocijalnim procesima u osnovi oporavka od zavisnosti je pokrenulo talas novih istraživanja, uključujući i istraživanja ishoda i kvaliteta života osoba na opioidnoj supstitucionoj terapiji (Dazord *et al.*, 1998; De Maeyer, Vanderplasschen & Broekaert, 2010; Kim *et al.*, 2021; O'Brien *et al.*, 2006; Padaiga, Subata, & Vanagas, 2007; Torrens *et al.*, 1997), kojima se konačno počinje pridavati status „osoba u (medicinski potpomognutom) oporavku”.

Komparativne studije različitih modaliteta tretmana daju mešovite rezultate, sugerišući da efektivnost zavisi od usklađenosti sa specifičnim potrebama, preferencijama i resursima individue (Reif *et al.*, 2014; Tuten *et al.*, 2012). Istovremeno, rastući broj studija ukazuje na značaj postretmanske podrške, naglašavajući kontinuitet zaštite kao ključni faktor dugoročnih ishoda (McKay, 2009). Na primer, u randomizovanoj studiji, Skot i Denis (Scott & Dennis, 2009) su otkrili da periodični kontakti kvartalno u sklopu protokola za kontinuirano praćenje i ranu reintervenciju (eng. *Recovery Management Checkups* - RMC) tokom dve godine značajno smanjuju stopu recidiva i povećavaju angažovanje u tretmanu i samopomoći. Slični pozitivni efekti nađeni su za intervencije poput vršnjačkog mentorstva (Reif *et al.*, 2014), mobilnih aplikacija za prevenciju relapsa (Gustafson *et al.*, 2014) i intenziviranog vođenja slučaja (eng. *intensive case management*) (Morgenstern *et al.*, 2009). Ovi nalazi sugerišu potrebu za raznovrsnošću i integrisanjem usluga duž kontinuuma zaštite, od detoksikacije do dugoročne podrške u zajednici (White & Kelly, 2010).

Nedavno objavljeni sistematski pregled istraživanja ilustruje ove tendencije i pokazuje da u aktuelnoj literaturi dominira shvatanje oporavka kao procesa promene, koji je holistički, usmeren na osobu, uključuje učenje zdravog prevladavanja i koji ima više stadijuma (Inanlou *et al.*, 2020). Takođe, navodi se da oporavak od zavisnosti vodi ka stabilnoj apstinenciji, unapređenju fizičkog i mentalnog zdravlja, kao i kvaliteta života i zadovoljstva, vođenju smislenog života i aktivnom učešću u životu zajednice (*ibid.*). S tim u vezi, istraživanja faktora koji doprinose poboljšanjima u različitim oblastima funkcionisanja ljudi, nezavisno od statusa njihove upotrebe PAS, postala su posebno aktuelna poslednjih godina.

### **Sistemski faktori i politike**

Studije „Sistema zaštite usmerenih na oporavak” (eng. *Recovery Oriented Systems of Care* – ROSC) sugerišu da sveobuhvatne, integrisane mreže tretmanskih, rehabilitacionih i socijalnih usluga mogu značajno unaprediti pristup i ishode oporavka (Achara-Abrams *et al.*, 2011; Sheedy & Whitter, 2013). Na primer, evaluacija ROSC implementacije u Filadelfiji otkrila je značajna poboljšanja u prihodima, stanovanju i kvalitetu života učesnika i učesnica tokom dve godine (Achara-Abrams *et al.*, 2011). Slično, etnografska studija „Zajednica oporavka” u Vermontu ilustruje kako koordinisani naponi kreiranja pristupačnog stanovanja, zapošljavanja, edukacije i socijalne podrške mogu podstaći kulturu inkluzije i reintegracije osoba u oporavku (Yates & Malloch, 2010). Ove studije naglašavaju ulogu političkih i društvenih determinanti u oblikovanju mogućnosti za oporavak, te potrebu za sistemskim intervencijama koje nadilaze individualni nivo (Ashford *et al.*, 2019).

### **Iskustvena perspektiva dugoročnih ishoda oporavka od zavisnosti u međunarodnom i domaćem kontekstu**

Istraživanja „Život u oporavku” (eng. *Life in Recovery* - LIR) predstavljaju seriju studija koje su od 2012. godine sprovedene u većem broju zemalja širom sveta sa ciljem boljeg razumevanja procesa oporavka od zavisnosti iz perspektive samih osoba koje imaju iskustvo oporavka. Ova istraživanja su inicijalno osmišljena i prvi put sprovedena u SAD (Laudet, 2013), a

zatim su proširena i na druge zemlje, uključujući Kanadu (McQuaid *et al.*, 2017), Australiju (Best *et al.*, 2015), Veliku Britaniju (Best *et al.*, 2015), zemlje Beneluksa (Martinelli *et al.*, 2020) i druge.

Ključni nalazi ovih studija dosledno ukazuju na značajne i dalekosežne pozitivne promene u različitim životnim domenima koje prate proces oporavka od zavisnosti, poput unapređenja fizičkog i mentalnog zdravlja, porodičnih odnosa, zapošljavanja, smanjenja kriminalnog ponašanja i povećanja društvenog angažmana. Takođe, utvrđeno je da se koristi oporavka uvećavaju sa protokom vremena provedenim u oporavku.

Posebno značajno za naš kontekst je regionalno istraživanje „Život u oporavku” sprovedeno 2018. godine u zemljama Zapadnog Balkana (Srbija, Hrvatska, Bosna i Hercegovina i Crna Gora) na uzorku od 263 osobe (Best & Nišić, 2019). Ovo istraživanje je potvrdilo nalaze prethodnih LIR studija o višestrukim pozitivnim ishodima oporavka u ličnim i socijalnim domenima funkcionisanja, ali je ukazalo i na neke specifičnosti. Naime, značajan procenat učesnika i učesnica istraživanja je naveo da je koristio rezidencijalne (63,9%) ili vanbolničke stručne tretmane (53,2%) kao primarne puteve do oporavka, dok je oslanjanje na grupe samopomoći i druge vidove vršnjačke podrške bilo znatno ređe u poređenju sa drugim zemljama. Takođe, uočene su značajne razlike u ishodima između osoba u oporavku u totalnoj apstinenciji u odnosu na one koje su oporavak ostvarile uz pomoć supstitucione terapije. Istraživanje je pokazalo da su osobe u oporavku na supstituciji imale značajno lošije ishode od onih u apstinenciji u nizu domena - češće su prijavljivale probleme sa zakonom, nezaposlenost, porodično nasilje, a ređe uključenost u smislene aktivnosti poput volontiranja i obrazovanja (Best & Nišić, 2019).

Nedavno objavljena klaster analiza podataka iz evropskih LIR studija (Best *et al.*, 2024) dodatno je rasvetlila varijabilnost puteva i obrazaca oporavka. Identifikovano je pet različitih klastera ili podgrupa ispitanika i ispitanica, koje su se razlikovale pre svega po fazi oporavka (rani, održivi i stabilni oporavak), ali i po snagama i barijerama za oporavak, demografskim karakteristikama i obrascima promene tokom vremena. Ova analiza je ukazala na značaj sistemskih i kulturnih faktora, s obzirom da su određeni obrasci oporavka bili predominantni u pojedinim zemljama.

Analiza klastera je pokazala da su zemlje Balkana (Srbija, Crna Gora, Hrvatska i Bosna i Hercegovina) predominantno zastupljene u klasteru tri, nazvanom „Stabilni oporavak sa nižim nivoom podrške”. Ovaj klaster karakterišu osobe sa dugotrajnim oporavkom (u proseku 8,8 godina), ali sa najnižim nivoima podrške i angažovanja u službama i programima namenjenim podršci oporavku. Oni su takođe prijavili najviše stope barijera tokom aktivne zavisnosti, uključujući probleme sa zakonom, zdravljem i odnosima, kao i najniže skorove na planu ličnih i socijalnih resursa (npr. stabilno stanovanje, posao, smislene aktivnosti) u tom periodu. Međutim, tokom oporavka su ostvarili značajna poboljšanja u ovim domenima, uspevajući da ostvare stabilan oporavak uprkos generalno nižoj dostupnosti specijalizovanih usluga podrške.

Nalaz o postojanju dinamike „odskoka”, gde su osobe sa najvećim preprekama tokom aktivne zavisnosti vremenom razvijale i najviše snaga u oporavku je posebno zanimljiv. Generalno, ovi nalazi sugerišu da, u kontekstu regiona Balkana, putevi oporavka često vode preko opštih resursa i prirodnih mreža podrške, pre nego preko specijalizovanih programa. To može biti odraz opšteg manjka diverziteta i pristupačnosti usluga za podršku oporavku u ovim zemljama. Sa druge strane, visok procenat osoba koje su postigle stabilan oporavak uprkos ovim preprekama svedoči o rezilijentnosti i snalažljivosti ove populacije. Implikacije ovih nalaza su da, pored napora na unapređenju dostupnosti različitih vidova podrške oporavku, treba osnažiti i prirodne resurse oporavka u zajednici.

Sumirano, istraživanja oporavka od zavisnosti pružaju bogat, multidimenzionalni uvid u prirodu, puteve i korelate dugoročne promene. Ključne teme uključuju konceptualizaciju i merenje

oporavka, dugoročne putanje oporavka i ishode, individualne i ekološke faktore rezilijentnosti, lična iskustva i strategije usmeravanja oporavka, ulogu tretmana i podrške, te sistemske i političke determinante. Ova istraživanja konzistentno ukazuju na oporavak kao složen, dinamičan proces koji zahteva kontinuiranu, holističku podršku na više nivoa.

Iz perspektive socijalnog rada, ovi nalazi impliciraju potrebu za pomeranjem ka dugotrajnim, sveobuhvatnim pristupima koji adresiraju višestruke domene oporavka (Laudet & Humphreys, 2013). Socijalni radnici i radnice mogu igrati ključnu ulogu u ovoj tranziciji kroz prakse procene, planiranja, koordinacije i zastupanja koje uvažavaju ekološku kompleksnost i faze oporavka (van Wormer & Davis, 2018). Istovremeno, potrebna je dublja eksploracija ličnih narativa, značenja i strategija oporavka, gde socijalni rad, sa naglaskom na snage, diverzitet i participaciju, može dati značajan doprinos (Jacobson *et al.*, 2006). Konačno, nalazi naglašavaju potrebu za komplementarnim mikro i makro intervencijama koje adresiraju strukturalne barijere oporavku, gde su socijalni radnici i radnice pozvani da zagovaraju za politike i programe koji promovišu dostupnost ključnih resursa oporavka i izgradnju inkluzivnih zajednica (Laudet & Humphreys, 2013; White, 2009).

### 3.5. Upravljanje oporavkom, kontinuum zaštite i sistemi zaštite usmereni na oporavak

Perspektive tretmana poremećaja uzrokovanih korišćenjem droga sve više naglašavaju značaj sveobuhvatnog, individualizovanog i na oporavak usmerenog pristupa koji nadilazi pojedinačne intervencije i obuhvata mrežu podrške u različitim životnim domenima. Ova promena paradigme od akutnog modela lečenja ka modelu dugoročne brige o oporavku podstaknuta je razumevanjem kompleksne prirode zavisnosti, različitih putanja oporavka i potrebom za integrisanim i kontinuiranim uslugama (Laudet, 2013; White, 2008). U središtu ove perspektive su međusobno povezani koncepti upravljanja oporavkom, kontinuumom zaštite i sistema usmerenog na oporavak, koji operacionalizuju principe podrške oporavku na tri ključna nivoa - rada sa pojedincem, organizacije usluga i dizajniranja sistema. Ovi koncepti su prepoznati kao ključni elementi efektivnog odgovora na brojne, složene i promenjive potrebe osoba koje se suočavaju sa problemima povezanim sa zavisnošću (Kelly & White, 2010; McLellan *et al.*, 2005; SZO i UNODC, 2020; White, 2008). Kao takvi, ugrađeni su u Međunarodne standarde za lečenje poremećaja uzrokovanih korišćenjem droge (SZO i UNODC, 2020).

Upravljanje oporavkom (eng. *recovery management*) odnosi se na sveobuhvatan, na osobu usmeren pristup planiranja i koordinacije usluga i intervencija kako bi se podržao dugoročni proces oporavka (White & Kelly, 2011). Na nivou direktnog rada sa korisnikom odnosno korisnicom, upravljanje oporavkom prepoznaje individualne putanje i faze oporavka i nastoji da obezbedi integrisanu podršku kroz spektar relevantnih domena, uključujući fizičko i mentalno zdravlje, socijalnu podršku, stanovanje, obrazovanje, zapošljavanje, duhovnost i druge (Kelly & White, 2010). Ključni zadaci su procena multidimenzionalnih potreba, razvoj sveobuhvatnog plana zaštite, koordinacija različitih pružaoca usluga, praćenje napretka i odgovor na prepreke (Vanderplasschen *et al.*, 2010). Ovaj pristup je dugoročan, fleksibilan i usmeren na osnaživanje ličnih i socijalnih resursa za oporavak, uz stalno prilagođavanje nivoa intenziteta prema aktuelnim potrebama.

Koncept kontinuumom zaštite (eng. *continuum of care*) naglašava značaj postojanja mreže povezanih usluga i intervencija kroz koje korisnik ili korisnica prolazi tokom procesa oporavka (SAMHSA, 2018). Na nivou organizacije usluga, kontinuum obuhvata spektar od (rane) identifikacije, procene i upućivanja, preko detoksikacije, tretmana (rezidencijalnog, dnevnog, ambulatnog) i rehabilitacije, do postpenalne zaštite i reintegracije u zajednicu, kao i intervencije u slučaju relapsa (Mee-Lee *et al.*, 2013; White & Kelly, 2011). Ključni principi su fleksibilnost, prohodnost i povezanost između različitih nivoa i modaliteta usluga, postojanje više ulaznih tačaka,

mogućnost kretanja napred-nazad prema potrebama, razmena informacija i koordinacija između pružaoca usluga (White & Kelly, 2011). Kontinuitet se ostvaruje kako na horizontalnoj dimenziji (različite usluge u istoj fazi), tako i na vertikalnoj (različiti nivoi prema intenzitetu potreba) i obezbeđuje pružanje prave usluge u pravo vreme, prilagođene jedinstvenom sklopu snaga, potreba i preferencija osobe. U širem smislu, kontinuum zaštite obuhvata i prevenciju, ranu intervenciju, smanjenje štete, lečenje komorbidnih stanja i dugoročno upravljanje oporavkom. Ideja kontinuuma zaštite je da obezbedi prilagođen i stupnjevit sistem usluga koji odgovara na promenjive potrebe osoba kako napreduju u oporavku, umesto „jednokratnog” tretmana fiksnog trajanja.

Dok se upravljanje oporavkom fokusira na proces planiranja i koordinacije usluga za pojedinca, a kontinuum zaštite na organizaciju povezanih usluga, koncept sistema zaštite usmerenih na oporavak (eng. *recovery-oriented systems of care* - ROSC) odnosi se na strateško planiranje, dizajniranje i upravljanje sveobuhvatnom mrežom usluga i resursa na nivou zajednice ili šireg sistema koja podržava oporavak (Sheedy & Whitter, 2013). Na nivou politika i sistema, ROSC pristup zahteva promenu paradigme od akutnog ka modelu dugoročne brige o oporavku kao organizujućem principu (SAMHSA, 2010). Ključni elementi su usmerenost na potrebe korisnika i korisnica, oslanjanje na naučne dokaze, saradnja i integracija različitih službi i sektora (zdravstveni sistem, socijalna zaštita, pravosuđe, civilni sektor), razvoj raznovrsnih intervencija prema potrebama populacije, efikasna upotreba resursa, definisanje standarda kvaliteta, stabilni mehanizmi finansiranja, sistem prikupljanja i analize podataka za unapređenje sistema i smisljeno uključivanje korisnika odnosno korisnica i porodica (White, 2008).

Ovi koncepti predstavljaju značajnu inovaciju u odnosu na tradicionalne pristupe tretmanu zavisnosti, koji su bili fokusirani na akutno zbrinjavanje, postizanje apstinencije i sprečavanje relapsa, često kroz standardizovane, vremenski ograničene i na problem usmerene intervencije (Laudet, 2013). Nasuprot tome, upravljanje oporavkom, kontinuum zaštite i ROSC stavljaju u prvi plan dugotrajnu podršku ličnom i socijalnom blagostanju osobe, uvažavajući heterogenost i dinamičnost procesa oporavka. Oni naglašavaju značaj dostupnosti različitih vrsta i nivoa podrške tokom vremena, prilagođenih individualnim potrebama, snagama i okolnostima. Takođe, ovi pristupi prepoznaju važnost pružanja integrisane podrške u različitim životnim domenima (zdravlje, stanovanje, zapošljavanje, obrazovanje, socijalni odnosi), kao i značaj angažovanja neformalnih sistema podrške (porodica, prijatelji, vršnjaci po proživljenom iskustvu, zajednica). Konačno, oni naglašavaju potrebu za transformacijom širih sistema i politika kako bi se stvorilo okruženje koje podržava oporavak, uključujući destigmatizaciju, dostupnost resursa i mogućnosti za socijalnu inkluziju.

Istraživanja pokazuju da implementacija ovih modela može značajno unaprediti pristup, prijemčivost, kvalitet i ishode usluga za osobe sa problemima povezanim sa zavisnošću (Dennis & Scott, 2007; Kirk, 2010). Na primer, implementacija ROSC-a je povezana sa boljom retencijom u tretmanu, smanjenjem upotrebe supstanci i kriminalnog recidivizma, unapređenjem mentalnog zdravlja, zapošljavanja i stabilnog stanovanja (Sheedy & Whitter, 2009). Slično, upravljanje oporavkom i obezbeđivanje kontinuuma usluga doprinose smanjenju zdravstvenih rizika, unapređenju socijalnog funkcionisanja i kvaliteta života (Dennis & Scott, 2007).

Uprkos potvrđenoj efektivnosti u različitim kontekstima, primena modela upravljanja oporavkom, kontinuuma zaštite i ROSC-a se suočava sa brojnim izazovima, uključujući fragmentaciju i nefleksibilnost postojećih sistema, manjak resursa, otpor promenama, stigmatu i šire socijalne nejednakosti. Stoga je za razvoj i održivost ovih modela neophodan strateški i sveobuhvatan pristup koji uključuje podizanje svesti, razvoj podržavajućih politika, obezbeđivanje adekvatnog finansiranja, jačanje saradnje između različitih aktera, obuku profesionalaca, razvoj inovativnih programa prilagođenih različitim populacijama, i zagovaranje širih društvenih promena (Kelly & White, 2011).

Kada je reč o situaciji u Srbiji, koncepti upravljanja oporavkom, kontinuuma zaštite i sistema usmerenih na oporavak još uvek nisu u potpunosti uvaženi i implementirani. Ipak, određeni elementi ovih pristupa mogu se prepoznati u radu pojedinih programa i inicijativa, poput terapijskih zajednica, socioterapijskih klubova i integrativnih programa tremana zasnovanih na ekosistemskom pristupu dr Branka Gačića. Ovi programi integrišu psihosocijalne intervencije, podstiču uključivanje porodice i društvene mreže, te naglašavaju važnost dugotrajne podrške i reintegracije u zajednicu (Gačić, 1992, 2013; Dragišić Labaš i Ljubičić, 2012; Dragišić Labaš i Nastasić, 2012; Lažetić, 2011; Potrebić, 2005; Zajednica klubova lečenih alkoholičara Srbije - ZKLAS, 2024). Ekosistemski pristup tretmanu zavisnosti i aktuelni pristupi upravljanja oporavkom, kontinuuma zaštite i sistema usmerenih na oporavak dele holistički pogled na zavisnost i oporavak, prepoznajući složenu međuigru individualnih, relacionih i sredinskih faktora u etiologiji i tretmanu ovog problema. Istovremeno, oni naglašavaju važnost sveobuhvatne procene potreba i prilagođavanja intervencija specifičnom kontekstu i fazi oporavka svake osobe. Takođe, svi ovi modeli ističu značaj uključivanja porodice i bliskog okruženja u proces tretmana i pružanja integrisane podrške kroz različite domene funkcionisanja (Gačić, 2013; Kelly & White, 2010; SAMHSA, 2010).

Međutim, postoje i značajne razlike u fokusu i obimu ovih pristupa. Ekosistemski model stavlja naglasak na kreiranje terapijskog sistema (porodice, zajednice) koji će, kroz strogo strukturiran i etapni proces lečenja u rezidencijalnim uslovima, omogućiti kompletnu ličnu i socijalnu rehabilitaciju osobe koja se oporavlja. S druge strane, modeli upravljanja oporavkom, kontinuuma zaštite i ROSC-a u većoj meri naglašavaju fleksibilnost, prilagođenost i prohodnost različitih tipova i nivoa usluga koje mogu odgovoriti na promenjive potrebe osoba u različitim fazama oporavka, uključujući i dugotrajnu podršku u zajednici (White & Kelly, 2011). Dok se ekosistemski pristup primarno fokusira na rezidencijalni tretman kao optimalnu sredinu za promenu, ovi modeli stavljaju veći naglasak na diverzitet puteva oporavka i značaj održavanja kontinuiteta nege kroz različite modalitete i faze tretmana, uz isticanje da se oporavak primarno odvija u zajednici (Best & de Alwis, 2017). Takođe, modeli upravljanja oporavkom, kontinuuma zaštite i ROSC-a eksplicitnije naglašavaju potrebu za transformacijom širih sistema i politika kako bi se stvorilo okruženje naklonjeno oporavku. Oni pozivaju na šire društvene i zakonodavne promene usmerene na smanjenje stigme, obezbeđivanje dostupnosti različitih resursa za oporavak, podršku socijalnom uključivanju i poštovanju ljudskih prava osoba koje se suočavaju sa zavisnošću (SAMHSA, 2010; White & Kelly, 2011). Iako ekosistemski pristup prepoznaje važnost šire društvene sredine, on se u većoj meri fokusira na kreiranje podržavajuće sredine unutar samog tretmana.

Stoga puna implementacija ovih modela u Srbiji tek predstoji i zahteva prevladavanje određenih izazova. Uprkos identifikovanim snagama, dominantni sistem tretmana je još uvek usmeren na medicinske intervencije u specijalističkim ustanovama sa nedovoljnom dostupnošću psihosocijalnih usluga i slabim vezama sa drugim sistemima (EMCDDA, 2017; Milosavljević, 2002; Ministarstvo zdravlja RS, 2022; Nacionalna strategija za sprečavanje zloupotrebe droga za period 2014-2021. godine). Odsustvo intenzivne i adekvatne saradnje i koordinacije između različitih pružaoca usluga (zdravstveni, socijalni, pravosudni, obrazovni sistem, udruženja) značajno otežava pružanje kontinuirane i sveobuhvatne podrške (Milosavljević, 2002; Žegarac, 2015). Razvoj sistema upravljanja oporavkom, kontinuuma usluga i ROSC-a zahteva uspostavljanje efikasnih mehanizama saradnje i razmene informacija između aktera, kao i jasno definisanje uloga i odgovornosti u pružanju integrisane podrške, što može zahtevati promene u organizacionoj kulturi, praksama i dodatne resurse. Značajna prepreka je i nedovoljna diverzifikovanost i dostupnost različitih programa i usluga koje odgovaraju na specifične potrebe različitih grupa u oporavku, poput žena, mladih, osoba sa komorbiditetima, pripadnika manjinskih zajednica i dr. (Jovanović, Pavun i Pavun, 2013; Raketić i Dimoski, 2013; Vučković *i sar.*, 2012). Razvoj sistema vođenih oporavkom podrazumeva širenje lepeze dostupnih opcija podrške, uključujući različite psihosocijalne tretmane, farmakoterapiju, programe smanjenja štete, usluge vršnjačke podrške, službe za podršku u zapošljavanju, stanovanju i obrazovanju, grupe samopomoći i dr. (SAMHSA,

2010). Ovo zahteva značajna finansijska ulaganja, ali i kreativnost u korišćenju postojećih resursa zajednice. Takođe, snažna prepreka razvoju ROSC-a u Srbiji je i visoka stigmatizacija osoba koje se suočavaju sa zavisnošću, što otežava njihovu socijalnu inkluziju i pristup resursima za oporavak. Potrebne su šire društvene akcije usmerene na promenu stavova i odnosa prema ovoj populaciji, uključujući senzibilizaciju javnosti, borbu protiv diskriminacije i osnaživanje samih osoba u oporavku da se zalažu za svoja prava i samoorganizuju. Ovo zahteva saradnju različitih aktera, poput medija, obrazovnih institucija, organizacija civilnog društva i kreatora politika (Milosavljević, 2002).

Međutim, uprkos ovim izazovima, u Srbiji postoje i značajne mogućnosti i resursi za razvoj sistema upravljanja oporavkom. Postojeći primeri dobre prakse, poput integrativnih programa lečenja i rehabilitacije (Gačić, 2013), predstavljaju solidnu osnovu na kojoj se mogu graditi sveobuhvatniji modeli podrške. Njihova evaluacija, unapređivanje i širenje kroz sistem, uz adekvatnu podršku i koordinaciju, može biti važan korak u ovom procesu. Takođe, sistem socioterapijskih klubova, terapijskih zajednica, organizacija vršnjačke podrške, organizacija koje sprovode programe smanjenja štete i udruženja za zaštitu prava osoba koje se suočavaju sa zavisnošću predstavlja dragocen resurs (Ministarstvo zdravlja RS, 2022). Ove inicijative mogu pružiti autentične uvide o potrebama i snagama zajednica oporavka, doprineti kreiranju prilagođenijih usluga i zagovarati sistemske promene. Njihovo osnaživanje i smisleno uključivanje u proces planiranja i pružanja usluga je ključno za razvoj sistema okrenutog oporavku.

Pored toga, socijalni radnici i radnice, sa svojim veštinama procene, planiranja, koordinacije usluga, umrežavanja i zastupanja, mogu biti značajni pokretači transformacije sistema (White & Cloud, 2008). Oni procenjuju snage i potrebe osobe u kontekstu njenog okruženja, kreiraju individualizovane planove zaštite kombinujući formalne i neformalne resurse podrške, koordiniraju različite pružaoce usluga osiguravajući kontinuitet zaštite, grade partnerske odnose sa korisnicima i korisnicama podstičući njihovo osnaživanje, i rade na unapređenju dostupnosti i kvaliteta usluga zastupajući razvoj na oporavak usmerenih programa (Mueser *et al.*, 2002; Raiff & Shore, 1993; SAMHSA, 2015). Jačanje njihovih kompetencija za primenu pristupa zasnovanih na oporavku i osnaživanje njihove uloge kao zastupnika i lidera promena predstavlja važnu mogućnost za unapređenje prakse. Takođe, na makro nivou, usklađivanje nacionalnih politika sa principima ROSC-a, unapređenje normativnog okvira u pravcu podrške diverzifikaciji i kontinuitetu usluga, smanjenja stigme i zaštite prava osoba u oporavku, kao i obezbeđenje adekvatnih resursa, predstavlja značajnu polugu za sistemske promene (Ministarstvo zdravlja RS, 2022).

Konačno, dalji razvoj partnerstva sa međunarodnim organizacijama i mrežama koje promovišu modele dobre prakse (poput EMCDDA, Recovery Research Network, International Society of Addiction Medicine i dr.), uz razmenu iskustava sa zemljama koje su dalje odmakle u razvoju ROSC-a, može pružiti dragocene smernice i podršku procesu transformacije u Srbiji.

Transformacija sistema tretmana ka sveobuhvatnom i integrisanom modelu oporavka svakako nije ni lak ni brz proces. Međutim, implementacija upravljanja oporavkom, razvoj kontinuuma povezanih usluga i izgradnja sistema podrške oporavku u zajednici predstavljaju obećavajuće pravce za unapređenje dostupnosti, efikasnosti i efektivnosti tretmana zavisnosti. Uz ulaganja u edukaciju profesionalaca, osnaživanje korisničkih inicijativa i kreiranje podržavajućeg pravnog i organizacionog okvira, ovaj pristup bi mogao značajno unaprediti blagostanje i socijalnu inkluziju osoba koje se suočavaju sa problemima povezanim sa korišćenjem droga u našoj zemlji. Kontinuirano osnaživanje ovih potencijala, uz istrajnost, posvećenost i participaciju svih aktera, može voditi postepenom oblikovanju sistema koji će pružiti svakoj osobi mogućnost da pronađe svoj put oporavka i izgradi ispunjen život u zajednici.



## **ČETVRTI DEO: KAPITAL OPORAVKA**

## 4. KAPITAL OPORAVKA

### 4.1. Teorija socijalnog kapitala i koncept kapitala oporavka

Koncept kapitala oporavka ima svoje teorijske korene u široj teoriji socijalnog kapitala, koja je stekla značajnu pažnju u društvenim naukama tokom poslednjih decenija. Socijalni kapital se odnosi na „karakteristike društvene organizacije, poput mreža, normi i poverenja, koje olakšavaju koordinaciju i saradnju za uzajamnu korist” (Putnam, 1995:67), odnosno na materijalne i nematerijalne koristi dobijene direktno ili indirektno kroz učešće u društvenim mrežama. Ova teorija sugerira da socijalne veze i resursi ugrađeni u te veze predstavljaju oblik „kapitala” koji pojedincima i zajednicama može doneti različite benefite, poput boljeg zdravlja, obrazovanja, zaposlenja i građanske participacije (Bourdieu, 1986; Coleman, 1988).

Pjer Burdije (Bourdieu, 1980, 1985) i Džejms Kolman (Coleman, 1988, 1990) su dali značajan doprinos razvoju teorije socijalnog kapitala. Burdije je definisao socijalni kapital kao „agregat stvarnih ili potencijalnih resursa, koji su povezani sa posedovanjem trajne mreže više ili manje institucionalizovanih odnosa međusobnog poznavanja ili priznavanja” (1985:248). On je pravio razliku između različitih tipova kapitala (ekonomski, kulturni, socijalni i simbolički), koji određuju društveni položaj pojedinca, i smatrao da su ti oblici kapitala isprepletano vezani za nečije društvene odnose, govoreći o „efektu multiplikacije” (Bourdieu, 1980). Na primer, društveni odnosi mogu pomoći pojedincu da akumulira ekonomski kapital obezbeđujući pristup poslovima ili informacijama o sticanju bogatstva kroz investicije. Društveni odnosi su takođe sredstvo koje promovira društvene i kulturne norme.

Nasuprot njemu, Kolman je posmatrao socijalni kapital kao kolektivni skup resursa, koji postoji unutar strukture društvenih mreža, a ne kao resurs na nivou pojedinca. On je tvrdio da društveni kapital „...nije jedan entitet, već niz različitih entiteta, koji imaju dve zajedničke karakteristike: svi se sastoje od nekog aspekta društvene strukture i olakšavaju određene radnje aktera – bilo osoba ili korporacija – koji su unutar strukture” (1988:98). U ovom pogledu, socijalni kapital je endogen za društvenu strukturu. Poput Burdijea, Kolman je verovao da se socijalni kapital može koristiti za razvoj drugih oblika kapitala, posebno humanog kapitala, koji je definisao kao unutrašnje resurse kao što su intelekt, veštine, znanje, osobine, mentalno i fizičko zdravlje osobe. Ova perspektiva socijalnog kapitala bavi se mrežnim procesima i mehanizmima koji omogućavaju stvaranje kapitala.

Primena teorije socijalnog kapitala na polje oporavka od zavisnosti prvi put se javlja u radovima Roberta Grenfilda i Viliijama Klauđa (Granfield, & Cloud, 1999; Cloud & Granfield, 2001, 2008). Ovi autori su proširili rad društvenih teoretičara vezano za koncept socijalnog i drugih oblika kapitala (Bourdieu, 1985; Bourdieu & Wacquant, 1992; Coleman, 1988; Hagan & McCarthy, 1997; Putnam, 1993; Teachman, Paasch & Carver, 1997) i integrisali su ga sa nalazima sopstvenih studija o spontanom oporavku (oporavku bez tretmana i profesionalne podrške). Kako bi označili skup resursa na koje se neko može osloniti prilikom iniciranja i održavanja procesa oporavka od zavisnosti, skovali su termin „kapital oporavka” i na taj način koncipirali teorijski okvir za izučavanje iskustava ljudi u oporavku od zavisnosti. Oni su takođe ukazivali na značaj koji društvene mreže i odnosi mogu imati u oblikovanju ishoda i ponašanja ljudi i fokusirali su se na ulogu koji prisutnost, dostupnost i kvalitet različitih tipova resursa ima u započinjanju i održavanju procesa oporavka od zavisnosti. Takođe, isticali su značaj njihovih međusobnih odnosa. Osnovni konceptualni model kapitala oporavka najpre su opisali kroz tri domena: humani, fizički i socijalni (Granfield & Cloud, 1999, 2001), a kasnije su ga revidirali i dopunili domenom kulturnog kapitala (Cloud & Granfield, 2008). Ovi oblici kapitala se, prema autorima, međusobno prepliću i mogu imati kumulativne efekte na proces oporavka.

Pojam kapitala implicira da resursi mogu biti: poput materijalnih, direktno iskoristivi ili poput investicija koje dugoročno mogu doneti koristi (Cleveland *et al.*, 2021). Na isti način, kapital oporavka može poprimiti vrlo različite oblike u zavisnosti od osobe, konteksta i vremena i svaki od njih može pružiti koristi koje postaju očigledne u različitim vremenskim periodima. Resursi mogu biti akumulirani ili iscrpljeni tokom vremena i važni su za sve faze oporavka, mada se njihov značaj može menjati u pojedinačnim fazama oporavka (Cloud & Granfield, 2008; Granfield & Cloud, 1999; Vučinić Jovanović, 2021; White & Cloud, 2008).

Klaud i Grenfield su isticali da kapital oporavka nije ravnomerno distribuiran među pojedincima, pojedinkama i društvenim grupama, da nemaju svi jednak pristup istim tipovima resursa i da je kapital oporavka u značajnoj meri određen socioekonomskim položajem osobe (Cloud & Granfield, 2001). U skladu sa tim, oni su u revidiranom modelu kapital oporavka operacionalizovali duž kontinuuma sa pozitivnim i negativnim polom. Premda su uvek prisutni faktori koji su u negativnoj interakciji sa oporavkom, čime se objašnjava to da i osobe sa visokom količinom kapitala oporavka mogu imati teškoća sa započinjanjem i održavanjem oporavka, negativni kapital uključuje barijere koje umanjuju mogućnosti osobe da se uspešno nosi sa izazovima oporavka i sprečavaju njeno napredovanje na ovom putu (Cloud & Granfield, 2008).

Kapital oporavka nije statičan koncept niti su njegove vrednosti fiksne. On može biti razvijan i jačan aktivnošću osobe i putem ciljane podrške tokom vremena. Njegovo uvećanje zavisi od personalnih, interpersonalnih, organizacionih i društvenih faktora (Cano *et al.*, 2017; Hennesy, 2017; Vučinić Jovanović, 2021; White & Cloud, 2008). Odnos između kapitala oporavka i procesa oporavka je dvosmeran - kapital oporavka pomaže osobama da postignu oporavak, a bivanje u oporavku im pomaže da steknu veći pristup kapitalu oporavka (Cloud & Granfield, 2001; Kelly & Hoepfner, 2015). Tako podrška porodice, finansijska stabilnost, zdravstveno osiguranje i dostupnost različitih opcija u pogledu tretmana i usluga za podršku oporavku mogu pozitivno uticati na ishode tretmana i oporavka. Sa druge strane, započinjanje i održavanje oporavka mogu izgraditi i uvećati kapital oporavka. Npr. osobe tokom tretmana mogu steći veštine prevladavanja, osnažiti ličnu motivaciju ili razviti nove socijalne veze i osećaj pripadnosti tokom učešća u grupnom radu. Kako osobe izgrađuju i uvećavaju kapital oporavka, mogu iskusiti to da im je lakše da održavaju apstinenciju/kontrolu nad upotrebom PAS i pristupaju resursima koji su im potrebni da bi podržali sopstveni oporavak.

Važna implikacija koncepta kapitala oporavka je da oporavak ne zavisi samo od individualnih faktora poput motivacije ili težine zavisnosti, već i od šireg socijalnog konteksta i dostupnosti različitih vrsta resursa. Osobe sa višim nivoima socijalnog, ekonomskog i kulturnog kapitala na početku tretmana mogu imati veće šanse za uspešan i održiv oporavak, dok oni sa manjim rezervama ovih resursa mogu zahtevati intenzivniju i sveobuhvatniju podršku (Granfield & Cloud, 1999; White & Cloud, 2008). Ovo sugerise potrebu za sistemskim intervencijama koje nadilaze individualni nivo i ciljaju izgradnju kapitala oporavka na nivou porodica, zajednica i društva.

Teorija i istraživanja kapitala oporavka pružaju važnu dopunu dominantno individualističkim modelima tretmana bolesti zavisnosti. Usmeravajući pažnju na socijalni kontekst i ekologiju oporavka, ovaj okvir je kompatibilan sa osnovnim vrednostima i principima prakse socijalnog rada, poput holističkog pristupa, osnaživanja, utemeljenosti u zajednici i socijalne pravde (Kretzmann & McKnight, 1993; Saleebey, 1996). On poziva na šire, kolektivne odgovore na problem zavisnosti, koji mobilisu snage i resurse na svim nivoima sistema, od porodice do šire zajednice i društva. Teorija i praksa socijalnog rada bi mogle imati značajne koristi od uključivanja ovog koncepta radi šireg razumevanja socijalnih mreža i socijalne podrške i onoga što je nusproizvod njihove interakcije: pristup resursima i mogućnostima. Multidimenzionalnost koncepta omogućava proširivanje našeg razumevanja varijeteta faktora, koji se međusobno ukrštaju i koji

utiču na oporavak od zavisnosti izvan onog fokusiranog na individuu kako bi uključio mezo i makro dinamiku strukturnih barijera (Hawkins & Maurer, 2012; Hennessy, 2017).

#### 4.1.1. Lični kapital oporavka

Lični kapital oporavka predstavlja jednu od ključnih domena šireg koncepta kapitala oporavka i, u kontekstu originalnog modela Grenfilda i Klauda (Granfield & Cloud, 1999; Cloud & Granfield, 2001, 2008), objedinjuje domene fizičkog i humanog ili ljudskog kapitala oporavka.

Fizički kapital oporavka se odnosi na materijalne resurse koji povećavaju opcije kada je u pitanju oporavak. Ovi resursi uključuju prihode, ušteđevinu, nekretnine, automobil, zdravstveno osiguranje, kao i sredstva i uslove za zadovoljenje osnovnih potreba za hranom i stanovanjem (Granfield & Cloud, 1999). Posedovanje finansijske stabilnosti i sigurnosti može značajno olakšati pristup kvalitetnom tretmanu, omogućiti zdravije životne uslove i smanjiti stres povezan sa ekonomskom nesigurnošću. Istraživanja su pokazala da su niži socioekonomski status i finansijski problemi povezani sa težim oblicima zavisnosti, manjom verovatnoćom traženja pomoći i lošijim ishodima oporavka (Galea & Vlahov, 2002). S druge strane, pristup materijalnim resursima može pružiti osobi više mogućnosti za angažovanje u podržavajućim aktivnostima, poput obrazovanja, rekreacije ili više opcija tretmana, koje mogu obogatiti proces oporavka (Cloud & Granfield, 2008).

Sa druge strane, humani kapital oporavka pokriva širok spektar ljudskih atributa kao nematerijalnih resursa koji osobi obezbeđuju ostvarivanje ciljeva oporavka (Granfield & Cloud, 1999): znanja, obrazovanje, veštine, nade i aspiracije, fizičko i mentalno zdravlje i nasleđe. On obuhvata set kognitivnih, emocionalnih i bihevioranih kompetencija koje omogućavaju osobi da inicira, održava i napreduje u oporavku uprkos brojnim izazovima i preprekama (Granfield & Cloud, 1999; Sterling *et al.*, 2008).

Fizički i humani kapital oporavka su u stalnoj interakciji i mogu se međusobno osnažiti. Na primer, pristup finansijskim resursima može omogućiti osobi da se uključi u edukacije ili treninge koji grade samoeфикаsnost i životne veštine. Istovremeno, veće kognitivne i emocionalne kompetencije mogu pomoći osobi da ефикаsnije upravlja materijalnim resursima i donosi informisane odluke o njihovom korišćenju.

Prema Klaudu i Grenfieldu (2008), lični kapital uključuje resurse poput samoeфикаsnosti, nade, optimizma, životnih veština, sposobnosti emocionalne regulacije, spiritualnosti i posvećenosti oporavku. Ovi resursi se mogu posmatrati kao „unutrašnji sklop alata" koji pomaže osobi da se nosi sa stresorima, donosi zdrave odluke, postavlja i ostvaruje ciljeve i održava motivaciju za promenom. Oni predstavljaju ključne zaštitne faktore koji moderiraju odnos između rizika povezanih sa zavisnošću i ishoda oporavka (Kelly & Hoepfner, 2015).

Samoeфикаsnost, definisana kao uverenje osobe u sopstvenu sposobnost da uspešno izvrši određeno ponašanje ili savlada izazov (Bandura, 1997), jedan je od najšire istraživanih aspekata ličnog kapitala u kontekstu oporavka. Brojna istraživanja su pokazala da je viši nivo samoeфикаsnosti na početku tretmana povezan sa boljim ishodima, uključujući dužu apstinenciju, manju verovatnoću recidiva i veće uključivanje u aktivnosti oporavka (Kadden & Litt, 2011; Moos & Moos, 2007a). Specifično, uverenje osobe da može uspešno prevladati žudnju, izbegavati visokorizične situacije i primeniti strategije prevencije relapsa pokazalo se kao snažan prediktor održavanja pozitivnih promena ponašanja (Maisto *et al.*, 2000). Stoga, u kontekstu specifičnih samoeфикаsnosti vezanih za započinjanje i promenu zavisničkog ponašanja posebno možemo izdvojiti samoeфикаsnost prevladavanja rizika od upotrebe PAS (Kadden & Litt, 2011; Marlatt, Baer & Quigley, 1995).

Optimizam, ili generalizovano očekivanje pozitivnih ishoda u budućnosti (Carver *et al.*, 2010), takođe se pokazao kao važan resurs ličnog kapitala oporavka. Studije sugerišu da individue sa višim nivoima optimizma imaju veću verovatnoću da potraže pomoć, ostanu uključene u tretman i održe apstinenciju tokom vremena (Strack *et al.*, 1987; Laudet & White, 2008). Optimistični pojedinci i pojedinke su skloniji da koriste aktivne i na problem usmerene strategije prevladavanja, održavaju nadu i istrajnost uprkos preprekama i pripisuju neuspehe prolaznim i specifičnim faktorima (Forgeard & Seligman, 2012).

Nada, kao pozitivno motivaciono stanje odnosno snaga ljudi da jasno konceptualizuju ciljeve, pronalaze načine da ostvare te ciljeve i iniciraju i održe motivaciju tokom primene strategija za postizanje ciljeva (Snyder *et al.*, 2000), prepoznaje se kao jedan od ključnih komponenti ličnog kapitala oporavka i protektivan faktor u oporavku od zavisnosti. Pristup intervencijama usmerenim na oporavak u oblasti mentalnog zdravlja i adiktologije, CHIME, ističe da ljudski odnosi generišu osećaj nade da je oporavak dostižan, a ta nada zatim pokreće krug smislenih aktivnosti, osećaj osnaženosti i razvoj pozitivnog identiteta, čime doprinosi širenju i „zaraznosti” oporavka (Best, 2019; Leamy *et al.*, 2011).

Životne veštine, poput rešavanja problema, donošenja odluka, komunikacije i asertivnosti, predstavljaju još jednu važnu komponentu ličnog kapitala oporavka. Ove veštine omogućavaju osobi da efikasno upravlja svakodnevnim zahtevima i stresorima, gradi zdrave odnose, ostvaruje lične ciljeve i aktivno učestvuje u sopstvenom oporavku (WHO, 1994). Istraživanja pokazuju da treninzi životnih veština, kao sastavni deo tretmana zavisnosti, mogu značajno unaprediti psihosocijalno funkcionisanje, smanjiti simptome i rizik od recidiva i povećati kvalitet života osoba koje se oporavljaju (Botvin & Griffin, 2004).

Emocionalna regulacija, ili sposobnost osobe da prati, razume i upravlja sopstvenim emocionalnim stanjima (Gross, 2013), takođe spada u ključne aspekte ličnog kapitala oporavka. S obzirom da se zavisnost često razvija kao oblik maladaptivnog prevladavanja neprijatnih emocija, razvoj zdravijih strategija emocionalne regulacije je od ključnog značaja za održavanje apstinencije/kontrole nad upotrebom PAS i opšte blagostanje (Parker *et al.*, 2008). Zaista, studije sugerišu da su deficiti u emocionalnoj svesnosti, prihvatanju i regulaciji povezani sa težim oblicima zavisnosti, dok su viši nivoi ovih veština povezani sa boljim ishodima tretmana (Berking *et al.*, 2011).

Spiritualnost, shvaćena kao potraga za smislom, svrhom i povezanošću sa sobom, drugima i transcendentnim (Cook, 2004), takođe se može posmatrati kao forma ličnog kapitala oporavka. Mnoštvo istraživanja je dokumentovalo pozitivne efekte spiritualnosti i religioznosti na ishode tretmana zavisnosti, uključujući višu stopu apstinencije, ređi relaps, veće psihičko blagostanje i jaču socijalnu podršku (Koenig *et al.*, 2012; Kelly *et al.*, 2011). Pretpostavlja se da duhovne i religiozne prakse pružaju osećaj smisla, nade i pripadanja, promovišu zdrave načine prevladavanja i povezuju osobu sa izvorima podrške u zajednici (Lyons *et al.*, 2010; Sremac, 2012).

Posvećenost oporavku, koja se manifestuje kroz prihvatanje lične odgovornosti, spremnost na promenu i aktivno angažovanje u aktivnostima oporavka, takođe je ključna komponenta ličnog kapitala (Laudet & White, 2008). Osobe sa snažnijom posvećenošću oporavku su sklonije da traže pomoć, redovno pohađaju sastanke grupa samopomoći, razvijaju nove hobije i interesovanja i održavaju zdrave rutine (Morgenstern *et al.*, 1997). Ova proaktivna usmerenost na oporavak može služiti kao protektivni faktor protiv relapsa i osnažiti osećaj lične agensnosti i kontrole (DiClemente *et al.*, 1999).

U istraživanjima se lični kapital oporavka često operacionalizuje i kroz pet dimenzija koje su obuhvaćene *Skalom procene kapitala oporavka* (ARCS, Groshkova, Best & White, 2013). Ove dimenzije uključuju globalno psihičko zdravlje, koje se odnosi na opšte mentalno zdravlje, emocionalnu stabilnost i odsustvo psihičkih tegoba koje mogu ometati proces oporavka i

svakodnevno funkcionisanje osobe, kao i globalno fizičko zdravlje, koje podrazumeva opšte telesno zdravlje i odsustvo fizičkih bolesti ili tegoba. Pored toga, dimenzija upravljanja rizicima se odnosi na sposobnost osobe koja se oporavlja od zavisnosti da prepozna, proceni i adekvatno reaguje na potencijalno rizične situacije ili aktivnosti koje bi mogle ugroziti njenu apstinenciju i proces oporavka, oslanjajući se na svoju samoefikasnost i veštine donošenja informisanih odluka. Dimenzija prevladavanja i životnog funkcionisanja obuhvata sposobnost osobe da se efikasno suočava sa stresom i izazovima, održavajući pritom adekvatan nivo funkcionisanja u različitim životnim sferama, što predstavlja važan resurs u procesu oporavka. Konačno, dimenzija iskustva oporavka se odnosi na subjektivni doživljaj i percepciju sopstvenog procesa oporavka od bolesti zavisnosti, uključujući procenu napretka, izazova, uspeha i ličnog rasta kroz iskustvo oporavka. Sve ove dimenzije zajedno čine složeni sklop ličnog kapitala oporavka, koji reflektuje unutrašnje resurse i snage neophodne za uspešno prevladavanje izazova na putu izlaska iz zavisnosti i koji inkorporira unutrašnje resurse samoefikasnosti, nade, optimizma, životnih veština, sposobnosti emocionalne regulacije, spiritualnosti i posvećenosti oporavku.

Iz perspektive socijalnog rada, razumevanje i jačanje ličnog kapitala oporavka ima nekoliko važnih implikacija za praksu i istraživanja. Pre svega, ono poziva na sveobuhvatnu procenu ne samo deficita i rizika, već i snaga, veština i aspiracija osobe koja se oporavlja od zavisnosti. Instrumenti procene u socijalnoj zaštiti (Žegarac i Džamonja Ignjatović, 2010) poput *Upitnika snaga i teškoća*, *Liste ličnih snaga* i dr., ali i skale za procenu snaga i izazova u oporavku od zavisnosti kao što su *Skala procene kapitala oporavka* (ARCS, Groshkova, Best & White, 2013) ili *Skala snaga i barijera u oporavku* (*Strengths and Barriers Recovery Scale – SABRS*, Best, Vanderplassen & Nišić, 2020) mogu pomoći u sistematskom mapiranju različitih aspekata ličnog kapitala i unaprediti planiranje tretmana. Dalje, ono sugerise potrebu za integrisanjem intervencija usmerenih na izgradnju samoefikasnosti, optimizma, životnih veština, emocionalne regulacije i drugih ključnih resursa u standardni tretman zavisnosti. Pristupi poput kognitivno-bihejvioralne terapije (Beck, 2011), treninga životnih veština (Botvin & Griffin, 2004), *mindfulness*-a (Bowen *et al.*, 2014) i logoterapije (Schulenberg *et al.*, 2008) pokazali su se efikasnim u jačanju ovih kapaciteta i unapređenju ishoda oporavka. Takođe, ono naglašava važnost kontinuiranog praćenja i osnaživanja ličnih resursa tokom različitih faza oporavka. S obzirom da se izazovi i potrebe menjaju tokom vremena, pružanje prilagođene podrške u razvoju i mobilizaciji ličnog kapitala može biti ključno za održavanje dugoročne stabilnosti i rasta (Shumway *et al.*, 2011). Ovo može uključivati povezivanje sa grupama samopomoći, mentorima i drugim izvorima kontinuiranog podsticaja i ohrabrenja.

Konačno, teorija kapitala oporavka i koncept ličnog kapitala oporavka pozivaju na kritičko preispitivanje dominantnih diskursa o zavisnosti kao rezultatu „slabe volje” i oporavku kao primarno individualnoj odgovornosti. Iako priznaju ulogu lične agencnosti i kapaciteta, oni takođe naglašavaju socijalnu i strukturnu uslovljenost mogućnosti za razvoj i ispoljavanje ovih resursa (Cloud & Granfield, 2008).

U tom smislu, socijalni rad ima ključnu ulogu u balansiranju perspektiva snage i strukture u razumevanju i podršci oporavku. S jedne strane, praktičari/praktičarke i istraživači/istraživačice mogu raditi na osnaživanju ličnih resursa i kapaciteta osoba u oporavku kroz individualizovane, na snage usmerene intervencije i narative. S druge strane, oni mogu koristiti ove uvide za zagovaranje širih socijalnih i političkih promena usmerenih na stvaranje okruženja koja neguju i afirmišu ove potencijale - kroz obezbeđivanje pristupa obrazovanju, zapošljavanju, stanovanju, nezi i drugim ključnim resursima za blagostanje. U tom smislu koncept ličnog kapitala oporavka pruža vredan okvir za razumevanje i osnaživanje individualnih resursa, snaga i kapaciteta koji podržavaju proces prevazilaženja problema povezanih sa zavisnošću. Oslanjajući se na bogatu tradiciju istraživanja rezilijentnosti, nade i posttraumatskog rasta, ova perspektiva poziva na pomeranje fokusa sa patologije na potencijale u tretmanu i proučavanju oporavka. Istovremeno, ona poziva i na kritičko preispitivanje širih društvenih uslova koji oblikuju mogućnosti za razvoj i realizaciju ovih

potencijala. U tom preseku mikro i makro nivoa prakse leži i suštinski doprinos socijalnog rada kao discipline posvećene osnaživanju i socijalnoj pravdi.

#### 4.1.2. Socijalni kapital oporavka

Socijalni kapital oporavka predstavlja ključni domen šireg koncepta kapitala oporavka. On se može odrediti kao mreža odnosa, veza i resursa ugrađenih u te odnose koji mogu podržati proces oporavka od zavisnosti (Granfield & Cloud, 2008). Ovi resursi obuhvataju različite forme socijalne podrške, uključujući emocionalnu podršku (npr. razumevanje, empatiju), instrumentalnu podršku (npr. finansijsku pomoć, praktičnu pomoć) i informacionu podršku (npr. savete, upućivanje na resurse). Pored podrške, socijalni kapital oporavka uključuje i odgovornosti i obaveze koje proizlaze iz socijalnih veza, a koje mogu delovati kao motivator za održavanje promena (*ibid.*). Kroz ove različite mehanizme, socijalni kapital igra ključnu ulogu u izgradnji stabilnog i zdravog životnog stila u oporavku, omogućavajući osobama da prevaziđu izazove zavisnosti i razviju osećaj pripadnosti i smisla unutar svoje socijalne sredine (Best *et al.* 2016).

Socijalni kapital oporavka obuhvata socijalne veze i sisteme podrške na različitim nivoima (Granfield & Cloud, 2001). Na najužem nivou su bliski odnosi sa porodicom i prijateljima, koji pružaju emocionalnu podršku, osećaj pripadnosti i intimnosti. Sledeći nivo uključuje članstvo u grupama i organizacijama, poput grupa samopomoći ili udruženja, koje omogućavaju pristup širim mrežama podrške, informacijama i mogućnostima za angažovanje. Najširi nivo se odnosi na povezanost sa zajednicom i društvom, kroz učešće u građanskim, religioznim ili kulturnim aktivnostima, što doprinosi osećaju smisla, reciprociteta i socijalne integracije. Svaki od ovih nivoa, od interpersonalnog do šireg društvenog, sadrži jedinstvene resurse koji olakšavaju put oporavka.

Teorijske korene koncepta socijalnog kapitala oporavka nalazimo u široj teoriji socijalnog kapitala, koja naglašava vrednost socijalnih mreža i normi reciprociteta i poverenja koje iz njih proizilaze (Putnam, 2000). Prema ovoj teoriji, socijalne veze nisu samo izvor emocionalne podrške, već i kanal za pristup različitim instrumentalnim resursima, poput informacija, usluga ili materijalnih dobara (Coleman, 1988). U kontekstu oporavka od zavisnosti, socijalni kapital se posmatra kao skup relacionih resursa koji mogu olakšati pristup tretmanu, osigurati podršku za apstinenciju/kontrolu nad upotrebom PAS, povezati osobu sa mogućnostima zaposlenja ili obrazovanja i ublažiti efekte stresa i stigme (Granfield & Cloud, 2001).

Istraživanja konzistentno potvrđuju značaj socijalnog kapitala za inicijaciju i održavanje oporavka. Na primer, studije pokazuju da su osobe sa većim brojem i kvalitetom podržavajućih odnosa pre tretmana sklonije da potraže pomoć, ostanu uključene u tretman i postignu duže periode apstinencije (Dobkin *et al.*, 2002; Longabaugh *et al.*, 2010). Socijalna podrška se pokazala kao snažan prediktor pozitivnih ishoda tretmana nezavisno od modaliteta lečenja ili tipa supstance, sugerišući univerzalnu važnost relacionih resursa u prevazilaženju zavisnosti (Havassy *et al.*, 1991).

Specifično, porodični odnosi se često ističu kao ključni izvor socijalnog kapitala oporavka. Porodična kohezija, adaptabilnost i podrška za apstinenciju su povezani sa boljim angažovanjem u tretmanu, dužim periodom oporavka i nižim rizikom od relapsa (Gentzler *et al.*, 2015; Stanton & Shadish, 1997). S druge strane, porodični konflikti, upotreba supstanci među članovima porodice i ponašanja koja podržavaju upotrebu PAS mogu potkopati napore ka promenama i doprineti održavanju zavisnosti (McCrary *et al.*, 2006; Vučinić Jovanović i Hrnčić, 2022). Stoga je rad na unapređenju porodične komunikacije, rešavanju konflikata i negovanju zdravih granica često integralni deo porodične terapije i drugih intervencija u tretmanu zavisnosti (Klostermann & O'Farrell, 2013).

Pored porodičnih, vršnjački odnosi takođe igraju važnu ulogu u oblikovanju puteva oporavka. Istraživanja sugerišu da povezanost sa osobama koje koriste PAS povećava rizik od

razvoja i održavanja zavisnosti, dok povezanost sa osobama u oporavku može pružiti modele, savete i ohrabrenje za promenu (Valente *et al.*, 2004; Litt *et al.*, 2009). Proces „prirodne selekcije” ili aktivnog distanciranja od mreža upotrebe i razvoj novih, podržavajućih prijateljstava se stoga smatra ključnim zadatkom ranog oporavka (Longabaugh *et al.*, 2010). Grupe samopomoći poput Anonimnih Alkoholičara ili socioterapijski klubovi upravo pružaju strukturiran kontekst za formiranje ovih „treznih” socijalnih mreža i usvajanje normi i vrednosti oporavka (Moos, 2008).

Širi socijalni kapital na nivou zajednice i društva takođe može imati značajan uticaj na ishode oporavka. Studije pokazuju da uključenost u prosocijalne aktivnosti poput volontiranja, religioznih praksi ili građanskog aktivizma može pružiti osećaj smisla, pripadanja i „davanja nazad” koji jača motivaciju za oporavak (Zemore & Pagano, 2008; Kaskutas *et al.*, 2014). Nasuprot tome, iskustva diskriminacije, socijalne isključenosti i strukturalnih prepreka poput siromaštva ili nedostatka pristupa resursima mogu potkopati napore ka promenama i doprineti marginalizaciji osoba koje se suočavaju sa zavisnošću (Earnshaw *et al.*, 2013).

U istraživanjima se socijalni kapital oporavka često meri kroz različite dimenzije obuhvaćene *Skalom procene kapitala oporavka* (ARCS, Groshkova, Best & White, 2013). Ove dimenzije predstavljaju ključne aspekte uspešnog oporavka i uključuju nekoliko važnih elemenata. Dimenzija upotreba PAS i apstinencija se odnosi na stepen u kojem je osoba u oporavku uspeła da održi apstinenciju i smanji ili prekine upotrebu PAS. Ovo je ključni aspekt uspešnog oporavka i osnov za izgradnju stabilnog i zdravog životnog stila. Kontrola nad upotrebom supstanci omogućava osobi da se fokusira na druge aspekte svog života i izgradi temelje za dugoročno blagostanje. Dimenzija građansko angažovanje i učešće u zajednici odnosi se na stepen u kojem je osoba aktivno uključena u život svoje lokalne zajednice i društva u celini. Ovo uključuje različite forme prosocijalnog ponašanja, altruizma i doprinosa opštem dobru, što omogućava osobi da izgradi osećaj pripadnosti, smisla i reciprociteta u odnosu na svoju socijalnu sredinu. Kroz građansko angažovanje, osobe u oporavku mogu pronaći novu svrhu i doprineti društvu na pozitivne načine. Dimenzija socijalna podrška obuhvata mrežu odnosa, veza i resursa koje osoba u oporavku ima na raspolaganju. Ovi resursi pružaju emocionalnu, instrumentalnu i informacionu podršku i pomoć u procesu oporavka. Socijalna podrška je od suštinskog značaja za održavanje motivacije i otpornosti, omogućavajući osobi da se nosi sa izazovima koje oporavak donosi. Zatim, dimenzija smislene aktivnosti se odnosi na angažovanje u aktivnostima koje osoba doživljava kao svrhovite, ispunjavajuće i važne za njen lični rast i razvoj. Ove aktivnosti mogu uključivati posao, obrazovanje, hobije, volontiranje i druge aktivnosti koje donose zadovoljstvo i osećaj postignuća. Angažovanje u smislenim aktivnostima pomaže osobama u oporavku da pronađu nove interese i razviju veštine koje doprinose njihovom ukupnom blagostanju. Konačno, dimenzija stanovanje i bezbednost odnosi se na dostupnost sigurnog, stabilnog i adekvatnog smeštaja, kao i na život u bezbednom okruženju bez nasilja, kriminala ili drugih pretnji po fizičku i psihičku sigurnost osobe u oporavku. Bezbedan i stabilan dom je ključan za osećaj sigurnosti i mira, omogućavajući osobi da se fokusira na svoj oporavak bez dodatnog stresa i nesigurnosti. Kroz ove dimenzije, *Skala za procenu kapitala oporavka* omogućava holističko razumevanje različitih aspekata socijalnog kapitala koji doprinose uspešnom oporavku i dugoročnom blagostanju osoba koje se suočavaju sa zavisnošću.

Dejvid Best i saradnici su dali značajan doprinos konceptualizaciji i istraživanju socijalnog kapitala u kontekstu oporavka od bolesti zavisnosti. Njihovo razumevanje socijalnog kapitala oslanja se na radove Roberta Putnama (Putnam, 2000) i drugih teoretičara koji su ovaj koncept razvijali u sociologiji, ali ga prilagođavaju specifičnom kontekstu procesa oporavka od zavisnosti. Prema Bestu i saradnicima (Best *et al.*, 2015:116), socijalni kapital u oporavku se može definisati kao „suma resursa koje pojedinac ili grupa ima na raspolaganju kroz svoje veze sa drugima”. Ovi resursi mogu uključivati instrumentalnu i emocionalnu podršku, informacije, prilike i osećaj pripadnosti, koji olakšavaju napredak ka ciljevima oporavka. Autori prave razliku između tri tipa socijalnog kapitala (Best *et al.*, 2016; Longabaugh *et al.*, 2010):



1. Vezujući (eng. bonding) – resursi dostupni kroz bliske veze sa porodicom i prijateljima, koji pružaju intimnost, podršku i osećaj pripadnosti.
2. Premošćujući (eng. bridging) – resursi dostupni kroz veze sa osobama iz različitih socijalnih miljea, koje omogućavaju pristup novim informacijama i mogućnostima.
3. Povezujući (eng. linking) – resursi dostupni kroz veze sa osobama i institucijama moći, koje omogućavaju pristup formalnim uslugama i uticaj na odluke.
4. Prema ovom modelu, oporavak uključuje postepenu promenu od socijalnog kapitala centriranog oko veza sa osobama koje koriste droge, ka razvoju vezujućeg kapitala sa podržavajućim osobama, premošćujućeg kapitala sa osobama izvan mreže korisnika i korisnica PAS, i povezujućeg kapitala sa stručnjacima i službama (Best *et al.*, 2017).

Ključna pretpostavka je da ove promene u strukturi i funkciji socijalnih mreža doprinose oporavku kroz nekoliko mehanizama (Best *et al.*, 2016; Best & Lubman, 2017):

1. Distanciranjem od mreža koje podržavaju korišćenje i usvajanjem zdravijih normi i ponašanja kroz nove veze;
2. Emocionalnom i praktičnom podrškom koja pomaže prevazilaženje izazova i održavanje motivacije;
3. Pružanjem kapitala oporavka - resursa koji olakšavaju rešavanje problema i ostvarivanje ciljeva;
4. Jačanjem identiteta i samoeфикаsnosti kroz odnose sa osobama koje cene trezvenost.

Istraživanja ove grupe autora su potvrdila značajne promene u socijalnom kapitalu tokom oporavka, praćene poboljšanjima mentalnog zdravlja i kvaliteta života (Best *al.*, 2012, 2015). Istovremeno, oni naglašavaju da promena mreža predstavlja izazov i da mnoge osobe, posebno one iz marginalizovanih grupa, imaju ograničen pristup socijalnom kapitalu. Stoga se zalažu za intervencije i politike koje će proaktivno graditi socijalni kapital, poput programa zapošljavanja, obrazovanja, Alumni grupa, klubova i udruženja (Best *et al.*, 2017).

Doprinos ove konceptualizacije je u tome što integriše individualne, relacione i društvene aspekte oporavka i sugeriše konkretne tačke za podršku i intervenciju. Istovremeno, potrebno je uzeti u obzir da mogućnosti za (re)konstrukciju socijalnog kapitala zavise i od širih strukturnih faktora poput siromaštva, stigme i dostupnosti resursa u zajednici, te da je za održive promene potrebno paralelno delovati na mikro, mezo i makro nivoima.

David Best i saradnici vide socijalni kapital kao ključni „aktivni sastojak” u procesu oporavka, koji premošćuje jaz između individualne promene i relacionog i društvenog konteksta u kojem se ona odvija. Njihova istraživanja sugerišu da je za uspešan oporavak potrebno ne samo lično angažovanje, nego i aktivno kultivisanje podržavajućih odnosa i pristupa resursima zajednice. Time se fokus pomera sa deficita i patologije pojedinaca, ka razvoju ekologije socijalnih veza i mogućnosti koje omogućavaju rast i reintegraciju.

Iz perspektive socijalnog rada, razumevanje i jačanje socijalnog kapitala oporavka implicira niz praksi i intervencija na različitim nivoima sistema. Na individualnom nivou, to može uključivati procenu kvaliteta i funkcija postojećih socijalnih mreža, postavljanje ciljeva za razvoj novih podržavajućih odnosa, kao i trening socijalnih i komunikacijskih veština (Tracy & Whittaker, 1990; Litt *et al.*, 2009). Na nivou porodice, to podrazumeva uključivanje značajnih drugih u proces tretmana, rad na unapređenju porodične dinamike i osnaživanje kapaciteta porodice da pruži podršku (Copello *et al.*, 2005). Na nivou grupa, to znači facilitaciju povezivanja sa grupama samopomoći, terapijskim zajednicama i drugim izvorima vršnjačke podrške (Kelly *et al.*, 2011). Na

nivou zajednice, to implicira mobilizaciju resursa poput servisa za zapošljavanje, obrazovanje ili rekreaciju, te podsticanje građanske participacije i socijalnog aktivizma (White, 2009).

Koncept socijalnog kapitala oporavka pruža vredan okvir za razumevanje i mobilizaciju relacionih resursa koji podržavaju proces oporavka od zavisnosti. Naglašavajući uticaj socijalnih veza i sistema na puteve oporavka, ova perspektiva poziva na pomeranje fokusa sa individualnih na interpersonalne, organizacione i društvene nivoe intervencije. Istovremeno, ona ukazuje na neophodnost komplementarnih napora na izgradnji inkluzivnih zajednica i pravednih socijalnih struktura koje neguju resurse za oporavak. Na toj tački, teorija socijalnog kapitala se susreće sa širom misijom socijalnog rada - kreiranjem uslova za osnaživanje i socijalnu pravdu za sve.

#### 4.1.3. Kapital oporavka zajednice i kulturni kapital

Pored ličnog i socijalnog kapitala, postojeće konceptualizacije kapitala oporavka prepoznaju i važnost resursa ugrađenih u šire okruženje - zajednicu i kulturu. Kapital oporavka zajednice i kulturni kapital se odnose na setove resursa, normi i vrednosti na nivou susedstva, organizacija i društva koji mogu podržati ili ometati proces oporavka od zavisnosti (Granfield & Cloud, 2001; White & Cloud, 2008). Ove forme kapitala odražavaju ekološku i relacionu prirodu oporavka, naglašavajući uticaj kontekstualnih faktora na individualne puteve promene.

Kapital oporavka zajednice se specifično odnosi na dostupnost i kvalitet resursa za oporavak u neposrednom okruženju osobe, poput pristupačnog i kontinuiranog tretmana, mogućnosti za sigurno stanovanje, smislenu zaposlenje, obrazovanje i rekreaciju (Lyons & Lurigio, 2010). Istraživanja pokazuju da karakteristike susedstva, poput socioekonomskog statusa, stope kriminala, društvene kohezije i kolektivne efikasnosti, mogu značajno uticati na obrasce upotrebe supstanci i ishode tretmana (Galea *et al.*, 2005; Mennis *et al.*, 2016). Na primer, zajednice sa višim koncentracijama siromaštva, nezaposlenosti i dezorganizacije često imaju veću dostupnost droga, manje resursa za prevenciju i tretman, te snažnije norme koje podržavaju upotrebu PAS (Boardman *et al.*, 2001).

Nasuprot tome, zajednice koje karakteriše visok socijalni kapital, poverenje među susedima, građanska angažovanost i jaki sistemi neformalne socijalne kontrole mogu delovati protektivno i pružiti resurse za podršku oporavku (Sampson *et al.*, 1997). Ove „zdrave” zajednice često imaju više mogućnosti za smislenu uključivanje u prosocijalne aktivnosti, snažnije neformalne sisteme podrške, te dostupnije usluge za podršku mentalnom zdravlju i druge potrebe (Moos, 2003). Stoga, jačanje kapitala oporavka zajednice podrazumeva ne samo razvoj resursa u pogledu tretmana, već i šire napore na izgradnji kapaciteta zajednice, promovisanju lokalnog liderstva i osnaživanju građanske participacije (McKnight & Block, 2010).

Kulturni kapital se, s druge strane, odnosi na šire vrednosti, norme, uverenja i prakse u društvu koje oblikuju stavove prema zavisnosti i oporavku (Cloud & Granfield, 2004). Ove kulturne poruke i očekivanja se prenose kroz različite institucije i medijume, od porodice i vršnjaka, preko škola i radnih mesta, do popularne kulture i javnih politika. One mogu uključivati stigmatizirajuće stereotipe o zavisnosti kao moralnoj slabosti ili kriminalnom ponašanju, ali i afirmativne narative o oporavku kao herojskom putovanju transformacije (White & Evans, 2014). Kroz promovisanje prosocijalnih normi i identiteta, ovi različiti medijumi omogućavaju integrisanost u društvo (Jetten, Haslam & Haslam, 2012; Buckingham, Frings & Alhuri, 2013).

Istraživanja sugerišu da kulturni faktori igraju značajnu ulogu u oblikovanju obrazaca upotrebe supstanci i traženju pomoći. Na primer, studije pokazuju da kulture sa snažnijim normama muškosti, individualizma i stoicizma mogu obeshrabriti traženje pomoći i podržati rizičnije obrasce pijenja među muškarcima (Vogel *et al.*, 2011). Slično, kulture sa snažnom orijentacijom na

porodicu i međuzavisnost mogu pružiti više neformalne podrške, ali i stvoriti barijere formalnom tretmanu zbog straha od sramote ili stigme (Ja & Aoki, 1993). Kulturne norme oko prihvatljivosti određenih supstanci, načina njihove upotrebe i posledica takođe variraju i mogu uticati na percepciju problema i motivaciju za promenom (Unger *et al.*, 2002).

U procesu oporavka, kulturni kapital se manifestuje kroz dostupnost kulturno relevantnih i kompetentnih usluga, reprezentacije oporavka u medijima i javnom diskursu, te šire sociokulturne teme o mogućnosti promene (Lyons & Lurigio, 2010). Prisustvo vidljivih modela i zajednica oporavka u društvu, poput grupa samopomoći ili organizacija za javno zagovaranje, može pružiti važne resurse identiteta, pripadanja i nade (White, 2007). Nasuprot tome, kulturna okruženja koja perpetuiraju stigmatu, diskriminaciju i socijalno isključivanje osoba sa istorijom zavisnosti mogu podrivati napore ka reintegraciji i dugoročnom oporavku (Room, 2005).

Iz perspektive socijalnog rada, razumevanje i mobilizacija kapitala oporavka zajednice i kulturnog kapitala zahteva sveobuhvatan, ekološki pristup praksi i istraživanjima. Na nivou zajednice, to podrazumeva procenu dostupnosti i kvaliteta različitih resursa za oporavak, od tretmanskih i rehabilitacionih programa, preko službi za podršku zapošljavanju i stanovanju, do rekreativnih i kulturnih sadržaja (Lyons & Lurigio, 2010). Mapiranje ovih resursa i njihova dostupnost različitim populacijama može doprineti razvoju strategija za unapređenje kapaciteta zajednice, kao što su jačanje lokalnih koalicija za prevenciju, zagovaranje dostupnijih i integrisanijih usluga, ili pokretanje *grassroots* inicijativa za podršku oporavku (White & Evans, 2014).

Na nivou kulture, socijalni rad ima ključnu ulogu u preispitivanju i transformaciji dominantnih narativa o zavisnosti i oporavku. To može uključivati javno zagovaranje politika i praksi koje destigmatizuju i humanizuju iskustva zavisnosti, pružaju afirmativne reprezentacije oporavka, te promovišu socijalno uključivanje i mogućnosti za smisleno učešće osoba u oporavku (White & Evans, 2014). Važno je i osnaživanje kulturno različitih glasova i iskustava oporavka, kroz podršku vršnjačkim i *grassroot* organizacijama koje odražavaju diverzitet zajednica pogođenih zavisnošću (Ja & Aoki, 1993).

U celini, koncepti kapitala oporavka zajednice i kulturnog kapitala pružaju koristan okvir za razumevanje i mobilizaciju sredinskih resursa koji podržavaju ili ometaju oporavak. Naglašavajući uticaj karakteristika susedstva, institucija i širokih sistema vrednosti na individualne puteve promene, ove perspektive pozivaju na pomeranje fokusa intervencija sa pojedinaca na okruženja koja ih oblikuju. Za praksu socijalnog rada to znači pomeranje od pružanja individualizovanih tretmana ka podsticanju sistemskih promena usmerenih na izgradnju kapaciteta zajednica, osnaživanje kulturno različitih praksi oporavka i transformaciju strukturnih prepreka blagostanju. Krajnji cilj ovih napora je kreiranje inkluzivnih, na oporavak orijentisanih okruženja koja pružaju uslove za prevazilaženje problema povezanih sa zavisnošću i unapređenje dobrobiti svih.

## 4.2. Prikaz istraživanja kapitala oporavka

Istraživanja kapitala oporavka su relativno novo, ali rastuće polje, koje je značajno doprinelo razumevanju faktora i procesa koji omogućavaju održivu pozitivnu promenu. Nadovezujući se na tradiciju studija procesa i ishoda tretmana, ova istraživanja su proširila fokus sa neposrednih, kliničkih mera apstinencije na širi spektar ličnih, relacionih, funkcionalnih i društvenih indikatora blagostanja (Laudet & White, 2008). Na taj način, ona reflektuju pomeranje ka sveobuhvatnijem, na oporavak orijentisanom modelu zaštite koji naglašava dugoročni kvalitet života, a ne samo kontrolu simptoma (el-Guebaly, 2012).

Koncept kapitala oporavka su inicijalno razvili Robert Grenfield i Vilijam Klud (Granfield & Cloud, 1999; Cloud & Granfield, 2008) u nastojanju da objasne fenomen „spontanog” oporavka među pripadnicima srednje klase. Njihova pionirska kvalitativna studija 46 osoba koje su se oporavile bez formalnog tretmana je sugerisala da osobe sa većim nivoom socijalnih i materijalnih resursa, poput stabilnog zaposlenja, prostora za stanovanje, razvijene mreže podrške i dobre povezanosti sa porodicama i zajednicama, imaju veće šanse za postizanje i održavanje dugoročnog oporavka (Granfield & Cloud, 1999). Ovi nalazi su pokazali da uspešan oporavak ne zavisi samo od ličnih karakteristika, već i od šireg socijalnog konteksta i dostupnosti različitih oblika kapitala. Time su ovi autori postavili teorijske osnove za dalja istraživanja kapitala oporavka.

Naredne studije su bile pretežno deskriptivne i usmerene na identifikaciju i merenje ključnih resursa koji doprinose započinjanju i održavanju oporavka. Koristeći konceptualni okvir koji su postavili Klud i Grenfield (2008), ove studije su operacionalizovale kapital oporavka kroz četiri široke dimenzije: lični kapital (fizičko i mentalno zdravlje, znanje i veštine, samoefikasnost), socijalni kapital (veze i podrška porodice i prijatelja, uključenost u zajednicu), materijalni kapital (zaposlenje, prihodi, stanovanje) i kulturni kapital (vrednosti, stavovi, uverenja koja podržavaju oporavak).

Vremenom, istraživanja su počela kvantitativno da mere nivo i prediktivnu vrednost različitih komponenti kapitala oporavka, usvajajući longitudinalni dizajn kako bi ispitala promene i uticaj kapitala oporavka tokom vremena. Na primer, Lode i Vajt (2008) su otkrili da su viši nivoi ličnog, socijalnog i humanog kapitala na početku merenja bili povezani sa boljim kvalitetom života šest meseci kasnije. Slično, Groškova i Best (2011) su pronašli da su viši nivoi ličnog i socijalnog kapitala na prijemu bili povezani sa višom stopom apstinencije i boljim socijalnim funkcionisanjem na otpustu iz rehabilitacionog programa. Denis i saradnici (2007) su u osmogodišnjoj studiji praćenja osoba na tretmanu za zavisnost od kokaina otkrili da je viši nivo socijalnog kapitala bio povezan sa dužim periodima apstinencije, manje recidiva i bržim oporavkom nakon recidiva. Best i saradnici (2012) su identifikovali proaktivno suočavanje, smislene aktivnosti i podržavajuće socijalne mreže kao ključne prediktore „uvećanja” ličnog i socijalnog kapitala tokom vremena, koji je zauzvrat bio povezan sa boljim ishodima oporavka.

Značajan broj istraživanja je potvrdio da je prisustvo ličnog, socijalnog i kapitala oporavka zajednice povezano sa boljim ishodima oporavka u različitim populacijama i u različitim fazama procesa oporavka, bilo da se oporavak odvija uz pomoć profesionalnog tretmana, usluga u zajednici ili spontano, bez formalne podrške (Best *et al.*, 2011, 2012, 2015; Burns & Marks, 2013; Daddow & Broome, 2010; Evans *et al.*, 2014; Granfield & Cloud, 1996, 1999; Groškova, Best & White, 2013; Gueta *et al.*, 2015; Jason *et al.*, 2020; Kaskutas *et al.*, 2002; Laudet *et al.*, 2006, 2008; Moos & Moos, 2006; Nash *et al.*, 2019; Neale *et al.*, 2014; Pouille *et al.*, 2021) Ovi nalazi ukazuju na to da, kako osoba napreduje na putu oporavka, tako se njen kapital oporavka uvećava (Laudet & White, 2008).

Kvalitativne studije su pružile dodatnu dubinu u razumevanju procesa sticanja i mobilizacije kapitala oporavka iz perspektive samih aktera. Koristeći narativne i biografske metode, one su osvetlile lično iskustvo i značenja tranzicija u različitim domenima kapitala oporavka, identifikujući ključne procese poput „povezivanja” (sa zdravim pojedincima i mrežama), „sklanjanja u stranu” (od identiteta i odnosa centriranih oko supstanci), „akumulacije” (resursa i iskustava) i „pružanja nazad” (kroz pomaganje drugima) (Mawson *et al.*, 2015), kao i „prekretnica” (značajnih događaja koji iniciraju promenu), „aktivnog angažovanja” (u tretmanu i aktivnostima oporavka) i „proširivanja oporavka” (na različite sfere života) (Hisman, 2015).

Npr. autori su predložili konceptualni model „unutrašnjeg” (ličnog) i „spoljašnjeg” (socijalnog, kolektivnog) kapitala oporavka i njihovih interakcija tokom vremena (Lyons & Lurigio, 2010). Njihov model naglašava ulogu faktora zajednice poput dostupnosti tretmana, mogućnosti zapošljavanja, sigurnog stanovanja i prosocijalnog angažovanja u oblikovanju puteva oporavka.

Empirijske studije, poput one Rolinsa i saradnika (Rollins *et al.*, 2012), su počele da potvrđuju ove ideje, otkrivajući da su oblasti sa višim pristupom resursima za oporavak (grupe samopomoći, tretman, socijalne službe) i većom rezilijentnošću (socijalna kohezija, kolektivna efikasnost, građanska angažovanost) imale više stope apstinencije od droga na nivou populacije.

Važan pravac istraživanja fokusira se na razvoj i validaciju instrumenata za procenu kapitala oporavka, poput ARCS (*Assessment of Recovery Capital*; Groshkova *et al.*, 2013) i BARC-10 (*Brief Assessment of Recovery Capital*; Vilsaint *et al.*, 2017). Sistematski pregled literature (Bunaciu *et al.*, 2023) je identifikovao ukupno 10 upitnika za merenje kapitala oporavka, od kojih su ARCS i BARC-10 najčešće korišćeni. Međutim, oko trećina studija je koristila drugačije pristupe merenju, ukazujući na diverzitet metoda i komplementarnu ulogu različitih pristupa u razvoju i testiranju teorije.

Jedan od značajnih doprinosa istraživanja kapitala oporavka je proširen fokus sa merenja na nivou individua ka merenju ovog koncepta na nivou mreža, grupa i institucija u kojima je individua uključena (Zschau *et al.*, 2016). Na primer, istraživanja su ispitivala kapital oporavka u kontekstu porodica (Gentzler *et al.*, 2015), vršnjačkih grupa (Bliuc *et al.*, 2017, 2019), institucija tretmana (Best *et al.*, 2023) i zajednica (Rollins *et al.*, 2012). Razvoj mera na ovim nivoima predstavlja značajan korak u daljem testiranju i razvoju teorije kapitala oporavka.

Konačno, rastuća oblast istraživanja fokusira se na ulogu tehnologije u izgradnji i mobilizaciji kapitala oporavka. Ove studije ispituju potencijal *online* resursa, mobilnih aplikacija i „pametnih” okruženja da prošire pristup informacijama, podršci i uslugama povezanim sa oporavkom. Preliminarni nalazi sugerišu da *online* intervencije mogu poboljšati znanje, motivaciju i veštine povezane sa oporavkom, posebno među populacijama sa ograničenim pristupom tradicionalnim tretmanima (Sinclair *et al.*, 2017), a mobilne aplikacije poput *A-CHESS* pokazuju obećavajuće rezultate u pogledu smanjenja dana pijenja i rizika od relapsa (Gustafson *et al.*, 2014).

U celini, istraživanja kapitala oporavka pružaju vredne empirijske uvide o faktorima koji omogućavaju i podržavaju oporavak od zavisnosti. Mapiranjem resursa u različitim fazama oporavka, ona produbljuju razumevanje mehanizama rezilijentnosti i transformacije. Fokusirajući se na interakcije između individua i njihovih okruženja, ona osvetljavaju ekološke i sistemske determinante blagostanja. Konačno, razvijajući alate za procenu kapitala oporavka, ona daju doprinos praksi tretmana iz perspektive snaga i osnaživanja.

### **4.3. Kapital oporavka kao ekosistemski okvir za identifikovanje snaga i izazova osoba u oporavku od zavisnosti**

Ekosistemska perspektiva decenijama predstavlja centralni pristup u oblasti socijalnog rada, ali i tretmana zavisnosti, koji je dominantno zastupljen u našoj zemlji (Gačić, 1988, 1992; Nastasić, 2011, 2020; Teater, 2010; Steinglass *et al.*, 1987). Nastala je 70-ih godina prošlog veka na osnovama opšte teorije sistema i ekološke teorije (Bertalanffy, 1968). Integrišući ove teorijske pristupe, ona ima za cilj da sagleda osobu-u-okruženju, izvrši holističku procenu pojedinca, grupe i/ili zajednice i istraži oblasti oko klijent-sistema koje mogu zahtevati profesionalnu intervenciju ili imati korist od nje. Naglasak je na tome da se „teži ka potpunom razumevanju složenih interakcija između korisnika/korisnice i svih nivoa društvenih i fizičkih sistema, kao i značenja koja korisnik/korisnica dodeljuje svakoj od ovih interakcija” (Andreae, 1996:605). Objašnjenje problema u funkcionisanju ljudi se tako smešta u kontekst složene interakcije psiholoških, društvenih, ekonomskih, političkih i fizičkih sila/faktora (Žegarac, 2015; Zastrow & Kirst-Ashman, 2007).

Ekosistemska perspektiva daje okvir za procenu u oblasti socijalnog rada i pomaže u identifikaciji višestrukih ciljnih oblasti u kojima socijalni radnik odnosno radnica može da

interveniše. Takav okvir daje dužno priznanje transakcionom odnosu između uslova životne sredine i ljudskog stanja. Kada su u pitanju profesionalne intervencije, one mogu biti usmerene na individuu ili klijent-sistem koji je korisnik ili korisnica usluga (*mikro-nivo*), zatim na odnos i posredovanje između individue i sistema sa kojima je on ili ona u interakciji (*mezo-nivo*), kao i na izazivanje promena u samim sistemima, uključujući i širi društveni nivo, radi boljeg usklađivanja sa potrebama ljudi (*makro-nivo*) (Bronfenbrenner, 1979; Vidanović, 2005; Žegarac, 2015).

U oblasti tretmana zavisnosti, ovaj pristup imao je značajne implikacije na: (1) razumevanje zavisnosti od PAS kao sistemskog, interaktivnog, kontekstualnog procesa, koji uključuje sedam međusobno povezanih sistema: biološki, individualni, dijadni, porodični, sistem lokalne zajednice, šire zajednice i nacije; (2) razumevanje zavisnosti od PAS kao komunikacionog, cirkularnog i adaptivnog procesa, gde je pitanje etiologije od sekundarnog značaja, jer se pojava i održavanje zavisnosti od PAS u ovim sistemima vidi i kao posledica i kao uzrok; (3) sagledavanje zavisnosti od PAS kao istorijsko-razvojnog procesa, koji uključuje „vertikalnu dimenziju“ (model transgeneracijskog prenošenja obrazaca, sagledavanje ciklusa porodice), kao i „horizontalnu dimenziju“ (individualni razvoj osobe); (3) uzimanje u razmatranje i uloga, pravila, vrednosti, sistema uverenja, društvenih normi, aranžmana, paktova, alijansi, koalicija, lojalnosti, porodičnih tajni, mitova, porodičnih scenarija itd. kako bi se formulisao humanistički orijentisan integrativni sistemski okvir za razumevanje i rešavanje problema povezanih sa zavisnošću (Gačić, 1992:105-106; Nastasić, 2011:16-21).

Uprkos određenim ograničenjima ovakvog pristupa – tome što može postati deskriptivan umesto preskriptivan u pogledu intervencija – on je još uvek jako relevantan za praksu socijalnog rada i tretman zavisnosti od PAS, usled sveobuhvatnosti analize faktora koji ostvaruju uticaj u bilo kom trenutku i objašnjenja načina na koji se sama sredina i sistemi menjaju kao rezultat ovih pojedinačnih interakcija (Matto, 2004).

Ekosistemska perspektiva (Bronfenbrenner, 1979) pruža sveobuhvatan i integrativan okvir za razumevanje kompleksne dinamike oporavka od zavisnosti. Ona sugerise da putanje upotrebe supstanci i oporavka nisu određene isključivo individualnim faktorima (genetika, ličnost, motivacija), već su duboko ukorenjene u socijalnom kontekstu i strukturnim uslovima (Gruber & Taylor, 2006). Faktori rizika i zaštite postoje na svim nivoima sistema – od individualnih predispozicija, preko porodičnih odnosa i vršnjačkih uticaja, do dostupnosti tretmana, socijalne podrške i širih društvenih determinanti zdravlja (Stone *et al.*, 2012). Stoga se i resursi za oporavak - lični - fizički i humani, socijalni i kulturni (Cloud & Granfield, 2008) - razvijaju kroz kompleksnu interakciju snaga i izazova na različitim nivoima sistema tokom vremena.

Koncept kapitala oporavka čvrsto je utemeljen u ekosistemske perspektivi, koja naglašava razumevanje višestrukih nivoa uticaja i njihove međupovezanosti. Svaki od ključnih domena kapitala oporavka (lični, socijalni, kapital zajednice, kulturni) odražava specifičan aspekt ekosistema osobe u oporavku.

Lični kapital, iako naizgled usmeren samo na individualne karakteristike, zapravo je neodvojiv od sredinskih uticaja. Veštine, znanja, uverenja i osobine koje čine lični kapital razvijaju se kroz interakcije sa okruženjem, odnosno kroz proces socijalizacije, obrazovanja i ličnog iskustva. Socijalni kapital direktno ukazuje na važnost interpersonalnih odnosa i društvenih mreža podrške. Fizički i finansijski resursi su, pak, u velikoj meri određeni širim socio-ekonomskim faktorima, poput tržišta rada, stambene politike, dostupnosti zdravstvenih usluga itd. Kulturni kapital oslikava vrednosti, norme i očekivanja sredine koja oblikuju izbore i ponašanja osobe. Sagledavajući ove različite ekosistemske nivoe, koncept kapitala oporavka omogućava sveobuhvatno mapiranje snaga i izazova sa kojima se suočava osoba u prevladavanju izazova povezanih sa zavisnošću. S jedne strane, procenom raspoloživih kapitala u svakom domenu, moguće je identifikovati ključne resurse i snage na koje se osoba može osloniti u svom oporavku. To može biti razvijena rezilijentnost i proaktivnost na ličnom planu, posvećena porodica i prijatelji kao socijalna podrška, stabilan posao i

rešeno stambeno pitanje, pripadnost zajednici koja promoviše zdravlje i duhovni sistem koji daje snagu i svrhu.

S druge strane, ovaj okvir omogućava i prepoznavanje ekosistemskih prepreka i nedostataka koji otežavaju oporavak. To mogu biti internalizovana stigma i nisko samopouzdanje na individualnom nivou, narušeni odnosi i socijalna isključenost, siromaštvo i nezaposlenost, život u okruženju koje toleriše štetnu upotrebu supstanci ili promoviše rizične obrasce ponašanja, kao i nedostatak smisla i svrhe. Identifikacijom ovih izazova u različitim domenima kapitala oporavka, stvara se osnova za planiranje ciljanih intervencija i mera podrške.

Praktična primena ovog ekosistemskog okvira može biti višestruka. Pre svega, on može poslužiti kao dijagnostičko sredstvo za procenu „početne pozicije” osobe koja ulazi u proces oporavka. Sistematskim ispitivanjem svakog domena kapitala, stručnjaci mogu steći uvid u specifične snage i ranjivosti pojedinca i njegovog okruženja. Na osnovu toga, moguće je kreirati individualizovani plan oporavka koji će maksimalno angažovati raspoložive resurse i istovremeno adresirati identifikovane barijere.

Nadalje, ovaj okvir može biti dragocen u praćenju napretka osobe tokom oporavka. Periodičnom procenom kapitala u različitim domenima, moguće je uočiti područja u kojima je ostvaren napredak, kao i ona koja zahtevaju dodatnu podršku. To omogućava kontinuirano prilagođavanje plana oporavka i pravovremeno reagovanje na novonastale izazove.

Na širem planu, koncept kapitala oporavka može doprineti razvoju politika i programa namenjenih podršci osobama koje se suočavaju sa zavisnošću. Uzimajući u obzir multiple nivoe ekosistema i njihov uticaj na proces oporavka, moguće je dizajnirati sveobuhvatne intervencije koje će simultano delovati na jačanju ličnih, relacionih, društvenih, ekonomskih i kulturnih resursa. Takav pristup nadilazi tradicionalne, individualistički orijentisane modele tretmana i zahteva koordinisano delovanje različitih aktera i sistema.

Konačno, koncept kapitala oporavka može biti osnažujući za osobe koje se suočavaju sa zavisnošću. Umesto fokusiranja isključivo na deficite i probleme, ovaj okvir usmerava pažnju na potencijale i resurse, koji su često zanemareni. Osvešćivanjem različitih izvora snage u svom okruženju i životu, osobe u oporavku mogu razviti osećaj agensnosti, nade i samoefikasnosti. Razumevanje sopstvenog „ekosistema oporavka” može podstaći proaktivno angažovanje u pronalaženju i korišćenju resursa, kao i zastupanje za društvene promene koje će stvoriti povoljnije uslove za oporavak. Uključivanje korisnika i korisnica kao ravnopravnih partnera u proces procene, planiranja i realizacije intervencija, u skladu je sa principima poštovanja prava, dostojanstva i participacije korisnika i korisnica.

Konceptualizacija kapitala oporavka kao ekosistemskog okvira nudi vrednu perspektivu za razumevanje i podršku procesa oporavka od zavisnosti. Oslanjajući se na ekološki pristup, ovaj okvir prepoznaje suštinsku međuzavisnost individue i njenog okruženja, ukazujući na višestruke nivoe resursa i izazova koji oblikuju put oporavka. Kroz sveobuhvatnu procenu snaga i slabosti u različitim domenima ekosistema, koncept kapitala oporavka pruža osnovu za razvoj integrisanih, kontekstualno osetljivih intervencija koje će podržati dugoročni uspeh u prevladavanju zavisnosti i izgradnji zdravog i smislenog života.

#### **4.4. Moguća uloga intervencija socijalnog rada u izgradnji i podsticanju kapitala oporavka**

Socijalni rad, kao profesija posvećena unapređenju dobrobiti i socijalnog funkcionisanja pojedinaca, porodica i zajednica, ima značajnu ulogu u podršci osobama koje se suočavaju sa zavisnošću od PAS (NASW, 2013). Polazeći od ekosistemske perspektive i pristupa zasnovanog na

snagama, socijalni radnici i radnice mogu dati važan doprinos izgradnji i podsticanju kapitala oporavka kao ključnog resursa za prevladavanje zavisnosti i ostvarivanje dugoročnog blagostanja (Gupta & Blevins, 2008; Stokes, 2018; Vučinić Jovanović, 2021).

Kontinuum zaštite pretpostavlja postojanje mreže dostupnih, pristupačnih i integrisanih usluga različitog intenziteta, koje odgovaraju na raznovrsne potrebe korisnika i korisnica u različitim fazama oporavka (Dennis & Scott, 2007). Socijalni radnici i radnice imaju ključnu ulogu u obezbeđivanju kontinuiteta zaštite kroz aktivnosti usmerene na sve tačke kontinuuma - od prevencije, preko tretmana i podrške nakon tretmana, do dugoročnog upravljanja oporavkom. Ovo uključuje „uspostavljanje kvalitetnog profesionalnog odnosa, ranu identifikaciju potreba, povezivanje sa uslugama, sveobuhvatnu procenu, kreiranje individualizovanog plana, obezbeđivanje pristupa resursima, izgradnju mreže podrške i kontinuirano praćenje” (Vučinić Jovanović, 2021:110-111; White, 2008; White & Kelly, 2011). Dokazi iz istraživanja potvrđuju da su intervencije socijalnog rada važan deo sistema zaštite usmerenih na oporavak (*ibid.*; Dugosh *et al.*, 2016; Rapp *et al.*, 2014). One mogu prethoditi tretmanu (Corsi, Kwiatkowski, & Booth, 2007; Coviello *et al.*, 2006; Sorensen *et al.*, 2005), biti njegov deo ili se odvijati paralelno sa njim (Carr *et al.*, 2008; Conrad *et al.*, 1998; Cox *et al.*, 1998; Saleh *et al.*, 2003; Scott *et al.*, 2002), kao što se mogu odvijati i po završetku tretmana (Siegal, Li & Rapp, 2002). U nekim slučajevima, intervencije socijalnog rada mogu predstavljati alternativu tretmanu (Cloud & Granfield, 2008; White & Cloud, 2008).

Rano prepoznavanje problema i pravovremeno uključivanje u tretman su ključni za uspešan oporavak. Socijalni radnici i radnice angažovani u programima smanjenja štete i drugim programima „niskog praga” imaju jedinstvenu priliku da dopru do skrivenih populacija korisnika i korisnica, koji inače ne bi ostvarili kontakt sa sistemom socijalne zaštite i tretmana. Vajt i Klauđ (2008) ističu značaj proaktivnog *outreach* rada, skrininga i kratkih intervencija kako bi se pravovremeno odgovorilo na potrebe korisnika i korisnica, pre nego što dođe do iscrpljivanja njihovog kapitala oporavka i eskalacije problema. U okviru rada na slučaju, socijalni radnici i radnice često imaju priliku da identifikuju probleme povezane sa zavisnošću, čak i kada to nije primarni razlog za pružanje usluga. U tim situacijama, oni mogu sprovesti procenu, pružiti informacije, edukovati, motivisati korisnika/korisnicu za uključivanje u tretman, povezati ga/je sa odgovarajućim uslugama i resursima i/ili nastaviti sa direktnim pružanjem podrške.

Meta-analiza Ričarda Repa i saradnika (Rapp *et al.*, 2014) je ukazala na široku primenu i efektivnost vođenja slučaja u tretmanu zavisnosti. Vođenje slučaja doprinosi nizu pozitivnih ishoda, uključujući povećanje pristupa uslugama, unapređenje retencije, smanjenje upotrebe supstanci, kao i poboljšanje opšteg funkcionisanja. Benefiti su posebno izraženi kod osoba koje prethodno nisu bile uključene u tretman (Corsi *et al.*, 2007; Coviello *et al.*, 2006; Rapp *et al.*, 2008). Nalazi jasno ukazuju na potrebu za sistematskom primenom vođenja slučaja u okviru tretmana i podrške nakon tretmana, sa ciljem povećanja obuhvata, zadržavanja i kontinuiteta usluga kao ključnih faktora dugoročnog oporavka (Vanderplasschen *et al.*, 2007). Pored toga, vođenje slučaja doprinosi većoj participaciji korisnika i korisnica tokom tretmana i boljem praćenju nakon završetka tretmana (Siegal *et al.*, 1997).

Istraživanja konzistentno ukazuju na doprinos intervencija socijalnog rada unapređenju različitih aspekata funkcionisanja i kvaliteta života osoba koje se suočavaju sa zavisnošću. Ove intervencije pokazale su se efikasnim u smanjenju rizičnog ponašanja, unapređenju mentalnog zdravlja, poboljšanju životnih uslova, većoj socijalnoj stabilnosti i unapređenju roditeljskih veština (Drake *et al.*, 1998; Jerrell & Ridgely, 1995; Martin & Scarpitti, 1993; Raheb *et al.*, 2016; Siegal *et al.*, 1996; Suchman *et al.*, 2010). Posebno su se pokazale značajnim za populacije sa kompleksnim potrebama, kao što su osobe u situaciji beskućništva, sa dualnim poremećajima, inficirane HIV-om ili na supstitucionoj terapiji (Cox *et al.*, 1998; de Vet *et al.*, 2013; Jerrell & Ridgely, 1995; Raheb *et al.*, 2016; Sorensen *et al.*, 2003; Zanis *et al.*, 1996).



Pored direktnih efekata na funkcionisanje i dobrobit korisnika i korisnica, intervencije socijalnog rada usmerene na smanjenje stigme i otklanjanje strukturnih prepreka i diskriminacije imaju važnu ulogu u stvaranju podržavajućeg okruženja za oporavak. Stigmatizacija osoba koje se suočavaju sa zavisnošću često dovodi do njihove diskriminacije u različitim područjima života, uključujući zapošljavanje, zdravstvenu zaštitu i pristup uslugama, što značajno ograničava njihove mogućnosti za oporavak i socijalnu reintegraciju i ishoduje disparitetom (Bowen & Walton, 2015). Intervencije usmerene na smanjenje stigme mogu doprineti stvaranju više prilika za osobe u oporavku i osnažiti njihovu motivaciju za promenom, nudeći im perspektivu ispunjenog života koji se može „takmičiti” sa zavisnošću (Bickel *et al.*, 1993; DeGrandpre *et al.*, 1994).

Longitudinalne studije dodatno potvrđuju dugoročne efekte psihosocijalnih intervencija na održavanje pozitivnih promena, uključujući apstinenciju, prevenciju recidiva, unapređenje socijalnog funkcionisanja i opšti kvalitet života osoba u oporavku (Dennis *et al.*, 2007; McLellan *et al.*, 2005; Scott *et al.*, 2005). Ovi nalazi naglašavaju važnost kontinuirane dostupnosti i pristupačnosti intervencija socijalnog rada kao integralne komponente sveobuhvatnog sistema podrške oporavku.

Razumevanje koje socijalni radnici i radnice imaju u pogledu dinamike uticaja sredinskih faktora na pojedince, a koji se ostvaruju putem socijalnih sistema i njihova sposobnosti da istovremeno deluju na mikro, mezo i makro nivou čine ih značajnim akterima i akterkama u generisanju kapitala oporavka na ličnom, socijalnom i nivou zajednice (Henessy, 2017; Jeal *et al.*, 2015).

Na mikro nivou, fokus aktivnosti i intervencija je usmeren na osobu i/ili porodični sistem u oporavku. Socijalni radnici i radnice mogu preduzeti niz aktivnosti u cilju unapređenja fizičkog i mentalnog zdravlja, jačanja partnerskih i porodičnih odnosa, izgradnje mreža podrške, kao i obezbeđivanja pristupa resursima iz oblasti socijalne i dečje zaštite, obrazovanja, zapošljavanja, stanovanja i razrešenja pravnih problema. Kroz savetovanje, edukaciju i povezivanje sa uslugama, socijalni radnici i radnice mogu podsticati razvoj ličnog i socijalnog kapitala oporavka.

U domenu ličnog kapitala, intervencije socijalnog rada usmerene su na jačanje veština rešavanja problema, prevladavanja stresa, emocionalne regulacije i komunikacije, što doprinosi rezilijentnosti i samoefikasnosti osobe (Brun & Rapp, 2001). Kroz povezivanje sa mogućnostima za lični razvoj, podstiče se rast samopouzdanja, samoodređenja i osećaja smisla (Barker & Horne, 2007; Miller & Rollnick, 2012; Beck, 2011; McNeece & DiNitto, 2012). Kada je u pitanju socijalni kapital, ključni zadaci obuhvataju procenu i mobilizaciju porodičnih i vršnjačkih resursa, unapređenje veština komunikacije i rešavanja konflikata, povezivanje sa grupama uzajamne pomoći i uslugama u zajednici. Time se doprinosi prevazilaženju narušenih odnosa i izgradnji podržavajućih veza ključnih za održavanje apstinencije/kontrole nad upotrebom PAS i socijalnu reintegraciju.

U sferi socijalnog kapitala, ključni zadaci obuhvataju procenu i mobilizaciju porodičnih i vršnjačkih resursa, facilitaciju komunikacije i rešavanja konflikata, povezivanje sa grupama samopomoći i uslugama u zajednici (Tracy & Wallace, 2016). Porodična terapija, medijacija i edukacija mogu pomoći u prevazilaženju narušenih odnosa i izgradnji podržavajućih veza ključnih za održavanje apstinencije i socijalnu reintegraciju (Copello & Orford, 2002). Uključivanje u grupe samopomoći i aktivnosti u zajednici može podstaći razvoj novih, zdravih socijalnih mreža i osećaja pripadnosti (Best *et al.*, 2016).

Na mezo nivou, kapital oporavka se izgrađuje aktivnostima usmerenim ka malim ili srednjim grupama, službama, institucijama i zajednicama, sa fokusom na posredovanje između ljudi i sistema u okruženju. Vođenje slučaja - aktivnosti procene, aranžiranja pristupa uslugama, koordinacije i nadgledanja usluga koje treba da odgovore na potrebe korisnika ili korisnice (Žegarac, 2015) ima centralnu ulogu na ovom nivou u cilju obezbeđivanja kontinuuma zaštite.

Socijalni radnici i radnice imaju važnu ulogu u podsticanju socijalnog kapitala i kapitala oporavka zajednice, posebno kroz podršku grupama uzajamne pomoći, programima 12 koraka, terapijskim zajednicama i organizacijama koje grade lokalni sistem podrške oporavku. Oni mogu podsticati razvoj novih, zdravih socijalnih mreža i osećaja pripadnosti zajednici.

Na makro nivou, aktivnosti uključuju razvoj i implementaciju intervencija na sistemskom i širem društvenom planu. Socijalni radnici i radnice mogu učestvovati u sprovođenju istraživanja, javnom zagovaranju, kreiranju politika i programa kojima se adresiraju pitanja od značaja za prevenciju, tretman i oporavak od zavisnosti. Posebno su važne aktivnosti usmerene ka smanjenju stigme i socijalnog isključivanja, unapređenju dostupnosti i raznovrsnosti usluga, procesima socijalnog planiranja i razvoja zajednice, kao i podizanju svesti i političkoj akciji. Time se direktno doprinosi izgradnji kapitala oporavka zajednice i kulturnog kapitala.

Pored direktnog rada sa korisnicima i korisnicama, socijalni radnici i radnice imaju odgovornost da kroz međusektorsku saradnju, zagovaranje i zastupanje interesa osoba koje se suočavaju sa problemima povezanim sa zavisnošću doprinose kreiranju podržavajućeg okruženja za oporavak na svim nivoima. To zahteva kontinuirano unapređenje kompetencija, istraživanje i evaluaciju prakse, kao i aktivno učešće u kreiranju politika zasnovanih na dokazima.

Primer dobre prakse su programi za podršku stanovanju bez uslovljavanja apstinencijom, stvarajući osnovu za akumulaciju kapitala oporavka (Padgett *et al.*, 2016). Takođe, partnerstva sa organizacijama civilnog društva u razvoju programa obuke i zapošljavanja za osobe u oporavku proširuju mogućnosti za ekonomsko osnaživanje i participaciju.

Teorija i istraživanja kapitala oporavka pružaju snažnu podršku za razvoj sveobuhvatnih, na snage zasnovanih intervencija socijalnog rada usmerenih na osnaživanje individualnih i kolektivnih resursa za prevazilaženje zavisnosti. Kroz jedinstvenu kombinaciju ličnog osnaživanja, relacionog povezivanja i sistemskog zastupanja, one mogu stvoriti sinergijske efekte koji nadilaze apstinenciju i promovišu sveobuhvatno blagostanje osoba, porodica i zajednica pogođenih ovim problemom. U tom smislu intervencije socijalnog rada imaju nezamenljiv potencijal u izgradnji kapitala oporavka na mikro, mezo i makro nivou. Daljim razvojem kompetencija, istraživanja i politika u ovoj oblasti, profesija može unaprediti svoju sposobnost da adekvatno odgovori na složene potrebe osoba u oporavku i ostvari svoju misiju promocije socijalne pravde i blagostanja za sve.

**PETI DEO: NADA**

## 5. NADA

### 5.1. Najvažnija teorijska određenja nade

Nada, kao univerzalni fenomen i neizostavan deo ljudskog iskustva, vekovima je bila predmet interesovanja filozofa, teologa i naučnika. Počev od antičkog perioda i Hesiodovog zapisa mita o Pandorinoj kutiji, preko Srednjeg veka i renesanse, pa sve do savremenog doba, shvatanja o prirodi, atributima i ulozi nade u ljudskom životu su se menjala i razvijala (Eliott, 2005; Miceli & Castelfranchi, 2010). Ipak, uprkos dugoj istoriji proučavanja i brojnim pokušajima konceptualizacije, još uvek ne postoji opšteprihvaćena i jedinstvena definicija ovog složenog pojma (Vučinić Jovanović i Hrnčić, 2020).

Pregledom literature može se uočiti nekoliko dominantnih pristupa u određenju nade: emocionalni, kognitivni, kombinovani kognitivno-emocionalni i multidimenzionalni. Rani pokušaji definisanja nade uglavnom su se oslanjali na emocije, posmatrajući je kao osećanje mogućnosti prevazilaženja teškoća ili izlaska iz nepovoljnih okolnosti. U koncepcijama nade baziranim na emocijama, trenutne nezadovoljavajuće životne okolnosti predstavljaju fundamentalan uslov za postojanje nade i ona se razumeva u kontekstu prevladavanja tih teškoća. Tako je Linč (Lynch, 1965, prema Schrank *et al.*, 2011) video nadu kao osećanje da postoji rešenje problema i da osoba može da ostvari određenu kontrolu nad svojom unutrašnjom i spoljašnjom realnošću. Slično tome, Lazarus (1999) je opisao nadu kao emociju i resurs za prevladavanje očajja, koja delimično počiva na snažnoj želji osobe da se nađe u drugačijoj situaciji i uverenju da je promena moguća, bilo kroz sopstvene napore ili pomoć spoljašnjih faktora. Ova shvatanja su kritičari i kritičarke smatrali nepreciznim, previše deskriptivnim i teško empirijski proverljivim, zamerajući im zanemarivanje kognitivne komponente nade.

Nasuprot emocionalnim određenjima, autori poput Ezre Stotlanda (1969) ponudili su kognitivno viđenje nade kao subjektivno opažene verovatnoće ostvarenja nekog budućeg cilja. U kognitivnim određenjima nade, fokus je na proceni verovatnoće ostvarenja cilja, pri čemu se nivo nade izjednačava sa subjektivno opaženom verovatnoćom. Stotland je naglašavao temporalnu orijentaciju (usmerenost na budućnost), poželjnost cilja (lična vrednost) i očekivanja (procenu verovatnoće) kao ključne aspekte nade. Prema ovom shvatanju, nivo nade jednak je subjektivno procenjenoj verovatnoći dostizanja cilja, a nada se razvija kroz ponovljena iskustva uspeha u ostvarivanju ciljeva. Ipak, pojavom integrisanih modela koji su pokušali da obuhvate i kognitivne i emocionalne elemente, ovakva jednodimenzionalna kognitivna određenja su donekle potisnuta.

Najuticajnija među kombinovanim pristupima je teorija Ričarda Snajdera i saradnika, prema kojoj nada odražava opažene kapacitete osobe da konceptualizuje ciljeve, osmisli strategije za njihovo ostvarenje i održi motivaciju za primenu tih strategija (Snyder *et al.*, 2000). U kombinovanim kognitivno-emocionalnim određenjima nade, iako je nada primarno kognitivni proces, emocije igraju važnu sekundarnu ulogu, proizilazeći iz percepcije napretka ili zastoja u ostvarenju ciljeva. Snajderov model će biti detaljnije predstavljen u narednom poglavlju.

Konačno, multidimenzionalni ili integrativni modeli posmatraju nadu kao složeni konstrukt sačinjen od većeg broja međusobno povezanih aspekata koji se manifestuju na različitim nivoima - emocionalnom, kognitivnom, bihejviornom, relacionom, pa i spiritualnom. Multidimenzionalni pristupi pokušavaju da integrišu različite aspekte nade i naglašavaju njenu kompleksnost i višeslojnost. Tako Dufo i Martokio (Dufault & Martocchio, 1985) govore o generalnoj i partikularnoj nadi, od kojih svaka ima šest dimenzija: afektivnu, kognitivnu, bihejviornu, afilijativnu, vremensku i kontekstualnu. Generalna nada se odnosi na difuzni osećaj da će budućnost doneti nešto dobro, dok je partikularna nada vezana za ostvarenje konkretnih ciljeva.

Nikolajčuk i saradnici (Nekolaichuk *et al.*, 1999), koristeći tehniku semantičkog diferencijala za mapiranje ličnih značenja nade, identifikuju tri ključne dimenzije doživljaja nade: ličnu (personalni duh), situacionu (rizik) i relacionu (autentična briga). Prema ovom modelu, iskustvo nade je smešteno unutar ove tri dimenzije i ne može se svesti na jednodimenzionalni kontinuum.

Hert (Herth, 1992) predlaže nešto drugačiji trodimenzionalni model, koji obuhvata kognitivno-vremensku dimenziju (verovanje da se ciljevi mogu ostvariti), afektivno-bihejviornu (uverenje da će lične akcije dovesti do cilja) i afilijativno-kontekstualnu (percepcija socijalne i duhovne podrške). Ovaj model naglašava psihosocijalno funkcionisanje osobe.

Sumirajući ove različite pristupe, može se reći da, iako ne postoji saglasnost oko jedinstvene definicije, oni dele neka zajednička shvatanja nade kao pozitivne orijentacije prema budućnosti, verovanja u mogućnost poželjne promene i resursa za prevladavanje životnih izazova. Nada se uglavnom vidi kao složen i višedimenzionalan fenomen koji uključuje kognitivne, afektivne, motivacione, relacione i ponekad spiritualne aspekte. Ipak, zahvaljujući dobro razvijenom teorijskom okviru, operacionalizaciji i empirijskoj validaciji, Snajderov model se pokazao kao najrobusniji i najšire prihvaćen u istraživanjima nade, posebno u kontekstu tretmana i oporavka od bolesti zavisnosti (Vučinić Jovanović i Hrnčić, 2020).

### 5.1.1. Teorija nade Ričarda Snajdera

Najuticajnija i empirijski najvalidnija konceptualizacija nade u psihologiji potiče od Ričarda Snajdera i njegovih saradnika (Snyder *et al.*, 1991; Snyder, 2000, 2002). Prema ovom modelu, nada se definiše kao kognitivni set koji obuhvata tri međusobno povezana elementa usmerena ka cilju: (1) sposobnost konceptualizacije ciljeva (engl. *goal oriented thinking*), (2) kapacitet osmišljavanja strategija i puteva za njihovo ostvarenje (engl. *pathway thinking*) i (3) agensnost, tj. motivaciju za primenu tih strategija (engl. *agency thinking*) (Snyder, 2000:8-9).

Ova teorija postulira da nada uvek podrazumeva neki cilj, bez obzira da li je kratkoročan (npr. ispunjenje dnevnih obaveza) ili dugoročan (npr. ostvarenje uspešne karijere), i da li je određen kao nešto što osoba želi da postigne ili kao nešto što želi da izbegne. Ključan uslov je da cilj bude dovoljno značajan da pokrene kognitivne procese usmerene ka njegovom dostizanju (Snyder *et al.*, 1991).

Razmišljanje usmereno na puteve do cilja odnosi se na sposobnost pojedinca da generiše jedan ili više ostvarivih načina za realizaciju željenog ishoda, što uključuje strateško planiranje, postavljanje manjih podciljeva i identifikovanje alternativnih ruta (Snyder, 2002). Osobe sa višim nivoom nade odlikuje veća fleksibilnost i lakoća u pronalaženju drugih načina kada naiđu na prepreke (Rand & Cheavens, 2009).

Agensnost se odnosi na opaženi kapacitet za iniciranje i održavanje kretanja planiranim putevima ka cilju (Snyder, 2002). Ova motivaciona komponenta obezbeđuje energiju, volju i istrajnost, naročito pri suočavanju sa izazovima, a manifestuje se kroz unutrašnji govor u vidu samoohrabrujućih instrukcija („Ja to mogu!”, „Neću odustati!”) (Rand & Cheavens, 2009).

Snajder (2002) naglašava recipročnu povezanost ovih komponenti - jasni ciljevi podstiču razmišljanje o putevima, opažanje prohodnih puteva pojačava agensnost, a doživljaj agensnosti olakšava iznalaženje novih strategija pri susretu sa teškoćama. Ipak, teorija ističe da je nada nužan, ali ne i dovoljan uslov za ostvarenje ciljeva, jer su potrebni i odgovarajući kapaciteti i okolnosti (Snyder, 2002).

Mada je nada primarno kognitivni konstrukt, Snajder (2002) uvažava i ulogu emocija - napredak ka cilju izaziva prijatne reakcije poput ushićenja, ponosa ili radosti, dok prepreke i zastoji vode ka neprijatnim osećanjima kao što su tuga, bes ili frustracija. Međutim, dok kod osoba sa niskom nadom ove emocije rezultiraju pasivnošću ili odustajanjem, kod osoba sa visokim nivoom nade one predstavljaju signal za osmišljavanje novih pristupa (Snyder, 2002).

Teorija pravi distinkciju između situacione nade, koja fluktuiru zavisno od okolnosti i percepcije progressa u datom kontekstu, i dispozicione nade kao relativno stabilne osobine ličnosti oblikovane kroz rana iskustva afektivnog vezivanja, vaspitne stilove, izloženost stresu i modelovanje od strane važnih figura (Snyder, 2002). Visoka dispoziciona nada podstiče doživljaj situacione nade u različitim životnim domenima (Rand & Cheavens, 2009).

Nalazi brojnih studija zasnovanih na Snajderovoj konceptualizaciji konzistentno potvrđuju adaptivnu vrednost nade, pokazujući njenu pozitivnu vezu sa različitim indikatorima mentalnog i fizičkog zdravlja, akademskog, sportskog i profesionalnog uspeha, rezilijentnosti i mehanizama prevladavanja stresa (Snyder, 2002; Rand & Cheavens, 2009). Rezultati ukazuju da osobe sa višim nivoom nade doživljavaju više prijatnih i manje neprijatnih emocija, postavljaju izazovnije ciljeve, osmišljavaju efikasnije strategije, ulažu više truda i pokazuju veću upornost pri suočavanju sa preprekama u poređenju sa osobama sa nižim nivoom nade (Snyder, 2002; Rand & Cheavens, 2009).

Snajderov model je podstakao mnogobrojna istraživanja na kliničkim i nekliničkim uzorcima širom sveta, uključujući i ona o relacijama nade sa tretmanom i oporavkom od zavisnosti (Irving *et al.*, 2004; Mathis *et al.*, 2009). Stoga, on pruža čvrst konceptualni okvir za razumevanje nade kao činioca promene u ovom kontekstu.

Ipak, teorija je naišla i na određene kritike, poput nedovoljnog uvažavanja emotivnih (Lazarus, 1999) i spiritualnih (Krafft, 2014) aspekata nade, kao i nedovoljne diferencijacije u odnosu na srodne pojmove poput samoeфикаsnosti i optimizma. Snajder (2002) odgovara da, iako povezani, ovi konstrukti nisu ekvivalentni nadi - optimizam predstavlja generalno očekivanje pozitivnih ishoda, samoeфикаsnost uverenje o sposobnosti obavljanja specifičnih aktivnosti, dok nada uključuje i pronalaženje načina i agensnost. On takođe ističe da je spiritualnost potencijalni izvor nade, ali da se oni ne mogu poistovetiti (Snyder, 2002).

Uprkos ovim polemikama, neosporno je da Snajderov model predstavlja teorijski najrazrađeniju i empirijski najpotkrepljeniju konceptualizaciju, koja nudi jasne smernice za procenu i intervencije usmerene na jačanje nade (Lopez *et al.*, 2004). Snajder i saradnici su kreirali i validirali instrumente za merenje nade kod dece i odraslih koji se ekstenzivno koriste, kao i principe za intervencije u savetovanju i psihoterapiji (Lopez *et al.*, 2004). Stoga ova konceptualizacija ostaje nezaobilazna u psihološkim istraživanjima ovog fenomena i predstavlja adekvatno polazište za dalja proučavanja uloge nade u kompleksnom procesu oporavka od zavisnosti.

## 5.2. Prikaz istraživanja nade

Empirijska istraživanja nade u kontekstu zavisnosti i oporavka od zavisnosti od PAS su relativno novijeg datuma i još uvek prilično fragmentarna, delom i zbog različitih načina na koje je nada konceptualizovana (Vučinić Jovanović i Hrnčić, 2020). Ipak, dosadašnji nalazi dosledno ukazuju na značaj nade kao unutrašnjeg resursa koji utiče na motivaciju osobe da se angažuje u ponašanjima koja promovišu oporavak od zavisnosti (Bradshaw *et al.*, 2013, 2014; Irving *et al.*, 1998; Jackson, Wernicke & Haaga, 2003; Laudet *et al.*, 2006; Rollnick, Morgan & Heather, 1996; Shumway *et al.*, 2013).

Uloga nade je posebno istaknuta u fazi ranog oporavka, gde je ključna za uspostavljanje i održavanje motivacije za promenom (Irving *et al.*, 1998). Studije su potvrdile značaj nade u različitim fazama procesa oporavka, kako kod odraslih, tako i kod adolescenata (Carvajal *et al.*, 1998; Shumway *et al.*, 2014; Wilson *et al.*, 2005). Viši nivoi nade konzistentno su povezivani sa povoljnijim ishodima tretmana i oporavka, uključujući veću verovatnoću započinjanja tretmana (Jackson, Wernicke & Haaga, 2003), dužu apstinenciju nakon tretmana (Strack, Carver & Blaney, 1987), bolje rezultate ambulantnog lečenja (Sowards, Boyle & Weissman, 2006) i viši kvalitet života osoba u oporavku (Carvajal *et al.*, 1998).

Istraživanja su pokazala da sam tretman može podstaći doživljaj nade, a promena u nadi može biti mehanizam putem kojeg tretman ostvaruje pozitivne efekte na mentalno zdravlje korisnika i korisnica. Na primer, Metis i saradnici (Mathis *et al.*, 2009) su pokazali da su pacijenti i pacijentkinje tokom četvoronedeljnog stacionarnog tretmana zavisnosti od supstanci doživeli značajno povećanje nade i poverenja, pri čemu je povećanje nade bilo povezano sa smanjenjem depresivnih simptoma. Međutim, longitudinalna studija Bredšoa i saradnika (Bradshaw *et al.*, 2014) ukazala je na kompleksniji odnos, gde je viši nivo nade na početku bio povezan sa bržim tempom oporavka, ali i sa većim rizikom od recidiva u kasnijim fazama. Ovi nalazi sugerišu potrebu za balansiranjem nade sa realističnim očekivanjima i kontinuiranim radom na prevenciji relapsa.

Prema nalazima Irvinga i saradnika (1998), osobe koje percipiraju oporavak kao dostižan cilj koji je pod njihovom kontrolom pokazuju veću posvećenost tom procesu tokom vremena, uprkos izazovima i preprekama. Ovi autori sugerišu da su osobe u oporavku sa visokim nivoom nade bolje pripremljene da se nose sa situacionim pretnjama i sposobnije da generišu različite strategije za ostvarenje ciljeva oporavka. Osobe sa višim nivoom nade pre traže alternativne načine rešavanja problema pre nego što se obrate zvaničnom tretmanu, što ukazuje na nadu kao važan aspekt „kapitala oporavka” (Jackson, Wernicke, & Haaga, 2003). Smatra se da nada generiše osećaj blagostanja u odnosu na budućnost, a takva pozitivna emocionalna stanja su esencijalna za mentalno zdravlje i dobrobit kao temelje oporavka (Duckworth, Steen & Seligman, 2005).

Kvalitativna istraživanja su dodatno osvetlila subjektivna značenja nade iz perspektive osoba u oporavku. Na primer, Kaskutas i saradnici (2005) su kroz analizu narativa osoba koje su prevazišle zavisnost od alkohola otkrili da je nada često opisana kao „svetlo na kraju tunela” koje daje snagu da se istraje u teškim periodima i veruje u mogućnost drugačijeg života. Nada je bila tesno povezana sa procesima kao što su prihvatanje zavisnosti, traženje pomoći, spiritualno buđenje i pomaganje drugima.

Govoreći o spiritualnoj dimenziji nade, istraživanja su pokazala da su religiozna uverenja i praksa povezani sa višim nivoom nade kod osoba u oporavku, posredstvom doživljaja smisla života i optimizma (Pardini *et al.*, 2000). Duhovna dobrobit je identifikovana kao snažan prediktor nade kod osoba na tretmanu zavisnosti od opioida (Strachan & Robinson, 2020), sugerišući da jačanje duhovnih resursa može biti jedan od puteva ka povećanju nade u ovoj populaciji.

Ohrabrujući su i nalazi da se nada može podstaći i negovati kroz ciljane intervencije. Istraživanja pokazuju da intervencije usmerene na generisanje pozitivnih iskustava i emocija kroz praktične vežbe i zadatke (Seligman, Rashid & Parks, 2006) daju obećavajuće rezultate u jačanju nade i blagostanja (Seligman *et al.*, 2005). Koen i saradnici (Koehn *et al.*, 2017) su testirali program treninga nade zasnovan na Snajderovoj teoriji kod osoba na odvikavanju od kockanja, i otkrili da su učesnici pokazali značajno povećanje nade, kao i poboljšanje mentalnog zdravlja, kvaliteta života i motivacije za apstinencijom od kockanja. Ovi nalazi impliciraju da ciljane intervencije nade mogu biti koristan dodatak standardnim tretmanima zavisnosti.

Značaj nade u procesima oporavka prepoznat je i u savremenim pristupima intervencijama u oblasti mentalnog zdravlja i adiktologije. Tako model CHIME (eng. *Connections* - povezanost, *Hope* - nada, *Identity* - identitet, *Meaning* - smisao, *Empowerment* – osnaživanje) ističe nadu kao

jedan od pet ključnih procesa u osnovi oporavka. Prema ovom modelu, ljudski odnosi generišu osećaj nade da je oporavak moguć, a nada zatim pokreće ciklus smislenih aktivnosti, osnaženosti i razvoja pozitivnog identiteta (Best, 2019; Leamy *et al.*, 2011).

Međutim, treba napomenuti da su empirijska istraživanja nade u kontekstu zavisnosti još uvek relativno malobrojna i metodološki neujednačena. Većina studija je korelacionog tipa i oslanja se na samoprocene ispitanika i ispitanica, što otežava kauzalno zaključivanje. Takođe, nalazi nisu uvek konzistentni - neke studije nisu potvrdile vezu između nade i ishoda tretmana (Mathis *et al.*, 2009) ili su ukazale na kompleksniju ulogu nade u različitim fazama oporavka (Bradshaw *et al.*, 2014). Potrebna su dalja istraživanja na većim i reprezentativnijim uzorcima, uz kombinovanje kvantitativnih i kvalitativnih metoda, longitudinalne nacрте, kao i ispitivanje potencijalnih medijatora i moderatora odnosa između nade i ishoda oporavka. Važno je i razviti senzitivnije mere nade prilagođene ovoj populaciji i sprovesti rigorozne studije efekata intervencija za jačanje nade.

Uprkos ovim izazovima, dosadašnji empirijski nalazi nedvosmisleno ukazuju na nadu kao vitalan resurs i pokretač pozitivne promene u procesu oporavka od zavisnosti (Vučinić Jovanović i Hrnčić, 2020). Stoga ohrabrivanje i negovanje nade kroz terapijski odnos i ciljane intervencije predstavlja važan cilj aktuelnih programa tretmana i podrške oporavku. Dalja istraživanja ovog fenomena mogu pružiti dragocene smernice za integraciju „na nadu usmerenih” praksi u različite modalitete pomoći ovoj populaciji.

### 5.3. Intervencije za podsticanje nade

Rastući korpus empirijskih nalaza o aplikativnoj vrednosti nade u kontekstu oporavka od zavisnosti otvorio je pitanje kako se ovaj vitalni resurs može podstaći i negovati kroz terapijske intervencije. U ovom odeljku ćemo predstaviti neke od vodećih pristupa za kultivaciju nade, koji su pronašli primenu u radu sa osobama koje se suočavaju sa problemima povezanim sa zavisnošću od PAS.

Prema Snajderu i saradnicima (Snyder *et al.*, 2000), ključni aspekti nade - određenje ciljeva, mišljenje usmereno na načine za postizanje ciljeva i agensnost - mogu se osnažiti kroz ciljane kognitivno-bihevioralne tehnike. Tako postavljanje jasnih, specifičnih i dostižnih ciljeva oporavka, zajedno sa detaljnim planiranjem koraka ka njihovom ostvarenju, može povećati doživljaj mogućnosti promene. Ohrabrivanje korisnika i korisnica da identifikuje višestruke puteve do cilja i anticipira potencijalne prepreke jača uverenje u sposobnost prevladavanja izazova. Verbalne persuazije o ličnim kapacitetima, ohrabrivanje nakon uspeha i atribucija neuspeha spoljašnjim i promenljivim faktorima doprinose samoeфикаsnosti i istrajnosti (Lopez *et al.*, 2004; Snyder *et al.*, 2000). Kroz ovaj proces, terapeut odnosno terapeutkinja služi kao model nade, pružajući podršku, pozitivnu povratnu informaciju i „sidro” u trenucima krize (Larsen & Stege, 2010).

Koristeći principe pozitivne psihologije, Martin Selidžmen i saradnici (Seligman *et al.*, 2006) su razvili intervencije namenjene povećanju optimizma, zahvalnosti i nade kod osoba sa depresivnim simptomima. Neke od tehnika, poput vođenja dnevnika zahvalnosti, pisanja o pozitivnim iskustvima ili zamišljanja najbolje moguće budućnosti, pokazale su se efikasnim u povećanju pozitivnog afekta, smanjenju ruminacija i jačanju generalizovane nade (Huffman *et al.*, 2014; Sergeant & Mongrain, 2014). Ove „pozitivne intervencije” mogle bi biti posebno korisne u početnim fazama oporavka, kada jačanje motivacije i usmeravanje pažnje na razvojne mogućnosti može podstaći angažovanje u tretmanu (Krentzman, 2013).

Jedna od vodećih intervencija za podsticanje nade, posebno primenjivana u kontekstu tretmana zavisnosti, jeste Terapija podsticanja nade (eng. *Hope Therapy*) (Cheavens *et al.*, 2006; Lopez *et al.*, 2000; Snyder, 2002) Ova strukturisana grupna terapija kombinuje edukaciju o



Snajderovom modelu nade sa kognitivno-bihejviornim tehnikama za identifikaciju ciljeva, razvijanje strategija, anticipaciju prepreka i izgradnju agensnosti. Kroz seriju sesija, klijenti uče da formulišu ciljeve SMART formata (specifične, merljive, dostižne, relevantne i vremenski određene), razlažu ih na podciljeve, generišu višestruke puteve do njih i identifikuju korake akcije. Zatim vežbaju prevazilaženje prepreka kroz kognitivno restrukturiranje, rešavanje problema i samomotivišuće izjave. Evaluacione studije sugerišu da ova intervencija dovodi do značajnog povećanja nade i kvaliteta života, kao i smanjenja depresivnih simptoma kod klijenata sa različitim problemima, uključujući i zavisnost (Cheavens *et al.*, 2006; Thornton *et al.*, 2014). Slični nalazi dobijeni su i za kraću, osmo-nedeljnu verziju treninga prilagođenu osobama na tretmanu alkoholizma (Koehn *et al.*, 2017).

Pored kognitivno-bihejviornih pristupa, i humanistički orijentisane intervencije stavljaju akcenat na podršku nadi i optimizmu klijenta. Tako terapijski pristup zasnovan na nadi (eng. *Hope-focused Treatment*) naglašava ključnu ulogu terapeutove odnosno terapeutkinjine autentične brige, безусловne podrške i fokusa na snage klijenta/klijentkinje u podsticanju doživljaja mogućnosti promene (Roesch *et al.*, 2010). Intervencije poput reflektovanja kapaciteta klijenata, normalizacije ambivalencije i teškoća i ulivanja vere u proces mogu podstaći nadu čak i u odsustvu direktnog rada na ciljevima (Larsen & Stege, 2010). Ova relacijo zasnovana nada može biti od posebnog značaja za klijente i klijentkinje sa dugom istorijom neuspaha i internalizovanim osećajem beznađa, kojima je potrebno korektivno iskustvo prihvatanja i poverenja.

Konačno, socioekološki pristup podsticanju nade naglašava značaj intervencija usmerenih na životni kontekst osobe i šire sistemske faktore. Povezivanje korisnika i korisnica sa mrežama vršnjačke podrške, reintegracija u svet obrazovanja i rada i obezbeđivanje pristupa resursima za prevazilaženje strukturnih prepreka su presudne komponente sveobuhvatne strategije za izgradnju „ekologije nade” (Rapp & Goscha, 2006). Od posebnog značaja su grupe samopomoći i organizacije vođene korisničkim iskustvom, poput Anonimnih alkoholičara, Poruka nade ili Života u oporavku, koje kroz principe uzajamne pomoći i „davanja nazad” promovišu osećaj svrhe, pripadanja i mogućnosti promene kod osoba koje dele iskustvo zavisnosti (Borkman, 2008; Snyder, Rand, & Sigmon, 2002). Učešće u ovim zajednicama oporavka omogućava sticanje socijalnog kapitala, reautorizaciju narativa i modelovanje uspešnog prevazilaženja izazova, što su sve snažni izvori relacione i egzistencijalne nade (Best, 2019; Johansen, Brendryen, Darnell, & Wennesland, 2013).

Sumirajući, intervencije za podsticanje nade u kontekstu tretmana zavisnosti mogu se odvijati na više nivoa - od ciljane kognitivno-bihejviorne obuke veština, preko podržavajućeg i na snage usmerenog terapijskog odnosa, do povezivanja sa resursima podrške u prirodnom okruženju. Integracija ovih pristupa u kontekstu transformativnog, na oporavak usmerenog sistema zaštite obećava sinerijske efekte u izgradnji lične i kolektivne rezilijentnosti (Kelly & White, 2010). Istovremeno, potrebna su dalja istraživanja koja će ispitati specifične mehanizme delovanja, diferencijalne indikacije i optimalne načine kombinovanja ovih intervencija za različite profile i faze oporavka.

Ohrabrujući je rastući fokus na ekspertizu samih osoba sa iskustvom oporavka u ovim istraživačko-praktičnim naporima. Uključivanje njihovih glasova u dijalog o tome šta uliva nadu i kako je podržati u ustanovama i zajednicama je ključno za ko-kreiranje sistema koji istinski odgovaraju na individualne i relacione potrebe ove populacije (Krentzman & Barker, 2016). Krajnji cilj ovih nastojanja je stvaranje kulture nade - kako na nivou pojedinačnih pružalaca usluga, tako i čitavog društva - koja će afirmisati oporavak kao „poziv na buđenje” iz noćne more zavisnosti u novi dan mogućnosti i ispunjenja (Adams & Partee, 1998).

**ŠESTI DEO: SAMOEFIKASNOST  
PREVLADAVANJA RIZIKA OD UPOTREBE  
DROGA**

## 6. SAMOEFIKASNOST PREVLADAVANJA RIZIKA OD UPOTREBE DROGA

### 6.1. Teorija samoefikasnosti

Teorija samoefikasnosti, koju je formulisao Albert Bandura (1977, 1997) kao deo svoje socijalno-kognitivne teorije, predstavlja jedan od najuticajnijih teorijskih okvira za razumevanje ljudske motivacije, procesa učenja i promene ponašanja. Samoefikasnost se odnosi na uverenja osobe o vlastitim sposobnostima da organizuje i sprovede akcije neophodne za postizanje željenih ciljeva ili ishoda (Bandura, 1977). Ova uverenja oblikuju način na koji ljudi misle, osećaju, motivišu sebe i deluju u različitim sferama života.

Bandura naglašava da samoefikasnost nije opšta karakteristika ličnosti, već skup procena sopstvenih kapaciteta koje su specifične za različite kontekste. Individue mogu imati snažan doživljaj samoefikasnosti u jednoj oblasti (npr. akademsko postignuće), a slab u drugoj (npr. socijalne interakcije). Takođe, doživljaj samoefikasnosti nije nepromenljiv, već se može razvijati i menjati kroz različita životna iskustva (Bandura, 1997).

Prema Banduri (1977), postoje četiri primarna izvora informacija koji utiču na formiranje uverenja o samoefikasnosti: lična iskustva savladavanja izazova, opservacija uspešnih modela (vikarijsko učenje), verbalno ohrabivanje od strane drugih i interpretacija sopstvenih fizioloških i emocionalnih stanja kao indikatora ranjivosti ili snage. Od ovih izvora, lična iskustva imaju naj snažniji uticaj - doživljaj uspeha jača osećaj samoefikasnosti, dok ponovljeni neuspesi, posebno oni doživljeni u ranim fazama procesa promene, mogu narušiti ova uverenja.

Brojna istraživanja konzistentno pokazuju da je visok nivo samoefikasnosti povezan sa postavljanjem ambicioznijih ciljeva, ulaganjem većeg truda, istrajnošću uprkos preprekama i bržim oporavkom nakon doživljenih neuspeha (Bandura, 1997). Osobe sa snažnim osećajem samoefikasnosti doživljavaju teške zadatke kao izazove koje treba savladati, umesto kao pretnje koje treba izbegavati. Sa druge strane, osobe koje sumnjaju u vlastite sposobnosti u suočavanju sa teškoćama ulažu manje napora ili brzo odustaju, sporije se oporavljaju od neuspeha i podložnije su stresu i depresiji (Bandura, 1997).

Koncept samoefikasnosti je našao primenu u raznim oblastima, uključujući psihologiju, obrazovanje, profesionalni razvoj, zdravstvo, sport, kao i kliničku i savetodavnu praksu (Luszczynska & Schwarzer, 2005). U domenu zdravstvenih ponašanja, samoefikasnost se pokazala kao ključan faktor u započinjanju i održavanju promena životnog stila, kao što su prestanak pušenja, kontrola telesne težine ili redovno vežbanje (Strecher, DeVellis, Becker, & Rosenstock, 1986). Konkretnije, uverenja o sposobnosti odolevanja iskušenjima i prevazilaženja prepreka pokazala su se kao snažan prediktor ishoda tretmana različitih hroničnih oboljenja, uključujući i bolesti zavisnosti (Kadden & Litt, 2011).

Teorija samoefikasnosti nudi koristan okvir za razumevanje i kreiranje intervencija usmerenih na različite aspekte procesa nastanka i oporavka od bolesti zavisnosti. U narednim odeljcima detaljnije ćemo razmotriti ulogu opšte i specifičnih samoefikasnosti u inicijaciji i promeni zavisničkog ponašanja, sa posebnim akcentom na samoefikasnost prevladavanja rizika za recidiv kao važnog faktora u oporavku.

### 6.1.1. Opšta samoefikasnost

Opšta samoefikasnost se odnosi na globalno uverenje osobe o vlastitim kapacitetima da efektivno funkcioniše u širokom spektru izazovnih okolnosti (Schwarzer & Jerusalem, 1995). Za razliku od specifičnih samoefikasnosti koje su vezane za konkretne domene funkcionisanja, opšta samoefikasnost predstavlja generalizovano poverenje u sposobnost prevazilaženja raznovrsnih životnih zahteva.

Ralf Švarcer i Matijas Jerusalem (Schwarzer & Jerusalem, 1995) su razvili koncept opšte ili generalizovane samoefikasnosti kao dispozicionog resursa za suočavanje sa stresom i adaptivno funkcionisanje. Prema njihovom shvatanju, osobe sa visokom opštom samoefikasnošću su sklonije da životne izazove opažaju kao rešive probleme, ulažu trud u njihovo prevazilaženje i ostaju usmerene na zadatak uprkos teškoćama. Nasuprot tome, osobe sa niskom opštom samoefikasnošću češće anticipiraju neuspeh, doživljavaju više stresa i lakše odustaju od svojih ciljeva u susretu sa preprekama.

Istraživanja su potvrdila vezu opšte samoefikasnosti sa nizom pozitivnih ishoda, poput boljeg mentalnog i fizičkog zdravlja, višeg kvaliteta života, efikasnijeg prevladavanja stresa i veće motivacije za promenom nezdravih navika (Luszczynska, Scholz, & Schwarzer, 2005). Tako su longitudinalne studije pokazale da je viši nivo opšte samoefikasnosti povezan sa manjim rizikom od razvoja posttraumatskog stresnog poremećaja nakon izloženosti traumi (Luszczynska, Benight, & Cieslak, 2009), boljim prihvatanjem hroničnih bolesti i pridržavanjem tretmana (Luszczynska, Sarkar, & Knoll, 2007), kao i uspešnijim održavanjem apstinencije nakon tretmana zavisnosti (Abdollahi, Talib, Yaacob, & Ismail, 2014).

Pretpostavlja se da generalizovana samoefikasnost ostvaruje ove efekte kroz nekoliko mehanizama (Schwarzer, 1992). Prvo, osobe sa visokom samoefikasnošću sebi postavljaju izazovnije ciljeve i posvećenije su njihovom ostvarenju. Drugo, one su uporne u suočavanju sa preprekama i brže se oporavljaju od neuspeha, vide ih pre kao informativna iskustva nego znake lične nekompetentnosti. Treće, ove osobe su proaktivnije u traženju i korišćenju dostupnih resursa podrške u svom okruženju. Konačno, visoka opšta samoefikasnost je povezana sa nižom reaktivnošću na stres i konstruktivnijim strategijama prevladavanja (Schwarzer & Warner, 2013).

Važno je napomenuti da, iako korisna u širokom spektru situacija, generalizovana samoefikasnost ne garantuje uspeh u svim domenima života. Istraživanja sugerišu da su specifične samoefikasnosti često bolji prediktori konkretnih ponašanja i ishoda od opšte samoefikasnosti (Luszczynska & Schwarzer, 2005). Tako je, na primer, samoefikasnost apstinencije snažnije povezana sa ishodima tretmana zavisnosti nego opšta samoefikasnost (Kadden & Litt, 2011). Ipak, čini se da opšta i specifične samoefikasnosti ostvaruju sinergijske efekte - opšta samoefikasnost olakšava transfer uverenja o kompetentnosti iz jednog domena u drugi i podstiče istrajnost u razvoju novih veština (Schwarzer, 1992).

U kontekstu bolesti zavisnosti, opšta samoefikasnost se pokazala kao značajan protektivni faktor i korelat uspešnog oporavka. Tako je viši nivo opšte samoefikasnosti povezan sa manjom težinom zavisnosti pri ulasku u tretman (Abdollahi *et al.*, 2014), boljim reakcijama na stres i manje intenzivnim žudnjama tokom tretmana (Senbanjo, Wolff, & Marshall, 2007), kao i dužim periodom apstinencije i većim blagostanjem nakon tretmana (Abdollahi *et al.*, 2014; Coon, Pena, & Illich, 1998). Ovi nalazi sugerišu potencijalnu korist od uključivanja intervencija za jačanje opšte samoefikasnosti, poput treninga asertivnosti, veština rešavanja problema i strategija prevladavanja stresa, u specifične programe za prevenciju relapsa (Kadden & Litt, 2011).

Istovremeno, važno je imati u vidu da preterano visoka ili nerealistična opšta samoefikasnost može imati i neke nepovoljne posledice. Na primer, precenjivanje sopstvenih kapaciteta za kontrolu uzimanja supstanci može rezultirati potcenjivanjem rizika i smanjenim

traženjem podrške u kritičnim situacijama (Bandura, 1997). Stoga je cilj razvoj optimističnog, ali realističnog doživljaja vlastitih snaga i slabosti, uz spremnost da se adekvatno reaguje na znake povećanog rizika od recidiva.

Opšta samoeфикаsnost predstavlja važan lični resurs koji može doprineti rezilijentnosti i oporavku od zavisnosti. Iako ne zamenjuje specifične veštine i strategije za prevenciju relapsa, verovanje u vlastitu sposobnost prevladavanja izazova pruža motivacionu osnovu za istrajnost u njihovom savladavanju. Intervencije za jačanje opšte samoeфикаsnosti, uz razvoj realističnih očekivanja i planova za visokorizične situacije, mogu biti dragocena dopuna sveobuhvatnim programima podrške dugotrajnoj apstinenciji i ličnom rastu osoba na putu oporavka.

### 6.1.2. Specifične samoeфикаsnosti za započinjanje i promenu zavisničkog ponašanja

Pored opšte samoeфикаsnosti kao generalizovanog resursa, Bandurina teorija naglašava značaj specifičnih samoeфикаsnosti vezanih za konkretna ponašanja i situacije. U kontekstu bolesti zavisnosti, autori (DiClemente, Fairhurst i Piotrowski, 1995) su identifikovali nekoliko ključnih tipova samoeфикаsnosti: samoeфикаsnost prevladavanja, samoeфикаsnost za tretirano ponašanje, samoeфикаsnost oporavka, samoeфикаsnost kontrole i samoeфикаsnost apstinencije. Ove specifične samoeфикаsnosti igraju različite uloge u procesu promene zavisničkog ponašanja i oporavka.

Samoeфикаsnost za tretirano ponašanje se odnosi na uverenje osobe da može uspešno učestvovati u tretmanu i izvršavati zadatke i aktivnosti koje se od nje očekuju tokom terapijskog procesa. Ova samoeфикаsnost je posebno važna u ranim fazama tretmana, kada je potrebno motivisati osobu da se aktivno angažuje i istraje u programu uprkos početnim izazovima i nesigurnostima (DiClemente *et al.*, 1995).

Samoeфикаsnost oporavka predstavlja uverenje osobe da može da postigne i održi dugoročni oporavak od bolesti zavisnosti. Ova samoeфикаsnost uključuje veru u sposobnost ne samo apstinencije, već i širih promena u životnom stilu, odnosima i identitetu koje su neophodne za održiv oporavak. Samoeфикаsnost oporavka je ključna za motivisanje osobe da istraje u promenama i nakon formalnog tretmana i da integriše nove obrasce ponašanja u svoj svakodnevni život (DiClemente *et al.*, 1995).

Samoeфикаsnost kontrole se odnosi na uverenje osobe da može kontrolisati svoje ponašanje vezano za korišćenje supstanci i druge problematične obrasce koji mogu ugroziti oporavak. Ova samoeфикаsnost je posebno važna u situacijama kada je osoba izložena okidačima ili iskušenjima za povratak na staro ponašanje. Visoka samoeфикаsnost kontrole omogućava osobi da primeni strategije samoregulacije i donese odluke u skladu sa ciljevima oporavka, čak i pod pritiskom visokorizičnih okolnosti (DiClemente *et al.*, 1995).

Samoeфикаsnost apstinencije predstavlja uverenje osobe da može da se uzdrži od uzimanja supstanci u specifičnim situacijama. Za razliku od samoeфикаsnosti kontrole koja se odnosi na širi spektar rizičnih ponašanja, samoeфикаsnost apstinencije je usko fokusirana na sposobnost odbijanja supstanci kada se za to ukaže prilika. Ova samoeфикаsnost je ključna u ranim fazama oporavka, kada je apstinencija još uvek krhka i lako ugožena iznenadnim iskušenjima ili pritiscima okoline (DiClemente *et al.*, 1995).

Konačno, samoeфикаsnost prevladavanja se odnosi na uverenje osobe da poseduje neophodne veštine i strategije da se efikasno nosi sa širim spektrom situacija koje mogu provocirati žudnju i recidiv, poput negativnih emocionalnih stanja, interpersonalnih konflikata, socijalnog pritiska ili izloženosti supstancama. Za razliku od situaciono specifične samoeфикаsnosti apstinencije, samoeфикаsnost prevladavanja predstavlja generalizovanije uverenje osobe da može

uspešno upravljati izazovima oporavka na duže staze (Marlatt & Gordon, 1985), koje ima ključnu ulogu u održavanju dugoročne apstinencije i prevenciji recidiva.

Prema transteorijskom modelu promene (TTM), ove specifične samoefikasnosti imaju različit značaj u različitim fazama promene zavisničkog ponašanja (Prochaska & DiClemente, 1983). U ranim fazama kada osoba još nije spremna za promenu, samoefikasnost za tretirano ponašanje može biti ključna za motivisanje na uključivanje u tretman. Tokom aktivnih faza promene, samoefikasnost kontrole i apstinencije pomažu osobi da inicira i održi apstinenciju uprkos iskušenjima. U fazama održavanja, samoefikasnost prevladavanja i oporavka postaju presudne za dugoročnu stabilizaciju promena i integraciju novih obrazaca ponašanja, mišljenja i identiteta.

Istraživanja dosledno potvrđuju značaj ovih specifičnih samoefikasnosti u procesu promene zavisničkog ponašanja. Na primer, viša samoefikasnost za tretirano ponašanje je povezana sa boljim angažovanjem i retencijom u tretmanu (Kadden & Litt, 2011), dok je viša samoefikasnost oporavka prediktor dužeg održavanja apstinencije i potpunijeg oporavka (Moos & Moos, 2006). Slično, više samoefikasnosti kontrole i apstinencije koreliraju sa manjom učestalošću i intenzitetom recidiva, posebno u ranim fazama oporavka (Witkiewitz & Marlatt, 2004).

Ipak, od svih specifičnih samoefikasnosti, samoefikasnost prevladavanja se izdvojila kao najsnažniji i najkonzistentniji prediktor dugoročnih ishoda oporavka od bolesti zavisnosti (Greenfield *et al.*, 2012; Hendershot *et al.*, 2011). Zbog njene centralne uloge u održavanju apstinencije i prevenciji relapsa, samoefikasnosti prevladavanja ćemo posvetiti posebnu pažnju u narednom odeljku i u ovom istraživanju. Razmotrićemo njene izvore, korelate i posledice, kao i načine na koje se ona može procenjivati i podsticati kroz terapijske intervencije i druge sisteme podrške na putu dugoročnog oporavka.

### 6.2. Samoefikasnost prevladavanja

Samoefikasnost prevladavanja se izdvojila kao jedan od ključnih faktora u održavanju apstinencije i prevenciji relapsa kod osoba u oporavku od zavisnosti (Marlatt & Gordon, 1985). Ova specifična samoefikasnost se odnosi na uverenje osobe da poseduje neophodne veštine i strategije da se efikasno nosi sa širokim spektrom situacija koje mogu provocirati žudnju i recidiv, poput neprijatnih emocionalnih stanja, interpersonalnih konflikata, socijalnog pritiska ili izloženosti supstancama (Marlatt & Gordon, 1985). Za razliku od situaciono specifične samoefikasnosti apstinencije, koja je usmerena na uzdržavanje od supstanci u konkretnim prilikama, samoefikasnost prevladavanja predstavlja generalizovanije uverenje osobe da može uspešno upravljati izazovima oporavka na duže staze.

Teorija prevencije relapsa (Marlatt & Gordon, 1985) postavlja samoefikasnost prevladavanja u samo srce dinamike oporavka. Prema ovom modelu, osobe sa visokom samoefikasnošću prevladavanja doživljavaju visokorizične situacije kao izazove koje mogu savladati, što pokreće proaktivne strategije suočavanja, kao što su planiranje unapred, traženje podrške ili primena tehnika relaksacije. Uspešno prevladavanje ovih situacija zatim dodatno osnažuje početnu samoefikasnost, stvarajući pozitivnu povratnu spregu. Sa druge strane, osobe sa niskom samoefikasnošću prevladavanja doživljavaju rizične situacije kao nepremostive pretnje, što provocira osećaj bespomoćnosti, kapitulaciju i eskalaciju rizičnog ponašanja do punog relapsa (Marlatt & Gordon, 1985).

Razvoj i održavanje samoefikasnosti prevladavanja tokom oporavka zavisi od nekoliko faktora. Pored opštih izvora samoefikasnosti koje je identifikovao Bandura (1997), poput ličnog iskustva uspeha, vikarijskog učenja, verbalne persuazije i fizioloških stanja, tu su i specifični činioci poput faze oporavka, vrste tretmana, repertoara veština prevladavanja i socijalne podrške.

Istraživanja sugeriraju da je samoeфикаsnost prevladavanja obično niža u ranim fazama oporavka kada su recidivi češći, a veštine suočavanja još uvek krhke, dok raste sa dužinom apstinencije i brojem savladanih visokorizičnih epizoda (Witkiewitz & Marlatt, 2004). Takođe, osobe uključene u bihejviorne tretmane sa fokusom na trening prevladavanja (npr. kognitivno-bihejviorna terapija, trening prevencije relapsa) razvijaju višu samoeфикаsnost od osoba u manje strukturisanim programima (Litt *et al.*, 2008). Uz to, širi repertoar naučenih i uspešno primenjenih veština prevladavanja, kao i percepcija dostupnosti socijalne podrške u kriznim situacijama, pozitivno utiču na uverenja o sposobnosti suočavanja sa budućim izazovima (Kadden & Litt, 2011).

Važno je istaći da samoeфикаsnost prevladavanja nije statična, već dinamična varijabla koja fluktuiru u zavisnosti od aktuelnih iskustava i ishoda suočavanja sa stresorima. Na primer, uspešno prevladavanje visokorizične situacije bez recidiva će učvrstiti samoeфикаsnost, dok će doživljaj gubitka kontrole i ponovljenog popuštanja iskušenju poljuljati uverenja o sposobnosti uspešnog suočavanja u budućnosti (Marlatt & Gordon, 1985). To znači da je samoeфикаsnost prevladavanja podložna ciklusima rasta i opadanja tokom oporavka, prateći procese učenja iz iskustva i lične transformacije u susretu sa izazovima apstinencije. Upravo zbog njene dinamične prirode, procena i intervencije usmerene na samoeфикаsnost prevladavanja treba da budu kontinuirane i da odgovaraju na trenutne potrebe i okolnosti osobe, a ne jednokratni događaji.

Samoeфикаsnost prevladavanja predstavlja ključni unutrašnji resurs i prediktor dugoročnog uspeha u oporavku od bolesti zavisnosti. Njeno osnaživanje kroz kognitivno-bihejviorne, na prevenciju relapsa usmerene i druge intervencije trebalo bi da bude jedan od centralnih ciljeva tretmana. Istovremeno, važno je prihvatiti da razvoj stabilne samoeфикаsnosti prevladavanja zahteva vreme, strpljenje i istrajnost od strane i korisnika odnosno korisnice i od strane profesionalaca. Prerane ili nerealistične procene ove samoeфикаsnosti mogu stvoriti lažni osećaj nepobedivosti koji paradoksalno povećava rizik od relapsa, dok njeno potcenjivanje provocira bespomoćnost i odustajanje pred izazovima. Stoga je cilj negovati balansirano uverenje - da osoba poseduje potrebne resurse da prevaziđe većinu rizičnih situacija, ali i prihvatiti da će neminovno biti suočena sa trenucima krize i recidiva koji ne poništavaju sav prethodni trud. Tek kroz ovu ravnotežu prihvatanja vlastitih snaga i ograničenja, uz istrajno jačanje veština prevladavanja uprkos kolebanjima samoeфикаsnosti, osoba može izgraditi trajnu rezilijentnost koja će omogućiti pun potencijal oporavka.

### **6.3. Prikaz istraživanja samoeфикаsnosti prevladavanja rizika od upotrebe psihoaktivnih supstanci**

Samoeфикаsnost prevladavanja je konstrukt koji je privukao značajnu pažnju istraživača i istraživačica u oblasti oporavka od zavisnosti, zahvaljujući svojoj teorijski pretpostavljenoj i empirijski potvrđenoj ulozi u regulaciji ponašanja vezanih za upotrebu supstanci. Brojne studije su ispitivale različite aspekte odnosa između ove vrste samoeфикаsnosti i procesa oporavka od zavisnosti, pružajući snažne dokaze o njenoj važnosti za postizanje i održavanje apstinencije.

Jedan od glavnih pravaca istraživanja se fokusirao na ulogu samoeфикаsnosti prevladavanja u predviđanju ishoda tretmana. Rezultati dosledno pokazuju da osobe sa višim nivoom ove samoeфикаsnosti pri ulasku u tretman ostvaruju povoljnije rezultate, uključujući veću verovatnoću zadržavanja i završetka programa lečenja, kao i dužu apstinenciju po okončanju tretmana (Greenfield *et al.*, 2000; Ilgen, McKellar, & Tiet, 2005; Kadden & Litt, 2011). Posebno upečatljiv nalaz dolazi iz studije Majera i saradnika (Majer *et al.*, 2011), gde je utvrđeno da pacijenti i pacijentkinje sa višom samoeфикаsnošću prevladavanja imaju čak četiri puta više šanse za uspešan završetak rezidencijalnog tretmana. Ovi nalazi sugeriraju da procena i osnaživanje uverenja o

sposobnosti suočavanja sa izazovima oporavka treba da budu ključni elementi inicijalnih faza lečenja.

Pored ishoda tretmana, istraživači i istraživačice su se usredsredili i na proučavanje mehanizama putem kojih samoeфикаsnost prevladavanja ostvaruje svoje efekte. Jedna od najbolje potkrepljenih hipoteza se tiče njene uloge u regulaciji žudnje. Višestruke studije su potvrdile da osobe sa snažnijim uverenjima o svojoj sposobnosti prevladavanja iskušenja i visokorizičnih situacija izveštavaju o slabijem intenzitetu žudnje, kako na početku tretmana (Hoeppner *et al.*, 2011), tako i u post-tretmanskome periodu (Witkiewitz & Marlatt, 2004). Štaviše, čini se da samoeфикаsnost prevladavanja moderira odnos između žudnje i rizika od relapsa, pri čemu snažna žudnja predviđa recidiv samo kod osoba sa krhkim uverenjima o sposobnosti odupiranja iskušenjima (Vidrine *et al.*, 2013).

Još jedan važan mehanizam dejstva samoeфикаsnosti prevladavanja je podsticanje aktivne upotrebe veština suočavanja u situacijama visokog rizika. U skladu sa teorijskim postavkama, empirijski nalazi konzistentno ukazuju na pozitivnu povezanost ove samoeфикаsnosti sa primenom adaptivnih strategija prevladavanja, kao što su planiranje unapred, traženje socijalne podrške, zamena upotrebe supstanci konstruktivnim aktivnostima i kognitivno restrukturiranje (Litt, Kadden, Kabela-Cormier, & Petry, 2008; Ramo *et al.*, 2005). Ovi nalazi sugerišu da korisnike i korisnice ne treba samo podučavati veštinama "asertivnog ne" ili upravljanja stresom, već i jačati njihovo uverenje da su sposobni da primene te veštine kada se za tim ukaže potreba. Ohrabrujuće je da intervencije usmerene na trening prevladavanja, poput kognitivno-bihejviorne terapije ili treninga prevencije relapsa, dovode do paralelnog rasta i samoeфикаsnosti i primene novonaučenih veština, što zatim vodi ka boljim ishodima oporavka (Larimer, Palmer, & Marlatt, 1999; Litt *et al.*, 2008).

Longitudinalne studije su pružile dodatni uvid u dinamičku prirodu samoeфикаsnosti prevladavanja tokom različitih faza oporavka. Tipično niska u ranoj apstinenciji, ova samoeфикаsnost pokazuje tendenciju postepenog rasta tokom tretmana i perioda stabilnosti, ali i vulnerabilnost na padove usled kritičnih događaja poput interpersonalnih sukoba ili izloženosti supstancama (Kelly & Greene, 2014; Marlatt & Gordon, 1985). Ovi nalazi naglašavaju potrebu za kontinuiranim praćenjem i osnaživanjem doživljaja kompetentnosti za prevladavanje kako bi se ojačala rezilijentnost klijenata, ali i blagovremeno intervenisalo u kriznim momentima.

Proučavanje samoeфикаsnosti prevladavanja u odnosu na druge psihološke faktore važne za oporavak dodatno je osvetlilo njenu ulogu. Snažnija uverenja o sposobnosti odupiranja iskušenjima dosledno koreliraju sa višim nivoima opšte samoeфикаsnosti (Abdollahi *et al.*, 2014), optimističnijim pogledom na život (Sitharthan & Kavanagh, 1990), većom rezilijentnosti (Dolan *et al.*, 2008) i snažnijim doživljajem smisla (Martin *et al.*, 2011). Sa druge strane, slabija samoeфикаsnost prevladavanja je povezana sa izraženijim simptomima depresije i anksioznosti (Rabani Bavođdan *et al.*, 2011), višim nivoima stresa (Tate *et al.*, 2008) i internalizovanim identitetom „zavisnika” odnosno „zavisnice“ (Buckingham *et al.*, 2013). Ovi nalazi sugerišu da samoeфикаsnost prevladavanja ne treba posmatrati kao izolovanu karakteristiku, već u sklopu širih psiholoških resursa i vulnerabilnosti osobe.

Sumirano, empirijska građa snažno konvergira ka zaključku da je samoeфикаsnost prevladavanja vitalni sastojak uspešnog oporavka od zavisnosti. Njen značaj je demonstriran u različitim stadijumima procesa oporavka, od ulaska u tretman, preko post-tretmanskog perioda, do dugotrajnog održavanja stabilnosti. Kroz uticaj na žudnju, upotrebu veština i povezanost sa drugim faktorima rezilijentnosti, samoeфикаsnost prevladavanja se pokazala kao snažan zaštitni činilac od relapsa i povoljni prediktor kvaliteta života u oporavku.

Istovremeno, studije ukazuju i na dinamičnu i kontekstualno uslovljenu prirodu ovog resursa, koji je podložan fluktuacijama shodno spoljašnjim i unutrašnjim izazovima sa kojima se osoba suočava. Stoga je kontinuirana procena i osnaživanje vere u sposobnost prevladavanja nužan



sastojak sveobuhvatnih tretmanskih i post-tretmanskih pristupa. Budući napori u istraživanju i praksi bi trebalo da budu usmereni na dalje rasvetljavanje mehanizama kojima samoeфикаsnost prevladavanja doprinosi oporavku, kao i identifikovanje najefikasnijih strategija za njenu promociju u različitim populacijama i kontekstima. Samo kroz pretakanje ovih empirijskih spoznaja u individualizovane planove podrške možemo optimizovati šanse za dugoročni uspeh na putu oporavka.

#### 6.4 Samoeфикаsnost prevladavanja i strategije za prevenciju recidiva

Nalazi istraživanja o samoeфикаsnosti prevladavanja kao ključnom faktoru uspešnog oporavka od zavisnosti imaju važne implikacije za kreiranje efikasnih strategija prevencije recidiva. Jačanje uverenja osobe da poseduje neophodne veštine i kapacitete za uspešno prevazilaženje izazova apstinencije predstavlja centralnu komponentu aktuelnih programa tretmana i podrške ovoj populaciji.

Prvi korak u ciljanom radu na samoeфикаsnosti prevladavanja je njena validna i pouzdana procena. Najčešće korišćeni instrumenti za ovu svrhu su *Upitnik situacione samoeфикаsnosti (Situational Confidence Questionnaire - SCQ; Annis & Graham, 1988)* i njegova kratka verzija (*Drug-Taking Confidence Questionnaire Eight-Item Version - DTCQ Brief – 8, Sklar, Annis & Turner, 1997*), koji mere stepen uverenosti osobe da može doleteti iskušenju da koristi supstance u različitim visokorizičnim situacijama. Primena ovih upitnika na početku tretmana omogućava identifikaciju specifičnih situacija u kojima osoba ima najnižu samoeфикаsnost prevladavanja, što je osnova za kreiranje individualnog plana intervencija. Ponavljanje procene tokom i nakon tretmana pruža uvid u promene samoeфикаsnosti i potrebu za dodatnim intervencijama.

Više psihoterapijskih pristupa i modaliteta tretmana ima za cilj, direktno ili indirektno, jačanje samoeфикаsnosti prevladavanja. Kognitivno-bihejviorna terapija (KBT, Beck, 1991) pomaže osobama da identifikuju i modifikuju disfunkcionalne obrasce mišljenja i ponašanja koji podrivaju veru u sposobnosti suočavanja, i usvoje konkretne veštine prevladavanja kroz modelovanje, igranje uloga i domaće zadatke. Trening prevencije relapsa (TPR, Marlatt & Gordon, 1985) se specifično fokusira na identifikovanje visokorizičnih situacija, uvežbavanje veština za njihovo prevladavanje i kognitivno restrukturiranje stavova prema relapsu. Intervencije zasnovane na usmerenom opažanju (eng. *mindfulness*), poput terapije prihvatanjem i posvećenošću (ACT, Hayes *et al.*, 2013) i prevencije relapsa zasnovane na usmerenom opažanju (MBRP, Bowen, Chawla & Marlatt, 2011), pomažu korisnicima i korisnicama da razviju prihvatajući stav prema okidačima za relaps i dožive veću kontrolu u rizičnim situacijama.

Značajnu ulogu u jačanju samoeфикаsnosti prevladavanja imaju i intervencije usmerene ka postavljanju ciljeva. Kroz formulisanje specifičnih, merljivih, dostižnih, relevantnih i vremenski ograničenih (SMART, Doran, 1981) ciljeva oporavka i njihovo raščlanjivanje na potciljeve, osobe grade doživljaj postignuća i kontrole (Magill, Martino & Wampold, 2022). Motivacioni intervju (MI, Miller & Rollnick, 1991) i ACT pomažu u prihvatanju ambivalencije, prepoznavanju ličnih vrednosti i razvoju fleksibilnijih, na rešenja usmerenih stavova u susretu sa izazovima.

Socijalni radnici i radnice mogu dati važan doprinos osnaživanju samoeфикаsnosti prevladavanja kroz pristupe usmerene na snage (Saleebey, 1996) i uključivanje resursa okruženja. Neke od specifičnih intervencija uključuju pomoć osobi da identifikuje lične snage, iskustva uspešnog prevladavanja i značajna postignuća; uključivanje članova porodice ili bliskih osoba u planiranje prevencije relapsa; povezivanje sa grupama vršnjačke podrške; podsticanje kontakta sa osobama koje su uspešno prevladale slične izazove; i unapređenje pristupa društvenim resursima koji podržavaju oporavak (npr. programi za obuku i zapošljavanje, sigurno stanovanje, zdravstvene usluge).

U isto vreme, grupe samopomoći i vršnjačka podrška pružaju modele oporavka i prilike za vikarijsko učenje veština prevladavanja (Humphreys *et al.*, 2004). Preuzimanje uloge „sponzora” ili mentora drugima dodatno osnažuje doživljaj kompetentnosti. Savremene tehnologije, poput aplikacija za pametne telefone ili virtuelne realnosti, takođe otvaraju nove mogućnosti za personalizovane intervencije samoefikasnosti „na zahtev”.

Međutim, oslanjanje isključivo na individualne kapacitete prevladavanja ima svoja ograničenja. Mnoge osobe u oporavku suočavaju se sa ozbiljnim strukturnim preprekama koje nadilaze lične resurse za promenu. Stoga je neophodno razvijati i šire ekološke intervencije koje adresiraju socijalne determinante zdravlja i kreiraju okruženja podržavajuća za oporavak (Cloud & Granfield, 2008).

Na kraju, održavanje samoefikasnosti prevladavanja zavisi i od podrške porodice, prijatelja i šire zajednice, kao i napora da se smanje stigma i diskriminacija, te promovišu mogućnosti za socijalno uključivanje osoba u oporavku.

Zaključno, jačanje samoefikasnosti prevladavanja kroz kognitivno-bihejviorne tehnike, motivacione intervencije, postavljanje ciljeva, uključivanje resursa okruženja i vršnjačku podršku može značajno doprineti prevenciji recidiva i održavanju oporavka. Ipak, ove individualno usmerene strategije moraju biti kombinovane sa širim intervencijama koje grade socijalnu podršku, osnažuju zajednice i menjaju strukturne preduslove zavisnosti (White & Cloud, 2008). Samo kroz integrisane, na snage orijentisane modele koji uvažavaju lične, relacione i kontekstualne faktore promene, možemo unaprediti dugoročnu efektivnost oporavka u različitim grupama i kontekstima.

Nalazi dosadašnjih istraživanja nedvosmisleno ukazuju na značaj i moguće implikacije istraživanja oporavka, kapitala oporavka, nade i samoefikasnosti prevladavanja u kontekstu razumevanja mehanizama koji doprinose uspešnosti tretmana i oporavka od zavisnosti od droga. Tim pre, podvlačimo značaj sprovođenja ovakvih istraživanja i u našem kontekstu, a posebno njihov značaj za identifikovanje područja snaga i izazova osoba u oporavku radi usmeravanja intervencija socijalnog rada, kojima bi se dodatno doprinelo ovom cilju.

## **SEDMI DEO: EMPIRIJSKO ISTRAŽIVANJE**

## 7. EMPIRIJSKO ISTRAŽIVANJE

### 7.1. Ciljevi istraživanja

Planirano istraživanje ćemo sprovesti sa svrhom sticanja proverenih naučnih saznanja, koja bi omogućila dublje razumevanje područja snaga i izazova osoba na tretmanu zavisnosti od droga u Republici Srbiji i činila osnovu za kvalitetno planiranje zaštite i razvoj i primenu efikasnih intervencija socijalnog rada, kojima bi se doprinelo uspešnosti tretmana i oporavka od zavisnosti.

**Opšti cilj istraživanja** čine naučna deskripcija, naučna komparacija i naučno objašnjenje karakteristika kapitala oporavka u domenima ličnog kapitala oporavka, socijalnog kapitala oporavka, nade i samoeфикаsnosti prevladavanja, kod osoba u fazi ranog oporavka na tretmanu zavisnosti od droga u Republici Srbiji i njihovih veza sa tipom tretmana.

#### Specifični ciljevi istraživanja:

1. Utvrditi i naučno opisati nivoe i karakteristike kapitala oporavka u domenima ličnog kapitala oporavka, socijalnog kapitala oporavka, nade i samoeфикаsnosti prevladavanja, kod osoba u fazi ranog oporavka od zavisnosti od droga u Republici Srbiji i njegovih veza sa tipom tretmana.
2. Naučno komparirati nivoe i karakteristike ličnog kapitala oporavka između osoba u fazi ranog oporavka na opioidnom supstitucionom programu tretmana zavisnosti i osoba u fazi ranog oporavka na integrativnom programu tretmana zavisnosti od droga u Republici Srbiji.
3. Naučno komparirati nivoe i karakteristike socijalnog kapitala oporavka između osoba u fazi ranog oporavka na opioidnom supstitucionom programu tretmana zavisnosti i osoba u fazi ranog oporavka na integrativnom programu tretmana zavisnosti od droga u Republici Srbiji.
4. Naučno komparirati nivoe i karakteristike nade između osoba u fazi ranog oporavka na opioidnom supstitucionom programu tretmana zavisnosti i osoba u fazi ranog oporavka na integrativnom programu tretmana zavisnosti od droga u Republici Srbiji.
5. Naučno komparirati nivoe i karakteristike samoeфикаsnosti prevladavanja između osoba u fazi ranog oporavka na opioidnom supstitucionom programu tretmana zavisnosti i osoba u fazi ranog oporavka na integrativnom programu tretmana zavisnosti od droga u Republici Srbiji.

### 7.2. Hipotetički okvir istraživanja

**Opšta hipoteza:** Nivoi i karakteristike ličnog i socijalnog kapitala oporavka, nade i samoeфикаsnosti prevladavanja kod osoba u ranom oporavku na tretmanu zavisnosti od droga u Republici Srbiji su povezani sa tipom tretmana.

**Posebne hipoteze:**

1. Osobe u fazi ranog oporavka od zavisnosti od droga na integrativnom programu tretmana u Republici Srbiji imaju viši nivo ličnog kapitala oporavka u odnosu na osobe u ranoj fazi oporavka od zavisnosti od droga koje su na opioidnom supstitucionom tretmanu.
2. Osobe u fazi ranog oporavka od zavisnosti od droga na integrativnom programu tretmana u Republici Srbiji imaju viši nivo socijalnog kapitala oporavka u odnosu na osobe u ranoj fazi oporavka od zavisnosti od droga koje su na opioidnom supstitucionom tretmanu.
3. Osobe u fazi ranog oporavka od zavisnosti od droga u Republici Srbiji na integrativnom programu tretmana imaju viši nivo nade u odnosu na osobe u fazi ranog oporavka od zavisnosti od droga koje su na opioidnom supstitucionom tretmanu.
4. Osobe u fazi ranog oporavka od zavisnosti od droga u Republici Srbiji na integrativnom programu tretmana imaju niži nivo samoeфикаsnosti prevladavanja u odnosu na osobe u fazi ranog oporavka od droga koje su na opioidnom supstitucionom tretmanu.
5. Specifične oblasti visokih i niskih vrednosti kapitala oporavka, nade i samoeфикаsnosti prevladavanja osoba u fazi ranog oporavka od zavisnosti od droga u Republici Srbiji se razlikuju u odnosu na tip tretmana (integrativni vs. opioidni supstiticioni tretman), tako da osobe koje su na opioidnom supstitucionom tretmanu, u poređenju sa osobama na integrativnom tretmanu pokazuju: niži nivo ličnog kapitala oporavka na dimenzijama globalnog fizičkog zdravlja i preduzimanja rizika, niži nivo socijalnog kapitala oporavka na dimenzijama građanskog učešća i učešća u zajednici, i smislenih aktivnosti; niži nivo nade na dimenzijama agensnosti i mišljenja usmerenog na načine; i viši nivo samoeфикаsnosti prevladavanja u situacijama visokog rizika za recidiv koje se odnose na lična stanja i u situacijama visokog rizika za recidiv koje uključuju druge ljude.

**7.3. Naučni i društveni značaj istraživanja**

**Naučna opravdanost** istraživanja kapitala oporavka, nade i samoeфикаsnosti prevladavanja među osobama u fazi ranog oporavka na tretmanu zavisnosti od droga u Republici Srbiji sastoji se u verifikaciji postojećih i sticanju novih naučnih saznanja o faktorima koji doprinose uspešnosti tretmana i oporavka od zavisnosti. Istraživanjem posebno nastojimo da ispitamo i objasnimo odnos ovih faktora sa tipom tretmana (integrativni vs. opioidni supstiticioni). Koncepti kapitala oporavka, nade i samoeфикаsnosti prevladavanja rizika od upotrebe droga su slabo istraženi na ovim prostorima, a njihovo dublje razumevanje može pokrenuti nove talase istraživanja. Korišćenjem standardizovanih instrumenata, istraživanje omogućava poređenje rezultata i buduću replikaciju u istom ili drugačijem uzorku ili kontekstu.

**Društvena opravdanost** istraživanja leži u potencijalu da doprinese unapređenju tretmana zavisnosti i ishoda oporavka, a posebno socijalne zaštite osoba koje se suočavaju sa problemima povezanim sa zavisnošću. Istraživanjem se omogućava prepoznavanje karakteristika osoba i grupa koje su u povećanom riziku od lošijih ishoda tretmana i oporavka. Te informacije, kao i informacije o oblastima deficita resursa potrebnih za uspešno započinjanje i održavanje procesa oporavka, omogućavaju preventivno delovanje i pružanje ciljanih intervencija ka ovim pojedincima/kama i grupama. Uviđanje obrazaca raspodele kapitala oporavka među osobama u oporavku na različitim tipovima tretmana može nam pomoći u prepoznavanju i adresiranju potencijalnog dispariteta u pogledu pristupa tretmanu i drugim uslugama i resursima koji su od značaja za oporavak. Očekujemo da će rezultati istraživanja i preporuke formulisane na osnovu njih doprineti boljem razumevanju zavisnosti i oporavka iz perspektive snaga, ukazati na moguće izazove i barijere u procesu tretmana i oporavka, pospešiti proces procene, planiranja i donošenja odluka o tipu

tretmana i intervencijama socijalnog rada, doprineti smanjenju stigme i promovirati ravnopravnost, te konačno pružiti osnovu za javno zagovaranje radi unapređenja politika i praksi i stvaranja društvenih uslova za osnaživanje i podršku oporavku.

## 7.4. Metod istraživanja

### 7.4.1. Tip istraživanja

Sprovedeno istraživanje je empirijsko, transverzalno, deskriptivno, korelaciono i kvantitativno.

Od opštenaučnih metoda su korišćene hipotetičko-deduktivna, komparativna i statistička metoda, dok su od posebnih metoda primenjene analitičko-sintetička metoda i metoda generalizacije i konkretizacije.

### 7.4.2. Varijable istraživanja

#### Varijable kapitala oporavka (kriterijumske varijable):

- **Ukupni kapital oporavka** (numerička varijabla intervalnog tipa) predstavlja širinu i dubinu, odnosno kvantitet i kvalitet resursa potrebnih za pokretanje i održavanje procesa oporavka od alkohola i drugih droga (Cloud & Granfield, 2008). U ovom istraživanju se razmatraju dve dimenzije:
  - lični kapital oporavka i
  - socijalni kapital oporavka.
- **Lični kapital oporavka** (kategorička varijabla) se odnosi na individualne karakteristike, veštine, znanja i resurse koje osoba poseduje i može da aktivira tokom započinjanja i održavanja procesa oporavka od zavisnosti (Cloud & Granfield, 2008; Granfield & Cloud, 1999). Obuhvata pet dimenzija (Groshkova, Best & White, 2013; Vilsaint *et al.*, 2017):
  - *Globalno psihičko zdravlje*, koje se odnosi na opšte mentalno blagostanje, emocionalnu stabilnost i odsustvo psihičkih tegoba koje mogu ometati proces oporavka i svakodnevno funkcionisanje osobe
  - *Globalno fizičko zdravlje*, koje obuhvata opšte telesno zdravlje i kondiciju, kao i odsustvo fizičkih bolesti ili tegoba koje mogu ometati proces oporavka i svakodnevno funkcionisanje osobe;
  - *Upravljanje rizicima*, koje se odnosi na sposobnost osobe u oporavku da prepozna, proceni i adekvatno reaguje na potencijalno rizične situacije ili aktivnosti koje bi mogle ugroziti njenu apstinenciju i proces oporavka;
  - *Prevladavanje teškoća i životno funkcionisanje*, koje se odnosi na kapacitet za rešavanje problema i obavljanje svakodnevnih uloga i aktivnosti
  - *Iskustvo oporavka*, koje uključuje subjektivni doživljaj i procenu napretka, izazova, uspeha i ličnog rasta kroz iskustvo oporavka
- **Socijalni kapital oporavka** (kategorička varijabla) uključuje skup resursa koje osoba poseduje kao rezultat svojih odnosa sa porodicom, prijateljima, širim socijalnim mrežama i uključuje dobijenu podršku i odgovornosti i obaveze koje proizlaze iz tih odnosa (Best & Laudet, 2010; Cloud & Granfield, 2008; Granfield & Cloud, 1999). Obuhvata pet dimenzija (Best *et al.*, 2015; Groshkova, Best & White, 2013; Laudet & White, 2008; Vilsaint *et al.*, 2017). Obuhvata pet dimenzija (Groshkova, Best & White, 2013; Vilsaint *et al.*, 2017):

- *Upotreba PAS i apstinencija*, koja se odnosi na stepen u kojem je osoba uspela da održi apstinenciju i smanji ili prekine upotrebu psihoaktivnih supstanci, kao aspekt uspešnog oporavka i osnov za izgradnju stabilnog i zdravog životnog stila;
- *Građansko angažovanje i učešće u zajednici*, koje se odnosi na stepen u kome je osoba aktivno uključena u život svoje lokalne zajednice i društva u celini, kroz različite forme prosocijalnog ponašanja, altruizma i doprinosa opštem dobru, a što joj omogućava da izgradi osećaj pripadnosti, smisla i reciprociteta u odnosu na svoju socijalnu sredinu;
- *Socijalna podrška*, koja se odnosi na mrežu odnosa, veza i resursa koje osoba ima na raspolaganju, a koji pružaju emocionalnu, instrumentalnu i informacionu podršku i pomoć u procesu oporavka;
- *Smislene aktivnosti*, koje se odnose na angažovanje u aktivnostima koje osoba doživljava kao svrhovite, ispunjavajuće i važne, a koje mogu uključivati posao, obrazovanje, hobije, volontiranje i slično; i
- *Stanovanje i bezbednost*, koje se odnosi na dostupnost sigurnog, stabilnog i adekvatnog smeštaja, kao i na život u bezbednom okruženju bez nasilja, kriminala ili drugih pretnji po fizičku i psihičku sigurnost osobe u oporavku.
- **Nada** (numerička varijabla intervalnog tipa) se odnosi na pozitivno motivaciono stanje koje se manifestuje opaženim kapacitetima osobe da jasno konceptualizuje ciljeve (*mišljenje usmereno na načine za ostvarenje ciljeva*), razvije specifične strategije da ostvari te ciljeve, i da inicira i održi motivaciju za korišćenje tih strategija (*agensnost*). U ovom radu se razmatraju dve dimenzije:
  - *Agensnost*, određuje se kao percepcija osobe o svojoj sposobnosti da inicira i održi akcije usmerene ka ostvarenju ciljeva, uključujući motivaciju, energiju i uverenje u sopstveni uspeh (Snyder *et al.*, 1991; Snyder, 2002).
  - *Mišljenje usmereno na načine za ostvarenje ciljeva*, predstavlja percipiranu sposobnost osobe da osmisli jedan ili više efikasnih puteva ka željenom cilju, uključujući planiranje i sposobnost rešavanja problema (Snyder *et al.*, 1991; Snyder, 2002).
- **Samoeфикаsnost prevladavanja rizika od upotrebe droga** (numerička varijabla intervalnog tipa) se odnosi na uverenje osobe da poseduje neophodne veštine i strategije da se efikasno nosi sa širokim spektrom situacija koje mogu provocirati žudnju i recidiv (Marlatt, Baer & Quigley, 1995, Marlatt & Gordon, 1985). U daljem tekstu se koristi skraćeni termin *Samoeфикаsnost prevladavanja*. Obuhvata dva aspekta samoeфикаsnosti u situacijama koje su visoko rizične za recidiv:
  - *Situacije koje se odnose na unutrašnja stanja* (neprijatna osećanja, fizička neprijatnost, prijatna osećanja, testiranje lične kontrole, porivi, i žudnje ili iskušenja);
  - *Situacije koje uključuju druge ljude* (konflikti sa drugima, socijalni pritisci da se uzme PAS, i prijatni trenuci sa drugima).

### Sociodemografske varijable (prediktorske varijable):

- **Pol** (kategorička varijabla, obuhvata dva nivoa): muški i ženski, budući da u trećoj kategoriji transrodna osoba nije bilo nijednog učesnika ili učesnice istraživanja.
- **Uzrast** (kategorička varijabla, obuhvata 13 nivoa): manje od 18 godina; 18-22; 23-27; 28-32; 33-37; 38-42; 43-47; 48-52; 53-57; 58-62; 63-67; 68-72 i 73 i više godina. Iz metodoloških razloga je naknadno izvršeno sažimanje u četiri kategorije:
  - mlađi od 18 godina;
  - 18-27 godina;
  - 28-47 godina;
  - 48+ godina.
- **Stepen obrazovanja** (ordinalna varijabla, obuhvata sedam nivoa):

- Nezavršena osnovna škola;
  - Osnovna škola;
  - Srednja škola, III stepen;
  - Srednja škola, IV stepen;
  - Viša škola;
  - Fakultet/Master;
  - Doktorat.
- **Bračni status** (kategorička varijabla, obuhvata šest nivoa): Neoženjen/neudata; Oženjen/udata; Vanbračna zajednica; Razveden/a; Rastavljen/a; Udovac/ica. Iz metodoloških razloga je naknadno izvršeno sažimanje u tri kategorije:
- neoženjen/neudata;
  - u bračnoj ili vanbračnoj zajednici;
  - razvedeni, rastavljeni, udovci/udovice.
- **Radni status** (kategorička varijabla, obuhvata pet nivoa):
- Nezaposlen/a;
  - Povremeno radim, nemam stabilno zaposlenje;
  - Zaposlen/a, imam stabilan posao;
  - Penzioner/ka;
  - Učenik/ca / Student/kinja.

#### **Varijable tretmana (prediktorske varijable):**

- **Tip zavisnosti u odnosu na supstancu** (nominalna varijabla. Naknadnim kodiranjem odgovora, određene su četiri kategorije):
- Zavisnost od opijata i opioida;
  - Zavisnost od kanabinoida;
  - Zavisnost od stimulansa (amfetamini i kokain);
  - Politoksikomanija.
- **Tip tretmana** (kategorička varijabla, obuhvata dve kategorije):
- integrativni program lečenja zavisnosti od droga (koji podrazumeva totalnu apstinenciju);
  - opioidni supstitucionni program (koji podrazumeva primenu supstituta opijata - metadon i buprenorfin).
- **Dužina tretmana** (kategorička varijabla, obuhvata tri kategorije):
- Manje od mesec dana;
  - Jedan do šest meseci;
  - Šest do dvanaest meseci.
- **Broj tretmana** (kategorička varijabla, obuhvata tri kategorije):
- jedan tretman;
  - dva do pet tretmana;
  - više od pet tretmana.
- **Inicijativa za započinjanje aktuelnog tretmana** (kategorička varijabla) obuhvata četiri kategorije: samoinicijativno; upućivanjem od strane suda; na predlog osoba iz neposrednog okruženja; i na insistiranje osoba iz neposrednog okruženja. Iz metodoloških razloga naknadno je izvršeno sažimanje u dve kategorije):



- samoinicijativno;
- na insistiranje iz okruženja.

### Kontrolna varijabla

Tretmanska varijabla **dužina tretmana** je istovremeno i kontrolna varijabla u ovom istraživanju, čiji se uticaj kontroliše fokusiranjem na period ranog oporavka, odnosno prvih 12 meseci tretmana.

### Grupišuća (selekciona) varijabla i primarna varijabla od interesa

Tretmanska varijabla **tip tretmana** je ujedno i grupišuća varijabla u ovom istraživanju, budući da se u odnosu na nju vrši podela u poduzorke koji se porede u odnosu na kriterijumske varijable.

### 7.4.3. Uzorak

U ovom istraživanju primenjen je neprobabilistički metod namernog uzorkovanja, koji najbolje odgovara specifičnim zahtevima i okolnostima našeg proučavanja veza između karakteristika kapitala oporavka i tipa tretmana kod osoba u fazi ranog oporavka od zavisnosti od droga.

Kriterijumi za uključivanje u studiju bili su sledeći:

1. Da je osoba prethodno ispunila kriterijume za zavisnost od droga prema DSM-V klasifikaciji;
2. Da je u momentu prikupljanja podataka osoba u ranom oporavku, odnosno da je aktuelno na tretmanu zavisnosti u trajanju između jednog i dvanaest meseci;
3. Da je osoba dala informisani pristanak za učešće u istraživanju.

Istraživanje je sprovedeno na uzorku koji čini 200 osoba koje su na tretmanu zavisnosti od droga u Specijalnoj bolnici za bolesti zavisnosti u Beogradu, kao jedinoj visoko specijalizovanoj ustanovi za prevenciju, lečenje i rehabilitaciju osoba zavisnih od PAS na teritoriji Republike Srbije. U odnosu na kriterijum tipa tretmana, ukupan broj učesnika i učesnica u istraživanju je podeljen u dve grupe: integrativni tretman (n=100) i tretman supstitucije opioidima (n=100). U grupi osoba na opioidnom supstitucionom tretmanu u odnosu na kriterijum vrste supstituta opijata su ravnomerno zastupljeni ispitanici i ispitanice koji/e koriste metadon (n=50) i buprenorfin (n=50).

U uzorku su zastupljene osobe oba pola (72,5%, n=145 muškaraca, 25,5%, n=51 žena, 2,0%, n=4 bez informacije o polu). Raspon kategorija uzrasta učesnika i učesnica istraživanja kreće se od mlađih od 18 do osoba uzrasta između 58 i 62 godine, pri čemu je većina pripadala uzrasnoj grupi od 28 do 47 godina (76,5%, n=153). Kada je reč o obrazovanju, većina učesnika i učesnica istraživanja je imala završeno srednje obrazovanje (71%, n=142), a u pogledu bračnog statusa, više od polovine je bilo neoženjeno/neudato (52%, n=104). U odnosu na radni status, 44% (n=88) učesnika i učesnica je bilo nezaposleno, 31% (n=62) je imalo stabilan posao, a 21,5% (n=43) je povremeno radilo bez stalnog zaposlenja. Najveći procenat učesnika i učesnica je na aktuelnom tretmanu bio između šest i dvanaest meseci (73%, n=146), tretman je započeo samoinicijativno (57%, n=114) i prethodno je imao između dva i četiri tretmana (41,5%, n=83).

Iako može ograničiti generalizaciju rezultata na širu populaciju, metod namernog uzorkovanja omogućava preciznu selekciju učesnika i učesnica koji/e zadovoljavaju kriterijume za uključivanje u studiju i dozvoljava formiranje grupa na osnovu vrste tretmana, što je ključno za

poređenje i analizu uticaja različitih tretmanskih modaliteta na karakteristike kapitala oporavka. Ovaj pristup nam je omogućio da sprovedemo istraživanje unutar realnih granica dostupnih resursa i okolnosti uzimajući u obzir ograničen obim i specifičnu prirodu populacije dostupne za istraživanje.

#### 7.4.4. Tehnike i instrumenti za prikupljanje podataka

Tehnika koja je korišćena za prikupljanje podataka jeste anketiranje.

Podaci su prikupljeni indirektnim naučnim ispitivanjem, a za prikupljanje podataka je korišćena baterija upitnika.

1. *Upitnik o sociodemografskim i tretmanskim karakteristikama* je posebno konstruisan za potrebe ovog istraživanja i obuhvata 9 stavki koje se odnose na: pol, uzrast, stepen obrazovanja, bračno stanje, radni status, dužinu aktuelnog tretmana, ukupan broj tretmana do sada i inicijativu za započinjenje tretmana (Prilog 7).
2. *Skala procene kapitala oporavka (Assessment of Recovery Capital Scale – ARCS; Groshkova, Best & White, 2013)* je instrument za samoprocenu snaga u oporavku od zavisnosti (Prilog 8). Sastoji se od 50 stavki organizovanih u dva domena: *lični* (25 stavki) i *socijalni kapital oporavka* (25 stavki) (Vilsaint *et al.*, 2017). *Lični kapital oporavka* obuhvata pet subskala, i svaka ima po pet stavki: Upotreba PAS i apstinencija; Globalno psihičko zdravlje; Globalno fizičko zdravlje; Građansko angažovanje i učešće u zajednici. *Socijalni kapital oporavka* takođe obuhvata pet subskala sa po pet stavki: Socijalna podrška; Smislene aktivnosti; Stanovanje i bezbednost; Upravljanje rizicima; Prevladavanje teškoća i životno funkcionisanje i Iskustvo oporavka. Odgovori se daju na dihotomnoj skali, pri čemu odgovor „Da” nosi jedan bod i ukazuje da je kapital oporavka prisutan u toj oblasti. Odgovor „Ne” nosi nula bodova i ukazuje na odsustvo odnosno negativan kapital oporavka u datoj oblasti funkcionisanja osobe. Ukupan skor se dobija sabiranjem bodova ostvarenih na svim subskalama i kreće se od 0 do 50, pri čemu viši skorovi ukazuju na veći kapital oporavka. Skor se može prevesti na nivoe kapitala na sledeći način: vrednosti 0 - 17 predstavljaju nizak nivo, 18 - 34 - umeren nivo, 35 - 45 visok nivo, i 46 - 50 - veoma visok nivo. Na subskalama *lični kapital* i *socijalni kapital* nivoi su: 0 - 8 - nizak nivo, 9 - 17 - umeren nivo, 18 - 22 - visok nivo, i 23 - 25 - veoma visokim nivo. Navedeni nivoi su primenjeni u ovom istraživanju. ARCS je pokazala odličnu internu konzistentnost (Cronbach  $\alpha = 0,92$ ; Arndt *et al.*, 2017), umerenu test-retest pouzdanost ( $r = 0,61$ ) i dobru konkurentnu validnost u odnosu na mere kvaliteta života (Groshkova, Best & White, 2013).
3. *Kratka verzija od 8 stavki Upitnika za procenu samoefikasnosti prevladavanja upotrebe droga (Drug-Taking Confidence Questionnaire Eight-Item Version - DTCQ Brief-8; Sklar, Annis & Turner, 1997)* je instrument za procenu samopouzdanja osobe u situacijama rizičnim za recidiv (Prilog 9). Razvijen je na osnovu originalnog upitnika od 50 stavki (Annis & Martin, 1985). Obuhvata 8 visokorizičnih situacija za recidiv, grupisanih u dve kategorije: lična stanja (pet stavki: neprijatna osećanja; fizička neprijatnost; prijatne emocije; testiranje lične kontrole; porivi i žudnje/iskušenja) i situacije koje uključuju druge ljude (tri stavke: konflikti sa drugima; socijalni pritisci da se uzme PAS; prijatni trenuci sa drugima). Ispitanici i ispitanice procenjuju stepen samopouzdanja na svakoj stavki na šestostepenoj skali sa 6 podjednakih intervala od 0 do 100% (0%, 20%, 40%, 60%, 80% i 100%). Ukupni skor se računa sabiranjem procenata na svakoj stavki i deljenjem na 8, tako da se dobije prosečan procenat za svih 8 stavki. Ovaj rezultat se može prevesti na nivoe, tako da: nivo 1 predstavlja ukupni skor 0%; nivo 2 obuhvata ukupne skorove 1 - 20%, nivo

3 - skorove 21 - 40%, nivo 4 - skorove 41 - 60%, nivo 5 - skorove 61 - 80%, nivo 6 - skorove 81 - 100%. DTCQ-8 je pokazao dobru pouzdanost (Crombach  $\alpha = 0,79$  do  $0,95$ ; Sklar & Turner, 1999).

4. *Skala nade za odrasle (Adult Hope Scale - AHS; Snyder et al., 1991)* je instrument za samoprocenu nade kao kognitivnog seta koji obuhvata agensnost i mišljenje usmereno na načine za postizanje ciljeva (Prilog 10). Sastoji se od 12 stavki. Subskale *Agensnost* i *Mišljenje usmereno na načine za postizanje ciljeva* obuhvataju po 4 stavke, dok su preostale 4 stavke umetnute tvrdnje. Odgovori se daju na četvorostepenoj skali Likertovog tipa (1 – potpuno netačno, 4 – potpuno tačno). Ukupan skor je zbir skorova na svakom pitanju, i kreće se od 8 do 32 za celu skalu i od 4 do 16 za subskale, pri čemu viši skorovi ukazuju na viši nivo nade. Skorovi se mogu prikazati u širim kategorijama, tj. nivoima. Za celu skalu nivoi su: 8 - 20 - beznadežnost, 20 - 24 - nada je prisutna, 24 - 28 - umeren nivo nade, a 28 i više - visok nivo nade. Na subskalama nivoi su: 4 - 10 - beznadežnost, 10 - 12 - data komponenta nade je prisutna, 12 - 14 - umeren nivo data komponente nade, i 14 - 16 - visok nivo date komponente. Skala je pokazala visoku internu konzistentnost (Crombach  $\alpha = 0,74 - 0,84$ ) i dobru test-retest pouzdanost ( $r = 0,80$ ), konkurentnu i konstrukt validnost (Snyder et al., 1991; Snyder, 1995).

#### 7.4.5. Procedura istraživanja

Istraživanje je realizovano u okviru Specijalne bolnice za bolesti zavisnosti u Beogradu u periodu februar 2021 – jul 2022. godine. U sklopu pripremnih postupaka za realizovanje istraživanja, tražene su i dobijene saglasnosti Etičkog odbora Specijalne bolnice za bolesti zavisnosti za realizovanje ovog istraživanja (Prilog 1), Etičke komisije Univerziteta u Beogradu - Fakulteta političkih nauka Univerziteta u Beogradu (Prilog 2), koja je utvrdila da su predložene istraživačke aktivnosti u skladu sa etičkim smernicama Univerziteta u Beogradu – Fakulteta političkih nauka i najvišim standardima istraživačke etike koji postoje u Evropskoj uniji. Dobijene su i saglasnosti za korišćenje i prevođenje navedenih upitnika za prikupljanje podataka (Prilozi 2-5). Po dobijanju saglasnosti, upitnici su prevedeni, pilotirani na 20 ispitanika/ca, po potrebi korigovani i izvršeni u bateriju upitnika.

Saradnici/ce iz Specijalne bolnice za bolesti zavisnosti su izvršili proveru ispunjenosti kriterijuma za ulazak u uzorak. Prvo je proveren kriterijum zavisnosti od droga, na osnovu uvida u zdravstvenu dokumentaciju i dužina tetmana (da su trenutno na tretmanu u periodu 1 - 12 meseci), zatim kriterijum totalne apstinencije za poduzorak osoba na intergativnom tretman na osnovu laboratorijskih ispitivanja i redovnog uzimanja terapije tzv. “blokatorima” (naltrekson), za osobe na supstitucionoj terapiji da redovno uzimaju supstitute buprenorfin ili metadon. Učesnici koji su ispunili ove kriterijume su zamoljeni za informisani pristanak za njihovo učešće i istraživanju, u pismenoj formi (Prilog 6). Učesnici i učesnice su zatim samostalno popunjavali anonimne upitnike koje im je dalo osoblje Specijalne bolnice za bolesti zavisnosti, nakon čega su upitnici prikupljeni, šifrirani, a podaci uneti u bazu, koja je korišćena za obradu podataka.

#### 7.4.6. Obrada podataka

Statistička obrada podataka je realizovana korišćenjem računarskog softvera SPSS V22.0. Nakon kreiranja elektronske baze podataka, izračunati su osnovni deskriptivni statistički pokazatelji za varijable koje se odnose na demografske karakteristike učesnika i učesnica istraživanja, kao i na varijable kapitala oporavka, nade i samoefikasnosti prevladavanja. Rezultati na varijablama ukupni

kapital oporavka, lični kapital oporavka i socijalni kapital oporavka su prevedeni u šire kategorije: nizak nivo; umereni nivo; visok nivo; veoma visok nivo. Rezultati na varijabli samoeфикаsnosti prevladavanja su prevedeni u šest kategorija (od 1 do 6) a rezultati na varijabli nade su prikazani u četiri šire kategorije: beznadežnost, nada je prisutna, umeren nivo nade i visok nivo nade.

Za opis i analizu strukture podataka prilikom predstavljanja deskriptivnih statistika su korišćene frekvencijska i procentualna distribucija odgovora, što je omogućilo jasno razumevanje učestalosti pojavljivanja različitih kategorija unutar setova podataka. Nedostajući podaci su isključeni iz analize metodom isključivanja po parovima (pairwise deletion).

Testiranje normalnosti distribucije varijabli izvedeno je pomoću Kolmogorov-Smirnov i Shapiro-Wilk testova.

Kako je tip tretmana grupišuća varijabla, posebna pažnja je posvećena analizi poduzoraka ispitanika i ispitanica koji/e su učestvovali/e u integrativnom i opioidnom supstitucionom tretmanu. Za svaki od ovih poduzoraka detaljno su opisane demografske i tretmanske karakteristike, kao i karakteristike varijabli kapitala oporavka, nade i samoeфикаsnosti prevladavanja, koristeći frekvencije i procenete. U okviru ovih poduzoraka, odnosi između demografskih, tretmanskih varijabli i varijabli kapitala oporavka, nade i samoeфикаsnosti prevladavanja analizirani su primenom Pirsonovog hi-kvadrat ( $\chi^2$ ) testa (nadalje hi-kvadrat test).

Dužina tretmana je u ovom istraživanju tretirana kao kontrolna varijabla, čiji se uticaj kontroliše fokusiranjem na period ranog oporavka, odnosno prvih 12 meseci tretmana. Međutim, kako bi se ispitao potencijalni uticaj dužine tretmana na ispitivane ishode unutar ovog perioda, prikazana je deskriptivna statistika za sociodemografske, tretmanske i varijable kapitala oporavka, nade i samoeфикаsnosti prevladavanja u odnosu na kategorije dužine tretmana (manje od mesec dana, jedan do šest meseci, šest do dvanaest meseci). Ovi rezultati omogućavaju uvid u distribuciju karakteristika uzorka i ispitivanih varijabli u zavisnosti od trajanja tretmana unutar definisanog perioda ranog oporavka.

Pored toga, primenjeni su hi-kvadrat testovi sa ciljem ispitivanja povezanosti dužine tretmana sa sociodemografskim, tretmanskim i varijablama kapitala oporavka, nade i samoeфикаsnosti prevladavanja. Ove analize pružaju mogućnost sagledavanja potencijalnih razlika u ispitivanim varijablama u odnosu na dužinu tretmana unutar prvih 12 meseci i daju osnovu za diskusiju o ulozi trajanja tretmana u ranim fazama procesa oporavka. Iako je dužina tretmana kontrolisana u širem smislu fokusiranjem na period ranog oporavka, ove analize omogućavaju ispitivanje potencijalnih efekata različite dužine tretmana unutar ovog specifičnog perioda.

## **OSMI DEO: REZULTATI ISTRAŽIVANJA**

## 8. REZULTATI ISTRAŽIVANJA

U skladu sa definisanim ciljevima istraživanja, prikupili smo, obradili i analizirali podatke o sociodemografskim i tretmanskim karakteristikama učesnika i učesnica istraživanja, kapitalu oporavka, nadi i samoefikasnosti prevladavanja.

Podaci o sociodemografskim i tretmanskim karakteristikama učesnika i učesnica istraživanja su prikupljeni pomoću *Upitnika o sociodemografskim i tretmanskim karakteristikama*, koji je sadržao pitanja koja se tiču pola, uzrasta, stepena obrazovanja, bračnog stanja, radnog statusa, tipa tretmana, dužine aktuelnog tretmana, ukupnog broja tretmana do sada i inicijative za započinjanje aktuelnog tretmana. Kapital oporavka je procenjen pomoću *Skale za procenu kapitala oporavka (Assessment of Recovery Capital Scale – ARCS, Groshkova, Best & White, 2013)*, nada pomoću *Skale nade za odrasle (Adult Hope Scale, Snyder et al., 1991)* a samoefikasnost prevladavanja pomoću *Kratke verzije (8 stavki) upitnika za procenu samoefikasnosti prevladavanja upotrebe droga (Drug-Taking Confidence Questionnaire Eight-Item Version (DTCQ Breif – 8, Sklar, Annis & Turner, 1997))*.

### 8.1. Testiranje normalnosti distribucije varijabli

Normalnost distribucije varijabli kapitala oporavka, nade i samoefikasnosti prevladavanja testirana je pomoću Kolmogorov-Smirnov i Shapiro-Wilk testova. Rezultati ovih testova (prikazani u Tabeli br. 1) sugerišu da distribucije posmatranih varijabli odstupaju od normalne raspodele ( $p < 0,05$ ). Imajući u vidu ove nalaze, kao i kategoričku prirodu varijabli, u daljim analizama primenjene su neparametrijske statističke metode.

Tabela br. 1. Rezultati testiranja normalnosti distribucije varijabli kapitala oporavka, nade i samoefikasnosti prevladavanja

Varijabla	Kolmogorov-Smirnov test	Značajnost razlika	Shapiro-Wilk test	Značajnost razlika
Kapital oporavka	0,124	0,000	0.934	0.000
Nada	0,199	0,000	0.876	0.000
Samoefikasnost prevladavanja	0,341	0,000	0.697	0.000

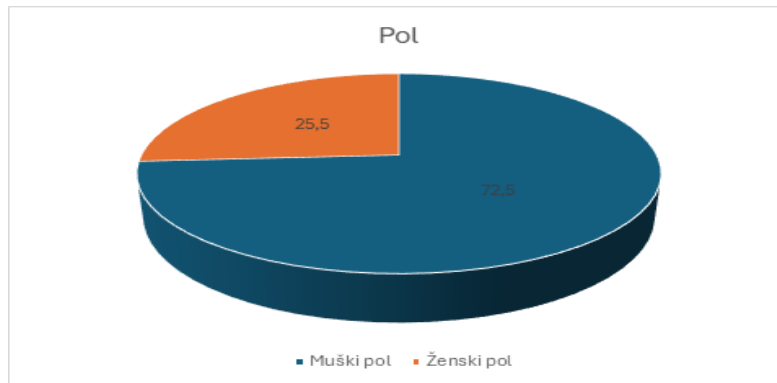
### 8.2. Deskriptivna statistika za ukupan uzorak

#### 8.2.1. Sociodemografske karakteristike uzorka

U ovom odeljku su prikazane sociodemografske karakteristike učesnika i učesnica istraživanja, uključujući pol, uzrast, stepen obrazovanja, bračni status i radni status, sa ciljem pružanja detaljnog uvida u strukturu i obeležja uzorka na kom je sprovedeno istraživanje.

**Pol**

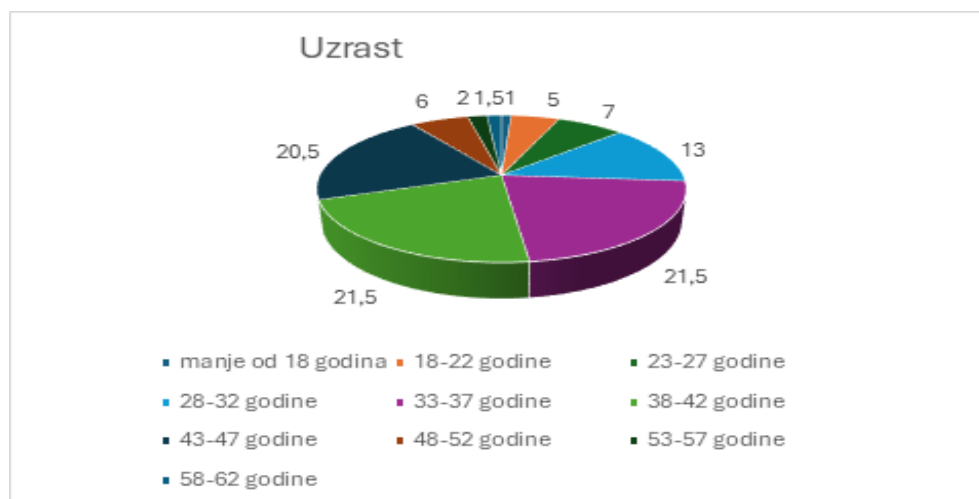
Polna raspodela i učesnika i učesnica istraživanja u ukupnom uzorku, data na Grafikonu br. 1, pokazuje da većinu čine muškarci sa 72,5% (n= 145), dok žene čine 25,5% (n=51). Podatak o polu nije dostupan za 2,0% ispitanika/ca (n=4).



Grafikon br. 1. Distribucija uzorka prema polu

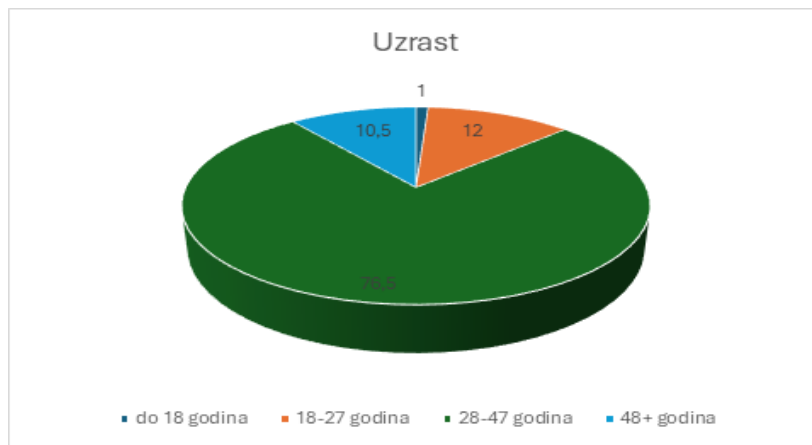
**Uzrast**

Podatke o uzrastu učesnika i učesnica istraživanja prikupljali smo prema kategorijama: manje od 18 godina, 18-22, 23-27, 28-32, 33-37, 38-42, 43-47, 48-52, 53-57, 58-62, 63-67, 68-72 i 73 i više godina. Kako u pojedinim kategorijama nije bilo učesnika i učesnica te starosne dobi ili ih je bilo jako malo (Grafikon 2), pomenute kategorije smo saželi i organizovali na sledeći način: (1) mlađi od 18 godina, (2) 18-27 godina, (3) 28-47 godina i (4) 48+ godina. Grafički prikaz starosne strukture u uzorku prema ovim sažetim kategorijama je dat na Grafikonu br. 3.



Grafikon br. 2. Distribucija uzorka prema uzrastu

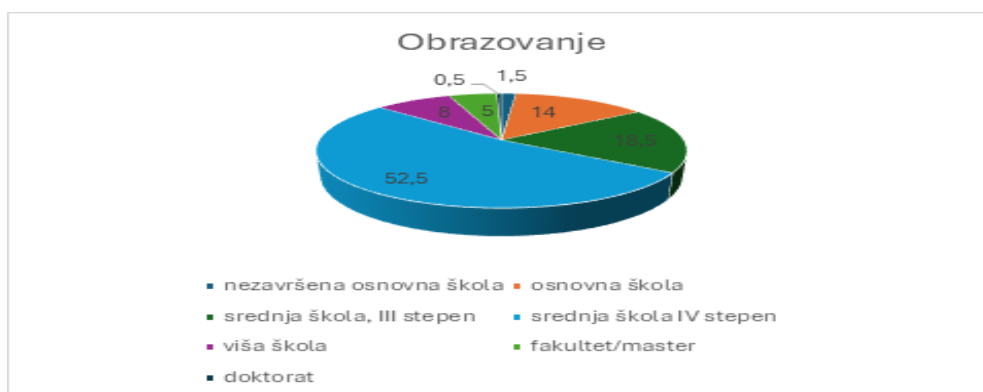
Maloletni učesnici i učesnice istraživanja čine 1,0% (n=2) uzorka, dok udeo mladih odraslih, starosti između 18 i 27 godina iznosi 12% (n=24). Osobe između 28 i 47 godina čine više od tri četvrtine uzorka, odnosno 76.5% (n=153), a stariji učesnici i učesnice, od 48 i više godina, zastupljeni su sa 10,5% (n=21).



Grafikon br. 3. Distribucija uzorka prema sažetim kategorijama za uzrast

### **Obrazovanje**

Prilikom analize obrazovnog profila, ilustriranog Grafikonom br. 4, primećujemo da više od pola učesnika i učesnica istraživanja, tačnije 52.5% (n=105), ima završenu srednju školu IV stepena. Značajan broj učesnika i učesnica istraživanja ima završenu srednju školu III stepena (18.5%, n=37) ili osnovnu školu (14%, n=28). Manji broj učesnika i učesnica istraživanja ima više obrazovanje, uključujući višu školu (8,0%, n=16), fakultet ili master studije (5,0%, n=10), dok je samo jedan učesnik/ca istraživanja doktor nauka (0.5%).

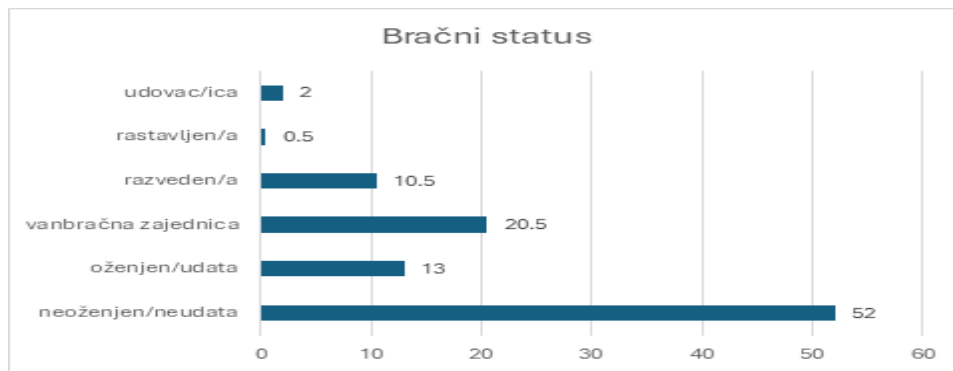


Grafikon br. 4. Distribucija uzorka istraživanja prema stepenu obrazovanja

### **Bračni status**

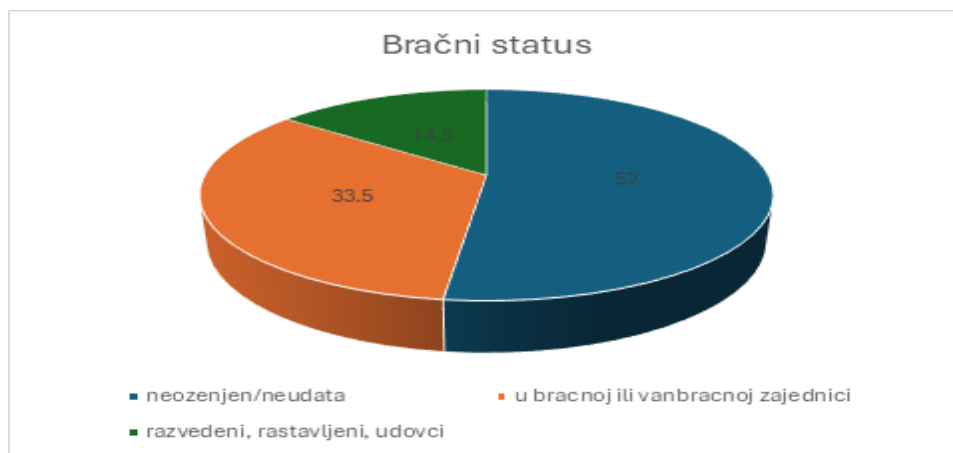
Podaci o bračnom statusu učesnika i učesnica istraživanja prikupljeni su prema kategorijama: neoženjen/neudata, oženjen/udata; vanbračna zajednica; razveden/a; rastavljen/a i udovac/ica, kako su i prikazani na Grafikonu br. 5. Slično kao i kod uzrasta, pomenute kategorije smo saželi i redefinisali u tri šire kategorije: neoženjen/neudata, u bračnoj ili vanbračnoj zajednici, i razvedeni, rastavljeni, udovci/udovice. Ova sažimanja su omogućila robustnije statističke analize zbog povećanja broja ispitanika i ispitanica po kategoriji, što smanjuje statističku grešku i pristrasnost. Istovremeno, sažimanje kategorija je doprinelo jednostavnijem i jasnijem prikazu rezultata (Grafikon br. 6).





Grafikon br. 5. Distribucija uzorka prema bračnom statusu

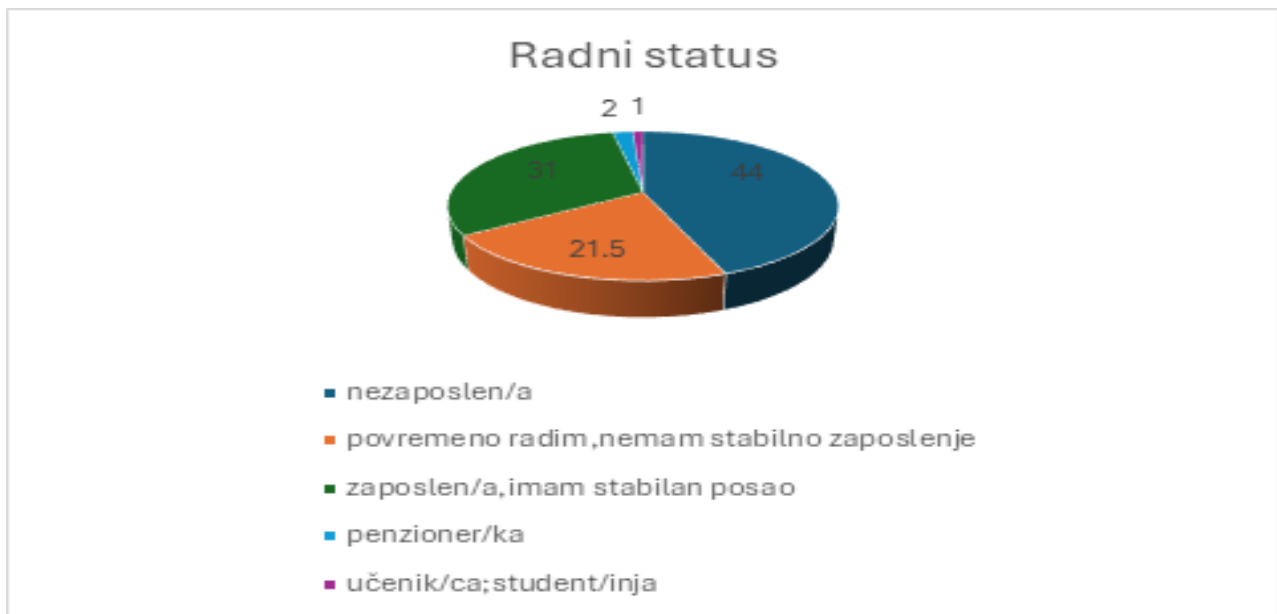
Grafikon br. 6 sugerira da osobe koje nisu u partnerskoj zajednici predstavljaju nešto više od polovine uzorka sa 52% (n=104). Učesnici i učesnice istraživanja koji/e su u braku ili vanbračnoj zajednici čine trećinu uzorka sa 33.5% (n=67), dok su osobe koje su razvedene, rastavljene ili su udovci/udovice zastupljene sa 14.5% (n=29) u ukupnom uzorku.



Grafikon br. 6. Distribucija uzorka prema sažetim kategorijama za bračni status

### ***Radni status***

Prema prikazu raspodele u pogledu radnog statusa na Grafikonu br. 7, 44% (n=88) učesnika i učesnica istraživanja je nezaposleno, dok 21.5% (n=43) povremeno radi bez stabilnog zaposlenja. Oni/e koji/e imaju stabilan posao čine 31% (n=62) uzorka. Mali procenat učesnika i učesnica ima status penzionera/ki, svega 2,0% (n=4) ili učenika/ca odnosno studenata/kinja, 1,0% (n=2). Za 1.5% (n=3) učesnika i učesnica u istraživanju informacije o zaposlenju nisu dostupne.



Grafikon br. 7. Distribucija uzorka prema radnom statusu

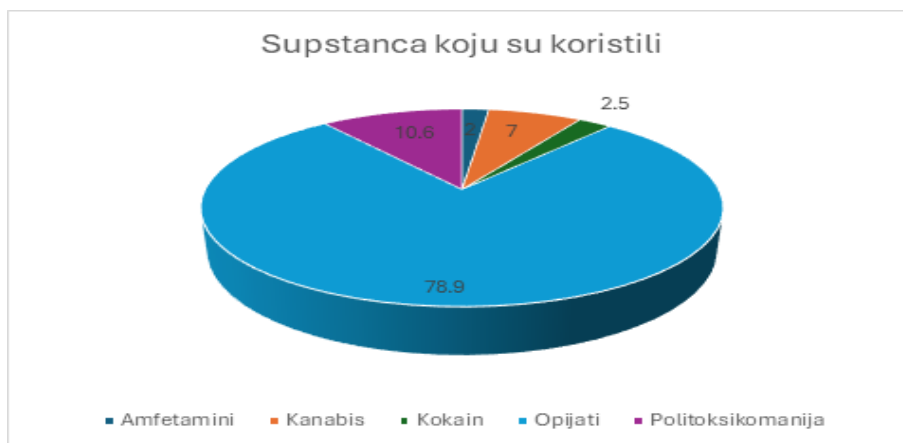
### 8.2.2. Tretmanske karakteristike uzorka

Pored sociodemografskih obeležja, za potpunije razumevanje karakteristika uzorka i konteksta istraživanja, važno je sagledati i tretmanske karakteristike učesnika i učesnica, koje obuhvataju tip zavisnosti u odnosu na PAS, tip tretmana, dužinu aktuelnog tretmana, ukupan broj prethodnih tretmana i inicijativu za započinjanje aktuelnog tretmana.

#### *Tip zavisnosti u odnosu na psihoaktivnu supstancu*

Podaci o vrsti PAS od koje su učesnici i učesnice istraživanja primarno bili zavisni prikupljeni su u saradnji sa zaposlenima u ustanovi u kojoj je istraživanje realizovano, a na osnovu konsultovanja medicinske dokumentacije. Budući da uzorak istraživanja čine osobe u fazi ranog oporavka, direktno postavljanje pitanja o PAS moglo bi da provocira žudnju za supstancom i predstavlja rizik za recidiv, te se kategoriše kao pitanje „ispod praga”. Ipak, smatrali smo ovu informaciju važnom kako bi bolje predstavili karakteristike uzorka.

Distribucija učesnika i učesnica istraživanja prema tipu zavisnosti u odnosu na psihoaktivnu supstancu (Grafikon br. 8) sugerise da je zavisnost od opioida dominantan tip zavisnosti u uzorku, sa 78.9% (n=157). Sledeća najzastupljenija kategorija je politoksikomanija, sa 10.6% (n=21) učesnika i učesnica. Ovo ukazuje na značajan udeo osoba koje koriste više različitih psihoaktivnih supstanci. Zavisnost od kanabinoida je zastupljena sa 7,0% (n=14), što ih čini trećom najčešćom supstancom u uzorku. Stimulansi, kao što su amfetamini i kokain, su najmanje zastupljene supstance, sa 2,0% (n=4), odnosno 1.5% (n=3) učesnika i učesnica koji su primarno bili zavisni od ovih supstanci. Podatak o tipu zavisnosti nije dostupan za 0,5%, odnosno za jednog učesnika ili učesnicu istraživanja.



Grafikon br. 8. Distribucija uzorka prema tipu zavisnosti u odnosu na psihoaktivnu supstancu

### *Tip tretmana*

U odnosu na tip tretmana na kojem se nalaze, ukupan uzorak od 200 učesnika i učesnica istraživanja je ravnomerno distribuiran tako da 50% (n=100) uzorka čine oni/e koji/e su na integrativnom tretmanu, a drugih 50% (n=100) čine oni/e koji/e su na opioidnom supstitucionom tretmanu (Tabela br. 2). Budući da je aktuelno učešće u jednom od ova dva tipa tretmana bilo kriterijum za uključivanje u studiju, informacije o tipu tretmana dobijene su direktno od saradnika u ustanovi u kojoj je istraživanje realizovano, a na osnovu uvida u zdravstvenu dokumentaciju selektovanih učesnika i učesnica.

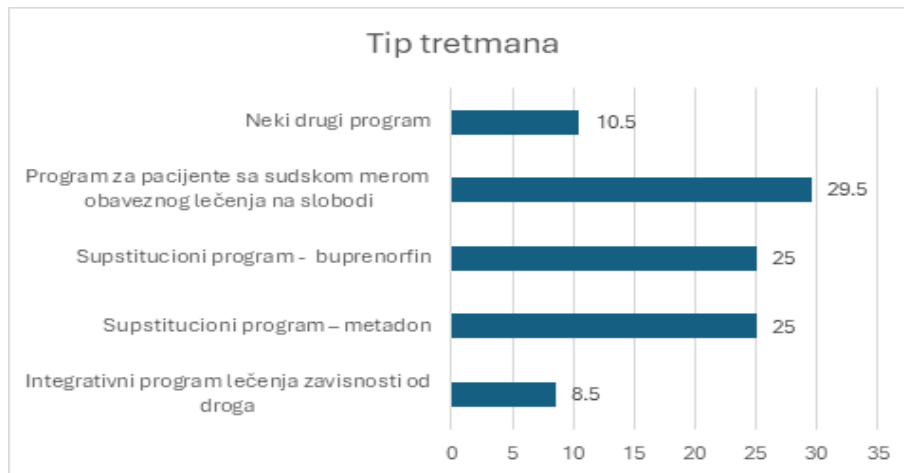
Tabela br. 2. Distribucija uzorka prema tipu tretmana

Tip tretmana	N	%
Integrativni	100	50.0
Supstitucija	100	50.0
Ukupno	200	100.0

Kako bi ostvarili željene ciljeve tretmana (uspostavljanje i održavanje totalne apstinencije ili smanjenje štetne upotrebe droga), učesnici i učesnice istraživanja su u momentu prikupljanja podataka bili uključeni u različite programe tretmana u okviru Specijalne bolnice za bolesti zavisnosti. Učesnici i učesnice istraživanja na integrativnom tretmanu su bili/e uključene u tretmane koji se realizuju u okviru Dnevne bolnice za zavisnike od droga sa rehabilitacionim grupama, Programa za pacijente sa sudskom merom obaveznog lečenja na slobodi, Centra za mlade i Dnevne detoksikacione bolnice. Sa druge strane, učesnici i učesnice na opioidnom supstitucionom tretmanu su bili/e uključeni u tretmane koji se realizuju u Odseku za dijagnostiku i lečenje zavisnika od psihoaktivnih supstanci, u okviru koga se u ambulantnim uslovima odvija detoksikacija osoba zavisnih od opijata buprenorfinom ili kombinacijom buprenorfina i naloksona, kao i supstituciona terapija metadonom i buprenorfinom. Uzimajući sve ovo u obzir, prilikom popunjavanja upitnika, učesnici i učesnice u istraživanju mogli su da kao tip tretmana odaberu između sledećih ponuđenih opcija: (1) Integrativni program lečenja zavisnosti od droga; (2a) Supstitucioni program – metadon;

(2b) Supstitucionni program - buprenorfin; (3) Program za pacijente sa sudskom merom obaveznog lečenja na slobodi; (4) Neki drugi program, koji?.

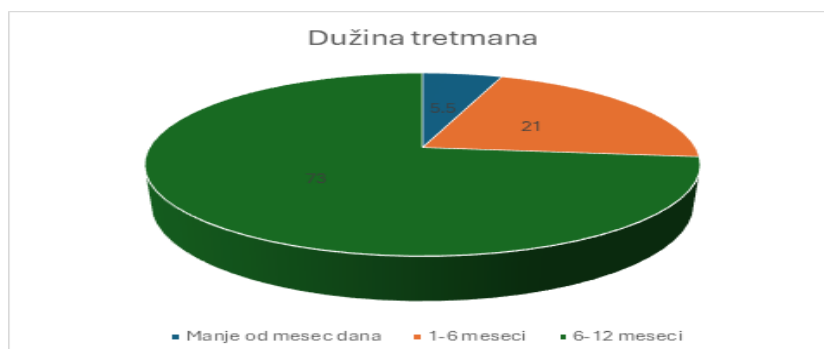
Grafikon br. 9 ilustruje raspodelu učesnika i učesnica istraživanja prema vrsti tretmana u kom učestvuju. Najveći procenat učesnika i učesnica, 29.5% (n=59), označio je da je uključen u Program za pacijente sa sudskom merom obaveznog lečenja na slobodi. Slede dva supstitucionna programa - metadonski i buprenorfinski, sa po 25% (n=50) učesnika i učesnica u svakom od njih. Integrativni program lečenja zavisnosti od droga navelo je 8.5% (n=17) učesnika i učesnica. Za kategoriju „Neki drugi program” opredelilo se 10.5% (n=21) učesnika i učesnica. Najzad, 1.5% (n=3) učesnika i učesnica nije dalo odgovor na pitanje o vrsti tretmana.



Grafikon br. 9. Distribucija uzorka prema programu tretmana (samoprocena)

### ***Dužina tretmana***

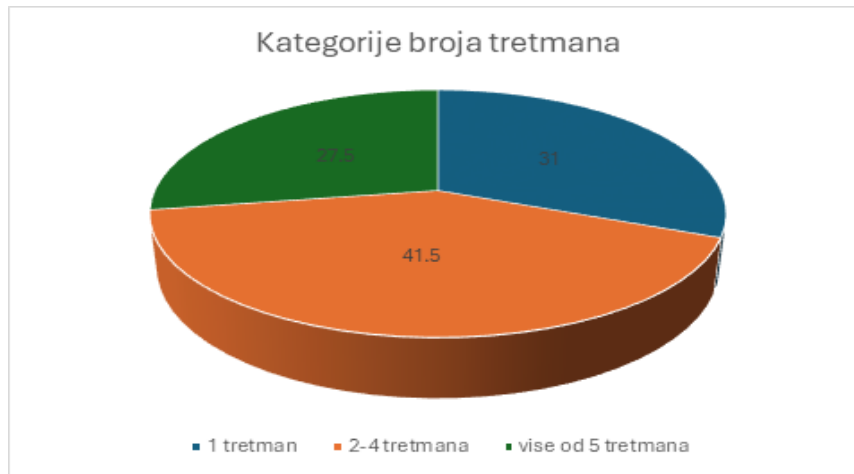
U ukupnom uzorku sa 73% (n=146) dominiraju učesnici i učesnice istraživanja koji su na tretmanu između šest i dvanaest meseci, dok je 21% (n=42) učesnika i učesnica na tretmanu između jednog i šest meseci. Samo 5.5% (n=11) učesnika i učesnica u istraživanju je na aktuelnom tretmanu manje od mesec dana, nakon što su ostvarili tranziciju sa nekog drugog programa tretmana. Postoji vrlo mali broj učesnika, 0.5% (n=1), za koje informacija o dužini tretmana nije dostupna (Grafikon br. 10).



Grafikon br. 10. Distribucija uzorka prema dužini tretmana

**Broj tretmana**

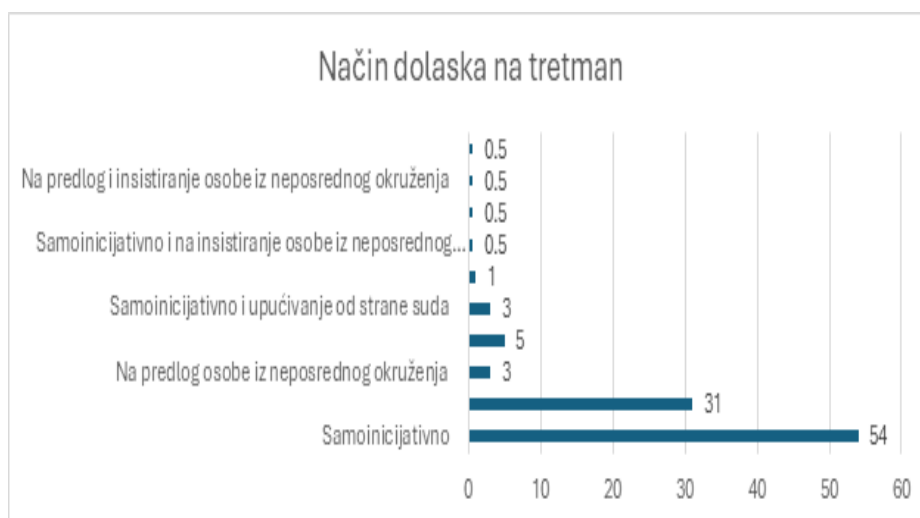
Najveći procenat učesnika i učesnica istraživanja, 41.5% (n=83) je, kako ilustruje Grafikon br. 11, imao između dva i četiri tretmana. Skoro trećina uzorka, 31% (n=62), nalazi se na svom prvom tretmanu, dok je više od četvrtine, tačnije 27.5% (n=55), prošlo kroz pet ili više tretmana.



Grafikon br. 11. Distribucija uzorka prema broju tretmana

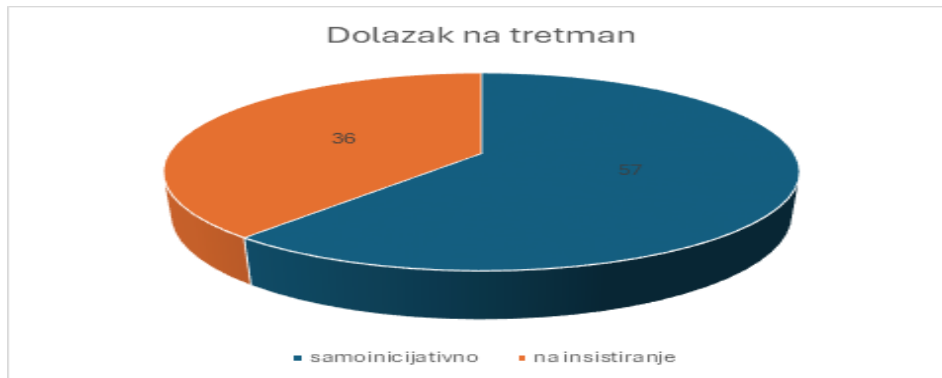
**Inicijativa za započinjanje aktuelnog tretmana**

U pogledu inicijative za započinjanje aktuelnog tretmana, Grafikon br. 12 ukazuje da je 54% (n=108) učesnika i učesnica istraživanja na tretman došlo samoinicijativno, dok je 31% (n=62) njih upućen od strane suda. Manji procenat je došao na tretman na predlog (3,0%, n=6) ili insistiranje (5,0%, n=10) osobe iz neposrednog okruženja. Postoje i specifični slučajevi koji podrazumevaju kombinacije različitih načina dolaska na tretman, uključujući kombinaciju samoinicijativnog dolaska i upućivanja od strane suda (3,0%, n=6), samoinicijativnog dolaska i predloga osobe iz okruženja (1,0%, n=2), samoinicijativnog dolaska i insistiranja osobe iz okruženja (0.5%, n=1), upućivanja od strane suda i insistiranja osobe iz okruženja (0.5%, n=1), predloga i insistiranja osobe iz okruženja (0.5%, n=1), te samoinicijativnog dolaska, predloga i insistiranja osobe iz okruženja (0.5%, n=1). Za 1,0% (n=2) učesnika i učesnica podaci o načinu dolaska na tretman nisu dostupni.



Grafikon br. 12. Distribucija uzorka prema načinu započinjanja aktuelnog tretmana

Iz praktičnih i metodoloških razloga saželi smo ove kategorije i redefinisali ih u dve šire kategorije: „Samoinicijativno” i „Na insistiranje osoba iz okruženja”. U ovom slučaju, čak 57% (n=114) učesnika i učesnica istraživanja je na tretman došla samoinicijativno, nasuprot 36% (n=72), koji/e su na tretman došli pod nekom vrstom spoljašnjeg pritiska (Grafikon br. 13).



Grafikon br. 13. Distribucija uzorka prema sažetim kategorijama za inicijativu za započinjanje aktuelnog tretmana

### 8.2.3. Karakteristike varijabli kapitala oporavka, nade i samoefikasnosti prevladavanja u uzorku

U ovom odeljku prikazani su rezultati deskriptivne statistike za varijable kapitala oporavka, nade i samoefikasnosti prevladavanja u ukupnom uzorku. Ukupni kapital oporavka, kao ključni koncept u razumevanju procesa oporavka od zavisnosti, analiziran je kroz dve glavne komponente - lični i socijalni kapital oporavka, sa po pet dimenzija u okviru svake komponente. Pored toga, predstavljeni su i rezultati za ukupnu nadu i njene dve dimenzije - agensnost i mišljenje usmereno na načine za ostvarenje ciljeva, kao i za ukupnu samoefikasnost prevladavanja i dve kategorije situacija - one koje uključuju unutrašnja stanja i one koje uključuju druge ljude kao „okidače” za recidiv. Uz tabele sa deskriptivnom statistikom za svaku od navedenih varijabli i njihovih dimenzija, prikazane su i distribucije učesnika i učesnica istraživanja prema nivoima izraženosti ovih varijabli. Ovakav sveobuhvatan prikaz rezultata omogućava dublji uvid u karakteristike i obrasce kapitala oporavka, nade i samoefikasnosti prevladavanja među učesnicima i učesnicama u ovom istraživanju.

#### 8.2.3.1. Karakteristike ukupnog kapitala oporavka u uzorku

Tabela br. 3 prikazuje frekvenciju i procenat za različite raspone ukupnog kapitala oporavka u opštem uzorku. Raspon ukupnog kapitala oporavka se kreće od 13.00 do 50.00, a distribucija ukupnog kapitala oporavka je relativno ravnomerna, sa nešto većom koncentracijom učesnika i učesnica istraživanja u srednjim i višim rasponima od 39.00 do 48.00 (ukupno 62.5%, n=125). Najveći broj učesnika i učesnica istraživanja, 8,0% (n=16), ima ukupni kapital oporavka u rasponu od 46.00. Najmanji broj učesnika i učesnica istraživanja, po 0.5% (n=1), ima ukupni kapital oporavka u rasponima od 13.00, 14.00, 17.00, 20.00 i 21.00, dok po 1,0% (n=2) ima ukupni kapital oporavka u rasponima od 18.00, 23.00, 24.00, 26.00 i 33.00. Po 7,0% (n=14) učesnika i učesnica istraživanja ima ukupni kapital oporavka u rasponu od 43.00 i 44.00. Po 5,0% (n=10) učesnika i učesnica istraživanja ima ukupni kapital oporavka u rasponima od 40.00, 47.00 i 48.00.

Tabela br. 3. Distribucija frekvencija i procenata za ukupni kapital oporavka u uzorku

<b>Ukupni kapital oporavka</b>		
Skor	N	%
13.00	1	0,5
14.00	1	0,5
17.00	1	0,5
18.00	2	1,0
20.00	1	0,5
21.00	1	0,5
22.00	3	1,5
23.00	2	1,0
24.00	2	1,0
25.00	3	1,5
26.00	2	1,0
27.00	3	1,5
28.00	4	2,0
29.00	5	2,5
30.00	9	4,5
31.00	8	4,0
32.00	5	2,5
33.00	2	1,0
34.00	5	2,5
35.00	5	2,5
36.00	8	4,0
37.00	4	2,0
38.00	6	3,0
39.00	13	6,5
40.00	10	5,0
41.00	8	4,0
42.00	5	2,5
43.00	14	7,0
44.00	14	7,0

45.00	6	3,0
46.00	16	8,0
47.00	10	5,0
48.00	10	5,0
49.00	5	2,5
50.00	6	3,0
Ukupno	200	100,0

U Tabeli br. 4 je dat prikaz kategorizacije učesnika i učesnica istraživanja prema nivoima ukupnog kapitala oporavka: nizak nivo, umereni nivo, visok nivo i veoma visok nivo. Nivoi kapitala oporavka određeni su prema ukupnom skorom ostvarenom na *Skali za procenu kapitala oporavka*, tako da se vrednosti 0-17 mogu smatrati niskim, 18-34 umerenim, 35-50 visokim, pri čemu se vrednosti 46-50 mogu smatrati izrazito visokim. Mogući rezultat se kreće od 0 do 50. Uočavamo da više od polovine učesnika i učesnica istraživanja, tačnije 54% (n=108), ima visok nivo ukupnog kapitala oporavka. Ovo je ujedno i najzastupljenija kategorija. Skoro trećina, 30.5% (n=61), ima umereni nivo ukupnog kapitala oporavka. Znatno manji procenat učesnika i učesnica istraživanja, 13.5% (n=27), ima veoma visok nivo ukupnog kapitala oporavka, dok najmanji broj, svega 2,0% (n=4), ima nizak nivo ukupnog kapitala oporavka.

Tabela br. 4. Zastupljenost kategorija ukupnog kapitala oporavka u uzorku

Nivo ukupnog kapitala	N	%
Nizak nivo	4	2,0
Umereni nivo	61	30,5
Visok nivo	108	54,0
Veoma visok nivo	27	13,5
Ukupno	200	100,0

### 8.2.3.2. Karakteristike ličnog kapitala oporavka u uzorku

Kao što ilustruje Tabela br. 5, raspon ličnog kapitala oporavka među učesnicima i učesnicama istraživanja u uzorku se kreće od 4.00 do 25.00. Najveći broj učesnika i učesnica istraživanja, 13.5% (n=27), ima lični kapital oporavka u rasponu od 23.00. Slede učesnici i učesnice sa ličnim kapitalom oporavka u rasponu od 22.00, koji čine 10% (n=20) uzorka. Po 9,0% (n=18) učesnika i učesnica istraživanja ima lični kapital oporavka u rasponu od 25.00. Po 8.5% (n=17) i učesnika i učesnica istraživanja ima lični kapital oporavka u rasponu od 24.00. Po 8,0% (n=16) učesnika i učesnica istraživanja ima lični kapital oporavka u rasponima od 18.00 i 20.00. Najmanji broj učesnika i učesnica istraživanja, po 0.5% (n=1), ima lični kapital oporavka u rasponu od 4.00. Relativno mali procenat njih, po 1,0% (n=2), ima lični kapital oporavka u rasponima od 7.00, 8.00,



9.00 i 10.00. Uočava se da je distribucija ličnog kapitala oporavka pomerena ka višim vrednostima, sa većinom učesnika i učesnica istraživanja (oko 60%) u rasponima od 20.00 do 25.00.

Tabela br. 5. Distribucija frekvencija i procenata za lični kapital oporavka u uzorku

Lični kapital oporavka		
Skor	N	%
4.00	1	0,5
7.00	2	1,0
8.00	2	1,0
9.00	2	1,0
10.00	2	1,0
12.00	8	4,0
13.00	7	3,5
14.00	7	3,5
15.00	11	5,5
16.00	10	5,0
17.00	9	4,5
18.00	16	8,0
19.00	13	6,5
20.00	16	8,0
21.00	12	6,0
22.00	20	10,0
23.00	27	13,5
24.00	17	8,5
25.00	18	9,0
Ukupno	200	100,0

Distribucija frekvencija i procenata učesnika i učesnica istraživanja prema skorima na dimenzijama „Globalno psihičko zdravlje”, „Globalno fizičko zdravlje”, „Upravljanje rizicima”, „Prevladavanje teškoća i životno funkcionisanje” i „Iskustvo oporavka”, kao dimenzijama ličnog kapitala oporavka, date su u Tabelama br. 6, 7, 8, 9 i 10, redom.

Raspon skorova na dimenziji „Globalno psihičko zdravlje“ kreće se od 0 do 5. Dimenzija „Globalno psihičko zdravlje” se odnosi na opšte mentalno zdravlje, emocionalnu stabilnost i odsustvo psihičkih tegoba koje mogu ometati proces oporavka i svakodnevno funkcionisanje osobe. Najveći broj učesnika i učesnica istraživanja, 40% (n=80), ima najviši mogući skor (5) na dimenziji globalnog psihičkog zdravlja. Druga najzastupljenija kategorija su učesnici i učesnice istraživanja

sa skorom 4, koji čine 25.5% (n=51) uzorka. Zajedno, učesnici i učesnice istraživanja sa skorovima 4 i 5 čine 65.5% uzorka, što ukazuje na visok nivo ličnog kapitala oporavka u domenu globalnog psihičkog zdravlja za većinu učesnika i učesnica. Skor 3 ima 20.5% (n=41) učesnika i učesnica istraživanja, što predstavlja značajan udeo uzorka sa umerenim nivoom na ovoj dimenziji. Manji procenat ima skorove 2 (9,0%, n=18), 1 (4.5%, n=9) i 0 (0.5%, n=1), što ukazuje na nizak nivo ličnog kapitala oporavka u domenu globalnog psihičkog zdravlja za ove podgrupe (Tabela br. 6).

Tabela br. 6. Distribucija frekvencija i procenata prema skor na dimenziji „Globalno psihičko zdravlje“ ličnog kapitala oporavka u uzorku

Kapital oporavka: globalno psihičko zdravlje		
Skor	N	%
0	1	0,5
1	9	4,5
2	18	9,0
3	41	20,5
4	51	25,5
5	80	40,0
Ukupno	200	100,0

Tabela br. 7 prikazuje distribuciju frekvencija i procenata ispitanika prema skor na dimenziji „Globalno fizičko zdravlje“ ličnog kapitala oporavka. Dimenzija „Globalno fizičko zdravlje“ se odnosi na opšte telesno zdravlje i odsustvo fizičkih bolesti ili tegoba koje mogu ometati proces oporavka i svakodnevno funkcionisanje osobe. Raspon skorova na ovoj dimenziji kapitala oporavka se kreće od 0 do 5. Najveći procenat učesnika i učesnica istraživanja, 39% (n=78), postiže najviši mogući skor 5 na ovoj dimenziji, što ukazuje na odlično globalno fizičko zdravlje. Više od četvrtine učesnika i učesnica istraživanja, 28% (n=56), ima skor 4, što takođe odražava vrlo dobro fizičko zdravlje. Znatno manji deo uzorka, 10.5% (n=21), postiže skor 3, sugerišući umereno dobro fizičko zdravlje. Skor 2 ima 13.5% (n=27) učesnika i učesnica istraživanja, što može ukazivati na izvesne poteškoće u sferi fizičkog zdravlja. Skor 1 ima 6,0% (n=12) učesnika i učesnica, a najniži skor 0 postiže 3,0% (n=6), što signalizira ozbiljnije izazove u domenu fizičkog zdravlja. Kumulativno posmatrano, 67% učesnika i učesnica istraživanja (n=134) postiže dva najviša skora (4 i 5), reflektujući predominantno visok nivo globalnog fizičkog zdravlja u ispitivanom uzorku. Sa druge strane, 22.5% učesnika i učesnica istraživanja (n=45) ima skorove 2 i niže, što ukazuje na ranjivu podgrupu koja zahteva pojačanu pažnju i podršku u domenu fizičkog zdravlja tokom procesa oporavka.

Tabela br. 7. Distribucija frekvencija i procenata prema skoru na dimenziji „Globalno fizičko zdravlje“ ličnog kapitala oporavka u uzorku

Kapital oporavka: globalno fizičko zdravlje		
Skor	N	%
0	6	3,0
1	12	6,0
2	27	13,5
3	21	10,5
4	56	28,0
5	78	39,0
Ukupno	200	100,0

Distribucija frekvencija i procenata učesnika i učesnica istraživanja prema skoru na dimenziji „Upravljanje rizicima“ ličnog kapitala oporavka je ilustrovana u Tabeli br. 8. Dimenzija kapitala oporavka „Upravljanje rizicima“ se odnosi na sposobnost osobe koja se oporavlja od zavisnosti da prepozna, proceni i adekvatno reaguje na potencijalno rizične situacije ili aktivnosti koje bi mogle ugroziti njenu apstinenciju i proces oporavka, oslanjajući se na svoju samoeфикаsnost i veštine donošenja informisanih odluka. Raspon skorova na ovoj dimenziji kreće se od 1 do 5. Najveći procenat učesnika i učesnica istraživanja, 32,0% (n=64), postiže skor 4 na ovoj dimenziji, što ukazuje na vrlo dobru sposobnost upravljanja rizicima. Nešto manji procenat, 27,5% (n=55), ima najviši mogući skor 5, što odražava odličnu sposobnost upravljanja rizicima. Više od četvrtine učesnika i učesnica istraživanja, 26,5% (n=53), postiže skor 3, sugerišući umereno dobru sposobnost upravljanja rizicima. Skor 2 ima 11,5% (n=23) učesnika i učesnica, što može ukazivati na izvesne poteškoće u domenu upravljanja rizicima. Najmanji procenat učesnika i učesnica istraživanja, 2,5% (n=5), ima najniži skor 1, što signalizira ozbiljnije izazove u oblasti upravljanja rizicima. Kumulativno posmatrano, 59,5% učesnika i učesnica istraživanja (n=119) postiže dva najviša skora (4 i 5), reflektujući predominantno visok nivo sposobnosti upravljanja rizicima u ispitivanom uzorku. Sa druge strane, 14,0% učesnika i učesnica (n=28) ima skorove 2 i niže, što ukazuje na ranjivu podgrupu koja zahteva pojačanu pažnju i podršku u domenu upravljanja rizicima tokom procesa oporavka.

Tabela br. 8. Distribucija frekvencija i procenata prema skoru na dimenziji „Upravljanje rizicima“ ličnog kapitala oporavka u uzorku

Kapital oporavka: upravljanje rizicima		
Skor	N	%
1	5	2,5
2	23	11,5
3	53	26,5
4	64	32,0
5	55	27,5
Ukupno	200	100,0

Tabela br. 9 prikazuje distribuciju frekvencija i procenata učesnika i učesnica istraživanja prema skor na dimenziji „Prevladavanje teškoća i životno funkcionisanje” ličnog kapitala oporavka. Dimenzija „Prevladavanje i životno funkcionisanje” ličnog kapitala oporavka odnosi se na sposobnost osobe da se efikasno suočava sa stresom i izazovima, održavajući pritom adekvatan nivo funkcionisanja u različitim životnim sferama, što predstavlja važan resurs u procesu oporavka od bolesti zavisnosti. Raspon skorova na ovoj dimenziji kreće se od 0 do 5. Najveći procenat učesnika i učesnica istraživanja, 34% (n=68), postiže najviši mogući skor 5 na ovoj dimenziji, što ukazuje na odličnu sposobnost prevladavanja teškoća i životnog funkcionisanja. Više od četvrtine učesnika i učesnica, 27% (n=54), ima skor 4, što takođe odražava vrlo dobru sposobnost prevladavanja i životnog funkcionisanja. Petina učesnika i učesnica istraživanja, 20.5% (n=41), postiže skor 3, sugerišući umereno dobru sposobnost prevladavanja i životnog funkcionisanja. Skor 2 ima 12.5% (n=25) učesnika i učesnica, što može ukazivati na izvesne poteškoće u domenu prevladavanja i životnog funkcionisanja. Manji procenat ima najniže skorove: 4.5% (n=9) ima skor 1, a 1.5% (n=3) ima skor 0, što signalizira ozbiljnije izazove u oblasti prevladavanja i životnog funkcionisanja. Kumulativno posmatrano, 61% učesnika i učesnica istraživanja (n=122) postiže dva najviša skora (4 i 5), reflektujući predominantno visok nivo sposobnosti prevladavanja i životnog funkcionisanja u ispitivanom uzorku. Sa druge strane, 18.5% učesnika i učesnica (n=37) ima skorove 2 i niže, što ukazuje na ranjivu podgrupu koja zahteva pojačanu pažnju i podršku u domenu prevladavanja i životnog funkcionisanja tokom procesa oporavka.

Tabela br. 9. Distribucija frekvencija i procenata prema skor na dimenziji „Prevladavanje teškoća i životno funkcionisanje“ ličnog kapitala oporavka

Kapital oporavka: prevladavanje teškoća i životno funkcionisanje		
Skor	N	%
0	3	1,5
1	9	4,5
2	25	12,5
3	41	20,5
4	54	27,0
5	68	34,0
Ukupno	200	100,0

U Tabeli br. 10 data je distribucija frekvencija i procenata učesnika i učesnica istraživanja prema skor na dimenziji „Iskustvo oporavka” ličnog kapitala oporavka. Dimenzija „Iskustvo oporavka” ličnog kapitala oporavka odnosi se na subjektivni doživljaj i percepciju sopstvenog procesa oporavka od zavisnosti, uključujući procenu napretka, izazova, uspeha i ličnog rasta kroz ovo iskustvo. Raspon skorova na ovoj dimenziji kreće se od 0 do 5. Ubedljivo najveći procenat učesnika i učesnica istraživanja, čak 60.5% (n=121), postiže najviši mogući skor 5 na ovoj dimenziji, što ukazuje na veoma bogato i pozitivno iskustvo oporavka. Skoro četvrtina učesnika i učesnica, 23.5% (n=47), ima skor 4, što takođe odražava vrlo dobro iskustvo oporavka. Znatno manji deo uzorka, 8.5% (n=17), postiže skor 3, sugerišući umereno dobro iskustvo oporavka. Skor 2 ima 4.5% (n=9) učesnika i učesnica istraživanja, što može ukazivati na izvesne poteškoće u domenu iskustva oporavka. Najmanji procenat učesnika i učesnica ima najniže skorove: 2.5% (n=5) ima skor 1, a samo 0.5% (n=1) ima skor 0, što signalizira ozbiljnije izazove u oblasti iskustva oporavka.

Kumulativno posmatrano, čak 84% učesnika i učesnica istraživanja (n=168) postiže dva najviša skora (4 i 5), reflektujući predominantno veoma pozitivno iskustvo oporavka u ispitivanom uzorku. Sa druge strane, svega 7.5% (n=15) ima skorove 2 i niže, što ukazuje na malu, ali ipak prisutnu ranjivu podgrupu koja zahteva pojačanu pažnju i podršku u domenu iskustva oporavka tokom procesa oporavka.

Tabela br. 10. Distribucija frekvencija i procenata prema skor na dimenziji „Iskustvo oporavka“ ličnog kapitala oporavka u uzorku

Kapital oporavka: iskustvo oporavka		
Skor	N	%
0	1	0,5
1	5	2,5
2	9	4,5
3	17	8,5
4	47	23,5
5	121	60,5
Ukupno	200	100,0

Nivoi ličnog kapitala oporavka određeni su prema skor ostvarenom na subskali u okviru *Skale za procenu kapitala oporavka*, tako da se vrednosti 0-8 posmatraju kao niske, 9-17 umerene, 18-25 visoke, pri čemu se vrednosti 23-25 smatraju izuzetno visokim.

Kada posmatramo zastupljenosti kategorija ličnog kapitala oporavka među učesnicima i učesnicama istraživanja u ukupnom uzorku, prikazanu u Tabeli br. 11, podaci pokazuju da više od polovine učesnika i učesnica istraživanja, tačnije 52% (n=104), ima visok nivo ličnog kapitala oporavka. Ovo je ujedno i najzastupljenija kategorija. Značajan procenat, 28% (n=56), ima umereni nivo ličnog kapitala oporavka. Skoro petina učesnika i učesnica istraživanja, 17.5% (n=35), ima veoma visok nivo ličnog kapitala oporavka, dok svega 2.5% (n=5) ima nizak nivo ličnog kapitala oporavka, što je najslabije zastupljena kategorija.

Tabela br. 11. Zastupljenost kategorija ličnog kapitala oporavka u uzorku

Lični kapital oporavka		
Kategorija	N	%
Nizak nivo	5	2,5
Umereni nivo	56	28,0
Visok nivo	104	52,0
Veoma visok nivo	35	17,5
Ukupno	200	100,0

Nakon detaljnog prikaza rezultata o ličnom kapitalu oporavka, koji obuhvataju distribuciju frekvencija i procenata za ukupni skor, skorove na pojedinačnim dimenzijama i zastupljenost kategorija ličnog kapitala oporavka među učesnicima i učesnicama istraživanja primećujemo da većina učesnika i učesnica istraživanja poseduje visok ili veoma visok nivo ličnog kapitala oporavka, pri čemu je posebno izraženo pozitivno iskustvo oporavka. Zastupljenost nižih nivoa ličnog kapitala oporavka je, sa druge strane, relativno mala.

### 8.2.3.3. Karakteristike socijalnog kapitala oporavka u uzorku

Tabela br. 12 prikazuje frekvenciju i procenat učesnika i učesnica istraživanja za različite raspone socijalnog kapitala oporavka. Raspon socijalnog kapitala oporavka se kreće od 5.00 do 25.00. Najveći broj učesnika i učesnica istraživanja, 11.5% (n=23), ima socijalni kapital oporavka u rasponu od 22.00. Slede oni sa socijalnim kapitalom oporavka u rasponu od 21.00, koji čine 10.5% (n=21) uzorka. Po 9.5% (n=19) učesnika i učesnica istraživanja ima socijalni kapital oporavka u rasponima od 20.00 i 23.00. Po 8% (n=16) ima socijalni kapital oporavka u rasponu od 24.00. Najmanji broj učesnika i učesnica istraživanja, po 0,5% (n=1), ima socijalni kapital oporavka u rasponima od 5.00 i 6.00, a relativno mali procenat, po 1,0% (n=2), ima socijalni kapital oporavka u rasponima od 8.00 i 9.00. Uočava se da je distribucija socijalnog kapitala oporavka pomerena ka višim vrednostima, sa najvećom zastupljenošću učesnika i učesnica istraživanja u rasponima od 20.00 do 24.00.

Tabela br. 12. Distribucija frekvencija i procenata za socijalni kapital oporavka u uzorku

Socijalni kapital oporavka		
Skor	N	%
5.00	1	0,5
6.00	1	0,5
8.00	2	1,0
9.00	2	1,0
10.00	3	1,5
11.00	3	1,5
12.00	4	2,0
13.00	11	5,5
14.00	6	3,0
15.00	10	5,0
16.00	11	5,5
17.00	11	5,5
18.00	11	5,5
19.00	15	7,5
20.00	19	9,5

21.00	21	10,5
22.00	23	11,5
23.00	19	9,5
24.00	16	8,0
25.00	11	5,5
Ukupno	200	100,0

Distribucija frekvencija i procenata učesnika i učesnica istraživanja prema skorima na dimenzijama „Upotreba PAS i apstinencija”, „Građansko angažovanje i učešće u zajednici”, „Socijalna podrška”, „Smislene aktivnosti” i „Stanovanje i bezbednost” kao dimenzijama socijalnog kapitala oporavka, date su u Tabelama br. 13, 14, 15, 16 i 17.

Dimenzija „Upotreba PAS i apstinencija” socijalnog kapitala oporavka odnosi se na stepen u kojem je osoba u oporavku uspela da održi apstinenciju i smanji ili prekine upotrebu supstanci, što predstavlja aspekt uspešnog oporavka i osnov za izgradnju stabilnog i zdravog životnog stila. Raspon skorova na ovoj dimenziji kreće se od 1 do 5 (Tabela br. 13). Kada je u pitanju distribucija frekvencija i procenata učesnika i učesnica istraživanja prema skorima na dimenziji „Upotreba PAS i apstinencija”, primećujemo da najveći procenat učesnika i učesnica istraživanja, 34.5% (n=69), postiže najviši mogući skor 5 na ovoj dimenziji, što ukazuje na potpunu apstinenciju i odsustvo upotrebe PAS. Skoro trećina uzorka, 31.5% (n=63), ima skor 4, što takođe odražava visok nivo apstinencije i minimalnu upotrebu PAS. Petina uzorka, 20.5% (n=41), postiže skor 3, sugerišući umereni nivo apstinencije i povremenu upotrebu PAS. Manji procenat učesnika i učesnica istraživanja ima niske skorove na ovoj dimenziji: 8.5% (n=17) ima skor 2, a 5,0% (n=10) ima najniži skor 1, ukazujući na češću upotrebu PAS i niži nivo apstinencije. Kumulativno posmatrano, 66% učesnika i učesnica istraživanja (n=132) postiže dva najviša skora (4 i 5), ukazujući na predominantno visok nivo apstinencije i odsustvo ili minimalnu upotrebu PAS u istraživanom uzorku.

Tabela br. 13. Distribucija frekvencija i procenata prema skorima na dimenziji „Upotreba PAS i apstinencija” socijalnog kapitala oporavka u uzorku

Kapital oporavka: upotreba PAS i apstinencija		
Skor	N	%
1	10	5,0
2	17	8,5
3	41	20,5
4	63	31,5
5	69	34,5
Ukupno	200	100,0

Tabela br. 14 prikazuje distribuciju frekvencija i procenata ispitanika prema skorima na dimenziji „Građansko angažovanje i učešće u zajednici” socijalnog kapitala oporavka. Dimenzija

„Građansko angažovanje i učešće u zajednici” se odnosi na stepen u kome je osoba aktivno uključena u život svoje lokalne zajednice i društva u celini, kroz različite forme prosocijalnog ponašanja, altruizma i doprinosa opštem dobru, a što joj omogućava da izgradi osećaj pripadnosti, smisla i reciprociteta u odnosu na svoju socijalnu sredinu. Raspon skorova na ovoj dimenziji kreće se od 1 do 5. Skoro polovina uzorka, tačnije 47% (n=94), postiže najviši mogući skor 5 na ovoj dimenziji, što ukazuje na veoma visok nivo građanskog angažovanja i učešća u zajednici. Nešto više od trećine učesnika i učesnica istraživanja, 36% (n=72), ima skor 4, što takođe odražava visok nivo građanskog i učešća u zajednici. Znatno manji deo uzorka, 12.5% (n=25), postiže skor 3, sugerišući umereni nivo građanskog i učešća u zajednici. Veoma mali procenat ima niske skorove na ovoj dimenziji: 2.5% (n=5) ima skor 2, a 2,0% (n=4) ima najniži skor 1. Kumulativno posmatrano, čak 83% učesnika i učesnica istraživanja (n=166) postiže dva najviša skora (4 i 5), ukazujući na predominantno visok nivo građanskog angažovanja i učešća u zajednici u istraživanom uzorku.

Tabela br. 14. Distribucija frekvencija i procenata prema skorima na dimenziji „Građansko angažovanje i učešće u zajednici” socijalnog kapitala oporavka u uzorku

Kapital oporavka: građansko angažovanje i učešće u zajednici		
Skor	N	%
1	4	2,0
2	5	2,5
3	25	12,5
4	72	36,0
5	94	47,0
Ukupno	200	100,0

Dimenzija „Socijalna podrška” se odnosi na mrežu odnosa, veza i resursa koje osoba u oporavku ima na raspolaganju, a koji pružaju emocionalnu, instrumentalnu i informacionu podršku i pomoć u procesu oporavka. Raspon skorova na ovoj dimenziji kreće se od 0 do 5 (Tabela br. 15). Najveći procenat učesnika i učesnica istraživanja, 38% (n=76), postiže najviši mogući skor 5 na ovoj dimenziji, što ukazuje na veoma visok nivo socijalne podrške. Nešto više od petine uzorka, 22% (n=44), ima skor 4, što takođe odražava visok nivo socijalne podrške. Skor 3 postiže 14% (n=28) učesnika i učesnica istraživanja, sugerišući umereni nivo socijalne podrške. Manji procenat ima niske skorove na ovoj dimenziji: 13.5% (n=27) ima skor 2, 7.5% (n=15) ima skor 1, a 5,0% (n=10) ima najniži skor 0, ukazujući na nizak nivo socijalne podrške. Kumulativno posmatrano, 60% učesnika i učesnica istraživanja (n=120) postiže dva najviša skora (4 i 5), ukazujući na predominantno visok nivo socijalne podrške u istraživanom uzorku.



Tabela br. 15. Distribucija frekvencija i procenata prema skoru na dimenziji „Socijalna podrška” socijalnog kapitala oporavka u uzorku

Kapital oporavka: socijalna podrška		
Skor	N	%
0	10	5,0
1	15	7,5
2	27	13,5
3	28	14,0
4	44	22,0
5	76	38,0
Ukupno	200	100,0

Tabela br. 16 prikazuje distribuciju frekvencija i procenata učesnika i učesnica istraživanja prema skoru na dimenziji „Smislene aktivnosti” socijalnog kapitala oporavka. Dimenzija „Smislene aktivnosti” se odnosi na angažovanje u aktivnostima koje osoba doživljava kao svrhovite, ispunjavajuće i važne za njen lični rast i razvoj, a koje mogu uključivati posao, obrazovanje, hobije, volontiranje i slično. Raspon skorova na ovoj dimenziji kreće se od 0 do 5. Najveći procenat učesnika i učesnica istraživanja, 24% (n=48), postiže najviši mogući skor 5 na ovoj dimenziji, što ukazuje na veoma visok nivo angažovanja u smislenim aktivnostima. Nešto više od petine uzorka, 20.5% (n=41), ima skor 4, što takođe odražava visok nivo uključenosti u smislene aktivnosti. Skor 3 postiže 23% (n=46), sugerišući umereni nivo angažovanja u smislenim aktivnostima. Manji procenat učesnika i učesnica istraživanja ima niske skorove na ovoj dimenziji: 15.5% (n=31) ima skor 2, 14.5% (n=29) ima skor 1, a 2.5% (n=5) ima najniži skor 0, ukazujući na nizak nivo uključenosti u smislene aktivnosti. Kumulativno posmatrano, 44.5% učesnika i učesnica (n=89) postiže dva najviša skora (4 i 5), ukazujući na visok nivo angažovanja u smislenim aktivnostima kod značajnog dela istraživanog uzorka.

Tabela br. 16. Distribucija frekvencija i procenata prema skoru na dimenziji „Smislene aktivnosti” socijalnog kapitala oporavka u uzorku

Kapital oporavka: smislene aktivnosti		
Skor	N	%
0	5	2,5
1	29	14,5
2	31	15,5
3	46	23,0
4	41	20,5
5	48	24,0
Ukupno	200	100,0

Dimenzija „Stanovanje i bezbednost” se odnosi na dostupnost sigurnog, stabilnog i adekvatnog smeštaja, kao i na život u bezbednom okruženju bez nasilja, kriminala ili drugih pretnji po fizičku i psihičku sigurnost osobe u oporavku. Tabela br. 17 prikazuje distribuciju frekvencija i procenata učesnika i učesnica u istraživanju prema skor na ovoj dimenziji socijalnog kapitala oporavka. Raspon skorova na dimenziji „Stanovanje i bezbednost” se kreće od 0 do 5. Ubedljivo najveći procenat učesnika i učesnica u istraživanju, čak 61.5% (n=123), postiže najviši mogući skor 5 na ovoj dimenziji, što ukazuje na veoma visok nivo pristupa adekvatnom stanovanju i život u bezbednom okruženju. Dodatnih 17.5% (n=35) učesnika i učesnica u istraživanju ima skor 4, što takođe odražava visok nivo kvaliteta stanovanja i bezbednosti. Skor 3 postiže 11.5% (n=23), sugerišući umereni nivo adekvatnosti stanovanja i bezbednosti okruženja. Veoma mali procenat učesnika i učesnica ima niske skorove na ovoj dimenziji: 4.5% (n=9) ima skor 2, 3.5% (n=7) ima skor 1, a samo 1.5% (n=3) ima najniži skor 0, ukazujući na ozbiljne izazove u domenu stanovanja i bezbednosti. Kumulativno posmatrano, čak 79% učesnika i učesnica istraživanja (n=158) postiže dva najviša skora (4 i 5), ukazujući na predominantno visok nivo pristupa adekvatnom stanovanju i život u bezbednom okruženju u istraživanom uzorku.

Tabela br. 17. Distribucija frekvencija i procenata prema skor na dimenziji „Stanovanje i bezbednost” socijalnog kapitala oporavka

Kapital oporavka: stanovanje i bezbednost		
Skor	N	%
0	3	1,5
1	7	3,5
2	9	4,5
3	23	11,5
4	35	17,5
5	123	61,5
Ukupno	200	100,0

Nivoi socijalnog kapitala oporavka određeni su prema skor ostvarenom na subskali u okviru *Skale za procenu kapitala oporavka*, tako da se vrednosti 0-8 posmatraju kao niske, 9-17 umerene, 18-25 visoke, pri čemu se vrednosti 23-25 smatraju izuzetno visokim.

Kada posmatramo zastupljenosti kategorija socijalnog kapitala oporavka među učesnicima i učesnicama istraživanja u uzorku, prikazanu u Tabeli br. 18, podaci pokazuju da više od polovine učesnika i učesnica, tačnije 54% (n=108), ima visok nivo socijalnog kapitala oporavka. Ovo je ujedno i najzastupljenija kategorija. Skoro trećina, 30.5% (n=61), ima umereni nivo socijalnog kapitala oporavka. Manji procenat učesnika i učesnica istraživanja, 13.5% (n=27), ima veoma visok nivo socijalnog kapitala oporavka. Svega 2,0% (n=4) učesnika i učesnica ima nizak nivo socijalnog kapitala oporavka, što je najslabije zastupljena kategorija.

Tabela br. 18. Zastupljenost kategorija socijalnog kapitala oporavka u uzorku

Socijalni kapital oporavka		
Kategorija	N	%
Nizak nivo	4	2,0
Umereni nivo	61	30,5
Visok nivo	108	54,0
Veoma visok nivo	27	13,5
Ukupno	200	100,0

Nakon detaljnog prikaza rezultata o socijalnom kapitalu oporavka, koji obuhvataju distribuciju frekvencija i procenata za ukupni skor, skorove na pojedinačnim dimenzijama i zastupljenost kategorija socijalnog kapitala oporavka među učesnicima i učesnicama istraživanja, uočavamo nekoliko značajnih trendova. Većina učesnika i učesnica istraživanja poseduje visok ili veoma visok nivo socijalnog kapitala oporavka, sa posebno izraženim resursima u domenima stanovanja i bezbednosti, socijalne podrške i smanjene upotrebe psihoaktivnih supstanci, dok je zastupljenost nižih nivoa socijalnog kapitala oporavka relativno mala. Ovi rezultati ukazuju na značajne socijalne resurse i podržavajuće okruženje koji mogu doprineti uspešnom oporavku od bolesti zavisnosti u ispitivanom uzorku, uz identifikovanje specifičnih podgrupa učesnika i učesnica istraživanja kojima bi ciljana podrška u pojedinim aspektima socijalnog kapitala oporavka, poput uključivanja u smislene aktivnosti, mogla biti od dodatne koristi u dostizanju i održavanju stabilne apstinencije/kontrole nad upotrebom PAS i unapređenju ukupnog kvaliteta života u oporavku.

#### 8.2.3.4. Karakteristike nade u uzorku

Kada je u pitanju distribucija frekvencija i procenata za ukupni skor nade u celokupnom uzorku učesnika i učesnica istraživanja, ona je data u Tabeli br. 19. Raspon ukupnog skora nade kreće se od 8.00 do 32.00, što ukazuje na značajnu varijabilnost u nivoima nade među učesnicima i učesnicama istraživanja. Najveći procenat 9.5% (n=19), postiže skor 25.00, što sugeriše relativno visok nivo ukupne nade. Skorovi sa sledećom najvećom zastupljenošću su 21.00 (8%, n=16), 23.00 i 26.00 (po 7.5%, n=15), ukazujući na tendenciju ka višim nivoima nade u uzorku. Najmanja zastupljenost se uočava kod veoma niskih skorova, poput 11.00, 14.00 i 16.00 (po 0.5%, n=1), kao i kod nekih viših skorova poput 17.00 (1,0%, n=2). Skorovi u srednjem opsegu, od 20.00 do 30.00, su relativno ravnomerno zastupljeni, sa procentima koji se kreću od 4,0% do 8%. Za 5.5% (n=11) učesnika i učesnica istraživanja podaci za ukupni skor nade nisu dostupni. Kumulativno posmatrano, skorovi od 21.00 pa naviše su zastupljeni kod 71.5% učesnika i učesnica istraživanja (n=143), sugerišući da većina uzorka izveštava o umerenim do visokim nivoima ukupne nade.

Tabela br. 19. Distribucija frekvencija i procenata za ukupni skor nade u uzorku

Nada: ukupan skor		
Skor	N	%
8.00	3	1,5
11.00	1	0,5
13.00	3	1,5
14.00	1	0,5
15.00	4	2,0
16.00	1	0,5
17.00	2	1,0
18.00	7	3,5
19.00	4	2,0
20.00	8	4,0
21.00	16	8,0
22.00	13	6,5
23.00	15	7,5
24.00	11	5,5
25.00	19	9,5
26.00	15	7,5
27.00	14	7,0
28.00	11	5,5
29.00	12	6,0
30.00	11	5,5
31.00	10	5,0
32.00	8	4,0
Nedostujuće	11	5,5
Ukupno	200	100,0

Tabela br. 20 prikazuje distribuciju frekvencija i procenata za kategorije ukupne nade među učesnicima i učesnicama istraživanja. Ukupan skor se dobija sabiranjem vrednosti za obe subskale nade (Agensnost i Mišljenje usmereno na načine za postizanje ciljeva) i mogući rezultat se kreće između 8 i 32. Skorovi ispod 20 označavaju beznadežnost; 20-24 da je nada prisutna; 24-28 ukazuju na umeren nivo nade; a 28 i više na visok nivo nade.

Najčešći odgovori učesnika i učesnica istraživanja, spadaju u kategoriju „prisutna nada” (31.5% n=63) i „umeren nivo nade” (29.5%, n=59). Petina uzorka, 20.5% (n=41), postiže „visok

nivo nade”, što ukazuje na veoma dobro razvijen osećaj nade i vere u budućnost. Podatak da 13% (n=26) učesnika i učesnica istraživanja spada u kategoriju „beznadežno”, sugerise odsustvo nade i potencijalno visok rizik od nepovoljnih ishoda u procesu oporavka. Za 5.5% (n=11) učesnika i učesnica istraživanja nedostaju podaci o kategoriji ukupne nade. Kumulativno posmatrano, više od polovine uzorka (51%, n=100) ima umeren do visok nivo nade, dok 44.5% (n=89) spada u kategorije „beznadežno” ili „prisutna nada”, ukazujući na značajnu zastupljenost nižih nivoa nade u uzorku.

Tabela br. 20. Zastupljenost kategorija ukupne nade u uzorku

Nada (ukupan skor): kategorije		
Kategorije	N	%
Beznadežno	26	13,0
Prisutna nada	63	31,5
Umeren nivo	59	29,5
Visok nivo	41	20,5
Nedostajuće	11	5,5
Ukupno	200	100,0

### 8.2.3.5. Karakteristike dimenzije agensnosti nade u uzorku

„Agensnost” ili pokretačko mišljenje, kao dimenzija nade, odnosi se na verovanje osobe u sopstvenu sposobnost da inicira i održava akcije usmerene ka ostvarenju ciljeva, što podrazumeva doživljaj lične moći, samostalnosti i odlučnosti u procesu oporavka. Tabela br. 21 prikazuje distribuciju frekvencija i procenata za skor na dimenziji agensnosti nade. Raspon skorova na ovoj dimenziji kreće se od 4.00 do 16.00, ukazujući na varijabilnost u nivoima agensnosti među učesnicima i učesnicama istraživanja. Najveći procenat učesnika i učesnica istraživanja, 14% (n=28), postiže skor 12.00, što sugerise relativno visok nivo agensnosti. Slede skorovi 13.00 (13.5%, n=27), 11.00 i 15.00 (po 12%, n=24), ukazujući na tendenciju ka višim nivoima agensnosti u uzorku. Najniži skorovi, poput 4.00 (2,0%, n=4) i 5.00 (0.5%, n=1), su retko zastupljeni, dok su umereni skorovi poput 8.00 (5.5%, n=11) i 9.00 (7,0%, n=14) nešto češći. Za 3.5% (n=7) učesnika i učesnica istraživanja nedostaju podaci o skor na dimenziji agensnosti. Kumulativno posmatrano, skorovi od 11.00 pa naviše su zastupljeni kod 67% učesnika i učesnica istraživanja (n=134), sugerisući da većina uzorka izveštava o umerenim do visokim nivoima agensnosti.

Tabela br. 21. Distribucija frekvencija i procenata za dimenziju „Agensnosti” nade u ukupnom uzorku

Nada: Agensnost		
Skor	N	%
4.00	4	2,0
5.00	1	0,5
6.00	5	2,5
7.00	7	3,5
8.00	11	5,5
9.00	14	7,0
10.00	15	7,5
11.00	24	12,0
12.00	28	14,0
13.00	27	13,5
14.00	21	10,5
15.00	24	12,0
16.00	12	6,0
Nedostajuće	7	3,5
<b>Ukupno</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>

Distribucija frekvencija i procenata za kategorije agensnosti kao dimenzije nade među učesnicima i učesnicama istraživanja prikazana je u Tabeli br. 22. Na nivou subskale, skorovi ispod 10 označavaju beznadežnost u domenu agensnosti; 10-12 da je agensnost nade prisutna; 12-14 da postoji umeren nivo agensnosti nade; a 14 i više ukazuje na visok nivo agensnosti. Podaci sugerišu da najveći procenat učesnika i učesnica istraživanja, 33.5% (n=67), spada u kategoriju „prisutna nada” u domenu agensnosti, sugerišući postojanje doživljaja lične moći i sposobnosti da se preduzmu akcije ka oporavku, ali ne u izrazito visokom intenzitetu. Skoro četvrtina uzorka, 24% (n=48), nalazi se u kategoriji „umeren nivo nade” u domenu agensnosti, ukazujući na relativno dobro razvijen, ali ne i izuzetno snažan doživljaj lične agensnosti. Čak 21% (n=42) učesnika i učesnica istraživanja spada u kategoriju „beznadežno” u domenu agensnosti, sugerišući nizak doživljaj lične moći i sposobnosti da se preduzmu akcije usmerene ka oporavku. Nešto manje od petine uzorka, 18% (n=36), postiže „visok nivo nade” u domenu agensnosti, ukazujući na veoma dobro razvijeno verovanje u sopstvenu sposobnost iniciranja i održavanja akcija ka oporavku. Za 3.5% (n=7) učesnika i učesnica istraživanja nedostaju podaci o kategoriji agensnosti. Kumulativno posmatrano, 42% (n=84) učesnika i učesnica istraživanja ima umeren do visok nivo agensnosti, dok 54.5% (n=109) spada u kategorije „beznadežno” ili „prisutna nada”, ukazujući na značajnu zastupljenost nižih nivoa agensnosti u uzorku.

Tabela br. 22. Zastupljenost kategorija „Agensnosti” nade u uzorku

Nada: agensnost (kategorije)		
Kategorije	N	%
Beznadežno	42	21,0
Prisutna nada	67	33,5
Umeren nivo	48	24,0
Visok nivo	36	18,0
Nedostajuće	7	3,5
<b>Ukupno</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>

### 8.2.3.6. Karakteristike mišljenja usmerenog na načine za postizanje ciljeva kao dimenzije nade u uzorku

„Mišljenje usmereno na načine za postizanje ciljeva”, kao dimenzija nade, podrazumeva kognitivni kapacitet za pronalaženje i osmišljavanje različitih puteva za prevazilaženje prepreka i dostizanje ciljeva, što uključuje fleksibilnost, kreativnost i sposobnost strateškog planiranja u procesu oporavka. Tabela br. 23 prikazuje distribuciju frekvencija i procenata za skor na ovoj dimenziji. Raspon skorova na dimenziji mišljenja usmerenog na načine za postizanje ciljeva kreće se od 4.00 do 16.00, ukazujući na varijabilnost u ovom domenu među učesnicima i učesnicama istraživanja. Najveći procenat učesnika i učesnica istraživanja, 18% (n=36), postiže skor 12.00, sugerišući relativno visok nivo kapaciteta za generisanje različitih strategija za postizanje ciljeva. Slede skorovi 13.00 (15%, n=30), 14.00 (14%, n=28) i 16.00 (13%, n=26), ukazujući na tendenciju ka višim nivoima mišljenja usmerenog na načine za postizanje ciljeva u uzorku. Najniži skorovi, poput 4.00 (1.5%, n=3), 5.00 i 6.00 (po 0.5%, n=1), su retko zastupljeni, dok su umereni skorovi poput 10.00 (7.5%, n=15) i 11.00 (13%, n=26) nešto češći. Za 2,0% (n=4) učesnika i učesnica istraživanja nedostaju podaci o skoru na dimenziji „Mišljenje usmereno na načine za postizanje ciljeva”. Kumulativno posmatrano, skorovi od 12.00 pa naviše su zastupljeni kod 60% učesnika i učesnica istraživanja (n=120), sugerišući da većina uzorka izveštava o umerenim do visokim nivoima ove dimenzije nade.

Tabela br. 23. Distribucija frekvencija i procenata za dimenziju nade „Mišljenje usmereno na načine za ostvarenje ciljeva” u uzorku

Nada: Mišljenje usmereno na načine		
Skor	N	%
4	3	1,5
5	1	0,5
6	1	0,5
7	4	2,0
8	4	2,0

9	5	2,5
10	15	7,5
11.00	26	13,0
12.00	36	18,0
13.00	30	15,0
14.00	28	14,0
15.00	17	8,5
16.00	26	13,0
Neodstajuće	4	2,0
Ukupno	200	100,0

Tabela br. 24 prikazuje zastupljenost kategorija „Mišljenja usmerenog na načine za ostvarenje ciljeva” kao dimenzije nade među učesnicima i učesnicama istraživanja u uzorku. Na nivou subskale, skorovi ispod 10 označavaju beznadežnost u domenu mišljenja usmerenog na načine za postizanje ciljeva; 10-12 da je ova komponenta nade prisutna; 12-14 da postoji umeren nivo mišljenja usmerenog na načine za postizanje ciljeva; a 14 i više ukazuje na visok nivo mišljenja usmerenog na načine za postizanje ciljeva. Najveći procenat učesnika i učesnica, 38.5% (n=77), spada u kategoriju „prisutna nada”, sugerišući postojanje kognitivnih resursa za pronalaženje i osmišljavanje strategija za dostizanje ciljeva oporavka, ali ne u izrazito visokom intenzitetu. Skoro trećina uzorka, 29% (n=58), nalazi se u kategoriji „umeren nivo nade” u ovom domenu, ukazujući na relativno dobro razvijenu, ali ne i izuzetno snažnu sposobnost sagledavanja različitih puteva i načina za ostvarenje ciljeva. Nešto više od petine uzorka, 21.5% (n=43), postiže „visok nivo nade” u domenu mišljenja usmerenog na načine za ostvarenje ciljeva, ukazujući na veoma dobro razvijenu sposobnost strateškog promišljanja i fleksibilnog sagledavanja mogućnosti u procesu oporavka. Ukupno 9% (n=18) učesnika i učesnica istraživanja spada u kategoriju „beznadežno” u ovom domenu, sugerišući nizak nivo kognitivnih resursa za pronalaženje i osmišljavanje strategija za dostizanje ciljeva oporavka. Za 2,0% (n=4) učesnika i učesnica istraživanja nedostaju podaci o kategoriji mišljenja usmerenog na načine za ostvarenje ciljeva. Kumulativno posmatrano, oko polovine uzorka (50.5%, n=101) ima umeren do visok nivo mišljenja usmerenog na načine za ostvarenje ciljeva, dok 47.5% (n=95) spada u kategorije „beznadežno” ili „prisutna nada”, ukazujući na relativno ujednačenu zastupljenost različitih nivoa ove dimenzije nade u uzorku.

Tabela br. 24. Zastupljenost kategorija „Mišljenja usmerenog na načine za ostvarenje ciljeva” u uzorku

Nada - mišljenje usmereno na načine za ostvarenje ciljeva: kategorije		
Kategorije	N	%
Beznadežno	18	9,0
Prisutna nada	77	38,5
Umeren nivo	58	29,0



Visok nivo	43	21,5
Nedostajuće	4	2,0
Ukupno	200	100,0

Nakon detaljnog prikaza rezultata o nadi i njenim dimenzijama, koji obuhvataju distribuciju frekvencija i procenata za ukupni skor, skorove na dimenzijama „Agensnost” i „Mišljenje usmereno na načine” i zastupljenost kategorija ukupne nade i njenih dimenzija među učesnicima i učesnicama istraživanja, možemo sumirati nekoliko ključnih nalaza. Većina učesnika i učesnica istraživanja poseduje umereni do visok nivo ukupne nade, sa nešto izraženijom zastupljenošću viših skorova na dimenziji mišljenja usmerenog na načine u odnosu na dimenziju agensnosti. Pored toga, identifikovana je i specifična podgrupa učesnika i učesnica istraživanja sa niskim nivoom ukupne nade i niskim skorovima na obe dimenzije.

### 8.2.3.7. Karakteristike samoefikasnosti prevladavanja u uzorku

Distribucija frekvencija i procenata za ukupni skor samoefikasnosti prevladavanja u uzorku istraživanja prikazana je u Tabeli br. 25. Raspon ukupnog skora samoefikasnosti prevladavanja kreće se od 0.00 do 100.00, ukazujući na širok spektar nivoa samoefikasnosti u suočavanju sa izazovima među učesnicima i učesnicama istraživanja. Najveći procenat učesnika i učesnica, čak 45% (n=90), postiže maksimalan skor od 100.00, sugerišući veoma visok nivo samoefikasnosti prevladavanja. Sledeći najzastupljeniji skorovi su 97.50 (3.5%, n=7), 90.00 (3.5%, n=7) i 80.00 (3.5%, n=7), ukazujući na tendenciju ka višim nivoima samoefikasnosti prevladavanja u uzorku. Veoma mali procenat učesnika i učesnica istraživanja, 4,0% (n=8), ima skor 0.00, što sugerise odsustvo samoefikasnosti u suočavanju sa izazovima. Skorovi u opsegu od 50.00 do 95.00 su relativno ravnomerno zastupljeni, sa procentima koji se kreću od 0.5% do 3.5%. Za 7,0% (n=14) učesnika i učesnica istraživanja nedostaju podaci o ukupnom skoru samoefikasnosti prevladavanja. Kumulativno posmatrano, skorovi od 81.00 pa naviše (uključujući i maksimalan skor od 100.00) su zastupljeni kod 59% učesnika i učesnica istraživanja (n=118), sugerišući da većina uzorka izveštava o visokim nivoima ukupne samoefikasnosti prevladavanja.

Tabela br. 25. Distribucija frekvencija i procenata za ukupni skor samoefikasnosti prevladavanja u uzorku

Ukupna samoefikasnost prevladavanja		
Skor	N	%
0.00	8	4,0
7.50	4	2,0
10.00	2	1,0
15.00	2	1,0
17.50	2	1,0
25.00	2	1,0

REZULTATI ISTRAŽIVANJA

27.50	3	1,5
35.38	1	0,5
37.50	2	1,0
42.50	2	1,0
47.50	1	0,5
50.00	1	0,5
55.00	2	1,0
57.50	2	1,0
60.00	2	1,0
62.50	5	2,5
65.00	6	3,0
67.50	2	1,0
70.00	1	0,5
72.50	1	0,5
75.00	5	2,5
77.50	1	0,5
80.00	7	3,5
82.50	1	0,5
85.00	2	1,0
87.50	3	1,5
90.00	7	3,5
92.50	6	3,0
95.00	6	3,0
97.50	7	3,5
100.00	90	45,0
Nedostajuće	14	7,0
Ukupno	200	100,0

Tabela br. 26 prikazuje zastupljenost kategorija ukupne samoefikasnosti prevladavanja među učesnicima i učesnicama istraživanja u uzorku. Više od polovine učesnika i učesnica istraživanja, tačnije 54.5% (n=109), nalazi se na nivou 6 ukupne samoefikasnosti prevladavanja, što predstavlja najviši nivo. Ovo sugerise da većina uzorka poseduje izrazito snažno uverenje u sopstvene sposobnosti da se efikasno nose sa izazovima i situacijama visokog rizika za recidiv. Drugi najzastupljeniji nivo je nivo 4, sa 11.5% (n=23) učesnika i učesnica istraživanja, ukazujući na umereno visok nivo ukupne samoefikasnosti prevladavanja. Nivo 5 je zastupljen kod 10% (n=20)

učesnika i učesnica istraživanja, što takođe sugeriše relativno visok nivo samoeфикаsnosti prevladavanja. Nivo 1, koji predstavlja najniži nivo ukupne samoeфикаsnosti prevladavanja, zastupljen je kod 9% (n=18) učesnika i učesnica istraživanja, ukazujući na to da skoro svaki deseti učesnik odnosno učesnica izveštava o veoma niskom uverenju u sopstvene sposobnosti suočavanja sa izazovima oporavka. Nivoi 2 i 3 su podjednako zastupljeni, sa po 4,0% (n=8) učesnika i učesnica istraživanja na svakom od ovih nivoa, sugerišući nizak do umereno nizak nivo samoeфикаsnosti prevladavanja. Za 7,0% (n=14) učesnika i učesnica nedostaju podaci o nivou ukupne samoeфикаsnosti prevladavanja. Kumulativno posmatrano, 76% učesnika i učesnica istraživanja (n=152) nalazi se na nivoima 4, 5 i 6, što ukazuje na predominantno visok nivo ukupne samoeфикаsnosti prevladavanja u uzorku.

Tabela br. 26. Zastupljenost kategorija ukupne samoeфикаsnosti prevladavanja u uzorku

Ukupna samoeфикаsnost prevladavanja: nivoi		
Nivo	N	%
1.00	18	9,0
2.00	8	4,0
3.00	8	4,0
4.00	23	11,5
5.00	20	10,0
6.00	109	54,5
Nedostajuće	14	7,0
Ukupno	200	100,0

#### 8.2.3.8. Karakteristike samoeфикаsnosti prevladavanja u situacijama koje uključuju unutrašnja stanja visokorizična za recidiv uzorku

Tabela br. 27 prikazuje distribuciju frekvencija i procenata za skor samoeфикаsnosti prevladavanja u situacijama koje uključuju unutrašnja stanja kao „okidač” za recidiv poput neprijatnih osećanja, fizičke neprijatnosti, prijatnih osećanja, testiranja lične kontrole, poriva, i žudnje ili iskušenja u uzorku. 0 skora samoeфикаsnosti prevladavanja unutrašnjih stanja koja su visokorizična za recidiv se kreće od 0.00 do 100.00. Skoro polovina uzorka, tačnije 47.5% (n=95), postiže maksimalan skor od 100.00, što ukazuje na veoma visok nivo samoeфикаsnosti prevladavanja u situacijama koje uključuju unutrašnja stanja visokorizična za recidiv. Sledeći najzastupljeniji skor je 96.00, sa 6,0% (n=12) učesnika i učesnica istraživanja, što takođe sugeriše visok nivo samoeфикаsnosti prevladavanja u ovom domenu. Skorovi 92.00 i 80.00 su podjednako zastupljeni, sa po 4.5% (n=9) učesnika i učesnica istraživanja na svakom od ovih skorova, ukazujući na visok nivo samoeфикаsnosti prevladavanja. Najniži skor od 0.00 je zastupljen kod 4.5% (n=9) učesnika i učesnica istraživanja, sugerišući odsustvo samoeфикаsnosti prevladavanja u situacijama koje uključuju unutrašnja stanja. Preostali skorovi su relativno ravnomerno raspoređeni, sa procentima koji se kreću od 0.5% do 3.5%. Za 6,0% (n=12) učesnika i učesnica istraživanja nedostaju podaci o skorovima samoeфикаsnosti prevladavanja u situacijama koje uključuju unutrašnja stanja. Kumulativno posmatrano, skorovi od 80.00 pa naviše (uključujući i maksimalan skor od

100.00) su zastupljeni kod 62% učesnika i učesnica istraživanja (n=124), što ukazuje na predominantno visok nivo samoeфикаsnosti prevladavanja u situacijama koje uključuju unutrašnja stanja.

Tabela br. 27. Distribucija frekvencija i procenata za skor samoeфикаsnosti prevladavanja u situacijama koje podrazumevaju unutrašnja stanja visokorizična za recidiv u uzorku

Samoeфикаsnost prevladavanja: situacije koje uključuju unutrašnja stanja		
Skor	N	%
0.00	9	4,5
8.00	5	2,5
12.00	2	1,0
20.00	1	0,5
24.00	4	2,0
28.00	2	1,0
32.00	1	0,5
36.00	1	0,5
40.00	3	1,5
44.00	2	1,0
48.00	3	1,5
52.00	1	0,5
56.00	2	1,0
60.00	3	1,5
64.00	6	3,0
68.00	1	0,5
72.00	5	2,5
76.00	3	1,5
80.00	9	4,5
84.00	2	1,0
88.00	7	3,5
92.00	9	4,5
96.00	12	6,0
100.00	95	47,5
Nedostajuće	12	6,0
Ukupno	200	100,0

Podaci o zastupljenosti kategorija samoeфикаsnosti prevladavanja unutrašnjih stanja visokorizičnih za recidiv među učesnicima i učesnicama istraživanja u uzorku (Tabela br. 28) demonstriraju da se više od polovine uzorka, tačnije 58% (n=116), nalazi na nivou 6 samoeфикаsnosti prevladavanja u ovom domenu, što predstavlja najviši nivo. Ovo sugerіše da većina uzorka poseduje izrazito snažno uverenje u sopstvene sposobnosti da se ефикасно nose sa neprijatnim i prijatnim unutrašnjim stanjima, fizičkom neprijatnošću, žudnjom i iskušenjem kao rizicima za recidiv. Nivoi 4 i 5 su podjednako zastupljeni, sa po 9% (n=18) učesnika i učesnica istraživanja na svakom od ovih nivoa, ukazujući na relativno visok nivo samoeфикаsnosti prevladavanja u situacijama koje uključuju unutrašnja stanja. Nivo 1, koji predstavlja najniži nivo samoeфикаsnosti prevladavanja u ovom domenu, zastupljen je kod 8% (n=16) učesnika i učesnica istraživanja, sugerіšući da skoro svaki deseti izveštava o veoma niskom poverenju u sopstvene sposobnosti suočavanja sa unutrašnjim stanjima visokorizičnim za recidiv. Nivo 3 je zastupljen kod 5.5% (n=11) učesnika i učesnica istraživanja, što ukazuje na umereno nizak nivo samoeфикаsnosti prevladavanja u ovom domenu. Nivo 2 je najmanje zastupljen, sa 4.5% (n=9) učesnika i učesnica istraživanja, sugerіšući nizak nivo samoeфикаsnosti prevladavanja u situacijama koje uključuju unutrašnja stanja. Za 6,0% (n=12) učesnika i učesnica nedostaju podaci o nivou samoeфикаsnosti prevladavanja u situacijama koje uključuju unutrašnja stanja. Kumulativno posmatrano, 76% učesnika i učesnica istraživanja (n=152) nalazi se na nivoima 4, 5 i 6, što ukazuje na predominantno visok nivo samoeфикаsnosti prevladavanja u situacijama koje uključuju unutrašnja stanja.

Tabela br. 28. Zastupljenost kategorija samoeфикаsnosti prevladavanja u situacijama koje podrazumevaju unutrašnja stanja visokorizična za recidiv u uzorku

Nivoi samoeфикаsnosti prevladavanja: situacije koje uključuju unutrašnja stanja		
Nivo	N	%
1.00	16	8,0
2.00	9	4,5
3.00	11	5,5
4.00	18	9,0
5.00	18	9,0
6.00	116	58,0
Nedostajuće	12	6,0
<b>Ukupno</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>

### 8.2.3.9. Karakteristike samoefikasnosti prevladavanja u situacijama visokorizičnim za recidiv koje uključuju druge ljude u uzorku

Tabela br. 29 prikazuje distribuciju frekvencija i procenata za skor samoefikasnosti prevladavanja u situacijama koje uključuju druge ljude, a koje su visokorizične za recidiv u uzorku učesnika i učesnica istraživanja. Te situacije se odnose na konflikte sa drugima, socijalne pritiske da se uzme PAS, i prijatne trenutke sa drugima. Raspon skora samoefikasnosti prevladavanja u situacijama koje su visokorizična za recidiv, a koje uključuju druge ljude se kreće od 0.00 do 100.00. Više od polovine uzorka, tačnije 50.5% (n=101), postiže maksimalan skor od 100.00, što ukazuje na veoma visok nivo samoefikasnosti prevladavanja u situacijama koje uključuju druge ljude. Sledeći najzastupljeniji skor je 86.67, sa 8.5% (n=17) učesnika i učesnica istraživanja, što takođe sugeriše visok nivo samoefikasnosti prevladavanja u ovom domenu. Skor 93.33 je zastupljen kod 4.5% (n=9) učesnika i učesnica istraživanja, dok je skor 80.00 prisutan kod 4,0% (n=8) ispitanika, ukazujući na visok nivo samoefikasnosti prevladavanja. Najniži skor od 0.00 je zastupljen kod 5,0% (n=10) učesnika i učesnica istraživanja, sugerišući odsustvo samoefikasnosti prevladavanja u situacijama koje uključuju druge ljude. Preostali skorovi su relativno ravnomerno raspoređeni, sa procentima koji se kreću od 0.5% do 3.5%. Za 2,0% (n=4) učesnika i učesnica istraživanja nedostaju podaci o skorovima samoefikasnosti prevladavanja u situacijama koje uključuju druge ljude. Kumulativno posmatrano, skorovi od 80.00 pa naviše (uključujući i maksimalan skor od 100.00) su zastupljeni kod 67.5% učesnika i učesnica istraživanja (n=135), što ukazuje na predominantno visok nivo samoefikasnosti prevladavanja u situacijama koje uključuju druge ljude.

Tabela br. 29. Distribucija frekvencija i procenata za skor samoefikasnosti prevladavanja u visokorizičnim situacijama za recidiv koje uključuju druge ljude u uzorku

Samoefikasnost prevladavanja: situacije koje uključuju druge ljude		
Skor	N	%
.00	10	5,0
6.67	3	1,5
13.33	3	1,5
14.33	1	0,5
20.00	7	3,5
26.67	3	1,5
33.33	3	1,5
40.00	4	2,0
46.67	4	2,0
53.33	6	3,0
60.00	6	3,0
66.67	6	3,0
73.33	5	2,5

80.00	8	4,0
86.67	17	8,5
93.33	9	4,5
100.00	101	50,5
Nedostajuće	4	2,0
<b>Ukupno</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>

Podaci o zastupljenosti kategorija samoeфикаsnosti prevladavanja u situacijama visokorizičnim za recidiv koje uključuju druge ljude u uzorku (Tabela br. 30) ukazuju da se više od polovine uzorka, tačnije 55% (n=110), nalazi na nivou 6 samoeфикаsnosti prevladavanja u situacijama koje uključuju druge ljude, što predstavlja najviši nivo. Ovo sugerіше da većina uzorka poseduje izrazito snažno uverenje u sopstvene sposobnosti da se efikasno nose sa konfliktima, socijalnim pritiscima i prijatnim trenucima sa drugima. Nivo 5 je zastupljen kod 12.5% (n=25) učesnika i učesnica istraživanja, ukazujući na relativno visok nivo samoeфикаsnosti prevladavanja u situacijama koje uključuju druge ljude. Nivoi 1 i 4 su podjednako zastupljeni, sa po 8.5% (n=17) učesnika i učesnica istraživanja na svakom od ovih nivoa. Ovo sugerіше da, dok jedan deo uzorka izveštava o visokoj samoeфикаsnosti prevladavanja u ovom domenu, postoji i grupa sa veoma niskim poverenjem u sopstvene sposobnosti suočavanja sa interpersonalnim izazovima. Nivo 3 je zastupljen kod 7,0% (n=14) učesnika i učesnica istraživanja, što ukazuje na umereno nizak nivo samoeфикаsnosti prevladavanja u situacijama koje uključuju druge ljude. Nivo 2 je zastupljen kod 6.5% (n=13) učesnika i učesnica istraživanja, sugerіšući nizak nivo samoeфикаsnosti prevladavanja u ovom domenu. Za 2,0% (n=4) učesnika i učesnica istraživanja nedostaju podaci o nivou samoeфикаsnosti prevladavanja u situacijama koje uključuju druge ljude. Kumulativno posmatrano, 76% učesnika i učesnica istraživanja (n=152) nalazi se na nivoima 4, 5 i 6, što ukazuje na predominantno visok nivo samoeфикаsnosti prevladavanja u situacijama koje uključuju druge ljude.

Tabela br. 30. Zastupljenost kategorija samoeфикаsnosti prevladavanja u situacijama visokorizičnim za recidiv koje uključuju druge ljude u uzorku

Nivoi samoeфикаsnosti prevladavanja: situacije koje uključuju druge ljude		
Nivo	N	%
1.00	17	8,5
2.00	13	6,5
3.00	14	7,0
4.00	17	8,5
5.00	25	12,5
6.00	110	55,0
Nedostajuće	4	2,0
<b>Ukupno</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>

Kada je reč o rezultatima koji se odnose na samoeфикаsnost prevladavanja i njene dimenzije, nakon detaljnog prikaza distribucije frekvencija i procenata za ukupni skor, skorova na dimenzijama i zastupljenost kategorija ukupne samoeфикаsnosti prevladavanja i njenih dimenzija među učesnicima i učesnicama istraživanja, možemo izdvojiti nekoliko glavnih nalaza. Većina učesnika i učesnica istraživanja poseduje visok nivo ukupne samoeфикаsnosti prevladavanja, sa posebno izraženim poverenjem u sopstvene sposobnosti uspešnog suočavanja sa situacijama koje uključuju druge ljude i nešto nižom samoeфикаsnošću u kontekstu unutrašnjih stanja visokorizičnih za recidiv. Takođe, identifikovana je i manja podgrupa učesnika i učesnica istraživanja sa niskim skorovima na ukupnoj samoeфикаsnosti prevladavanja i njenim dimenzijama.

#### 8.2.4. Karakteristike uzorka u odnosu na dužinu tretmana

Da bi stekle mogućnost da učestvuju u istraživanju, osobe na tretmanu zavisnosti od droga morale su da zadovolje kriterijum trajanja tretmana od jednog do dvanaest meseci, kao pokazatelja da se nalaze u fazi ranog oporavka od zavisnosti. Dužina tretmana je u ovom istraživanju tretirana kao kontrolna varijabla, čiji se uticaj kontroliše fokusiranjem na period ranog oporavka, odnosno prvih 12 meseci tretmana.

U ranom oporavku, osobe se suočavaju sa nizom razvojnih zadataka i izazova, koji se menjaju i evoluiraju sa protokom vremena (Biernacki, 1986; Gorski, 1989; Margolis et al., 2000). Tokom prvog meseca, započinje proces oporavka, najčešće detoksikacijom i/ili stabilizacijom zdravstvenog stanja, prihvatanjem problema i uključivanjem u terapijske programe. Kao izazovi u ovom periodu često se javljaju intenzivni fizički simptomi, emocionalna nestabilnost i česte promene raspoloženja, kao i otpor prema lečenju i promenama u životnom stilu. U periodu od jednog do šest meseci, fokus se najčešće pomera ka razvoju veština za prevladavanje stresa i izazova, izgradnju mreže podrške i redefinisavanje identiteta osobe u oporavku. Ove intenzivne promene sa sobom nose izazove izloženosti situacijama koje provociraju želju za upotrebom PAS, borbu sa stresom, anksioznošću i depresijom i oporavka od fizičkih i emocionalnih šteta u vezi sa zavisnošću (Massah et al., 2015; Tate et al., 2008; Weaver, Haston Turner & O'Dell, 2000). Period od šest do dvanaest meseci karakteriše rad na održavanju i proširivanju postignutih promena, uz izazove održavanja motivacije za primenu naučenih veština i balansiranje zahteva oporavka sa ostalim životnim ulogama i izazovima (Biernacki, 1986; Gorski, 1989; Margolis et al., 2000). Imajući u vidu ove specifičnosti faze ranog oporavka i različite zahteve i izazove koji se javljaju u zavisnosti od dužine tretmana, opravdano je pretpostaviti da bi dužina tretmana mogla imati značajan uticaj na karakteristike kapitala oporavka, nade i samoeфикаsnosti prevladavanja kod osoba u ovom periodu oporavka.

Dužina tretmana je po tipu kategorička varijabla i obuhvata tri kategorije: manje od mesec dana, jedan do šest meseci i šest do dvanaest meseci. Iako je dužina tretmana kontrolisana u širem smislu fokusiranjem na period ranog oporavka, istraživanje nastoji da ispita potencijalne efekte različite dužine tretmana unutar ovog specifičnog perioda. Bez razmatranja dužine tretmana, bilo bi teško razlučiti da li su uočene razlike između tretmanskih modaliteta rezultat samih karakteristika tretmana ili jednostavno odraz različitih faza oporavka u kojima se učesnici i učesnice nalaze. Sagledavanjem uloge dužine tretmana, težimo ka pružanju dubljeg uvida u to kako vremenski okviri, tretmanski pristupi i psihosocijalni faktori u sadejstvu utiču na putanju oporavka od zavisnosti u ranoj fazi, ističući složenost i dinamiku ovog procesa.

U narednim odeljcima prikazane su sociodemografske i tretmanske karakteristike uzorka, kao i karakteristike varijabli kapitala oporavka, nade i samoeфикаsnosti prevladavanja u odnosu na dužinu tretmana unutar definisanog perioda ranog oporavka. Analiza ovih karakteristika omogućava nam da opišemo i interpretiramo nalaze o efektima tipa tretmana na ispitivane varijable, uzimajući u



obzir moguće varijacije u karakteristikama ispitanika u zavisnosti od dužine njihovog tretmana u prvih 12 meseci oporavka.

#### 8.2.4.1. Sociodemografske karakteristike uzorka u odnosu na dužinu tretmana

U odnosu na dužinu tretmana, analizirali smo sledeće sociodemografske karakteristike učesnika i učesnica u istraživanju: pol, uzrast, stepen obrazovanja, bračni status i radni status.

##### *Pol*

Prilikom analize distribucije učesnika i učesnica istraživanja prema polu i dužini tretmana (Tabela br. 31), primećujemo da u ukupnom uzorku, većinu čine muškarci (73,8%, n=144), dok žene čine nešto više od četvrtine uzorka (26,2%, n=51). Najveći procenat učesnika i učesnica (72,8%, n=142) se nalazi u kategoriji dužine tretmana od šest do dvanaest meseci, što ukazuje da je većina uzorka u završnoj fazi ranog oporavka. U kategoriji dužine tretmana od jedan do šest meseci, nalazi se 21,5% (n=42) učesnika i učesnica, dok je najmanja zastupljenost u kategoriji kraćoj od mesec dana (5,6%, n=11). Kada se posmatra distribucija po polu, uočava se da je obrazac sličan u obe grupe - najveći procenat i muškaraca (52,3%, n=102) i žena (20,5%, n=40) se nalazi u kategoriji tretmana od šest do dvanaest meseci. U kategoriji tretmana od jedan do šest meseci, nalazi se 17,4% (n=34) muškaraca i 4,1% (n=8) žena, dok je u kategoriji kraćoj od mesec dana 4,1% (n=8) muškaraca i 1,5% (n=3) žena.

Tabela br. 31. Distribucija uzorka prema polu i dužini tretmana

Pol		Dužina tretmana			Ukupno
		Manje od mesec dana	1 – 6 meseci	6-12 meseci	
Muški pol	N	8	34	102	144
	% ukupno	4,1%	17,4%	52,3%	73,8%
Ženski pol	N	3	8	40	51
	% ukupno	1,5%	4,1%	20,5%	26,2%
Ukupno	N	11	42	142	195
	% ukupno	5,6%	21,5%	72,8%	100.0%

##### *Uzrast*

Tabela br. 32 prikazuje distribuciju uzorka prema uzrastu i dužini tretmana, sa uzrastom sažetim u četiri kategorije. Rezultati pokazuju da većina učesnika i učesnica (76,4%, n=152) pripada uzrasnoj kategoriji od 28 do 47 godina, sa najvećom zastupljenošću u kategoriji dužine tretmana od šest do dvanaest meseci (57,8%, n=115). Sledeća najzastupljenija uzrasna kategorija je 18 do 27 godina (12,1%, n=24), sa relativno ravnomernom distribucijom između kategorija dužine tretmana od jednog do šest meseci (5,5%, n=11) i šest do dvanaest meseci (6,0%, n=12). Učesnici i učesnice stariji od 48 godina čine 10,6% (n=21) uzorka, sa najvećom zastupljenošću u kategoriji

tretmana od šest do dvanaest meseci (9,0%, n=18). Najmanje zastupljena uzrasna kategorija je mlađi od 18 godina (1,0%, n=2), sa po jednim učesnikom/učesnicom u kategorijama dužine tretmana manje od mesec dana i šest do dvanaest meseci. U svim uzrasnim kategorijama, najveći procenat učesnika i učesnica se nalazi u kategoriji dužine tretmana od šest do dvanaest meseci.

Tabela br. 32. Distribucija uzorka prema uzrastu i dužini tretmana

Uzrast		Dužina tretmana			
		Manje od mesec dana	1-6 meseci	6-12 meseci	Ukupno
Manje od 18 godina	N	1	0	1	2
	% ukupno	0,5%	0,0%	0,5%	1,0%
18-27 godina	N	1	11	12	24
	% ukupno	0,5%	5,5%	6,0%	12,1%
28-47 godina	N	8	29	115	152
	% ukupno	4,0%	14,6%	57,8%	76,4%
48+ godina	N	1	2	18	21
	% ukupno	0,5%	1,0%	9%	10,6%
Ukupno	N	11	42	146	199
	% ukupno	5,5%	21,1%	73,4%	100,0%

### Obrazovanje

Kada posmatramo obrazovnu strukturu uzorka u odnosu na dužinu tretmana (Tabela br. 33), primećujemo da najveći procenat učesnika i učesnica (52,8%, n=105) ima završenu srednju školu, IV stepen, sa najvećom zastupljenošću u kategoriji dužine tretmana od šest do dvanaest meseci (37,7%, n=75). Sledeća najzastupljenija kategorija obrazovanja jeste srednja škola, III stepen (18,6%, n=37), sa najvećim udelom u kategoriji dužine tretmana od šest do dvanaest meseci (14,6%, n=29). Učesnici i učesnice sa završenom osnovnom školom čine 13,6% (n=27) uzorka, sa najvećom zastupljenošću u kategoriji dužine tretmana od šest do dvanaest meseci (11,1%, n=22). Viša škola je zastupljena sa 8,0% (n=16), fakultet/master sa 5,0% (n=10), a nezavršena osnovna škola sa 1,5% (n=3) učesnika i učesnica. Samo jedan učesnik/učesnica (0,5%) ima završen doktorat i nalazi se u kategoriji dužine tretmana od šest do dvanaest meseci. U svim kategorijama obrazovanja, osim nezavršene osnovne škole i doktorata, najveći procenat učesnika i učesnica se nalazi u kategoriji dužine tretmana od šest do dvanaest meseci. Nema učesnika i učesnica sa nezavršenom osnovnom školom, osnovnom školom i višom školom u kategoriji dužine tretmana manje od mesec dana.

Tabela br. 33. Distribucija uzorka prema stepenu obrazovanja i dužini tretmana

Obrazovanje		Dužina tretmana			Ukupno
		Manje od mesec dana	1-6 meseci	6-12 meseci	
Nezavršena osnovna škola	N	0	1	2	3
	% ukupno	0,0%	0,5%	1,0%	1,5%
Osnovna škola	N	0	5	22	27
	% ukupno	0,0%	2,5%	11,1%	13,6%
Srednja škola, III stepen	N	2	6	29	37
	% ukupno	1,0%	3,0%	14,6%	18,6%
Srednja škola, IV stepen	N	7	23	75	105
	% ukupno	3,5%	11,6%	37,7%	52,8%
Viša škola	N	0	5	11	16
	% ukupno	0,0%	2,5%	5,5%	8,0%
Fakultet/ Master	N	2	2	6	10
	% ukupno	1,0%	1,0%	3,0%	5,0%
Doktorat	N	0	0	1	1
	% ukupno	0,0%	0,0%	0,5%	0,5%
Ukupno	N	11	42	146	199
	% ukupno	5,5%	21,1%	73,4%	100,0%

### ***Bračni status***

U Tabeli br. 34 data je distribucija učesnika i učesnica istraživanja prema sažetim kategorijama bračnog statusa i dužini tretmana. Bračni status je kategorisan u tri grupe: neoženjeni/neudate, u bračnoj ili vanbračnoj zajednici, i razvedeni, rastavljeni ili udovci/udovice. Najveći procenat učesnika i učesnica (51.8%, n=103) je u kategoriji bračnog statusa neoženjen/neudata, sa najvećom zastupljenošću u kategoriji dužine tretmana od šest do dvanaest meseci (35.2%, n=70). Učesnici i učesnice u bračnoj ili vanbračnoj zajednici čine 33.7% (n=67) uzorka, sa najvećom zastupljenošću u kategoriji dužine tretmana od šest do dvanaest meseci (26.1%, n=52). Kategorija razvedenih, rastavljenih i udovaca/udovica je zastupljena sa 14.6% (n=29), sa najvećim udelom u kategoriji dužine tretmana od šest do dvanaest meseci (12.1%, n=24). U svim kategorijama bračnog statusa, najveći procenat učesnika i učesnica se nalazi u kategoriji dužine tretmana od šest do dvanaest meseci. Najmanja zastupljenost u svim kategorijama bračnog statusa je u kategoriji dužine tretmana manje od mesec dana. Za 0,5% učesnika i učesnica (n=1) podatak o bračnom statusu i/ili dužini tretmana nije dostupan.

Tabela br. 34. Distribucija uzorka prema bračnom statusu i dužini tretmana

Bračni status		Dužina tretmana			
		Manje od mesec dana	1-6 meseci	6-12 meseci	Ukupno
Neoženjen/	N	7	26	70	103
neudata	% ukupno	3,5%	13,1%	35,2%	51,8%
U bračnoj ili vanbračnoj zajednici	N	3	12	52	67
	% ukupno	1,5%	6,1%	26,1%	33,7%
Razveden/a, rastavljen/a, udovac/ica	N	1	4	24	29
	% ukupno	0,5%	2,0%	12,1%	14,6%
Ukupno	N	11	42	146	199
	% ukupno	5,5%	21,1%	73,4%	100,0%

### ***Radni status***

Distribucija uzorka prema radnom statusu i dužini tretmana (Tabela br. 35) ilustruje da je najveći procenat učesnika i učesnica (44,4%, n=88) nezaposlen, sa najvećom zastupljenošću u kategoriji dužine tretmana od šest do dvanaest meseci (31,8%, n=63). Učesnici i učesnice koji imaju stabilan posao čine 30,8% (n=61) uzorka, sa najvećom zastupljenošću u kategoriji dužine tretmana od šest do dvanaest meseci (21,7%, n=43). Kategorija onih koji povremeno rade, bez stabilnog zaposlenja je zastupljena sa 21,7% (n=43), sa najvećim udelom u kategoriji dužine tretmana od šest do dvanaest meseci (17,2%, n=34). Penzioneri i penzionerke čine 2,0% (n=4) uzorka i svi se nalaze u kategoriji dužine tretmana od šest do dvanaest meseci. Učenici/učesnice i studenti/studentkinje su zastupljeni sa 1,0% (n=2), sa po jednim učesnikom/učesnicom u kategorijama dužine tretmana manje od mesec dana i šest do dvanaest meseci. U svim kategorijama radnog statusa, osim učenika/studenata, najveći procenat učesnika i učesnica se nalazi u kategoriji dužine tretmana od šest do dvanaest meseci. Nema penzionera/penzionerki i učenika/studenata u kategorijama dužine tretmana manje od mesec dana i jedan do šest meseci.

Tabela br. 35. Distribucija uzorka prema radnom statusu i dužini tretmana

Radni status		Dužina tretmana			Ukupno
		Manje od mesec dana	1-6 meseci	6-12 meseci	
Nezaposlen/a	N	5	20	63	88
	% ukupno	2,5%	10,1%	31,8%	44,4%
Povremeno radim, nemam stabilno zaposlenje	N	1	8	34	43
	% ukupno	0,5%	4,0%	17,2%	21,7%
Zaposlen/a, imam stabilan posao	N	4	14	43	61
	% ukupno	2,0%	7,1%	21,7%	30,8%
Penzioner/ka	N	0	0	4	4
	% ukupno	0,0%	0,0%	2,0%	2,0%
Učenik/ca; student/inja	N	1	0	1	2
	% ukupno	0,5%	0,0%	0,5%	1,0%
Ukupno	N	11	42	145	198
	% ukupno	5,6%	21,2%	73,2%	100,0%

Nakon ovog detaljnog prikaza, stekli smo nekoliko uvida u pogledu sociodemografskih karakteristika učesnika i učesnica istraživanja u odnosu na dužinu tretmana. U pogledu polne strukture, uzorak karakteriše značajno veća zastupljenost muškaraca u svim kategorijama dužine tretmana, sa sličnom distribucijom kao i kod žena. U pogledu uzrasta, uzorak pretežno čine osobe srednjeg odraslog doba (28-47 godina), sa manjim udelom mlađih i starijih odraslih i veoma malim brojem maloletnih učesnika i učesnica, pri čemu je distribucija po dužini tretmana slična u svim uzrasnim kategorijama. U pogledu obrazovanja, uzorak pretežno čine osobe sa završenom srednjom školom, uz manji udeo onih sa osnovnim, višim i visokim obrazovanjem, sa sličnom distribucijom po dužini tretmana u svim obrazovnim kategorijama. U pogledu bračnog statusa, uzorak pretežno čine osobe koje nisu u bračnoj zajednici, uz nešto više od trećine onih koji su u braku ili vanbračnoj zajednici, sa sličnom distribucijom po dužini tretmana u svim kategorijama bračnog statusa. Konačno, u pogledu radnog statusa, uzorak pretežno čine nezaposlene osobe i osobe sa stabilnim zaposlenjem, uz nešto više od petine onih koji povremeno rade, sa sličnom distribucijom po dužini tretmana u svim kategorijama radnog statusa.

### 8.2.4.2. Tretmanske karakteristike uzorka u odnosu na dužinu tretmana

Pored sociodemografskih, u odnosu na dužinu tretmana posmatrali smo i tretmanske karakteristike uzorka kao što su tip zavisnosti u odnosu na vrstu PAS od koje su učesnici i učesnice istraživanja primarno bili zavisni/e, tip tretmana, broj tretmana i inicijativa za započinjanje aktuelnog tretmana.

#### Tip zavisnosti u odnosu na psihoaktivnu supstancu

Kada posmatramo strukturu uzorka prema tipu zavisnosti u odnosu na dužinu aktuelnog tretmana (Tabela br. 36) uočavamo da je u svim kategorijama dužine tretmana, najzastupljenija zavisnost od opiata i opioida, sa 4,5% (n=9) u kategoriji manje od mesec dana, 15,1% (n=30) u kategoriji jedan do šest meseci i 59,3% (n=118) u kategoriji šest do dvanaest meseci tretmana. Politoksikomanija je druga najzastupljenija kategorija u svim intervalima dužine tretmana, sa 1,0% (n=2) u kategoriji manje od mesec dana, 4,5% (n=9) u kategoriji jedan do šest meseci i 5,0% (n=10) u kategoriji šest do dvanaest meseci. Kanabinoidi su treća supstanca po zastupljenosti, sa 1,0% (n=2) u kategoriji jedan do šest meseci i 6,0% (n=12) u kategoriji šest do dvanaest meseci tretmana. Nema učesnika i učesnica zavisnih od kanabinoida u kategoriji manje od mesec dana tretmana. Amfetamini su zastupljeni sa 0,5% (n=1) u kategoriji jedan do šest meseci i 1,5% (n=3) u kategoriji šest do dvanaest meseci tretmana, dok kokain ima zastupljenost od 1,5% (n=3) samo u kategoriji šest do dvanaest meseci tretmana. U svim kategorijama zavisnosti, osim zavisnosti od kokaina, najveći procenat učesnika i učesnica se nalazi u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci. Za 0,5% (n=1) nedostaje podatak o tipu zavisnosti i/ili dužini tretmana.

Ovi rezultati pokazuju da je zavisnost od opijata i opioida dominantna u svim fazama tretmana, sa izrazitom zastupljenošću u kategoriji šest do dvanaest meseci. Politoksikomanija i zavisnost od kanabinoida su takođe prisutne u svim fazama tretmana, ali u manjoj meri. Zavisnost od stimulansa (amfetamini, kokain) je najmanje zastupljena i javlja se tek u kasnijim fazama tretmana.

Tabela br. 36. Distribucija uzorka prema tipu zavisnosti i dužini tretmana

Tip zavisnosti		Dužina tretmana			Ukupno
		Manje od mesec dana	1-6 meseci	6-12 meseci	
Amfetamini	N	0	1	3	4
	% ukupno	0,0%	0,5%	1,5%	2,0%
Kanabinoidi	N	0	2	12	14
	% ukupno	0,0%	1,0%	6,0%	7,0%
Kokain	N	0	0	3	3
	% ukupno	0,0%	0,0%	1,5%	1,5%
Opioidi	N	9	30	118	157
	% ukupno	4,5%	15,1%	59,3%	78,9%

Politoksikomanija	N	2	9	10	21
	% ukupno	1,0%	4,5%	5,0%	10,6%
Ukupno	N	11	42	146	199
	% ukupno	5,5%	21,1%	73,4%	100,0%

### *Tip tretmana*

Podaci o tipu tretmana (integrativni vs. opioidni supstitucionni tretman), posmatrani u odnosu na dužinu tretmana kao kontrolnu varijablu, dati su u Tabeli br. 37. U ukupnom uzorku, učesnici i učesnice su ravnomerno raspoređeni između dva tipa tretmana, sa po 50% (n=100) u svakoj kategoriji. U kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci, opioidni supstitucionni tretman je zastupljeniji sa 44,7% (n=89) u poređenju sa kategorijom integrativnog tretmana, koja ima 28,6% (n=57) učesnika i učesnica. U kategoriji dužine tretmana jedan do šest meseci, integrativni tretman je znatno zastupljeniji sa 18,6% (n=37) u poređenju sa supstitucionim kojim je obuhvaćeno 2,5% (n=5) učesnika i učesnica. U kategoriji dužine tretmana manje od mesec dana, zastupljenost integrativnog i opioidnog supstitucionog tretmana je približno jednaka, sa 2,8% (n=6), odnosno 3,0% (n=6) učesnika i učesnica. U oba tipa tretmana, najveći procenat učesnika i učesnica se nalazi u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci, sa 28,6% (n=57) za integrativni i 44,7% (n=89) za supstitucionni tretman. Ovi rezultati sugerišu da je supstitucionni tretman dominantan među učesnicima i učesnicama koji su na tretmanu duže od šest meseci, dok je integrativni zastupljeniji među onima koji su na tretmanu između jednog i šest meseci. U najkraćoj kategoriji tretmana (manje od mesec dana), oba tipa tretmana su podjednako zastupljena.

Tabela br. 37. Distribucija uzorka prema tipu tretmana i dužini tretmana

Tip tretmana		Dužina tretmana			Ukupno
		Manje od mesec dana	1-6 meseci	6-12 meseci	
Integrativni	N	6	37	57	100
	% ukupno	2,8%	18,6%	28,6%	50,0%
Supstitucija	N	6	5	89	100
	% ukupno	3,0%	2,5%	44,7%	50,0%
Ukupno	N	12	42	146	200
	% ukupno	5,8%	21,1%	73,4%	100,0%

Zastupljenost učesnika i učesnica na različitim programima tretmana u odnosu na dužinu tretmana prikazana je u Tabeli br. 38. Najveći procenat učesnika i učesnica, 29,6% (n=59), uključen je u „Program za pacijente sa sudskom merom obaveznog lečenja na slobodi”, sa najvećom zastupljenošću u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci (20,6%, n=41). Supstitucionni programi, metadonski i buprenorfini, zastupljeni su sa 24,6% (n=49), odnosno 25,1% (n=50) učesnika i učesnica, sa najvećom zastupljenošću u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci (17,6%, n=35 za metadon; 19,1%, n=38 za buprenorfin). „Neki drugi program” je zastupljen

sa 10,6% (n=21) učesnika i učesnica, sa najvećom zastupljenošću u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci (9,0%, n=18). „Integrativni program lečenja zavisnosti od droga“ je zastupljen sa 8,5% (n=17) učesnika i učesnica, sa najvećom zastupljenošću u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci (6,0%, n=12). U svim vrstama tretmana, osim „Nekog drugog programa”, najveći procenat učesnika i učesnica se nalazi u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci. Nema učesnika i učesnica u „Integrativnom programu lečenja zavisnosti od droga” u kategorijama dužine tretmana manje od mesec dana i jedan do šest meseci. Za 0,5% (n=1) nedostaje podatak o vrsti i/ili dužini tretmana.

Ovi rezultati sugerišu da je „Program za pacijente sa sudskom merom obaveznog lečenja na slobodi” najzastupljeniji u uzorku, praćen supstitucionim programima (metadonskim i buprenorfinskim). „Integrativni program lečenja zavisnosti od droga” je najmanje zastupljen i javlja se samo u kategoriji tretmana dužine šest do dvanaest meseci. Važno je napomenuti da su podaci o tipu tretmana (integrativni vs. opioidni supstiticioni program) verifikovani uvidom u zdravstvenu dokumentaciju, dok su podaci o programima tretmana bazirani na samoproceni učesnika i učesnica u istraživanju.

Tabela br. 38. Distribucija uzorka prema programu tretmana i dužini tretmana

Program tretmana		Dužina tretmana			
		Manje od mesec dana	1-6 meseci	6-12 meseci	Ukupno
Integrativni program lečenja zavisnosti od droga	N	0	5	12	17
	% ukupno	0,0%	2,5%	6,0%	8,5%
Supstiticioni program – metadon	N	5	9	35	49
	% ukupno	2,5%	4,5%	17,6%	24,6%
Supstiticioni program - buprenorfin	N	2	10	38	50
	% ukupno	1,0%	5,0%	19,1%	25,1%
Program za pacijente sa sudskom merom obaveznog lečenja na slobodi	N	3	15	41	59
	% ukupno	1,5%	7,5%	20,6%	29,6%
Neki drugi program	N	1	2	18	21
	% ukupno	0,5%	1,0%	9,0%	10,6%
Ukupno	N	11	42	146	199
	% ukupno	5,5%	21,1%	73,4%	100,0%



### ***Broj tretmana***

Tabela br. 39 prikazuje distribuciju učesnika i učesnica istraživanja prema broju prethodnih tretmana i dužini aktuelnog tretmana. Rezultati sugerišu da je najveći procenat učesnika i učesnica, 41,2% (n=82), imao između dva i četiri prethodna tretmana, sa najvećom zastupljenošću u kategoriji dužine aktuelnog tretmana šest do dvanaest meseci (26,6%, n=53). Učesnici i učesnice sa jednim prethodnim tretmanom čine 31,2% (n=62) uzorka, sa najvećom zastupljenošću u kategoriji dužine aktuelnog tretmana šest do dvanaest meseci (24,6%, n=49). Učesnici i učesnice sa više od pet prethodnih tretmana zastupljeni su sa 27,6% (n=55), takođe sa najvećom zastupljenošću u kategoriji dužine aktuelnog tretmana šest do dvanaest meseci (22,1%, n=44). U svim kategorijama broja prethodnih tretmana, najveći procenat učesnika i učesnica se nalazi u kategoriji dužine aktuelnog tretmana šest do dvanaest meseci. Nema učesnika i učesnica sa jednim prethodnim tretmanom u kategoriji dužine aktuelnog tretmana manje od mesec dana. Za 0,5% (n=1) nedostaje podatak o broju i/ili dužini tretmana.

Ovi rezultati upućuju da većina učesnika i učesnica u uzorku ima istoriju prethodnih tretmana, pri čemu je najbrojnija grupa ona sa dva do četiri prethodna tretmana. Značajan procenat učesnika i učesnica ima i više od pet prethodnih tretmana, što ukazuje na izazove u postizanju dugoročne apstinencije i stabilnog oporavka.

Tabela br. 39. Distribucija uzorka prema broju tretmana i dužini tretmana

<b>Broj tretmana</b>	<b>Dužina tretmana</b>				<b>Ukupno</b>
	<b>Manje od mesec dana</b>	<b>1-6 meseci</b>	<b>6-12 meseci</b>		
1 tretman	N	0	13	49	62
	% ukupno	0,0%	6,5%	24,6%	31,2%
2-4 tretmana	N	6	23	53	82
	% ukupno	3,0%	11,6%	26,6%	41,2%
Više od 5 tretmana	N	5	6	44	55
	% ukupno	2,5%	3,0%	22,1%	27,6%
Ukupno	N	11	42	146	185
	% ukupno	5,5%	21,1%	73,4%	100,0%

### ***Inicijativa za započinjanje aktuelnog tretmana***

Distribuciju učesnika i učesnica istraživanja prema inicijativi za uključivanje u aktuelni tretman (samoinicijativno ili na insistiranje okruženja) i dužini aktuelnog tretmana možemo videti u Tabeli br. 40. Većina učesnika i učesnica, 61,1% (n=113), uključila se u aktuelni tretman samoinicijativno, sa najvećom zastupljenošću u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci (49,2%, n=91). Učesnici i učesnice koji su se uključili u aktuelni tretman na insistiranje drugih zastupljeni su sa 38,9% (n=72), takođe sa najvećom zastupljenošću u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci (26,5%, n=49). U obe kategorije povoda za uključivanje u aktuelni tretman, najveći procenat učesnika i učesnica se nalazi u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci.

U kategoriji dužine tretmana manje od mesec dana, učesnici i učesnice koji su se samoinicijativno uključili u tretman zastupljeni su sa 4,3% (n=8), dok su oni koji su se uključili na insistiranje zastupljeni sa 1,1% (n=2). U kategoriji dužine tretmana jedan do šest meseci, učesnici i učesnice koji su se uključili na insistiranje zastupljeni su sa 11,4% (n=21), dok su oni koji su se samoinicijativno uključili zastupljeni sa 7,6% (n=14).

Tabela br. 40. Distribucija uzorka prema sažetim kategorijama inicijative za započinjanje aktuelnog tretmana i dužinu tretmana

Na tretman ste došli		Dužina tretmana			
		Manje od mesec dana	1-6 meseci	6-12 meseci	Ukupno
Samoinicijativno	N	8	14	91	113
	% ukupno	4,3%	7,6%	49,2%	61,1%
Na insistiranje	N	2	21	49	72
	% ukupno	1,1%	11,4%	26,5%	38,9%
Ukupno	N	10	35	140	185
	% ukupno	5,4%	18,9%	75,7%	100,0%

Detaljan prikaz tretmanskih karakteristika uzorka u odnosu na dužinu tretmana kao kontrolnu varijablu, upućuje na kompleksnost i heterogenost tretmanskih karakteristika učesnika i učesnica istraživanja, ali i na neke zajedničke obrasce. U pogledu tipa zavisnosti u odnosu na psihoaktivnu supstancu, opijati i opiodi su ubedljivo najzastupljenije supstance u svim kategorijama dužine tretmana, sa posebno visokom zastupljenošću u kategoriji šest do dvanaest meseci tretmana. Politoksikomanija i zavisnost od kanabinoida su takođe prisutne u svim fazama tretmana, ali u manjoj meri, dok se zavisnost od stimulansa javlja tek u kasnijim fazama tretmana. Kada se posmatra tip tretmana, supstitucionni tretman je dominantan među učesnicima i učesnicama koji su na tretmanu duže od šest meseci, dok je integrativni zastupljeniji među onima koji su na tretmanu između jednog i šest meseci. U najkraćoj kategoriji tretmana (manje od mesec dana), oba tipa tretmana su podjednako zastupljena. U pogledu vrste tretmana, prema izjašnjavanju učesnika i učesnica istraživanja, „Program za pacijente sa sudskom merom obaveznog lečenja na slobodi” je najzastupljeniji u uzorku, praćen supstitucionim programima (metadonskim i buprenorfinskim), dok je „Integrativni program lečenja zavisnosti od droga” najmanje zastupljen i javlja se samo u kategoriji tretmana dužine šest do dvanaest meseci. Kada je u pitanju broj tretmana, većina učesnika i učesnica ima istoriju prethodnih tretmana, pri čemu je najbrojnija grupa ona sa dva do četiri prethodna tretmana. Značajan procenat učesnika i učesnica ima i više od pet prethodnih tretmana, a u svim kategorijama broja prethodnih tretmana, najveći procenat se nalazi u najdužoj kategoriji aktuelnog tretmana (šest do dvanaest meseci). I najzad, vezano za povod za uključivanje u aktuelni tretman, većina učesnika i učesnica se samoinicijativno uključila u tretman, ali je značajan procenat uključen i na insistiranje drugih. U obe kategorije povoda, najveći procenat učesnika i učesnica se nalazi u najdužoj kategoriji tretmana.

### 8.2.4.3. Karakteristike varijabli kapitala oporavka, nade i samoeфикаsnosti prevladavanja u odnosu na dužinu tretmana u uzorku

U narednim odeljcima prikazani su rezultati analiza karakteristika kapitala oporavka, nade i samoeфикаsnosti prevladavanja u odnosu na dužinu tretmana. Cilj nam je bio da pružimo uvid u distribuciju i potencijalne razlike u nivoima ovih varijabli između učesnika i učesnica istraživanja koji se nalaze u različitim kategorijama dužine tretmana (manje od mesec dana, jedan do šest meseci i šest do dvanaest meseci), kao i da prepoznamo moguće obrasce i trendove koji ukazuju na specifičnosti razvoja ovih resursa u različitim periodima tokom ranog oporavka.

#### 8.2.4.3.1. Karakteristike ukupnog kapitala oporavka u odnosu na dužinu tretmana

Raspodela frekvencija i procenata kategorija ukupnog kapitala oporavka i dužine tretmana među učesnicima i učesnicama istraživanja (Tabela br. 41) upućuje na to da su visok i umereni nivo ukupnog kapitala oporavka podjednako zastupljeni, svaki sa po 46.2% učesnika i učesnica (n=92 za visok nivo, n=57 za umereni nivo). U obe kategorije, najveća zastupljenost je u grupi sa dužinom tretmana od šest do dvanaest meseci (34.2%, n=68 za visok nivo; 20,1%, n=40 za umereni nivo). Veoma visok nivo ukupnog kapitala oporavka ima 23,6% (n=47) učesnika i učesnica, sa najvećom zastupljenošću u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci (17,6%, n=35). Nizak nivo ukupnog kapitala oporavka je zastupljen kod samo 1,5% (n=3) učesnika i učesnica, i to isključivo u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci. U svim kategorijama nivoa ukupnog kapitala oporavka, najveći procenat učesnika i učesnica se nalazi u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci. Za 0,5% (n=1) nedostaje podatak o ukupnom nivou kapitala oporavka i/ili dužini tretmana.

Tabela br. 41. Distribucija frekvencija i procenata kategorija ukupnog kapitala oporavka i dužine tretmana u uzorku

Ukupni kapital oporavka		Dužina tretmana			
		Manje od mesec dana	1-6 meseci	6-12 meseci	Ukupno
Nizak nivo	N	0	0	3	3
	% ukupno	0,0%	0,0%	1,5%	1,5%
Umereni nivo	N	4	13	40	57
	% ukupno	2,0%	6,5%	34,2%	46,2%
Visok nivo	N	5	19	68	92
	% ukupno	2,5%	9,5%	34,2%	46,2%
Veoma visok nivo	N	2	10	35	47
	% ukupno	1,0%	5,0%	17,6%	23,6%
Ukupno	N	11	42	146	199
	% ukupno	5,5%	21,1%	73,4%	100,0%

Na osnovu ovih rezultata uvidimo da izuzetno visok procenat učesnika i učesnica ima visok, veoma visok ili umereni nivo ukupnog kapitala oporavka (ukupno 98,5%), sa zanemarljivom zastupljenošću niskog nivoa (1,5%). Distribucija nivoa ukupnog kapitala oporavka je slična u svim kategorijama dužine tretmana, sa konzistentno najvećom zastupljenošću u kategoriji šest do dvanaest meseci tretmana.

#### 8.2.4.3.2. Karakteristike ličnog kapitala oporavka u odnosu na dužinu tretmana

Karakteristike ličnog kapitala oporavka u odnosu na kontrolnu varijablu dužina tretmana smo posmatrali najpre putem raspodele frekvencija i procenata kategorija, a potom i prema dimenzijama ličnog kapitala oporavka („Globalno psihičko zdravlje”, „Globalno fizičko zdravlje”, „Upravljanje rizicima”, „Prevladavanje teškoća i životno funkcionisanje” i “Iskustvo oporavka”) i dužine tretmana.

Kada smo posmatrali distribuciju kategorija ličnog kapitala oporavka (nizak, umeren, visok i veoma visok nivo) u odnosu na dužinu tretmana, mogli smo da uočimo da više od pola uzorka (52,3%, n=104) ima visok nivo ličnog kapitala oporavka, sa najvećom zastupljenošću u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci (40,7%, n=81). Umereni nivo ličnog kapitala oporavka je prisutan kod 28,1% (n=56) učesnika i učesnica, sa najvećom zastupljenošću u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci (16,6%, n=33). Veoma visok nivo ličnog kapitala oporavka ima 17,1% (n=34) učesnika i učesnica, sa najvećom zastupljenošću u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci (13,6%, n=27). Nizak nivo ličnog kapitala oporavka je zastupljen kod samo 2,5% (n=5) učesnika i učesnica, i to isključivo u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci. U svim kategorijama nivoa ličnog kapitala oporavka, najveći procenat učesnika i učesnica se nalazi u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci. Za 0,5% (n=1) nedostaje podatak o ličnom nivou kapitala oporavka i/ili dužini tretmana (Tabela br. 42).

Tabela br. 42. Distribucija frekvencija i procenata kategorija ličnog kapitala oporavka i dužine tretmana u uzorku

Nivo ličnog kapitala oporavka		Dužina tretmana			
		Manje od mesec dana	1-6 meseci	6-12 meseci	Ukupno
Nizak nivo	N	0	0	5	5
	% ukupno	0,0%	0,0%	2,5%	2,5%
Umereni nivo	N	5	18	33	56
	% ukupno	2,5%	9,0%	16,6%	28,1%
Visok nivo	N	5	18	81	104
	% ukupno	2,5%	9,0%	40,7%	52,3%
Veoma visok nivo	N	1	6	27	34
	% ukupno	0,5%	3,0%	13,6%	17,1%
Ukupno	N	11	42	146	199
	% ukupno	5,5%	21,1%	73,4%	100,0%

Rezultati sugerišu da većina učesnika i učesnica ima visok ili veoma visok nivo ličnog kapitala oporavka (ukupno 69,4%), sa manjom zastupljenošću umerenog nivoa (28,1%) i veoma malom zastupljenošću niskog nivoa (2,5%). Distribucija nivoa ličnog kapitala oporavka je slična u svim kategorijama dužine tretmana, sa konzistentno najvećom zastupljenošću u kategoriji šest do dvanaest meseci tretmana.

Analiza prema dimenzijama kapitala oporavka i dužini tretmana omogućila nam je sveobuhvatniji uvid vezano za obrasce raspodele učesnika i učesnica u odnosu na specifične oblasti ispoljavanja ličnog kapitala i dužinu tretmana.

Tabela br. 43 prikazuje distribuciju učesnika i učesnica istraživanja prema skor na dimenziji „Globalno psihičko zdravlje” ličnog kapitala oporavka i dužini tretmana. Rezultati pokazuju da najveći procenat učesnika i učesnica (40,2%, n=80) postiže najviši skor 5 na ovoj dimenziji, sa najvećom zastupljenošću u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci (31,7%, n=63). Skor 4 ima 25,1% (n=50) učesnika i učesnica, takođe sa najvećom zastupljenošću u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci (18,1%, n=36). Skor 3 je prisutan kod 20,6% (n=41) učesnika i učesnica, sa najvećom zastupljenošću u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci (15,1%, n=30). Niži skorovi 2, 1 i 0 su manje zastupljeni, sa procentima od 9,0% (n=18), 4,5% (n=9) i 0,5% (n=1), redom. Njihova zastupljenost je najveća u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci. U svim kategorijama skora na dimenziji „Globalno psihičko zdravlje”, najveći procenat učesnika i učesnica se nalazi u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci. Najmanja zastupljenost svih skorova je u kategoriji dužine tretmana manje od mesec dana, sa procentima od 0,0% do 1,5%. Za 0,5% (n=1) nedostaje podatak o skor na dimenziji „Globalno psihičko zdravlje” i/ili dužini tretmana.

Tabela br. 43. Distribucija frekvencija i procenata prema skor na dimenziji „Globalno psihičko zdravlje“ ličnog kapitala oporavka i dužini tretmana u uzorku

Kapital oporavka: Globalno psihičko zdravlje		Dužina tretmana			Ukupno
		Manje od mesec dana	1-6 meseci	6-12 meseci	
Nivo					
0	N	0	0	1	1
	% ukupno	0.0%	0.0%	0.5%	0.5%
1	N	1	2	6	9
	% ukupno	0.5%	1.0%	3.0%	4.5%
2	N	1	7	10	18
	% ukupno	0.5%	3.5%	5.0%	9.0%
3	N	3	8	30	41
	% ukupno	1.5%	4.0%	15.1%	20.6%
4	N	3	11	36	50
	% ukupno	1.5%	5.5%	18.1%	25.1%
5	N	3	14	63	80
	% ukupno	1.5%	7.0%	31.7%	40.2%

	N	11	42	146	199
Ukupno	% ukupno	5,5%	21,1%	73,4%	100,0%

Rezultati ukazuju da većina učesnika i učesnica izveštava o visokom nivou globalnog psihičkog zdravlja (skorovi 4 i 5), sa relativno malom zastupljenošću nižih skorova. Distribucija skorova je slična u svim kategorijama dužine tretmana, sa konzistentno najvećom zastupljenošću u kategoriji šest do dvanaest meseci tretmana.

Distribucija učesnika i učesnica istraživanja prema skor na dimenziji „Globalno fizičko zdravlje” ličnog kapitala oporavka i dužini tretmana (Tabela br. 44) upućuje na to da najveći procenat učesnika i učesnica (38.7%, n=77) postiže najviši skor 5 na dimenziji globalnog fizičkog zdravlja, sa najvećom zastupljenošću u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci (29.1%, n=58). Skor 4 ima 28.1% (n=56) učesnika i učesnica, takođe sa najvećom zastupljenošću u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci (19.6%, n=39). Skor 2 je prisutan kod 13.6% (n=27) učesnika i učesnica, sa najvećom zastupljenošću u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci (10.1%, n=20). Skor 3 ima 10.6% (n=21) učesnika i učesnica, sa najvećom zastupljenošću u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci (8.5%, n=17). Niži skorovi 1 i 0 su manje zastupljeni, sa procentima od 6,0% (n=12) i 3,0% (n=6), redom. Njihova zastupljenost je najveća u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci. U svim kategorijama skora na dimenziji globalnog fizičkog zdravlja, najveći procenat učesnika i učesnica se nalazi u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci. Za 0,5% (n=1) nedostaje podatak o skor na dimenziji globalnog psihičkog zdravlja i/ili dužini tretmana.

Tabela br. 44. Distribucija frekvencija i procenata prema skor na dimenziji „Globalno fizičko zdravlje“ ličnog kapitala oporavka i dužine tretmana u uzorku

Nivo	Kapital oporavka: Globalno fizičko zdravlje	Dužina tretmana			Ukupno
		Manje od mesec dana	1-6 meseci	6-12 meseci	
0	N	1	1	4	6
	% ukupno	0,5%	0,5%	2,0%	3,0%
1	N	0	4	8	12
	% ukupno	0,0%	2,0%	4,0%	6,0%
2	N	2	5	20	27
	% ukupno	1,0%	2,5%	10,%	13,6%
3	N	3	1	17	21
	% ukupno	1,5%	0,5%	8,5%	10,6%
4	N	2	15	39	56
	% ukupno	1,0%	7,5%	19,6%	28,1%
5	N	3	16	58	77
	% ukupno	1,5%	8,0%	29,1%	38,7%

Ukupno	N	11	42	146	199
	% ukupno	5,5%	21,1%	73,4%	100,0%

Pomenuti rezultati ukazuju da većina učesnika i učesnica izveštava o visokom nivou opšteg fizičkog zdravlja (skorovi 4 i 5), sa manjom zastupljenošću srednjih i nižih skorova. Distribucija skorova je slična u svim kategorijama dužine tretmana, sa konzistentno najvećom zastupljenošću u kategoriji šest do dvanaest meseci tretmana.

U Tabeli br. 45, data je distribucija učesnika i učesnica istraživanja prema skor na dimenziji „Upravljanje rizicima” ličnog kapitala oporavka i dužini tretmana. Najveći procenat učesnika i učesnica (32.2%, n=64) postiže skor 4 na ovoj dimenziji, sa najvećom zastupljenošću u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci (24.1%, n=48). Skor 5 ima 27.1% (n=54) učesnika i učesnica, takođe sa najvećom zastupljenošću u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci (21.6%, n=43). Skor 3 je prisutan kod 26.6% (n=53) učesnika i učesnica, sa najvećom zastupljenošću u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci (17.1%, n=34). Skor 2 ima 11.6% (n=23) učesnika i učesnica, sa najvećom zastupljenošću u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci (9%, n=18). Najniži skor 1 je najmanje zastupljen, sa 2.5% (n=5) učesnika i učesnica, i najvećom zastupljenošću u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci (1.5%, n=3). U svim kategorijama skora na dimenziji „Upravljanje rizicima”, najveći procenat učesnika i učesnica se nalazi u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci. Za 0,5% (n=1) nedostaje podatak o skor na ovoj dimenziji i/ili dužini tretmana.

Tabela br. 45. Distribucija frekvencija i procenata prema skor na dimenziji „Upravljanje rizicima“ ličnog kapitala oporavka i dužini tretmana u uzorku

Nivo	Kapital oporavka: Upravljanje rizicima		Dužina tretmana		
		Manje od mesec dana	1-6 meseci	6-12 meseci	Ukupno
0	N	0	0	0	0
	% ukupno	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
1	N	0	2	3	5
	% ukupno	0,0%	1,0%	1,5%	2,5%
2	N	3	2	18	23
	% ukupno	1,5%	1,0%	9,0%	11,6%
3	N	4	15	34	53
	% ukupno	2,0%	7,5%	17,1%	26,6%
4	N	3	13	48	64
	% ukupno	1,5%	6,5%	24,1%	32,2%
5	N	1	10	43	54
	% ukupno	0,5%	5,0%	21,6%	27,1%

Ukupno	N	11	42	146	199
	% ukupno	5,5%	21,1%	73,4%	100,0%

I ovde uviđamo da većina učesnika i učesnica izveštava o visokom nivou upravljanja rizicima (skorovi 4 i 5), sa manjom zastupljenošću srednjeg skora (3) i nižih skorova (1 i 2). Distribucija skorova je slična u svim kategorijama dužine tretmana, sa konzistentno najvećom zastupljenošću u kategoriji šest do dvanaest meseci tretmana.

Kada je u pitanju dimenzija kapitala oporavka „Prevladavanje i životno funkcionisanje” i dužina tretmana (Tabela br. 46), rezultati pokazuju da najveći procenat učesnika i učesnica (33.7%, n=67) postiže najviši skor 5 na ovoj dimenziji, sa najvećom zastupljenošću u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci (24.6%, n=49). Skor 4 ima 27.1% (n=54) učesnika i učesnica, takođe sa najvećom zastupljenošću u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci (22.1%, n=44). Skor 3 je prisutan kod 20.6% (n=41) učesnika i učesnica, sa najvećom zastupljenošću u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci (16.6%, n=33). Skor 2 ima 12.6% (n=25) učesnika i učesnica, sa najvećom zastupljenošću u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci (7.5%, n=15). Skor 1 je zastupljen sa 4.5% (n=9) učesnika i učesnica, sa najvećom zastupljenošću u kategoriji dužine tretmana jedan do šest meseci (2.5%, n=5). Najniži skor 0 je prisutan kod samo 1.5% (n=3) učesnika i učesnica, sa najvećom zastupljenošću u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci (1,0%, n=2). U svim kategorijama skora na dimenziji „Prevladavanje i životno funkcionisanje”, najveći procenat učesnika i učesnica se nalazi u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci. Za 0,5% (n=1) nedostaje podatak o skoru na ovoj dimenziji i/ili dužini tretmana.

Tabela br. 46. Distribucija frekvencija i procenata prema skoru na dimenziji „Prevladavanje teškoća i životno funkcionisanje“ ličnog kapitala oporavka u uzorku

Kapital oporavka: Prevladavanje teškoća i životno funkcionisanje Nivo		Dužina tretmana			
		Manje od mesec dana	1-6 meseci	6-12 meseci	Ukupno
0	N	0	1	2	3
	% ukupno	0,0%	,5%	1,0%	1,5%
1	N	1	5	3	9
	% ukupno	0,5%	2,5%	1,5%	4,5%
2	N	2	8	15	25
	% ukupno	1,0%	4,0%	7,5%	12,6%
3	N	3	5	33	41
	% ukupno	1,5%	2,5%	16,6%	20,6%
4	N	3	7	44	54



## REZULTATI ISTRAŽIVANJA

	% ukupno	1,5%	3,5%	22,1%	27,1%
	N	2	16	49	67
5	% ukupno	1,0%	8,0%	24,6%	33,7%
	N	11	42	146	199
Ukupno	% ukupno	5,5%	21,1%	73,4%	100,0%

Rezultati upućuju na to da većina učesnika i učesnica izveštava o visokom nivou prevladavanja i životnog funkcionisanja (skorovi 4 i 5), sa manjom zastupljenošću srednjeg skora (3) i nižih skorova (0, 1 i 2). Distribucija skorova je slična u svim kategorijama dužine tretmana, sa konzistentno najvećom zastupljenošću u kategoriji šest do dvanaest meseci tretmana.

Prema skoru na dimenziji „Iskustvo oporavka” ličnog kapitala oporavka i dužini tretmana, distribucija učesnika i učesnica istraživanja (Tabela br. 47) sugerije da ubedljivo najveći procenat učesnika i učesnica (60,3%, n=120) postiže najviši skor 5 na dimenziji iskustva oporavka, sa najvećom zastupljenošću u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci (44,7%, n=89). Skor 4 ima 23,6% (n=47) učesnika i učesnica, takođe sa najvećom zastupljenošću u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci (15,6%, n=31). Skor 3 je prisutan kod 8,5% (n=17) učesnika i učesnica, sa najvećom zastupljenošću u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci (6,5%, n=13). Niži skorovi 2, 1 i 0 su znatno manje zastupljeni, sa procentima od 4,5% (n=9), 2,5% (n=5) i 0,5% (n=1), redom. Njihova zastupljenost je najveća u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci. U svim kategorijama skora na ovoj dimenziji najveći procenat učesnika i učesnica se nalazi u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci. U kategorijama dužine tretmana manje od mesec dana i jedan do šest meseci nema učesnika i učesnica sa skorovima 0 i 2. Za 0,5% (n=1) nedostaje podatak o skoru na dimenziji „Iskustvo oporavka” i/ili dužini tretmana.

Tabela br. 47. Distribucija frekvencija i procenata prema skoru na dimenziji „Iskustvo oporavka“ ličnog kapitala oporavka u uzorku

Kapital oporavka: Iskustvo oporavka		Dužina tretmana			
		Manje od mesec dana	1-6 meseci	6-12 meseci	Ukupno
0	N	0	0	1	1
	% ukupno	0,0%	0,0%	0,5%	0,5%
1	N	0	1	4	5
	% ukupno	0,0%	0,5%	2,0%	2,5%
2	N	0	1	8	9
	% ukupno	0,0%	0,5%	4,0%	4,5%
3	N	2	2	13	17
	% ukupno	1,0%	1,0%	6,5%	8,5%
4	N	2	14	31	47
	% ukupno	1,0%	7,0%	15,6%	23,6%

	N	7	24	89	120
5	% ukupno	3,5%	12,1%	44,7%	60,3%
	N	11	42	146	199
Ukupno	% ukupno	5,5%	21,1%	73,4%	100,0%

Na osnovu rezultata uviđamo da većina učesnika i učesnica izveštava o veoma pozitivnom iskustvu oporavka (skorovi 4 i 5), sa relativno malom zastupljenošću srednjeg i nižih skorova. I ovde je distribucija skorova slična u svim kategorijama dužine tretmana, sa konzistentno najvećom zastupljenošću u kategoriji šest do dvanaest meseci tretmana.

Analizirajući sumarno odnos dimenzija ličnog kapitala oporavka („Globalno psihičko zdravlje”, „Globalno fizičko zdravlje”, „Upravljanje rizicima”, „Prevladavanje teškoća i životno funkcionisanje” i „Iskustvo oporavka”) sa dužinom tretmana, primećujemo nekoliko obrazaca. Većina učesnika i učesnica postiže visoke skorove (4 i 5) na svim dimenzijama ličnog kapitala oporavka, sugerišući generalno visok nivo resursa za oporavak u ispitivanom uzorku. Ovi nalazi su najizraženiji za dimenzije „Iskustvo oporavka” (83,9% sa skorovima 4 i 5), „Globalno psihičko zdravlje” (65,3%) i „Globalno fizičko zdravlje” (66,8%). Zastupljenost visokih skorova je nešto manja, ali i dalje značajna, za dimenzije „Prevladavanje teškoća i životno funkcionisanje” (60,8%) i „Upravljanje rizicima” (59,3%), upućujući da u ovim domenima postoje nešto veći izazovi za učesnike i učesnice. Niži skorovi (0-2) su generalno manje zastupljeni na svim dimenzijama, sa najvećom prevalencom za dimenziju „Globalno fizičko zdravlje” (22,6%), a najmanjom za dimenziju „Iskustvo oporavka” (7,5%). Ovi nalazi ukazuju na određene varijacije u distribuciji skorova između različitih dimenzija ličnog kapitala oporavka.

Za sve dimenzije ličnog kapitala oporavka, zastupljenost svih nivoa skorova je konzistentno najveća u kategoriji najduže dužine tretmana (šest do dvanaest meseci), a najmanja u kategoriji najkraćeg tretmana (manje od mesec dana). Uprkos generalno pozitivnim trendovima, prisutnost nižih skorova u svim kategorijama dužine tretmana sugerise da određeni procenat učesnika i učesnica ima izazove u različitim domenima ličnog kapitala oporavka bez obzira na dužinu boravka u tretmanu.

#### 8.2.4.3.3. Karakteristike socijalnog kapitala oporavka u odnosu na dužinu tretmana

Karakteristike socijalnog kapitala oporavka u odnosu na dužina tretmana smo, takođe, posmatrali najpre putem raspodele frekvencija i procenata kategorija, a potom i prema dimenzijama socijalnog kapitala oporavka („Upotreba PAS i apstinencija”, „Građansko angažovanje i učešće u zajednici”, „Socijalna podrška”, „Smislene aktivnosti” i „Stanovanje i bezbednost”). Tabela br. 48 prikazuje distribuciju učesnika i učesnica istraživanja prema nivou socijalnog kapitala oporavka i dužini tretmana. Rezultati upućuju da više od polovine uzorka (53.8%, n=107) poseduje visok nivo socijalnog kapitala oporavka, sa najvećom zastupljenošću u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci (38.7%, n=77). Umereni nivo socijalnog kapitala oporavka je prisutan kod 30.7% (n=61) učesnika i učesnica, takođe sa najvećom zastupljenošću u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci (23.6%, n=47). Veoma visok nivo socijalnog kapitala oporavka ima 13.6% (n=27) učesnika i učesnica, sa najvećom zastupljenošću u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci (10.1%, n=20). Nizak nivo socijalnog kapitala oporavka je zastupljen kod samo 2,0% (n=4) učesnika i učesnica, sa podjednakom zastupljenošću u kategorijama dužine tretmana šest do dvanaest meseci (1,0%, n=2) i manje od šest meseci (po 0.5%, n=1). U svim kategorijama nivoa socijalnog kapitala oporavka, najveći procenat učesnika i učesnica se nalazi u kategoriji dužine

tretmana šest do dvanaest meseci. Za 0,5% (n=1) nedostaje podatak o nivou socijalnog kapitala i/ili dužini tretmana.

Tabela br. 48. Distribucija frekvencija i procenata kategorija socijalnog kapitala oporavka i dužine tretmana u uzorku

Socijalni kapital oporavka		Dužina tretmana			Ukupno
		Manje od mesec dana	1-6 meseci	6-12 meseci	
Nivo					
Nizak nivo	N	1	1	2	4
	% ukupno	0,5%	0,5%	1,0%	2,0%
Umereni nivo	N	4	10	47	61
	% ukupno	2,0%	5,0%	23,6%	30,7%
Visok nivo	N	4	26	77	107
	% ukupno	2,0%	13,1%	38,7%	53,8%
Veoma visok nivo	N	2	5	20	27
	% ukupno	1,0%	2,5%	10,1%	13,6%
Ukupno	N	11	42	146	199
	% ukupno	5,5%	21,1%	73,4%	100,0%

Iz ovog prikaza vidimo da većina učesnika i učesnica ima visok ili veoma visok nivo socijalnog kapitala za oporavak (ukupno 67,4%, n=134), sa znatno manjom zastupljenošću umerenog nivoa (30,7%, n=61) i veoma malom zastupljenošću niskog nivoa (2,0%, n=4). Distribucija nivoa socijalnog kapitala za oporavak je slična u svim kategorijama dužine tretmana, sa konzistentno najvećom zastupljenošću u kategoriji šest do dvanaest meseci tretmana.

Produbljenije uvide stičemo kada posmatramo rezultate analize distribucije frekvencija i procenata prema skor na dimenzijama socijalnog kapitala i dužini tretmana.

Tabela br. 49 daje prikaz distribucije učesnika i učesnica istraživanja prema skor na dimenziji „Upotreba PAS i apstinencija” socijalnog kapitala oporavka i dužini tretmana. Rezultati pokazuju da najveći procenat učesnika i učesnica (34,2%, n=68) postiže najviši skor 5 na dimenziji upotrebe PAS i apstinencije, sa najvećom zastupljenošću u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci (26,1%, n=52). Skor 4 ima 31,7% (n=63) učesnika i učesnica, takođe sa najvećom zastupljenošću u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci (21,6%, n=43). Skor 3 je prisutan kod 20,6% (n=41) učesnika i učesnica, sa najvećom zastupljenošću u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci (16,6%, n=33). Skor 2 ima 8,5% (n=17) učesnika i učesnica, sa najvećom zastupljenošću u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci (5,5%, n=11). Najniži skor 1 je zastupljen sa 5,0% (n=10) učesnika i učesnica, sa najvećom zastupljenošću u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci (3,5%, n=7). Nijedan učesnik ili učesnica nije postigao/la najniži skor 0 na ovoj dimenziji socijalnog kapitala oporavka. U svim kategorijama skora na dimenziji „Upotreba PAS i apstinencija”, najveći procenat učesnika i učesnica se nalazi u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci. Za 0,5% (n=1) nedostaje podatak o skor na ovoj dimenziji i/ili dužini tretmana.

Tabela br. 49. Distribucija frekvencija i procenata prema skoru na dimenziji „Upotreba PAS i apstinencija” socijalnog kapitala oporavka u uzorku

Kapital oporavka: Upotreba PAS i apstinencija		Dužina tretmana			
		Manje od mesec dana	1-6 meseci	6-12 meseci	Ukupno
0	N	0	0	0	0
	% ukupno	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
1	N	1	2	7	10
	% ukupno	0,5%	1,0%	3,5%	5,0%
2	N	1	5	11	17
	% ukupno	0,5%	2,5%	5,5%	8,5%
3	N	1	71	33	41
	% ukupno	0,5%	3,5%	16,6%	20,6%
4	N	3	17	43	63
	% ukupno	1,5%	8,5%	21,6%	31,7%
5	N	5	11	52	68
	% ukupno	2,5%	5,5%	26,1%	34,2%
Ukupno	N	11	42	146	199
	% ukupno	5,5%	21,1%	73,4%	100,0%

Rezultati ukazuju da većina učesnika i učesnica izveštava o visokom nivou apstinencije i odsustvu ili minimalnoj upotrebi PAS (skorovi 4 i 5), sa manjom zastupljenošću srednjeg skora (3) i nižih skorova (1 i 2). Distribucija skorova je slična u svim kategorijama dužine tretmana, sa konzistentno najvećom zastupljenošću u kategoriji šest do dvanaest meseci tretmana.

Distribucija učesnika i učesnica istraživanja prema skoru na dimenziji „Građansko angažovanje i učešće u zajednici” socijalnog kapitala oporavka i dužini tretmana je prikazana u Tabeli br. 50. Najveći procenat učesnika i učesnica (46,7%, n=93) postiže najviši skor 5 na dimenziji građanskog angažovanja i učešća u zajednici, sa najvećom zastupljenošću u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci (36,2%, n=72). Skor 4 ima 36,2% (n=72) učesnika i učesnica, takođe sa najvećom zastupljenošću u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci (23,1%, n=46). Skor 3 je prisutan kod 12,6% (n=25) učesnika i učesnica, sa najvećom zastupljenošću u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci (10,1%, n=20). Skor 2 ima 2,5% (n=5) učesnika i učesnica, od čega je 2,0% (n=4) u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci, a 0,5% (n=1) u kategoriji manje od mesec dana. Skor 1 je zastupljen sa 2,0% (n=4) učesnika i učesnica, svi u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci. Nijedan učesnik ili učesnica nije postigao/la najniži skor 0 na ovoj dimenziji. U svim kategorijama skora na dimenziji „Građansko angažovanje i učešće u zajednici”, najveći procenat učesnika i učesnica se nalazi u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci. Za 0,5% (n=1) nedostaje podatak o skoru na ovoj dimenziji kapitala oporavka i/ili dužini tretmana.

Tabela br. 50. Distribucija frekvencija i procenata prema skor u dimenziji „Građansko angažovanje i učešće u zajednici” socijalnog kapitala oporavka u uzorku

Kapital oporavka: Građansko angažovanje i učešće u zajednici		Dužina tretmana			
		Manje od mesec dana	1-6 meseci	6-12 meseci	Ukupno
0	N	0	0	0	0
	% ukupno	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
1	N	0	0	4	4
	% ukupno	0,0%	0,0%	2,0%	2,0%
2	N	1	0	4	5
	% ukupno	0,5%	0,0%	2,0%	2,5%
3	N	2	3	20	25
	% ukupno	1,0%	1,5%	10,1%	12,6%
4	N	6	20	46	72
	% ukupno	3,0%	10,1%	23,1%	36,2%
5	N	2	19	72	93
	% ukupno	1,0%	9,5%	36,2%	46,7%
Ukupno	N	11	42	146	199
	% ukupno	5,5%	21,1%	73,4%	100,0%

Na osnovu rezultata za ovu dimenziju socijalnog kapitala oporavka, konstatujemo da većina učesnika i učesnica izveštava o visokom nivou građanskog angažovanja i učešća u zajednici (skorovi 4 i 5), sa znatno manjom zastupljenošću srednjeg skora (3) i niskih skorova (1 i 2). Distribucija skorova je slična u svim kategorijama dužine tretmana, sa konzistentno najvećom zastupljenošću u kategoriji šest do dvanaest meseci tretmana.

Tabela br. 51 prikazuje distribuciju učesnika i učesnica istraživanja prema skor u dimenziji „Socijalna podrška” socijalnog kapitala oporavka i dužini tretmana. Rezultati ukazuju na to da najveći procenat učesnika i učesnica (38,2%, n=76) postiže najviši skor 5 na dimenziji „Socijalna podrška”, sa najvećom zastupljenošću u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci (27,1%, n=54). Skor 4 ima 22,1% (n=44) učesnika i učesnica, takođe sa najvećom zastupljenošću u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci (16,1%, n=32). Skor 3 je prisutan kod 14,1% (n=28) učesnika i učesnica, sa podjednakom zastupljenošću u kategorijama dužine tretmana šest do dvanaest meseci (10,6%, n=21) i jedan do šest meseci (3,0%, n=6). Skor 2

ima 13,1% (n=26) učesnika i učesnica, sa najvećom zastupljenošću u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci (10,6%, n=21). Skor 1 je zastupljen sa 7,5% (n=15) učesnika i učesnica, sa najvećom zastupljenošću u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci (6,0%, n=12). Najniži skor 0 je prisutan kod 5,0% (n=10) učesnika i učesnica, sa najvećom zastupljenošću u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci (3,0%, n=6). U svim kategorijama skora na dimenziji „Socijalna podrška”, najveći procenat učesnika i učesnica se nalazi u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci. Za 0,5% (n=1) nedostaje podatak o skoru na dimenziji „Socijalna podrška” i/ili dužini tretmana.

Tabela br. 51. Distribucija frekvencija i procenata prema skoru na dimenziji „Socijalna podrška” socijalnog kapitala oporavka u uzorku

Kapital oporavka: Socijalna podrška		Dužina tretmana			
		Manje od mesec dana	1-6 meseci	6-12 meseci	Ukupno
0	N	1	3	6	10
	% ukupno	0,5%	1,5%	3,0%	5,0%
1	N	2	1	12	15
	% ukupno	1,0%	,5%	6,0%	7,5%
2	N	0	5	21	26
	% ukupno	0,0%	2,5%	10,6%	13,1%
3	N	1	6	21	28
	% ukupno	0,5%	3,0%	10,%	14,1%
4	N	4	8	32	44
	% ukupno	2,0%	4,0%	16,1%	22,1%
5	N	3	19	54	76
	% ukupno	1,5%	9,5%	27,1%	38,2%
Ukupno	N	11	42	146	199
	% ukupno	5,5%	21,1%	73,4%	100,0%

Ovi rezultati pokazuju da većina učesnika i učesnica izveštava o visokom nivou socijalne podrške (skorovi 4 i 5), sa manjom zastupljenošću srednjeg skora (3) i nižih skorova (0, 1 i 2). Distribucija skorova je slična u svim kategorijama dužine tretmana, sa konzistentno najvećom zastupljenošću u kategoriji šest do dvanaest meseci tretmana.

Tabela br. 52 prikazuje distribuciju uzorka prema skoru na dimenziji „Smislene aktivnosti” socijalnog kapitala oporavka i dužini tretmana. Uviđamo da najveći procenat učesnika i učesnica (24,1%, n=48) postiže najviši skor 5 na dimenziji smislenih aktivnosti, sa podjednakom zastupljenošću u kategorijama dužine tretmana šest do dvanaest meseci (16,6%, n=33) i jedan do šest meseci (6,5%, n=13). Skor 4 ima 20,1% (n=40) učesnika i učesnica, sa najvećom zastupljenošću u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci (15,6%, n=31). Skor 3 je

prisutan kod 23,1% (n=46) učesnika i učesnica, sa najvećom zastupljenošću u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci (16,6%, n=33). Skor 2 ima 15,6% (n=31) učesnika i učesnica, sa najvećom zastupljenošću u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci (12,6%, n=25). Skor 1 je zastupljen sa 14,6% (n=29) učesnika i učesnica, sa najvećom zastupljenošću u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci (10,6%, n=21). Najniži skor 0 je prisutan kod 2,5% (n=5) učesnika i učesnica, sa najvećom zastupljenošću u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci (1,5%, n=3). U svim kategorijama skora na dimenziji smislenih aktivnosti, najveći procenat učesnika i učesnica se nalazi u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci. Za 0,5% (n=1) nedostaje podatak o skor na ovoj dimenziji kapitala oporavka i/ili dužini tretmana.

Tabela br. 52. Distribucija frekvencija i procenata prema skor na dimenziji „Smislene aktivnosti” socijalnog kapitala oporavka u uzorku

Kapital oporavka: Smislene aktivnosti		Dužina tretmana			
		Manje od mesec dana	1-6 meseci	6-12 meseci	Ukupno
0	N	1	1	3	5
	% ukupno	0,5%	0,5%	1,5%	2,5%
1	N	2	6	21	29
	% ukupno	1,0%	3,0%	10,6%	14,6%
2	N	2	4	25	31
	% ukupno	1,0%	2,0%	12,6%	15,6%
3	N	1	12	33	46
	% ukupno	0,5%	6,0%	16,6%	23,1%
4	N	3	6	31	40
	% ukupno	1,5%	3,0%	15,6%	20,1%
5	N	2	13	33	48
	% ukupno	1,0%	6,5%	16,6%	24,1%
Ukupno	N	11	42	146	199
	% ukupno	5,5%	21,1%	73,4%	100,0%

Rezultati za dimenziju „Smislene aktivnosti” ilustruju relativno ravnomernu distribuciju skorova na ovoj dimenziji, sa blagom tendencijom ka višim skorovima (4 i 5). Ipak, značajan procenat učesnika i učesnica ima srednje (skor 3) i niže skorove (0, 1 i 2). I ovde je distribucija skorova slična u svim kategorijama dužine tretmana, sa konzistentno najvećom zastupljenošću u kategoriji šest do dvanaest meseci tretmana.

I, konačno, distribucija učesnika i učesnica istraživanja prema skor na dimenziji „Stanovanje i bezbednost” socijalnog kapitala oporavka i dužini tretmana (Tabela br. 53) ilustruje da najveći procenat učesnika i učesnica (61,3%, n=122) postiže najviši skor 5 na dimenziji

stanovanja i bezbednosti, sa najvećom zastupljenošću u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci (44,7%, n=89). Skor 4 ima 17,6% (n=35) učesnika i učesnica, sa najvećom zastupljenošću u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci (14,1%, n=28). Skor 3 je prisutan kod 11,6% (n=23) učesnika i učesnica, sa najvećom zastupljenošću u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci (8,5%, n=17). Skor 2 ima 4,5% (n=9) učesnika i učesnica, sa najvećom zastupljenošću u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci (3,5%, n=7). Skor 1 je zastupljen sa 3,5% (n=7) učesnika i učesnica, sa najvećom zastupljenošću u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci (2,0%, n=4). Najniži skor 0 je prisutan kod 1,5% (n=3) učesnika i učesnica, sa najvećom zastupljenošću u kategoriji dužine tretmana manje od mesec dana (1,0%, n=2). U svim kategorijama skora na dimenziji stanovanja i bezbednosti, najveći procenat učesnika i učesnica se nalazi u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci. Za 0,5% (n=1) učesnika i učesnica nedostaje informacija o skoru na ovoj dimenziji i/ili dužini tretmana.

Tabela br. 53. Distribucija frekvencija i procenata prema skoru na dimenziji „Stanovanje i bezbednost” socijalnog kapitala oporavka u uzorku

Kapital oporavka: Stanovanje i bezbednost		Dužina tretmana			
		Manje od mesec dana	1-6 meseci	6-12 meseci	Ukupno
0	N	2	0	1	3
	% ukupno	1,0%	0,0%	0,5%	1,5%
1	N	0	3	4	7
	% ukupno	0,0%	1,5%	2,0%	3,5%
2	N	0	2	7	9
	% ukupno	0,0%	1,0%	3,5%	4,5%
3	N	1	5	17	23
	% ukupno	0,5%	2,5%	8,5%	11,6%
4	N	2	5	28	35
	% ukupno	1,0%	2,5%	14,1%	17,6%
5	N	6	27	89	122
	% ukupno	3,0%	13,6%	44,7%	61,3%
Ukupno	N	11	42	146	199
	% ukupno	5,5%	21,1%	73,4%	100,0%

Ovi rezultati ukazuju na dominantnu zastupljenost najvišeg skora na dimenziji „Stanovanje i bezbednost”, sugerišući da većina učesnika i učesnica ima stabilno i adekvatno rešeno stambeno pitanje. Ipak, prisutnost nižih skorova u svim kategorijama dužine tretmana ukazuje da određeni procenat učesnika i učesnica ima izazove u oblasti stanovanja bez obzira na dužinu boravka u tretmanu.



Na osnovu sumarne analize odnosa dimenzija socijalnog kapitala oporavka („Upotreba PAS i apstinencija”, „Građansko angažovanje i učešće u zajednici”, „Socijalna podrška”, „Smislene aktivnosti” i „Stanovanje i bezbednost”) sa dužinom tretmana, primećujemo nekoliko ključnih trendova i obrazaca. Većina učesnika i učesnica postiže visoke skorove (4 i 5) na dimenzijama „Građansko angažovanje i učešće u zajednici” (82,9%), „Stanovanje i bezbednost” (78,9%) i „Socijalna podrška” (60,3%), sugerišući generalno visok nivo socijalnog kapitala oporavka u ovim domenima. Zastupljenost visokih skorova je nešto manja, ali i dalje značajna, za dimenzije „Upotreba PAS i apstinencija” (65,9%) i „Smislene aktivnosti” (61,1%), upućujući na određene izazove u ovim oblastima za deo učesnika i učesnica.

Niži skorovi (1-3) su generalno manje zastupljeni na svim dimenzijama, sa najvećom prevalencom za dimenziju „Smislene aktivnosti” (38,9%), a najmanjom za dimenziju „Građansko angažovanje i učešće u zajednici” (17,1%). Ovi nalazi sugerišu postojanje varijacija u distribuciji skorova između različitih dimenzija socijalnog kapitala oporavka.

Za sve dimenzije socijalnog kapitala oporavka, zastupljenost svih nivoa skorova je konzistentno najveća u kategoriji najdužeg (šest do dvanaest meseci), a najmanja u kategoriji najkraćeg tretmana (manje od mesec dana). Ovi rezultati ukazuju na potencijalne pozitivne efekte dugotrajnijeg ostajanja u tretmanu na različite domene socijalnog kapitala oporavka. No, uprkos pretežno pozitivnim trendovima, prisutnost nižih skorova u svim kategorijama dužine tretmana sugeriše da određeni procenat učesnika i učesnica ima izazove u različitim domenima socijalnog kapitala oporavka bez obzira na dužinu boravka u tretmanu.

#### **8.2.4.3.4. Karakteristike nade u odnosu na dužinu tretmana**

U odnosu na dužinu tretmana analizirali smo karakteristike nade koje se tiču distribucije frekvenci i procenata kategorija ukupne nade (beznadežnost, nada prisutna, umeren nivo i visok nivo nade), kao i distribucija za njene dimenzije „Agensnost” i „Mišljenje usmereno na načine za postizanje ciljeva”.

U Tabeli br. 54 možemo videti prikaz distribucije nivoa ukupne nade u uzorku u odnosu na dužinu tretmana. Rezultati pokazuju da najveći procenat učesnika i učesnica (33%, n=62) ima prisutnu nadu, sa najvećom zastupljenošću u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci (22,3%, n=42). Umeren nivo nade je prisutan kod 31,4% (n=59) učesnika i učesnica, takođe sa najvećom zastupljenošću u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci (24,5%, n=46). Visok nivo nade ima 21,8% (n=41) učesnika i učesnica, sa najvećom zastupljenošću u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci (17,6%, n=33). Beznadežnost je prisutna kod 13,8% (n=26) učesnika i učesnica, sa najvećom zastupljenošću u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci (9,0%, n=17). U svim nivoima nade, najveći procenat učesnika i učesnica se nalazi u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci. Najmanja zastupljenost svih nivoa nade je u kategoriji dužine tretmana manje od mesec dana, sa procentima od 1,1% do 1,6%. Ukupan broj učesnika i učesnica u tabeli je 188, što ukazuje da za 6,0% (n=12) nedostaje podatak o nivou ukupne nade i/ili dužini tretmana.

Tabela br. 54. Distribucija frekvencija i procenata za kategorije ukupnog skora nade i dužinu tretmana u uzorku

Nada: ukupno		Dužina tretmana			Ukupno
		Manje od mesec dana	1-6 meseci	6-12 meseci	
Nivo					
Beznadežno	N	2	7	17	26
	% ukupno	1,1%	3,7%	9,0%	13,8%
Prisutna nada	N	3	17	42	62
	% ukupno	1,6%	9,0%	22,3%	33,0%
Umeren nivo	N	2	11	46	59
	% ukupno	1,1%	5,9%	24,5%	31,4%
Visok nivo	N	3	5	33	41
	% ukupno	1,6%	2,7%	17,6%	21,8%
Ukupno	N	10	40	138	188
	% ukupno	5,3%	21,3%	73,4%	100,0%

Rezultati sugerišu da većina učesnika i učesnica ima određeni nivo nade (prisutna nada, umeren ili visok nivo), sa relativno malom zastupljenošću beznadežnosti. Distribucija nivoa nade je slična u svim kategorijama dužine tretmana, sa konzistentno najvećom zastupljenošću u kategoriji šest do dvanaest meseci tretmana.

Tabela br. 55 prikazuje distribuciju nivoa agensnosti kao dimenzije nade među učesnicima i učesnicama istraživanja u odnosu na dužinu tretmana. Najveći procenat učesnika i učesnica (34,4%, n=66) ima prisutnu agensnost, sa najvećom zastupljenošću u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci (24,5%, n=47). Umeren nivo agensnosti je prisutan kod 25% (n=48) učesnika i učesnica, takođe sa najvećom zastupljenošću u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci (19,3%, n=37). Beznadežnost u domenu agensnosti je prisutna kod 21,9% (n=42) učesnika i učesnica, sa najvećom zastupljenošću u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci (14,6%, n=28). Visok nivo agensnosti ima 18,8% (n=36) učesnika i učesnica, sa najvećom zastupljenošću u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci (15,1%, n=29). U svim nivoima agensnosti, najveći procenat učesnika i učesnica se nalazi u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci. Najmanja zastupljenost svih nivoa agensnosti je u kategoriji dužine tretmana manje od mesec dana, sa procentima od 1,0% do 1,6%. Za 4,0% (n=8) učesnika i učesnica nedostaje podatak o nivou agensnosti i/ili dužini tretmana.

Tabela br. 55. Distribucija frekvencija i procenata za dimenziju „Agensnosti” nade i dužinu tretmana u uzorku

Nada: Agensnost		Dužina tretmana			
		Manje od mesec dana	1-6 meseci	6-12 meseci	Ukupno
Beznadežno	N	2	12	28	42
	% ukupno	1,0%	6,3%	14,6%	21,9%
Prisutna nada	N	3	16	47	66
	% ukupno	1,6%	8,3%	24,5%	34,4%
Umeren nivo	N	2	9	37	48
	% ukupno	1,0%	4,7%	19,3%	25,0%
Visok nivo	N	3	4	29	36
	% ukupno	1,6%	2,1%	15,1%	18,8%
Ukupno	N	10	40	138	192
	% ukupno	5,2%	21,4%	73,4%	100,0%

Ovakva raspodela pokazuje da većina učesnika i učesnica ima određeni nivo agensnosti (prisutna agensnost, umeren ili visok nivo), sa nešto većom zastupljenošću beznadežnosti u odnosu na ukupnu nadu. Distribucija nivoa agensnosti je slična u svim kategorijama dužine tretmana, sa konzistentno najvećom zastupljenošću u kategoriji šest do dvanaest meseci tretmana.

Sa druge strane, kada posmatramo distribuciju nivoa mišljenja usmerenog na načine za postizanje ciljeva kao dimenzije nade među učesnicima i učesnicama istraživanja u odnosu na dužinu tretmana (Tabela br. 56), primećujemo da najveći procenat učesnika i učesnica (39%, n=76) ima prisutno mišljenje usmereno na načine za postizanje ciljeva, sa najvećom zastupljenošću u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci (26,7%, n=52). Umeren nivo mišljenja usmerenog na načine za postizanje ciljeva je prisutan kod 29,7% (n=58) učesnika i učesnica, takođe sa najvećom zastupljenošću u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci (23,6,0%, n=46). Visok nivo mišljenja usmerenog na načine za postizanje ciljeva ima 22,1,0% (n=43) učesnika i učesnica, sa najvećom zastupljenošću u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci (17,9%, n=35). Beznadežnost u domenu mišljenja usmerenog na načine za postizanje ciljeva je prisutna kod 9,2,0% (n=18) učesnika i učesnica, sa najvećom zastupljenošću u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci (5,1%, n=10). U svim nivoima mišljenja usmerenog na načine za postizanje ciljeva, najveći procenat učesnika i učesnica se nalazi u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci. Najmanja zastupljenost svih nivoa mišljenja usmerenog na načine za postizanje ciljeva je u kategoriji dužine tretmana manje od mesec dana, sa procentima od 1,0% do 2,1,0%. Ukupan broj učesnika i učesnica u tabeli je 195, što ukazuje da za 2,5% (n=5) učesnika i učesnica u istraživanju nedostaje podatak o nivou mišljenja usmerenog na načine za postizanje ciljeva i/ili dužini tretmana.

Tabela br. 56. Distribucija frekvencija i procenata za dimenziju nade „Mišljenje usmereno na načine za postizanje ciljeva” i dužinu tretmana u uzorku

Nada: Mišljenje usmereno na načine za postizanje ciljeva		Dužina tretmana			
		Manje od mesec dana	1-6 meseci	6-12 meseci	Ukupno
Beznadežno	N	2	6	10	18
	% ukupno	1,0%	3,1,0%	5,1,0%	9,2,0%
Prisutna nada	N	4	20	52	76
	% ukupno	2,1%	10,3,0%	26,7%	39,0%
Umeren nivo	N	3	9	46	58
	% ukupno	1,5%	4,6,0%	23,6,0%	29,7%
Visok nivo	N	2	6	35	43
	% ukupno	1,0%	3,1%	17,9%	22,1%
Ukupno	N	11	41	143	195
	% ukupno	5,6%	21,0%	73,3%	100,0%

Rezultati upućuju da većina učesnika i učesnica ima razvijeno mišljenje usmereno na načine za postizanje ciljeva (prisutno, umereno ili visoko), sa relativno malom zastupljenošću beznadežnosti u ovom domenu. Distribucija nivoa mišljenja usmerenog na načine za postizanje ciljeva je slična u svim kategorijama dužine tretmana, sa konzistentno najvećom zastupljenošću u kategoriji šest do dvanaest meseci tretmana.

Prilikom analize distribucija nade i njenih dimenzija u odnosu na dužinu tretmana, primećujemo nekoliko ključnih trendova. Većina učesnika i učesnica pokazuje određeni nivo ukupne nade (prisutna, umerena ili visoka), sa relativno malom zastupljenošću beznadežnosti. Međutim, beznadežnost je nešto zastupljenija u domenu agensnosti nego u domenu ukupne nade i mišljenja usmerenog na načine za postizanje ciljeva.

Zastupljenost svih nivoa ukupne nade, agensnosti i mišljenja usmerenog na načine za postizanje ciljeva je konzistentno najveća u kategoriji najduže dužine tretmana (6-12 meseci), dok je distribucija nivoa ovih varijabli slična u svim kategorijama dužine tretmana. Ipak, beznadežnost i niži nivoi ukupne nade, agensnosti i mišljenja usmerenog na načine za postizanje ciljeva su prisutni u svim kategorijama dužine tretmana.

Veća zastupljenost viših nivoa ukupne nade, agensnosti i mišljenja usmerenog na načine za postizanje ciljeva u kategoriji najdužeg tretmana sugerise potencijalne pozitivne efekte dugotrajnijeg ostajanja u tretmanu na jačanje ovih resursa za oporavak.

**8.2.4.3.5. Karakteristike samoefikasnosti prevladavanja u odnosu na dužinu tretmana**

U odnosu na dužinu tretmana kao kontrolnu varijablu, posmatrali smo i distribuciju frekvencija i procenata za ukupni skor samoefikasnosti prevladavanja, za skor samoefikasnosti prevladavanja u situacijama koje uključuju unutrašnja stanja koja su visokorizična za recidiv, kao i za skor samoefikasnosti prevladavanja u visokorizičnim situacijama za recidiv koje uključuju druge ljude.

U Tabeli br. 57 prikazana je distribucija učesnika i učesnica istraživanja prema ukupnom skor na skali samoefikasnosti prevladavanja i dužini tretmana. Ubedljivo najveći procenat učesnika i učesnica (58,4%, n=108) postiže najviši skor 6 na skali samoefikasnosti prevladavanja, sa izrazito velikom zastupljenošću u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci (48,1%, n=89). Skor 4 je prisutan kod 12,4% (n=23) učesnika i učesnica, sa najvećom zastupljenošću u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci (8,6%, n=16). Skor 5 ima 10,8% (n=20) učesnika i učesnica, takođe sa najvećom zastupljenošću u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci (7,6%, n=14). Najniži skor 1 je zastupljen sa 9,7% (n=18) učesnika i učesnica, sa najvećom zastupljenošću u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci (6,5%, n=12). Skorovi 2 i 3 su podjednako zastupljeni, svaki sa po 4,3% (n=8) učesnika i učesnica. Kod oba skora, najveći procenat je u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci (2,7%, n=5). U svim kategorijama skora na skali samoefikasnosti prevladavanja, ubedljivo najveći procenat učesnika i učesnica se nalazi u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci. Za 7,5% (n=15) učesnika i učesnica nedostaje podatak o ukupnom skor na skali samoefikasnosti prevladavanja i/ili dužini tretmana.

Tabela br. 57. Distribucija frekvencija i procenata za ukupni skor samoefikasnosti prevladavanja i dužinu tretmana u uzorku

Samoefikasnost prevladavanja: Ukupno		Dužina tretmana			
		Manje od mesec dana	1-6 meseci	6-12 meseci	Ukupno
1	N	2	0	1	3
	% ukupno	1,0%	0,0%	0,5%	1,5%
2	N	0	3	4	7
	% ukupno	0,0%	1,5%	2,0%	3,5,0%
3	N	0	2	7	9
	% ukupno	0,0%	1,0%	3,5,0%	4,5%
4	N	1	5	17	23
	% ukupno	0,5%	2,5%	8,5%	11,6%
5	N	2	5	28	35
	% ukupno	1,0%	2,5%	14,1%	17,6%
6	N	6	27	89	122
	% ukupno	3,0%	13,6%	44,7%	61,3%

Ukupno	N	10	34	141	185
	% ukupno	5.4%	18.4%	76.2%	100.0%

Pomenuti rezultati ilustruju da većina učesnika i učesnica izveštava o visokom nivou samoeфикаsnosti prevladavanja (skor 6), sa znatno manjom zastupljenošću ostalih skorova. Distribucija skorova je slična u svim kategorijama dužine tretmana, sa konzistentno i ubedljivo najvećom zastupljenošću u kategoriji šest do dvanaest meseci tretmana. Ipak, prisutnost nižih skorova u svim kategorijama dužine tretmana sugeriše da određeni procenat učesnika i učesnica ima niži doživljaj samoeфикаsnosti prevladavanja bez obzira na dužinu tretmana.

Tabela br. 58 prikazuje distribuciju učesnika i učesnica istraživanja prema skor na dimenziji „Samoeфикаsnost prevladavanja u situacijama koje uključuju lična stanja visokorizična za recidiv” i dužini tretmana. Rezultati pokazuju da najveći procenat učesnika i učesnica (61,5%, n=115) postiže najviši skor 6 na dimenziji samoeфикаsnosti prevladavanja u domenu unutrašnjih stanja, sa izrazito velikom zastupljenošću u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci (51,3%, n=96). Skorovi 4 i 5 su podjednako zastupljeni, svaki sa po 9,6% (n=18) učesnika i učesnica. Kod oba skora, najveći procenat je u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci (6,4%, n=12 za skor 4; 4,8%, n=9 za skor 5). Skor 3 je prisutan kod 5,9% (n=11) učesnika i učesnica, sa najvećom zastupljenošću u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci (4,3%, n=8). Skor 2 ima 4,8% (n=9) učesnika i učesnica, sa najvećom zastupljenošću u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci (3,2%, n=6). Najniži skor 1 je zastupljen sa 8,6% (n=16) učesnika i učesnica, sa najvećom zastupljenošću u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci (5,3%, n=10). U svim kategorijama skora na dimenziji samoeфикаsnosti prevladavanja u domenu unutrašnjih stanja, ubedljivo najveći procenat učesnika i učesnica se nalazi u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci. Za 6,5% (n=13) učesnika i učesnica nedostaje podatak o skor na dimenziji samoeфикаsnosti prevladavanja u domenu unutrašnjih stanja i/ili dužini tretmana.

Tabela br. 58. Distribucija frekvencija i procenata za skor samoeфикаsnosti prevladavanja u situacijama koje uključuju unutrašnja stanja visokorizična za recidiv i dužinu tretmana u uzorku

Samoeфикаsnost prevladavanja: unutrašnja stanja		Dužina tretmana			
		Manje od mesec dana	1-6 meseci	6-12 meseci	Ukupno
1	N	1	5	10	16
	% ukupno	0,5%	2,7%	5,3%	8,6%
2	N	2	1	6	9
	% ukupno	1,1%	0,5%	3,2%	4,8%
3	N	0	3	8	11
	% ukupno	0,0%	1,6%	4,3%	5,9%
4	N	2	4	12	18
	% ukupno	1,1%	2,1%	6,4%	9,6%

## REZULTATI ISTRAŽIVANJA

5	N	2	7	9	18
	% ukupno	1,1%	3,7%	4,8%	9,6%
6	N	3	16	96	115
	% ukupno	1,6%	8,6%	51,3%	61,5%
Ukupno	N	10	34	141	185
	% ukupno	5.4%	18.4%	76.2%	100.0%

Rezultati na ovoj dimenziji samoefikasnosti prevladavanja i tipu tretmana nam govore da većina učesnika i učesnica izveštava o izrazito visokom nivou samoefikasnosti prevladavanja u domenu unutrašnjih stanja (skor 6), sa znatno manjom zastupljenošću ostalih skorova. Distribucija skorova je slična u svim kategorijama dužine tretmana, sa konzistentno ubedljivo najvećom zastupljenošću u kategoriji šest do dvanaest meseci tretmana. Ipak, prisutnost nižih skorova u svim kategorijama dužine tretmana sugerise da određeni procenat učesnika i učesnica ima niži doživljaj samoefikasnosti prevladavanja u domenu unutrašnjih stanja bez obzira na dužinu tretmana.

Tabela br. 59 prikazuje distribuciju učesnika i učesnica istraživanja prema skor na dimenziji „Samoefikasnosti prevladavanja u visokorizičnim situacijama za recidiv koje uključuju druge ljude” i dužini tretmana. Više od polovine uorka (55,9%, n=109) postiže najviši skor 6 na dimenziji samoefikasnosti u domenu odnosa sa drugim ljudima, sa izrazito velikom zastupljenošću u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci (46,7%, n=91). Skor 5 ima 12,8% (n=25) učesnika i učesnica, sa najvećom zastupljenošću u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci (10,3%, n=20). Skorovi 1 i 4 su podjednako zastupljeni, svaki sa po 8,7% (n=17) učesnika i učesnica. Kod oba skora, najveći procenat je u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci (5,6%, n=11 za skor 1; 6,2%, n=12 za skor 4). Skor 3 je prisutan kod 7,2% (n=14) učesnika i učesnica, sa relativno ravnomernom distribucijom u svim kategorijama dužine tretmana. Skor 2 ima 6,7% (n=13) učesnika i učesnica, sa najvećom zastupljenošću u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci (3,6%, n=7). U svim kategorijama skora na dimenziji samoefikasnosti u domenu odnosa sa drugim ljudima, ubedljivo najveći procenat učesnika i učesnica se nalazi u kategoriji dužine tretmana šest do dvanaest meseci. Za 2,5% (n=5) učesnika i učesnica nedostaje podatak o skor na dimenziji samoefikasnosti u domenu odnosa sa drugim ljudima i/ili dužini tretmana.

Tabela br. 59. Distribucija frekvencija i procenata za skor samoefikasnosti prevladavanja u visokorizičnim situacijama za recidiv koje uključuju druge ljude i dužinu tretmana u uzorku

Samoefikasnost prevladavanja: Drugi ljudi		Dužina tretmana			
		Manje od mesec dana	1-6 meseci	6-12 meseci	Ukupno
1	N	1	5	11	17
	% ukupno	0,5%	2,6%	5,6%	8,7%
2	N	1	5	7	13
	% ukupno	0,5%	2,6%	3,6%	6,7%

## REZULTATI ISTRAŽIVANJA

3	N	3	6	5	14
	% ukupno	1,5%	3,1%	2,6%	7,2%
4	N	1	4	12	17
	% ukupno	0,5%	2,1%	6,2%	8,7%
5	N	2	3	20	25
	% ukupno	1,0%	1,5%	10,3%	12,8%
6	N	3	15	91	109
	% ukupno	1,5%	7,7%	46,7%	55,9%
Ukupno	N	11	38	146	195
	% ukupno	5.6%	19.5%	74.9%	100.0%

Primećujemo da više od polovine učesnika i učesnica izveštava o izrazito visokom nivou samoeфикаsnosti u domenu odnosa sa drugim ljudima (skor 6), sa znatno manjom, ali relativno ravnomernom zastupljenošću ostalih skorova. Distribucija skorova je slična u svim kategorijama dužine tretmana, sa konzistentno ubedljivo najvećom zastupljenošću u kategoriji šest do dvanaest meseci tretmana. Ipak, kao i kod ukupne i samoeфикаsnosti prevladavanja u domenu unutrašnjih stanja, prisutnost nižih skorova u svim kategorijama dužine tretmana sugerise da određeni procenat učesnika i učesnica ima niži doživljaj samoeфикаsnosti u ovom domenu bez obzira na dužinu tretmana.

Nakon što smo analizirali odnos ukupne samoeфикаsnosti prevladavanja i njenih dimenzija (samoeфикаsnost u domenu unutrašnjih stanja i samoeфикаsnost u domenu odnosa sa drugim ljudima), uočavamo nekoliko trendova. Većina učesnika i učesnica izveštava o izrazito visokom nivou ukupne samoeфикаsnosti prevladavanja, kao i o visokom nivou samoeфикаsnosti u domenima unutrašnjih stanja i odnosa sa drugim ljudima, sa ubedljivo najvećom zastupljenošću najvišeg skora 6 u svim posmatranim varijablama. Ovaj trend je najizraženiji za ukupnu samoeфикаsnost prevladavanja (58,4%, n=108), a nešto manje izražen za samoeфикаsnost u domenu ličnih stanja (61,5%, n=115) i samoeфикаsnost u domenu odnosa sa drugim ljudima (55,9%, n=109).

Zastupljenost ostalih skorova na skalama ukupne samoeфикаsnosti prevladavanja i njenih dimenzija je znatno manja, ali relativno ravnomerna, sa izuzetkom nešto veće zastupljenosti skora 5 na dimenziji samoeфикаsnosti prevladavanja u oblasti situacija sa drugim ljudima (12,8%, n=25) u odnosu na ukupnu samoeфикаsnost prevladavanja (10,8%, n=20) i samoeфикаsnost u oblasti unutrašnjih stanja (9,6%, n=18).

Distribucija skorova na skalama ukupne samoeфикаsnosti prevladavanja i njenih dimenzija je slična u svim kategorijama dužine tretmana, sa konzistentno ubedljivo najvećom zastupljenošću u kategoriji najdužeg tretmana (šest do dvanaest meseci). Ova tendencija je najizraženija za ukupnu samoeфикаsnost prevladavanja, gde 48,1% (n=89) učesnika i učesnica u kategoriji tretmana od šest do dvanaest meseci postiže najviši skor 6.

Niži skorovi na skalama ukupne samoeфикаsnosti prevladavanja i njenih dimenzija su prisutni u svim kategorijama dužine tretmana, ali sa relativno malom zastupljenošću. Najniži skorovi 1 i 2 su najmanje zastupljeni, sa najvećom prevalencom za skor 1 na dimenziji samoeфикаsnosti prevladavanja situacija u oblasti odnosa sa drugim ljudima (8,7%, n=17).



### 8.3. Deskriptivna statistika za poduzorke prema tipu tretmana

U skladu sa postavljenim ciljevima istraživanja, ova studija se bavi naučnom deskripcijom, komparacijom i objašnjenjem karakteristika kapitala oporavka u domenima ličnog kapitala oporavka, socijalnog kapitala oporavka, nade i samoeфикаsnosti prevladavanja kod osoba u ranoj fazi oporavka od zavisnosti od droga u Republici Srbiji, sa posebnim fokusom na analizu razlika između poduzoraka prema tipu tretmana u koji su uključeni. Imajući u vidu da različiti tipovi tretmana mogu imati specifične efekte na proces oporavka i razvoj resursa za oporavak, od ključne je važnosti ispitati potencijalne razlike u karakteristikama kapitala oporavka između osoba uključenih u različite tretmanske modalitete. Istraživanje se stoga fokusira na komparaciju osoba u ranoj fazi oporavka na integrativnom programu tretmana zavisnosti i osoba u ranoj fazi oporavka na opioidnom supstitucionom programu tretmana zavisnost od droga, kao dva najzastupljenija tipa tretmana zavisnosti u Republici Srbiji.

Prema kriterijumu tipa tretmana na kojem se nalaze, ukupan uzorak od 200 učesnika i učesnica istraživanja je podeljen u dva poduzorka, koji čine po 50% (n=100) ukupnog uzorka. Ravnomerna distribucija ukupnog uzorka između integrativnog i supstitucionog tretmana omogućava adekvatnu komparaciju ova dva poduzorka (Tabela br. 60).

Tabela br. 60. Prikaz raspodele učesnika i učesnica istraživanja u poduzorcima prema kriterijumu tipa tretmana – integrativni tretman vs. opioidni supstiticioni tretman

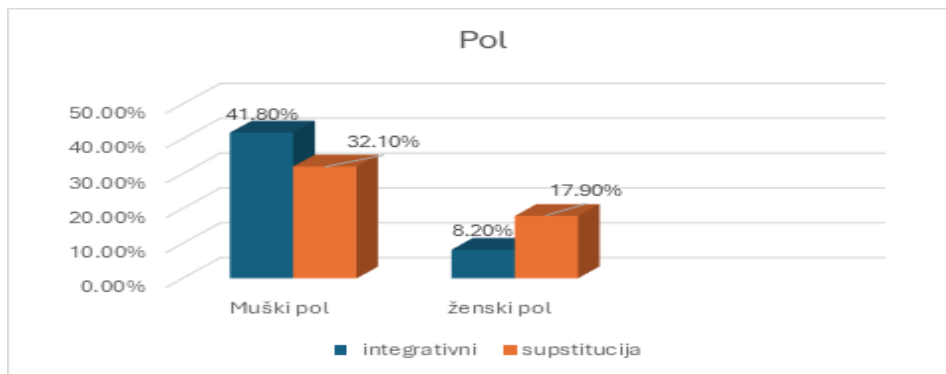
Tip tretmana	N	Procenat
Integrativni	100	50.0
Supstitucija	100	50.0
Ukupno	200	100.0

U odeljcima koji slede su prikazane sociodemografske, tretmanske i karakteristike kapitala oporavka, nade i samoeфикаsnosti prevladavanja u poduzorcima osoba na integrativnom i na opioidnom supstitucionom programu tretmana. Ova analiza pruža detaljan uvid u specifičnosti svakog poduzorka i omogućava njihovo poređenje u pogledu ključnih varijabli od interesa.

#### 8.3.1. Sociodemografske karakteristike u poduzorcima

##### *Pol*

Distribucija učesnika i učesnica istraživanja prema polu i tipu tretmana (integrativni vs. opioidni supstiticioni) ilustrovana je na Grafikonu br. 14. U poduzorku osoba na integrativnom tretmanu, zastupljenost muškog pola je 82%, a ženskog pola 16%. Nasuprot tome, u poduzorku osoba na supstitucionom tretmanu, zastupljenost muškog pola je 63%, a ženskog pola 35%.

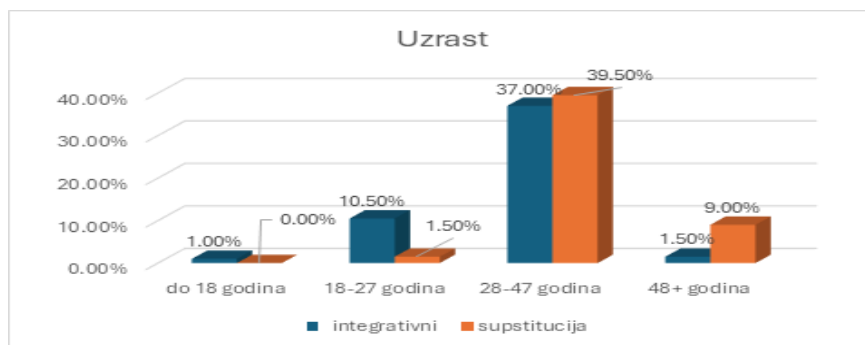


Grafikon br. 14. Distribucija poduzoraka prema polu u odnosu na ukupan uzorak (u procentima)

U oba poduzorka je zastupljeniji muški pol, ali je ova razlika izraženija u poduzorku osoba na integrativnom tretmanu (41,8% muškaraca naspram 8,2% žena) u poređenju sa poduzorkom osoba na supstitucionom tretmanu (32,1% muškaraca naspram 17,9% žena). Žene čine približno jednu četvrtinu ukupnog uzorka (26%), ali je njihova zastupljenost veća u poduzorku osoba na supstitucionom tretmanu (17,9%) nego u poduzorku osoba na integrativnom tretmanu (8,2%).

### *Uzrast*

Na Grafikonu br. 15 je data raspodela učesnika i učesnica istraživanja prema uzrasnim kategorijama i tipu tretmana. U poduzorku osoba na integrativnom tretmanu, najveća je zastupljenost uzrasne kategorije 28-47 godina (74%), zatim sledi kategorija 18-27 godina (21%), dok su kategorije do 18 godina (2%) i 48+ godina (3%) znatno manje zastupljene. U poduzorku osoba na supstitucionom tretmanu, takođe je najveća zastupljenost uzrasne kategorije 28-47 godina (79%), zatim sledi kategorija 48+ godina (18%), dok je kategorija 18-27 godina (3%) najmanje zastupljena. U ovom poduzorku nema osoba mlađih od 18 godina.



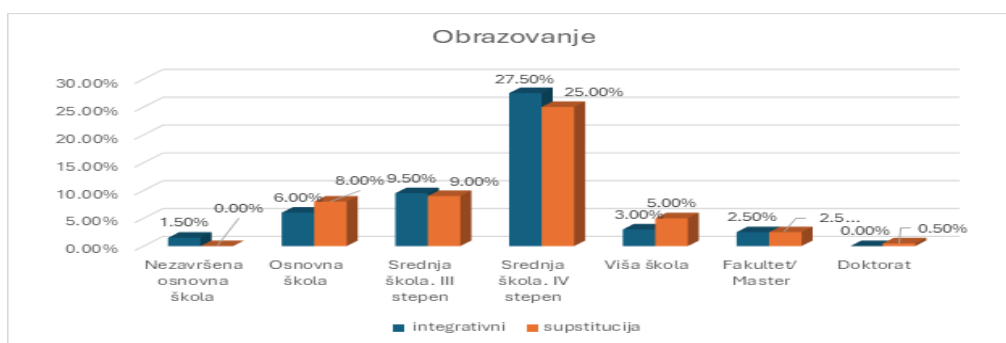
Grafikon br. 15. Distribucija poduzoraka prema uzrasnim kategorijama u odnosu na ukupan uzorak (u procentima)

Primećujemo da je u oba poduzorka najzastupljenija uzrasna kategorija 28-47 godina, što sugerise da se najveći deo osoba uključenih u tretman zavisnosti od droga nalazi u odraslom dobu. Osobe mlađe od 18 godina su zastupljene samo u poduzorku na integrativnom tretmanu, ali u veoma malom procentu (2,0%), dok u poduzorku na supstitucionom tretmanu nema maloletnih osoba. Osobe starije od 48 godina su zastupljenije u poduzorku na supstitucionom tretmanu (18%) nego u poduzorku na integrativnom tretmanu (3%), što upućuje da postoje određene razlike u uzrasnoj strukturi između različitih tipova tretmana. Ove razlike mogu odražavati specifične karakteristike i potrebe različitih podgrupa osoba koje se oporavljaju od zavisnosti od droga, kao i

potencijalne razlike u dostupnosti i prijemčivosti različitih tipova tretmana za različite uzrasne grupe.

### **Obrazovanje**

Kada posmatramo distribuciju poduzoraka prema stepenu obrazovanja (Grafikon br. 16), uviđamo da je u poduzorku osoba na integrativnom tretmanu najveća zastupljenost osoba sa završenom srednjom školom IV stepena (55%), zatim sledi srednja škola III stepena (19%), osnovna škola (12%), viša škola (6%), fakultet/master (5%) i nezavršena osnovna škola (3%). U ovom poduzorku nema osoba sa doktoratom. Slično, u poduzorku osoba na supstitucionom tretmanu najveća je zastupljenost osoba sa završenom srednjom školom IV stepena (50%), zatim sledi srednja škola III stepena (18%), osnovna škola (16%), viša škola (10%) i fakultet/master (5%). Ono što je različito jeste da je u ovom poduzorku prisutan i jedan učesnik ili učesnica sa doktoratom, a nema osoba sa nezavršenom osnovnom školom.

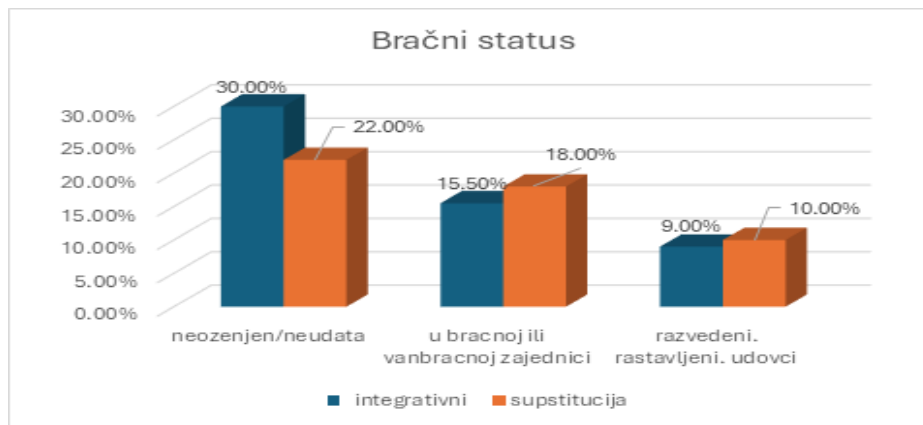


Grafikon br. 16. Distribucija poduzoraka prema stepenu obrazovanja u odnosu na ukupan uzorak (u procentima)

Ovakvi rezultati govore u prilog tome da su osobe sa srednjim nivoom obrazovanja najzastupljenije u oba poduzorka, uz nešto veću zastupljenost osoba sa višim nivoima obrazovanja (viša škola, fakultet/master, doktorat) u poduzorku na supstitucionom tretmanu nego u poduzorku na integrativnom tretmanu (ukupno 16,0% nasuprot 11%), ali ove razlike nisu izražene.

### **Bračni status**

U pogledu bračnog statusa (Grafikon br. 17), u poduzorku osoba na integrativnom tretmanu, većina učesnika i učesnica je neoženjeno/neudato (60%), zatim slede osobe u bračnoj ili vanbračnoj zajednici (31%) i razvedeni, rastavljeni ili udovci/udovice (9%). U poduzorku osoba na supstitucionom tretmanu, takođe je najveća zastupljenost neoženjenih/neudatih osoba (44%), zatim slede osobe u bračnoj ili vanbračnoj zajednici (36%) i razvedeni, rastavljeni ili udovci/udovice (20%).

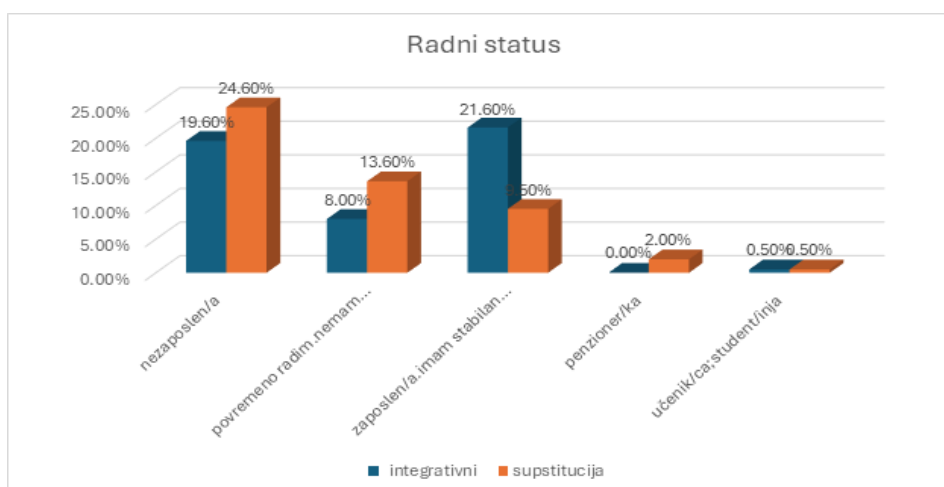


Grafikon br. 17. Distribucija poduzoraka prema bračnom statusu u odnosu na ukupan uzorak (u procentima)

Prikazani obrasci raspodele ilustruju da je u oba poduzorka najzastupljenija kategorija neoženjenih/neudatih osoba, što sugerira da većina osoba uključenih u tretman zavisnosti od droga koja je obuhvaćena istraživanjem nije u braku ili partnerskoj zajednici. Osobe u bračnoj ili vanbračnoj zajednici su nešto zastupljenije u poduzorku na supstitucionom tretmanu (36%) nego u poduzorku na integrativnom tretmanu (31%), ali ove razlike nisu izražene. Istovremeno, osobe koje su razvedene, rastavljene ili udovci/udovice su zastupljenije u poduzorku na supstitucionom tretmanu (18%) nego u poduzorku na integrativnom tretmanu (8%).

### ***Radni status***

Kada je u pitanju radni status, Grafikon br. 18 pokazuje da je u poduzorku osoba na integrativnom tretmanu najveći procenat učesnika i učesnica zaposlen i ima stabilan posao (43%), zatim slede nezaposleni (39%), osobe koje povremeno rade bez stabilnog zaposlenja (16%) i učenici/studenti (1%). U ovom poduzorku nema penzionera. Nasuprot tome, u poduzorku osoba na supstitucionom tretmanu, najveći procenat učesnika i učesnica je nezaposlen (49%), zatim slede osobe koje povremeno rade bez stabilnog zaposlenja (27%), osobe sa stabilnim poslom (19%), penzioneri (4%) i učenici/studenti (1%).



Grafikon br. 18. Distribucija poduzoraka prema radnom statusu u odnosu na ukupan uzorak (u procentima)

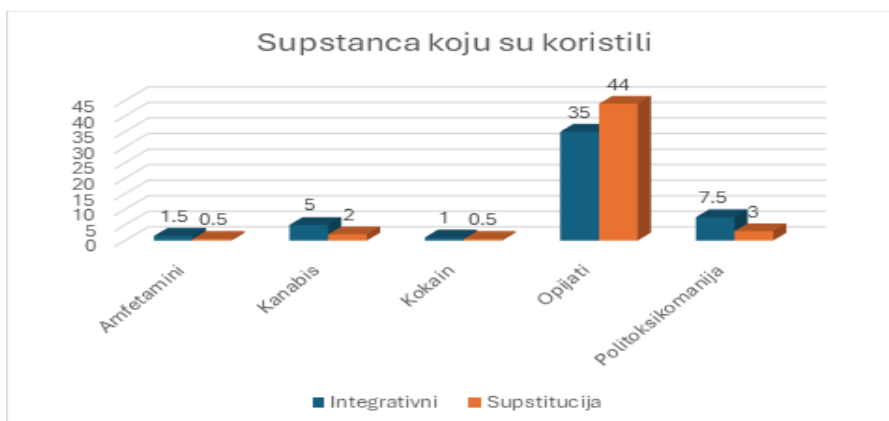
Možemo da primetimo da je oba poduzorka visok procenat nezaposlenih osoba, ali je ova zastupljenost nešto veća u poduzorku na supstitucionom tretmanu (49,0%) nego u poduzorku na integrativnom tretmanu (39,0%). Osobe sa stabilnim zaposlenjem su zastupljenije u poduzorku na integrativnom tretmanu (43,0%) nego u poduzorku na supstitucionom tretmanu (19,0%), što može ukazivati na bolje radne ishode osoba uključenih u integrativni tretman. Osobe koje povremeno rade bez stabilnog zaposlenja su zastupljenije u poduzorku na supstitucionom tretmanu (27,0%) nego u poduzorku na integrativnom tretmanu (16,0%).

Sumirajući rezultate analize sociodemografskih karakteristika učesnika i učesnica istraživanja prema tipu tretmana, uočavamo nekoliko ključnih trendova i razlika između poduzoraka na integrativnom i opioidnom supstitucionom tretmanu. U oba poduzorka dominira muški pol, ali je zastupljenost žena nešto veća u supstitucionom nego u integrativnom tretmanu. Uzrasna struktura je slična u oba poduzorka, sa najvećom zastupljenošću osoba između 28 i 47 godina, uz nešto veću zastupljenost starijih od 48 godina na supstitucionom tretmanu. Većina učesnika i učesnica u oba poduzorka ima srednji nivo obrazovanja, sa blagom tendencijom ka višim nivoima obrazovanja u supstitucionom tretmanu. U pogledu bračnog statusa, u oba poduzorka preovlađuju neoženjene/neudate osobe, uz nešto veću zastupljenost razvedenih, rastavljenih ili udovaca/udovica u supstitucionom tretmanu. Konačno, radni status se razlikuje između poduzoraka, sa većom zastupljenošću stabilnog zaposlenja u integrativnom tretmanu i većom zastupljenošću nezaposlenosti i povremenog rada u supstitucionom tretmanu. Dalje statističke analize će pokazati da li su ove razlike značajne.

### 8.3.2. Tretmanske karakteristike u poduzorcima

#### *Tip zavisnosti u odnosu na psihoaktivnu supstancu*

Grafikon br. 19 prikazuje distribuciju učesnika i učesnica istraživanja prema vrsti supstance koju su primarno koristili i tipu tretmana (integrativni ili supstituciono). Najveći procenat učesnika i učesnica u ukupnom uzorku je koristio opioide (79%, n=158), sa većom zastupljenošću u poduzorku na supstitucionom tretmanu (88%) nego u poduzorku na integrativnom tretmanu (70%). Slede osobe sa politoksikomanijom (10,5%, n=21), koje su zastupljenije u poduzorku na integrativnom tretmanu (15%) nego u poduzorku na supstitucionom tretmanu (6%). Kanabinoidi su treća najčešće korišćena supstanca (14%), sa većom zastupljenošću u poduzorku na integrativnom tretmanu (10%) nego u poduzorku na supstitucionom tretmanu (4%).

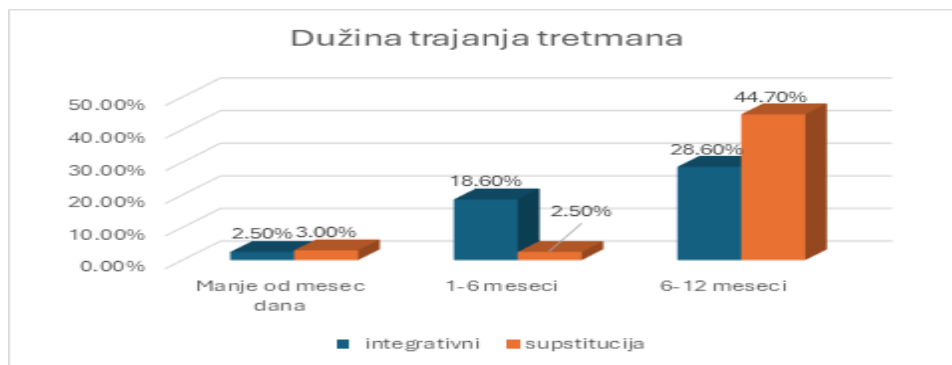


Grafikon br. 19. Distribucija poduzoraka prema tipu zavisnosti u odnosu na ukupan uzorak (u procentima)

Ovi nalazi sugerišu da postoje određene razlike u obrascima upotrebe PAS između osoba uključenih u različite tipove tretmana. Opioidi su dominantna supstanca od koje su zavisne osobe uključene u oba tipa tretmana, ali je njihova zastupljenost nešto veća u poduzorku na supstitucionom tretmanu. Osobe sa politoksikomanijom i osobe koje koriste kanabinoide su zastupljenije u poduzorku na integrativnom nego u poduzorku na supstitucionom tretmanu. Upotreba amfetamina i kokaina je generalno niska u oba poduzorka, sa blagom tendencijom ka većoj zastupljenosti u poduzorku na integrativnom tretmanu.

### ***Dužina tretmana***

Iz podataka prikazanih na Grafikonu br. 20 se može videti da je većina učesnika i učesnica u oba poduzorka na tretmanu između šest i dvanaest meseci, s tim što je taj procenat znatno veći u poduzorku na supstitucionom tretmanu (89%) u odnosu na integrativni tretman (57%). Sa druge strane, učesnici i učesnice istraživanja koji su na tretmanu između jednog i šest meseci su zastupljeniji u poduzorku na integrativnom tretmanu (37%) u poređenju sa supstitucionim tretmanom (5%). Najmanje je učesnika i učesnica koji su na tretmanu kraće od mesec dana, sa sličnom zastupljenošću u oba poduzorka na integrativnom (5%) i na supstitucionom tretmanu (6%).

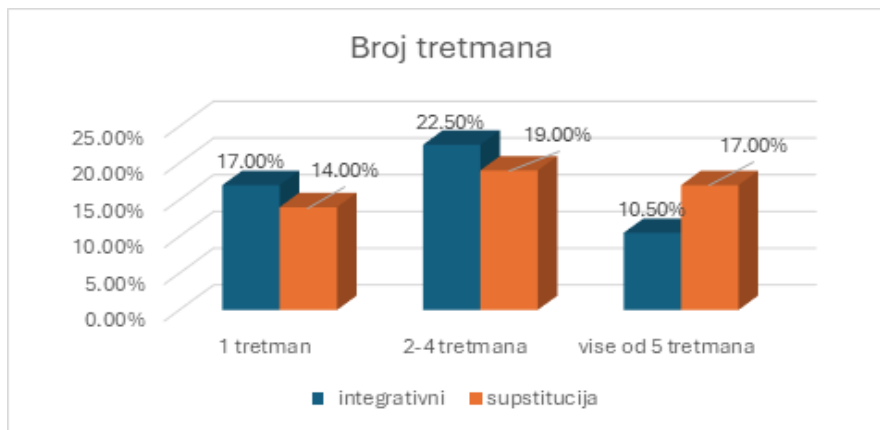


Grafikon br. 20. Distribucija poduzoraka prema dužini tretmana u odnosu na ukupan uzorak (u procentima)

Ovi rezultati ukazuju na postojanje izraženih razlika kada je u pitanju dužina tretmana, ali i moguće postojanje razlika u obrascima zadržavanja u tretmanu između poduzoraka na integrativnom i supstitucionom tretmanu. Dalje statističke analize će pokazati da li su ove razlike značajne.

### ***Broj tretmana***

Grafikon br. 21 ilustruje distribuciju učesnika i učesnica istraživanja prema broju prethodnih tretmana i tipu aktuelnog tretmana (integrativni ili supstitucionim). Uočavamo da je u poduzorku na integrativnom tretmanu, najveći procenat učesnika i učesnica imao dva do četiri prethodna tretmana (45%), zatim slede osobe sa jednim prethodnim tretmanom (34%) i osobe sa više od pet prethodnih tretmana (21%). U poduzorku na supstitucionom tretmanu, najveći procenat učesnika i učesnica je takođe imao dva do četiri prethodna tretmana (38%), zatim slede osobe sa više od pet prethodnih tretmana (34%) i osobe sa jednim prethodnim tretmanom (28%).

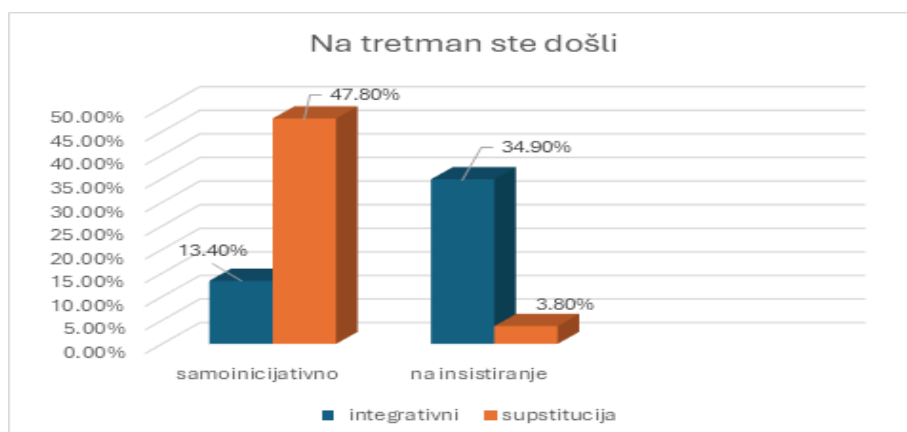


Grafikon br. 21. Distribucija poduzoraka prema broju tretmana u odnosu na ukupan uzorak (u procentima)

Dati podaci ukazuju na nekoliko trendova. U oba poduzorka najveći procenat učesnika i učesnica ima istoriju višestrukih prethodnih tretmana, sa dominantnom zastupljenošću kategorije dva do četiri prethodna tretmana. Osobe sa više od pet prethodnih tretmana su zastupljenije u poduzorku na supstitucionom tretmanu nego u poduzorku na integrativnom tretmanu, dok su osobe sa jednim prethodnim tretmanom nešto zastupljenije u poduzorku na integrativnom tretmanu nego u poduzorku na supstitucionom tretmanu. Dalje statističke analize će pokazati da li su ove razlike značajne.

### Inicijativa za započinjanje aktuelnog tretmana

Raspodela učesnika i učesnica istraživanja prema inicijativi za započinjanje aktuelnog tretmana u poduzorcima na integrativnom i opioidnom supstitucionom tretmanu (Grafikon br. 22) pokazuje da je u poduzorku na integrativnom tretmanu većina učesnika i učesnica došla na tretman na insistiranje drugih (65%), dok je manji procenat došao samoinicijativno (25%). Nasuprot tome, u poduzorku na supstitucionom tretmanu, većina učesnika i učesnica je došla na tretman samoinicijativno (89%), dok je mali procenat došao na insistiranje drugih (7%).



Grafikon br. 22. Distribucija poduzoraka prema inicijativi za započinjanje tretmana u odnosu na ukupan uzorak (u procentima)

Na osnovu prikazanih rezultata analize tretmanskih karakteristika učesnika i učesnica istraživanja prema tipu tretmana, uočavamo nekoliko ključnih trendova i razlika između poduzoraka na integrativnom i opioidnom supstitucionom tretmanu. U pogledu vrste supstance koju koriste,

opioidi su dominantni u oba poduzorka, ali sa nešto većom zastupljenošću u supstitucionom tretmanu. Osobe sa politoksikomanijom i osobe zavisne od kanabinoida su zastupljenije na integrativnom tretmanu, dok su razlike u upotrebi amfetamina i kokaina manje izražene. Dužina tretmana se značajno razlikuje između poduzoraka, sa većinom osoba na supstitucionom tretmanu uključenom šest do dvanaest meseci, dok je na integrativnom tretmanu značajan procenat osoba uključen jedan do šest meseci. U pogledu broja prethodnih tretmana, većina osoba u oba poduzorka ima istoriju višestrukih pokušaja lečenja, sa dominantnom zastupljenošću kategorije dva do četiri prethodna tretmana. Osobe sa više od pet prethodnih tretmana su zastupljenije na supstitucionom tretmanu. Konačno, inicijativa za započinjanje aktuelnog tretmana se izraženo razlikuje između poduzoraka, sa većinom osoba na integrativnom tretmanu koje dolaze na insistiranje drugih, dok velika većina osoba na supstitucionom tretmanu dolazi samoinicijativno. Dalje statističke analize će pokazati da li su ove razlike značajne.

### 8.3.3. Karakteristike varijabli kapitala oporavka, nade i samoeфикаsnosti prevladavanja u poduzorcima

U ovom odeljku su prikazani rezultati deskriptivne statistike o zastupljenosti kategorija ukupnog, ličnog i socijalnog kapitala oporavka, ukupne nade i njenih dimenzija (agensnost i mišljenje usmereno na načine za ostvarenje ciljeva), kao i ukupne samoeфикаsnosti prevladavanja i njenih dimenzija (samoeфикаsnost u situacijama koje uključuju unutrašnja stanja i samoeфикаsnost u situacijama koje uključuju druge ljude) u poduzorcima učesnika i učesnica istraživanja na integrativnom i opioidnom supstitucionom tretmanu. Ovi nalazi predstavljaju prvi korak u razumevanju potencijalnih efekata različitih tipova tretmana na razvoj resursa za oporavak i mogu ukazati na specifične prednosti i nedostatke svakog tretmanskog modaliteta u pogledu jačanja kapitala oporavka, te pružiti smernice za unapređenje tretmanskih pristupa.

#### 8.3.3.1. Karakteristike kapitala oporavka u poduzorcima

Zastupljenost kategorija ukupnog kapitala oporavka među učesnicima i učesnicama istraživanja na integrativnom i supstitucionom tretmanu prikazana je u Tabeli br. 61 i na Grafikonu br. 23. Kao što se može videti iz tabele, u oba poduzorka je visok nivo ukupnog kapitala oporavka najzastupljenija kategorija, a zatim umereni nivo ukupnog kapitala oporavka.

Tabela br. 61. Zastupljenost kategorija ukupnog kapitala oporavka u poduzorcima

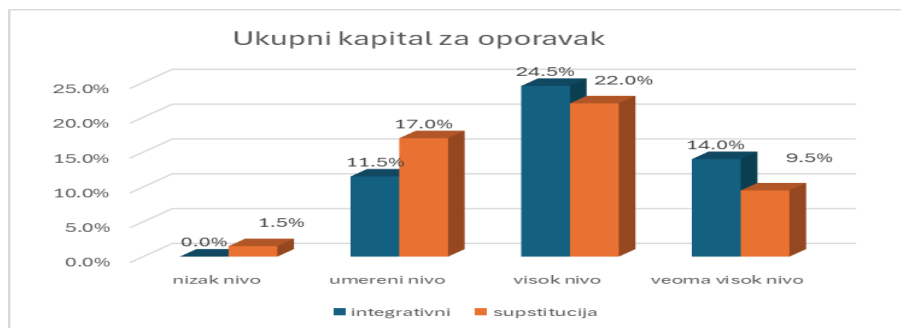
Ukupni kapital oporavka		Tip tretmana		
		Integrativni	Supstitucija	Ukupno
Nizak nivo	N	0	3	3
	% ukupno	0,0%	1,5%	1,5%
Umereni nivo	N	23	34	57
	% ukupno	11,5%	17,0%	28,5%
Visok nivo	N	49	44	93
	% ukupno	24,5%	22,0%	46,5%



REZULTATI ISTRAŽIVANJA

	N	28	19	47
Veoma visok nivo	% ukupno	14,0%	9,5%	23,5%
	N	100	100	200
Ukupno	% ukupno	50%	50%	100%

Grafikon br. 23 jasno ilustruje razlike između poduzoraka u pogledu zastupljenosti kategorija ukupnog kapitala oporavka. Uočava se da je veoma visok nivo ukupnog kapitala oporavka zastupljeniji među učesnicima i učesnicama na integrativnom tretmanu (n=28) u poređenju sa onima na supstitucionom tretmanu (n=19). S druge strane, nizak nivo ukupnog kapitala oporavka je prisutan samo u poduzorku na supstitucionom tretmanu (n=3), dok u poduzorku na integrativnom tretmanu nema učesnika i učesnica u ovoj kategoriji.



Grafikon br. 23. Distribucija kategorija ukupnog kapitala oporavka u poduzorcima u odnosu na ukupan uzorak (u procentima)

Rezultati ukazuju na to da, iako je visok nivo ukupnog kapitala oporavka najzastupljenija kategorija u oba poduzorka, postoje određene razlike između učesnika i učesnica na integrativnom i supstitucionom tretmanu. Veća zastupljenost veoma visokog nivoa ukupnog kapitala oporavka među učesnicima i učesnicama na integrativnom tretmanu sugerise da ovaj tip tretmana može biti povezan sa nešto višim nivoima ukupnog kapitala oporavka. Dalje statističke analize će pokazati da li su ove razlike značajne. Prisustvo umerenog i visokog nivoa ukupnog kapitala oporavka kao dominantnih kategorija u oba poduzorka ukazuje na to da oba tipa tretmana mogu podržati razvoj značajnih resursa za oporavak.

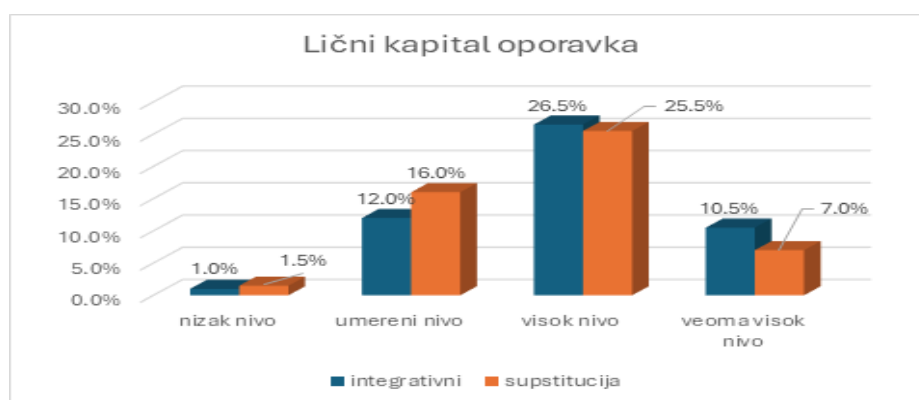
### 8.3.3.2. Karakteristike ličnog kapitala oporavka u poduzorcima

Zastupljenost kategorija ličnog kapitala oporavka među učesnicima i učesnicama istraživanja na integrativnom i supstitucionom tretmanu prikazana je u Tabeli br. 62 i na Grafikonu br. 24. Kako tabela ilustruje, u oba poduzorka je visok nivo ličnog kapitala oporavka najzastupljenija kategorija, a zatim umereni nivo ličnog kapitala oporavka.

Tabela br. 62. Zastupljenost kategorija ličnog kapitala oporavka u poduzorcima

Kapital oporavka: lični kapital		Tip tretmana		
		Integrativni	Supstitucija	Ukupno
Nizak nivo	N	2	3	5
	% ukupno	1,0%	1,5%	2,5%
Umereni nivo	N	24	32	56
	% ukupno	12,0%	16,0%	28,0%
Visok nivo	N	53	51	104
	% ukupno	26,5%	25,5%	52,0%
Veoma visok nivo	N	21	14	35
	% ukupno	10,5%	7,0%	17,5%
Ukupno	N	100	100	200
	% ukupno	50%	50%	100%

Grafikon br. 24 jasno ukazuje na sličnosti i razlike između poduzoraka u pogledu zastupljenosti kategorija ličnog kapitala oporavka. Uočava se da je veoma visok nivo ličnog kapitala oporavka nešto zastupljeniji među učesnicima i učesnicama na integrativnom tretmanu ( $n=21$ ) u poređenju sa onima na supstitucionom tretmanu ( $n=14$ ). S druge strane, nizak nivo ličnog kapitala oporavka je najmanje zastupljen u oba poduzorka, sa 2 učesnika i učesnica na integrativnom i 3 na supstitucionom tretmanu.



Grafikon br. 24. Distribucija kategorija ličnog kapitala oporavka u poduzorcima u odnosu na ukupan uzorak (u procentima)

Možemo primetiti to da, iako je visok nivo ličnog kapitala oporavka dominantna kategorija u oba poduzorka, postoje izvesne razlike između učesnika i učesnica na integrativnom i supstitucionom tretmanu. Nešto veća zastupljenost veoma visokog nivoa ličnog kapitala oporavka među učesnicima i učesnicama na integrativnom tretmanu sugerise da bi ovaj tip tretmana mogao biti povezan sa nešto višim nivoima ličnih resursa za oporavak. Ipak, generalno visoko prisustvo umerenog i visokog nivoa ličnog kapitala oporavka u oba poduzorka ukazuje na to da oba tipa tretmana mogu podržati razvoj značajnih ličnih kapaciteta za oporavak.

Kako bismo bolje razumeli uočene sličnosti i razlike između poduzoraka u pogledu zastupljenosti kategorija ličnog kapitala oporavka, posebno smo posmatrali zastupljenost i distribuciju kategorija ličnog kapitala oporavka prema njegovih pet dimenzija: „Globalno psihičko zdravlje”, „Globalno fizičko zdravlje”, „Upravljanje rizicima”, „Prevladavanje teškoća i životno funkcionisanje” i „Iskustvo oporavka”.

Raspodela učesnika i učesnica istraživanja prema skor na dimenziji „Psihičko zdravlje” kapitala oporavka i tipu tretmana (integrativni ili supstitucionni) prikazana je u Tabeli br. 63. Pomenuti rezultati ukazuju da većina učesnika i učesnica u oba poduzorka postiže visoke skorove (4 i 5) na dimenziji „Globalno psihičko zdravlje”, sugerišući generalno dobro psihičko zdravlje u ispitivanom uzorku. Učesnici i učesnice na integrativnom tretmanu češće postižu najviši skor 5 u odnosu na one na supstitucionom tretmanu. Niži skorovi (0-2) su manje zastupljeni u oba poduzorka, ali sa nešto većom prevalencom u poduzorku na integrativnom tretmanu, sugerišući da određeni procenat učesnika i učesnica ima izazove u domenu psihičkog zdravlja bez obzira na tip tretmana.

Tabela br. 63. Zastupljenost nivoa „Globalnog psihičkog zdravlja” kao dimenzije ličnog kapitala oporavka u poduzorcima

Kapital oporavka: Globalno psihičko zdravlje		Tip tretmana		
		Integrativni	Supstitucija	Ukupno
0	N	0	1	1
	% ukupno	0.0%	0.5%	0.5%
1	N	6	3	9
	% ukupno	3.0%	1.5%	4.5%
2	N	10	8	18
	% ukupno	5.0%	4.0%	9.0%
3	N	13	28	41
	% ukupno	6.5%	14.0%	20.5%
4	N	23	28	51
	% ukupno	11.5%	14.0%	25.5%
5	N	48	32	80
	% ukupno	24.0%	16.0%	40.0%
Ukupno	N	100	100	200
	% ukupno	50%	50%	100%

Podaci o zastupljenosti različitih nivoa „Globalnog fizičkog zdravlja” kao dimenzije ličnog kapitala oporavka među učesnicima i učesnicama istraživanja na integrativnom i supstitucionom tretmanu dati su u Tabeli br. 64. Niži nivoi globalnog fizičkog zdravlja (skorovi 2, 1 i 0) su

generalno manje zastupljeni u oba poduzorka, ali sa nešto većom prevalencom u poduzorku na supstitucionom tretmanu. Ukupno gledano, viši nivoi opšteg fizičkog zdravlja (skorovi 4 i 5) su zastupljeniji među učesnicima i učesnicama na integrativnom tretmanu (79%) u poređenju sa supstitucionim tretmanom (55%).

Tabela br. 64. Zastupljenost nivoa „Globalnog fizičkog zdravlja” kao dimenzije ličnog kapitala oporavka u poduzorcima

Kapital oporavka: Globalno fizičko zdravlje		Tip tretmana		
		Integrativni	Supstitucija	Ukupno
0	N	3	3	6
	% ukupno	1,5%	1,5%	3,0%
1	N	2	10	12
	% ukupno	1,0%	5,0%	6,0%
2	N	12	15	27
	% ukupno	6,0%	7,5%	13,5%
3	N	4	17	21
	% ukupno	2,0%	8,5%	10,5%
4	N	33	23	56
	% ukupno	16,5%	11,5%	28,0%
5	N	46	32	78
	% ukupno	23,0%	16,0%	39,0%
Ukupno	N	100	100	200
	% ukupno	50%	50%	100%

Ovakvi rezultati sugerišu da učesnici i učesnice na integrativnom tretmanu generalno izveštavaju o boljem fizičkom zdravlju kao aspektu ličnog kapitala oporavka u poređenju sa onima na supstitucionom tretmanu. Ove razlike mogu ukazivati na potencijalne razlike u karakteristikama populacija koje se opredeljuju za različite tipove tretmana, ali i na moguće efekte samih tretmana na fizičko zdravlje.

Kada je u pitanju zastupljenost različitih nivoa „Upravljanja rizicima” kao dimenzije ličnog kapitala oporavka među učesnicima i učesnicama istraživanja na integrativnom i supstitucionom tretmanu, rezultati pokazuju (Tabela br. 65) da su, ukupno gledano, viši nivoi upravljanja rizicima (skorovi 4 i 5) su nešto zastupljeniji među učesnicima i učesnicama na integrativnom tretmanu (62%) u poređenju sa supstitucionim tretmanom (57%).

Tabela br. 65. Zastupljenost nivoa „Upravljanja rizicima” kao dimenzije ličnog kapitala oporavka u poduzorcima

Kapital oporavka: Upravljanje rizicima		Tip tretmana		
		Integrativni	Supstitucija	Ukupno
0	N	0	0	0
	% ukupno	0,0%	0,0%	0,0%
1	N	4	1	5
	% ukupno	2,0%	0,5%	2,5%
2	N	8	15	23
	% ukupno	4,0%	7,5%	11,5%
3	N	26	27	53
	% ukupno	13,0%	13,5%	26,5%
4	N	28	36	64
	% ukupno	14,0%	18,0%	32,0%
5	N	34	21	55
	% ukupno	17,0%	10,5%	27,5%
Ukupno	N	100	100	200
	% ukupno	50%	50%	100%

Iako postoje izvesne razlike, učesnici i učesnice na oba tipa tretmana generalno izveštavaju o relativno visokim nivoima upravljanja rizicima kao aspektu ličnog kapitala oporavka. Nešto veća zastupljenost najvišeg nivoa (skor 5) među učesnicima i učesnicama na integrativnom tretmanu može ukazivati na potencijalne razlike u karakteristikama populacija koje se opredeljuju za različite tipove tretmana ili na efekte samih tretmana na sposobnost upravljanja rizicima.

Tabela br. 66 prikazuje zastupljenost različitih nivoa „Prevladavanja teškoća i životnog funkcionisanja” kao dimenzije ličnog kapitala oporavka među učesnicima i učesnicama istraživanja na integrativnom i supstitucionom tretmanu. Ukupno gledano, viši nivoi prevladavanja teškoća i životnog funkcionisanja (skorovi 4 i 5) su slično zastupljeni među učesnicima i učesnicama na supstitucionom tretmanu u poređenju sa integrativnim tretmanom.

Tabela br. 66. Zastupljenost nivoa „Prevladavanja teškoća i životnog funkcionisanja” kao dimenzije ličnog kapitala oporavka u poduzorcima

Kapital oporavka: Prevladavanje teškoća i životno funkcionisanje		Tip tretmana		
		Integrativni	Supstitucija	Ukupno
0	N	1	2	3
	% ukupno	0,5%	1,0%	1,5%
1	N	8	1	9
	% ukupno	4,0%	0,5%	4,5%
2	N	11	14	25
	% ukupno	5,5%	7,0%	12,5%
3	N	20	21	41
	% ukupno	10,0%	10,5%	20,5%
4	N	21	33	54
	% ukupno	10,5%	16,5%	27,0%
5	N	39	29	68
	% ukupno	19,5%	14,5%	34,0%
Ukupno	N	100	100	200
	% ukupno	50%	50%	100%

U pogledu zastupljenosti različitih nivoa „Iskustva oporavka” kao dimenzije ličnog kapitala oporavka među učesnicima i učesnicama istraživanja na integrativnom i supstitucionom tretmanu, rezultati (Tabela br. 67) pokazuju da generalno posmatrano, viši nivoi iskustva oporavka (skorovi 4 i 5) su zastupljeniji među učesnicima i učesnicama na integrativnom tretmanu (90%) u poređenju sa supstitucionim tretmanom (78%).

Tabela br. 67. Zastupljenost nivoa „Iskustva oporavka” kao dimenzije ličnog kapitala oporavka u poduzorcima

Kapital oporavka: iskustvo oporavka		Tip tretmana		
		Integrativni	Supstitucija	Ukupno
0	N	1	0	1
	% ukupno	0,5%	0,0%	0,5%
1	N	1	4	5
	% ukupno	0,5%	2,0%	2,5%
2	N	0	9	9

REZULTATI ISTRAŽIVANJA

	% ukupno	0,0%	4,5%	4,5%
3	N	8	9	17
	% ukupno	4,0%	4,5%	8,5%
4	N	27	20	47
	% ukupno	13,5%	10,0%	23,5%
5	N	63	58	121
	% ukupno	31,5%	29,0%	60,5%
Ukupno	N	100	100	200
	% ukupno	50,0%	50,0%	100,0%

Primećujemo da učesnici i učesnice na oba tipa tretmana generalno izveštavaju o visokim nivoima pozitivnog iskustva oporavka kao aspektu ličnog kapitala oporavka. Ipak, nešto veća zastupljenost viših nivoa (skorovi 4 i 5) među učesnicima i učesnicama na integrativnom tretmanu, kao i prisustvo nižih skorova (2 i 1) u poduzorku na supstitucionom tretmanu, ukazuju na potencijalne razlike u karakteristikama ovih populacija ili na efekte samih tretmana na doživljaj iskustva oporavka.

Kada objedinjeno posmatramo zastupljenost različitih nivoa ličnog kapitala oporavka i njegovih dimenzija („Globalno psihičko zdravlje”, „Globalno fizičko zdravlje”, „Upravljanje rizicima”, „Prevladavanje teškoća i životno funkcionisanje” i „Iskustvo oporavka”) u poduzorcima, rezultati ukazuju na konzistentnu tendenciju ka većoj zastupljenosti viših nivoa ukupnog ličnog kapitala oporavka i većine njegovih dimenzija među učesnicima i učesnicama na integrativnom tretmanu u poređenju sa supstitucionim. Ova tendencija je najizraženija u domenima globalnog psihičkog zdravlja, globalnog fizičkog zdravlja i iskustva oporavka. Istovremeno, niži nivoi su generalno manje zastupljeni u oba poduzorka, ali sa nešto većom prisutnošću u poduzorku na supstitucionom tretmanu. Dalje statističke analize će pokazati da li su ove razlike značajne.

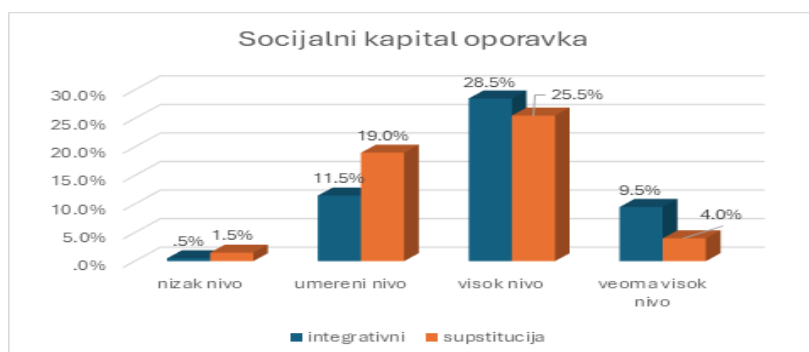
### 8.3.3.3. Karakteristike socijalnog kapitala oporavka u poduzorcima

Zastupljenost kategorija socijalnog kapitala oporavka među učesnicima i učesnicama istraživanja na integrativnom i supstytucionom tretmanu prikazana je u Tabeli br. 68 i na Grafikonu br. 25. Kao što se može videti iz tabele, najzastupljenija kategorija u oba poduzorka je visok nivo socijalnog kapitala oporavka, a zatim umereni nivo socijalnog kapitala oporavka.

Tabela br. 68. Zastupljenost kategorija socijalnog kapitala oporavka u poduzorcima

Kapital oporavka: Socijalni kapital		Tip tretmana		
Nivo		Integrativni	Supstucija	Ukupno
Nizak nivo	N	1	3	4
	% ukupno	0,5%	1,5%	2,0%
Umereni nivo	N	23	38	61
	% ukupno	11,5%	19,0%	30,5%
Visok nivo	N	57	51	108
	% ukupno	28,5%	25,5%	54,0%
Veoma visok nivo	N	19	8	27
	% ukupno	9,5%	4,0%	13,5%
Ukupno	N	100	100	200
	% ukupno	50%	50%	100%

Grafikon br. 25 ilustruje sličnosti i razlike između poduzoraka u pogledu zastupljenosti kategorija socijalnog kapitala oporavka. Uočava se da je veoma visok nivo socijalnog kapitala oporavka zastupljeniji među učesnicima i učesnicama na integrativnom tretmanu (n=19) u poređenju sa onima na supstytucionom tretmanu (n=8). S druge strane, nizak nivo socijalnog kapitala oporavka je najmanje zastupljen u oba poduzorka, sa jednim učesnikom na integrativnom i 3 na supstytucionom tretmanu.



Grafikon br. 25. Distribucija kategorija socijalnog kapitala oporavka u poduzorcima u odnosu na ukupan uzorak (u procentima)



Da bismo omogućili još detaljniju analizu sličnosti i razlika između poduzoraka u pogledu karakteristika socijalnog kapitala oporavka, posebno smo prikazali podatke o zastupljenosti i distribuciji kategorija socijalnog kapitala oporavka prema njegovih pet dimenzija: „Upotreba PAS i apstinencija”, „Građansko angažovanje i učešće u zajednici”, „Socijalna podrška”, „Smyslene aktivnosti” i „Stanovanje i bezbednost”.

Tabela br. 69 prikazuje zastupljenost različitih nivoa „Upotrebe psihoaktivnih supstanci (PAS) i apstinencije” kao dimenzije socijalnog kapitala oporavka u poduzorcima. Ukupno gledano, viši nivoi apstinencije i minimalne upotrebe PAS (skorovi 4 i 5) su nešto zastupljeniji među učesnicima i učesnicama na integrativnom tretmanu (71%) u poređenju sa supstitucionim tretmanom (60%).

Tabela br. 69. Zastupljenost nivoa „Upotrebe PAS i apstinencije” kao dimenzije socijalnog kapitala oporavka u poduzorcima

Kapital oporavka: Upotreba PAS i apstinencija		Tip tretmana		
		Integrativni	Supstitucija	Ukupno
0	N	0	1	1
	% ukupno	0,0%	0,5%	0,5%
1	N	6	3	9
	% ukupno	3,0%	1,5%	4,5%
2	N	10	8	18
	% ukupno	5,0%	4,0%	9,0%
3	Frekvecna	13	28	41
	% ukupno	6,5%	14,0%	20,5%
4	N	23	28	51
	% ukupno	11,5%	14,0%	25,5%
5	N	48	32	80
	% ukupno	24,0%	16,0%	40,0%
Ukupno	N	100	100	200
	% ukupno	50%	50%	100%

Prikaz zastupljenost različitih nivoa „Građanskog angažovanja i učešća u zajednici” kao dimenzije socijalnog kapitala oporavka među učesnicima i učesnicama istraživanja na integrativnom i supstitucionom tretmanu (Tabela br. 70) pokazuje da su, ukupno gledano, viši nivoi građanskog angažovanja i učešća u zajednici (skorovi 4 i 5) su nešto zastupljeniji među učesnicima i učesnicama na integrativnom tretmanu (86%) u poređenju sa supstitucionim tretmanom (80%).

Tabela br. 70. Zastupljenost nivoa „Građanskog angažovanja i učešća u zajednici” kao dimenzije socijalnog kapitala oporavka u poduzorcima

<b>Kapital oporavka: Građansko angažovanje i učešće u zajednici</b>		<b>Tip tretmana</b>		
Nivo		Integrativni	Supstitucija	Ukupno
0	N	0	0	0
	% ukupno	0,0%	0,0%	0,0%
1	N	0	4	4
	% ukupno	0,0%	2,0%	2,0%
2	N	1	4	5
	% ukupno	0,5%	2,0%	2,5%
3	N	13	12	25
	% ukupno	6,5%	6,0%	12,5%
4	N	40	32	72
	% ukupno	20,0%	16,0%	36,0%
5	N	46	48	94
	% ukupno	23,0%	24,0%	47,0%
Ukupno	N	100	100	200
	% ukupno	50,0%	50,0%	100,0%

Prikaz zastupljenosti različitih nivoa „Socijalne podrške” kao dimenzije socijalnog kapitala oporavka među učesnicima i učesnicama istraživanja na integrativnom i supstitucionom tretmanu dat je u Tabeli br. 71. Ukupno posmatrano, viši nivoi socijalne podrške (skorovi 4 i 5) su zastupljeniji među učesnicima i učesnicama na integrativnom tretmanu (64%) u poređenju sa supstitucionim tretmanom (56%).

Tabela br. 71. Zastupljenost nivoa „Socijalne podrške” kao dimenzije socijalnog kapitala oporavka u poduzorcima

<b>Kapital oporavka: Socijalna podrška</b>		<b>Tip tretmana</b>		
Nivo		Integrativni	Supstitucija	Ukupno
0	N	4	6	10
	% ukupno	2,0%	3,0%	5,0%
1	N	4	11	15
	% ukupno	2,0%	5,5%	7,5%

REZULTATI ISTRAŽIVANJA

2	N	15	12	27
	% ukupno	7,5%	6,0%	13,5%
3	N	13	15	28
	% ukupno	6,5%	7,5%	14,0%
4	N	16	28	44
	% ukupno	8,0%	14,0%	22,0%
5	N	48	28	76
	% ukupno	24,0%	14,0%	38,0%
Ukupno	N	100	100	200
	% ukupno	50,0%	50,0%	100,0%

Tabela br. 72 prikazuje zastupljenost različitih nivoa angažovanja u „Smislenim aktivnostima” kao dimenzije socijalnog kapitala oporavka u poduzorcima. Ukupno gledano, viši nivoi angažovanja u smislenim aktivnostima (skorovi 4 i 5) su zastupljeniji među učesnicima i učesnicama na integrativnom tretmanu (52%) u poređenju sa supstitucionim tretmanom (37%).

Tabela br. 72. Zastupljenost nivoa “Smislenih aktivnosti” kao dimenzije socijalnog kapitala oporavka u poduzorcima

Kapital oporavka: Smislene aktivnosti		Tip tretmana		
Nivo		Integrativni	Supstitucija	Ukupno
0	N	1	4	5
	% ukupno	0,5%	2,0%	2,5%
1	N	14	15	29
	% ukupno	7,0%	7,5%	14,5%
2	N	12	19	31
	% ukupno	6,0%	9,5%	15,5%
3	N	21	25	46
	% ukupno	10,5%	12,5%	23,0%
4	N	18	23	41
	% ukupno	9,0%	11,5%	20,5%
5	N	34	14	48
	% ukupno	17,0%	7,0%	24,0%
Ukupno	N	100	100	200
	% ukupno	50,0%	50,0%	100,0%

Podaci o zastupljenosti različitih nivoa „Stanovanja i bezbednosti” kao dimenzije socijalnog kapitala oporavka među učesnicima i učesnicama istraživanja na integrativnom i supstitucionom tretmanu (Tabela br. 73) upućuju da je, generalno posmatrano, viši nivoi kvaliteta stanovanja i bezbednosti (skorovi 4 i 5) su približno ravnomerno zastupljeni u oba poduzorka, sa 82% na integrativnom i 76% na supstitucionom tretmanu.

Tabela br. 73. Zastupljenost nivoa „Stanovanja i bezbednosti” kao dimenzije socijalnog kapitala oporavka u poduzorcima

Kapital oporavka: stanovanje i bezbednost		Tip tretmana		
		Integrativni	Supstitucija	Ukupno
0	N	0	3	3
	% ukupno	0,0%	1,5%	1,5%
1	N	3	4	7
	% ukupno	1,5%	2,0%	3,5%
2	N	4	5	9
	% ukupno	2,0%	2,5%	4,5%
3	N	11	12	23
	% ukupno	5,5%	6,0%	11,5%
4	N	17	18	35
	% ukupno	8,5%	9,0%	17,5%
5	N	65	58	123
	% ukupno	32,5%	29,0%	61,5%
Ukupno	N	100	100	200
	% ukupno	50%	50%	100%

Analiza zastupljenosti kategorija socijalnog kapitala oporavka i njegovih dimenzija („Upotreba PAS i apstinencija”, „Građansko angažovanje i učešće u zajednici”, „Socijalna podrška”, „Smislene aktivnosti” i „Stanovanje i bezbednost”) među učesnicima i učesnicama istraživanja na integrativnom i supstitucionom tretmanu otkriva određene sličnosti i razlike između ova dva poduzorka. Učesnici i učesnice na integrativnom tretmanu generalno izveštavaju o nešto višim nivoima socijalnog kapitala oporavka i većini njegovih dimenzija, što se ogleda u većoj zastupljenosti viših skorova (4 i 5) i manjoj zastupljenosti nižih skorova (0, 1 i 2) u ovom poduzorku. Ove razlike su najizraženije na dimenzijama upotrebe PAS i apstinencije, socijalne podrške i smislenih aktivnosti, sugerišući da integrativni tretman može biti posebno podržavajući za ove aspekte socijalnog kapitala oporavka. Međutim, na dimenzijama građanskog angažovanja i učešća u zajednici, te stanovanja i bezbednosti, razlike između poduzoraka su manje izražene, uz visoku zastupljenost viših skorova u oba poduzorka. Dalje statističke analize će pokazati da li su ove razlike značajne.

### 8.3.3.4. Karakteristike nade u poduzorcima

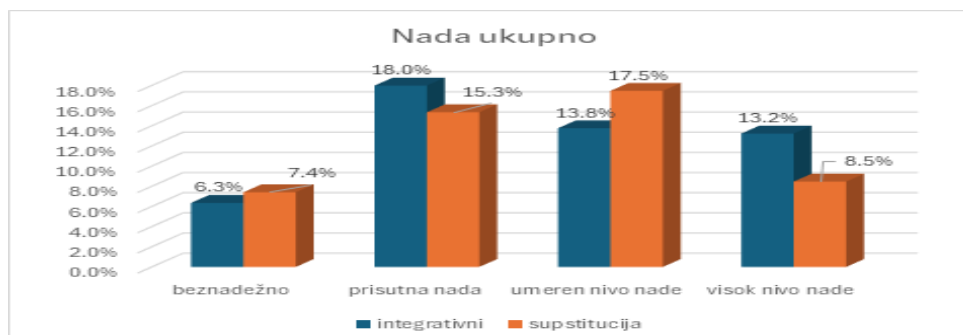
Zastupljenost kategorija ukupne nade među učesnicima i učesnicama istraživanja na integrativnom i supstitucionom tretmanu prikazana je u Tabeli br. 74 i na Grafikonu br. 26. Nivoi nade su definisani na osnovu skorova na Skali nade za odrasle (*Adult Hope Scale*; Snyder *et al.*, 1991), pri čemu skorovi ispod 20 označavaju beznadežnost, skorovi od 20 do 24 ukazuju da je nada prisutna, skorovi od 24 do 28 odražavaju umeren nivo nade, dok skorovi od 28 i više ukazuju na visok nivo nade.

Rezultati pokazuju da u oba poduzorka najveći procenat učesnika i učesnica istraživanja spada u kategoriju „prisutna nada” (36% na integrativnom i 30,6% na supstitucionom tretmanu). Sledi kategorija „umeren nivo nade”, koja je nešto zastupljenija među učesnicima i učesnicama na supstitucionom tretmanu (35%) u poređenju sa onima na integrativnom tretmanu (27,6%). Visok nivo nade je zastupljeniji među učesnicima i učesnicama na integrativnom tretmanu (26,4%) nego na supstitucionom tretmanu (17,0%). Kategorija „beznadežno” je približno podjednako zastupljena u oba poduzorka, sa 12,6% na integrativnom i 14,8% na supstitucionom tretmanu.

Tabela br. 74. Zastupljenost kategorija ukupne nade u poduzorcima

Nada: Ukupno		Tip tretmana		
Nivo		Integrativni	Supstitucija	Ukupno
Beznadežno	N	12	14	26
	% ukupno	6,3%	7,4%	13,8%
Prisutna nada	N	34	29	63
	% ukupno	18,0%	15,3%	33,3%
Umeren nivo nade	N	26	33	59
	% ukupno	13,8%	17,5%	31,2%
Visok nivo nade	N	25	16	41
	% ukupno	13,2%	8,5%	21,7%
Ukupno	N	97	92	189
	% ukupno	51,3%	48,7%	100%

Grafikon br. 26 nam vizuelno prikazuje da, iako su umereni i visoki nivoi nade zastupljeni u oba poduzorka, učesnici i učesnice na integrativnom tretmanu nešto češće izveštavaju o visokom nivou nade u poređenju sa onima na supstitucionom tretmanu. S druge strane, umereni nivo nade je nešto zastupljeniji među učesnicima i učesnicama na supstitucionom tretmanu. Kategorija „beznadežnosti” je približno podjednako zastupljena u oba poduzorka, ukazujući da je potrebna dodatna podrška u jačanju nade kao važnog psihološkog resursa za oporavak naših ispitanika.



Grafikon br. 26. Distribucija kategorija ukupne nade u poduzorcima u odnosu na ukupan uzorak (u procentima)

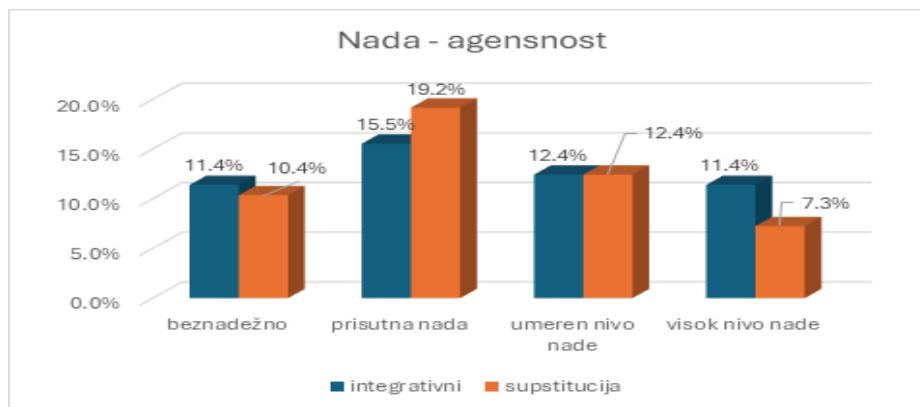
Da bismo stekli dublje uvide o sličnostima i razlikama u poduzorcima učesnika i učesnica istraživanja na integrativnom odnosno opioidnom supstitucionom tipu tretmana u pogledu zastupljenosti kategorija ukupne nade, posebno smo ih analizirali i prikazali u odnosu na dve dimenzije nade: „Agensnost” i „Mišljenje usmereno na načine za postizanje ciljeva”.

Rezultati zastupljenosti kategorija „Agensnosti” među učesnicima i učesnicama istraživanja na integrativnom i na supstitucionom tretmanu prikazani su u Tabeli br. 75 i Grafikonu br. 27. Kategorija „prisutna nada” je najzastupljenija u oba poduzorka, pa sledi kategorija „umeren nivo nade”. Rezultati su slični u oba poduzorka, osim kod visokog nivoa nade, koji je nešto zastupljeniji među učesnicima i učesnicama na integrativnom tretmanu (22,8%) u poređenju sa onima na supstitucionom tretmanu (14,6%).

Tabela br. 75. Zastupljenost kategorija „Agensnosti” nade u poduzorcima

Nada: Agensnost		Tip tretmana		
Nivo		Integrativni	Supstitucija	Ukupno
Beznadežno	N	22	20	42
	% ukupno	11,4%	10,4%	21,8%
Prisutna nada	N	30	37	67
	% ukupno	15,5%	19,2%	34,7%
Umeren nivo nade	N	24	24	48
	% ukupno	12,4%	12,4%	24,9%
Visok nivo nade	N	22	14	36
	% ukupno	11,4%	7,3%	18,7%
Ukupno	N	98	95	193
	% ukupno	50,8%	49,2%	100%

Grafikon br. 27 ilustruje da, kada je reč o dimenziji agensnosti nade, učesnici i učesnice na oba tipa tretmana najčešće spadaju u kategorije „prisutna nada” i „umeren nivo nade”. Visok nivo agensnosti je nešto zastupljeniji među učesnicima i učesnicama na integrativnom tretmanu, dok je kategorija „beznadežno” približno podjednako zastupljena u oba poduzorka.



Grafikon br. 27. Distribucija kategorija „Agensnosti” nade u poduzorcima u odnosu na ukupan uzorak (u procentima)

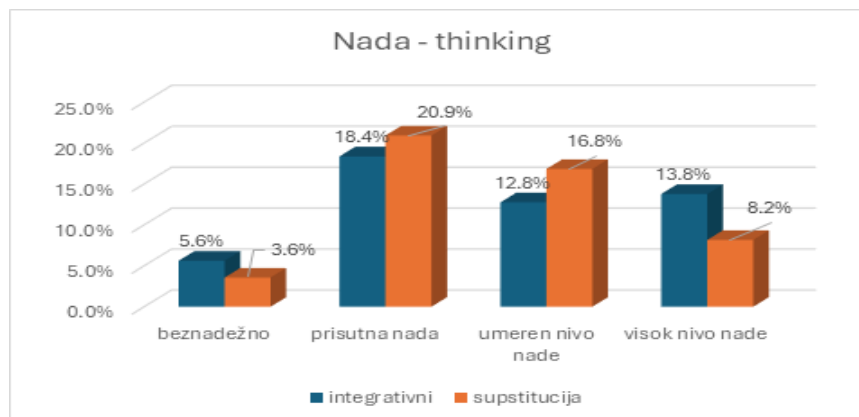
U Tabeli br. 76 prikazani su rezultati zastupljenosti kategorija „Mišljenja usmerenog na načine za postizanje ciljeva” u poduzorcima učesnika i učesnica istraživanja. Kategorija „prisutna nada” je najzastupljenija u oba poduzorka, zatim kategorija „umeren nivo nade”, i visok nivo nade. Razlike među grupama nisu izražene.

Tabela br. 76. Zastupljenost kategorija „Mišljenja usmerenog na načine za postizanje ciljeva” kao dimenzije nade u poduzorcima

Nada: Mišljenje usmereno na načine za postizanje ciljeva		Tip tretmana		
Nivo		Integrativni	Supstitucija	Ukupno
Beznadažno	N	11	7	18
	% ukupno	5,6%	3,6%	9,2%
Prisutna nada	N	36	41	77
	% ukupno	18,4%	20,9%	39,3%
Umeren nivo nade	N	25	33	58
	% ukupno	12,8%	16,8%	29,6%
Visok nivo nade	N	27	16	43
	% ukupno	13,8%	8,2%	21,9%
Ukupno	N	99	97	196
	% ukupno	50,5%	49,5%	100%

Grafički prikaz distribucije kategorija (Grafikon br. 28) ukazuje na to da, kada je reč o dimenziji „Mišljenja usmerenog na načine za postizanje ciljeva”, učesnici i učesnice na oba tipa tretmana najčešće spadaju u kategorije „prisutna nada” i „umeren nivo nade”. Visok nivo ove dimenzije nade je nešto zastupljeniji među učesnicima i učesnicama na integrativnom tretmanu, dok je kategorija „beznadežno” najmanje zastupljena u oba poduzorka. Ovi nalazi pružaju dodatni uvid

u specifičnosti dimenzije mišljenja usmerenog na načine za postizanje ciljeva u kontekstu različitih tipova tretmana zavisnosti.



Grafikon br. 28. Distribucija kategorija „Mišljenja usmerenog na načine za postizanje ciljeva” kao dimenzije nade u poduzorcima u odnosu na ukupan uzorak (u procentima)

Nakon detaljnog prikaza zastupljenosti kategorija ukupne nade i njenih dimenzija („Agensnosti” i „Mišljenja usmerenog na načine za postizanje ciljeva”) među učesnicima i učesnicama istraživanja na integrativnom i supstitucionom tretmanu, možemo sumirati nekoliko ključnih nalaza. Kada je reč o ukupnoj nadi, najveći procenat učesnika i učesnica na oba tipa tretmana spada u kategorije „prisutna nada” i „umeren nivo nade”, pri čemu je visok nivo nade nešto zastupljeniji među onima na integrativnom tretmanu. Slični obrasci se uočavaju i kada se zasebno posmatraju dimenzije „Agensnosti” i „Mišljenja usmerenog na načine za postizanje ciljeva”, sa nešto većom zastupljenošću visokih nivoa obe dimenzije među učesnicima i učesnicama na integrativnom tretmanu. Kategorija „beznadežno” je najmanje zastupljena za ukupnu nadu i dimenziju mišljenja usmerenog na načine za postizanje ciljeva, dok je za dimenziju agensnosti ona približno podjednako prisutna u oba poduzorka. Dalje statističke analize će pokazati da li su ove razlike značajne.

### 8.3.3.5. Karakteristike samoeфикаsnosti prevladavanja u poduzorcima

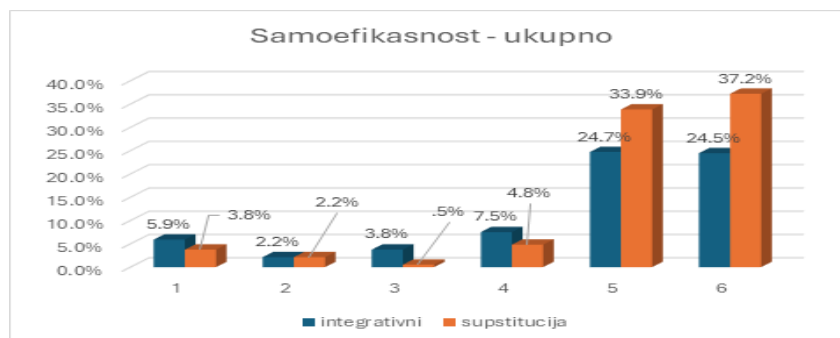
Podaci o zastupljenosti kategorija ukupne samoeфикаsnosti prevladavanja među učesnicima i učesnicama istraživanja na integrativnom i supstitucionom tretmanu prikazani su u Tabeli br. 77 i Grafikonu br. 29. Analizom tabele možemo utvrditi da je u oba poduzorka najzastupljenija kategorija 6, koja predstavlja najviši nivo samoeфикаsnosti prevladavanja, pri čemu 49.4% učesnika i učesnica na integrativnom i 67.8% na supstitucionom tretmanu spada u ovu kategoriju. Sledeća najzastupljenija kategorija je 4, koja ukazuje na umereno visok nivo samoeфикаsnosti prevladavanja, sa 15% učesnika i učesnica na integrativnom i 9,6% na supstitucionom tretmanu.



Tabela br. 77. Zastupljenost kategorija ukupne samoefikasnosti prevladavanja u poduzorcima

Samoefikasnost prevladavanja: Ukupno		Tip tretmana		
Nivo		Integrativni	Supstitucija	Ukupno
1	N	11	7	18
	% ukupno	5,9%	3,8%	9,7%
2	N	4	4	8
	% ukupno	2,2%	2,2%	4,3%
3	N	7	1	8
	% ukupno	3,8%	0,5%	4,3%
4	N	14	9	23
	% ukupno	7,5%	4,8%	12,4%
5	N	8	12	20
	% ukupno	4,3%	6,5%	10,8%
6	N	46	63	109
	% ukupno	24,7%	33,9%	58,6%
Ukupno	N	90	96	186
	% ukupno	48,4%	51,6%	100%

Grafikon br. 29 jasno ilustruje sličnosti i razlike između poduzoraka u pogledu zastupljenosti kategorija ukupne samoefikasnosti prevladavanja. Uočava se da su više kategorije samoefikasnosti (5 i 6) zastupljenije među učesnicima i učesnicama na supstitucionom tretmanu, dok su niže kategorije (1, 2 i 3) nešto prisutnije među onima na integrativnom tretmanu.



Grafikon br. 29. Distribucija kategorija ukupne samoefikasnosti prevladavanja u poduzorcima u odnosu na ukupan uzorak (u procentima)

Rezultati upućuju na to da većina učesnika i učesnica na oba tipa tretmana ispoljava visok nivo ukupne samoefikasnosti prevladavanja. Nešto veća zastupljenost najviše kategorije samoefikasnosti prevladavanja među učesnicima i učesnicama na supstitucionom tretmanu može

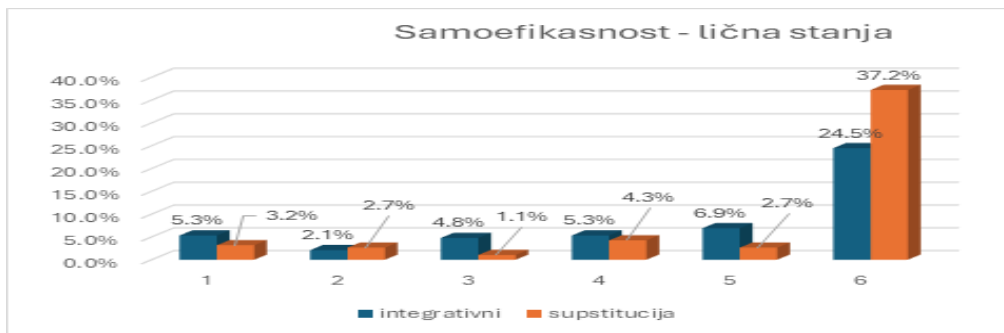
sugerisati specifičnosti ove populacije ili potencijalne efekte supstitucione terapije na doživljaj lične efikasnosti u prevladavanju izazova oporavka. Dalje statističke analize će pokazati da li su ove razlike značajne. Ipak, prisustvo nižih kategorija samoefikasnosti u oba poduzorka, posebno kategorije 1, ukazuje na to da određeni broj učesnika i učesnica može imati poteškoće u suočavanju sa situacijama visokog rizika i zahtevati dodatnu podršku u jačanju ovog resursa.

Tabela br. 78 i Grafikon br. 30 prikazuju zastupljenost kategorija samoefikasnosti prevladavanja u situacijama koje podrazumevaju unutrašnja stanja visokorizična za recidiv među učesnicima i učesnicama istraživanja na integrativnom i supstitucionom tretmanu. Kao što se može videti iz tabele, u oba poduzorka je kategorija 6, koja predstavlja najviši nivo samoefikasnosti prevladavanja u situacijama koje uključuju lična stanja, najzastupljenija, pri čemu 49% učesnika i učesnica na integrativnom i 74,4% na supstitucionom tretmanu spada u ovu kategoriju. Sledeće najzastupljenije kategorije su 4 i 5, koje ukazuju na umereno visok i visok nivo samoefikasnosti prevladavanja u ovom domenu, sa po 10,6% i 13,8% učesnika i učesnica na integrativnom i 8,6% i 5,4% na supstitucionom tretmanu.

Tabela br. 78. Zastupljenost kategorija samoefikasnosti prevladavanja u situacijama koje podrazumevaju unutrašnja stanja visokorizična za recidiv u poduzorcima

Samoefikasnost prevladavanja: Unutrašnja stanja		Tip tretmana		
		Integrativni	Supstitucija	Ukupno
1	N	10	6	16
	% ukupno	5,3%	3,2%	8,5%
2	N	4	5	9
	% ukupno	2,1%	2,7%	4,8%
3	N	9	2	11
	% ukupno	4,8%	1,1%	5,9%
4	N	10	8	18
	% ukupno	5,3%	4,3%	9,6%
5	N	13	5	18
	% ukupno	6,9%	2,7%	9,6%
6	N	46	70	116
	% ukupno	24,5%	37,2%	61,7%
Ukupno	N	92	96	188
	% ukupno	48,9%	51,1%	100%

Grafikon br. 30 ilustruje sličnosti i razlike između poduzoraka u pogledu zastupljenosti kategorija samoefikasnosti prevladavanja u situacijama koje uključuju unutrašnja stanja. Uočava se da je kategorija 6 izrazito zastupljenija među učesnicima i učesnicama na supstitucionom tretmanu u poređenju sa onima na integrativnom tretmanu. S druge strane, niže kategorije samoefikasnosti (1, 2 i 3) su nešto prisutnije među učesnicima i učesnicama na integrativnom tretmanu. Dalje statističke analize će pokazati da li su ove razlike značajne.



Grafikon br. 30. Distribucija kategorija samoeфикаsnosti prevladavanja u situacijama koje podrazumevaju unutrašnja stanja visokorizična za recidiv u poduzorcima u odnosu na ukupan uzorak (u procentima)

Posmatrani zajedno, ovi rezultati ukazuju na to da većina učesnika i učesnica na oba tipa tretmana ispoljava visok nivo samoeфикаsnosti prevladavanja u situacijama koje podrazumevaju unutrašnja stanja visokorizična za recidiv. Ipak, primetna je veća zastupljenost najviše kategorije samoeфикаsnosti među učesnicima i učesnicama na supstitucionom tretmanu. S druge strane, nešto veće prisustvo nižih kategorija samoeфикаsnosti među učesnicima i učesnicama na integrativnom tretmanu ukazuje na to da određeni broj ovih učesnika i učesnica može imati poteškoće u suočavanju sa situacijama koje uključuju lična stanja i zahtevati dodatnu podršku u jačanju ovog domena samoeфикаsnosti prevladavanja.

Tabela br. 79 i Grafikon br. 31 prikazuju zastupljenost kategorija samoeфикаsnosti prevladavanja u situacijama visokorizičnim za recidiv koje uključuju druge ljude među učesnicima i učesnicama istraživanja na integrativnom i supstitucionom tretmanu. Kao što se može videti iz tabele, u oba poduzorka je kategorija 6, koja predstavlja najviši nivo samoeфикаsnosti prevladavanja u situacijama koje uključuju druge ljude, najzastupljenija, pri čemu 48%) učesnika i učesnica na integrativnom i 64,2% na supstitucionom tretmanu spada u ovu kategoriju. Sledeća najzastupljenija kategorija je 5, koja ukazuje na visok nivo samoeфикаsnosti prevladavanja u ovom domenu, sa 12,2% učesnika i učesnica na integrativnom i 13,2% na supstitucionom tretmanu.

Tabela br. 79. Zastupljenost kategorija samoeфикаsnosti prevladavanja u situacijama visokorizičnim za recidiv koje uključuju druge ljude u poduzorcima

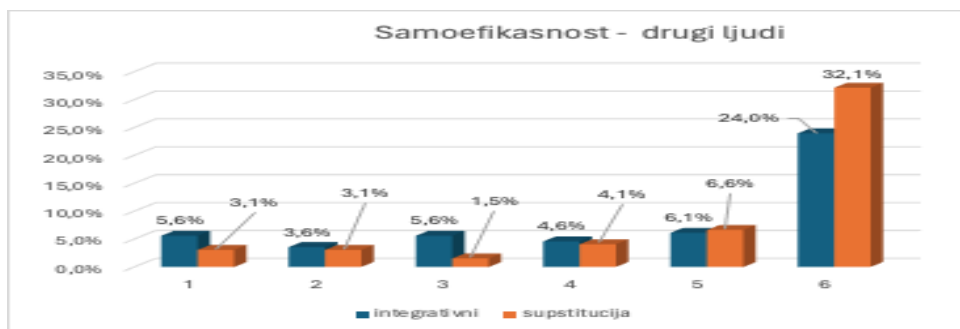
Samoeфикаsnost prevladavanja: Drugi ljudi		Tip tretmana		
Nivo		Integrativni	Supstitucija	Ukupno
	N	11	6	17
1	% ukupno	5,6%	3,1%	8,7%
	N	7	6	13
2	% ukupno	3,6%	3,1%	6,6%
	N	11	3	14
3	% ukupno	5,6%	1,5%	7,1%
	N	9	8	17
4				

REZULTATI ISTRAŽIVANJA

	% ukupno	4,6%	4,1%	8,7%
5	N	12	13	25
	% ukupno	6,1%	6,6%	12,8%
6	N	47	63	110
	% ukupno	24,0%	32,1%	56,1%
Ukupno	N	97	99	196
	% ukupno	49,5%	50,5%	100%

Legenda: % ukupno - % u ukupnom uzorku.

Grafikon br. 31 ilustruje sličnosti i razlike između poduzoraka u pogledu zastupljenosti kategorija samoeфикаsnosti prevladavanja u situacijama koje uključuju druge ljude. Uočava se da je kategorija 6 zastupljenija među učesnicima i učesnicama na supstitucionom tretmanu u poređenju sa onima na integrativnom tretmanu. Sa druge strane, niže kategorije samoeфикаsnosti (1, 2 i 3) su nešto prisutnije među učesnicima i učesnicama na integrativnom tretmanu. Dalje statističke analize će pokazati da li su ove razlike značajne.



Grafikon br. 31. Distribucija kategorija samoeфикаsnosti prevladavanja u situacijama visokorizičnim za recidiv koje uključuju druge ljude u poduzorcima u odnosu na ukupan uzorak (u procentima)

Objedinjeni, ovi rezultati ukazuju na to da većina učesnika i učesnica na oba tipa tretmana ispoljava visok nivo samoeфикаsnosti prevladavanja u situacijama koje uključuju druge ljude. Ipak, primetna je nešto veća zastupljenost najviše kategorije samoeфикаsnosti prevladavanja među učesnicima i učesnicama na supstitucionom tretmanu, što može sugerisati specifičnosti ove populacije ili potencijalne efekte supstitucione terapije na doživljaj lične eфикаsnosti u prevladavanju konflikata sa drugima, socijalnih pritisaka da se uzme supstanca i prijatnih trenutaka sa drugima. S druge strane, nešto veće prisustvo nižih kategorija samoeфикаsnosti među učesnicima i učesnicama na integrativnom tretmanu ukazuje na to da određeni broj ovih učesnika i učesnica može imati poteškoće u suočavanju sa situacijama koje uključuju druge ljude i zahtevati dodatnu podršku u jačanju ovog domena samoeфикаsnosti prevladavanja. Dalje statističke analize će pokazati da li su ove razlike značajne.

Možemo sumirati nekoliko ključnih nalaza. Kada je reč o ukupnoj samoeфикаsnosti prevladavanja, većina učesnika i učesnica na oba tipa tretmana spada u najvišu kategoriju, pri čemu je ova kategorija nešto zastupljenija među onima na supstitucionom tretmanu. Takođe, slični trendovi uočavaju se i kada se zasebno posmatraju domeni samoeфикаsnosti prevladavanja u situacijama koje podrazumevaju unutrašnja stanja i situacijama koje uključuju druge ljude, sa nešto većom zastupljenošću najviše kategorije među učesnicima i učesnicama na supstitucionom

tretmanu. Nasuprot tome, niže kategorije samoeфикаsnosti prevladavanja su nešto prisutnije među učesnicima i učesnicama na integrativnom tretmanu, posebno u domenu koji se odnosi na unutrašnja stanja. Dalje statističke analize će pokazati da li su ove razlike značajne.

#### **8.4. Povezanost sociodemografskih i tretmanskih varijabli sa varijablama kapitala oporavka, nade i samoeфикаsnosti prevladavanja: Rezultati hi-kvadrat testova**

Nakon što smo prikazali rezultate deskriptivne analize karakteristika ukupnog uzorka i poduzoraka prema tipu tretmana i dužini tretmana, u ovom odeljku će biti predstavljeni rezultati ispitivanja povezanosti sociodemografskih i tretmanskih varijabli sa varijablama kapitala oporavka, nade i samoeфикаsnosti prevladavanja, kako u ukupnom uzorku, tako i u poduzorcima učesnika i učesnica istraživanja na integrativnom i na opioidnom supstitucionom tretmanu.

##### **8.4.1. Rezultati hi-kvadrat testova za uzorak**

Kako bismo stekli uvid u opšte trendove povezanosti i identifikovali potencijalne faktore za razvoj resursa za oporavak, najpre smo ispitali povezanost sociodemografskih varijabli (pol, uzrast, obrazovanje, bračni status, radni status) i tretmanskih varijabli (tip zavisnosti, dužina tretmana, broj prethodnih tretmana) sa varijablama kapitala oporavka (ličnog i socijalnog), nade (ukupne i njenih dimenzija agensnosti i mišljenja usmerenog na načine za postizanje ciljeva) i samoeфикаsnosti prevladavanja (ukupne i njenih dimenzija prevladavanja u situacijama sa unutrašnjim stanjima i situacijama sa drugim ljudima visokorizičnim za recidiv) u ukupnom uzorku učesnika i učesnica istraživanja. U cilju racionalnog korišćenja prostora, omogućavanja lakšeg praćenja i fokusiranja na ključne nalaze, prikazaćemo samo rezultate testova za varijable za koje je utvrđeno postojanje statistički značajne povezanosti<sup>1</sup>.

##### **8.4.1.1. Povezanost sociodemografskih varijabli sa varijablama oporavka u uzorku**

Prilikom ispitivanja povezanosti sociodemografskih varijabli (pol, uzrast, obrazovanje, bračni status i radni status) sa varijablama kapitala oporavka, nade i samoeфикаsnosti prevladavanja u ukupnom uzorku, utvrđeno je postojanje statistički značajnih razlika u odnosu na tri sociodemografske varijable – pol, uzrast i radni status.

##### ***Pol***

Pirsonov hi-kvadrat test je pokazao da postoji statistički značajna razlika između muškaraca i žena [ $\chi^2(5)=12,463$ ;  $p<0.005$ ] u nivou „Globalnog fizičkog zdravlja”, kao dimenzije ličnog kapitala oporavka. Muškarci su češće procenjivali nivo svog opšteg fizičkog zdravlja kao viši u poređenju sa ženama. Kao što se može videti u Tabeli br. 80, većina muškaraca (72,4%,  $n=105$ ) je svoje opšte fizičko zdravlje procenila ocenama 4 ili 5, što ukazuje na visok nivo, dok je svega 49,0% ( $n=25$ ) žena dalo ove ocene. Sa druge strane, 23,5% ( $n=12$ ) žena je svoj kapital oporavka u oblasti globalnog fizičkog zdravlja ocenilo najnižom ocenom 0, naspram svega 1,4% ( $n=2$ ) muškaraca.

Tabela br. 80. Distribucija nivoa „Globalnog fizičkog zdravlja” kao dimenzije ličnog kapitala oporavka prema polu u uzorku

---

<sup>1</sup> Zainteresovani/e za kompletan set rezultata mogu ih dobiti na upit od autorke studije.

Nivo Globalnog fizičkog zdravlja		Muški	Ženski	Ukupno
	N	2	4	6
0	% po nivou	33,3%	66,7%	100,0%
	% ukupno	1,0%	2,0%	3,1%
	N	8	4	12
1	% po nivou	66,7%	33,3%	100,0%
	% ukupno	4,1%	2,0%	6,1%
	N	18	9	27
2	% po nivou	66,7%	33,3%	100,0%
	% ukupno	9,2%	4,6%	13,8%
	N	12	9	21
3	% po nivou	57,1%	42,9%	100,0%
	% u ukupnom uzorku	6,1%	4,6%	10,7%
	N	44	10	54
4	% po nivou	81,5%	18,5%	100,0%
	% ukupno	22,4%	5,1%	27,6%
	N	61	15	76
5	% po nivou	80,3%	19,7%	100,0%
	% ukupno	31,1%	7,7%	38,8%
Ukupno	N	145	51	196
	% u ukupnom uzorku	74,0%	26,0%	100,0%

Legenda: % ukupno - % u ukupnom uzorku.

Ovi rezultati sugerišu da pol može biti značajan faktor u razvoju opšteg fizičkog zdravlja kao dimenzije ličnog kapitala oporavka, pri čemu muškarci pokazuju tendenciju ka višim nivoima ovog resursa u odnosu na žene. Ipak, treba imati u vidu da su žene činile svega 26% ukupnog uzorka, pa bi u budućim istraživanjima trebalo težiti uravnoteženijoj polnoj strukturi učesnika i učesnica, kako bi se dobijeni rezultati mogli pouzdanije generalizovati na populaciju osoba na tretmanu bolesti zavisnosti.

### *Uzrast*

Analiza je pokazala da postoji statistički značajna razlika [ $\chi^2(9)=35,480$ ;  $p<0.001$ ] u nivoima socijalnog kapitala oporavka u odnosu na uzrast učesnika i učesnica istraživanja. Učesnici i učesnice u uzrasnoj kategoriji od 28 do 47 godina imaju više nivoe socijalnog kapitala oporavka u poređenju sa ispitanicima u ostalim uzrasnim kategorijama.

Kao što se može videti u Tabeli br. 81, više od tri četvrtine učesnika i učesnica istraživanja (76,5%, n=153) pripada uzrasnoj kategoriji 28-47 godina. U ovoj grupi, većina ima umeren (32,7%, n=50) ili visok (54,9%, n=84) nivo socijalnog kapitala oporavka, dok 12,4% (n=19) ima veoma visok nivo. Učesnici i učesnice u uzrastu 18-27 godina (12,0%, n=24) pokazuju tendenciju ka višim nivoima socijalnog kapitala oporavka, sa n=12 u kategoriji visokog nivoa i n=5 u kategoriji veoma visokog nivoa. Stariji učesnici i učesnice istraživanja (48+ godina, 10,5%, n=21) pokazuju mešovite rezultate. Njih n=12 ima visok nivo socijalnog kapitala oporavka, a n=3 je u kategoriji niskog nivoa. Najmlađi učesnici i učesnice (do 18 godina) su zastupljeni samo u kategoriji veoma visokog nivoa socijalnog kapitala oporavka, ali ih ima ukupno dvoje. Ukupno gledano, najveći procenat učesnika i učesnica istraživanja ima visok nivo socijalnog kapitala oporavka (54,0%, n=108), praćen umerenim nivoom (30,5%, n=61). Veoma visok nivo socijalnog kapitala oporavka ima 13,5% (n=27) učesnika i učesnica, dok samo 2,0% (n=4) ima nizak nivo. Ovi rezultati sugerišu da većina učesnika i učesnica istraživanja, bez obzira na uzrast, pokazuje umeren do visok nivo socijalnog kapitala oporavka, sa specifičnim varijacijama među različitim uzrasnim grupama.

Tabela br. 81. Distribucija nivoa socijalnog kapitala oporavka prema uzrastu u uzorku

Uzrast		Nizak nivo	Umereni nivo	Visok nivo	Veoma visok nivo	Ukupno
do 18 godina	N	0	0	0	2	2
	% po uzrastu	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
	% ukupno	0,0%	0,0%	0,0%	1,0%	1,0%
18-27 godina	N	1	6	12	5	24
	% po uzrastu	4,2%	25,0%	50,0%	20,8%	100,0%
	% ukupno	0,5%	3,0%	6,0%	2,5%	12,0%
28-47 godina	N	0	50	84	19	153
	% po uzrastu	0,0%	32,7%	54,9%	12,4%	100,0%
	% ukupno	0,0%	25,0%	42,0%	9,5%	76,5%
48+ godina	N	3	5	12	1	21
	% po uzrastu	14,3%	23,8%	57,1%	4,8%	100,0%
	% ukupno	1,5%	2,5%	6,0%	0,5%	10,5%
Ukupno	N	4	61	108	27	200
	% ukupno	2,0%	30,5%	54,0%	13,5%	100,0%

Legenda: % ukupno - % u ukupnom uzorku.

### ***Radni status***

U odnosu na radni status učesnika i učesnica istraživanja, utvrđeno je postojanje statistički značajnih razlika u odnosu na varijablama: „Ukupnog kapital oporavka“, „Lični kapitala oporavka“ i „Globalno fizičko zdravlje“ (Tabela br. 82). Analize nisu pokazale značajne razlike na ostalim varijablama.

Tabela br. 82. Vrednosti hi-kvadrat testa za varjable kapitala oporavka „Ukupni kapital oporavka“, „Lični kapital oporavka“ i „Globalno fizičko zdravlje“ u ukupnom uzorku

Varijable kapitala oporavka	$\chi^2$	df	p
Ukupni kapital oporavka	30,867	12	< 0.005
Lični kapital oporavka	23,376	12	< 0.005
Globalno fizičko zdravlje (dimenzija ličnog kapitala oporavka)	46,535	20	< 0.005

Značajna razlika [ $\chi^2(12)=30,867$ ;  $p<0.005$ ] je ustanovljena u nivou ukupnog kapitala oporavka u odnosu na radni status učesnika i učesnica istraživanja. Zaposleni učesnici i učesnice procenjuju svoj ukupni kapital oporavka kao viši u poređenju sa drugim kategorijama radnog statusa, dok nezaposleni ispitanici procenjuju svoj ukupni kapital oporavka kao niži u odnosu na druge kategorije radnog statusa.

Tabela br. 83. Distribucija nivoa „Ukupnog kapitala oporavka“ prema radnom statusu u uzorku

Ukupni kapital oporavka		Radni status					Ukupno
		Nez.	Povr.	Zap.	Penz.	Uč.	
Nizak nivo	N	3	0	0	0	0	3
	% po nivou	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	% ukupno	1,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,5%
Umereni nivo	N	37	12	7	1	0	57
	% po nivou	64,9%	21,1%	12,3%	1,8%	0,0%	100,0%
	% ukupno	18,6%	6,0%	3,5%	0,5%	0,0%	28,6%
Visok nivo	N	39	19	32	1	1	92
	% po nivou	42,4%	20,7%	34,8%	1,1%	1,1%	100,0%



## REZULTATI ISTRAŽIVANJA

	% ukupno	19,6%	9,5%	16,1%	0,5%	0,5%	46,2%
Veoma visok nivo	N	9	12	23	2	1	47
	% po nivou	19,1%	25,5%	48,9%	4,3%	2,1%	100,0%
	%ukupno	4,5%	6,0%	11,6%	1,0%	0,5%	23,6%
Ukupno	N	88	43	62	4	2	199
	% po nivou	44,2%	21,6%	31,2%	2,0%	1,0%	100,0%

Legenda: Nez - Nezaposlen /a, Povr. - Povremno radim, nemam stabilno zaposlenje, Zap. - Zaposlen/ a, imam stabilan posao, Penz. - Penzioner/ka, Uč. - Učenik/ca; student/kinja, % ukupno - % u ukupnom uzorku.

Statistički značajna razlika [ $\chi^2(12)=23,376$ ;  $p<0.005$ ] postoji i u nivou ličnog kapitala oporavka u odnosu na radni status učesnika i učesnica istraživanja. Zaposleni procenjuju svoj lični kapital oporavka kao viši u poređenju sa drugim kategorijama radnog statusa, dok nezaposleni učesnici i učesnice istraživanja procenjuju svoj lični kapital oporavka kao niži u odnosu na druge kategorije radnog statusa.

Tabela br. 84. Distribucija nivoa „Ličnog kapitala oporavka“ prema radnom statusu u uzorku

Lični kapital oporavka	Radni status						Ukupno
	Nez.	Povr.	Zap.	Penz.	Uč.		
	N	5	0	0	0	0	5
Nizak nivo	% po nivou	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	% ukupno	2,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,5%
Umereni nivo	N	33	12	9	1	0	55
	% po nivou	60,0%	21,8%	16,4%	1,8%	0,0%	100,0%
	% ukupno	16,6%	6,0%	4,5%	0,5%	0,0%	27,6%
Visok nivo	N	42	25	35	1	1	104
	% po nivou	40,4%	24,0%	33,7%	1,0%	1,0%	100,0%
	% ukupno	21,1%	12,6%	17,6%	0,5%	,5%	52,3%
Veoma visok nivo	N	8	6	18	2	1	35
	% po nivou	22,9%	17,1%	51,4%	5,7%	2,9%	100,0%

	% ukupno	4,0%	3,0%	9,0%	1,0%	0,5%	17,6%
	N	88	43	62	4	2	199
Ukupno	% ukupno	44,2%	21,6%	31,2%	2,0%	1,0%	100,0%

Legenda: Nez - Nezaposlen /a, Povr. - Povremno radim, nemam stabilno zaposlenje, Zap. - Zaposlen/ a, imam stabilan posao, Penz. - Penzioner/ka, Uč. - Učenik/ca; student/kinja, % ukupno - % u ukupnom uzorku.

Statistički značajna razlika [ $\chi^2(20)=46,535$ ;  $p<0.005$ ] u nivou na dimenziji „Globalno fizičko zdravlje” nagoveštava da zaposleni učesnici i učesnice istraživanja opažaju svoje opšte fizičko zdravlje kao bolje u poređenju sa drugim kategorijama radnog statusa, dok nezaposleni opažaju svoje opšte fizičko zdravlje kao lošije u odnosu na druge kategorije radnog statusa.

Tabela br. 85. Distribucija nivoa „Globalnog fizičkog zdravlja” kao dimenzije ličnog kapitala prema radnom statusu u uzorku

		Radni status					
Nivo Globalnog fizičkog zdravlja		Nez.	Povr.	Zap.	Penz.	Uč.	Ukupno
	N	6	0	0	0	0	6
0	% po nivou	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	% ukupno	3,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	3,0%
	N	10	1	0	1	0	12
1	% po nivou	83,3%	8,3%	0,0%	8,3%	0,0%	100,0%
	% ukupno	5,0%	0,5%	0,0%	0,5%	0,0%	6,0%
	N	14	6	5	1	1	27
2	% po nivou	51,9%	22,2%	18,5%	3,7%	3,7%	100,0%
	% ukupno	7,0%	3,0%	2,5%	0,5%	0,5%	13,6%
	N	12	7	2	0	0	21
3	% po nivou	57,1%	33,3%	9,5%	0,0%	0,0%	100,0%
	% ukupno	6,0%	3,5%	1,0%	0,0%	0,0%	10,6%
	N	26	13	15	1	0	55
4	% po nivou	47,3%	23,6%	27,3%	1,8%	0,0%	100,0%
	% ukupno	13,1%	6,5%	7,5%	0,5%	0,0%	27,6%

	N	20	16	40	1	1	78
5	% nivou	25,6%	20,5%	51,3%	1,3%	1,3%	100,0%
	% ukupno	10,1%	8,0%	20,1%	0,5%	0,5%	39,2%
Ukupno	N	88	43	62	4	2	199
	%	44,2%	21,6%	31,2%	2,0%	1,0%	100,0%

Legenda: Nez - Nezaposlen /a, Povr. - Povremno radim, nemam stabilno zaposlenje, Zap. - Zaposlen/ a, imam stabilan posao, Penz. - Penzioner/ka, Uč. - Učenik/ca; student/kinja, % ukupno - % u ukupnom uzorku.

Dobijeni rezultati sugerišu da radni status može biti značajan faktor u razvoju kako ukupnog, tako i ličnog kapitala oporavka, a posebno njegove dimenzije „Globalnog fizičkog zdravlja”. Zaposlenje može doprineti višim, dok nezaposlenost može biti povezana sa nižim nivoima ovih resursa.

#### 8.4.1.2. Povezanost tretmanskih varijabli sa varijablama oporavka u uzorku

Prilikom ispitivanja povezanosti tretmanskih varijabli (tip zavisnosti, tip tretmana, dužina tretmana, broj tretmana i način dolaska na tretman) sa varijablama kapitala oporavka, nade i samoeфикаsnosti prevladavanja u ukupnom uzorku, utvrđeno je postojanje statistički značajnih razlika u odnosu na dve varijable tretmana – broj tretmana i povod/motivacija za započinjanje aktuelnog tretmana odnosno način dolaska na tretman.

##### *Broj tretmana*

Rezultati hi-kvadrat testa ukazuju na postojanje statistički značajne povezanosti između tretmanske varijable broja tretmana i ukupnog kapitala oporavka (po kategorijama) [ $\chi^2(96)=14,378$ ;  $p<0.05$ ] u ukupnom uzorku, pri čemu su učesnici i učesnice istraživanja sa većim brojem tretmana (dva do četiri i više od pet) zastupljeniji u kategorijama umerenog i visokog nivoa ukupnog kapitala oporavka, dok su oni sa manjim brojem tretmana (jedan tretman) zastupljeniji u kategorijama niskog i veoma visokog nivoa ukupnog kapitala oporavka.

Ova povezanost je vidljiva u Tabeli br. 86 koja prikazuje razlike u distribuciji učesnika i učesnica istraživanja prema nivoima ukupnog kapitala oporavka i broju tretmana. Podaci upućuju da je među učesnicima i učesnicama istraživanja sa umerenim nivoom ukupnog kapitala oporavka podjednak procenat imao dva do četiri tretmana (10,5%,  $n=21$ ) i više od pet tretmana (10,5%,  $n=21$ ), dok je 7,5% ( $n=15$ ) bilo na prvom tretmanu. U kategoriji visokog nivoa ukupnog kapitala oporavka, najveći procenat učesnika i učesnica istraživanja (22,5%,  $n=45$ ) je imao dva do četiri tretmana, 13% ( $n=26$ ) je imalo više od pet tretmana, a za 11% ( $n=22$ ) je ovo bio prvi tretman. Sa druge strane, među učesnicima i učesnicama istraživanja sa veoma visokim nivoom ukupnog kapitala oporavka, najveći procenat (12%,  $n=24$ ) je bio na prvom tretmanu, 8% ( $n=16$ ) je imalo dva do četiri tretmana, a 3,5% ( $n=7$ ) više od pet tretmana. U kategoriji niskog nivoa ukupnog kapitala oporavka, koja obuhvata samo 1,5% ( $n=3$ ) uzorka, podjednako su zastupljeni učesnici i učesnice istraživanja sa jednim tretmanom, dva do četiri tretmana i više od pet tretmana (po 0,5%,  $n=1$ ).

Tabela br. 86. Distribucija nivoa ukupnog kapitala oporavka prema broju tretmana u uzorku

Ukupan kapital  
oporavka

Dužina tretmana

Nivo		1 tretman	2-4 tretmana	Više od 5 tretmana	Ukupno
Nizak nivo	N	1	1	1	3
	% ukupno	0,5%	0,5%	0,5%	1,5%
Umeren nivo	N	15	21	21	57
	% ukupno	7,5%	10,5%	10,5%	28,5%
Visok nivo	N	22	45	26	93
	% ukupno	11,0%	22,5%	13,0%	46,5%
Veoma visok nivo	N	24	16	7	47
	% ukupno	12,0%	8,0%	3,5%	23,5%
Ukupno	N	62	83	55	200
	%	31,0%	41,5%	27,5%	100%

Legenda: % ukupno - % u ukupnom uzorku.

### Inicijativa za započinjanje aktuelnog tretmana

Analiza odnosa između načina dolaska na tretman i ukupnog kapitala oporavka je pokazala da postoji statistički značajna razlika [ $\chi^2(3)=13,950$ ;  $p<0.005$ ] u nivou ukupnog kapitala oporavka u zavisnosti od toga da li su učesnici i učesnice istraživanja samoinicijativno došli na tretman ili su to učinili na insistiranje drugih. Učesnici i učesnice koji su započeli tretman na insistiranje drugih su imali više nivoe ukupnog kapitala oporavka. Na osnovu podataka prikazanih u Tabeli br. 87 uočavamo da su umeren i visok nivo kapitala za oporavak u većem broju imali oni koji su došli samoinicijativno na tretman, dok veoma visok nivo kapitala za oporavak u većem broju imali oni koji na nečije insistiranje došli na tretman.

Tabela br. 87. Distribucija nivoa ukupnog kapitala oporavka u odnosu na inicijativu za započinjanje tretmana u uzorku

Na tretman ste došli		Nivo ukupnog kapitala oporavka				Ukupno
		Nizak nivo	Umereni nivo	Visok nivo	Veoma visok nivo	
Samoinicijativno	N	3	35	59	17	114
	% po redu	2,6%	30,7%	51,8%	14,9%	100,0%
	% ukupno	1,6%	18,8%	31,7%	9,1%	61,3%
Na insistiranje	N	0	15	30	27	72
	% po redu	0,0%	20,8%	41,7%	37,5%	100,0%
	% ukupno	0,0%	8,1%	16,1%	14,5%	38,7%
Ukupno	N	3	50	89	44	186

	%	1,6%	26,9%	47,8%	23,7%	100,0%
--	---	------	-------	-------	-------	--------

Legenda: % ukupno - % u ukupnom uzorku.

Nalazi sugerišu da dolazak na tretman na insistiranje drugih može biti pokazatelj višeg nivoa ličnih i socijalnih resursa za oporavak, kao i potencijalno veće motivacije i spremnosti za promenu. S druge strane, samoinicijativno uključivanje u tretman, iako povezano sa nešto nižim ukupnim kapitalom oporavka, i dalje je praćen značajnom zastupljenošću visokih i veoma visokih nivoa ovog resursa, što ukazuje na potencijalne koristi od uključivanja u tretman bez obzira na inicijalni način dolaska.

Analiza je, takođe, pokazala da postoji i statistički značajna razlika [ $\chi^2(3)=15,535$ ;  $p<0.001$ ] u nivoima socijalnog kapitala oporavka u odnosu na način dolaska na tretman. Učesnici i učesnice koji su došli na tretman na nečije insistiranje imaju viši nivo socijalnog kapitala oporavka od učesnika i učesnica koji su koje su samoinicijativno došli na tretman (Tabela br. 88). Umereni i visok nivo socijalnog kapitala za oporavak u većem broju imaju oni koji su došli samoinicijativno na tretman, dok veoma visok nivo kapitala za oporavak u većem broju imaju oni koji na nečije insistiranje došli na tretman. Rezultati sugerišu da je insistiranje drugih na uključivanju u tretman može biti indikator snažne socijalne podrške i veza, što se odražava u većoj zastupljenosti veoma visokog nivoa socijalnog kapitala oporavka u ovoj grupi.

Tabela br. 88. Distribucija nivoa socijalnog kapitala oporavka u odnosu na inicijativu za započinjanje tretmana u uzorku

Na tretman ste došli		Nivo socijalnog kapitala oporavka				Ukupno
		Nizak nivo	Umereni nivo	Visok nivo	Veoma visok nivo	
Samo-inicijativno	N	4	37	66	7	114
	% po redu	3,5%	32,5%	57,9%	6,1%	100,0%
	% ukupno	2,2%	19,9%	35,5%	3,8%	61,3%
Na insistiranje	N	0	18	36	18	72
	% po redu	0,0%	25,0%	50,0%	25,0%	100,0%
	% ukupno	0,0%	9,7%	19,4%	9,7%	38,7%
Ukupno	N	4	55	102	25	186
	% ukupno	2,2%	29,6%	54,8%	13,4%	100,0%

Legenda: % ukupno - % u ukupnom uzorku.

#### 8.4.1.3. Povezanost između kapitala oporavka, nade i samoeфикаsnosti prevladavanja

U ovom odeljku prikazaćemo rezultate ispitivanja povezanosti između različitih varijabli oporavka - varijabli i dimenzija kapitala oporavka, nade i samoeфикаsnosti prevladavanja u

ukupnom uzorku učesnika i učesnica istraživanja. Cilj ovih analiza je da se identifikuju potencijalne međusobne veze i uticaji različitih resursa za oporavak, kako bi se stekao uvid u kompleksnu dinamiku procesa oporavka od zavisnosti. U nastavku će biti predstavljeni rezultati hi-kvadrat testova za parove varijabli oporavka za koje su utvrđene statistički značajne razlike.

### ***Povezanost između ukupnog kapitala oporavka, nade i samoeфикаsnosti prevladavanja***

Rezultati hi-kvadrat testova koji su ispitali odnos između ukupnog kapitala oporavka i različitih varijabli nade i samoeфикаsnosti prevladavanja pokazali su postojanje statistički značajne razlike na nivou  $p < 0,001$ .

Kao što se može videti u Tabeli br. 89, učesnici i učesnice istraživanja sa višim nivoima ukupnog kapitala oporavka su takođe imali više nivoe više nivoe ukupne nade [ $\chi^2(9)=47,930$ ;  $p<0,001$ ], više nivoe agensnosti kao dimenzije nade [ $\chi^2(9)=50,696$ ;  $p<0,001$ ], više nivoe mišljenja usmerenog na načine za postizanje ciljeva kao dimenzije nade [ $\chi^2(9)=50,696$   $p<0,001$ ], kao i samoeфикаsnosti u situacijama visokorizičnim za recidiv koje uključuju druge ljude [ $\chi^2(15)=44,670$ ;  $p<0,001$ ].

Tabela br. 89. Vrednosti hi-kvadrat testa za ukupni kapital oporavka i varijable nade i samoeфикаsnosti prevladavanja u ukupnom uzorku

Varijabla	$\chi^2$	df	p
Ukupna nada	47,930	9	< 0,001
Nada - Agensnost	50,696	9	< 0,001
Nada - Mišljenje usmereno na načine za postizanje ciljeva	50,696	9	< 0,001
Samoeфикаsnost prevladavanja - drugi ljudi	44,670	15	< 0,001

Ovakvi nalazi upućuju na postojanje značajnih i kompleksnih međusobnih uticaja i sinergijskih efekata između ukupnih resursa za oporavak (ličnih i socijalnih), uverenja o sposobnosti prevladavanja izazovnih socijalnih situacija, motivacione energije usmerene ka ciljevima i strateškog razmišljanja o načinima za njihovo postizanje. Jačanje ukupnog kapitala oporavka može doprineti osnaživanju samoeфикаsnosti i nade, i obrnuto - razvoj samoeфикаsnosti i nade može voditi ka uspešnijem angažovanju i mobilizaciji resursa za oporavak.

### ***Povezanost između ličnog kapitala oporavka, nade i samoeфикаsnosti prevladavanja***

Analiza odnosa između *ličnog kapitala oporavka* i varijabli nade i samoeфикаsnosti prevladavanja je pokazala postojanje statistički značajnih razlika na nivou  $p < 0,001$  i  $p < 0,005$ , sa

različitim stepenima slobode (df) u zavisnosti od broja kategorija ličnog kapitala oporavka i nivoa merenih varijabli nade i samoeфикаsnosti prevladavanja (Tabela br. 90). Učesnici i učesnice istraživanja sa višim nivoima ličnog kapitala oporavka su imali više nivoe ukupne nade, agensnosti kao dimenzije nade, mišljenja usmerenog na načine za postizanje ciljeva kao dimenzije nade, ukupne samoeфикаsnosti prevladavanja i samoeфикаsnosti u situacijama visokorizičnim za recidiv koje uključuju druge ljude.

Tabela br. 90. Vrednosti hi-kvadrat testa za lični kapital oporavka i varijable nade i samoeфикаsnosti prevladavanja u ukupnom uzorku

Varijabla	$\chi^2$	df	p
Ukupna nada	57,169	9	< 0,001
Nada - Agensnost	66,287	9	< 0,001
Nada - Mišljenje	40,254	9	< 0,001
Ukupna samoeфикаsnost prevladavanja	34,345	15	< 0,005
Samoeфикаsnost prevladavanja - drugi ljudi	55,705	15	< 0,001

Sumirani, rezultati ukazuju na snažnu povezanost između ličnih resursa za oporavak i ključnih motivacionih, kognitivnih i bihejviornih aspekata oporavka kao što su nada i samoeфикаsnost prevladavanja. Viši nivoi ličnog kapitala oporavka su dosledno praćeni snažnijim osećajem ukupne nade, agensnosti, strateški usmerenog mišljenja, uverenjima o sposobnosti prevladavanja izazova oporavka generalno i u interpersonalnim situacijama visokorizičnim za recidiv.

### ***Povezanost između socijalnog kapitala oporavka, nade i samoeфикаsnosti prevladavanja***

Tabela br. 91 sumira rezultate hi-kvadrat testova koji su ispitivali odnos između socijalnog kapitala oporavka i različitih varijabli nade i samoeфикаsnosti prevladavanja. Za sve analizirane odnose, hi-kvadrat test je pokazao statistički značajne razlike na nivou  $p < 0,001$ , sa različitim stepenima slobode (df) u zavisnosti od broja kategorija socijalnog kapitala oporavka i nivoa merenih varijabli nade i samoeфикаsnosti prevladavanja. Učesnici i učesnice istraživanja sa višim nivoima socijalnog kapitala oporavka dosledno su imali više nivoe ukupne nade, agensnosti kao dimenzije nade, mišljenja usmerenog na načine za postizanje ciljeva kao dimenzije nade, ukupne samoeфикаsnosti prevladavanja, samoeфикаsnosti u situacijama sa unutrašnjim stanjima

visokorizičnim za recidiv i samoeфикаsnosti u interpersonalnim situacijama visokorizičnim za recidiv.

Tabela br. 91. Vrednosti hi-kvadrat testa za socijalni kapital oporavka i varijable nade i samoeфикаsnosti prevladavanja u uzorku

Varijabla	$\chi^2$	df	p
Ukupna nada	36,033	9	< 0,001
Nada - Agensnost	46,387	9	< 0,001
Nada - Mišljenje	36,033	9	< 0,001
Ukupna samoeфикаsnost prevladavanja	50,446	15	< 0,001
Samoeфикаsnost prevladavanja - unutrašnja stanja	57,169	9	< 0,001
Samoeфикаsnost prevladavanja - drugi ljudi	41,602	15	< 0,001

Dobijeni nalazi naglašavaju važnost socijalnih resursa, podrške i odnosa u procesu oporavka od zavisnosti. Viši nivoi socijalnog kapitala oporavka su praćeni snažnijim osećajem nade, agensnosti, strateški usmerenog mišljenja, kao i uverenjima o sposobnosti prevladavanja izazova oporavka, kako generalno, tako i u visokorizičnim situacijama koje uključuju unutrašnja stanja i interpersonalne odnose.

***Povezanost između pojedinačnih dimenzija kapitala oporavka, nade i samoeфикаsnosti prevladavanja***

Pored ispitivanja odnosa ukupnog kapitala oporavka i njegovih širih domena (ličnog i socijalnog) sa varijablama nade i samoeфикаsnosti prevladavanja, istraživanje se takođe fokusiralo na detaljniju analizu povezanosti specifičnih dimenzija kapitala oporavka sa ovim važnim motivacionim, kognitivnim i bihejviornim faktorima. Postojanje statistički značajnih razlika



utvrđeno je za osam od deset dimenzija kapitala oporavka: „Upotreba PAS i apstinencija“, „Globalno psihičko zdravlje“, „Globalno fizičko zdravlje“, „Socijalna podrška“, „Smislene aktivnosti“, „Upravljanje rizicima“, „Prevladavanje teškoća i životno funkcionisanje“ i „Iskustvo oporavka“ i varijable nade i samoeфикаsnosti prevladavanja u ukupnom uzorku.

Tabela br. 92 prikazuje rezultate hi-kvadrat testova koji su ispitivali odnos između dimenzije „Upotreba PAS i apstinencija“ kapitala oporavka i različitih aspekata samoeфикаsnosti prevladavanja. Hi-kvadrat test je pokazao statistički značajne razlike na nivou  $p < 0,001$ , sa 20 stepeni slobode za tri analizirane veze.

Tabela br. 92. Vrednosti hi-kvadrat testa za odnos dimenzije „Upotreba PAS i apstinencija“ kapitala oporavka sa varijablama samoeфикаsnosti prevladavanja u uzorku

Varijabla	$\chi^2$	df	p
Ukupna samoeфикаsnost prevladavanja	63,301	20	< 0,001
Samoeфикаsnost prevladavanja - unutrašnja stanja	62,834	20	< 0,001
Samoeфикаsnost prevladavanja - drugi ljudi	56,059	20	< 0,001

Rezultati ukazuju na snažnu povezanost između nivoa ostvarenosti u domenu upotrebe PAS i apstinencije i samoeфикаsnosti prevladavanja. Učesnici i učesnice istraživanja sa višim nivoom kapitala oporavka u ovoj dimenziji su imali više nivoe ukupne samoeфикаsnosti prevladavanja [ $\chi^2(20)=63,301$ ;  $p<0.001$ ], samoeфикаsnosti u situacijama sa ličnim stanjima visokorizičnim za recidiv [ $\chi^2(20)=62,834$ ;  $p<0.001$ ] i samoeфикаsnosti u interpersonalnim situacijama visokorizičnim za recidiv [ $\chi^2(20)=56,059$ ;  $p<0.001$ ]. Ovi nalazi sugerišu da su uverenja o sposobnosti održavanja apstinencije i prevladavanja izazova povezanih sa upotrebom PAS usko povezana sa generalnim osećajem samoeфикаsnosti u procesu oporavka, kao i sa samoeфикаsnošću u visokorizičnim situacijama koje uključuju određena unutrašnja stanja i interpersonalne pritiske. Viši nivoi ostvarenosti u domenu upotrebe PAS i apstinencije su praćeni snažnijim uverenjima o sposobnosti uspešnog prevladavanja različitih izazova oporavka.

Rezultati hi-kvadrat testova koji su ispitivali odnos između dimenzije „Globalno psihičko zdravlje“ kapitala oporavka i različitih aspekata nade i samoeфикаsnosti prevladavanja dati su u Tabeli br. 93. Hi-kvadrat test je pokazao statistički značajne razlike na nivou  $p < 0,001$ , sa 15 stepeni slobode za ukupnu nadu i agensnost kao dimenziju nade, te 25 stepeni slobode za samoeфикаsnost u situacijama visokorizičnim za recidiv koje uključuju druge ljude.

Tabela br. 93. Vrednosti hi-kvadrat testa za odnos dimenzije „Globalno psihičko zdravlje” kapitala oporavka sa varijablama nade i samoefikasnosti prevladavanja u uzorku

Varijabla	$\chi^2$	df	p
Ukupna nada	44,338	15	< 0,001
Nada - Agensnost	43,422	15	< 0,001
Nada – Mišljenje usmereno na načine	40,254	15	< 0,001
Samoefikasnost prevladavanja - drugi ljudi	57,113	25	< 0,001

Rezultati ukazuju na snažnu povezanost između nivoa opšteg psihičkog zdravlja i nade i samoefikasnosti prevladavanja. Učesnici i učesnice istraživanja sa višim nivoom kapitala oporavka u dimenziji opšteg psihičkog zdravlja su imali više nivoe ukupne nade [ $\chi^2(15)=44,338$ ;  $p<0,001$ ], agensnosti kao dimenzije nade [ $\chi^2(15)=43,422$ ;  $p<0,001$ ] i samoefikasnosti u interpersonalnim situacijama visokorizičnim za recidiv [ $\chi^2(25)=57,113$ ;  $p<0,001$ ]. Ovi nalazi sugerisu da je psihičko blagostanje kao aspekt ličnog kapitala oporavka usko povezano sa osećajem nade, doživljajem lične agensnosti i uverenjima o sposobnosti prevladavanja izazovnih socijalnih situacija u procesu oporavka. Viši nivoi opšteg psihičkog zdravlja su praćeni snažnijim osećajem nade, doživljajem sebe kao pokretača promena i većim samopouzdanjem u suočavanju sa interpersonalnim izazovima oporavka.

U tabeli br. 94 prikazani su rezultati hi-kvadrat testova koji su ispitivali odnos između dimenzije „Globalno fizičko zdravlje” kapitala oporavka i ukupne nade, kao i agensnosti kao dimenzije nade. Za obe analizirane veze, hi-kvadrat test je pokazao statistički značajne razlike, na nivou  $p < 0,005$  za ukupnu nadu i  $p < 0,001$  za agensnost nade, sa po 15 stepeni slobode.

Tabela br. 94. Vrednosti hi-kvadrat testa za odnos dimenzije „Globalno fizičko zdravlje” kapitala oporavka sa varijablama nade u uzorku

Varijabla	$\chi^2$	df	p
Ukupna nada	33,566	15	< 0,005
Nada - Agensnost	44,338	15	< 0,001

Rezultati ukazuju na snažnu povezanost između nivoa opšteg fizičkog zdravlja kao dimenzije kapitala oporavka i nade. Učesnici i učesnice istraživanja sa višim nivoom kapitala oporavka u dimenziji fizičkog zdravlja su imali više nivoe ukupne nade [ $\chi^2(15)=33,566$ ;  $p<0.005$ ] i agensnosti kao dimenzije nade [ $\chi^2(15)=44,338$ ;  $p<0.001$ ]. Nalazi sugerišu da je fizičko blagostanje kao aspekt ličnog kapitala oporavka usko povezano sa osećajem nade, kako na opštem nivou, tako i u domenu doživljaja lične agensnosti. Viši nivoi opšteg fizičkog zdravlja su praćeni snažnijim osećajem nade, optimizma i usmerenja ka budućnosti, kao i većim doživljajem sebe kao aktivnog činioca u procesu oporavka.

Tabela br. 95 ilustruje rezultate hi-kvadrat testova koji su ispitivali odnos između dimenzije „Socijalna podrška” kapitala oporavka i različitih aspekata nade i samoefikasnosti. Za analizirane veze, hi-kvadrat test je pokazao statistički značajne razlike na nivou  $p < 0,001$ , sa 15 stepeni slobode za ukupnu nadu, agensnost kao dimenziju nade i mišljenje usmereno na načine za postizanje ciljeva kao dimenziju nade, te 25 stepeni slobode za ukupnu samoefikasnost.

Tabela br. 95. Vrednosti hi-kvadrat testa za odnos dimenzije „Socijalna podrška” kapitala oporavka sa varijablama nade i samoefikasnosti prevladavanja u uzorku

Varijabla	$\chi^2$	df	p
Ukupna nada	54,902	15	< 0,001
Nada - Agensnost	60,486	15	< 0,001
Nada - Mišljenje	38,859	15	< 0,001
Ukupna samoefikasnost prevladavanja	63,151	25	< 0,001

Rezultati svedoče o snažnoj povezanosti između nivoa „Socijalne podrške” kao dimenzije kapitala oporavka i nade i samoefikasnosti. Učesnici i učesnice istraživanja sa višim nivoom kapitala oporavka u dimenziji socijalne podrške su imali više nivoe ukupne nade [ $\chi^2(15)=54,902$ ;  $p<0,001$ ], agensnosti kao dimenzije nade [ $\chi^2(15)=60,486$ ;  $p<0,001$ ], mišljenja usmerenog na načine za postizanje ciljeva kao dimenzije nade [ $\chi^2(15)=38,859$ ;  $p<0,001$ ] i ukupne samoefikasnosti [ $\chi^2(25)=63,151$ ;  $p<0,001$ ]. Ovi nalazi govore u prilog tome da je socijalna podrška kao aspekt socijalnog kapitala oporavka usko povezana sa osećajem nade i doživljajem samoefikasnosti. Viši nivoi percipirane socijalne podrške su praćeni snažnijim osećajem nade, kako na opštem nivou, tako i u domenima doživljaja lične agensnosti i usmerenja ka ciljevima, kao i većim uverenjem u sopstvene sposobnosti prevladavanja izazova oporavka.

Rezultate hi-kvadrat testova koji su ispitivali odnos između dimenzije „Smislene aktivnosti” kapitala oporavka i različitih aspekata nade i samoefikasnosti prikazali smo u Tabeli br. 96. Hi-kvadrat test je pokazao statistički značajne razlike na nivou  $p < 0,001$ , sa 15 stepeni slobode za ukupnu nadu i agensnost kao dimenziju nade, te 25 stepeni slobode za ukupnu samoefikasnost.

Tabela br. 96. Vrednosti hi-kvadrat testa za odnos dimenzije „Smislene aktivnosti” kapitala oporavka sa varijablama nade i samoefikasnosti prevladavanja u uzorku

Varijabla	$\chi^2$	df	p
Ukupna nada	52,657	15	< 0,001
Nada - Agensnost	63,953	15	< 0,001
Ukupna samoefikasnost prevladavanja	54,067	25	< 0,001

Rezultati govore o snažnoj povezanosti između nivoa smislenih aktivnosti kao dimenzije kapitala oporavka i nade i samoefikasnosti. Učesnici i učesnice istraživanja sa višim nivoom kapitala oporavka u dimenziji smislenih aktivnosti su imali više nivoe ukupne nade [ $\chi^2(15)=52,657$ ;  $p<0,001$ ], agensnosti kao dimenzije nade [ $\chi^2(15)=63,953$ ;  $p<0,001$ ] i ukupne samoefikasnosti [ $\chi^2(25)=54,067$ ;  $p<0,001$ ]. Ovi nalazi sugerišu da je uključenost u smislene aktivnosti, kao aspekt ličnog kapitala oporavka, usko povezana sa osećajem nade i doživljajem samoefikasnosti. Viši nivoi angažovanja u smislenim aktivnostima su praćeni snažnijim osećajem nade, kako na opštem nivou, tako i u domenu doživljaja lične agensnosti, kao i većim uverenjem u sopstvene sposobnosti prevladavanja izazova oporavka.

Prilikom ispitivanja odnosa između dimenzije „Upravljanje rizicima” kapitala oporavka i različitih aspekata nade i samoefikasnosti, hi-kvadrat test je pokazao statistički značajne razlike na nivou  $p < 0,005$  za ukupnu nadu sa 12 stepeni slobode, te na nivou  $p < 0,001$  za agensnost kao dimenziju nade i samoefikasnost u situacijama visokorizičnim za recidiv koje uključuju druge ljude, sa po 15 stepeni slobode (Tabela br. 97).

Tabela br. 97. Vrednosti hi-kvadrat testa za odnos dimenzije „Upravljanje rizicima” kapitala oporavka sa varijablama nade i samoefikasnosti prevladavanja u uzorku

Varijabla	$\chi^2$	df	p
Ukupna nada	30,950	12	< 0,005
Nada - Agensnost	52,657	15	< 0,001

Samoefikasnost prevladavanja - drugi ljudi	52,657	15	< 0,001
--	--------	----	---------

Rezultati impliciraju snažnu povezanost između nivoa upravljanja rizicima kao dimenzije kapitala oporavka i nade i samoefikasnosti. Učesnici i učesnice istraživanja sa višim nivoom kapitala oporavka u dimenziji upravljanja rizicima su imali više nivoe ukupne nade [ $\chi^2(12)=30,950$ ;  $p<0,005$ ], agensnosti kao dimenzije nade [ $\chi^2(15)=52,657$ ;  $p<0,001$ ] i samoefikasnosti u situacijama visokorizičnim za recidiv koje uključuju druge ljude [ $\chi^2(15)=52,657$ ;  $p<0,001$ ]. Nalazi ukazuju da je sposobnost prepoznavanja i upravljanja rizičnim situacijama kao aspekt ličnog kapitala oporavka usko povezana sa osećajem nade i doživljajem samoefikasnosti. Viši nivoi veština upravljanja rizicima su praćeni snažnijim osećajem nade, kako na opštem nivou, tako i u domenu doživljaja lične agensnosti, kao i većim uverenjem u sopstvene sposobnosti prevladavanja izazova oporavka, posebno u interpersonalnim situacijama visokog rizika.

Tabela br. 98 prikazuje rezultate hi-kvadrat testova koji su ispitivali odnos između dimenzije „Prevladavanje teškoća i životno funkcionisanje” kapitala oporavka i različitih aspekata nade i samoefikasnosti. Hi-kvadrat test je pokazao statistički značajne razlike na nivou  $p < 0,005$ , sa 15 stepeni slobode za ukupnu nadu i agensnost kao dimenziju nade, te 25 stepeni slobode za ukupnu samoefikasnost i samoefikasnost u situacijama visokorizičnim za recidiv koje uključuju druge ljude.

Tabela br. 98. Vrednosti hi-kvadrat testa za odnos dimenzije „Prevladavanje i životno funkcionisanje” kapitala oporavka sa varijablama nade i samoefikasnosti prevladavanja u ukupnom uzorku

Varijabla	$\chi^2$	df	p
Ukupna nada	35,458	15	< 0,005
Nada - Agensnost	62,529	15	< 0,005
Ukupna samoefikasnost	57,979	25	< 0,005
Samoefikasnost prevladavanja - drugi ljudi	54,498	25	< 0,005

Rezultati demonstriraju povezanost između nivoa prevladavanja teškoća i životnog funkcionisanja kao dimenzije kapitala oporavka i nade i samoefikasnosti. Učesnici i učesnice

istraživanja sa višim nivoom kapitala oporavka u dimenziji prevladavanja teškoća i životnog funkcionisanja su imali više nivoe ukupne nade [ $\chi^2(15)=35,458$ ;  $p<0,005$ ], agensnosti kao dimenzije nade [ $\chi^2(15)=62,529$ ;  $p<0,005$ ], ukupne samoeфикаsnosti [ $\chi^2(25)=57,979$ ;  $p<0,005$ ] i samoeфикаsnosti u situacijama visokorizičnim za recidiv koje uključuju druge ljude [ $\chi^2(25)=54,498$ ;  $p<0,005$ ]. Na ovaj način rezultati potkrepljuju da su veštine prevladavanja teškoća i opšte životno funkcionisanje kao aspekti ličnog kapitala oporavka usko povezani sa osećajem nade i doživljajem samoeфикаsnosti. Viši nivoi sposobnosti suočavanja sa stresom i izazovima i boljeg funkcionisanja u različitim životnim domenima su praćeni snažnijim osećajem nade, kako na opštem nivou, tako i u domenu doživljaja lične agensnosti, kao i većim uverenjem u sopstvene sposobnosti prevladavanja izazova oporavka, posebno u interpersonalnim situacijama visokog rizika.

Rezultati hi-kvadrat testova koji su ispitivali odnos između dimenzije „Iskustvo oporavka” kapitala oporavka i ukupne nade i agensnosti kao dimenzije nade pokazali su statistički značajne razlike na nivou  $p < 0,005$ , sa po 15 stepeni slobode za obe varijable (Tabela br. 99).

Tabela br. 99. Vrednosti hi-kvadrat testa za odnos dimenzije „Iskustvo oporavka” kapitala oporavka sa varijablama nade u uzorku

Varijabla	$\chi^2$	df	p
Ukupna nada	37,490	15	< 0,005
Nada - Agensnost	32,788	15	< 0,005

Rezultati upućuju na zaključak o postojanju snažne povezanost između nivoa iskustva oporavka kao dimenzije kapitala oporavka i nade. Učesnici i učesnice istraživanja sa višim nivoom kapitala oporavka u dimenziji iskustva oporavka su imali više nivoe ukupne nade [ $\chi^2(15)=37,490$ ;  $p<0,005$ ] i agensnosti kao dimenzije nade [ $\chi^2(15)=32,788$ ;  $p<0,005$ ]. To sugeriše da su subjektivni doživljaji i percepcije procesa oporavka kao aspekti ličnog kapitala oporavka usko povezani sa osećajem nade, kako na opštem nivou, tako i u domenu doživljaja lične agensnosti. Pozitivnija i osnažujuća iskustva oporavka su praćena snažnijim osećajem nade i većim doživljajem sebe kao aktivnog i sposobnog činioca u procesu oporavka.

Rezultati hi-kvadrat testova prikazani u ovom odeljku pružaju značajne uvide u kompleksnu mrežu odnosa između sociodemografskih i tretmanskih varijabli, kao i između različitih aspekata procesa oporavka od bolesti zavisnosti. Identifikovane statistički značajne razlike ukazuju na važne obrasce povezanosti koji mogu imati dalekosežne implikacije za razumevanje i unapređenje tretmana i procesa oporavka. Nalazi sugerišu da sociodemografski faktori poput pola, radnog statusa i uzrasta mogu igrati značajnu ulogu u oblikovanju resursa za oporavak, poput kapitala oporavka, nade i samoeфикаsnosti prevladavanja. Istovremeno, rezultati naglašavaju važnost tretmanskih varijabli, poput načina uključivanja u tretman, u razvoju i ishodima oporavka. Posebno značajni su nalazi o snažnim i konzistentnim vezama između različitih domena kapitala oporavka, nade i samoeфикаsnosti prevladavanja, koje ukazuju na njihove potencijalne sinergijske efekte i međusobno osnažujuće delovanje.

### 8.4.2. Razlike između poduzoraka

Nakon ispitivanja povezanosti sociodemografskih, tretmanskih i varijabli oporavka u ukupnom uzorku, sledeći korak u analizi je bila eksploracija ovih odnosa u poduzorcima učesnika i učesnica istraživanja na različitim tipovima tretmana - integrativnom i opioidnom supstitucionom tretmanu. Ovaj pristup omogućio je identifikaciju potencijalnih sličnosti i razlika u obrascima povezanosti između ključnih varijabli u zavisnosti od modaliteta tretmana, pružajući tako dublji uvid u specifične potrebe i izazove sa kojima se suočavaju osobe u različitim tretmanskim kontekstima. U narednim odeljcima ćemo prikazati rezultate hi-kvadrat testova koje smo primenili, a koji demonstriraju postojanje statistički značajnih razlika u odnosu na ispitivane varijable u poduzorcima učesnika i učesnica istraživanja na integrativnom i na opioidnom supstitucionom tretmanu zavisnosti od droga.

#### 8.4.2.1. Razlike između poduzoraka u odnosu na sociodemografske varijable

Testovi za ispitivanje povezanosti između varijable tip tretmana (integrativni ili opioidni supstitucionni tretman) i sociodemografskih varijabli u ovom istraživanju (pol, uzrast, stepen obrazovanja, bračno stanje i radni status) pokazali su postojanje statistički značajnih razlika u odnosu na sledeće sociodemografske varijable: pol, uzrast i radni status.

##### *Pol*

Analizom odnosa između pola i tipa tretmana utvrđeno je postojanje statistički značajne razlike [ $\chi^2(1) = 9,568$ ;  $p < 0,001$ ]. Učesnici istraživanja su zastupljeniji na integrativnom, dok su učesnice istraživanja zastupljenije na opioidnom supstitucionom tretmanu.

Podaci prikazani u Tabeli br. 100 ilustruju da su učesnici istraživanja muškog pola u značajno većem procentu uključeni u integrativni tretman nego na supstitucionom tretmanu. Nasuprot tome, učesnice ženskog pola su u većem broju na supstitucionom tretmanu u odnosu na integrativni tretman.

Tabela br. 100. Odnos pola i tipa tretmana u poduzorcima

Pol	Tip tretmana			
		Integrativni	Supstitucija	Ukupno
Muški pol	N	82	63	145
	% ukupno	41,8%	32,1%	74,0%
Ženski pol	N	16	35	51
	% ukupno	8,2%	17,9%	26,0%
Ukupno	N	98	98	196
	% ukupno	50,0%	50,0%	100,0%

Legenda: % ukupno – procenat u ukupnom uzorku.

### *Uzrast*

Rezultati hi-kvadrat testa ukazuju na postojanje statistički značajne povezanosti između uzrasta učesnika i učesnica istraživanja (po kategorijama) i tipa tretmana (integrativni ili supstitucija) [ $\chi^2(3)=26,378$ ;  $p<0,00$ ]. Rezultati sugerišu da su mlađi učesnici i učesnice na integrativnom tretmanu, mlađi od onih na opioidnom supstitucionom tretmanu (Tabela br. 101).

Tabela br. 101. Odnos uzrasta i tipa tretmana u poduzorcima

Uzrast	Tip tretmana			
		Integrativni	Supstitucija	Ukupno
do 18 godina	N	2	0	2
	% ukupno	1,0%	0,0%	1,0%
18-27 godina	N	21	3	24
	% ukupno	10,5%	1,5%	12,0%
28-47 godina	N	74	79	153
	% ukupno	37,0%	39,5%	76,5%
48+ godina	N	3	18	21
	% ukupno	1,5%	9,0%	10,5%
Ukupno	N	100	100	200
	% ukupno	50%	50%	100%

Legenda: % ukupno – procenat u ukupnom uzorku.

### *Radni status*

Kada je u pitanju sociodemografska varijabla radnog statusa, hi-kvadrat testovi su pokazali statistički značajne razlike u odnosu na tip tretmana i nivoe ukupnog kapitala oporavka u poduzorcima ispitanika i ispitanica na integrativnom i opioidnom supstitucionom tretmanu.

Pokazala se značajna poveznost između radnog statusa učesnika i učesnica istraživanja i tipa tretmana [ $\chi^2(4)=17,236$ ;  $p<0,05$ ]. Rezultati prikazani u Tabeli br. 102 sugerišu da su zaposleni sa stabilnim poslom zastupljeniji na integrativnom tretmanu, dok su nezaposleni, povremeno zaposleni bez stabilnog posla i penzioneri zastupljeniji na supstitucionom tretmanu.



Tabela br. 102. Odnos radnog statusa i tipa tretmana u poduzorcima

Radni status	Tip tretmana			
		Integrativni	Supstitucija	Ukupno
Nezaposlen/a	N	39	49	88
	% ukupno	19,6%	24,6%	44,2%
Povremeno radim, nemam stabilno zaposlenje	N	16	27	43
	% ukupno	8,0%	13,6%	21,6%
Zaposlen/a, imam stabilan posao	N	43	19	62
	% ukupno	21,6%	9,5%	31,2%
Penzioner/ka	N	0	4	4
	% ukupno	0,0%	2,0%	2,0%
Učenik/ca; student/kinja	N	1	1	2
	% ukupno	0,5%	0,5%	1,0%
Ukupno	N	99	100	199
	% ukupno	49,7%	50,2%	100%

Legenda: % ukupno – procenat u ukupnom uzorku.

Analiza odnosa između radnog statusa i ukupnog kapitala oporavka u poduzorku učesnika i učesnica istraživanja na integrativnom tretmanu je pokazala da postoji statistički značajna povezanost [ $\chi^2(6)=21,024$ ;  $p<0,005$ ]. Zaposleni su u najvećem broju imali veoma visok nivo ukupnog kapitala oporavka, dok je najmanje učesnika i učesnica sa veoma visokim ukupnim kapitalom oporavka bilo među nezaposlenima (Tabeli br. 103).

Tabela br. 103. Odnos radnog statusa i nivoa ukupnog kapitala oporavka u poduzorku učesnika i učesnica istraživanja na integrativnom tretmanu

Radni status		Ukupni kapital oporavka - nivo				Ukupno
		Nizak nivo	Umereni nivo	Visok nivo	Veoma visok nivo	
	N	0	15	21	3	39
Nezaposlen/a	% u koloni	0	65,2%	43,8%	10,7%	39,4%
	% ukupno	0	15,2%	21,2%	3,0%	39,4%
		N	0	2	5	9
Povremeno radim, nemam stabilno zaposlenje	% u koloni	0	8,7%	10,4%	32,1%	16,2%
	% ukupno	0	2,0%	5,1%	9,1%	16,2%
		N	0	6	22	15
Zaposlen/a, imam stabilan posao	% u koloni	0	26,1%	45,8%	53,6%	43,4%
	% ukupno	0	6,1%	22,2%	15,2%	43,4%
		N	0	0	0	1
Učenik/ca; student/kinja	% u koloni	0	0,0%	0,0%	3,6%	1,0%
	% ukupno	0	0,0%	0,0%	1,0%	1,0%
		N	0	23	48	28
Ukupno	% u koloni	0	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% ukupno	0	23,2%	48,5%	28,3%	100,0%

Legenda: % ukupno – procenat u ukupnom uzorku.

Ovi rezultati sugerišu da, u kontekstu integrativnog tretmana, stabilan radni status može biti značajan faktor koji doprinosi višem nivou ukupnog kapitala oporavka. Sa druge strane, nezaposlenost može predstavljati izazov za održavanje i jačanje resursa za oporavak.

#### 8.4.2.2. Razlike između poduzoraka u odnosu na tretmanske varijable

Testovi za ispitivanje povezanosti između tipa tretmana, drugih tretmanskih varijabli u ovom istraživanju (tip zavisnosti, dužina tretmana, broj tretmana i povod/motivacija za započinjanje aktuelnog tretmana), i varijabli kapitala oporavka, nade i samoeфикаsnosti prevladavanja su pokazali postojanje statistički značajnih razlika u odnosu na tretmanske varijable: tip zavisnosti u odnosu na PAS, dužina tretmana i inicijativa za započinjanje aktuelnog tretmana.

**Tip zavisnosti prema vrsti PAS**

Hi-kvadrat test je pokazao statistički značajnu razliku u distribuciji tipa zavisnosti prema vrsti psihoaktivne supstance između učesnika i učesnica na integrativnom i onih na opioidnom supstitucionom tretmanu [ $\chi^2(4)=9,813$ ;  $p<0,05$ ]. Učesnici i učesnice na supstitucionom tretmanu imaju veću zastupljenost upotrebe opioida, dok učesnici i učesnice na integrativnom tretmanu imaju veću zastupljenost politoksikomanije i upotrebe kanabinoida (Tabela br. 104).

Tabela br. 104. Odnos tipa zavisnosti u odnosu na PAS i tipa tretmana u poduzorcima

Tip zavisnosti u odnosu na PAS	Tip tretmana			
		Integrativni	Supstitucija	Ukupno
Amfetamini	N	3	1	4
	% ukupno	1,5%	0,5%	2,0%
Kanabinoidi	N	10	4	14
	% ukupno	5,0%	2,0%	7,0%
Kokain	N	2	1	3
	% ukupno	1,0%	0,5%	1,5%
Opioidi	N	70	88	158
	% ukupno	35,0%	44,0%	79,0%
Politoksikomanija	N	15	6	21
	% ukupno	7,5%	3,0%	10,5%
Ukupno	N	100	100	200
	% ukupno	50%	50%	100%

Legenda: % ukupno – procenat u ukupnom uzorku.

Rezultati govore u prilog postojanju razlika u obrascima upotrebe supstanci između učesnika i učesnica uključenih u različite tipove tretmana. Veća zastupljenost upotrebe opijata među osobama na supstitucionom tretmanu je očekivana s obzirom na prirodu samog tretmana. S druge strane, veća zastupljenost politoksikomanije i upotrebe kanabinoida među osobama na integrativnom tretmanu može odražavati specifične karakteristike i potrebe ove populacije. Ipak, treba biti oprezan pri tumačenju ovih rezultata zbog relativno malog broja učesnika i učesnica u nekim kategorijama supstanci (npr., amfetamini i kokain), što može uticati na pouzdanost hi-kvadrat testa. Dalja istraživanja sa većim uzorkom su potrebna kako bi se potvrdili ovi nalazi i detaljnije ispitala razlike u upotrebi supstanci između različitih tretmanskim modaliteta.

### *Dužina tretmana*

Rezultati pokazuju da postoji statistički značajna razlika između tipa tretmana i dužine tretmana [ $\chi^2(2)=31,841$ ;  $p<0,001$ ], pri čemu je na tretmanu od šest do dvanaest meseci zastupljen veći broj učesnika i učesnica istraživanja na opioidnom supstitucionom tretmanu, a na tretmanu od jednog do šest meseci veći broj učesnika i učesnica na integrativnom tretmanu (Tabela br. 105).

Tabela br. 105. Odnos dužine tretmana i tipa tretmana u poduzorcima

Dužina tretmana	Tip tretmana			Ukupno
	Integrativni	Supstitucija		
Manje od mesec dana	N	5	6	11
	% ukupno	2,5%	3,0%	5,5%
1-6 meseci	N	37	5	42
	% ukupno	18,6%	2,5%	21,1%
6-12 meseci	N	57	89	146
	% ukupno	28,6%	44,7%	73,4%
Ukupno	N	99	100	199
	% ukupno	49,7%	50,3%	100,0%

Legenda: % ukupno – procenat u ukupnom uzorku.

### *Inicijativa za započinjanje aktuelnog tretmana*

Analiza odnosa između inicijative da se započne tretman i ukupnog kapitala oporavka u poduzorku učesnika i učesnica istraživanja na integrativnom tretmanu je pokazala da postoji statistički značajna razlika [ $\chi^2(2)=14,424$ ;  $p<0,005$ ] u nivou ukupnog kapitala oporavka u zavisnosti od toga da li su učesnici i učesnice istraživanja samoinicijativno započeli tretman ili su to učinili na insistiranje drugih. U ovom poduzorku, učesnici i učesnice koji su na nečije insistiranje počeli tretman su imali veći nivo ukupnog kapitala oporavka (Tabeli br. 106).

Tabela br. 106. Distribucija nivoa ukupnog kapitala oporavka u odnosu na inicijativu za započinjanje tretmana u učesnika i učesnica istraživanja na integrativnom tretmanu

Na tretman ste došli	Ukupni kapital oporavka - nivo					Ukupno
	Nizak nivo	Umereni nivo	Visok nivo	Veoma visok nivo		
	N	0	8	17	0	25
Samoinicijativno	% u koloni	0,0%	44,4%	37,0%	0,0%	27,8%
	% ukupno	0,0%	8,9%	18,9%	0,0%	27,8%

	N	0	10	29	26	65
Na insistiranje						
% u koloni		0,0%	55,6%	63,0%	100,0%	72,2%
% ukupno		0,0%	11,1%	32,2%	28,9%	72,2%
		0	18	46	26	90
Ukupno	N					
	% ukupno					
		0,0%	20,0%	51,1%	28,9%	100,0%

Legenda: % ukupno – procenat u ukupnom uzorku.

Navedeni rezultati sugerišu da, u kontekstu integrativnog tretmana, dolazak na tretman na insistiranje drugih može biti povezan sa višim nivoima ukupnog kapitala oporavka.

#### 8.4.2.3. Razlike između poduzoraka u odnosu na varijable kapitala oporavka, nade i samoeфикаsnosti prevladavanja

Kako bismo ispitali povezanost između tipa tretmana i varijabli kapitala oporavka, nade i samoeфикаsnosti prevladavanja, kao i pojedinačnih dimenzija kapitala oporavka, sprovedli smo niz hi-kvadrat testova. Rezultati pokazuju da su se učesnici i učesnice istraživanja na različitim tipovima tretmana (integrativni tretman naspram supstitucionog) značajno razlikovali u nivou socijalnog kapitala oporavka, na sledećim dimenzijama kapitala oporavka: „Globalno fizičko zdravlje”, „Iskustvo oporavka” „Upotreba PAS i apstinencija”, „Socijalna podrška”, „Smislene aktivnosti”, kao i samoeфикаsnosti prevladavanja u situacijama visokorizičnim za recidiv koje uključuju druge ljude (Tabela br. 107). Utvrđene statistički značajne razlike su na nivou  $p < 0,05$ .

Kada je reč o odnosu ukupnog kapitala oporavka i tipa tretmana, dobijena razlika nije na nivou  $p < 0,05$ , ali je blizu praga značajnosti [ $\chi^2(5) = 7,115$ ;  $p = 0,068$ ]. Nalaz sugeriše da postoji tendencija da ispitanici na integrativnom tretmanu imaju više nivoe kapitala oporavka. Za varijablu nade, njene dimenzije „Agensnost” i „Mišljenje usmereno na načine za postizanje ciljeva” kao ni za ukupnu samoeфикаsnost prevladavanja i samoeфикаsnost prevladavanja u situacijama visokorizičnim za recidiv koje uključuju lična stanja nije se pokazala statistička značajnost razlika.

Tabela br. 107. Vrednosti hi-kvadrat testa za tip tretmana i varijable kapitala oporavka i samoeфикаsnosti prevladavanja u poduzorcima

Varijabla	$\chi^2$	df	p
Socijalni kapital oporavka	9,503	3	< 0,05
„Globalno fizičko zdravlje” (dimenzija ličnog kapitala oporavka)	18,013	5	< 0,05

„Iskustvo oporavka” (dimenzija ličnog kapitala oporavka)	12,706	5	< 0,05
„Upotreba PAS i apstinencija” (dimenzija socijalnog kapitala oporavka)	11,400	5	< 0,05
„Socijalna podrška” (dimenzija socijalnog kapitala oporavka)	12,679	5	< 0,05
„Smislene aktivnosti” (dimenzija socijalnog kapitala oporavka)	12,706	5	< 0,05
Samoefikasnost prevladavanja - unutrašnja stanja	14,230	5	< 0,05

Dobijena je statistički značajna razlika u distribuciji nivoa socijalnog kapitala oporavka između učesnika i učesnica na integrativnom tretmanu i onih na opioidnom supstitucioniom tretmanu [ $\chi^2(3)=9,503$ ;  $p<0,05$ ]. Rezultati u Tabeli br. 108 govore u prilog tome da učesnici i učesnice na integrativnom tretmanu imaju više rezultate socijalnog kapitala oporavka od onih na supstitucioniom tretmanu.

Tabela br. 108. Odnos nivoa socijalnog kapitala i tipa tretmana u poduzorcima

Socijalni kapital - nivo		Tip tretmana		Ukupno
		Integrativni	Supstitucija	
Nizak nivo	N	1	3	4
	% ukupno	0,5%	1,5%	2,0%
Umereni nivo	N	23	38	61
	% ukupno	11,5%	19,0%	30,5%
Visok nivo	N	57	51	108
	% ukupno	28,5%	25,5%	54,0%
Veoma visok nivo	N	19	8	27
	% ukupno	9,5%	4,0%	13,5%

	N	100	100	200
Ukupno	% ukupno	50,0%	50,0%	100%

Legenda: % ukupno – procenat u ukupnom uzorku.

U odnosu na varijablu ličnog kapitala oporavka, rezultati su pokazali da postoji značajna povezanost sa dve dimenzije ličnog kapitala oporavka - „Globalno fizičko zdravlje” [ $\chi^2(5)=18,013$ ;  $p<0,05$ ] i „Iskustvo oporavka” [ $\chi^2(5)=12,706$ ;  $p<0,05$ ], ali ne i sa samom varijablom ličnog kapitala oporavka [ $\chi^2(3)=2,781$ ;  $p=0,427$ ].

Rezultati pokazuju da su učesnici i učesnice istraživanja na integrativnom tretmanu zastupljeniji u višim kategorijama globalnog fizičkog zdravlja, dok su oni na supstitucionom tretmanu zastupljeniji u srednjoj kategoriji (Tabela br. 109).

Tabela br. 109. Odnos dimenzije ličnog kapitala oporavka „Globalno fizičko zdravlje” i tipa tretmana u poduzorcima učesnika i učesnica na integrativnom i opioidnom supstitucionom tretmanu

Globalno fizičko zdravlje	Nivo	Tip tretmana		Ukupno
		Integrativni	Supstitucija	
0	N	3	3	6
	% ukupno	1,5%	1,5%	3,0%
1	N	2	10	12
	% ukupno	1,0%	5,0%	6,0%
2	N	12	15	27
	% ukupno	6,0%	7,5%	13,5%
3	N	4	17	21
	% ukupno	2,0%	8,5%	10,5%
4	N	33	23	56
	% ukupno	16,5%	11,5%	28,0%
5	N	46	32	78
	% ukupno	23,0%	16,0%	39,0%
Ukupno	N	100	100	200
	% ukupno	50,0%	50,0%	100,0%

Legenda: % ukupno – procenat u ukupnom uzorku.

Dimenzija ličnog kapitala oporavka „Iskustvo oporavka” takođe je značajno povezana sa tipom tretmana [ $\chi^2(5)=12,706$ ;  $p<0,05$ ]. Učesnici i učesnice istraživanja na integrativnom tretmanu su zastupljeniji u višim kategorijama „Iskustva oporavka”), a oni na supstitucionom tretmanu u nižim kategorijama iskustva oporavka (Tabela br. 110).

Tabela br. 110. Odnos dimenzije ličnog kapitala oporavka „Iskustvo oporavka” i tipa tretmana u poduzorcima

Iskustvo oporavka		Tip tretmana		
Nivo		Integrativni	Supstitucija	Ukupno
0	N	1	0	1
	% ukupno	0,5%	0,0%	0,5%
1	N	1	4	5
	% ukupno	0,5%	2,0%	2,5%
2	N	0	9	9
	% ukupno	0,0%	4,5%	4,5%
3	N	8	9	17
	% ukupno	4,0%	4,5%	8,5%
4	N	27	20	47
	% ukupno	13,5%	10,0%	23,5%
5	N	63	58	121
	% ukupno	31,5%	29,0%	60,5%
Ukupno	N	100	100	200
	% ukupno	50,0%	50,0%	100,0%

Legenda: % ukupno – procenat u ukupnom uzorku.

Statistički značajna razlika utvrđena je i između dimenzije socijalnog kapitala oporavka „Upotreba PAS i apstinencija” [ $\chi^2 (5)=11,400$ ;  $p<0,05$ ], pri čemu ispitanici na integrativnom tretmanu pokazuju više rezultate on odnih na supstitucionom tretmanu (Tabela br. 111).

Tabela br. 111. Odnos dimenzije socijalnog kapitala oporavka „Upotreba PAS i apstinencija” i tipa tretmana u poduzorcima

Upotreba PAS i apstinencija		Tip tretmana		
Nivo		Integrativni	Supstitucija	Ukupno
0	N	0	1	1
	% ukupno	0,0%	0,5%	0,5%
1	N	6	3	9
	% ukupno	3,0%	1,5%	4,5%
2	N	10	8	18
	% ukupno	5,0%	4,0%	9,0%
3	N	13	28	41



REZULTATI ISTRAŽIVANJA

	% ukupno	6,5%	14,0%	20,5%
4	N	23	28	51
	% ukupno	11,5%	14,0%	25,5%
5	N	48	32	80
	% ukupno	24,0%	16,0%	40,0%
Ukupno	N	100	100	200
	% ukupno	50,0%	50,0%	100,0%

Legenda: % ukupno – procenat u ukupnom uzorku.

Rezultati ukazuju i na značajnu povezanost između tipa tretmana i nivoa na dimenziji socijalnog kapitala oporavka “Socijalna podrška” [ $\chi^2(5)=12,679$ ;  $p<0,05$ ], pri čemu ispitanici na integrativnom tretmanu pokazuju više rezultate on odnih na supstitucionom tretmanu (Tabela br. 112).

Tabela br. 112. Odnos dimenzije socijalnog kapitala oporavka „Socijalna podrška” i tipa tretmana u poduzorcima

Socijalna podrška	Nivo	Tip tretmana		
		Integrativni	Supstitucija	Ukupno
0	N	4	6	10
	% ukupno	2,0%	3,0%	5,0%
1	N	4	11	15
	% ukupno	2,0%	5,5%	7,5%
2	N	15	12	27
	% ukupno	7,5%	6,0%	13,5%
3	N	13	15	28
	% ukupno	6,5%	7,5%	14,0%
4	N	16	28	44
	% ukupno	8,0%	14,0%	22,0%
5	N	48	28	76
	% ukupno	24,0%	14,0%	38,0%
Ukupno	N	100	100	200
	% ukupno	50,0%	50,0%	100,0%

Legenda: % ukupno – procenat u ukupnom uzorku.

Značajna povezanost je utvrđena između dimenzije socijalnog kapitala oporavka „Smislene aktivnosti” i tipa tretmana [ $\chi^2(5)=12,706$ ;  $p<0,05$ ], pri čemu ispitanici na integrativnom tretmanu pokazuju više rezultate on odnih na supstitucionom tretmanu (Tabela br. 113).

Tabela br. 113. Odnos dimenzije socijalnog kapitala oporavka „Smislene aktivnosti” i tipa tretmana u poduzorcima

Smislene aktivnosti	Nivo	Tip tretmana		Ukupno
		Integrativni	Supstitucija	
0	N	1	4	5
	% ukupno	0,5%	2,0%	2,5%
1	N	14	15	29
	% ukupno	7,0%	7,5%	14,5%
2	N	12	19	31
	% ukupno	6,0%	9,5%	15,5%
3	N	21	25	46
	% ukupno	10,5%	12,5%	23,0%
4	N	18	23	41
	% ukupno	9,0%	11,5%	20,5%
5	N	34	14	48
	% ukupno	24,0%	14,0%	38,0%
Ukupno	N	100	100	200
	% ukupno	50,0%	50,0%	100,0%

Legenda: % ukupno – procenat u ukupnom uzorku.

Statistički značajna razlika je utvrđena i između varijable samoeфикаsnost prevladavanja u situacijama koje podrazumevaju unutrašnja stanja visokorizična za recidiv i tipa tretmana [ $\chi^2(5) = 14,230$ ;  $p < 0,05$ ], pri čemu ispitanici na supstitucionom tretmanu pokazuju više rezultate od onih na integrativnom tretmanu (Tabela br. 114).

Tabela br. 114. Odnos samoeфикаsnosti prevladavanja unutrašnjih stanja visokorizičnih za recidiv i tipa tretmana

Samoeфикаsnost prevladavanja – unutrašnja stanja		Tip tretmana		
		Nivo	Integrativni	Supstitucija
1	N	10	6	16
	% ukupno	5,3%	3,2%	8,5%
2	N	4	5	9
	% ukupno	2,1%	2,7%	4,8%
3	N	9	2	11
	% ukupno	4,8%	1,1%	5,9%
4	N	10	8	18
	% ukupno	5,3%	4,3%	9,6%
5	N	13	5	18
	% ukupno	6,9%	2,7%	9,6%
6	N	46	70	116
	% ukupno	24,5%	37,2%	61,7%
Ukupno	N	92	96	188
	% ukupno	48,9%	51,1%	100,0%

Ukupno posmatrano, rezultati hi-kvadrat testova za ispitivanje povezanosti u poduzorcima učesnika i učesnica istraživanja na integrativnom i opioidnom supstitucionom tretmanu ukazuju na postojanje značajnih razlika između učesnika i učesnica na integrativnom i opioidnom supstitucionom tretmanu u odnosu na različite sociodemografske, tretmanske i varijable oporavka.

Kada su u pitanju sociodemografske varijable, pokazalo se da su muškarci zastupljeniji na integrativnom tretmanu, dok su žene zastupljenije na supstitucionom. Mlađi učesnici i učesnice (su više zastupljeni/e na integrativnom, a stariji na supstitucionom tretmanu. Zaposleni sa stabilnim poslom su više zastupljeni na integrativnom, a nezaposleni, povremeno zaposleni i penzioneri na supstitucionom tretmanu.

U pogledu tretmanskih varijabli, utvrđeno je da na supstitucionom tretmanu zastupljeniji učesnici i učesnice sa zavisnošću od opijata, dok su na integrativnom zastupljeniji oni sa politoksikomanijom i zavisnošću od kanabinoida. Učesnici koji su od šest do dvanaest meseci na tretmanu su češće na opioidnoj supstitucionoj terapiji, a oni koji su od jednog do šest meseci su češće na integrativnom tretmanu. I ovde se pokazalo da su učesnici i učesnice integrativnog tretmana, koji/e su na tretman došli/e na nečije insistiranje imali/e veći nivo ukupnog kapitala oporavka od onih koji su došli saomnicijativno.

Rezultati su pokazali značajne razlike i u pogledu varijabli oporavka. Učesnici i učesnice na integrativnom tretmanu su imali više nivoa socijalnog kapitala oporavka, bolje fizičko zdravlje, pozitivnije iskustvo oporavka, veću totalnu apstinenciju i socijalnu podršku. Sa druge strane,

učesnici i učesnice na opioidnom supstitucionom tretmanu su imali/e više srednje nivoe kontrolisane upotrebe supstanci, smislenih aktivnosti i samoefikasnosti prevladavanja u rizičnim situacijama.

Ovi nalazi sugerišu da različiti tretmanski modaliteti obuhvataju učesnike i učesnice različitih sociodemografskih i profila upotrebe PAS, te da ostvaruju donekle različite efekte na varijable oporavka. Integrativni tretman je povezan sa nekim pozitivnijim ishodima u pogledu zdravlja, apstinencije, socijalnih resursa i subjektivnog iskustva oporavka. Supstiticioni tretman, pak, ima prednosti u pogledu održavanja učešća u smislenim aktivnostima i specifične samoefikasnosti prevladavanja.

### 8.5. Povezanost dužine tretmana sa sociodemografskim, tretmanskim i varijablama oporavka

Dužina tretmana je u ovom istraživanju tretirana kao kontrolna varijabla, što nam je omogućilo da ispitamo odnose između različitih varijabli, uzimajući u obzir potencijalni uticaj trajanja tretmana na ispitivane ishode. Dužina tretmana predstavlja važan faktor koji može uticati na efektivnost tretmana, razvoj kapitala za oporavak, nivo nade i samoefikasnosti prevladavanja, kao i na druge aspekte procesa oporavka od zavisnosti (Dennis *et al.*, 2005; Gorski, 1989; Laudet & White, 2008).

Kako bismo ispitali povezanost između dužine tretmana i drugih varijabli od interesa, sprovedi smo seriju hi-kvadrat testova. U kontekstu ovog istraživanja, hi-kvadrat testovi su primenjeni sa ciljem utvrđivanja postojanja statistički značajnih razlika u distribuciji učesnika i učesnica istraživanja prema različitim kategorijama dužine tretmana, u zavisnosti od sociodemografskih karakteristika, tretmanskih varijabli, kao i varijabli kapitala oporavka, nade i samoefikasnosti prevladavanja.

Rezultati hi-kvadrat testova su demonstrirali postojanje značajne povezanost između dužine tretmana i dimenzije socijalnog kapitala oporavka „Stanovanje i bezbednost”, kao i samoefikasnosti prevladavanja u situacijama koje podrazumevaju unutrašnja stanja visokorizična za recidiv i samoefikasnosti prevladavanja u situacijama visokorizičnim za recidiv koje uključuju druge ljude (Tabela br. 115).

Tabela br. 115. Vrednosti hi-kvadrat testa za odnos dužine tretmana i varijabli kapitala oporavka i samoefikasnosti prevladavanja

Varijabla	$\chi^2$	df	p
„Stanovanje i bezbednost” (dimenzija socijalnog kapitala oporavka)	25,502	10	< 0,05
Samoefikasnost prevladavanja - unutrašnja stanja	15,691	10	< 0,05
Samoefikasnost prevladavanja – drugi ljudi	23,105	10	< 0,005

Razlike u distribuciji nivoa kapitala oporavka na dimenziji „Stanovanje i bezbednost” u zavisnosti od dužine tretmana [ $\chi^2(10)=25,502$ ;  $p<0,05$ ] prikazane su u Tabeli br. 116. Rezultati govore u prilog tome da su učesnici i učesnice istraživanja koji su duže na tretmanu, posebno oni na tretmanu od šest do dvanaest meseci, zastupljeniji u višim kategorijama na ovoj dimenziji socijalnog kapitala oporavka (Tabela br. 116).

Tabela br. 116. Distribucija nivoa dimenzije socijalnog kapitala oporavka „Stanovanje i bezbednost” u odnosu na dužinu tretmana u ukupnom uzorku

Stanovanje i bezbednost		Dužina tretmana			
		Manje od mesec dana	1-6 meseci	6-12 meseci	Ukupno
0	N	2	0	1	3
	% ukupno	1,0%	0,0%	0,5%	1,5%
1	N	0	3	4	7
	% ukupno	0,0%	1,5%	2,0%	3,5%
2	N	0	2	7	9
	% ukupno	0,0%	1,0%	3,5%	4,5%
3	N	1	5	17	23
	% ukupno	0,5%	2,5%	8,5%	11,6%
4	N	2	5	28	35
	% ukupno	1,0%	2,5%	14,1%	17,6%
5	N	6	27	89	122
	% ukupno	3,0%	13,6%	44,7%	61,3%
Ukupno	N	11	42	146	199
	% ukupno	5,5%	21,1%	73,4%	100,0%

Ovi nalazi daju uvid u potencijalnu ulogu dužine tretmana u ovoj oblasti i sugerišu da bi duži tretman mogao biti povezan sa boljim ishodom u pogledu stabilnosti stanovanja i osećaja bezbednosti kod osoba na tretmanu zavisnosti od droga.

Rezultati hi-kvadrat testa ukazuju na postojanje statistički značajne povezanosti između dužine tretmana i nivoa samoeфикаsnosti u situacijama sa unutrašnjim stanjima visokog rizika za recidiv [ $\chi^2(10)=15,691$ ;  $p<0,05$ ], pri čemu su učesnici i učesnice istraživanja koji su duže na tretmanu zastupljeniji u višim kategorijama samoeфикаsnosti prevladavanja (Tabela br. 117).

Tabela br. 117. Odnos samoeфикаsnosti prevladavanja u situacijama sa unutrašnjim stanjima visokog rizika za recidiv i dužine tretmana u ukupnom uzorku

Nivo	Samoeфикаsnost - unutrašnja stanja	Dužina tretmana			
		Manje od mesec dana	1-6 meseci	6-12 meseci	Ukupno
1	N	1	5	10	16
	% ukupno	0,5%	2,7%	5,3%	8,6%
2	N	2	1	6	9
	% ukupno	1,1%	0,5%	3,2%	4,8%
3	N	0	3	8	11
	% ukupno	0,0%	1,6%	4,3%	5,9%
4	N	2	4	12	18
	% ukupno	1,1%	2,1%	6,4%	9,6%
5	N	2	7	9	18
	% ukupno	1,1%	3,7%	4,8%	9,6%
6	N	3	16	96	115
	% ukupno	1,6%	8,6%	51,3%	61,5%
Ukupno	N	10	36	141	187
	% ukupno	5,3%	19,3%	75,4%	100,0%

Ovakvi nalazi mogu ukazivati na potencijalnu vezu između dužine tretmana i razvoja ili održavanja visokog nivoa samoeфикаsnosti prevladavanja u ovim specifičnim situacijama.

Statistički značajna povezanost utvrđena je i kada su u pitanju samoeфикаsnost prevladavanja u situacijama visokorizičnim za recidiv koje uključuju druge ljude i dužina tretmana [ $\chi^2(10)=23,105$ ;  $p<0,005$ ], pri čemu su učesnici i učesnice istraživanja koji su duže na tretmanu zastupljeniji u višim kategorijama samoeфикаsnosti prevladavanja (Tabela br. 118).

Tabela br. 118. Odnos samoeфикаsnosti prevladavanja u situacijama visokog rizika za recidiv koje uključuju druge ljude i dužine tretmana u ukupnom uzorku

Samoeфикаsnost prevladavanja - drugi ljudi		Dužina tretmana			
		Manje od mesec dana	1-6 meseci	6-12 meseci	Ukupno
1	N	1	5	11	17
	% ukupno	0,5%	2,6%	5,6%	8,7%
2	N	1	5	7	13
	% ukupno	0,5%	2,6%	3,6%	6,7%
3	N	3	6	5	14
	% ukupno	1,5%	3,1%	2,6%	7,2%
4	N	1	4	12	17
	% ukupno	0,5%	2,1%	6,2%	8,7%
5	N	2	3	20	25
	% ukupno	1,0%	1,5%	10,3%	12,8%
6	N	3	15	91	109
	% ukupno	1,5%	7,7%	46,7%	55,9%
Ukupno	N	11	42	146	195
	% ukupno	5,6%	19,5%	74,9%	100,0%

Ovakvi nalazi mogu ukazivati na potencijalnu vezu između dužine tretmana i razvoja ili održavanja visokog nivoa samoeфикаsnosti u ovim specifičnim situacijama.

Uzimajući u obzir da je dužina tretmana u ovom istraživanju tretirana kao kontrolna varijabla, ovi nalazi imaju važne implikacije za interpretaciju drugih rezultata. Naime, značajna povezanost dužine tretmana sa varijablama kapitala oporavka i samoeфикаsnosti prevladavanja sugerise da je dužina tretmana potencijalno važna varijabla koja može uticati na ishode oporavka i da je potrebno uzeti je u obzir prilikom ispitivanja efekata drugih faktora, poput sociodemografskih karakteristika ili tipa tretmana. Moguće je da dužina tretmana deluje kao moderator odnosa između drugih varijabli i ishoda oporavka, što bi značilo da efekti tih varijabli mogu varirati u zavisnosti od toga koliko dugo je osoba na tretmanu. Ipak, važno je upozoriti na to da nejednaka distribucija učesnika i učesnica prema dužini tretmana u ovom uzorku (sa najvećim procentom onih koji su na tretmanu između šest i dvanaest meseci, 74,9%, n=146), može uticati na pouzdanost i generalizabilnost ovih nalaza. U budućim istraživanjima bi bilo korisno težiti ujednačenijoj distribuciji učesnika prema ovoj varijabli kako bi se dobila jasnija slika o njenoj ulozi u procesu oporavka.

## **DEVETI DEO: DISKUSIJA**



## 9. DISKUSIJA

Sprovedeno istraživanje je imalo za opšti cilj naučnu deskripciju, komparaciju i objašnjenje karakteristika kapitala oporavka u domenima ličnog kapitala oporavka, socijalnog kapitala oporavka, nade i samoeфикаsnosti prevladavanja kod osoba u fazi ranog oporavka na tretmanu zavisnosti od droga u Republici Srbiji, kao i njihovih veza sa tipom tretmana. Specifični ciljevi obuhvatali su utvrđivanje i opisivanje nivoa i karakteristika ovih resursa za oporavak, njihovu komparaciju između osoba na opioidnom supstitucionom i integrativnom programu tretmana, kao i ispitivanje razlika u specifičnim oblastima ovih konstrukata u odnosu na tip tretmana. Pritom, dužina tretmana je tretirana kao kontrolna varijabla, čiji je uticaj kontrolisan fokusiranjem na period ranog oporavka, odnosno prvih dvanaest meseci tretmana.

Polazeći od teorijskih postavki i empirijskih nalaza o značaju kapitala oporavka, nade i samoeфикаsnosti prevladavanja za uspešnost oporavka od zavisnosti, formulisana je opšta hipoteza o povezanosti nivoa i karakteristika ovih resursa sa tipom tretmana. Posebne hipoteze pretpostavljale su više nivoe ličnog i socijalnog kapitala oporavka i nade, a niži nivo samoeфикаsnosti prevladavanja kod osoba na integrativnom u odnosu na opioidni supstitucionni tretman, kao i specifične razlike u pojedinim dimenzijama ovih konstrukata u odnosu na tip tretmana.

Pored testiranja definisanih hipoteza, istraživanje je obuhvatilo i ispitivanje obrazaca povezanosti resursa za oporavak sa sociodemografskim i tretmanskim varijablama. Kako bi se stekao detaljniji uvid u potencijalne razlike u ispitivanim ishodima u funkciji dužine tretmana unutar perioda ranog oporavka, sprovedene su i dodatne analize. Prikazana je deskriptivna statistika za sociodemografske, tretmanske i varijable kapitala oporavka, nade i samoeфикаsnosti prevladavanja rizika od upotrebe droga u odnosu na kategorije dužine tretmana (manje od mesec dana, jedan do šest meseci, šest do dvanaest meseci).

Diskusija rezultata je organizovana tako da omogući sistematično i fokusirano razmatranje nalaza istraživanja u svetlu postavljenih ciljeva i hipoteza, ali i šireg konteksta faktora oporavka. Nakon prikaza opštih deskriptivnih pokazatelja i rezultata na nivou čitavog uzorka, sledi komparativna analiza poduzoraka prema tipu tretmana, uz kontrolu dužine tretmana. Centralni deo diskusije posvećen je detaljnoj elaboraciji rezultata testiranja hipoteza, sa posebnim fokusom na povezanost tipa tretmana sa karakteristikama kapitala oporavka, nade i samoeфикаsnosti prevladavanja. Potom su razmotrene relacije sociodemografskih i tretmanskih varijabli sa resursima za oporavak, uključujući i eksploraciju potencijalnih razlika u funkciji dužine tretmana unutar perioda ranog oporavka. Završni delovi diskusije kritički sagledavaju ograničenja studije, pružaju preporuke za buduća istraživanja i elaboriraju teorijske i praktične implikacije dobijenih nalaza.

U kontekstu rastućeg interesovanja za procese i faktore uspešnog oporavka od zavisnosti, kako globalno, tako i u Srbiji, ovo istraživanje pruža uvide o karakteristikama i povezanostima ključnih resursa za oporavak u specifičnom socio-kulturnom i tretmanskom kontekstu naše zemlje. Kroz ovako strukturisanu diskusiju težimo izvođenju sveobuhvatnih zaključaka, uzimajući u obzir i potencijalne obrasce variranja ovih konstrukata u različitim razdobljima ranog oporavka. Integracijom različitih nivoa analize i interpretativnih perspektiva, nastojimo da pružimo naučno utemeljene smernice za unapređenje razumevanja i podrške procesima oporavka od zavisnosti, kako na konceptualnom, tako i na praktičnom planu.

## 9.1. Karakteristike uzorka i deskriptivni pokazatelji na nivou ukupnog uzorka

Uzorak ovog istraživanja je činilo 200 osoba u fazi ranog oporavka od zavisnosti, ravnomerno zastupljenih na integrativnom i opioidnom supstitucionom tretmanu u okviru Specijalne bolnice za bolesti zavisnosti u Beogradu u trajanju do dvanaest meseci. Kako bismo omogućili dublje razumevanje profila populacije obuhvaćene istraživanjem i kontekstualizaciju nalaza o resursima za oporavak od zavisnosti, detaljno smo opisali uzorak najpre prema ključnim sociodemografskim i tretmanskim varijablama, a potom i u odnosu na karakteristike kapitala oporavka, nade, samoefikasnosti prevladavanja i njihove dimenzije.

### 9.1.1. Sociodemografske karakteristike uzorka

Deskriptivna analiza sociodemografskih karakteristika uzorka pokazala je da skoro tri četvrtine uzorka čine muškarci, a žene oko jedne četvrtine. Ovakva polna struktura, sa dominantnom zastupljenošću muškaraca, odražava već dobro dokumentovane rodne disproporcije među osobama koje se obraćaju za tretman zavisnosti od droga u Srbiji (Babin i Dugandžija, 2017; Đukanović i Knežević-Tasić, 2015; Jelkić *et al.*, 2018; Jovanović, Lazarević i Nikolić, 2012; Marković *et al.*, 2015; Ministarstvo zdravlja Republike Srbije, 2022). Ovi nalazi mogu se tumačiti u svetlu rodnih razlika u obrascima upotrebe supstanci, percepciji problema i spremnosti za traženje pomoći, kao i socio-kulturnih normi i očekivanja koja oblikuju puteve ka tretmanu (Arpa, 2017; Babović i Subotički, 2013; Beker i Milošević, 2019; UNODC, 2004). U kontekstu Srbije, tradicionalne rodne uloge i stereotipi mogu dodatno inhibirati traženje pomoći među ženama, što se odražava u njihovoj manjoj zastupljenosti u programima tretmana (Babović i Subotički, 2013; Beker i Milošević, 2019; Barbosa-Leiker *et al.*, 2021; Rakić i Dimoski, 2013).

Starosna distribucija uzorka, sa najvećom zastupljenošću osoba između 28 i 47 godina sugerise da većina učesnika i učesnica pripada kategoriji mlađih i srednjih odraslih. Ovaj nalaz je u skladu sa nalazima prethodnih studija koje izveštavaju o prosečnoj starosti osoba na tretmanu zavisnosti u Srbiji (Đukanović i Knežević-Tasić, 2015; Jelkić *et al.*, 2018; Jovanović, Lazarević i Nikolić, 2012; Marković *et al.*, 2015; Ministarstvo zdravlja Republike Srbije, 2022) i može se tumačiti u svetlu razvojnih putanja i prirodnog toka bolesti zavisnosti. Naime, period kasne adolescencije i ranog odraslog doba predstavlja period najvećeg rizika za razvoj zavisnosti, dok se traženje tretmana često javlja nakon više godina štetne upotrebe supstanci i akumulacije negativnih posledica (Dennis *et al.*, 2005; Hser, 2007; Scott, Foss & Dennis, 2005). U kontekstu Srbije, socioekonomski faktori poput visoke stope nezaposlenosti i produžene zavisnosti od porodice porekla među mladima mogu dodatno odložiti ulazak u tretman (Dragišić Labaš i Milić, 2007; Lažetić *et al.*, 2010; Lee *et al.*, 2015). Fragmentiranost i nedovoljna dostupnost usluga tretmana mogu otežati pristup pomoći za mlade, osobe nižeg obrazovnog i socioekonomskog statusa (Babović i Subotički, 2013; Beker i Milošević, 2019; Nacionalna strategija za sprečavanje zloupotrebe droga za period 2014-2021. godine; Republička stručna komisija za bolesti zavisnosti, Ministarstvo zdravlja RS i Mioviski, 2009).

Obrazovna struktura uzorka, sa dominacijom osoba sa završenom srednjom školom (71%, n=142), odražava opšte trendove u obrazovnom statusu osoba na tretmanu zavisnosti u Srbiji (Jovanović, Lazarević i Nikolić, 2012; Niškanović, 2013; Marković *et al.*, 2015; Ministarstvo zdravlja Republike Srbije, 2022). Međutim, nešto veća zastupljenost osoba sa višim i visokim obrazovanjem u ovom uzorku (13.5%, n=27) u odnosu na neke ranije studije (Babin i Dugandžija, 2017; Jovanović, Lazarević i Nikolić, 2012; Marković *et al.*, 2015) može sugerisati specifičnosti populacije obuhvaćene ovim istraživanjem, potencijalno vezane za karakteristike programa tretmana i/ili procesa selekcije učesnika i učesnica. Ipak, ovi nalazi i dalje ukazuju na značajne

obrazovne izazove sa kojima se suočavaju osobe u oporavku od zavisnosti u Srbiji, uključujući ograničene mogućnosti za nastavak školovanja i profesionalno usavršavanje (Beker i Milošević, 2019; Poverenica za zaštitu ravnopravnosti - Preporuka mere Nacionalnoj službi za zapošljavanje, del. br. 021-01-909/2023-02 ).

Analiza bračnog stanja pokazuje da više od polovine učesnika i učesnica ima status neoženjenih odnosno neudatih (52%, n=104), što svedoči o kompleksnom odnosu između zavisnosti i intimnih veza. Ovaj nalaz je konzistentan sa prethodnim studijama u Srbiji (Babin i Dugandžija, 2017; Jovanović, Lazarević i Nikolić, 2012; Marković *et al.*, 2015) i može se razumeti u svetlu negativnih efekata zavisnosti na formiranje i održavanje stabilnih partnerskih odnosa (Babović i Subotički, 2013; UNODC, 2004; Stojković, 2002). U kontekstu Srbije, gde su brak i porodica visoko vrednovani, stigma vezana za zavisnost može dodatno otežati ostvarivanje intimnih veza (Arpa, 2017; Babin i Dugandžija, 2017; Stojković, 2002).

Radni status uzorka, sa 44% (n=88) nezaposlenih učesnika i učesnica, oslikava dobro dokumentovane izazove u domenu zapošljavanja među osobama zavisnim od droga i/ili na tretmanu zavisnosti u Srbiji i na globalnom nivou (Babin i Dugandžija, 2017; Henkel, 2011; Jovanović, Lazarević i Nikolić, 2012; Marković *et al.*, 2015). Ovi nalazi mogu se tumačiti u svetlu složene interakcije između zavisnosti, individualnih karakteristika i strukturnih faktora koji oblikuju mogućnosti na tržištu rada (Henkel, 2011). U kontekstu Srbije, visoka opšta stopa nezaposlenosti, uz stigmatu i diskriminaciju prema osobama sa istorijom zavisnosti, dodatno otežava profesionalnu reintegraciju ove populacije (Beker i Milošević, 2019; Poverenica za zaštitu ravnopravnosti - Preporuka mere Nacionalnoj službi za zapošljavanje, del. br. 021-01-909/2023-02).

Rezultati pokazuju da su sociodemografske karakteristike uzorka slične u svim kategorijama dužine tretmana, sa konzistentno najvećom zastupljenošću u kategoriji od šest do dvanaest meseci tretmana. Ovo govori u prilog tome da dužina tretmana nema značajan uticaj na polnu, uzrasnu, obrazovnu, bračnu i radnu strukturu uzorka.

Dobijeni nalazi sugerišu da, uprkos izvesnim specifičnostima, sociodemografske karakteristike uzorka u velikoj meri odražavaju profile osoba na tretmanu zavisnosti od droga u Srbiji, dokumentovane u prethodnim istraživanjima. Dominacija muškog pola, mlađeg do srednjeg odraslog doba, srednjeg obrazovanja, samačkog života i nezaposlenosti u uzorku oslikava složenu interakciju individualnih, porodičnih i širih društvenih faktora koji oblikuju puteve u zavisnost i oporavak u našem kontekstu (Babin i Dugandžija, 2017; Dragišić Labaš i Milić, 2007; Ministarstvo zdravlja Republike Srbije, 2022), nezavisno od dužine trajanja tretmana. Ovi nalazi potvrđuju važnost ekosistemskog pristupa u socijalnom radu (Bronfenbrenner, 1979), koji naglašava međuzavisnost pojedinca i njegovog socijalnog okruženja i poziva na intervencije na različitim nivoima sistema.

### **9.1.2. Tretmanske karakteristike uzorka**

Podaci o tretmanskim karakteristikama jasno ukazuju na dominantnu zastupljenost zavisnosti od opijata i opioda među učesnicima i učesnicama ovog istraživanja. Značajna zastupljenost politoksikomanije sugeriše prisustvo obrasca upotrebe više supstanci kod dela učesnika i učesnica. Kanabinoidi, amfetamini i kokain, iako prisutni, znatno su manje zastupljeni u poređenju sa opijatima. Ovakva distribucija učesnika i učesnica prema tipu zavisnosti odražava specifičnosti populacije obuhvaćene istraživanjem, ali i šire trendove u zastupljenosti različitih supstanci među osobama koje se obraćaju za tretman zavisnosti, prijavljene u nacionalnim i regionalnim izveštajima i istraživanjima (Dimitrijević, 2003; Dragišić Labaš i Milić, 2007; EMCDDA & UNODC, 2019; Ministarstvo zdravlja Republike Srbije, 2022).

Visoka prevalenca upotrebe opijata u uzorku može se razumeti u kontekstu specifičnih socioekonomskih, kulturnih i geografskih faktora koji oblikuju dostupnost i obrasce upotrebe droga u Srbiji. Ovi faktori uključuju tranzicione procese, geostratešku poziciju na balkanskoj ruti i normalizaciju upotrebe opijata među određenim segmentima populacije (Ministarstvo zdravlja Republike Srbije, 2022). Značajna zastupljenost politoksikomanije sugerira kompleksnost obrazaca upotrebe supstanci i izazove u dizajniranju adekvatnih tretmanskih odgovora (Brands *et al.*, 2008; Peergolizzi *et al.*, 2021). Ovi nalazi naglašavaju važnost sveobuhvatne procene i individualnog planiranja usluga u skladu sa specifičnim potrebama korisnika i korisnica, što je u skladu sa principima vođenja slučaja u socijalnom radu (Rapp & Goscha, 2011; Žegarac, 2015).

Većina učesnika i učesnica je na tretmanu između šest i dvanaest meseci, sugerirajući da uzorak dobro reprezentuje populaciju u ranoj fazi oporavka, u fokusu ove studije. Ovaj vremenski okvir je konzistentan sa preporukama o optimalnom trajanju tretmana za postizanje stabilnosti i redukciju rizika od relapsa (Simpson, 2004; Zhang *et al.*, 2003).

Najveći procenat učesnika i učesnica je tretman započeo na sopstvenu inicijativu, što je ohrabrujući nalaz koji ukazuje na visok nivo unutrašnje motivacije za promenom među učesnicima i učesnicama istraživanja (Prochaska & DiClemente, 1983; Vučinić Jovanović i Hrnčić, 2022). Istovremeno, većina ima istoriju ponovljenih tretmana, najčešće između dva i četiri tretmana (41,5%, n=83), što odražava hroničnu i recidivirajuću prirodu zavisnosti (Dennis *et al.*, 2005; 2007; Hser, 2007; Jovanović, Lazarević i Nikolić, 2012; McLellan *et al.*, 2000; Scott, Foss & Dennis, 2005; White & Kelly, 2011; White, 2015).

Analiza tretmanskih karakteristika u odnosu na dužinu tretmana otkriva nekoliko značajnih trendova. Zavisnost od opijata dominira u svim fazama tretmana, sa posebno visokom zastupljenošću u kategoriji od šest do dvanaest meseci. Supstitucionni tretman je zastupljeniji među učesnicima na tretmanu dužem od šest meseci, dok je integrativni tretman češći među onima na tretmanu između jednog i šest meseci. Većina učesnika i učesnica ima istoriju prethodnih tretmana, a značajan procenat je imao i više od pet prethodnih tretmana, sa najvećom zastupljenošću u najdužoj kategoriji tretmana. Samoinicijativni i dolazak na tretman uz insistiranje drugih su prisutni u svim kategorijama dužine tretmana, sa najvećim procentom u najdužoj kategoriji.

Ovi nalazi osvetljavaju kompleksnost procesa oporavka i izazove sa kojima se suočava sistem tretmana zavisnosti u Srbiji. Visoka prevalenca opijatske zavisnosti i politoksikomanije ukazuje na potrebu za sveobuhvatnim i integrisanim pristupima lečenju (Dimitrijević, 2003; Brands *et al.*, 2008). Optimalno trajanje tretmana sugerisano u istraživanjima poziva na obezbeđivanje adekvatnog intenziteta i kontinuiteta zaštite (Simpson, 2004). Visok nivo samoinicijativnog ulaska u tretman ohrabruje, ali i naglašava važnost osnaživanja unutrašnje motivacije i spremnosti za promenu (DiClemente, Nidecker & Bellack, 2008; Korcha *et al.*, 2010; Prochaska & DiClemente, 1983; Vučinić Jovanović i Hrnčić, 2022). Istorijski ponovljenih tretmana svedoči o potrebi za razvojem efikasnih strategija prevencije relapsa i postizanja dugoročne stabilnosti oporavka (Dennis *et al.*, 2007; Marlatt & Gordon, 1985; White, 2015). Sa druge strane, fragmentiranost i nedovoljna koordinacija između različitih tipova usluga (Nacionalna strategija za sprečavanje zloupotrebe droga za period 2014-2021. godine; Ministarstvo zdravlja, 2022), ograničeni kapaciteti za sveobuhvatnu procenu i upućivanje (Ministarstvo zdravlja, 2022), nedostatak specijalizovanih programa za određene profile korisnika i korisnica (EMCDDA, 2022; Raketnić, Dimoski, 2013) i izazovi u obezbeđivanju kontinuiteta zaštite (Ministarstvo zdravlja, 2022; White & Kelly, 2011) mogu otežati adekvatno odgovaranje na heterogene potrebe osoba koje traže pomoć.

Rezultati o uticaju dužine tretmana na tretmanske karakteristike uzorka imaju važne implikacije za planiranje i pružanje usluga tretmana i podrške oporavku. Nalaz da je zavisnost od opijata dominantna u svim fazama tretmana, sa posebno visokom zastupljenošću u kategoriji dužeg tretmana, naglašava potrebu za razvojem i održavanjem specijalizovanih programa za lečenje opijatske zavisnosti, uključujući i dugotrajnije vidove podrške (White & Kelly, 2011). Veća

zastupljenost supstitucionog tretmana među učesnicima i učesnicama na tretmanu dužem od šest meseci sugerije da ovaj vid lečenja može biti posebno značajan za održavanje dugoročne stabilnosti i angažovanja u tretmanu (Goeieman *et al.*, 2023; Marijanović, 2014; O'Connor *et al.*, 2020; Vučković i sar., 2012) Istovremeno, češća zastupljenost integrativnog tretmana među učesnicima na tretmanu između jednog i šest meseci može ukazivati na potencijal ovog pristupa u ranim fazama oporavka i potrebu za obezbeđivanjem kontinuiteta podrške nakon inicijalnog tretmana (Gačić, 1992; Nastasić, 2011; White & Kelly, 2011). Dominacija samoinicijativnog dolaska na tretman u svim kategorijama dužine tretmana, a posebno u najdužoj, sugerije da lična motivacija može biti ključni faktor u održavanju dugotrajnog angažovanja u tretmanu (DiClemente, Nidecker & Bellack, 2008; Stevens *et al.*, 2008; Vučinić Jovanović i Hrnčić, 2020, 2022). Ovi nalazi pozivaju na razvoj intervencija za procenu i osnaživanje motivacije u različitim fazama oporavka.

Na osnovu prikazane analize, uočavamo da i pored ograničenja koja proizilaze iz primene metoda namernog uzorkovanja, sociodemografske i tretmanske karakteristike uzorka ovog istraživanja pokazuju visok stepen podudarnosti sa nalazima drugih studija o osobama na tretmanu zavisnosti od droga u Srbiji. Ovo sugerije da uzorak pruža dobru reprezentaciju ove populacije, uz izvesno pomeranje ka višim nivoima obrazovanja. Imajući u vidu navedene sličnosti i razlike, nalazi ove studije mogu pružiti vredne uvide o putanjama oporavka i potrebama za podrškom osoba na tretmanu, uz oprez pri generalizaciji nalaza na segmente populacije koji mogu biti manje zastupljeni u uzorku. Dublje razumevanje sociodemografskih i tretmanskih karakteristika osoba u oporavku, uključujući i ulogu dužine tretmana, predstavlja prvi korak ka razvoju prilagođenih i na dokazima zasnovanih intervencija koje će optimalno podržati njihov rast i osnaživanje. Upravo u ovom kontekstu, nalazi o ključnim resursima za oporavak - ličnim, socijalnim, motivacionim - dobijaju puni smisao i pružaju dragocene smernice za kreiranje sistema podrške koji odgovara specifičnim profilima i potrebama ove populacije.

### **9.1.3. Karakteristike kapitala oporavka, nade i samoeфикаsnosti prevladavanja u uzorku**

U pogledu karakteristika kapitala oporavka, nade i samoeфикаsnosti prevladavanja, rezultati našeg istraživanja ukazuju na predominantno snažne resurse za oporavak u ispitivanom uzorku, sugerijući potencijale za uspešan oporavak od zavisnosti. Većina učesnika i učesnica istraživanja poseduje visok nivo ukupnog, ličnog i socijalnog kapitala oporavka, kao i umereni do visok nivo ukupne nade, sa nešto izraženijim mišljenjem usmerenim na načine za ostvarenje ciljeva u odnosu na agensnost, što govori u prilog razvijenim kognitivnim i motivacionim resursima. Ohrabrujući su i nalazi o visokoj samoeфикаsnosti prevladavanja rizika od upotrebe droga, pri čemu više od polovine uzorka postiže maksimalan skor u ovom domenu. Većina uzorka izveštava o visokoj samoeфикаsnosti prevladavanja rizika od upotrebe droga i u kontekstu ličnih stanja i u kontekstu socijalnih situacija.

Kada se ovi nalazi posmatraju u odnosu na dužinu tretmana, uočava se da je distribucija nivoa ukupnog, ličnog i socijalnog kapitala oporavka, kao i nade, slična u svim kategorijama dužine tretmana, sa konzistentno najvećom zastupljenošću viših nivoa ovih resursa u najdužoj kategoriji tretmana (šest do dvanaest meseci). Slično, iako je distribucija skorova samoeфикаsnosti prevladavanja i njenih dimenzija slična u svim kategorijama dužine tretmana, zastupljenost visokih skorova je ubedljivo najveća u kategoriji tretmana u trajanju od šest do dvanaest meseci. Ovi rezultati mogu sa jedne strane da sugeriju potencijalne pozitivne efekte dugotrajnijeg ostajanja u tretmanu na razvoj i održavanje ključnih resursa za oporavak, a sa druge, da osobe sa inicijalno razvijenijim spektrom resursa imaju tendenciju dužeg zadržavanja na tretmanu.

Dobijeni nalazi su u saglasnosti sa prethodnim istraživanjima, koja pokazuju da osobe na početku tretmana zavisnosti često izveštavaju o visokim nivoima ličnog i socijalnog kapitala (Groshkova, Best & White, 2013), kao i da su viši nivoi kapitala oporavka, nade i samoeфикаsnosti prevladavanja povezani sa boljim ličnim i socijalnim funkcionisanjem u ranom oporavku (Laudet & White, 2008; Irving *et al.*, 2004; Mathis *et al.*, 2009; Sønderland *et al.*, 2021; Sterling *et al.*, 2010). Takođe, naši rezultati govore u prilog da tretman zavisnosti može imati značajne pozitivne efekte na različite oblasti funkcionisanja, uključujući globalno psihičko zdravlje, iskustvo oporavka, socijalnu podršku, smanjenje upotrebe psihoaktivnih supstanci i apstinenciju, kao i stanovanje i bezbednost (Gossop *et al.*, 2002; Best *et al.*, 2012; Kadden & Litt, 2011; Laudet, 2013), ili da osobe koje inicijalno poseduju resurse u ovim oblastima češće ulaze i/ili ostaju na tretmanu zavisnosti.

Međutim, identifikovane su i manje podgrupe sa slabije razvijenim resursima, poput niskog kapitala oporavka, niskog nivoa nade i niže samoeфикаsnosti prevladavanja. Takođe, u pojedinim domenima ličnog i socijalnog kapitala, poput globalnog fizičkog zdravlja, upravljanja rizicima, prevladavanja teškoća i životnog funkcionisanja i učešća u smislenim aktivnostima, učesnici i učesnice istraživanja su ostvarili/e nešto niže skorove. Ovi nalazi ukazuju na domene u kojima bi ciljane intervencije mogle biti od posebnog značaja. Važno je istaći da su niži nivoi svih ispitivanih resursa za oporavak prisutni u svim kategorijama dužine tretmana, što ukazuje na to da određeni procenat učesnika i učesnica ima izazove u ovim domenima bez obzira na trajanje tretmana. Ovi nalazi upućuju na potrebu za kontinuiranom procenom i ciljanom podrškom tokom čitavog procesa oporavka, prilagođenom specifičnim potrebama i izazovima pojedinaca u različitim fazama tretmana.

Generalno visoki nivoi kapitala oporavka, nade i samoeфикаsnosti prevladavanja u uzorku ohrabruju i ukazuju na značajne lične i socijalne resurse osoba na tretmanu zavisnosti. Ovi nalazi potvrđuju važnost perspektive snaga u socijalnom radu (Saleebey, 2009), koja naglašava potrebu za prepoznavanjem, mobilizacijom i jačanjem kapaciteta pojedinaca i njihovog okruženja kao osnove za prevladavanje životnih izazova. Nalazi o pretežno visokim nivoima resursa za oporavak u uzorku verovatno odražavaju kombinovano dejstvo pozitivnih efekata tretmana i procesa selekcije pri uključivanju u istraživanje. Sam ulazak u tretman može označavati mobilizaciju ličnih i socijalnih resursa i predstavljati značajan korak u procesu oporavka (Laudet & White, 2008). Takođe, istraživanja potvrđuju da različiti aspekti tretmana mogu unaprediti kapital oporavka, nadu i samoeфикаsnost (Moos, 2008; Kelly & Greene, 2014; Laudet & White, 2008). Tako su, na primer, Sterling i saradnici (2010) pronašli da osobe uključene u rezidencijalni tretman pokazuju značajno poboljšanje u ličnom i socijalnom kapitalu tokom boravka u programu. Slično, jedna novija studija je utvrdila da intenzivni multidisciplinarni tretman dovodi do porasta nade i samoeфикаsnosti kod osoba sa kompleksnim potrebama u domenima mentalnog zdravlja i zavisnosti (Sønderland *et al.*, 2021).

Dodatno, može se pretpostaviti da su u uzorak istraživanja selektovane osobe sa relativno očuvanim i/ili osnaženim resursima za oporavak. Naime, spremnost za učešće u istraživanju može odražavati određeni stepen motivacije, proaktivnosti i poverenja u proces tretmana, što su faktori povezani sa višim kapitalom oporavka (Groshkova, Best & White, 2013; Best *et al.*, 2016). Ovaj vid samo-selekcije je čest metodološki izazov u studijama tretmana i oporavka i može voditi precenjivanju resursa u uzorku u odnosu na širu populaciju osoba koje se suočavaju za zavisnošću (Melberg & Humphreys, 2010).

Sa druge strane, dosledno identifikovanje manjih podgrupa sa slabije razvijenim kapitalom oporavka, nadom i samoeфикаsnošću prevladavanja čak i u uslovima tretmana, ukazuje na potrebu za dodatnom podrškom ovim osobama. Prethodna istraživanja sugerišu da faktori poput težine zavisnosti, traume, pridruženih problema mentalnog zdravlja, disfunkcionalnih porodičnih odnosa, socijalne marginalizacije, beznadežnosti i niskog samopoštovanja i dr. mogu inhibirati razvoj resursa za oporavak, odnosno predstavljati barijere ili „negativni kapital oporavka” (Best,

Vanderplasschen & Nišić; 2020; Boden *et al.*, 2014; Cloud & Granfield, 2008; Pars *et al.*, 2023; Patton, Best & Brown, 2022). Na primer, Dingl i saradnici (2015) su utvrdili da osobe sa višestrukim potrebama u domenu mentalnog zdravlja i zavisnosti imaju značajno niži lični i socijalni kapital oporavka u odnosu na one sa primarnom dijagnozom zavisnosti. Slično, istraživanja ističu i da faktori poput siromaštva, beskućništva, stigme i diskriminacije mogu predstavljati strukturne barijere u građenju ličnih, relacionih i socijalnih resursa za oporavak (Pouille *et al.*, 2021; Ross-Houle & Porcellato, 2023). Prisustvo negativnog kapitala oporavka poziva na razvoj ciljanih, na snage usmerenih intervencija socijalnog rada koje će adresirati specifične barijere oporavka i osnažiti kapacitete za promenu

Ovi nalazi naglašavaju značaj pažljivog procenjivanja kapitala oporavka, nade i samoefikasnosti u kontekstu tretmana i kreiranja interventnih pristupa prilagođenih osobama sa slabije razvijenim resursima u ovim domenima. Prepoznavanje snaga i izazova u različitim sferama oporavka i pružanje ciljane podrške, umesto oslanjanja na pristup „jedno rešenje za sve“, može unaprediti individualizovanost, efektivnost i održivost tretmana (Best *et al.*, 2020) i intervencija i usluga socijalnog rada namenjenih podršci oporavku.

## 9.2. Komparativna analiza karakteristika poduzoraka prema tipu tretmana

Komparativna analiza pokazuje da se, iako postoje određene sličnosti između osoba uključenih u integrativni i opioidni supstitucionni tretman, ova dva poduzorka pokazuju tendencije ka razlikovanju po nizu sociodemografskih i tretmanskim karakteristika, koje mogu imati implikacije za njihove specifične potrebe, resurse i izazove u procesu oporavka. Takođe, osobe na integrativnom i na opioidnom supstitucionom tretmanu pokazuju različite tendencije kada su u pitanju nivoi i karakteristike resursa za oporavak kao što su kapital oporavka, nada i samoefikasnost prevladavanja. U nastavku ćemo prodiskutovati ove tendencije uočene poređenjem poduzoraka, dok će posebno biti analizirane razlike odnosno povezanosti.

### 9.2.1. Komparativna analiza sociodemografskih karakteristika u poduzorcima

Kada je reč o sociodemografskim karakteristikama, uočavamo da u oba poduzorka preovlađuju osobe muškog pola, ali sa nešto većom zastupljenošću žena na opioidnom supstitucionom tretmanu u odnosu na integrativni tretman. Ovo može ukazivati na veću prijemčivost supstitucionog tretmana za žene koje se suočavaju sa zavisnošću od droga. Uočene polne razlike u zastupljenosti na različitim tipovima tretmana su u skladu sa podacima iz drugih istraživanja, koji pokazuju da su žene češće uključene u metadonski program održavanja u poređenju sa rezidencijalnim tretmanom bez supstitucije (Chatham *et al.*, 1999), odnosno da žene sa zavisnošću od opijata češće biraju farmakoterapijske tretmane u poređenju sa psihosocijalnim rezidencijalnim programima (Greenfield *et al.*, 2007). Ova istraživanja sugerišu da identifikovane razlike mogu odražavati specifične barijere sa kojima se žene suočavaju pri uključivanju u intenzivne rezidencijalne programe, poput brige o deci i porodičnih obaveza. U svetlu ovih nalaza, feminističke perspektive u socijalnom radu (Dominelli, 2002) nude važan okvir za razumevanje i adresiranje rodni razlika u tretmanu zavisnosti. Ovi nalazi pozivaju na razvoj tretmana prilagođenih specifičnim potrebama i okolnostima žena koje se suočavaju sa zavisnošću, uzimajući u obzir višestruke uloge, odnose i očekivanja koja oblikuju njihove puteve ka oporavku (Covington, 2002; Raketić *et al.*, 2013).

Starosna struktura je generalno slična u oba poduzorka, sa dominantnom zastupljenošću osoba između 28 i 47 godina, što odgovara tipičnom uzrasnom profilu osoba koje se obraćaju za

tretman zavisnosti (Ministarstvo zdravlja RS, 2022). Ipak, nešto veća zastupljenost starijih od 48 godina na opioidnom supstitucionom tretmanu u odnosu na integrativni može zahtevati dodatnu pažnju usmerenu na specifične potrebe i izazove starijih osoba u tretmanu. Ovi nalazi takođe nalaze potporu u prethodnim istraživanjima. Npr. Rozen i saradnici (Rosen *et al.*, 2011) su identifikovali trend „starenja” populacije na metadonskom održavanju, sa značajnim porastom broja osoba starijih od 50 godina u periodu od 1996. do 2008. godine. Veća zastupljenost starijih osoba na opioidnom supstitucionom tretmanu i njihove specifične potrebe mogu se razumeti iz ugla perspektive životnog toka, koja naglašava važnost prilagođavanja intervencija razvojnim zadacima i tranzicijama u različitim životnim fazama (Hutchison, 2005; Newman & Newman, 2012). Ovi nalazi ističu potrebu za gerontološki osetljivom praksom socijalnog rada u tretmanu zavisnosti, koja će uvažiti jedinstvene zdravstvene, psihosocijalne i egzistencijalne potrebe starijih osoba na supstitucionom tretmanu i pružiti im prilagođenu podršku u procesu oporavka (Counsell *et al.*, 2007; Han *et al.*, 2022; Huhn *et al.*, 2018).

Što se tiče obrazovne strukture, većina učesnika i učesnica u oba poduzorka ima srednji nivo obrazovanja, sa blagom tendencijom ka višim nivoima obrazovanja na opioidnom supstitucionom tretmanu. Ovo može odražavati opšte trendove u obrazovnom statusu osoba koje se suočavaju sa zavisnošću, ali i ukazivati na potencijalne razlike u resursima i mogućnostima osoba uključenih u različite tipove tretmana, što je takođe podržano nalazima drugih autora i autorki (Kemp & Neale, 2005).

U pogledu bračnog statusa, u oba poduzorka preovlađuju neoženjene/neudate osobe, što je u skladu sa nalazima prethodnih istraživanja o negativnom uticaju zavisnosti na partnerske odnose i bračnu stabilnost i zadovoljstvo (Cranford *et al.*, 2011; Stojković, 2002). Tendencija ka većoj zastupljenosti razvedenih, rastavljenih ili udovaca/udovica na supstitucionom tretmanu u odnosu na integrativni koju smo uočili, prepoznata je i u istraživanju koje pokazuje da osobe na metadonskoj supstitucionoj terapiji često izveštavaju o teškoćama u formiranju i održavanju intimnih veza i mogu imati koristi od ciljanih intervencija usmerenih na razvoj relacionih veština i prevladavanje gubitaka (Neale & Kemp, 2010).

Najizraženije tendencije ka razlikama između poduzoraka pronađene su u domenu radnog statusa, sa znatno više osoba sa stabilnim zaposlenjem na integrativnom tretmanu nego na opioidnom supstitucionom tretmanu. Sa druge strane, nezaposlenost i povremeni rad su zastupljeniji kod osoba na supstitucionom tretmanu. Ovi nalazi sugerišu da osobe uključene u supstiticioni tretman mogu imati više izazova u domenu zapošljavanja i da mogu imati koristi od intenzivnije podrške u radnoj integraciji kao delu procesa oporavka. Prethodne studije su takođe pronašle da osobe na metadonskom programu imaju niže stope zaposlenosti u odnosu na opštu populaciju i da se suočavaju sa brojnim preprekama u pronalaženju i zadržavanju posla (Richardson *et al.*, 2012), kao i da nezaposlenost i siromaštvo predstavljaju značajne izazove za socijalnu reintegraciju osoba na supstitucionoj terapiji, što naglašavaju potrebu za integrisanim intervencijama usmerenim na poboljšanje ishoda zapošljavanja (Kemp & Neale, 2005). Uočeni izazovi u domenu zapošljavanja kod osoba na supstitucionom tretmanu mogu se sagledati iz perspektive pristupa osnaživanja u socijalnom radu (Jugović i Brkić, 2013; Lee, 2001). Ovi nalazi pozivaju na razvoj intervencija usmerenih na jačanje individualnih kapaciteta za zapošljavanje, poput treninga veština i obrazovanja, ali i na zagovaranje sistemskih promena u pravcu smanjenja strukturnih barijera, poput stigme i diskriminacije, u skladu sa antidiskriminativnom i antipotčinjavajućom praksom u socijalnom radu (Dominelli, 2002).

U odnosu na dužinu tretmana, nisu uočene značajne razlike u sociodemografskim karakteristikama u poduzorcima osoba na integrativnom i supstitucionom tretmanu. Generalno, i integrativni i opioidni supstiticioni tretman imaju najveću zastupljenost učesnika i učesnica u najdužoj kategoriji trajanja tretmana (šest do dvanaest meseci), a najmanju u najkraćoj kategoriji (manje od mesec dana) u okviru ranog oporavka. Ovo sugeriše da, bez obzira na modalitet tretmana,



većina učesnika i učesnica ostaje uključena u program tokom dužeg vremenskog perioda, što može odražavati potrebu za kontinuiranom podrškom u procesu oporavka.

### 9.2.2. Komparativna analiza tretmanskih karakteristika u poduzorcima

Kada je reč o tretmanskim karakteristikama, opijatska zavisnost je dominantna u oba poduzorka, ali sa nešto većom zastupljenošću na opioidnom supstitucionom tretmanu, što odgovara ciljanoj populaciji za ovaj vid tretmana. Veća zastupljenost politoksikomanije i upotrebe kanabinoida na integrativnom tretmanu može ukazivati na potrebu za dodatnim intervencijama usmerenim na specifične obrasce upotrebe supstanci u ovom poduzorku. Uočena razlikovanja u obrascima upotrebe supstanci između poduzoraka su u skladu sa prethodnim istraživanjima, koja su pronašla veću zastupljenost politoksikomanije među osobama na rezidencijalnom integrativnom tretmanu u odnosu na one u metadonskom programu (Brands *et al.*, 2008).

Kada se razmatra odnos tretmanskih karakteristika i dužine tretmana u poduzorcima prema tipu tretmana, uočava se da osobe na opioidnom supstitucionom tretmanu pokazuju duže zadržavanje na tretmanu u odnosu na učesnike i učesnice na integrativni tretman. Ovi nalazi su u skladu sa zapažanjem da različiti tipovi tretmana mogu imati drugačije ciljeve i očekivane dužine trajanja i govore u prilog mogućim razlikama u obrascima zadržavanja u tretmanu, pri čemu osobe na supstitucionom tretmanu u proseku ostaju duže uključene u program, dok je za osobe na integrativnom tretmanu karakterističnije kraće trajanje tretmana. Ova razlikovanja mogu odražavati specifičnosti samih tretmanskih modaliteta i potreba populacija koje ih biraju. Duže zadržavanje u supstitucionom tretmanu može biti povezano sa prirodom same farmakološke terapije, koja često zahteva postepeno prilagođavanje doze i dugoročni nadzor i praćenje. Istovremeno, osobe koje se opredeljuju za supstiticioni tretman mogu imati teže i dugotrajnije forme zavisnosti, što može zahtevati duži period angažovanja u tretmanu radi postizanja stabilnosti (Vučković *i sar.*, 2012; Zhang *et al.*, 2003). Sa druge strane, kraće trajanje integrativnog tretmana može odražavati intenzivnu prirodu ovog rezidencijalnog programa, koji teži postizanju promena u brojnim oblastima funkcionisanja i u kraćem vremenskom okviru.

U pogledu istorije prethodnih tretmana, većina osoba u oba poduzorka ima višestruke pokušaje lečenja, ali su osobe sa preko pet prethodnih tretmana zastupljenije na opioidnom supstitucionom tretmanu. Ovo može ukazivati na teže oblike zavisnosti i/ili specifične izazove u stabilizaciji apstinencije u ovoj podgrupi, usled čega osobe na opioidnom supstitucionom programu tretmana često imaju dugu istoriju zavisnosti i višestruke prethodne pokušaje lečenja (Darke *et al.*, 2005; Patterson Silver Wolf & Gold, 2020). Ovi nalazi upućuju da ova populacija može zahtevati sveobuhvatne i integrisane pristupe tretmanu.

Najzad, izražena razlikovanja u inicijativi za dolazak na tretman – sa većinom osoba na integrativnom tretmanu koje dolaze na insistiranje drugih, a većinom samoinicijativnih dolazaka na opioidni supstiticioni tretman – podržane su nalazima iz literature. Istraživanja su pokazala da osobe koje ulaze u rezidencijalni tretman češće prijavljuju spoljašnji pritisak kao razlog za traženje pomoći u odnosu na one na drugim tipovima programa (Wild, Cunningham & Ryan, 2006). Slično, istraživanja ističu da pravni pritisak i insistiranje porodice mogu biti značajni motivatori za ulazak u intenzivne rezidencijalne programe, ali da dugoročno unutrašnja motivacija ima presudnu ulogu za ishode tretmana (Stevens *et al.*, 2008). Ovi nalazi naglašavaju potrebu za diferencijalnim motivacionim intervencijama i strategijama uključivanja u tretman.

Uočena razlikovanja u tretmanskim karakteristikama između osoba na integrativnom i opioidnom supstitucionom tretmanu, uključujući i razlike u dužini tretmana, ukazuju na postojanje specifičnih profila osoba uključenih u ova dva tipa tretmana. U tom smislu, nalazi ovog istraživanja naglašavaju složenu interakciju između specifičnosti populacije, terapijskog pristupa i trajanja

tretmana u procesu oporavka od zavisnosti. Dok neki faktori, poput dominantnog obrasca upotrebe supstanci, mogu biti više povezani sa izborom određenog tipa tretmana, dužina tretmana se pokazala kao značajan faktor koji se razlikuje između dva terapijska modaliteta i može imati važnu ulogu u ishodima oporavka. Istovremeno, efekti dužine tretmana mogu biti oblikovani specifičnim karakteristikama učesnika i učesnica i tretmanskog pristupa, kao što je slučaj sa inicijativom za uključivanje u tretman.

Ovi nalazi mogu imati značajne praktične implikacije, sugerišući da je za adekvatno odgovaranje na potrebe i izazove osoba uključenih u različite vidove tretmana neophodno uzimanje u obzir jedinstvenih profila osoba koje ulaze u tretman, ali i dinamike njihovog angažovanja tokom vremena. Istovremeno, oni sugerišu da obezbeđivanje adekvatnog trajanja tretmana i kontinuiteta zaštite, prilagođenih specifičnom terapijskom modalitetu i potrebama populacije, može biti ključno za optimizaciju ishoda.

### **9.3. Analiza povezanosti tipa tretmana sa karakteristikama kapitala oporavka, nade i samoeфикаsnosti prevladavanja: testiranje opšte hipoteze istraživanja**

Rezultati su pružili delimičnu potvrdu opšte hipoteze istraživanja da su resursi za oporavak, uključujući kapital oporavka, nadu, samoeфикаsnost prevladavanja i njihove specifične dimenzije pozitivno povezani sa tipom tretmana u kom učestvuju osobe u fazi ranog oporavka od zavisnosti u Republici Srbiji. Pokazale su se značajne razlike između osoba na integrativnom i opioidnom supstitucionom tretmanu u očekivanom smeru na većini ispitivanih varijabli.

Razlika u nivou ukupnog kapitala oporavka između učesnika i učesnica na integrativnom i opioidnom supstitucionom tretmanu se pokazala granično značajnom, nije dostigla kriterijum  $p < 0,05$ , ali je blizu praga značajnosti. Ona ukazuje na tendenciju ka višim nivoima ukupnog kapitala oporavka na integrativnom tretmanu. Značajna razlika između osoba na integrativnom i opioidnom supstitucionom tretmanu nije pronađena ni kada je u pitanju ukupan skor ličnog kapitala oporavka. Ipak, na nivou određenih pojedinačnih dimenzija ličnog kapitala oporavka, ove razlike su pokazale statističku značajnost.

Osobe na integrativnom tretmanu su imale značajno više skorove na dimenzijama „Globalno fizičko zdravlje” i „Iskustvo oporavka”. One su imale značajno viši ukupni skor socijalnog kapitala oporavka. Ova razlika je bila prisutna i na nivou dimenzija „Upotreba PAS i apstinencija”, „Socijalna podrška” i „Smislene aktivnosti”.

Statistički značajne razlike između osoba na integrativnom i opioidnom supstitucionom tretmanu nisu pronađene za ukupni skor nade, kao ni za njene dimenzije „Agensnost” i „Mišljenje usmereno na načine za postizanje ciljeva”.

Kada je reč o samoeфикаsnosti prevladavanja rizika od upotrebe droga, dobijeni su značajno viši rezultati učesnika i učesnica na opioidnom supstitucionom tretmanu na varijabli „Samoeфикаsnost prevladavanja u situacijama visokorizičnim za recidiv u oblasti unutrašnjih stanja”. Nije se pokazala značajna razlika po tipu tretmana u ukupnom skor samoeфикаsnosti prevladavanja i skor samoeфикаsnosti u situacijama visokorizičnim za recidiv koje uključuju druge ljude.

Konačno, rezultati su demonstrirali povezanosti tipa tretmana sa nekim specifičnim dimenzijama resursa za oporavak, ali ne nužno sa dimenzijama za koje smo pretpostavljali postojanje značajnih razlika. Osobe na opioidnom supstitucionom tretmanu su imale značajno niže skorove od onih na integrativnom na dimenziji ličnog kapitala „Globalno fizičko zdravlje” i dimenzijama socijalnog kapitala „Socijalna podrška” i „Smislene aktivnosti”. Takođe, osobe na supstitucionom tretmanu su imale značajno više skorove samoeфикаsnosti prevladavanja u

situacijama sa unutrašnjim stanjima. Međutim, nisu pronađene značajne razlike na dimenziji ličnog kapitala „Upravljanje rizicima”, dimenziji socijalnog kapitala „Građansko angažovanje i učešće u zajednici”, dimenzijama nade „Agensnost” i „Mišljenje usmereno na načine za postizanje ciljeva”, kao ni na dimenziji „Samoefikasnost prevladavanja u situacijama sa drugim ljudima“. Dodatno, hipoteza nije predvidela razlike koje jesu pronađene na dimenziji ličnog kapitala „Iskustvo oporavka” i dimenziji socijalnog kapitala „Upotreba PAS i apstinencija”, gde su osobe na integrativnom tretmanu imale značajno više skorove.

Rezultati upućuju da osobe na integrativnom i opioidnom supstitucionom tretmanu pokazuju distinktivne profile i obrasce ovih ključnih resursa. Ovaj nalaz se može tumačiti uticajem modaliteta tretmana na proces oporavka, usled svojih različitih ciljeva, pristupa i intervencija (Gačić, 2013; Nastasić, 2020; Vučković *i sar.*, 2012). Sa druge strane, ove razlike mogu odražavati inicijalne razlike između resursa osoba koje idu na jedan ili drugi modalitet tretmana, bilo zato što su usled svojih inicijalnih specifičnosti one prijemčivije za određeni tip tretmana, ili zato što su češće upućivane na jedan ili drugi tip tretmana usled svojih karakteristika. Uzimajući u obzir ograničenja transverzalnog i korelacionog dizajna, ne možemo sa sigurnošću govoriti o smeru ovih razlika.

Integrativni tretman pokazuje veću pozitivnu povezanost sa višim nivoima socijalnog kapitala oporavka, opšteg fizičkog zdravlja, pozitivnog iskustva oporavka, smanjenjem upotrebe PAS i postizanjem apstinencije, socijalnom podrškom i uključenošću u smislene aktivnosti, od supstitutivnog tretmana. Pored toga, pokazala se tendencija viših skorova na ukupnom kapitalu oporavka kod osoba na integrativnom tretmanu od onih na supstitutivnom tretmanu. Ovi nalazi su u skladu sa teorijskim pretpostavkama o specifičnostima integrativnog tretmana koji, kroz kombinaciju farmakoloških, psiholoških i socijalnih intervencija, cilja na različite aspekte funkcionisanja pojedinca i njegovog okruženja (Gačić, 1992, 2013; Gačić i Majkić, 2000; Laudet & Humphreys, 2013). Sa svojim fokusom na sveobuhvatnu bio-psiho-socijalnu rehabilitaciju i ličnu transformaciju, integrativni tretman može biti posebno pogodan za mobilizaciju i jačanje širih resursa za oporavak, posebno onih ukorenjenih u socijalnim odnosima, životnim ulogama i doživljaju smisla (Filipović, 2010; Gačić, 1992, 2013; Gačić i Majkić, 2000; Lažetić *i sar.*, 2010; Ministarstvo zdravlja Republike Srbije, 2022; Nastasić, 2011; Vujošević i Nastasić, 2014; Zoričić, 2018, 2020). Međutim, ove razlike mogu odražavati i inicijalne karakteristike osoba koje biraju ili bivaju usmerene na ovaj tip tretmana

Sa druge strane, opioidni supstiticioni tretman pokazuje veću pozitivnu povezanost sa samoefikasnošću u prevladavanju rizika od upotrebe droga povezanih sa unutrašnjim stanjima, od integrativnog tretmana. Ovo verovatno rezultat farmakološke stabilizacije koja potencijalno stvara uslove za veću psihološku stabilnost i kontrolu nad rizičnim situacijama, budući da su uključeni u tretman zbog nedostatka ove vrste samoefikasnosti (Crnić & Todorović, 2017; Vučković *i sar.*, 2012). Redukujući fiziološke i psihološke efekte apstinencijalnog sindroma i žudnje, supstiticiona terapija može omogućiti osobama da razviju i primene veštine prevladavanja bez ometajućeg uticaja ovih simptoma, što je mehanizam prethodno opisan u literaturi (Corsi *et al.*, 2002; Gossop *et al.*, 2003).

Zanimljivo je da, uprkos razlikama u drugim domenima, integrativni i opioidni supstiticioni tretman nisu pokazali značajne razlike u nivoima nade. Ovaj nalaz se može interpretirati na više načina. S jedne strane, rezultati mogu sugerisati da oba terapijska pristupa imaju potencijal za održavanje ovog ključnog psihološkog resursa, možda kroz različite mehanizme - integrativni tretman kroz fokus na ličnu transformaciju i rast, a supstiticioni tretman kroz obezbeđivanje psihofizičke stabilnosti i olakšanja simptoma. S druge strane, sam čin uključivanja u tretman, bez obzira na modalitet, može biti odraz inicijalnih pozitivnih očekivanja i uverenja o mogućnosti promene (Irving *et al.*, 2004). Dodatno, moguće je da osobe sa višim nivoom nade češće ostaju u tretmanu, bez obzira na njegov tip. Za preciznije razumevanje odnosa između tipa tretmana i nade,

potrebna su longitudinalna istraživanja koja bi pratila promene u nivou nade tokom vremena u različitim tretmanskim kontekstima.

Dobijeni nalazi mogu da se tumače i donekle nezavisnim putanjama kojima se tokom tretmana razvijaju različite komponente kapitala oporavka. U skladu sa Snajderovom teorijom nade (2002) i Bandurinom teorijom samoefikasnosti (1997), ovi resursi su oblikovani specifičnim kognitivnim, afektivnim i bihejviornim procesima koji se aktiviraju u susretu sa izazovima oporavka. Stoga, različiti tipovi tretmana mogu imati diferencijalne efekte na određene aspekte resursa za oporavak, zavisno od toga koje procese primarno podstiču. Na primer, veći fokus integrativnog pristupa na ličnu odgovornost i aktivnu orijentaciju ka ciljevima može posebno pogodovati jačanju agensnosti (Irving *et al.*, 2004), dok farmakološka stabilizacija u supstitucionom tretmanu može primarno delovati na samoefikasnost kroz promenu fizioloških stanja (Bandura, 1999; DiClemente *et al.*, 1995).

Rezultati našeg istraživanja ukazuju na kompleksnu povezanost između tipa tretmana i resursa za oporavak. Oni su u skladu s prethodnim istraživanjima (Cloud & Granfield, 2008; Dennis *et al.* 2005; Laudet & White, 2008) i mogu doprineti razumevanju razlika u ishodima različitih tipova tretmana zavisnosti u Srbiji (Best & Nišić, 2019; Marinković *et al.*, 2017). Rezultati našeg istraživanja mogu se interpretirati na više načina. S jedne strane, oni ukazuju na potencijalnu uticaj između tipa tretmana na resurse za oporavak, što je u skladu sa teorijskim pretpostavkama i nalazima prethodnih istraživanja (Cloud & Granfield, 2008; Dennis *et al.* 2005, 2007; Ilgen, McKellar & Tiet, 2005; Gačić, 1992, 2013; Gačić i Majkić, 2000; Kadden & Litt, 2011; Laudet & White, 2008; McLellan *et al.* 1993, 1998; Siegal *et al.*, 1995 Shumway *et al.* 2013; White & Kelly, 2011). Sa druge strane, opažene razlike mogu biti rezultat i procesa selekcije pri izboru i ostanku na određenom tipu tretmana. Moguće je da osobe sa višim početnim nivoom resursa češće biraju ili bivaju usmerene na integrativni tretman, dok one sa nižim nivoom resursa češće ulaze u opioidni supstiticioni tretman.

Visoka zastupljenost umerenih do visokih nivoa resursa za oporavak u obe grupe može ukazivati na potencijal oba modaliteta tretmana da podrže razvoj ovih resursa, ali i na mogućnost da osobe sa višim nivoom resursa duže ostaju u tretmanu. Ovi nalazi verovatno odražavaju kombinovano dejstvo pozitivnih efekata tretmana i procesa selekcije pri uključivanju u istraživanje. Međutim, odsustvo uniformnih i statistički značajnih razlika na svim ispitivanim varijablama sugerise da povezanost tipa tretmana i resursa za oporavak nije jednostavna niti jednoznačna. Ovi rezultati naglašavaju kompleksnost odnosa između tipa tretmana, ličnih karakteristika i resursa za oporavak. Oni su u skladu sa shvatanjima oporavka kao kompleksnog i individualizovanog procesa (Laudet, 2007) i sugerisu da je odnos tretmana i kapitala oporavka složen i potencijalno moderiran drugim faktorima, poput ličnih karakteristika, faze oporavka ili šireg socijalnog konteksta (Zschau *et al.*, 2016). U tom smislu, rezultati naglašavaju kompleksnost odnosa između tipa tretmana, ličnih karakteristika i resursa za oporavak, te potrebu za longitudinalnim istraživanjima koja bi mogla rasvetliti smer i prirodu ovih odnosa.

Odsustvo statistički značajnih razlika na nekim varijablama može odražavati metodološka ograničenja (npr. veličina i neujednačenost poduzoraka), ali i realnu varijabilnost i heterogenost puteva oporavka unutar svakog terapijskog modaliteta. Ovaj nalaz je u skladu sa teorijama socijalnog kapitala (Bourdieu, 1986; Coleman, 1988), konceptom kapitala oporavka (Cloud & Granfield, 2008; Granfield & Cloud, 1999), ekosistemskim pristupom (Bronfenbrenner, 1979) i perspektivom snaga u socijalnom radu (Saleebey, 1996), koje naglašavaju važnost šireg konteksta i individualnih kapaciteta u procesu oporavka. Prema ovim shvatanjima, uspešnost tretmana zavisi od kompleksne interakcije osobina pojedinca, karakteristika njegovog neposrednog okruženja i širih društvenih faktora. Stoga se može pretpostaviti da su uočene varijacije u resursima za oporavak unutar i između terapijskih modaliteta odraz ne samo specifičnosti samih intervencija, već i

individualnih razlika među učesnicima i učesnicama tretmana, kao i njihovih jedinstvenih životnih okolnosti.

U celini, delimična potvrda hipoteze o povezanosti tipa tretmana sa kapitalom oporavka, nadom i samoefikasnošću prevladavanja rizika od upotrebe droga ukazuje na važnost sagledavanja oporavka od zavisnosti kao kompleksnog, relacionog i kontekstualno uslovljenog procesa. Uočene razlike između integrativnog i opioidnog supstitucionog tretmana, iako ne sasvim dosledne, sugerišu da različiti terapijski pristupi mogu biti povezani sa specifičnim obrascima resursa za oporavak. Međutim, ove razlike mogu biti rezultat kako samog tretmana, tako i procesa selekcije pri izboru i ostanku na određenom tipu tretmana. Nalazi upućuju na multidimenzionalnu prirodu oporavka i potencijalnu korist od prilagođenih tretmana koji ciljaju višestruke domene funkcionisanja. Oni takođe sugerišu da različiti terapijski pristupi mogu biti povezani sa različitim aspektima resursa za oporavak, pri čemu su kod osoba na integrativnom tretmanu izraženiji širi lični i socijalni resursi, dok su kod osoba na opioidnom supstitucionom tretmanu izraženije specifične veštine prevladavanja. Međutim, kako naglašavaju teorije socijalnog kapitala, ekosistemska perspektiva i pristup zasnovan na snagama, ovi resursi se uvek razvijaju u dinamičnoj interakciji sa individualnim karakteristikama učesnika i učesnica tretmana i njihovim socijalnim kontekstima. Stoga se svaki tretman mora posmatrati kao deo šireg kontinuuma intervencija i resursa koji, udruženim delovanjem na različitim nivoima sistema, podržavaju proces oporavka (Laudet & Humphreys, 2013; Vučinić Jovanović, 2021; Žegarac, 2015). Ovi rezultati pružaju osnovu za unapređenje efikasnosti procene, planiranja i primene intervencija socijalnog rada prilagođenih specifičnim potrebama osoba na različitim tipovima tretmana. Ipak, za preciznije utvrđivanje smera i prirode odnosa između tipa tretmana i resursa za oporavak, potrebna su dalja istraživanja. Potrebna su longitudinalna istraživanja istraživanja radi utvrđivanja smera ovih razlika, kao i specifičnih mehanizama putem kojih tretmanski, individualni i sredinski faktori uzajamno deluju na izgradnju kapitala oporavka, nade i samoefikasnosti kod osoba na tretmanu zavisnosti. Isto tako, potrebno je povećati razumevanje na koji način inicijalna količina i vrsta resursa osobe koja traži tretman usmerava donošenje odluke o tipu tretmana. Takva istraživanja mogu doprineti razvoju integrisanih, na snage orijentisanih modela oporavka prilagođenih potrebama i resursima svakog pojedinca u njegovom jedinstvenom ekosistemu.

### **9.3.1. Analiza razlika u nivoima ličnog kapitala oporavka između poduzoraka: testiranje prve posebne hipoteze**

Prva posebna hipoteza pretpostavila je da će osobe u ranom oporavku na integrativnom tretmanu u Republici Srbiji imati više nivoje ličnog kapitala oporavka u poređenju sa osobama na opioidnom supstitucionom tretmanu. Ova hipoteza je zasnovana na teorijskim postavkama o značaju psihosocijalnih intervencija za jačanje ličnih resursa za oporavak (Burns & Marks, 2013; Cano *et al.*, 2017; Cloud & Granfield, 2001; Groshkova, Best & White, 2013; Laudet & White, 2008; Lopez *et al.*, 2004) i ranijim nalazima o boljim ishodima integrativnog tretmana u pogledu psihičkog zdravlja, ličnog razvoja i kvaliteta života (Best i Nišić, 2019; Drake, O'Neal & Wallach, 2008; Gonzales *et al.*, 2009; Pagdett *et al.*, 2008).

Rezultati su delimično potvrdili ovu hipotezu, demonstrirajući statistički značajne razlike između osoba na integrativnom i opioidnom supstitucionom tretmanu u pogledu dve dimenzije ličnog kapitala oporavka: „Globalno fizičko zdravlje” i „Iskustvo oporavka”, ali ne i u pogledu ukupnog skora ličnog kapitala oporavka. Iako na nivou ukupnog skora ličnog kapitala oporavka razlike između tretmana nisu dostigle statističku značajnost, uočena je tendencija ka većoj zastupljenosti veoma visokog nivoa ličnog kapitala među učesnicima integrativnog tretmana.

Rezultati oslikavaju složen odnos između tipa tretmana i ličnog kapitala oporavka. Iz ugla perspektive snaga u socijalnom radu (Saleebey, 1996), ove razlike se mogu sagledati kao odraz potencijala različitih tretmanskih modaliteta da prepoznaju, aktiviraju i grade lične snage i resurse. Generalno dobra zastupljenost viših nivoa većine dimenzija ličnog kapitala u oba poduzorka potvrđuje postavke teorije kapitala oporavka da većina osoba poseduje značajne unutrašnje resurse koji se mogu mobilisati u procesu tretmana (Granfield & Cloud, 1999). Ipak, opažene varijacije između i unutar tretmana ukazuju na to da su za optimalne ishode neophodne intervencije prilagođene specifičnim konstelacijama ličnih resursa i izazova (Dennis *et al.*, 2007).

Integrativni tretman nastoji da pruža podršku na različitim nivoima funkcionisanja i time potencijalno omogućava izgradnju šireg spektra unutrašnjih i spoljašnjih resursa za prevladavanje izazova oporavka (Cloud & Granfield, 2008; Gačić, 2013; Laudet & Humphreys, 2013; Laudet & White, 2008). Njegov fokus na ličnu promenu, usvajanje zdravih životnih stilova i socijalnu reintegraciju može biti posebno pogodan za jačanje doživljaja fizičkog blagostanja i pozitivnog iskustva oporavka kao ključnih dimenzija ličnog kapitala. Ovi rezultati su u skladu sa ranijim istraživanjima koja su ukazala na prednosti integrativnog pristupa u pogledu unapređenja opšteg zdravlja i blagostanja osoba u oporavku od zavisnosti (McLellan *et al.*, 1998; Weisner *et al.*, 2001; White & Kelly, 2011).

Istovremeno, značajne razlike između osoba na integrativnom i supstitucionom tretmanu u Srbiji, posebno na dimenziji „Globalno fizičko zdravlje”, mogu se objasniti i različitim nivoima resursa sa kojima ove osobe ulaze na tretman. Osobe koje ulaze u supstitucione programe često već imaju ozbiljne zdravstvene probleme usled dugotrajne upotrebe opioda i pratećih rizičnih ponašanja, što može ograničiti njihov potencijal za napredak uprkos tretmanu (Vučković *i sar.*, 2012). Njihovo inicijalno lošije zdravstveno stanje može zahtevati intenzivnije i specifičnije medicinske intervencije koje prevazilaze okvire standardnih supstitucionih programa (Raketić *et al.*, 2013). Nasuprot tome, osobe na integrativnom tretmanu možda inicijalno imaju bolje fizičko zdravlje i više resursa, što im omogućava da maksimalno iskoriste prednosti sveobuhvatnog programa tretmana. Ovi nalazi naglašavaju važnost razmatranja početnih karakteristika pri interpretaciji ishoda tretmana i ukazuju na potrebu za unapređenjem supstitucionih programa kroz jačanje zdravstvene zaštite. Iz perspektive snaga u socijalnom radu (Saleebey, 2009), ovi nalazi pozivaju na holistički pristup tretmanu koji će, pored farmakološke stabilizacije, pružiti sveobuhvatnu podršku u unapređenju fizičkog zdravlja osoba na supstitucionom tretmanu. Ovo može uključivati povezivanje sa primarnom zdravstvenom zaštitom, edukaciju o zdravim stilovima života, skrining i tretman komorbiditeta, kao i zagovaranje sistemskih promena u pravcu unapređenja dostupnosti i kvaliteta zdravstvenih usluga za ovu populaciju (Driscoll *et al.*, 2021). Buduća istraživanja bi trebalo da kontrolišu inicijalne razlike u zdravstvenom stanju pri poređenju efikasnosti tretmana i ispituju dinamiku promena zdravlja tokom procesa oporavka.

Sa druge strane, odsustvo značajnih razlika na ukupnom skoru ličnog kapitala i dimenzijama „Globalno psihičko zdravlje”, „Upravljanje rizicima” i „Prevladavanje teškoća i životno funkcionisanje” sugerise da i supstitucioni tretman može podržati razvoj ličnih resursa, makar do određenog nivoa. Supstituciona terapija, kroz svoju usmerenost na stabilizaciju i smanjenje štete, može odgovarati osobama u ranoj fazi oporavka i pružiti im bazičnu podršku neophodnu za aktiviranje ličnih kapaciteta (Vučković *i sar.*, 2012). Osim toga, istraživanja su ukazala na potencijal opioidnog supstitucionog tretmana da, pored farmakološke stabilizacije, kroz prateće psihosocijalne intervencije doprinese unapređenju određenih aspekata ličnog funkcionisanja i kvaliteta života osoba u oporavku (Torrens *et al.*, 1997; De Maeyer *et al.*, 2010). Ovo je u skladu sa ekosistemskim pristupom (Bronfenbrenner, 1979) i perspektivom snaga (Saleebey, 1996) koji naglašavaju značaj interakcije između osobe i njenog okruženja, odnosno fokusiraju se na potencijale i kapacitete pojedinca. Iz ove perspektive, efikasnost tretmana u izgradnji kapitala oporavka ne zavisi samo od njegovih karakteristika, već i od načina na koji se one uklapaju sa specifičnim potrebama, aspiracijama i resursima osobe i njene sredine. Visoka zastupljenost

umerenih do visokih nivoa ličnog kapitala oporavka u obe grupe može ukazivati na potencijal oba modaliteta tretmana da podrže razvoj ličnih resursa za oporavak, ali i na mogućnost da osobe sa višim nivoima resursa duže ostaju u tretmanu. Ovi nalazi su u skladu sa teorijskim postavkama i ranijim empirijskim nalazima (Cloud & Granfield, 2008; Laudet & White, 2008; Best *et al.*, 2012). Rezultati pružaju osnovu za dalje istraživanje oba tipa tretmana u kontekstu osnaživanja ličnih kapaciteta za oporavak, uz uvažavanje specifičnih karakteristika osoba na različitim tretmanskim modalitetima. Dalja istraživanja longitudinalnog dizajna su neophodna kako bi se utvrdio smer povezanosti između tipa tretmana i nivoa ličnog kapitala oporavka. Takva istraživanja bi mogla rasvetliti da li su uočene razlike rezultat selekcije korisnika i korisnica za određeni tip tretmana, potencijalnog uticaja samog tretmana, ili delovanja drugih faktora. Takođe, potrebno je detaljnije ispitati potencijalne mehanizme putem kojih različiti elementi integrativnog i opioidnog supstitucionog tretmana mogu biti povezani sa različitim domenima ličnog kapitala oporavka i identifikovati faktore koji bi mogli dodatno unaprediti njihovu efikasnost u specifičnom kontekstu Srbije. Nalazi ovog istraživanja sugerišu potrebu za daljim istraživanjem intervencija usmerenih na unapređenje fizičkog zdravlja i pozitivnog iskustva oporavka, posebno kod osoba na supstitucionom tretmanu.

### **9.3.2. Analiza razlika u nivoima socijalnog kapitala oporavka između poduzoraka: testiranje druge posebne hipoteze**

Rezultati testiranja druge posebne hipoteze pružaju snažnu podršku pretpostavci da osobe u ranoj fazi oporavka od zavisnosti na integrativnom tretmanu u Republici Srbiji imaju viši nivo socijalnog kapitala oporavka u odnosu na one na opioidnom supstitucionom tretmanu. Pronađene su statistički značajne razlike kako na ukupnom skoru socijalnog kapitala oporavka, tako i na specifičnim dimenzijama „Upotreba PAS i apstinencija”, „Socijalna podrška” i „Smislene aktivnosti”. Ovi nalazi ukazuju na pozitivnu povezanost između integrativnog tretmana i socijalnog kapitala oporavka, što može biti rezultat različitih faktora, uključujući karakteristike tretmana ili procese selekcije. Međutim, zbog transverzalne prirode studije, ne možemo zaključivati o uzročno-posledičnim vezama između tipa tretmana i nivoa socijalnog kapitala oporavka. Naši nalazi se mogu interpretirati iz ugla teorije socijalnog kapitala, prema kojoj socijalne veze, mreže i resursi ukorenjeni u odnosima predstavljaju ključne faktore koji omogućavaju pojedincima da prevaziđu izazove i ostvare željene ciljeve (Bourdieu, 1986; Coleman, 1988). U kontekstu oporavka od zavisnosti, socijalni kapital obezbeđuje pristup podršci, informacijama, mogućnostima i alternativnim načinima postizanja zadovoljstva i smisla koji mogu zameniti ulogu koju su ranije imale PAS (Granfield & Cloud, 2001; Laudet & White, 2008). Viši nivoi socijalnog kapitala oporavka, opaženi kod osoba na integrativnom tretmanu, mogu biti povezani sa karakteristikama ovog pristupa, kao i procesima selekcije za ovaj tip tretmana, ali i sa drugim faktorima koje je potrebno dalje istražiti. Sa svojim fokusom na intervencije u različitim sistemima (porodica, vršnjaci, zajednica), oni se pokazuju efikasniji u kreiranju „oporavku naklonjene” socijalne ekologije (Mumba & Mugoya, 2022).

Specifično, razlike na dimenziji „Upotreba PAS i apstinencija” ukazuju da osobe na integrativnom tretmanu izveštavaju o okruženju i odnosima koji više podržavaju održavanje od upotrebe droga. Ovo se može pripisati i snažnom naglasku integrativnog programa na apstinenciju kao cilj tretmana, promovisanju alternativnih načina odnošenja prema stresu i porivu za uzimanjem supstanci, i aktivnom povezivanju sa mrežama podrške u apstinenciji (Gačić, 2013). Ipak, potrebno je uzeti u obzir mogućnost da ove razlike odražavaju i inicijalne karakteristike osoba koje biraju različite tipove tretmana. Potrebna su dodatna istraživanja koja bi mogla da detaljnije ispituju ove pretpostavke i smer opaženih razlika.

Više vrednosti na dimenziji „Socijalna podrška” mogu ukazivati na potencijal integrativnog pristupa da efikasnije mobilize podržavajuće resurse iz neposrednog okruženja osobe. Moguće je da kombinacija porodične terapije, savetovanja i socioterapije, tipična za integrativne programe, osnažuje prirodne sisteme podrške i kreira nove socijalne veze koje promovišu oporavak (Laudet *et al.*, 2006; Zschau *et al.*, 2016). Isto tako, u literaturi se dosledno prepoznaje da su osobe sa većim brojem i kvalitetom podržavajućih odnosa pre tretmana sklonije da potraže pomoć, ostanu uključene u tretman i postignu duže periode apstinencije (Dobkin *et al.*, 2002; Havassy *et al.*, 1991; Longabaugh *et al.*, 2010), te možemo pretpostaviti da ovakav nalaz može odražavati i već visoke nivoe ovog resursa kod osoba na integrativnom tretmanu. U tom smislu je važno da uzmemo u obzir da opažene razlike mogu, ali ne moraju nužno biti efekat tretmana, ili makar ne samo tretmana. Konačno, razlike na dimenziji „Smislene aktivnosti” mogu ukazivati na to da osobe na integrativnom tretmanu češće izveštavaju o uključenosti u aktivnosti koje doprinose doživljaju svrhe, kompetentnosti i povezanosti. Moguće je da integrativni pristup, kroz socioterapiju, edukaciju, volontiranje i druge strukturisane aktivnosti, pruža više mogućnosti za izgradnju alternativnih uloga i identiteta koji mogu zameniti centralni značaj koji je imalo korišćenje droga (Best *et al.*, 2013). Alternativno, moguće je da osobe koje već imaju tendenciju ka uključivanju u smislene aktivnosti češće biraju integrativni tretman. Međutim, potrebna su dalja istraživanja kako bi se utvrdilo da li su ove razlike rezultat samog tretmana ili drugih faktora.

Integracija nalaza o statističkoj značajnosti razlika između tretmana na ukupnom skoru i specifičnim dimenzijama socijalnog kapitala sa deskriptivnim podacima o distribuciji nivoa socijalnog kapitala u poduzorcima pruža još dublji uvid u različite efekte integrativnog i supstitucionog pristupa na razvoj socijalnih resursa za oporavak.

Viši nivo socijalnog kapitala kod osoba na integrativnom tretmanu može ukazivati na potencijal ovog pristupa za podršku razvoju socijalnih resursa. Ova razlika bi se mogla pripisati karakteristikama integrativnih programa da, kroz sveobuhvatne psihosocijalne intervencije, aktivno grade podržavajuće odnose, povezuju osobe sa mrežama podrške i promovišu smislenu učešće u životu zajednice (Gačić, 2013; Laudet *et al.*, 2006), ali i procesima selekcije ili drugim faktorima koje treba dalje istražiti.

Sa druge strane, nešto veća prevalenca niskog i umerenog nivoa socijalnog kapitala među osobama na opioidnom supstitucionom tretmanu može odražavati izvesna ograničenja dominantno farmakološkog pristupa u angažovanju šireg socijalnog konteksta oporavka. Dok supstituciono terapija obezbeđuje stabilizaciju i redukuje štetu, prateće psihosocijalne intervencije su često ograničenog intenziteta i ne uspeavaju da u potpunosti transformišu socijalne mreže i uloge osobe (Vučković *i sar.*, 2012).

Ipak, značajna zastupljenost viših nivoa socijalne podrške i u integrativnom i u supstitucionom poduzorku sugerise da oba tipa tretmana mogu podržati razvoj i održavanje snažne socijalne podrške kao važnog resursa za oporavak. Slično tome, visoka zastupljenost viših nivoa na dimenziji stanovanja i bezbednosti u oba poduzorka ukazuje da oba tipa tretmana mogu podržati održavanje adekvatnog smeštaja i bezbednog okruženja, kao i da na tretman dolaze i zadržavaju se osobe sa boljom stambenom i bezbednosnom situacijom. Veoma niska zastupljenost osoba sa niskim socijalnim kapitalom u oba poduzorka može značiti da tretman, bez obzira na modalitet, ima protektivnu ulogu i postavlja „donji prag” za razvoj socijalnih resursa. Ovo je u skladu sa konceptom „socijalnog utočišta” prema kome i minimalno uključivanje u tretman obezbeđuje bazičnu socijalnu podršku i štiti od ekstremne izolacije i deterioracije (Broekaert, 2006). Sa druge strane, rezultat može ukazivati na to da na tretman ni ne dolaze i ne zadržavaju se osobe koje imaju nizak socijalni kapital.

U celini, rezultati snažno potvrđuju opštu hipotezu o povezanosti tipa tretmana sa resursima za oporavak, kao i drugu posebnu hipotezu o superiornosti integrativnog nad supstitucionim tretmanom u pogledu socijalnog kapitala oporavka. Iako rezultati ukazuju na povezanost tipa



tretmana sa resursima za oporavak, ne možemo zaključivati o smeru uticaja. Opažene razlike mogu biti rezultat karakteristika tretmana, procesa selekcije, ili drugih faktora koje tek treba istražiti. Istovremeno, iako supstitucionni pristup pokazuje nešto slabije efekte, posebno u pogledu dostizanja najviših nivoa socijalnog kapitala, on i dalje predstavlja značajan potencijal za osnaživanje socijalne dimenzije oporavka, posebno ako se obogati ciljanim psihosocijalnim intervencijama.

Ovi nalazi sugerišu potrebu za daljim istraživanjem efikasnosti različitih komponenti tretmana u podržavanju razvoja socijalnog kapitala oporavka i mogu imati važne implikacije za praksu socijalnog rada. Zajedno sa teorijskim pretpostavkama i drugim empirijskim nalazima koji ističu važnost socijalnog kapitala za uspešne ishode tretmana i oporavka, oni govore u prilog potrebi za razumevanjem različitih konstelacija socijalnih resursa osoba u oporavku na različitim tipovima tretmana. Socijalni radnici i radnice mogu imati važnu ulogu u proceni ovih resursa, neposrednom radu na osnaživanju korisnika i korisnica za izgradnju socijalnog kapitala, kao i u kreiranju sistemskih preduslova za razvoj i implementaciju efikasnih, na socijalnu reintegraciju usmerenih programa tretmana zavisnosti. Ekosistemski pristup u socijalnom radu naglašava važnost primene intervencija na višestrukim nivoima sistema kako bi se podržao oporavak (Gitterman & Germain, 2008). Na individualnom nivou, socijalni radnici i radnice mogu raditi na osnaživanju socijalnih veština, proširivanju mreža podrške i podsticanju smislenog angažovanja osoba na tretmanu. Na nivou programa tretmana, mogu se zalagati za obogaćivanje supstitucionih tretmana psihosocijalnim sadržajima i povezivanje sa resursima u zajednici. Na makro nivou, njihova uloga može biti ključna u zagovaranju politika i programa koji će promovisati socijalno uključivanje i smanjiti strukturne barijere sa kojima se suočavaju osobe u oporavku, poput stigme, diskriminacije i socioekonomske deprivacije (Vanderplasschen *et al.*, 2013; Vučinić Jovanović, 2021). Pri implementaciji ovih implikacija u praksi, važno je uzeti u obzir da su ovo implikacije zasnovane na opaženim povezanostima u transverzalnoj studiji, te da su potrebna longitudinalna istraživanja kako bi se potvrdila efikasnost specifičnih intervencija u jačanju socijalnog kapitala oporavka.

### **9.3.3. Analiza razlika u nivoima nade između poduzoraka: testiranje treće posebne hipoteze**

Rezultati nisu pružili statistički značajnu potvrdu treće posebne hipoteze da će osobe u ranoj fazi oporavka od zavisnosti na integrativnom tretmanu u Republici Srbiji imati više nivoa nade u odnosu na one na opioidnom supstitucionom tretmanu, te se ova hipoteza odbacuje. Ovi rezultati ne isključuju mogućnost da oba tipa tretmana mogu imati pozitivan uticaj na nadu, već samo ukazuju da nema značajnih razlika između njih.

Generalno visoka zastupljenost umerenih i prisutnih nivoa nade u oba poduzorka (preko 50% za ukupnu nadu i obe dimenzije) može značiti da oba tipa tretmana imaju kapacitet da u značajnoj meri podrže razvoj i održavanje nade. Ovo je u skladu sa shvatanjem da sam čin uključivanja u tretman, bez obzira na modalitet, može doprineti jačanju pozitivnih očekivanja i uverenja o mogućnosti promene (Irving *et al.*, 2004). Alternativno, moguće je da osobe sa višim nivoima nade češće ostaju u tretmanu, bez obzira na njegov tip, što bi takođe moglo objasniti visoku zastupljenost umerenih i prisutnih nivoa nade u oba poduzorka.

Sa teorijskog aspekta, odsustvo statistički značajnih razlika između dva tipa tretmana može se razumeti iz ugla Snyderove teorije nade (2002) koja naglašava dinamičnu i multidimenzionalnu prirodu ovog konstrukta. Prema ovom modelu, nada je kognitivni set koji obuhvata recipročno povezane elemente agensnosti i mišljenja usmerenog na načine za postizanje ciljeva, ali i njihovu kompleksnu interakciju sa emocijama, motivacijom i spoljašnjim okolnostima. U tom kontekstu, razvoj nade tokom tretmana ne zavisi samo od specifičnih činilaca tretmana, već i od kvaliteta

terapijskog odnosa, nivoa individualne motivacije, podrške okruženja i brojnih drugih ličnih i sredinskih faktora (Mathis *et al.*, 2009). Moguće je da su ovi elementi, koji nisu nužno ekskluzivni za određeni tip tretmana, imali podjednako važnu ulogu u oblikovanju nivoa nade u oba poduzorka. Ovi nalazi naglašavaju kompleksnost konstrukta nade i sugerišu da različiti tretmanski modaliteti mogu podržavati nadu kroz različite mehanizme.

Dobijeni nalazi o odnosu tipa tretmana i nivoa nade imaju važne implikacije za praksu socijalnog rada. Pre svega, oni sugerišu da socijalni radnici i radnice, bez obzira na modalitet tretmana, treba da budu aktivno angažovani na proceni i praćenju nivoa nade kod osoba u oporavku od zavisnosti.

Stoga, dobijeni nalazi o odsustvu povezanosti između tipa tretmana i nivoa nade u ovoj transverzalnoj studiji sugerišu potrebu za daljim istraživanjem ove teme. Iako se na osnovu ovih rezultata ne mogu donositi zaključci o uzročno-posledičnim vezama, oni ukazuju na važnost razmatranja nade u različitim modalitetima tretmana. Rezultati upućuju na potencijalnu korist od aktivnog angažovanja socijalnih radnika i radnica i drugih profesionalaca i profesionalki u proceni i praćenju nivoa nade kod osoba u oporavku od zavisnosti, bez obzira na modalitet tretmana. Upotreba validiranih instrumenata, poput *Skale nade za odrasle* korišćene u ovoj studiji (Snyder *et al.*, 1991), mogla bi pomoći u identifikovanju osoba sa niskim nivoom ovog resursa, kojima je potrebna dodatna podrška. Pored procene i praćenja, socijalni radnici i radnice bi, primenom tehnika i intervencija usmerenih na jačanje nade i zalaganjem za integrisanje ovih intervencija u različite modalitete tretmana, potencijalno mogli da značajno unaprede kvalitet i ishode tretmana (Vučinić Jovanović i Hrnčić, 2020). Istovremeno, prethodni nalazi o pozitivnom uticaju koji na ovaj resurs može ostvariti samo uključivanje u tretman, podvlače značaj obezbeđivanja dostupnosti i pristupačnosti raznovrsnih tretmanskih opcija i uklanjanja sistemskih barijera za pristup tretmanu. Ovi rezultati takođe podvlače važnost individualiziranog pristupa u jačanju nade, koji uzima u obzir jedinstvene karakteristike i potrebe svake osobe, nezavisno od tipa tretmana u koji su uključeni.

Buduća longitudinalna istraživanja su neophodna kako bi se ispitale promene u nivou nade tokom različitih faza tretmana i identifikovali specifični faktori koji doprinose razvoju nade u različitim tretmanskim kontekstima.

#### **9.3.4. Analiza razlika u nivoima samoefikasnosti prevladavanja između poduzoraka: testiranje četvrte posebne hipoteze**

Samoefikasnost prevladavanja rizika od upotrebe PAS se u dosadašnjim istraživanjima pokazala kao važan faktor u procesu oporavka od zavisnosti (Kadden & Litt, 2011).

U našem istraživanju, rezultati testiranja četvrte posebne hipoteze su pružili delimičnu potvrdu pretpostavke da će osobe u ranoj fazi oporavka na integrativnom tretmanu imati niže nivoe samoefikasnosti prevladavanja u odnosu na one na opioidnom supstitucionom tretmanu. Statistički značajne razlike između tretmana pronađene su samo u domenu samoefikasnosti prevladavanja rizika od upotrebe PAS u situacijama koje podrazumevaju lična stanja, u pravcu viših rezultata osoba na opioidnom supstitucionom tretmanu. Na nivou ukupnog skora i domena samoefikasnosti prevladavanja rizika od upotrebe PAS u situacijama koje uključuju druge ljude nisu pronađene statistički značajne razlike između tretmana.

Nalazi sugerišu da, iako oba terapijska modaliteta mogu podržati razvoj ukupne samoefikasnosti prevladavanja i njenih interpersonalnih aspekata, supstiticioni pristup može biti efikasniji u jačanju samoefikasnosti prevladavanja rizika od upotrebe PAS u domenima vezanim za unutrašnja stanja i doživljaje (neprijatna osećanja, fizičku neprijatnost, prijatna osećanja, testiranje

lične kontrole, porive, i žudnje ili iskušenja). Naime, svi učesnici i učesnice istraživanja su imali dijagnozu poremećaja upotrebe supstanci pri započinjanju tretmana, što implicira inicijalno niske nivoe samoeфикаsnosti prevladavanja rizika od upotrebe PAS.

Bandurina teorija (Bandura, 1977) i nalazi prethodnih istraživanja pružaju okvir za moguće objašnjenje ovih razlika i spekulaciju o potencijalno razičitim mehanizmima delovanja tretmana na razvoj samoeфикаsnosti prevladavanja rizika od upotrebe PAS. Teorija samoeфикаsnosti naglašava situacionu i domensku specifičnost ovog konstrukta (Bandura, 1997) i implicira da različiti aspekti samoeфикаsnosti prevladavanja mogu imati donekle nezavisne putanje tokom tretmana. Prema Banduri, doživljaj samoeфикаsnosti je oblikovan kroz četiri glavna mehanizma: direktno iskustvo uspešnog prevladavanja, vikarijsko učenje, verbalno ubeđivanje i povoljna fiziološka i emocionalna stanja. U kontekstu tretmana zavisnosti, možemo razviti pretpostavku da se supstitucionna terapija prvenstveno oslanja na promenu fizioloških stanja kako bi osnažila samoeфикаsnost prevladavanja unutrašnjih iskustava. Ublažavajući neprijatne simptome apstinencijalnog sindroma i žudnje, supstiticioni lekovi mogu omogućiti osobi da doživi stanje psihofizičke stabilnosti i smanjenog nagona za uzimanjem droge (Corsi *et al.*, 2002; Gossop *et al.*, 2003). Ovo olakšano stanje zatim može osnažiti uverenje osobe da može odoleti impulsima za recidivom i podržati odlučnost da istraje u apstinenciji (DiClemente *et al.*, 1995; Marlatt, Baer & Quigley, 1995). Sa druge strane, niži nivoi samoeфикаsnosti prevladavanja ličnih stanja kod osoba na integrativnom tretmanu mogu odražavati izazove lične transformacije i suočavanja sa unutrašnjim stanjima bez oslanjanja na farmakološku potporu. Moguće je da sveobuhvatni pristup integrativnog tretmana, koji pored apstinencije naglašava i ličnu promenu i rast, u početnim fazama procesa oporavka stavlja pred osobu veće izazove u prevladavanju neprijatnih osećanja i žudnje, što može uticati na doživljaj samoeфикаsnosti u ovom domenu (Connors *et al.*, 2013). Pretpostavka je da se integrativni pristup može više oslanjati na preostala tri mehanizma samoeфикаsnosti - direktno iskustvo, vikarijsko učenje i verbalno ubeđivanje - kako bi uspešno gradio opšti doživljaj kompetentnosti za prevladavanje izazova oporavka, posebno u interpersonalnom kontekstu. Kroz strukturirane bihejviorne intervencije, rad u grupi i podršku značajnih drugih, osobe na integrativnom tretmanu imaju priliku da direktno uvežbavaju nove veštine prevladavanja, uče iz iskustava drugih i dobijaju ohrabrujuće povratne informacije (Lo Coco *et al.*, 2019; Nikmanesh *et al.*, 2017; Parks *et al.*, 2001). Ovi procesi mogu biti posebno važni za jačanje doživljaja agensnosti i lične kontrole. Odsustvo razlika na ukupnom skoruu i domenu samoeфикаsnosti u situacijama sa drugim ljudima, uz visoku opštu zastupljenost najviše kategorije u oba poduzorka je u skladu sa ranijim nalazima o potencijalu kako integrativnih, tako i farmakoloških programa da, kroz trening socijalnih veština, podršku i učenje po modelu, unaprede interpersonalnu samoeфикаsnost osoba koje se oporavljaju od zavisnosti (Reif *et al.*, 2014; Sugarman *et al.*, 2010). Istovremeno, određeni procenat učesnika i učesnica i u integrativnom i u supstitucionom tretmanu je ispoljio nisku samoeфикаsnost prevladavanja, posebno u domenu unutrašnjih stanja, što naglašava potrebu za dodatnom podrškom ovoj vulnerabilnoj podgrupi.

Sve ovo zajedno naglašava da su pretpostavke o mehanizmima delovanja različitih tretmana spekulativne i zahtevaju dalja istraživanja. Razlike u naglašenim mehanizmima između tretmana svakako nisu apsolutne i optimalno jačanje samoeфикаsnosti verovatno zahteva njihovo sinergijsko delovanje. Takođe, preterano oslanjanje na spoljašnje izvore samoeфикаsnosti, poput medikamentozne potpore, može dugoročno podrivati ličnu agensnost i aktivnu primenu veština (Kennedy & Gregoire, 2009). Stoga je važan postepen prelaz sa spoljašnje ka unutrašnjoj regulaciji i izgradnja samoeфикаsnosti kroz direktno iskustvo i aktivno angažovanje u procesu oporavka.

Nalazi o mogućim diferencijalnim efektima integrativnog i supstitucionog tretmana na samoeфикаsnost prevladavanja rizika od upotrebe droga potencijalno imaju važne implikacije za praksu socijalnog rada. Oni ukazuju da bi socijalni radnici i radnice u integrativnim programima mogli razmotriti dodatni fokus na intervencije usmerene na osnaživanje samoeфикаsnosti u prevladavanju unutrašnjih stanja. U supstitucionim programima, moglo bi se razmotriti

nadograđivanje farmakološke stabilizacije intervencijama za jačanje opšte i interpersonalne samoeфикаsnosti prevladavanja, poput treninga asertivnosti, rešavanja problema i socijalnih veština. Na širem planu, rezultati ukazuju da bi programi tretmana, bez obzira na modalitet, mogli imati koristi od neposrednijeg fokusa na procenu i osnaživanje samoeфикаsnosti prevladavanja, što poziva na angažman socijalnih radnika i radnica u ovom domenu. Iz perspektive snaga u socijalnom radu (Saleebey, 2009), ovi nalazi pozivaju na pristupe tretmanu koji će prepoznati, uvažiti i osnažiti postojeće kapacitete za prevladavanje izazova oporavka, čak i kod osoba sa niskim inicijalnim nivoom samoeфикаsnosti. Socijalni radnici i radnice mogu imati važnu ulogu u identifikovanju i mobilisanju ovih snaga kroz tehnike poput postavljanja ciljeva, rešavanja problema, igranja uloga i kognitivnog restrukturiranja (Rapp & Goscha, 2011). Istovremeno, njihov zadatak je da kroz zagovaranje i umrežavanje obezbede dostupnost kontinuuma podrške koji će omogućiti postepeno izgrađivanje doživljaja lične eфикаsnosti kroz uspešno prevladavanje izazova oporavka (Kelly & White, 2011).

### **9.3.5. Analiza razlika u dimenzijama kapitala oporavka, nade i samoeфикаsnosti prevladavanja između poduzoraka: testiranje pete posebne hipoteze**

Peta posebna hipoteza u našem istraživanju je pretpostavljala da se osobe u ranoj fazi oporavka od zavisnosti od droga na integrativnom tretmanu i one na opioidnom supstitucionom tretmanu u Republici Srbiji značajno razlikuju u pogledu zastupljenosti visokih i niskih skorova na specifičnim dimenzijama ličnog i socijalnog kapitala oporavka, nade i samoeфикаsnosti prevladavanja, pri čemu osobe koje su na opioidnom supstitucionom tretmanu pokazuju: niži nivo ličnog kapitala oporavka na dimenzijama „Globalno fizičko zdravlje” i „Upravljanje rizicima”, niži nivo socijalnog kapitala oporavka na dimenzijama „Građansko angažovanje i učešće u zajednici”, i „Smislene aktivnosti”; niži nivo nade na dimenzijama „Agensnost” i „Mišljenje usmereno na načine za postizanje ciljeva”; i viši nivo samoeфикаsnosti prevladavanja u situacijama visokog rizika za recidiv koje se odnose na lična stanja i u situacijama visokog rizika za recidiv koje uključuju druge ljude u poređenju sa osobama na integrativnom tretmanu. Hipoteza je zasnovana na empirijskim nalazima istraživanja o nepovoljnijim ishodima oporavka osoba na opioidnom supstitucionom tretmanu u našem kontekstu (Best & Nišić, 2019; Marinković, 2016; Marinković *et al.*, 2017), a posebno o značajno većoj verovatnoći krivičnog gonjenja i lišavanja slobode, kao i učešća u porodičnom nasilju, uz manju verovatnoću stabilnog zaposlenja, volontiranja u zajednici i nastavka obrazovanja osoba na opioidnom supstitucionom tretmanu u poređenju sa onima u totalnoj apstinenciji (Best & Nišić, 2019).

Rezultati su pružili delimičnu potvrdu ovoj hipotezi. Oni su pokazali postojanje značajne povezanosti tipa tretmana sa specifičnim dimenzijama resursa za oporavak u očekivanom smeru, ali ne sa svim i ne nužno sa dimenzijama za koje smo pretpostavljali postojanje značajnih razlika.

Kada je reč o dimenzijama ličnog kapitala oporavka, učesnici i učesnice na opioidnom supstitucionom tretmanu su imali značajno niže skorove na dimenziji „Globalno fizičko zdravlje” u poređenju sa onima na integrativnom tretmanu. Ovo je u skladu sa hipotezom i može odražavati specifične zdravstvene rizike povezane sa dugotrajnom upotrebom opioida i potencijalne negativne efekte same supstitucione terapije na fizičko zdravlje (Dematteis *et al.*, 2017; Sordo *et al.*, 2017). Zdravstveni izazovi sa kojima se suočavaju osobe na supstitucionoj terapiji, poput hepatitisa C, HIV-a, respiratornih i kardiovaskularnih problema su dobro dokumentovani i neretko predstavljaju povod za uključivanje u ovaj oblik tretmana (Dematteis *et al.*, 2017; Sordo *et al.*, 2017; Vučković *i sar.*, 2012). Pored toga, učesnici i učesnice na supstitucionom tretmanu su imali značajno niže skorove i na dimenziji „Iskustvo oporavka”, što hipoteza nije predvidela. Ovaj nalaz može ukazivati na to da osobe na supstitucionom tretmanu imaju manje pozitivna i ohrabrujuća iskustva oporavka, potencijalno usled stigme povezane sa supstitucionom terapijom (Luoma *et al.*, 2007) ili usled

percepcije supstitucione terapije kao „zamene jedne droge drugom” (Vigilant, 2008). Nasuprot tome, osobe na integrativnom tretmanu mogu imati pozitivnije iskustvo oporavka, potencijalno usled manje izloženosti stigmati i većeg doživljaja lične kontrole i postignuća. Ovi nalazi sugeriraju da integrativni pristup može biti efikasniji u unapređenju fizičkog blagostanja i promovisanju pozitivnog iskustva oporavka, što je u skladu sa njegovim holističkim fokusom na različite aspekte funkcionisanja (Gačić, 2013; Laudet & White, 2008). Suprotno očekivanjima, nisu pronađene značajne razlike na dimenziji ličnog kapitala oporavka „Upravljanje rizicima”, što sugeriraju da tip tretmana možda nema snažan uticaj na ovaj aspekt resursa za oporavak. Podaci o raspodeli skorova u poduzorcima potvrđuju ove nalaze, ukazujući na sličnu zastupljenost različitih nivoa među osobama na integrativnom i supstitucionom tretmanu.

U oblasti socijalnog kapitala oporavka, u skladu sa hipotezom, učesnici i učesnice na supstitucionom tretmanu su imali značajno niže skorove na dimenzijama „Socijalna podrška” i „Smislene aktivnosti” u poređenju sa onima na integrativnom tretmanu. Ovi nalazi su u skladu sa prethodnim istraživanjima koja su ukazala na slabije socijalne mreže i socijalnu podršku osoba na supstitucionoj terapiji (Best *et al.*, 2016; Tuten *et al.*, 2016) i manju uključenost u smislene aktivnosti poput zaposlenja, obrazovanja i volontiranja (Best & Nišić, 2019). Pa ipak, iako su hi-kvadrat testovi potvrdili postojanje statistički značajnih razlika, rezultati analize raspodele vrednosti na pomenutim dimenzijama pružaju dodatni uvid u prirodu tih razlika. Oni su pokazali da je integrativni tretman bio povezan sa većom zastupljenošću potpune apstinencije, veoma visoke socijalne podrške i veoma visokog nivoa smislenih aktivnosti, dok je opioidni supstituciono tretman bio povezan sa većom zastupljenošću srednjih nivoa apstinencije, visokog nivoa socijalne podrške i visokog nivoa smislenih aktivnosti. Ovi nalazi upućuju da identifikovane razlike možda nisu tako izražene kako bi se moglo očekivati, kao i da oba tipa tretmana omogućavaju razvoj značajnih nivoa socijalne podrške i smislenog angažovanja, iako integrativni tretman može pružati nešto više nivoa ovih resursa. Takođe, ovi nalazi mogu odražavati činjenicu da razvoj socijalnog kapitala oporavka ne zavisi isključivo od tipa tretmana, već i od drugih faktora, poput individualnih karakteristika, porodičnih i sredinskih uticaja, a što je u skladu sa teorijskom koncepcijom kapitala oporavka (Cloud & Granfield, 2008; Granfield & Cloud, 1999). Teorija kapitala oporavka prepoznaje i da različiti tretmansi pristupi mogu na različite načine uticati na razvoj i mobilizaciju resursa za oporavak (Granfield & Cloud, 1999). Integrativni programi, koji obično uključuju širok spektar psihosocijalnih intervencija (npr. grupna terapija, porodična terapija, socioterapija), mogu pružati više prilika za građenje socijalnih veza, sticanje socijalnih veština i uključivanje u smislene aktivnosti (Laudet & Humphreys, 2013). S druge strane, programi supstitucione terapije, koji se primarno fokusiraju na farmakološku stabilizaciju, mogu u manjoj meri direktno targetirati socijalne i okupacione domene funkcionisanja (Best *et al.*, 2016). Ipak, uspešna supstituciona terapija može indirektno doprineti razvoju socijalnog kapitala kroz redukovanje upotrebe psihoaktivnih supstanci, stabilizaciju životnog stila i promovisanje angažovanja u tretmanu (Torrens *et al.*, 2013). Zanimljivo je da, suprotno očekivanjima, nisu pronađene značajne razlike na dimenziji „Građansko angažovanje i učešće u zajednici”, što sugeriraju da tip tretmana možda nije ključna determinanta nivoa građanskog angažovanja. Dodatno, učesnici i učesnice na opioidnom supstitucionom tretmanu su imali značajno niže skorove i na dimenziji „Upotreba PAS i apstinencija”, što hipoteza nije predvidela. Ovaj rezultat može odražavati različite ciljeve tretmana i činjenicu da supstituciona terapija podrazumeva kontinuiranu upotrebu propisanih opioida, dok integrativni tretman ima za cilj potpunu apstinenciju.

Suprotno očekivanjima, nisu pronađene značajne razlike na dimenzijama nade „Agensnost” i „Mišljenje usmereno na načine za postizanje ciljeva”. Ovo sugeriraju da tip tretmana možda nema značajan uticaj na nivo nade, te da i osobe na supstitucionom tretmanu mogu imati visoke nivo agensnosti i strateškog razmišljanja u kontekstu oporavka. Kao što smo i ranije diskutovali, samo iskustvo tretmana može povoljno uticati na nivo nade.

Konačno, učesnici i učesnice na supstitucionom tretmanu su, u skladu sa hipotezom, imali značajno više skorove samoeфикаsnosti prevladavanja u situacijama sa unutrašnjim stanjima visokorizičnim za recidiv. Analiza raspodele vrednosti pokazuje da su osobe na integrativnom tretmanu bile zastupljenije u nižim i srednjim kategorijama, a one na supstitucionom u najvišoj kategoriji. Ovaj rezultat može odražavati potencijalne psihološke efekte supstitucione terapije u ublažavanju neprijatnih emocionalnih stanja i žudnje za supstancom (Fareed *et al.*, 2011), što može osnažiti doživljaj kontrole nad unutrašnjim okidačima za recidiv (Maremmani *et al.*, 2011). Nasuprot tome, nisu pronađene značajne razlike u samoeфикаsnosti prevladavanja u situacijama sa drugim ljudima, sugerišući da tip tretmana možda nema snažan uticaj na ovaj domen.

Sumirajući nalaze, možemo uvideti da osobe na opioidnom supstitucionom tretmanu zaista pokazuju specifične profile ličnog i socijalnog kapitala oporavka, sa nižim skorovima na dimenzijama globalnog fizičkog zdravlja, iskustva oporavka, upotrebe PAS i apstinencije, socijalne podrške i smislenih aktivnosti u poređenju sa osobama na integrativnom tretmanu. Istovremeno, one ispoljavaju više nivoe samoeфикаsnosti u prevladavanju unutrašnjih stanja visokorizičnih za recidiv. Ove razlike mogu odražavati specifične izazove i resurse ove populacije, ali i potencijalne efekte različitih tretmanskih modaliteta. Ipak, odsustvo razlika na dimenzijama nade i pojedinim dimenzijama socijalnog kapitala sugeriše da tip tretmana ne determiniše nužno sve aspekte resursa za oporavak.

Ovi nalazi imaju važne implikacije za praksu tretmana zavisnosti i socijalnog rada. Pre svega, oni ističu značaj sveobuhvatne procene snaga i potreba osoba koje ulaze u tretman, kako bi se identifikovali domeni u kojima im je najpotrebnija podrška. Zatim, oni pozivaju na kreativnu kombinaciju elemenata različitih terapijskih pristupa i ciljanih intervencija prilagođenih specifičnom profilu korisnika odnosno korisnice (Rapp *et al.*, 2005). U radu sa osobama na supstitucionom tretmanu, poseban akcenat bi mogao biti na intervencijama usmerenim na unapređenje fizičkog zdravlja, promovisanje pozitivnog iskustva oporavka i građenje socijalne podrške i smislenih životnih aktivnosti. Ovo bi moglo uključivati povezivanje sa uslugama zdravstvene zaštite, razvoj programa prevencije i tretmana komorbiditeta, promovisanje zdravih stilova života, rad na transformaciji identiteta i uloga, osnaživanje porodičnih veza, proširivanje mreže osoba koje ne koriste PAS, kao i podršku u zapošljavanju i obrazovanju (Dennis *et al.*, 2004). S druge strane, u integrativnim programima bi fokus mogao biti na dodatnom jačanju veština prevladavanja žudnje, stresa i neprijatnih emocionalnih stanja kroz pristupe poput treninga prevencije relapsa i regulacije afekta (Melemis, 2015; Vallejo & Amaro, 2009; Witkiewitz *et al.*, 2005).

Istovremeno, rezultati ukazuju na potencijal daljeg osnaživanja i „obogaćivanja” oba tipa programa komponentama usmerenim na različite domene ličnih i socijalnih resursa za oporavak. Uključivanje porodične i okupacione terapije, programa fizičke aktivnosti i povezivanja sa širom zajednicom u supstitucione programe, odnosno intenziviranje farmakološke podrške i treninga samoeфикаsnosti u integrativne programe, moglo bi voditi optimalnijim ishodima (Stoops *et al.*, 2007; Fals-Stewart *et al.*, 2009). U celini, nalazi upućuju na neophodnost holističkog i na snagama zasnovanog pristupa u radu sa osobama koje se oporavljaju od zavisnosti, koji će uvažiti specifičnu konstelaciju njihovih snaga, potreba i životnih okolnosti. Samo kroz ovakav individualizovan, fleksibilan i sveobuhvatan pristup možemo kreirati optimalne uslove za dugoročni oporavak i socijalnu reintegraciju osoba na različitim putevima oporavka. Socijalni rad, sa svojim fokusom na osnaživanje, zastupanje i koordinaciju podrške, ima ključnu ulogu u kreiranju ovih uslova.

\* \* \*

Prikazom i diskusijom rezultata dobijenih testiranjem pete posebne hipoteze završili smo opsežnu analizu povezanosti tipa tretmana sa karakteristikama kapitala oporavka, nade i samoeфикаsnosti prevladavanja na uzorku osoba na tretmanu zavisnosti od droga u Republici Srbiji. U celini, nalazi o povezanosti tipa tretmana sa resursima za oporavak ukazuju na važnost

sagledavanja oporavka od zavisnosti kao kompleksnog, relacionog i kontekstualno uslovljenog procesa. Dobijene razlike između integrativnog i supstitucionog tretmana, iako ne sasvim dosledne, sugerišu da različiti terapijski pristupi nose specifične potencijale i ograničenja za izgradnju kapitala oporavka, nade i samoeфикаsnosti prevladavanja. Ipak, visoka zastupljenost umerenih do visokih nivoa ovih resursa u oba poduzorka ohrabruje i ukazuje na potencijale za uspešan oporavak među osobama na tretmanu zavisnosti u Republici Srbiji. Ovi nalazi pozivaju na dalje osnaživanje i prilagođavanje tretmana specifičnim profilima snaga i potreba osoba u različitim modalitetima tretmana, ali i na razmatranje šireg konteksta u kom se ovi procesi odvijaju. Stoga je od ključnog značaja sagledati kako sociodemografske karakteristike i tretmanske varijable oblikuju i moderiraju odnos između tipa tretmana i razvoja resursa za oporavak, uz kontrolisanje dužine tretmana, što će biti predmet narednog poglavlja.

#### **9.4. Analiza povezanosti sociodemografskih i tretmanskih varijabli sa varijablama kapitala oporavka, nade i samoeфикаsnosti prevladavanja**

Rezultati hi-kvadrat testova su ukazali na značajne razlike u nivoima ukupnog, ličnog i socijalnog kapitala oporavka, nade i samoeфикаsnosti prevladavanja u odnosu na sociodemografske varijable pola, uzrasta i radnog statusa, kao i tretmanske varijable broja prethodnih tretmana i načina dolaska na tretman, kako u ukupnom uzorku, tako i u poduzorcima osoba na integrativnom i supstitucionom tretmanu. Ovi nalazi pružaju važne uvide u faktore koji mogu oblikovati individualne razlike u snagama i kapacitetima za prevazilaženje zavisnosti i održavanje dugoročnog oporavka.

##### **9.4.1. Analiza povezanosti sociodemografskih i tretmanskih varijabli sa varijablama kapitala oporavka, nade i samoeфикаsnosti prevladavanja u uzorku**

Rezultati hi-kvadrat testova u ukupnom uzorku su pokazali da postoje statistički značajne razlike u nivoima kapitala oporavka, nade i samoeфикаsnosti prevladavanja u odnosu na sociodemografske varijable pol, uzrast i radni status, kao i tretmanske varijable broj tretmana i način dolaska na tretman, uz kontrolu uticaja dužine tretmana.

Pol se pokazao kao značajan faktor u razvoju opšteg fizičkog zdravlja kao dimenzije ličnog kapitala oporavka, pri čemu su muškarci pokazali tendenciju ka višim nivoima ovog resursa u odnosu na žene, nezavisno od trajanja tretmana. Muškarci su bolje procenjivali svoje opšte fizičko zdravlje kao bolje u poređenju sa ženama. Ovaj nalaz je u skladu sa prethodnim istraživanjima koja sugerišu da žene koje se suočavaju sa zavisnošću često izveštavaju o većim fizičkim i mentalnim zdravstvenim problemima u poređenju sa muškarcima (Greenfield *et al.*, 2007; Tuchman, 2010). Iz perspektive ekosistemskog pristupa (Bronfenbrenner, 1979), razlike između muškaraca i žena u fizičkom zdravlju, kao aspektu ličnog kapitala oporavka, možemo sagledati kao odraz širih društvenih sistema i odnosa moći, koji oblikuju pristup resursima i mogućnostima. Rodne uloge i očekivanja, nejednakosti u sistemu zdravstvene zaštite, ekonomske mogućnosti i drugi faktori makrosistema mogu uticati na mikrosistemska iskustva muškaraca i žena i njihovu sposobnost da razviju lične resurse za oporavak (Bertakis *et al.*, 2000; Galdas *et al.*, 2005; Greenfield *et al.*, 2007; Walton *et al.*, 2003). Ove razlike ukazuju na specifične biološke, psihološke i socijalne ranjivosti sa kojima se suočavaju žene zavisne od droga (Arpa, 2017; Babović i Subotički, 2013; Beker i Milošević, 2019; Tuchman, 2010; UNODC, 2004), uključujući veću osetljivost na negativne zdravstvene posledice upotrebe supstanci, različite motive i obrasce upotrebe, kao i rodno zasnovana očekivanja od žena vezana za brigu o drugima (Arpa, 2017; Babović i Subotički, 2013; Beker i Milošević, 2019; Greenfield *et al.*, 2010; Tuchman, 2010; UNODC, 2004). Iz perspektive

feminističkih pristupa u socijalnom radu (Dominelli, 2002), žene koje se suočavaju sa zavisnošću su često izložene višestrukim izvorima opresije koji se međusobno prepliću - siromaštvu, stigmati, ograničenom pristupu zdravstvenoj zaštiti, nasilju. Sve ovo može voditi bržem narušavanju fizičkog zdravlja žena i otežanom pristupu resursima neophodnim za oporavak. Ovakvi nalazi pozivaju na primenu feminističke i anti-potčinjavajuće prakse u socijalnom radu (Dominelli, 2002), koja teži da prepozna i adresira strukturne barijere sa kojima se suočavaju vulnerabilne grupe i da osnažuje njihove kapacitete za promenu.

Uzrast je bio povezan sa razlikama u nivoima socijalnog kapitala oporavka, pri čemu su učesnici i učesnice u uzrasnoj kategoriji od 28 do 47 godina imali više nivoe socijalnog kapitala oporavka u poređenju sa učesnicama i učesnicima u ostalim uzrasnim kategorijama, bez obzira na dužinu tretmana. Ekosistemski pristup (Bronfenbrenner, 1979) nas podseća da načini na koje su socijalni kapital i resursi distribuirani prema uzrastu odražavaju šire društvene strukture, norme i očekivanja vezana za životne faze, uloge i odnose. Ovi nalazi sugerišu da srednje odraslo doba može predstavljati optimalni razvojni period za građenje i mobilizaciju socijalnih resursa u kontekstu oporavka od zavisnosti. Oni su u skladu sa teorijom socijalnog kapitala, koja naglašava važnost socijalnih mreža i odnosa za pristup resursima i mogućnostima, kao i razvojnih teorija i istraživanja o životnom toku (Erikson, 1959; Wrzus *et al.*, 2013), koje upućuju da su socijalne mreže najrazvijenije i najstabilnije u srednjem odraslom dobu. Osobe u ovoj razvojnoj fazi mogu imati više socijalnih uloga, odnosa i resursa koje mogu aktivirati kao podršku oporavku, kao i bolji pristup mogućnostima za socijalnu reintegraciju (Granfield & Cloud, 2001; Erikson, 1959; Wrzus *et al.*, 2013). Sa druge strane, mlađe osobe mogu biti vulnerabilnije usled razvojno-specifičnih izazova i još uvek razvijati svoje socijalne mreže, dok starije osobe mogu doživeti sužavanje mreža i smanjenje socijalnih kontakata usled penzionisanja, gubitka bliskih osoba i zdravstvenih teškoća, kao i izazove u prilagođavanju novim socijalnim ulogama (Satre *et al.*, 2004).

Radni status se pokazao kao značajan faktor razlika u ukupnom i ličnom kapitalu oporavka, kao i njegovoj dimenziji „Globalno fizičko zdravlje”, pri čemu su zaposleni učesnici i učesnice konzistentno pokazali više nivoe ovih resursa u poređenju sa drugim kategorijama radnog statusa. Dužina tretmana nije imala uticaja na ove razlike. Ove nalaze možemo razumeti kao odraz nejednake distribucije resursa. Prema Burdijeu (1986), ekonomski kapital je osnova za sticanje drugih formi kapitala. Zaposlenost ne samo da obezbeđuje finansijske resurse, već i simbolički kapital - osećaj smisla i strukture, samopoštovanje, pristup širim mrežama, podršci i mogućnostima za lični razvoj koji mogu podržati oporavak (Bauld *et al.*, 2013; Cloud & Granfield, 2008). S druge strane, nezaposlenost je povezana sa socijalnom isključenošću, siromaštvom, internalizovanom stigmom, psihološkim distresom, zdravstvenim rizicima i barijerama za tretman koji otežavaju akumulaciju resursa za oporavak (Henkel, 2011; Walton *et al.*, 2003), što sve može doprinosti uočenim razlikama u formi negativnog kapitala oporavka. Iz perspektive prakse socijalnog rada, ovi nalazi naglašavaju važnost adresiranja strukturnih faktora poput stigme, diskriminacije, siromaštva i nezaposlenosti u kontekstu tretmana zavisnosti (Beker i Milošević, 2019). Oni ukazuju na potrebu za sveobuhvatnim intervencijama koje integrišu podršku obrazovanju, profesionalnom osposobljavanju i zapošljavanju, kao i javno zagovaranje za inkluzivnije politike tržišta rada (Magura, 2003). Ovakav pristup bi mogao doprineti jačanju ekonomskog, socijalnog i simboličkog kapitala osoba u oporavku, te unaprediti njihove šanse za dugoročnu apstinenciju i socijalnu reintegraciju. Ovi rezultati naglašavaju važnost integrisanja podrške zapošljavanju i radnoj reintegraciji u programe tretmana, kao i potrebu za širim društvenim intervencijama usmerenim na smanjenje barijera i povećanje mogućnosti za zaposlenje osoba u oporavku.

Pored sociodemografskih faktora, i tretmanske varijable su se pokazale kao značajne determinante resursa za oporavak u ukupnom uzorku. Broj prethodnih tretmana je bio povezan sa razlikama u nivoima ukupnog kapitala oporavka, pri čemu su učesnici i učesnice sa ponovljenim tretmanima (dva do četiri i više od pet) imali više nivoe ukupnog kapitala oporavka. Ovi nalazi sugerišu da osobe sa istorijom višestrukih tretmana mogu akumulirati značajne resurse za oporavak



kroz ponovljene cikluse lečenja, što je u skladu sa konceptom kapitala oporavka (Cloud & Granfield, 1999) i transteorijskim modelom promene ponašanja (DiClemente, 2003, 2005; DiClemente, Nidecker & Bellak, 2008; Prochaska & DiClemente, 1983). Prema ovim perspektivama, svaki ciklus tretmana, čak i ako ne rezultira trenutnom apstinencijom, može doprineti sticanju novih uvida, veština i motivacije koji se postepeno integrišu kao forme humanog kapitala (Dennis *et al.*, 2005; Scott *et al.*, 2005). Iako se ponavljani tretmani često stereotipno posmatraju kao pokazatelj „neuspešnosti”, iz ugla perspektive snaga u socijalnom radu (Saleebey, 1996) i teorije rezilijentnosti (Ungar, 2013), oni zapravo mogu odražavati upornost, otpornost i odlučnost osobe da istraje u procesu promene uprkos preprekama. Ovi nalazi pozivaju socijalne radnike da prepoznaju i grade na ovim snagama, umesto da ih vide kao deficite. Istovremeno, rezultati ukazuju na to da osobe na prvom tretmanu mogu imati vrlo različite profile resursa - od niskog do veoma visokog kapitala oporavka, što naglašava važnost individualizovane procene snaga i potreba pri ulasku u tretman, te prilagođavanja intervencija specifičnim profilima pojedinaca (Groshkova, Best & White, 2013; White & Cloud, 2008). Za one sa višim inicijalnim kapitalom oporavka, fokus može biti na daljem jačanju i održavanju postojećih resursa. Za one sa nižim kapitalom, prioritet može biti identifikovanje i aktiviranje potencijalnih izvora podrške i obezbeđivanje pristupa resursima (Vučinić Jovanović, 2021; White & Cloud, 2008). U oba slučaja, ključno je graditi tretmanski savez zasnovan na poštovanju, saradnji i verovanju u kapacitete za promenu (Miler & Rose, 2009). Uloga socijalnih radnika i radnica je da obezbede podržavajuće i osnažujuće okruženje, koje će negovati rast i rezilijentnost u svim fazama ovog procesa.

Inicijativa za uključivanje u tretman, operacionalizovana kroz samoinicijativnost naspram spoljašnjeg pritiska, pokazala se kao značajan faktor u razvoju resursa za oporavak. Dolazak na tretman na insistiranje drugih dolazak je bio povezan sa višim ukupnim i socijalnim kapitalom oporavka. Ove nalaze možemo razumeti iz perspektive teorije samoodređenja (Deci & Ryan, 1985) i koncepta spremnosti za tretman i motivacije za promenu (DiClemente *et al.*, 1999; Ryan, Plant & O'Malley, 1995). Pritisak ili podsticaj od strane porodice, prijatelja ili pravnog sistema može pokrenuti osobu da potraži pomoć i mobilise socijalne resurse koji mogu podržati proces oporavka, čak i u odsustvu inicijalne unutrašnje motivacije (Vučinić Jovanović i Hrnčić, 2022). Ovi nalazi imaju važne implikacije za praksu socijalnog rada. S jedne strane, oni naglašavaju značaj prepoznavanja i osnaživanja osoba da traže pomoć. Socijalni radnici i radnice mogu graditi na ovim snagama kroz pružanje podrške, informacija i resursa koji će podstaći osobu da se uključi u oporavak (Miler & Rose, 2009). Nalazi ukazuju na potencijal eksternih motivatora i socijalnih mreža da aktiviraju resurse za promenu, čak i kada unutrašnja motivacija inicijalno izostaje. U tom kontekstu, uloga socijalnog rada je da radi na postepenom internalizovanju motivacije kroz saradnički odnos, jačanje samoefikasnosti i povezivanje spoljašnjih podsticaja sa ličnim vrednostima i ciljevima osobe (Markland *et al.*, 2005). U oba slučaja, ključno je graditi tretmanski savez zasnovan na empatiji, poštovanju autonomije i verovanju u kapacitete za promenu (Miller & Rollnick, 2012). Kroz individualizovanu procenu i planiranje tretmana, socijalni radnici i radnice mogu prilagoditi intervencije specifičnim profilima motivacije i kapitala oporavka osoba koje ulaze u tretman, bilo samoinicijativno ili pod pritiskom okruženja. Cilj je optimalno angažovanje i osnaživanje kako unutrašnjih, tako i spoljašnjih resursa za podršku procesu oporavka.

#### **9.4.2. Analiza povezanosti sociodemografskih i tretmanskih varijabli sa varijablama kapitala oporavka, nade i samoefikasnosti prevladavanja u poduzorcima**

U poduzorcima učesnika i učesnica na integrativnom i opioidnom supstitucionom tretmanu, rezultati Pirsonovih hi-kvadrat testova su pokazali da postoje značajne razlike u odnosu na pol, uzrast, radni status, tip zavisnosti, dužinu tretmana i način dolaska na tretman, uz kontrolu uticaja dužine tretmana.

Pol je bio značajno povezan sa tipom tretmana, pri čemu su muškarci bili zastupljeniji na integrativnom, a žene na supstitucionom tretmanu, nezavisno od trajanja tretmana. Prethodna istraživanja su konzistentno ukazala na veću zastupljenost muškaraca u rezidencijalnim i integrativnim, a žena u supstitucionim programima u poređenju sa drugim modalitetima tretmana zavisnosti od droga (Degenhardt *et al.*, 2008; EMCDDA, 2006; Greenfield *et al.*, 2007; Levine *et al.*, 2015; SAMHSA, 2014). Disproporcionalna zastupljenost muškaraca u integrativnim i žena u opioidnim supstitucionim programima tretmana može se objasniti složenom interakcijom bioloških, psiholoških, socijalnih i tretmanskih faktora. Njihova interakcija je oblikovana širim sociokulturnim kontekstom, uključujući rodno zasnovane norme koje utiču na traženje pomoći, percepciju prikladnosti različitih tretmana i prakse pružalaca usluga pri proceni i upućivanju (Grella & Greenwell, 2004). U kontekstu bioloških faktora, istraživanja sugeriraju da žene mogu biti posebno vulnerabilne na negativne zdravstvene posledice upotrebe opijata, uključujući brži razvoj zavisnosti, veći rizik od predoziranja i infekcija (Arendt *et al.*, 2011; Gjersing & Bretteville-Jensen, 2014), što možemo dovesti u vezu i sa nalazom o nižim nivoima opšteg fizičkog zdravlja žena u ovom uzorku. Ovo može povećati potrebu i motivaciju žena za uključivanjem u farmakološki podržane tretmane poput opioidnog supstitucionog tretmana. U smislu psiholoških faktora, istraživanja sugeriraju da muškarci sa zavisnošću češće ispoljavaju antisocijalne ili agresivne obrasce ponašanja i imaju više stope komorbiditeta sa poremećajima ličnosti (Choi *et al.*, 2015; Hasin *et al.*, 2011). Integrativni programi, sa svojim strukturisanim pristupom i fokusom na promenu ponašanja i ličnu odgovornost, mogu biti posebno prijemčivi za muškarce sa ovim karakteristikama. Sa druge strane, žene sa zavisnošću od opioida često izveštavaju o višim nivoima psihološkog distresa, depresije, anksioznosti i traumatskih iskustava u poređenju sa muškarcima (Grella & Lovinger, 2012; Maglione *et al.*, 2000). Opioidni supstiticioni tretman, kroz svoju sposobnost da stabilizuje psihološko funkcionisanje i redukuje žudnju, može biti posebno privlačan za žene koje se bore sa ovim izazovima. Kada su u pitanju socijalni i kulturni faktori, neka istraživanja ukazuju da integrativni programi, sa svojim naglaskom na ličnoj snazi, samostalnosti i rešavanju problema, mogu biti viđeni kao prihvatljiviji izbor za muškarce (Galdas *et al.*, 2005; Ware *et al.*, 2015). Nasuprot tome, žene sa zavisnošću se suočavaju sa intenzivnijom stigmom, osudom i diskriminacijom od strane društva, što može stvoriti barijere za pristup i prihvatanje određenih tipova tretmana (UNODC, 2015). Dodatno, žene češće imaju primarne odgovornosti brige o deci i porodici, što može otežati upuštanje u intenzivne i vremenski zahtevne rezidencijalne programe poput integrativnog tretmana (Greenfield *et al.*, 2007). Opioidni supstiticioni tretman, sa svojim fleksibilnim i vanbolničkim karakterom, može bolje odgovarati ovim životnim okolnostima. Konačno, u kontekstu tretmanskih faktora, neke karakteristike samih programa mogu biti privlačnije ili prijemčivije za muškarce odnosno žene. Prethodna istraživanja su diskutovala da muškarci mogu preferirati strukturisan, direktivni pristup sa jasnim pravilima i ciljevima, fokusiran na ponašanje i rešavanje problema (Greenfield *et al.*, 2007), kao i da grupni format i naglasak na konfrontaciji i izazovu, tipičan za mnoge integrativne programe, može odgovarati kompetitivnim i na akciju orijentisanim sklonostima mnogih muškaraca (Grella *et al.*, 2008; Gueta *et al.*, 2021). Suprotno tome, opioidni supstiticioni tretman se obično fokusira na redukciju štete i stabilizaciju, pre nego na totalnu apstinenciju, što može biti usklađenije sa potrebama i ciljevima žena u određenim fazama razvojnog toka zavisnosti (Levine *et al.*, 2015). Žene mogu preferirati individualizovan i medicinski orijentisan pristup supstitucionih tretmana naspram grupno i konfrontaciono orijentisanih pristupa nekih integrativnih programa (Grella & Greenwell, 2004).

Uzrast je bio značajno povezan sa tipom tretmana, sa mlađim učesnicima (do 27 godina) zastupljenijim na integrativnom, a starijim (više od 48 godina) na supstitucionom tretmanu, bez obzira na dužinu tretmana. Ovaj nalaz se može objasniti iz ugla razvojnih teorija, teorije životnog toka i koncepta „zavisničkih karijera”. Prema razvojnim teorijama, period rane odraslosti (18-29 godina) karakterišu izazovi formiranja identiteta, istraživanja životnih puteva i razvoja intimnosti (Arnett, 2000). Mladi ljudi u ovoj fazi često eksperimentišu sa različitim ulogama i ponašanjima, uključujući i upotrebu supstanci, kao deo procesa individuacije i separacije od roditeljskih figura

(Newcomb & Bentler, 1988). U tom kontekstu, integrativni tretman, sa svojim fokusom na ličnu transformaciju, izgradnju identiteta i životnih vještina, može biti posebno prijemčiv za mlade odrasle, koji još uvek aktivno rade na ovim razvojnim zadacima (Tanner, 2006). Dodatno, mlađe osobe mogu imati kraću istoriju upotrebe supstanci i manje ozbiljne obrasce zavisnosti, što ih čini pogodnijim kandidatima za intenzivne psihosocijalne intervencije usmerene na apstinenciju (Schuman-Olivier *et al.*, 2014). Sa druge strane, stariji odrasli (više od 50 godina) se suočavaju sa specifičnim razvojnim izazovima i zdravstvenim problemima koji mogu uticati na njihove potrebe i preferencije u tretmanu. Prema teoriji životnog toka, starenje je praćeno promenama u socijalnim ulogama, odnosima i resursima, poput penzionisanja, smrti bliskih osoba i narušenog zdravlja, što može povećati vulnerabilnost za probleme sa supstancama (Schulte & Hser, 2014). Stariji korisnici i korisnice PAS često imaju dužu istoriju upotrebe supstanci, teže obrasce zavisnosti i više pridruženih zdravstvenih problema, poput hroničnog bola, što ih čini kandidatima za farmakološki podržane tretmane poput opioidne supstitucione terapije (Lofwall *et al.*, 2008). Dodatno, stariji odrasli mogu davati prednost manje intenzivnim i konfrontirajućim pristupima koji su prilagođeni njihovom tempu i stilu učenja, uz uvažavanje akumuliranih životnih iskustava (Kuerbis *et al.*, 2015). Koncept „zavisničkih karijera“ (eng. *addiction careers*) dodatno osvetljava razvoj i promene obrazaca upotrebe supstanci tokom života (Hser *et al.*, 2007). Prema ovom modelu, zavisnost se posmatra kao dinamičan proces sa različitim fazama, tranzicijama i ishodima. Početak zavisničke karijere u adolescenciji ili ranoj odraslosti je često praćen periodom eskalacije i vrhunca u srednjem odraslom dobu, nakon čega sledi period održavanja ili postepenog opadanja (Grella & Lovinger, 2011). U kasnoj fazi zavisničke karijere, motivi za upotrebu supstanci se pomeraju od traženja uzbuđenja ka samolečenju i regulaciji neprijatnih emocionalnih stanja, što može povećati prijemčivost za farmakološke tretmane (Dowling *et al.*, 2008). Objedinjena, ova objašnjenja upućuju na različite motive za upotrebu PAS, obrasce upotrebe, kao i ciljeve i potrebe kada je u pitanju program tretmana, između mlađih i starijih učesnika i učesnica u ovom istraživanju. Perspektiva teorije socijalnog kapitala i koncepta kapitala oporavka, dodatno upućuje da identifikovane razlike mogu odražavati različite socijalne i lične resurse dostupne mlađim i starijim osobama (Granfield & Cloud, 2001). Mlađe osobe mogu imati više energije, fleksibilnosti i motivacije za intenzivnije i sveobuhvatnije tretmane koji ciljaju ličnu transformaciju, dok starije osobe mogu imati manju socijalnu podršku, zdravstvene izazove i potrebu za medikamentoznom stabilizacijom (Aharonovich *et al.*, 2006).

Radni status je bio povezan sa tipom tretmana, pri čemu su zaposleni bili zastupljeniji na integrativnom, a nezaposleni i povremeno zaposleni na opioidnom supstitucionom tretmanu. Dodatno, na integrativnom tretmanu je utvrđena značajna razlika u nivou ukupnog kapitala oporavka u odnosu na radni status, pri čemu su zaposleni imali više nivoe ovog resursa u poređenju sa nezaposlenima, bez obzira na dužinu tretmana. Ovi nalazi su u skladu sa teorijom socijalnog kapitala i konceptom kapitala oporavka, koji naglašavaju važnost pristupa socijalnim i ličnim resursima kroz zaposlenje (Cloud & Granfield, 2008). Burdijeov „efekat multiplikacije“ (1980) upućuje da zaposlenje, pored finansijske sigurnosti kao važnog segmenta ličnog kapitala, može pružiti i rutinu, osećaj svrhe i pripadnosti (Richardson, 2000), kao i socijalne veze koje podržavaju oporavak (Bauld *et al.*, 2013). S druge strane, nezaposlenost može ograničiti pristup ovim resursima i povećati rizik od socijalnog isključivanja i recidiva (Henkel, 2011). Veća zastupljenost zaposlenih osoba na integrativnom tretmanu i njihovi viši nivou ukupnog kapitala oporavka mogu se razumeti iz ove perspektive. Osobe sa zaposlenjem mogu imati više ličnih, socijalnih i ekonomskih resursa koji ih čine spremnijim i pogodnijim za intenzivne psihosocijalne intervencije usmerene na ličnu transformaciju i razvoj životnih vještina. Njihove proširene mreže, norme i resursi mogu ih podržati u angažovanju i istrajnosti u zahtevnom procesu promene kakav nudi integrativni tretman (Room, 1998). Dodatno, strukturisan i na apstinenciju orijentisan pristup integrativnog tretmana može biti kompatibilniji sa radnim ulogama i očekivanjima (Rieckmann *et al.*, 2011). Nasuprot tome, veća zastupljenost nezaposlenih i povremeno zaposlenih osoba u supstitucionom tretmanu može odražavati njihove specifične potrebe i okolnosti. Osobe sa nestabilnim zaposlenjem mogu imati

ograničene lične, socijalne i ekonomske resurse, što ih čini manje spremnima za intenzivne psihosocijalne intervencije (Richardson & Epp, 2016). Supstitucionni tretman, sa svojim fokusom na farmakološku stabilizaciju i redukciju štete, može biti prihvatljivija i dostupnija opcija za ove osobe. Dodatno, fleksibilnost supstitucionog tretmana može bolje odgovarati nepredvidivim radnim aranžmanima i ekonomskim pritiscima sa kojima se suočavaju (Vigilant, 2001).

Tip zavisnosti je bio značajno povezan sa tipom tretmana, pri čemu osobe na supstitucionom tretmanu imale veću zastupljenost upotrebe opioida, dok su oni na integrativnom imali veću zastupljenost politoksikomanije i upotrebe kanabinoida. Razlike u obrascima upotrebe PAS između osoba na različitim modalitetima tretmana mogu odražavati kako različite potrebe ovih populacija, tako i ciljeve i mogućnosti samih tretmana. Ovi nalazi se mogu interpretirati iz perspektive ekosistemskog pristupa, koji naglašava interakciju individualnih karakteristika supstanci i individua sa ciljevima i metodama specifičnih tretmana i dostupnih resursa tretmana (Matto, 2004). Osobe zavisne od opioida, suočene sa snažnim fiziološkim i psihološkim efektima ovih supstanci, mogu biti motivisanije za tretmane koji pružaju brzu stabilizaciju i ublažavanje simptoma, poput supstitucione terapije (Bell, 2012; Zule & Desmond, 2000). Njihove inicijalne potrebe i ciljevi mogu biti pre usmereni na smanjenje štete i poboljšanje kvaliteta života, nego na potpunu apstinenciju (Stancliff *et al.*, 2002). Sa druge strane, osobe sa politoksikomanijom i zavisnošću od kanabinoida mogu imati kompleksnije psihosocijalne potrebe i biti spremnije za intenzivne intervencije usmerene na ličnu transformaciju i razvoj životnih veština kakve nudi integrativni tretman (Agrawal *et al.*, 2004; Simpson *et al.*, 1997).

Dužina tretmana je bila povezana sa tipom tretmana, pri čemu su učesnici i učesnice na supstitucionom tretmanu bili duže na tretmanu. Prethodne studije su konzistentno pokazale da je duže zadržavanje u tretmanu povezano sa boljim ishodima oporavka, uključujući smanjenu upotrebu supstanci, kriminalno ponašanje i rizično ponašanje, kao i poboljšano psihosocijalno funkcionisanje (Simpson, 2004; Zhang *et al.*, 2003). Međutim, optimalna dužina tretmana može varirati u zavisnosti od tipa programa i individualnih karakteristika osobe. To može odražavati kako inherentne razlike u ciljevima i intenzitetu dva modaliteta (Amato *et al.*, 2005), tako i izvesnu samoselektivnost učesnika i učesnica sa različitim nivoima početne spremnosti i resursa za promenu. Iz ugla kapitala oporavka (Cloud & Granfield, 2008), moguće je da osobe sa manje inicijalnih resursa i većim deficitima bivaju usmerene ili same biraju „sporiji” put supstitucije i postepene rekonstrukcije kapitala, dok one sa više polaznih prednosti mogu podneti sveobuhvatnu mobilizaciju resursa u intenzivnom integrativnom paketu. U tom smislu istraživanja potvrđuju da programi supstitucione terapije često imaju duže prosečno trajanje tretmana u poređenju sa drugim modalitetima (Deck & Carlson, 2005; McKeganey *et al.*, 2006). Ove razlike se mogu objasniti specifičnim ciljevima i metodama supstitucionog tretmana. On se oslanja na dugoročnu farmakološku podršku za ublažavanje žudnje i simptoma apstinencijalnog sindroma, što može zahtevati produženo učešće u tretmanu radi optimizacije i održavanja terapijskih efekata (Mattick *et al.*, 2014). Dodatno, učesnici i učesnice u supstitucionom tretmanu često imaju teže forme zavisnosti, višestruke recidive i kompleksnije psihosocijalne potrebe, što može zahtevati duži period angažovanja u tretmanu radi postizanja stabilnosti (Bell *et al.*, 2006). Sa druge strane, kraće prosečno trajanje integrativnog tretmana se može pripisati intenzivnoj i sveobuhvatnoj prirodi ovih programa. Integrativni tretmani obično uključuju visoko strukturisan raspored aktivnosti, grupni pritisak ka promeni i fokus na apstinenciju i usvajanje novih životnih veština (De Leon, 2000; Gačić, 1992). Ovaj intenzivni pristup može potencirati brže promene, ali i veći rizik od prevremenog odustajanja, posebno među učesnicima i učesnicama koji nisu adekvatno pripremljeni ili motivisani (Condelli & De Leon, 1993). Pristup usmeren na snage poziva na prilagođavanje dužine i intenziteta tretmana individualnim potrebama i resursima (Simoneau & Bergeron, 2003). Neki pojedinci mogu imati koristi od dužih i postepenih tretmana koji omogućavaju stabilizaciju i održavanje promena (Volkow *et al.*, 2016), dok drugi mogu preferirati kraće i intenzivnije formate koji jačaju osećaj agensnosti i nade (Vanderplasschen *et al.*, 2013; Weston *et al.*, 2018). Ključno je

pažljivo proceniti individualne snage, motivaciju i okolnosti, te u skladu sa tim prilagoditi trajanje i modalitet tretmana (DuPont & Humpreys, 2011).

Inicijativa za dolazak na tretman je bila povezana sa nivoom ukupnog kapitala oporavka na integrativnom tretmanu, pri čemu su učesnici i učesnice koji su došli na insistiranje drugih imali više nivoe ovog resursa, bez obzira na dužinu tretmana. Zanimljivo je da su među osobama na integrativnom tretmanu, svi učesnici i učesnice sa veoma visokim ukupnim kapitalom oporavka došli na tretman pod pritiskom okoline. Ovaj nalaz se može razumeti iz perspektive teorije samoodređenja (Deci & Ryan, 1985), koja sugerise da spoljašnja motivacija može paradoksalno pozitivno delovati u ranim fazama promene, mobilisući resurse i akciju dok se ne razvije intrinzička motivacija. Ovaj nalaz takođe osvetljava potencijalno protektivnu ulogu socijalne kontrole i pritiska okoline na odluku o ulasku u integrativni tretman, koji zahteva visok nivo predanosti i promene životnog stila. Kada porodica i značajni drugi igraju aktivnu ulogu u motivisanju i praćenju tretmana, u kombinaciji sa sveobuhvatnim profesionalnim intervencijama, to može dati poseban zamajac promenama (Stanton & Shadish, 1997; Vučinić Jovanović i Hrnčić, 2022). Ovi nalazi se, takođe, mogu interpretirati iz perspektive teorije socijalnog kapitala i ekosistemskog pristupa. Osobe koje dolaze na tretman pod pritiskom drugih, poput porodice ili poslodavca, mogu imati snažnije socijalne veze i sistem podrške koji ih je usmerio ka traženju pomoći (Gyarmathy & Latkin, 2008). Ovaj socijalni kapital može biti važan resurs, koji podstiče razvoj ličnih resursa i kapitala za oporavak (Zschau *et al.*, 2016). S druge strane, samoinicijativni dolazak na tretman može odražavati unutrašnju motivaciju, ali i manjak spoljašnje podrške i veći izazov u mobilizaciji resursa za oporavak (Stevens, 2013). Pristup usmeren na snage naglašava važnost prepoznavanja i uvažavanja kako unutrašnjih, tako i spoljašnjih snaga i resursa koje su osobu dovele do tretmana, bez obzira na način dolaska (Saleebey, 2012). Stručnjaci treba da grade na postojećim resursima i motivaciji osobe, istovremeno radeći na proširenju njenih socijalnih i ličnih kapaciteta za oporavak (Kemp *et al.*, 2006). Ključno je negovati osećaj agensnosti i samoodređenja osobe, uz pažljivo balansiranje podrške i autonomije (Austin *et al.*, 2015).

Rezultati istraživanja u poduzorcima prema tipu tretmana pružaju važne uvide u složene odnose između sociodemografskih, tretmanskih i varijabli oporavka, uz kontrolu dužine tretmana. Teorija socijalnog kapitala, koncept kapitala oporavka, ekosistemski pristup, teorija nade i teorija samoefikasnosti pružaju korisne okvire za razumevanje ovih nalaza i njihovih implikacija za praksu tretmana zavisnosti i socijalnog rada. Dodatno, pristup usmeren na snage poziva na prepoznavanje i aktiviranje jedinstvenih snaga i resursa osoba u različitim tipovima tretmana, uz prilagođavanje intervencija njihovim specifičnim potrebama i okolnostima.

Sumirajući nalaze o povezanosti sociodemografskih i tretmanskih varijabli sa resursima za oporavak, uočavamo složenu mrežu interakcija između individualnih karakteristika, tretmanskih modaliteta i parametara i šireg socijalnog konteksta u oblikovanju puteva oporavka. Pol, uzrast, radni status, tip zavisnosti, dužina tretmana i inicijativa za njegov početak pokazali su se kao značajni korelati različitih dimenzija ličnog i socijalnog kapitala, nade i samoefikasnosti, kako na nivou celog uzorka, tako i u podgrupama na integrativnom i supstitucionom tretmanu. Ovi nalazi osvetljavaju dinamičnu i multidimenzionalnu prirodu procesa oporavka i pozivaju na razvoj i primenu intervencija koje uvažavaju jedinstvene profile snaga i potreba osoba koje se suočavaju sa zavisnošću. Istovremeno, rezultati sugerisu da sociodemografski i tretmanski faktori ne funkcionišu izolovano, već u sadejstvu sa širim sociokulturnim normama, očekivanjima i mogućnostima koje oblikuju razvojne putanje zavisnosti i oporavka. U tom smislu, nalazi ističu važnost sveobuhvatnog, na snage usmerenog i rodno inkluzivnog pristupa tretmanu, koji adresira višestruke nivoe ekološkog sistema osobe.

### 9.5. Analiza povezanosti između varijabli kapitala oporavka, nade i samoeфикаsnosti prevladavanja u uzorku

Analiza povezanosti između varijabli kapitala oporavka, nade i samoeфикаsnosti prevladavanja pruža ključne uvide u dinamiku procesa oporavka od zavisnosti. Rezultati Pirsonovih hi-kvadrat testova su ukazali na statistički značajne povezanosti između ukupnog, ličnog i socijalnog kapitala oporavka sa ključnim varijablama nade i samoeфикаsnosti prevladavanja, kao i između pojedinih dimenzija kapitala oporavka i ovih motivacionih, kognitivnih i bihejviornih faktora.

Kada je reč o ukupnom kapitalu oporavka, rezultati su pokazali pozitivnu povezanost između ukupnog kapitala oporavka i ukupne nade, agensnosti i mišljenja usmerenog na načine za ostvarenje ciljeva (dimenzija nade), kao i samoeфикаsnosti prevladavanja u visokorizičnim interpersonalnim situacijama. Ovi nalazi upućuju na snažne sinergijske efekte između ukupnih resursa za oporavak (ličnih i socijalnih) i ključnih motivacionih faktora kao što su nada i samoeфикаsnost prevladavanja. Moguće je da viši nivoi kapitala oporavka pružaju snažniju bazu za razvoj pozitivnih očekivanja, doživljaja lične moći i agensnosti, te kapaciteta za strateško promišljanje puteva ka željenim ciljevima (Irving *et al.*, 2004). Istovremeno, snažniji osećaj nade i samoeфикаsnosti može voditi proaktivnijem angažovanju u sticanju i mobilizaciji resursa za prevladavanje izazova oporavka (Bandura, 1999; Kelly & Greene, 2014; Snyder, 2002).

Slični obrasci su uočeni i za lični kapital oporavka, gde se pokazala pozitivna povezanost između ličnog kapitala oporavka i ukupne nade, agensnosti, mišljenja usmerenog na načine za ostvarenje ciljeva, ukupne samoeфикаsnosti prevladavanja i samoeфикаsnosti prevladavanja u interpersonalnim situacijama rizika za recidiv. Ovaj nalaz sugerise da individualni psihološki, fizički, kognitivni i bihejviorni resursi predstavljaju posebno snažnu osnovu za građenje pozitivne vizije budućnosti, doživljaja lične delotvornosti i kapaciteta za prevladavanje (Bandura, 1997; Snyder, 2002). Osnaživanje ličnih snaga i veština kroz tretman i druge intervencije za podršku oporavku može stoga biti ključno za negovanje nade i samoeфикаsnosti, uključujući samoeфикаsnost prevladavanja (Moos, 2007).

Socijalni kapital oporavka je takođe pokazao pozitivnu povezanost sa ukupnom nadom, agensnošću, mišljenjem usmerenim na načine za ostvarenje ciljeva, ukupnom samoeфикаsnošću, kao i samoeфикаsnošću u rizičnim situacijama u oblasti unutrašnjih stanja i interpersonalnim kontekstima. Socijalne veze, podrška, resursi i mogućnosti ugrađeni u odnose sa značajnim drugima i mrežama podrške izgleda da igraju vitalnu ulogu u inspirisanju i održavanju pozitivnih očekivanja, doživljaja lične moći i kapaciteta za nošenje sa izazovima oporavka (Bandura, 1999; Snyder, 2002). Negovanjem podržavajućih odnosa i proširivanjem socijalnih resursa, osobe u oporavku mogu crpeti snagu, uvide i ohrabrenje iz svog socijalnog okruženja (Chiu, Leung & Lam, 2021; Mawson *et al.*, 2015).

Pored opštih domena kapitala oporavka, utvrđene su i značajne veze između pojedinih dimenzija kapitala oporavka i nade i samoeфикаsnosti prevladavanja. Dimenzije globalnog psihičkog i fizičkog zdravlja, iskustva oporavka, upotrebe supstanci i apstinencije, socijalne podrške, smislenih aktivnosti, upravljanja rizicima i opšteg prevladavanja teškoća pokazale su se kao posebno relevantne.

Dimenzija „Globalno psihičko zdravlje” je bila pozitivno povezana sa ukupnom nadom, agensnošću i mišljenjem usmerenim na načine za ostvarenje ciljeva, kao i interpersonalne samoeфикаsnosti prevladavanja rizika za upotrebu droga. Globalno fizičko zdravlje pozitivno povezano sa ukupnom nadom i agensnošću. Ove veze između boljih ishoda mentalnog i fizičkog zdravlja i viših nivoa nade i samoeфикаsnosti prevladavanja su očekivane i u skladu sa prethodnim nalazima (Irving *et al.*, 2004; Taylor & Brown, 1994). Pozitivnija opšta psihofizička dobrobit može

osloboditi mentalne i energetske resurse za postavljanje i dostizanje ciljeva oporavka, te tako hraniti optimizam i veru u lične kapacitete za promenu (Schrank *et al.*, 2014).

Pozitivnija iskustva i percepcije procesa oporavka su takode pozitivno povezana sa ukupnom nadom i agensnošću. Prethodni uspjesi u prevladavanju zavisnosti, kao i doživljaj ličnog rasta i transformacije kroz oporavak, mogu osnažiti očekivanja povodom budućnosti i veru u sopstvene snage (Kelly & Greene, 2014; Krentzman, 2013).

Dimenzija „Upotreba PAS i apstinencija” se pokazala kao visoko pozitivno povezana sa ukupnom samoeфикасношću, kao i sa samoeфикасношću u rizičnim ličnim i socijalnim kontekstima. Veći uspeh u kontroli korišćenja supstanci i održavanju apstinencije je očekivano bio praćen snažnijim uverenjima o ličnoj sposobnosti odupiranja iskušenjima i izazovima oporavka (Marlatt, Baer & Quigley, 1995).

Socijalna podrška je bila pozitivno povezana sa ukupnom nadom, agensnošću, mišljenjem usmerenim na načine za ostvarivanje ciljeva i ukupnom samoeфикасношću. Emocionalna, instrumentalna i informaciona podrška od strane porodice, prijatelja i značajnih drugih izgleda da predstavlja vitalan resurs koji podržava i usmerava motivaciju i odlučnost u oporavku (Stevens *et al.*, 2010).

Uključenost u smislene aktivnosti je bila pozitivno povezana sa ukupnom nadom, agensnošću i samoeфикасношću prevladavanja. Angažovanje u aktivnostima koje osobi pružaju osećaj svrhe, zadovoljstva i ispunjenosti može podstaći viđenje sebe kao aktivnog i sposobnog činioca promene koji ima razlog za optimizam u pogledu budućnosti (Irving *et al.*, 2004).

Sposobnosti prepoznavanja i upravljanja rizičnim situacijama su bile pozitivno povezane sa ukupnom nadom, agensnošću i samoeфикасношću u situacijama rizika za recidiv relaciji sa drugim ljudima. Veštine opšteg prevladavanja teškoća su bile pozitivno povezane sa ukupnom nadom, agensnošću, kao i ukupnom i interpersonalnom samoeфикасношću. Poverenje u sopstveni repertoar strategija i kapaciteta suočavanja predstavlja srž rezilijentnosti u oporavku (Hser, 2007; Marlatt, Baer & Quigley, 1995).

Sumirani, ovi nalazi snažno podupiru shvatanje oporavka od zavisnosti kao kompleksnog i dinamičnog procesa u kome se različiti domeni ličnih i socijalnih resursa, ujedno ključni motivacioni faktori, uzajamno osnažuju i sinergijski doprinose održavanju apstinencije/kontrole nad upotrebom PAS i sveukupnog blagostanja. Unapređivanje bilo kog aspekta kapitala oporavka ima potencijal da se prelije i na druge domene i pokrene uzlazne spirale rasta (Best & Laudet, 2010; Granfield & Cloud, 1999).

Istovremeno, rezultati impliciraju da bi intervencije usmerene na osnaživanje nade i samoeфикаsnosti prevladavanja, kroz tehnike postavljanja ciljeva, rešavanja problema, suočavanja sa rizičnim situacijama, usvajanja zdravih rutina i aktiviranja socijalne podrške, mogle višestruko doprineti ukupnom oporavku, osnažujući širi spektar unutrašnjih i spoljašnjih resursa za promenu (Moos, 2007; Morgenstern *et al.*, 2016).

Konačno, uočene veze različitih aspekata kapitala oporavka sa nadom i samoeфикасношću prevladavanja putem kojih se potencijalno ostvaruju efekti tretmana na ishode oporavka, sugerišu da bi buduća istraživanja efekata tretmana i procesa promene u oblasti bolesti zavisnosti mogla imati koristi od sveobuhvatnijeg sagledavanja međuodnosa i putanja uticaja različitih činilaca oporavka. Utvrđivanje specifičnih mehanizama putem kojih tretman, u sadejstvu sa drugim faktorima, vodi promenama u navedenim domenima moglo bi omogućiti preciznije profilisanje korisnika i korisnica, kreiranje individualizovanih planova podrške i optimizaciju tretmanskih protokola.

## 9.6. Analiza povezanosti dužine tretmana sa sociodemografskim, tretmanskim i varijablama oporavka

Tretiranje dužine tretmana kao kontrolne varijable u ovom istraživanju je omogućilo ispitivanje odnosa između različitih varijabli, uzimajući u obzir potencijalni uticaj trajanja tretmana na ispitivane ishode. Rezultati su pokazali da postoji značajna povezanost između dužine tretmana i nekih aspekata kapitala oporavka i samoefikasnosti prevladavanja. Ovi nalazi su u skladu sa prethodnim istraživanjima koja su konzistentno ukazala na pozitivnu vezu između dužine zadržavanja u tretmanu i ishoda oporavka (Gossop *et al.*, 1999; Hubbard *et al.*, 1989; Simpson, 1997).

Konkretno, utvrđena je značajna povezanost između dužine tretmana i dimenzije socijalnog kapitala oporavka „Stanovanje i bezbednost”, pri čemu su učesnici i učesnice koji su duže na tretmanu, posebno oni na tretmanu od šest do dvanaest meseci, bili zastupljeniji u višim kategorijama na ovoj dimenziji. Ovi nalazi sugerišu da bi duži tretman mogao biti povezan sa boljim ishodima u pogledu stabilnosti stanovanja i osećaja bezbednosti kod osoba na tretmanu zavisnosti od droga. Povezanost dužine tretmana sa višim nivoima stabilnosti stanovanja i osećaja bezbednosti može se objasniti kumulativnim efektima tretmanskim intervencijama na različite domene funkcionisanja. Programi tretmana obično uključuju pomoć u rešavanju stambenih problema, povezivanje sa resursima u zajednici i trening životnih veština (Padgett *et al.*, 2011). Duži tretman pruža više vremena i prilike za sticanje ovih benefita, kao i postepenu izgradnju stabilnijeg i bezbednijeg životnog aranžmana. Dodatno, sama činjenica ostajanja u strukturisanom i podržavajućem okruženju duži period može delovati kao protektivni faktor protiv beskućništva i nasilja (Milby *et al.*, 2005).

Značajna povezanost je utvrđena i pozitivna povezanost između dužine tretmana sa jedne strane, i samoefikasnosti prevladavanja rizika od upotrebe droga u oblasti unutrašnjih stanja visokog rizika za recidiv, kao i samoefikasnosti prevladavanja u situacijama visokorizičnim za recidiv koje uključuju druge ljude, sa druge strane. Nalaz sugerišu pozitivan uticaj tretmana na razvoja ili održavanja visokog nivoa samoefikasnosti u ovim specifičnim situacijama kod osoba inicijalno dijagnostikovanih kao zavisnih od psihaktivnih supstanci. Veza između dužine tretmana i samoefikasnosti prevladavanja u rizičnim situacijama se može razumeti iz ugla teorije socijalnog učenja (Bandura, 1997). Duži tretman pruža više prilika za sticanje direktnih iskustava prevladavanja izazovnih situacija, posmatranje uspešnih modela, ohrabrenje od strane drugih i doživljaj psihofizičke stabilnosti. Kroz ove procese, osobe postepeno stiču uverenje u sopstvene kapacitete za nošenje sa rizicima i održavanje apstinencije (Ilgen, McKellar & Moos, 2007). Takođe, moguće je da duži tretman posredno deluje na jačanje samoefikasnosti i putem unapređenja drugih resursa i domena funkcionisanja (Bourdieu, 1986; Cloud & Granfield, 2008). Na primer, osobe koje duže ostaju u tretmanu imaju više prilika da razviju socijalne veštine, načine promene vezano za stil življenja, usvoje strategije i planove za preveniranje recidiva, te time osnaže svoje kapacitete za adekvatno reagovanje u rizičnim situacijama (Witkiewitz & Marlatt, 2004). Uspehi u održavanju apstinencije i suočavanju sa izazovima tokom tretmana mogu voditi spirali rasta samoefikasnosti.

Zanimljivo je da su efekti dužine tretmana bili najizraženiji u kategoriji od šest do dvanaest meseci, što je u skladu sa kliničkim opservacijama i empirijskim nalazima o „tački preokreta” nakon šest meseci tretmana (Simpson *et al.*, 1997). Moguće je da je u ovom vremenskom okviru došlo do konsolidacije dobitaka od tretmana i internalizacije veština i resursa, što je vodilo opaženim boljim ishodima. Ipak, treba imati u vidu da su individualne potrebe i putanje oporavka veoma varijabilne i da optimalna dužina tretmana zavisi od niza ličnih i kontekstualnih faktora (McKay, 2009).



Ovi nalazi imaju važne implikacije za interpretaciju drugih rezultata, jer sugerišu da je dužina tretmana potencijalno važna varijabla koja može uticati na ishode oporavka i da je potrebno uzeti je u obzir prilikom ispitivanja efekata drugih faktora, poput sociodemografskih karakteristika ili tipa tretmana. Moguće je da dužina tretmana deluje kao moderator odnosa između drugih varijabli i ishoda oporavka, što bi značilo da efekti tih varijabli mogu varirati u zavisnosti od toga koliko dugo je osoba na tretmanu.

Iako ovi rezultati snažno podržavaju važnost adekvatnog trajanja tretmana u postizanju pozitivnih ishoda oporavka, treba ih razmotriti u svetlu izvesnih metodoloških ograničenja. Važno je napomenuti da nejednaka distribucija učesnika i učesnica prema dužini tretmana u ovom uzorku (sa najvećim procentom onih koji su na tretmanu između šest i dvanaest meseci, 74,9%, n=146), može uticati na pouzdanost i generalizabilnost ovih nalaza. U budućim istraživanjima bi bilo korisno težiti ujednačenijoj distribuciji učesnika i učesnica prema ovoj varijabli kako bi se dobila jasnija slika o njenoj ulozi u procesu oporavka.

Rezultati ovog istraživanja naglašavaju potrebu za pažljivim razmatranjem dužine tretmana prilikom dizajniranja i evaluacije tretmanskih programa, kao i prilikom interpretacije nalaza istraživanja u ovoj oblasti. Dalje istraživanje mehanizama kroz koje dužina tretmana utiče na različite aspekte oporavka može pružiti važne uvide za unapređenje protokola tretmana i optimizaciju ishoda za osobe koje se oporavljaju od zavisnosti.

Zaključno, nalazi ovog istraživanja pružaju značajan doprinos razumevanju složenih odnosa između sociodemografskih, tretmanskih i varijabli oporavka, uz uvažavanje važne uloge dužine tretmana kao kontrolne varijable. Utvrđene povezanosti sugerišu da individualne karakteristike, tretmanski faktori i trajanje tretmana mogu imati značajne i međusobno isprepletene uticaje na razvoj resursa za oporavak. Ovi nalazi pružaju čvrstu osnovu za razvoj integrisanih i na dokazima zasnovanih interventnih pristupa koji će uvažavati specifične potrebe različitih podgrupa u tretmanu, uz pažljivo razmatranje optimalnog trajanja tretmana za postizanje željenih ishoda.

### **9.7. Profili resursa za oporavak osoba na integrativnom i supstitucionom tretmanu: distinktivne snage i izazovi**

Rezultati ovog istraživanja otkrili su distinktivne profile resursa za oporavak kod osoba na integrativnom i opioidnom supstitucionom tretmanu, osvetljavajući specifične obrasce snaga i izazova sa kojima se suočavaju ove dve grupe. Dobijeni nalazi sugerišu da različiti modaliteti tretmana privlače i podržavaju osobe sa različitim konstelacijama ličnih i sredinskih resursa, istovremeno oblikujući njihove putanje oporavka na jedinstven način.

Osobe na integrativnom tretmanu su pokazale tendenciju ka višim nivoima ukupnog, ličnog i socijalnog kapitala oporavka, sa posebnim snagama u domenima fizičkog zdravlja, pozitivnog iskustva oporavka, socijalne podrške, smislenih aktivnosti i apstinencije. Rezultati se mogu tumačiti time da integrativni tretman, kroz svoj holistički pristup koji objedinjuje zdravstvene, psihološke, socijalne i okupacione intervencije, pruža mogućnosti za unapređenje fizičkog blagostanja, rekonstrukciju identiteta, proširenje mreže podrške, pronalaženje životnog smisla i strukturisanje svakodnevice oko aktivnosti koje unapređuju zdravlje i dobrobit (Gačić, 1992; Laudet & White, 2008). Ovi zaključci su potkrepljeni nalazima o statistički značajno višim nivoima na dimenzijama „Globalnog fizičkog zdravlja”, pozitivnog „Iskustva oporavka”, „Socijalne podrške“ i „Smislenih aktivnosti” među osobama na integrativnom u odnosu na one na opioidnom supstitucionom tretmanu. Sa druge strane, rezultati mogu da budu odraz selekcije sa modalitete tretmana u pravcu navedenih razlika.

Međutim, pokazuje se da oko jedne četvrtine osoba na integrativnom tretmanu takođe osećuje nisku svoju samoeфикаsnosti prevladavanja unutrašnjih okidača za recidiv i smislenog angažovanja u aktivnostima koje podržavaju oporavak. Ovi rezultati mogu odražavati visoke zahteve sveobuhvatnih integrativnih programa koji, pored apstinencije, naglašavaju i duboku psihološku promenu i razvoj novih životnih rutina, što može biti posebno izazovno u ranim fazama oporavka (Connors *et al.*, 2013). Ovi izazovi su u skladu sa nalazima o snažnim vezama samoeфикаsnosti prevladavanja sa apstinencijom, upravljanjem rizicima i veštinama suočavanja sa problemima u ukupnom uzorku. Moguće je da sveobuhvatni zahtevi integrativnih programa stavljaju pred osobe povećane izazove oslanjanja na unutrašnje snage u ranim fazama kada veštine prevladavanja rizika i održavanja apstinencije još nisu potpuno razvijene.

Sa druge strane, osobe na opioidnom supstitucionom tretmanu pokazuju nešto drugačiji profil resursa od onih na integrativnom tretmanu, sa izraženim snagama u domenu samoeфикаsnosti prevladavanja unutrašnjih stanja kao „okidača” za recidiv i nešto višim skorovima na dimenzijama stanovanja i bezbednosti. Ovi nalazi mogu ukazivati na vrednost opioidne supstitucione terapije u stabilizaciji psihofizičkog funkcionisanja i smanjenju neposredne štete asociirane sa korišćenjem opioida. Moguće je da opioidna supstituciona terapija, kroz svoju farmakološku komponentu, pruža veću stabilnost i olakšava prevladavanje rizičnih unutrašnjih stanja od ontegrativne terapije. Takođe, može sugerisati da njen potencijal da, uprkos hroničnoj prirodi problema, podrži inicijalne promene u doživljaju sebe i socijalne uloge osobe (Vučković *i sar.*, 2012; Marjanović, 2014). Viši skorovima na dimenzijama stanovanja i bezbednosti može ukazati i na inicijalnu selekciju korisnika i korisnica u pravcu uključivanja ljudi koji su u boljoj stambenoj i bezbedonosnoj situaciji.

Međutim, oko trećine korisnika i korisnica opioidnih supstitucionih programa takođe ispoljavaju i značajne deficite u domenima globalnog fizičkog zdravlja, smislenih aktivnosti i socijalne podrške. Ovi rezultati sugerišu potrebu za sveobuhvatnijom biopsihosocijalnom podrškom (De Maeyer *et al.*, 2013; Torrens *et al.*, 2013; Vanderplasschen *et al.*, 2015). Ovi deficiti su u skladu sa nalazima o povezanosti socijalnog kapitala oporavka, socijalne podrške, smislenih aktivnosti i opšteg zdravlja sa višim nivoima nade i samoeфикаsnosti prevladavanja u ukupnom uzorku. Slabiji resursi u ovim domenima među osobama na supstitucionom tretmanu mogu ograničavati razvoj ključnih motivacionih i samoregulatornih kapaciteta za dugoročni oporavak.

Pored razlika u resursima za oporavak, poduzorcima osoba na integrativnom i opioidnom supstitucionom tretmanu pokazuju i distinktivne sociodemografske i tretmanske profile, što dodatno osvetljava kompleksnost puteva oporavka i potrebu za individualizovanim pristupom.

Osobe na integrativnom tretmanu karakteriše veća zastupljenost muškaraca, mlađih odraslih (do 27 godina), zaposlenih i onih sa dijagnozom politoksikomanije. Ovaj profil sugerišu da integrativni tretman može biti posebno privlačan i prijemčiv za osobe sa više početnog ličnog i socijalnog kapitala - one sa potencijalno više energije, fleksibilnosti i socijalnih resursa za intenzivnu ličnu transformaciju, odnosno one sa izraženijim kapacitetima i motivacijom za aktivno učestvovanje u procesu promene (Cloud & Granfield, 2008). Češći dolazak na insistiranje drugih kod osoba na integrativnom tretmanu ukazuju na potencijalno veću spremnost okoline da mobilise resurse za podršku ovim osobama. Kraće prosečno trajanje tretmana može biti odraz načina realizacije modaliteta tretmana, jer je integrativni tretman izazovniji u smislu promena koje se dešavaju bez farmakološke potpore, te ga karakteriše veći broj recidiva i nestabilnije pohađanje tretmana.

Sa druge strane, profil osoba na opioidnom supstitucionom tretmanu karakteriše veća zastupljenost žena, starijih odraslih, nezaposlenih i povremeno zaposlenih, kao i osoba sa dominantnom primarnom zavisnošću od opijata i opioida. Ovaj obrazac upućuje na populaciju sa potencijalno većim biološkim, psihološkim i socijalnim vulnerabilnostima, za koju supstituciona terapija može predstavljati pristupačniju opciju koja pruža neophodnu stabilizaciju. Duže prosečno trajanje tretmana može se tumačiti karakteristikama ovog tretmana: stabilnijim tokom i manjom je

zahtevnošću i postojanjem farmakološkog supstituta, koji motivišu za pridržavanje tretmanu i olakšava ga. Češći samoinicijativni dolazak sugerišu da ove osobe možda prepoznaju potrebu za dugotrajnijom podrškom.

Ovi profili naglašavaju važnost sagledavanja resursa za oporavak u širem kontekstu životnih okolnosti i istorije zavisnosti. Oni sugerišu da izbor i efikasnost tretmana ne zavise samo od farmakoloških i psihosocijalnih intervencija, već i od kompleksne interakcije ličnih karakteristika, socijalnih resursa i životnih okolnosti osobe (Bronfenbrenner, 1979). Integrativni tretman može biti posebno pogodan za osobe sa očuvanim resursima i podrškom okoline, pružajući im intenzivnu platformu za ličnu transformaciju. Nasuprot tome, supstitucionni tretman može predstavljati neophodnu „sigurnosnu mrežu” za vulnerabilnije pojedince, obezbeđujući stabilizaciju kao osnovu za postepenu rekonstrukciju kapitala oporavka. Ovi nalazi sugerišu da hronologija i kontekst ulaska u tretman oblikuju inicijalne kapacitete osobe za promenu, te bi ih trebalo uzeti u obzir prilikom procene i planiranja intervencija.

Rezultati našeg istraživanja imaju značajne praktične implikacije. Oni pozivaju na pažljivu procenu početnih „konfiguracija” kapitala pri ulasku u tretman i kreiranje personalizovanih planova intervencija usmerenih na specifične konstelacije snaga i izazova osoba u različitim modalitetima tretmana. Za osobe na integrativnom tretmanu, fokus bi mogao biti na jačanju samoeфикаsnosti u prevladavanju unutrašnjih okidača i razvoju smislenih životnih aktivnosti, dok bi za one na opioidnom supstitucionom tretmanu prioritet moglo biti unapređenje fizičkog zdravlja, proširivanje mreže podrške i podsticanje radnog angažovanja. U oba slučaja, procena nivoa i strukture resursa za oporavak tokom tretmana i fleksibilno prilagođavanje tretmana razvojnim potrebama oporavka predstavljaju ključ efektivne podrške.

Dugoročno, nalazi zagovaraju razvoj individualizovanog, na oporavak orijentisanog sistema zaštite koji balansira farmakološke, psihološke i socijalne intervencije u skladu sa jedinstvenim profilima i potrebama osoba koje se oporavljaju od zavisnosti. Takav sistem bi počivao na (1) sveobuhvatnoj početnoj proceni ličnih i socijalnih resursa, (2) smernicama za usklađivanje i određivanje intenziteta tretmanskih i intervencija socijalnog rada u odnosu na profil korisnika i korisnica, (3) kontinuiranom praćenju napretka i prilagođavanju plana tretmana i usluga, i (4) obezbeđivanju kontinuiteta podrške nakon formalnog tretmana (Kelly & White, 2011; Vučinić Jovanović, 2021; White, 2008). Značajne razlike u ukupnom socijalnom kapitalu oporavka, kao i na dimenzijama upotrebe PAS i apstinencije, socijalne podrške i smislenih aktivnosti između osoba na integrativnom i supstitucionom tretmanu dodatno naglašavaju potrebu za ovakvim sveobuhvatnim, individualizovanim i fleksibilnim sistemom procene, planiranja i koordinacije tretmana i posttretmanskim uslugama. Socijalni rad, kroz svoju jedinstvenu poziciju na međi mikro, mezo i makrosistemskih intervencija, ima ključnu ulogu u kreiranju ovakvog sveobuhvatnog, na snage usmerenog odgovora na probleme povezane sa zavisnošću od droga.

Opisani profili snaga i izazova identifikovani među osobama na integrativnom i opioidnom supstitucionom tretmanu predstavljaju važnu polaznu tačku za razvoj individualizovanog, na oporavak orijentisanog sistema podrške osobama koje se suočavaju sa zavisnošću od droga. Pristup koji počiva na pažljivoj proceni „paketa” resursa svake osobe, kreativnom prilagođavanju i kombinovanju tretmanskim intervencija i obezbeđivanju kontinuuma zaštite koji odgovara na potrebe osoba u oporavku ima poseban potencijal da unapredi efektivnost i održivost tretmana. Socijalni rad, sa svojom posvećenošću jačanju snaga i osnaživanju osoba u njihovom jedinstvenom kontekstu, ima centralnu ulogu u operacionalizaciji ovog modela u praksi i proučavanju tretmana zavisnosti. Ovi uvidi pozivaju na razvoj fleksibilnog sistema procene i upućivanja koji će uzeti u obzir ne samo kliničke indikacije, već i širu konstelaciju snaga i izazova svake osobe. Oni takođe naglašavaju potrebu za integrisanim pristupom koji će kombinovati elemente različitih modaliteta tretmana i socijalne podrške kako bi se optimalno odgovorilo na kompleksne i promenljive potrebe osoba u različitim fazama oporavka od zavisnosti.

### 9.8. Ograničenja istraživanja i preporuke za buduća istraživanja

Iako ovo istraživanje pruža značajne uvide u karakteristike, povezanosti i determinante kapitala oporavka, nade i samoefikasnosti prevladavanja kod osoba na različitim tretmanima zavisnosti u Srbiji, važno je razmotriti i njegova ograničenja, koja ujedno služe i kao smernice za buduća istraživanja u ovoj oblasti.

Pre svega, dizajn istraživanja je korelacioni i transverzalan, što onemogućava donošenje zaključaka o kauzalnim odnosima između ispitivanih varijabli. Iako rezultati sugerišu da tip i dužina tretmana mogu uticati na razvoj resursa za oporavak, moguće je i da inicijalni nivo ovih resursa utiče na izbor i trajanje tretmana. Longitudinalne studije koje bi pratile dinamiku resursa pre, tokom i nakon tretmana pružile bi jasniji uvid u smer i mehanizme ovih odnosa.

Nadalje, uzorak je nameran i ograničen na osobe uključene u tretman u jednoj ustanovi u Beogradu, što ograničava generalizabilnost nalaza na širu populaciju osoba koje se suočavaju sa zavisnošću od droga u Srbiji. Buduće studije bi trebalo da teže reprezentativnijim i većim uzorcima iz različitih geografskih područja i tretmanskim modalitetima. Posebno bi bilo značajno uključiti osobe iz teže dostupnih i marginalizovanih podgrupa, poput etničkih manjina, osoba sa komorbiditetom, osoba u situaciji beskućništva i onih koji nisu u tretmanu, kako bi se dobila obuhvatnija slika o resursima i preprekama za oporavak.

Takođe, nejednaka distribucija učesnika i učesnica istraživanja prema sociodemografskim i tretmanskim karakteristikama (npr. polu, uzrastu, dužini tretmana) mogla je uticati na snagu statističkih analiza i povećati verovatnoću greške tipa II. Preporučuje se da naredne studije teže uravnoteženijoj zastupljenosti različitih podgrupa ili primene napredne statističke postupke za kontrolu inicijalne nejednake.

Još jedno ograničenje proizilazi iz oslanjanja na samoiskaze i upitničke mere, koje su podložne pristrasnosti davanja socijalno poželjnih odgovora i ograničenjima introspektivne tačnosti. Ovo je posebno relevantno za populaciju osoba koje se suočavaju sa zavisnošću, gde stigma i kognitivni deficiti mogu uticati na validnost samoizveštaja. Preporučuje se da buduće studije kombinuju različite metode procene (npr. procene od strane značajnih drugih, biheviorne mere, biološke markere) radi sticanja objektivnije slike o resursima i ishodima oporavka.

Konačno, ovo istraživanje je bilo usmereno na ograničen set varijabli (lični i socijalni kapital oporavka, nada, samoefikasnost prevladavanja), dok su mnogi drugi potencijalno značajni činioci (npr. spiritualni kapital, rezilijentnost, prevladavanje, kvalitet života) ostali neispitani. Naredne studije bi mogle ispitati širi spektar individualnih, relacionih i sredinskih resursa i njihove interakcije, radi sveobuhvatnijeg razumevanja procesa oporavka. Takođe, kvalitativna istraživanja bi mogla dublje osvetliti lična značenja i puteve razvoja ovih resursa iz perspektive samih osoba u oporavku.

I pored navedenih ograničenja, ova studija predstavlja važan korak u rasvetljavanju profila resursa za oporavak u našem kontekstu i pruža empirijski zasnovane smernice za unapređenje prakse i istraživanja. Sprovođenje longitudinalnih studija bi rasvetlilo uzročno-posledične veze između tretmana i resursa za oporavak. Obuhvatanje većih, reprezentativnijih i raznovrsnijih uzoraka, uz adekvatan izbor statističkih postupaka za kontrolu pristrasnosti selekcije, bi dalo relijabilnije rezultate. Uključivanje teže dostupnih i marginalizovanih podgrupa bi omogućilo obuhvatniju sliku o resursima i barijerama oporavka. Kombinovanje različitih metoda procene (samoiskazi, procene drugih, ponašajni, biološki pokazatelji) bi dalo sveobuhvatnije i objektivnije procene resursa. Ispitivanje šireg spektra potencijalnih resursa i kvalitativne studije bi omogućilo dublji uvid u složene interakcije u predikciji oporavka. Primena multivarijantnih statističkih tehnika, poput strukturalnog modeliranja, omogućava precizniji obuhvat kompleksnosti odnosa

među varijablama. Ovakva pažljivo dizajnirana i metodološki rigorozna istraživanja omogućila bi dalju akumulaciju naučnih dokaza neophodnih za kreiranje efikasnijeg, na snagama zasnovanog i kulturno senzitivnog sistema podrške oporavku od zavisnosti u Srbiji.

### **9.9. Teorijski i praktični doprinos i implikacije nalaza istraživanja**

Ovo istraživanje pruža značajan i originalan doprinos razumevanju resursa za oporavak od zavisnosti, nudeći važne teorijske uvide i praktične implikacije. Na teorijskom nivou, studija proširuje znanja o faktorima koji oblikuju puteve oporavka, dok na praktičnom planu nudi smernice za razvoj efektivnijih i na oporavak usmerenih intervencija.

Ključni naučni doprinos ogleda se u sveobuhvatnom ispitivanju višestrukih domena resursa za oporavak (ličnog kapitala, socijalnog kapitala, nade i samoefikasnosti prevladavanja, kao i njihovih pojedinačnih dimenzija) u kontekstu različitih modaliteta tretmana (integrativni i opioidni supstitucioni) u Republici Srbiji. Ovakav pristup omogućio je sticanje uvida o složenosti procesa oporavka i interakciji individualnih, tretmanskih i sredinskih faktora. Nalazi unapređuju teorijska znanja pružajući empirijsku potvrdu shvatanja oporavka kao relacionog i ekološki uslovljenog procesa, te validiraju i proširuju model kapitala oporavka, ukazujući na njegovu dinamičnu i kontekstualno uslovljenu prirodu.

Posebno značajan doprinos predstavlja identifikacija distinktivnih profila resursa za oporavak osoba na integrativnom i opioidnom supstitucionom tretmanu. Ovo otkriva specifične obrasce snaga i izazova vezane za različite tretmanske pristupe, pružajući dublje razumevanje kako različiti modaliteti tretmana mogu uticati na razvoj resursa za oporavak.

Nalazi o ulozi sociodemografskih i tretmanskih varijabli u oblikovanju profila resursa pružaju osnovu za dalje istraživanje strukturnih nejednakosti u pristupu resursima za oporavak. Ovo otvara put za razvoj modela koji bi adekvatnije reprezentovali realnosti društveno osetljivih grupa i ukazuje na potrebu za prilagođavanjem programa i intervencija različitim populacijama.

Na širem planu, rezultati doprinose prevazilaženju tradicionalnih dihotomija između biomedicinskih i psihosocijalnih shvatanja zavisnosti. Nalazi o prednostima i ograničenjima integrativnog i supstitucionog pristupa u razvoju resursa ukazuju da različiti modaliteti nose jedinstvene potencijale i da njihova efektivnost zavisi od usklađenosti sa potrebama i kapacitetima osoba koje se oporavljaju. Ovo poziva na razvoj integrisanih i pluralističkih modela razumevanja i tretiranja zavisnosti.

Praktični doprinos studije ogleda se u empirijski zasnovanim smernicama za unapređenje prakse tretmana zavisnosti. Nalazi pozivaju na razvoj protokola za sveobuhvatnu procenu resursa pri ulasku u tretman, kao i na kontinuirano praćenje njihovog razvoja tokom procesa oporavka. Ovo bi omogućilo bolje usklađivanje zaštite sa promenljivim i heterogenim potrebama osoba u oporavku.

Studija pruža argumente za razvoj integrisane mreže usluga koja će pružiti mogućnost izbora i kombinovanja različitih vidova podrške. Ovo naglašava potrebu za fleksibilnim i individualizovanim pristupom tretmanu, koji uvažava jedinstvene konstelacije resursa, potreba i izazova svake osobe.

Posebno važna implikacija odnosi se na prepoznavanje moguće uloge socijalnog rada u stvaranju uslova za dugoročni oporavak. Nalazi studije pružaju smernice za redefinisavanje uloge socijalnih radnika i radnica u procesu oporavka, naglašavajući značaj kontinuirane procene, fleksibilnog pristupa i koordinacije različitih sistema podrške. Konačno, ovo istraživanje poziva na redefinisavanje dominantnih paradigmi u razumevanju i pristupanju oporavku od zavisnosti.

Afirmišući shvatanje oporavka kao kompleksnog, relacionog i kontekstualno uslovljenog procesa, studija trasira put za razvoj na snage usmerenih i održivih modela podrške. Time se otvara prostor za transformativnu ulogu socijalnog rada u promovisanju oporavka kao procesa ličnog rasta, socijalnog uključivanja i afirmacije prava na dostojanstven život svih ljudi.

## **DESETI DEO: ZAKLJUČCI I PREPORUKE**

## 10. ZAKLJUČCI

Razumevanje i tretman zavisnosti od droga prošli su kroz značajnu transformaciju u poslednjih nekoliko decenija. Tradicionalno shvatanje zavisnosti kao primarno medicinskog problema, sa fokusom na postizanje apstinencije kao jedinog legitimnog cilja tretmana, ustupilo je mesto kompleksnijem, multidimenzionalnom pristupu. Ova paradigmataska promena reflektuje rastući konsenzus da je zavisnost složen biopsihosocijalni fenomen koji zahteva sveobuhvatan pristup u tretmanu i podršci oporavku.

U središtu ove evolucije nalazi se koncept oporavka, koji se više ne posmatra kao diskretno stanje definisano odsustvom simptoma, već kao dugoročni proces lične transformacije i rasta. Aktuelno shvatanje oporavka naglašava unapređenje opšteg zdravlja, kvaliteta života i socijalnog uključivanja, prepoznajući da postoje različiti putevi ka ovim ciljevima. Ova perspektiva otvara prostor za razmatranje različitih modaliteta tretmana, uključujući i one koji ne podrazumevaju totalnu apstinenciju, kao legitimnih puteva ka oporavku.

Principi oporavka operacionalizovani su na mikro, mezo i makro nivou kroz modele upravljanja oporavkom, kontinuuma zaštite i sistema zaštite usmerenih na oporavak (ROSC). Upravljanje oporavkom podrazumeva organizaciju usluga za tretman i podršku oporavku koja obuhvata rano prepoznavanje i intervenciju, inicijaciju i stabilizaciju oporavka, dugoročno održavanje oporavka i unapređenje kvaliteta života pojedinaca i porodica, a koja omogućava individualizovano planiranje i koordinaciju usluga tokom vremena. Kontinuum zaštite pretpostavlja postojanje mreže dostupnih, pristupačnih i integrisanih usluga različitog intenziteta, koje odgovaraju na raznovrsne potrebe korisnika i korisnica u različitim fazama oporavka. ROSC integrišu ove principe u šire politike i prakse na nivou zajednice i društva.

Ovi pristupi počivaju na prepoznavanju krucijalnog značaja koji postojanje i dostupnost različitih tipova resursa ima za započinjanje i održavanje procesa oporavka od zavisnosti. U ovom kontekstu, koncept kapitala oporavka se javlja kao posebno značajan teorijski i praktični okvir. On omogućava precizniju procenu individualnih snaga i potreba, kreiranje personalizovanih planova oporavka, mapiranje i razvoj ciljanih intervencija i usluga, kao i razvoj politika koje sistemski podržavaju pristup resursima na nivou zajednice i društva.

Za praksu socijalnog rada, ova perspektiva pruža snažan okvir za holistički, na snage usmeren pristup podršci oporavku. Ona poziva socijalne radnike i radnice da deluju ne samo na individualnom nivou, već i kao facilitatori razvoja resursa na nivou porodica, zajednica i širih sistema, doprinoseći tako stvaranju okruženja koje podržava dugoročni, održivi oporavak. Ova perspektiva naglašava dinamičnu prirodu oporavka, prepoznajući da se resursi mogu razvijati i akumulirati tokom vremena, stvarajući pozitivne spirale rasta i promene. Istovremeno, ona skreće pažnju na strukturne nejednakosti u pristupu resursima za oporavak, pozivajući na intervencije koje će adresirati ove disparitete.

Sistem tretmana zavisnosti u Srbiji, uprkos određenom napretku poslednjih godina, još uvek karakteriše nedovoljna fleksibilnost i ograničena primena principa oporavka. Dominira oslanjanje na institucionalni tretman, pri čemu državne zdravstvene ustanove primarnog, sekundarnog i tercijarnog nivoa čine stub sistema. Specijalna bolnica za bolesti zavisnosti u Beogradu predstavlja vodeći nacionalni centar za prevenciju, dijagnostiku, lečenje i rehabilitaciju osoba sa poremećajima zavisnosti.

Ovaj sistem rezultira relativno homogenim setom usluga, koji ne uzima u dovoljnoj meri u obzir raznolikost puteva i kompleksnost ishoda oporavka. Generički pristup često nije dovoljno osetljiv na specifične potrebe različitih podgrupa, kao što su žene, mladi, starije osobe ili pripadnici manjinskih grupa. Dodatno, zanemaruju se putevi oporavka koji ne uključuju formalni tretman.



Kontinuum zaštite u Srbiji primarno obuhvata medicinske intervencije, od detoksikacije, preko farmakoterapije, do psihosocijalnih intervencija u okviru bolničkog i vanbolničkog lečenja. Dva dominantna modaliteta tretmana su integrativni tretman, usmeren ka postizanju totalne apstinencije, i opioidna supstitucionna terapija, usmerena ka smanjenju štete. Međutim, evidentan je nedostatak raznovrsnosti u ponudi usluga između ova dva pola, kao i deficit vantretmanskih opcija za podršku u zajednici. Uprkos prepoznatoj važnosti multisektorskog pristupa, učešće sistema socijalne zaštite, obrazovanja i pravosuđa u pružanju sveobuhvatne podrške osobama koje se suočavaju sa problemima povezanim sa zavisnošću ostaje ograničeno. Uloga organizacija civilnog društva, vršnjačkih organizacija, programa 12 koraka i terapijskih zajednica je marginalizovana, što dodatno sužava spektar dostupnih resursa za oporavak.

Ovakva konfiguracija sistema stvara kontekst u kojem je institucionalni profesionalni tretman osnovni i najznačajniji resurs, posebno u fazi ranog oporavka kada su izazovi najizraženiji, a podrška najpotrebnija. Stoga je od ključne važnosti razumeti mehanizme putem kojih različiti modaliteti tretmana oblikuju puteve i resurse za oporavak.

Prethodna istraživanja sprovedena u Srbiji ukazala su na značajne razlike u ishodima između osoba na integrativnom i opioidnom supstitucionom tretmanu, posebno u domenima socijalne reintegracije, zapošljavanja i kvaliteta života. Ovi nalazi otvaraju važna pitanja o faktorima koji oblikuju oporavak u kontekstu tretmana zavisnosti u našoj zemlji i ukazuju na potrebu za kritičkim preispitivanjem kako se različiti modaliteti tretmana uklapaju u širi kontinuum zaštite i kako se mogu unaprediti da bolje odgovore na kompleksne potrebe osoba u oporavku.

U kontekstu rastućeg globalnog interesovanja za procese i faktore uspešnog oporavka od zavisnosti, kao i specifičnosti sistema tretmana zavisnosti u Srbiji, javila se potreba za dubljim razumevanjem resursa za oporavak u našem sociokulturnom i tretmanskom miljeu. Ovo istraživanje nastoji da popuni postojeći jaz u znanju o karakteristikama kapitala oporavka, nade i samoeфикаsnosti prevladavanja kod osoba na različitim modalitetima tretmana zavisnosti u Srbiji.

Sprovedeno istraživanje pružilo je značajne uvide u karakteristike kapitala oporavka, nade i samoeфикаsnosti prevladavanja kod osoba u ranoj fazi oporavka na tretmanu zavisnosti od droga u Republici Srbiji, kao i u njihove veze sa tipom tretmana. Rezultati su osvetlili kompleksnost procesa oporavka i potencijalnu interakciju individualnih, tretmanskih i sredinskih faktora koji mogu biti povezani sa putevima izlaska iz zavisnosti.

Analiza sociodemografskih i tretmanskih karakteristika uzorka pruža uvid u profile osoba koje se obraćaju za tretman zavisnosti u Srbiji. Dominantna zastupljenost muškaraca, osoba mlađeg i srednjeg odraslog doba, sa srednjim obrazovanjem i onih koji nisu u braku, odražava šire trendove u populaciji osoba koje traže tretman zavisnosti. Ova distribucija može se tumačiti kroz prizmu složene interakcije bioloških, psiholoških i socijalnih faktora koji oblikuju puteve u zavisnost i oporavak.

Veća zastupljenost muškaraca ukazuje na potrebu za rodno senzitivnim pristupima u tretmanu, koji bi adresirali jedinstvene barijere sa kojima se žene suočavaju u pristupu i zadržavanju u tretmanu. Koncentracija učesnika i učesnica istraživanja u kategoriji mlađeg i srednjeg odraslog doba sugerise kritičan period za intervenciju, ali i potrebu za programima prilagođenim različitim starosnim grupama. Predominacija osoba sa srednjim obrazovanjem otkriva potencijalne obrazovne barijere i socioekonomske izazove, dok visok procenat osoba koje nisu u braku naglašava uticaj zavisnosti na formiranje i održavanje intimnih partnerskih odnosa.

Tretmanske karakteristike uzorka, uključujući dominaciju zavisnosti od opioida, značajnu prevalencu politoksikomanije i visok procenat osoba sa istorijom ponovljenih tretmana, podvlače kompleksnost i hroničnu prirodu zavisnosti. Ovi nalazi naglašavaju neophodnost razvoja sveobuhvatnih, integrisanih i dugoročnih pristupa tretmanu.

Pokazali su se predominantno visoki nivoi kapitala oporavka, nade i samoeфикаsnosti prevladavanja u ispitivanom uzorku osoba na tretmanu zavisnosti od droga u Srbiji. Ovi nalazi ukazuju na potencijale za oporavak među osobama uključenim u tretman i mogu podržati primenu perspektive snaga u socijalnom radu i tretmanu zavisnosti. Zastupljenost visokih nivoa raznovrsnih ličnih i socijalnih resursa potvrđuje relevantnost holističkog pristupa oporavku koji nadilazi fokus na apstinenciju i obuhvata šire aspekte psihosocijalnog funkcionisanja i kvaliteta života.

Dobijena pozitivna povezanost resursa za oporavak sa dužnom tretmana sugerise potencijalne pozitivne efekte dugotrajnijeg ostajanja u tretmanu ili, pak, bolju retenciju osoba sa početno višim nivoima resursa za oporavak. Međutim, identifikacija manjih podgrupa sa slabije razvijenim resursima ukazuje na heterogenost populacije osoba na tretmanu zavisnosti i naglašava neophodnost diferenciranih, individualizovanih intervencija. Prisustvo nižih nivoa resursa u svim kategorijama dužine tretmana sugerise da određeni procenat osoba ima perzistentne izazove u ovim domenima, nezavisno od trajanja tretmana.

Analiza povezanosti tipa tretmana sa karakteristikama kapitala oporavka, nade i samoeфикаsnosti prevladavanja pokazala je razlike u nekoliko specifičnih domena, dok u drugim aspektima nisu uočene značajne razlike. Osobe na integrativnom tretmanu pokazale su više nivoe socijalnog kapitala oporavka, uključujući dimenzije „Upotreba PAS i apstinencija”, „Socijalna podrška” i „Smislene aktivnosti”. Takođe, ova grupa je imala više skorove na dimenzijama ličnog kapitala „Globalno fizičko zdravlje” i „Iskustvo oporavka”. Sa druge strane, osobe na opioidnom supstitucionom tretmanu pokazale su više nivoe samoeфикаsnosti prevladavanja u situacijama visokorizičnim za recidiv u oblasti unutrašnjih stanja, kao i na dimenziji „Stanovanje i bezbednost”.

Utvrđene su neke karakteristike profila sociodemografskih karakteristika osoba u odnosu na tip tretmana. Osobe na integrativnom tretmanu karakterise muški pol, mlađi uzrast, stabilno zaposlenje i dijagnoza politoksikomanije. Nasuprot tome, profil osoba na opioidnom supstitucionom tretmanu odlikuje veća zastupljenost žena, starijih odraslih, nezaposlenih i osoba sa primarnom zavisnošću od opioida. Ove distinkcije mogu ukazivati na različite obrasce izbora tretmana ili upućivanja na tretman, kao i na potencijalnu potrebu za prilagođenim pristupima koji adresiraju specifične potrebe i izazove različitih podgrupa populacije zavisne od droga.

Zanimljivo je da nije pronađena statistički značajna razlika u nivoima nade između osoba na integrativnom i opioidnom supstitucionom tretmanu. Ovaj nalaz može sugerisati da oba terapijska pristupa podjednako podržavaju ovaj resurs, da nada nije direktno povezana sa tipom tretmana, ili da drugi faktori imaju veći uticaj na nivo nade. Pored toga, nije pronađena statistički značajna razlika između grupa u ukupnom skorom ličnog kapitala oporavka, niti su razlike bile značajne za ukupni skor samoeфикаsnosti prevladavanja i dimenziju samoeфикаsnosti u situacijama koje uključuju druge ljude.

Opažene razlike mogu biti rezultat karakteristika tretmana, procesa selekcije pri izboru tretmana, individualnih karakteristika osoba koje biraju određeni tip tretmana, ili drugih faktora koje tek treba istražiti. U tom smislu, ovi rezultati naglašavaju kompleksnost odnosa između tipa tretmana i resursa za oporavak, ukazujući na potrebu za daljim, longitudinalnim istraživanjima koja bi mogla bolje rasvetliti prirodu ovih povezanosti i faktore koji na njih utiču.

Analiza povezanosti sociodemografskih i tretmanskih varijabli sa resursima za oporavak ukazuje na kompleksnu i multifaktorsku prirodu procesa oporavka od zavisnosti. Rezultati sugerisu da resursi za oporavak mogu biti povezani sa širim životnim kontekstom osobe. Uočene su rodne razlike u domenu fizičkog zdravlja i u tipu tretmana, što može ukazivati na potrebu za razmatranjem rodno senzitivnih pristupa u tretmanu. Takođe, primećene su određene uzrasne specifičnosti resursa, naročito u domenu socijalnog kapitala, što može biti relevantno pri razmatranju prilagođavanja tretmanskim intervencijama specifičnim razvojnim zadacima i resursima različitih starosnih grupa.

Radni status je pokazao povezanost sa ukupnim i ličnim kapitalom oporavka, što naglašava potencijalni značaj radne integracije u procesu oporavka. Ova povezanost sugerise da bi zaposlenje moglo biti važan faktor u izgradnji ličnih resursa i socijalnog kapitala. Ovi nalazi mogu biti relevantni pri razmatranju uključivanja podrške zapošljavanju u programe tretmana i razvoja širih društvenih intervencija usmerenih na smanjenje barijera za zapošljavanje osoba u oporavku.

Uočena povezanost broja prethodnih tretmana sa resursima za oporavak sugerise da ponovljeni ciklusi tretmana mogu doprineti akumulaciji resursa, čak i kada ne rezultiraju trenutnom apstinencijom. Ovo poziva na preispitivanje stereotipa o „neuspešnosti“ ponovljenih tretmana, prepoznavanje rezilijentnosti osoba koje istrajavaju u procesu promene

Osobe koje dolaze na tretman pod pritiskom okruženja su pokazale više nivoe ukupnog i socijalnog kapitala od onih koji dolaze samoinicijativno, što sugerise značaj eksterne motivacije za pozitivne ishode.

Analiza međusobnih povezanosti varijabli kapitala oporavka, nade i samoefikasnosti prevladavanja ukazala je na složene obrasce odnosa između ovih ključnih resursa za oporavak. Povezanost ukupnog, ličnog i socijalnog kapitala oporavka sa nadom i samoefikasnošću prevladavanja može ukazivati na uzajamno osnaživanje ovih resursa tokom procesa oporavka. Globalno psihičko i fizičko zdravlje, pozitivno iskustvo oporavka, socijalna podrška i uključenost u smislene aktivnosti pokazali su povezanost sa nivoima nade i samoefikasnosti prevladavanja. Ovi nalazi sugerisu povezanost između različitih domena oporavka, iako priroda i smer ove veze zahtevaju dalje istraživanje. Primećena je pozitivna povezanost između dužeg trajanja tretmana i samoefikasnosti prevladavanja, stanovanja i bezbednosti, koja je najizraženija u kategoriji od šest do dvanaest meseci, što je u skladu sa kliničkim opservacijama o potencijalnoj „tački preokreta“ nakon šest meseci tretmana. Međutim, ovi nalazi ne impliciraju uzročno-posledičnu vezu između dužine tretmana i nivoa resursa. Moguće je da osobe sa inicijalno višim nivoima resursa duže ostaju u tretmanu, ili da neki treći faktor utiče i na dužinu tretmana i na nivoe resursa. Takođe, individualne potrebe i putanje oporavka su veoma varijabilne, te optimalna dužina tretmana može zavisiti od niza ličnih i kontekstualnih faktora.

Nalazi o jedinstvenim konstelacijama resursa sugerisu potencijalnu korist od razmatranja fleksibilnog, individualizovanog pristupa u tretmanu zavisnosti. Takav pristup bi mogao uzeti u obzir različite elemente tretmana, prilagođavajući ih specifičnim potrebama i resursima svake osobe. Iz ove perspektive bilo bi korisno razmotriti razvoj sistema zaštite usmeren na oporavak koji bi uključivao sveobuhvatnu procenu resursa, personalizovano planiranje intervencija i kontinuirano praćenje napretka.

Istraživanje pruža uvide koji mogu imati teorijske i praktične implikacije. Na teorijskom planu, nalazi podržavaju shvatanje oporavka kao procesa koji je povezan sa relacionim i ekološkim faktorima, te doprinose diskusiji o modelu kapitala oporavka. Uočene razlike u profilima resursa između različitih tretmanskih modaliteta mogu doprineti razmatranju integrativnih pristupa koji prevazilaze tradicionalne dihotomije između biomedicinskih i psihosocijalnih shvatanja zavisnosti.

Na praktičnom planu, rezultati mogu biti korisni za razmatranje unapređenja procene, usklađivanja tretmana i obezbeđivanja kontinuiteta zaštite osobama u oporavku. Oni sugerisu potencijalnu korist od razvoja protokola za procenu i profilisanje resursa pri ulasku u tretman, kao i kontinuiranog praćenja njihovog razvoja.

Nalazi ističu potencijalnu važnost uloge socijalnog rada u podršci dugoročnom oporavku. Socijalni radnici i radnice mogu biti u poziciji da procenjuju konstelacije snaga i izazova, te da razmatraju kako formalni i neformalni sistemi podrške mogu biti usklađeni sa potrebama

pojedinaца. Rezultati sugerišu potencijalnu korist od daljeg razvoja kompetencija socijalnih radnika i radnica u proceni i osnaživanju resursa, kao i u koordinaciji i obezbeđivanju kontinuiteta usluga.

Ovo istraživanje doprinosi razumevanju profila resursa za oporavak u kontekstu Srbije. Međutim, potrebna su dalja istraživanja koja bi prevazišla ograničenja ovog istraživanja, uključujući njegov transverzalni dizajn, ograničenu generalizabilnost zbog metoda uzorkovanja, i oslanjanje na samoiskaze. Buduće studije bi trebalo da usvoje longitudinalni pristup, obuhvate raznovrsnije i reprezentativnije uzorke, kombinuju različite metode procene, i ispituju širi spektar varijabli. Posebno je važno uključiti teže dostupne i posebno vulnerabilne podgrupe i primeniti sofisticiranije statističke tehnike za analizu kompleksnih odnosa među varijablama. Kvalitativna istraživanja mogla bi pružiti dublje uvide u lična iskustva razvoja resursa tokom oporavka. Ovakav sveobuhvatan pristup omogućio bi akumulaciju naučnih dokaza neophodnih za kreiranje efikasnijeg, na snagama zasnovanog i kulturno senzitivnog sistema podrške oporavku od zavisnosti u Srbiji.

Nalazi ovog istraživanja mogu doprineti diskusiji o razumevanju i pristupanju oporavku od zavisnosti, podržavajući shvatanje oporavka kao kompleksnog, relacionog i kontekstualno uslovljenog procesa. Ovi uvidi mogu biti relevantni za razmatranje razvoja na snage orijentisanih modela podrške, uz potencijalno značajnu ulogu socijalnog rada u njihovoj implementaciji i unapređenju kvaliteta ishoda tretmana zavisnosti u Srbiji.

### 10.1. Preporuke

Na osnovu rezultata i zaključaka ovog istraživanja, preporučujemo unapređenje prakse tretmana, daljeg istraživanja i razvoja politika u oblasti oporavka od zavisnosti u Republici Srbiji u sledećim oblastima:

1. **Sveobuhvatna procena i individualizovano planiranje tretmana.** Implementirati sveobuhvatnu procenu psihosocijalnih snaga, izazova i potreba osoba koje ulaze u tretman zavisnosti, uzimajući u obzir njihove jedinstvene sociodemografske, supstancione i motivacione profile. Ova procena treba da bude zasnovana na standardizovanim instrumentima i procedurama, uključujući merenje kapitala oporavka, nade i samoefikasnosti prevladavanja, ali i na pažljivom razmatranju individualnih životnih okolnosti i aspiracija. Rezultati procene treba da služe kao osnova za kreiranje individualnih planova tretmana i podrške, sa jasno definisanim ciljevima, prioritetima i vremenskim okvirima.
2. **Unapređenje i integracija modaliteta tretmana.** Razviti diverzifikovane, fleksibilne i dostupne opcije tretmana, prilagođene različitim podgrupama i fazama oporavka. Programi integrativnog i opioidnog supstitucionog tretmana bi mogli imati koristi od međusobnog obogaćivanja komplementarnim terapijskim sadržajima i pristupima. Za integrativne programe, ovo bi moglo podrazumevati intenziviranje rada na prevenciji relapsa, regulaciji afekta i situacionoj samoefikasnosti, posebno u ranim fazama tretmana. Za supstitucione programe, ključno bi bilo jačanje psihosocijalnih komponenti tretmana – od sveobuhvatnih intervencija za unapređenje fizičkog i mentalnog zdravlja, preko rada na transformaciji identiteta i životnog stila, do osnaživanja mreža podrške i socijalnih uloga u zajednici.
3. **Obezbeđivanje adekvatnog trajanja i kontinuiteta tretmana.** Obezbediti adekvatno trajanje i kontinuitet tretmana, prilagođeno individualnim potrebama i kapacitetima za promenu. Ovo podrazumeva fleksibilnost prilikom izrade planova tretmana, redovno praćenje napretka i izazova, kao i obezbeđivanje postepenih prelaza između različitih nivoa

intenzivnosti tretmana. Posebnu pažnju treba posvetiti sprečavanju prevremenog napuštanja tretmana i obezbeđivanju stabilne podrške u tranzicionim periodima.

4. **Unapređenje intersektorske saradnje i koordinacije.** Unaprediti saradnju i koordinaciju između različitih pružalaca usluga i sistema (zdravstveni, socijalni, obrazovni, krivično-pravni sistem, organizacije civilnog društva, lokalna zajednica) kako bi se obezbedila integrisana i sveobuhvatna podrška procesu oporavka. Ovo podrazumeva redovnu razmenu informacija, zajedničko planiranje i evaluaciju intervencija, fleksibilno usklađivanje i nadopunjavanje usluga, kao i kontinuiranu edukaciju profesionalaca za rad sa specifičnim populacijama i izazovima.
5. **Razvoj podržavajućeg društvenog okruženja.** Intenzivirati zagovaranje za razvoj podržavajućeg institucionalnog i šireg društvenog okruženja za osobe u oporavku od zavisnosti. Ovo podrazumeva kontinuirani rad na smanjenju stigme, diskriminacije i strukturnih barijera sa kojima se suočava ova populacija, kao i obezbeđivanje adekvatnih resursa, politika i pravnih mehanizama za njihovo socijalno uključivanje.
6. **Unapređenje baze istraživanja.** Dalje razvijati istraživačku bazu u ovoj oblasti, sa fokusom na dublje razumevanje mehanizama oporavka, identifikovanje faktora uspešnosti tretmana i razvoj inovativnih pristupa prilagođenih različitim podgrupama i fazama oporavka. Longitudinalne, mešovite studije koje integrišu kvantitativne i kvalitativne metode i omogućavaju i praćenje procesa i merenje ishoda mogu biti posebno informativne u ovom pogledu.
7. **Profesionalno osnaživanje socijalnih radnika i radnica.** Kontinuirano raditi na profesionalnom osnaživanju socijalnih radnika i radnica za kompetentno i na etičkim principima zasnovano delovanje u ovoj složenoj oblasti. Ovo podrazumeva obezbeđivanje kvalitetnog obrazovanja, specijalizovanih treninga, supervizijske podrške i prilika za kontinuiranu razmenu iskustava i znanja.
8. **Razvoj intervencija za specifične podgrupe.** Razviti i implementirati specifične intervencije prilagođene jedinstvenim potrebama i resursima različitih podgrupa, uključujući rodno senzitivne pristupe i programe prilagođene različitim starosnim grupama. Za žene, ovo bi moglo uključivati integraciju specifičnih zdravstvenih usluga i intervencija zasnovanih na razumevanju traume. Za starije osobe, fokus bi mogao biti na programima koji neguju smislene aktivnosti i socijalne uloge primerene njihovoj razvojnoj fazi. Za mlade, ključna je rana intervencija i podrška obrazovnom i profesionalnom razvoju.
9. **Unapređenje radne integracije.** Razviti sveobuhvatne programe radne integracije kao ključnog faktora u izgradnji kapitala oporavka. Ovo uključuje obezbeđivanje pristupa programima dodatnog obrazovanja, obuke i pripreme za zapošljavanje, kao i unapređenje saradnje sa poslodavcima i sistem socioekonomske podrške tokom tretmana.
10. **Jačanje orijentacije na celokupni kvalitet života.** Proširiti fokus tretmana sa uske usmerenosti na upotrebu supstanci na celokupni kvalitet života i socijalno funkcionisanje osoba koje se suočavaju sa zavisnošću. Ovo implicira potrebu za suštinskim zaokretom ka sistemu zaštite usmerenom na oporavak, koji će u centar staviti potrebe, snage i aspiracije ovih osoba.
11. **Sistemske promene u finansiranju i regulaciji.** Uspostaviti finansijske, regulatorne i upravljačke mehanizme koji će podržati fleksibilnost, individualizaciju i međusektorsku

saradnju u pružanju usluga. Ovo uključuje preispitivanje dominantnih modela bolničkih tretmana i obezbeđivanje adekvatnog trajanja i kontinuiteta podržavajućih intervencija.

Navedene preporuke odražavaju ključna područja u kojima su potrebna unapređenja kako bi se obezbedili optimalni uslovi za dugoročni oporavak i socijalno uključivanje osoba koje se suočavaju sa problemima povezanim sa zavisnošću u našem kontekstu. Njihova operacionalizacija zahteva kontinuiranu posvećenost, saradnju i kreativnost svih relevantnih aktera – od samih osoba u oporavku, preko profesionalaca u različitim sistemima, do donosilaca odluka na svim nivoima.

Profesija socijalnog rada ima posebnu odgovornost i priliku da bude predvodnik u implementaciji ovih preporuka. Kroz kombinaciju istraživanja, neposrednog rada, koordinacije usluga i javnog zagovaranja, zasnovanih na principima poštovanja ljudskog dostojanstva, osnaživanja i socijalne pravde, socijalni rad može dati vitalan doprinos izgradnji društva u kome oporavak neće biti privilegija, već mogućnost dostupna svima.

Preporuke formulisane na osnovu rezultata ove studije predstavljaju početnu tačku u procesu unapređenja prakse zasnovane na dokazima. Njihova implementacija zahteva dalji dijalog, testiranje i prilagođavanje specifičnim lokalnim kontekstima, resursima i dinamikama. Ipak, one pružaju važne smernice za promišljanje budućnosti sistema podrške osobama koje se suočavaju sa zavisnošću u našoj zemlji – sistema koji će odgovarati na njihove realne potrebe, kapacitete i aspiracije, koji će graditi na njihovim jedinstvenim snagama i biti sposoban da se menja i razvija zajedno sa njima.

Krajnji cilj ovakvog sistema je da svakoj osobi pruži mogućnost i podršku ne samo da prevaziđe zavisnost, već i da izgradi ispunjen, smislen i socijalno uključen život, u skladu sa ličnim potrebama i težnjama. U ostvarenju ovako ambiciozne, ali nužne vizije, socijalni rad ima istorijsku šansu, ali i odgovornost da pruži ključni doprinos.

## LITERATURA

1. Abdollahi, A., Talib, M. A., Yaacob, S. N., Ismail, Z. (2014). Hardiness as a mediator between perceived stress and happiness in nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(9), pp. 789-796.
2. Abdul-Quader, A. S., Feelemyer, J., Modi, S., Stein, E. S., Briceno, A., Semaan, S., Horvath, T., Kennedy, G. E., Des Jarlais, D. C. (2013). Effectiveness of structural-level needle/syringe programs to reduce HCV and HIV infection among people who inject drugs: a systematic review. *AIDS and Behavior*, 17(9), 2878-2892.
3. Achara-Abrahams, I., Evans, A. C., King, J. K. (2011). "Recovery-focused behavioral health system transformation: A framework for change and lessons learned from Philadelphia". In J. F. Kelly & W. L. White (Eds.), *Addiction Recovery Management* (pp. 187-208). Humana Press.
4. Adams, S.M., Partee, D.J. (1998). Hope: the critical factor in recovery. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 36(4), pp. 29-32.
5. Adamson, S. J., Sellman, J. D., Frampton, C. M. (2009). Patient predictors of alcohol treatment outcome: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36(1), pp. 75-86.
6. Advisory Council on the Misuse of Drugs (2013). *Recovery from drug and alcohol dependence: an overview of the evidence*. London: Home Office, Advisory Council on the Misuse of
7. Advisory Council on the Misuse of Drugs (2015). How can opioid substitution therapy (and drug treatment and recovery systems) be optimised to maximise recovery outcomes for service users? London: Home Office, Advisory Council on the Misuse of Drugs.
8. Ajzen, I., Madden, T. J. (1986). Prediction of goal-directed behavior: Attitudes, intentions, and perceived behavioral control. *Journal of Experimental Social Psychology*, 22(5), pp. 453-474.
9. Alcoholics Anonymous. (1939). *Alcoholics Anonymous: The story of how many thousands of men and women have recovered from alcoholism*. New York, NY: Alcoholics Anonymous World Services.
10. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
11. Andersen D, Järvinen M. (2007). Harm Reduction – Ideals and Paradoxes. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 24(3), pp. 235-252.
12. Andrae, D. (1996) Systems theory and social work treatment, in F.J. Turner (ed.) *Social Work Treatment: Interlocking Theoretical Approaches, 4th edn*. New York: Free Press, p. 605
13. Anglin, M. D., Hser, Y.-I., Grella, C. E. (1997). Drug addiction and treatment careers among clients in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors*, 11(4), pp. 308–323.
14. Annis, H. M., Martin, G. (1985). *The Drug-Taking Confidence Questionnaire*, Toronto: Addiction Research Foundation of Ontario.
15. Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), pp. 11–23.
16. Arpa, S. (2017). *Women Who Use Drugs: Issues, Needs, Responses, Challenges Implications for Policy Practice*. European Monitoring Centre for Drugs Drug Addiction (EMCDDA) Available online at: [http://www.emcdda.europa.eu/system/files/attachments/6235/EuropeanResponsesGuide2017\\_BackgroundPaper-Women-who-use-drugs.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/system/files/attachments/6235/EuropeanResponsesGuide2017_BackgroundPaper-Women-who-use-drugs.pdf)
17. Ashford, R. D., Brown, A., Brown, T., Callis, J., Cleveland, H. H., Eisenhart, E., Groover, H., Hayes, N., Johnston, T., Kimbal, T., (...), Whitney, J. (2019). Defining and operationalizing the phenomena of recovery: a working definition from the recovery science research collaborative. *Addiction Research & Theory*, 27(3), pp. 179-188.

18. Babin, B., Dugandžija, T. (2017). Kvalitet života zavisnika od opijata u Novom Sadu. *Sestrinski žurnal - Nursing Journal*, 4(1), str. 19-23
19. Babor, T., Stenius, K., Romelsjo, A. (2008). Alcohol and drug treatment systems in public health perspective: mediators and moderators of population effects. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 17(S1), pp. 50-59.
20. Baldwin, A. S., Rothman, A. J., Hertel, A. W., Linde, J. A., Jeffery, R. W., Finch, E. A., Lando, H. A. (2006). Specifying the determinants of the initiation and maintenance of behavior change: an examination of self-efficacy, satisfaction, and smoking cessation. *Health Psychology*, 25(5), pp. 626-634.
21. Ball, A. L. (2007). HIV, injecting drug use and harm reduction: a public health response. *Addiction*, 102(5), pp. 684-690.
22. Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), pp. 191-215.
23. Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37(2), pp. 122-147.
24. Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
25. Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman/Times Books/ Henry Holt & Co.
26. Bandura, A. (1999). A sociocognitive analysis of substance abuse: An agentic perspective. *Psychological Science*, 10(3), pp. 214-217.
27. Barbosa-Leiker C, Campbell ANC, McHugh RK, Guille C, Greenfield SF. (2021). Opioid Use Disorder in Women and the Implications for Treatment. *Psychiatric Research and Clinical Practice*, 3(1), pp. 3-11.
28. Barker, S., Horne, L. (2007). „A relational approach to drug misuse“. In S. Barker & L. Horne (Eds.), *Relating to drug misuse: Psychosocial perspectives* (pp. 1-11). London: Routledge.
29. Bart, G. (2012). Maintenance medication for opiate addiction: the foundation of recovery. *Journal of Addictive Diseases*, 31(3), pp. 207-225.
30. Bauld, L., Templeton, L., Silver, K., McKell, J., Novak, C., Hay, G. (2013). Pathways back to work for problem alcohol users. *Policy Studies*, 34(3), pp. 360-376.
31. Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.
32. Beker, K., Milošević, I. (2019). *Diskriminacija osoba koje koriste drogu u jugoistočnoj Evropi*. Beograd: Mreža za politike prema drogama u jugoistočnoj Evropi
33. Berking, M., Margraf, M., Ebert, D., Wupperman, P., Hofmann, S. G., Junghanns, K. (2011). Deficits in emotion-regulation skills predict alcohol use during and after cognitive-behavioral therapy for alcohol dependence. *Journal of consulting and clinical psychology*, 79(3), pp. 307-318.
34. Bertakis, K. D., Azari, R., Helms, L. J., Callahan, E. J., Robbins, J. A. (2000). Gender differences in the utilization of health care services. *Journal of Family Practice*, 49(2), pp. 147-152.
35. Bertalanffy, L. v. (1969). *General System Theory: Foundations, Development, Applications*. New York: George Braziller.
36. Best D. (2019). *Pathways to Recovery and Desistance: The Role of the Social Contagion of Hope*. Bristol: Bristol University Press, Policy Press.
37. Best, D., Beckwith, M., Haslam, C., Alexander Haslam, S., Jetten, J., Mawson, E., Lubman, D. I. (2015). Overcoming alcohol and other drug addiction as a process of social identity transition: the social identity model of recovery (SIMOR). *Addiction Research & Theory*, 24(2), pp. 111–123.
38. Best, D., Bird, K., Hunton, L. (2015). „Recovery as a social phenomenon: what is the role of the community in supporting and enabling recovery?“ In N. Ronel & D. Segev (Eds.), *Positive criminology* (pp. 194–207). Routledge/Taylor & Francis Group.



39. Best, D., Day, E., McCarthy, T., Darlington, I., Pinchbeck, K. (2008). The Hierarchy of Needs and care planning in addiction services: What Maslow can tell us about addressing competing priorities?. *Addiction Research & Theory*, 16(4), pp. 305-307.
40. Best, D., de Alwis, S. J. (2017). Community recovery as a public health intervention: The contagion of hope. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 35(3), pp. 187-199.
41. Best, D., Gow, J., Knox, T., Taylor, A., Groshkova, T., White, W. (2012). Mapping the recovery stories of drinkers and drug users in Glasgow: Quality of life and its associations with measures of recovery capital. *Drug and Alcohol Review*, 31(3), pp. 334- 341.
42. Best, D., Gow, J., Taylor, A., Knox, A., & White, W. (2011). Recovery From Heroin Or Alcohol Dependence: A Qualitative Account of the Recovery Experience in Glasgow. *Journal of Drug Issues*, 41(3), pp. 359-377.
43. Best, D., Hennessy, E.A. (2022). The science of recovery capital: where do we go from here? *Addiction*, 117(4), pp.1139-1145.
44. Best, D., Honor, S., Karpusheff, J., Loudon, L., Hall, R., Groshkova, T., White, W. (2012). Well-being and recovery functioning among substance users engaged in posttreatment recovery support groups. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 30(4), pp. 397-406.
45. Best, D., Irving, J., Albertson, K. (2017). Recovery and desistance: what the emerging recovery movement in the alcohol and drug area can learn from models of desistance from offending. *Addiction Research & Theory*, 25(1), pp. 1-10.
46. Best, D., Laudet, A. B. (2010). The potential of recovery capital. London: RSA. [Internet] Available from: <https://www.thersa.org/reports/the-potential-of-recovery-capital>, retrived: 25.06.2022.
47. Best, D., Lubman, D. I. (2017). Friends matter but so does their substance use: The impact of social networks on substance use, offending and wellbeing among young people attending specialist alcohol and drug treatment services. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 24(1), 111-117.
48. Best, D., Nišić, M. (2019). „Proces oporavka u socijalnom okruženju lokalne zajednice“ u: D. Best, McKeganey, N., Halvorson, A., Whitter, M., Green, S., Nišić, M., i saradnici, *Oporavak – naš zajednički cilj* (str. 89-98), Sarajevo: Udruženje Proslavi oporavak.
49. Best, D., Sondhi, A., Patton, D., Abreu, V., Martinelli, T., Bellaert, L., Vanderplasschen, W., Nisic, M. (2024). A cluster analysis of European life in recovery data: what are the typical patterns of recovery experience? *Drugs: Education, Prevention and Policy*.
50. Best, D., Vanderplasschen, W., Nisic, M. (2020). Measuring capital in active addiction and recovery: the development of the strengths and barriers recovery scale (SABRS). *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 15(1), pp. 1-8.
51. Best, D., Vanderplasschen, W., Van de Mheen, D., De Maeyer, J., Colman, C., Vander Laenen, F., Irving, J., Andersson, C., Edwards, M., Martinelli, T., Graham, S.,(...), Bellaert, L. (2018). REC-PATH (Recovery Pathways): Overview of a four-country study of pathways to recovery from problematic drug use. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 36(4), pp. 517-529.
52. Best, D.W., Lubman, D.I. (2012). The recovery paradigm - a model of hope and change for alcohol and drug addiction. *Australian Family Physician*, 41(8), pp. 593-597.
53. Betty Ford Institute Consensus Panel. (2007).What is recovery? A working definition from the Betty Ford Institute. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33(3), pp. 221-228.
54. Bickel, W. K., DeGrandpre, R. J., & Higgins, S. T. (1993). Behavioral economics: A novel experimental approach to the study of drug dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 33(2), pp. 173-192.
55. Biernacki P. (1986). *Pathways from heroin addiction: Recovery without treatment*. Philadelphia: Temple University Press.
56. Birtel, M. D., Wood, L., Kempa, N. J. (2017). Stigma and social support in substance abuse: Implications for mental health and well-being. *Psychiatry Research*, 252, pp. 1-8.
57. Bischof, G., Iwen, J., Freyer-Adam, J., & Rumpf, H. J. (2016). Efficacy of the community reinforcement and family training for concerned significant others of treatment-refusing

- individuals with alcohol dependence: A randomized controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 163, pp. 179-185.
58. Bischof, G., Rumpf, H.J., John, U. (2012). „Natural recovery from addiction“. In: H. Shaffer, D. A. LaPlante, S. E. Nelson (Eds.), *APA addiction syndrome handbook, Vol. 2. Recovery, prevention, and other issues* (pp. 133–155). American Psychological Association.
  59. Bliuc, A. M., Best, D., Iqbal, M., & Upton, K. (2017). Building addiction recovery capital through online participation in a recovery community. *Social Science & Medicine*, 193, pp. 110-117.
  60. Bliuc, A. M., Doan, T. N., Best, D. (2019). Sober social networks: The role of online support groups in recovery from alcohol addiction. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 29(2), pp. 121-132.
  61. Boardman, J. D., Finch, B. K., Ellison, C. G., Williams, D. R., Jackson, J. S. (2001). Neighborhood disadvantage, stress, and drug use among adults. *Journal of Health and Social Behavior*, 42(2), pp. 151-165.
  62. Boden, M. T., Kimerling, R., Kulkarni, M., Bonn-Miller, M. O., Weaver, C., Trafton, J. (2014). Coping among military veterans with PTSD in substance use disorder treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 47(2), pp. 160-167.
  63. Boeri, M., Lamonica, A. K., Harbry, L. (2011). Social recovery, social capital, and drug courts. *Practicing Anthropology*, 33(1), pp. 8-13.
  64. Bogetić, D., Jugović, A., Merdović, B. (2023). Adverse childhood experiences as risk factor for the development of substance addiction. *Kultura polisa*, 20(2), pp. 17–38.
  65. Borkman, T. (2008). “The twelve-step recovery model of AA: A voluntary mutual help association”. In M. Galanter & L. A. Kaskutas (Eds.), *Recent developments in alcoholism* (pp. 9-35). Springer.
  66. Botvin, G. J., Griffin, K. W. (2004). Life skills training: Empirical findings and future directions. *Journal of Primary Prevention*, 25(2), pp. 211-232.
  67. Bourdieu, P. (1980). Le capital social: notes provisoires. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 31(1), pp. 2-3.
  68. Bourdieu, P. (1985). The social space and the genesis of groups. *Theory and society*, 14(6), pp. 723-744.
  69. Bourdieu, P. (1986). „The forms of capital“. In J. G. Richardson (Ed.), *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education* (pp. 241-258). New York: Greenwood Press.
  70. Bourdieu, P., Wacquant, L. (1992). *An invitation to reflexive sociology*. Chicago: University of Chicago Press.
  71. Bowen, E. A., Walton, Q. L. (2015). Disparities and the Social Determinants of Mental Health and Addictions: Opportunities for a Multifaceted Social Work Response. *Health & Social Work*, 40(3), e59–e65.
  72. Bowen, S., Chawla, N., Marlatt, A. G. (2011). *Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors: A clinician’s guide*. New York: Guilford Press.
  73. Bowen, S., Witkiewitz, K., Clifasefi, S. L., Grow, J., Chawla, N., Hsu, S. H., Carrol, H.A., Harrop, E., Collins, S.E. (...), Larimer, M. E. (2014). Relative efficacy of mindfulness-based relapse prevention, standard relapse prevention, and treatment as usual for substance use disorders: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, 71(5), pp. 547-556.
  74. Bradshaw, S. D., Shumway, S. T., Harris, K. S., Baker, A. K. (2013). Predictive factors of readiness for change during inpatient treatment. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 31(3), pp. 280-302.
  75. Bradshaw, S. D., Shumway, S. T., Wang, E. W., Harris, K. S. (2014). Addiction and the mediation of hope on craving, readiness, and coping. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 9(4), pp. 294-312.
  76. Brands, B., Blake, J., Marsh, D. C., Sproule, B., Jeyapalan, R., Li, S. (2008). The impact of benzodiazepine use on methadone maintenance treatment outcomes. *Journal of Addictive Diseases*, 27(3), 37-48.

77. Branković I., Gajić Ž., Trbović V., Kuridža Lj. (2020). *Obeležja savremenog socijalnog rada i profesionalni identitet socijalnih radnika u Republici Srbiji*. Udruženje stručnih radnika socijalne zaštite.
78. Breslow, L. (2006). Health measurement in the third era of health. *American Journal of Public Health*, 96, pp. 17–19.
79. Brkić, M. (2010). *Zastupanje u socijalnom radu*. Beograd: Čigoja štampa.
80. Brkić, M. (2014). Usluge u zajednici – pretpostavke procesa deinstitucionalizacije. *Socijalna politika*, 2/2014, str. 31-44.
81. Brkić, M. (2020). „Zavisnosti“. U: M. Milosavljević, M. Brkić i D. Stoeckel (ur.) *Društvene devijacije*. Beograd: Univerzitet u Beogradu – Fakultet političkih nauka, str. 129-184.
82. Brkić, M., Jugović, A. (2009). Experience of service user involvement in the education of social workers in Serbia. *Ljetopis socijalnog rada* 16(2), pp. 469-481.
83. Brocato, J., Wagner, E. F. (2003). Harm reduction: A social work practice model and social justice agenda. *Health & Social Work*, 28(2), pp. 117-125.
84. Broekaert, E. (2006). What future for the therapeutic community in the field of addiction? A view from Europe. *Addiction*, 101(12), pp. 1677-1678.
85. Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
86. Brorson, HH, Ajo Arnevik, E, Rand-Hendriksen, K, Duckert, F. (2013). Drop-out from addiction treatment: a systematic review of risk factors. *Clinical Psychology Review*, 33(8), pp. 1010-1024.
87. Brun, C., Rapp, R. C. (2001). Strengths-based case management: Individuals' perspectives on strengths and the case manager relationship. *Social Work*, 46(3), pp. 278-288.
88. Buchanan, J. (2006). Understanding problematic drug use: A medical matter or a social issue. *British Journal of Community Justice*, 4(2), pp. 387-397.
89. Buckingham, S. A., Frings, D., Albery, I. P. (2013). Group membership and social identity in addiction recovery. *Psychology of Addictive Behaviors*, 27(4), pp.1132–1140.
90. Bunaciu, L., Neculau, A. C., Volmer, D., Sarmiento, E., Meijer, K., Stringer, J., ... Noori, H. R. (2023). Recovery capital in substance use disorders: A systematic review. *Addiction Research & Theory*, 31(2), pp. 97-112.
91. Burns, J., Marks, D. (2013). Can recovery capital predict addiction problem severity? *Alcoholism Treatment Quarterly*, 31(3), pp. 303-320.
92. Cano, I., Best, D., Edwards, M., Lehman, J. (2017). Recovery capital pathways: Modelling the components of recovery wellbeing. *Drug and Alcohol Dependence*, 181, pp. 11–19.
93. Carpenter J. (2002). Mental health recovery paradigm: implications for social work. *Health Social Work*, 27(2), pp. 86–94.
94. Carvajal, S. C., Clair, S. D., Nash, S. G., Evans, R. I. (1998). Relating Optimism, Hope, and Self-Esteem to Social Influences in Deterring Substance Use in Adolescents, *Journal of Social and Clinical Psychology*, 17(4), pp. 443–465.
95. Carver, C. S., Scheier, M. F., Segerstrom, S. C. (2010). Optimism. *Clinical psychology review*, 30(7), pp. 879-889.
96. Chandler, R. K., Fletcher, B. W., Volkow, N. D. (2009). Treating drug abuse and addiction in the criminal justice system: improving public health and safety. *JAMA*, 301(2), pp. 183-190.
97. Chatham, L. R., Hiller, M. L., Rowan-Szal, G. A., Joe, G. W., Simpson, D. D. (1999). Gender differences at admission and follow-up in a sample of methadone maintenance clients. *Substance Use & Misuse*, 34(8), pp. 1137-1165.
98. Chavarria, J., Stevens, B. E., Jason, A. L., Ferrari, R. J. (2012). The Effects of Self-Regulation and Self-Efficacy on Substance Use Abstinence. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 30(4), pp. 422–432.
99. Cheng HY, McGuinness LA, Elbers RG, MacArthur GJ, Taylor A, McAleenan A, Dawson S, López-López JA, Higgins JPT, Cowlshaw S, Lingford-Hughes A, Hickman M, Kessler D.

- (2020). Treatment interventions to maintain abstinence from alcohol in primary care: systematic review and network meta-analysis. *BMJ*, 371
100. Clark, M. D. (1997). Strength-based practice: The new paradigm. *Corrections Today*, 59(2), pp. 110-112.
  101. Cleveland, H. H., Harris, K. S., Baker, A. K., Herbert, R., Dean, L. R. (2007). Characteristics of a collegiate recovery community: Maintaining recovery in an abstinence-hostile environment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33(1), pp. 13-23.
  102. Cleveland, H.H., Brick, T.R., Knapp, K.S., Croff, J.M. (2021). „Recovery and Recovery Capital: Aligning Measurement with Theory and Practice”. In: J.M. Croff and J. Beaman (eds.). *Family Resilience and Recovery from Opioids and Other Addiction* (pp. 109-128). Cham: Springer Nature Switzerland AG. .
  103. Cloud, W., Granfield, R. (1999). *Coming clean: Overcoming addiction without treatment*. NYU Press.
  104. Cloud, W., Granfield, R. (2001). Natural Recovery from Substance Dependency. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 1(1), pp. 83–104.
  105. Cloud, W., Granfield, R. (2008). Conceptualizing recovery capital: Expansion of a theoretical construct. *Substance Use & Misuse*, 43(12-13), pp. 1971-1986.
  106. Coleman, J. S. (1988). Social capital in the creation of human capital. *American Journal of Sociology*, 94 Supplement: Organizations and Institutions: Sociological and Economic Approaches to the Analysis of Social Structure, pp. S95-S120.
  107. Coleman, J. S. (1990). *Foundations of Social Theory*. Cambridge, Massachusetts, USA: Harvard University Press.
  108. Collard, C. S., Lewinson, T., Watkins, K. (2014). Supportive Housing: An Evidence-Based Intervention for Reducing Relapse among Low Income Adults in Addiction Recovery. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 11(5), pp. 468–479.
  109. Connors, G. J., DiClemente, C. C., Velasquez, M. M., Donovan, D. M. (2013). *Substance abuse treatment and the stages of change: Selecting and planning interventions* (2nd ed.). The Guilford Press.
  110. Cook, C. C. (2004). Addiction and spirituality. *Addiction*, 99(5), pp. 539-551.
  111. Coon, G. M., Pena, D., Illich, P. A. (1998). Self-efficacy and substance abuse: Assessment using a brief phone interview. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15(5), pp. 385-391.
  112. Copello, A., Orford, J. (2002). Addiction and the family: Is it time for services to take notice of the evidence?. *Addiction*, 97(11), pp. 1361-1363.
  113. Copello, A., Williamson, E., Orford, J., Day, E. (2006). Implementing and evaluating social behaviour and network therapy in drug treatment practice in the UK: A feasibility study. *Addictive behaviors*, 31(5), pp. 802-810.
  114. Corsi, K. F., Kwiatkowski, C. F., Booth, R. E. (2007). Treatment entry and predictors among opiate-using injection drug users. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 33(1), pp. 121-127.
  115. Counsell SR, Callahan CM, Clark DO, Tu W, Buttar AB, Stump TE, Ricketts GD. (2007). Geriatric care management for low-income seniors: a randomized controlled trial. *JAMA*, 298(22), pp. 2623-33.
  116. Coviello, D. M., Zanis, D. A., Wesnoski, S. A., Alterman, A. I. (2006). The effectiveness of outreach case management in re-enrolling discharged methadone patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 85(1), pp. 56-65.
  117. Covington, S. S. (2002). „Helping women recover: Creating gender-responsive treatment“. In S.L.A. Straussner S. Brown (Eds.), *The handbook of addiction treatment for women: Theory and practice* (pp. 52-72). Jossey-Bass.
  118. Cox, G. B., Walker, R. D., Freng, S. A., Short, B. A., Meijer, L., Gilchrist, L. (1998). Outcome of a controlled trial of the effectiveness of intensive case management for chronic public inebriates. *Journal of Studies on Alcohol*, 59(5), pp. 523-532.

119. Crnić, K.B., Todorović, M.M. (2017). Recidivism with Opiate Addicted Patients on Buprenorphine Substitution Treatment: Case Report. *Hospital Pharmacology*, 4(2), pp. 533-541.
120. Crowe, M., Carlyle, D., Farmar, R. (2013). Clinical formulation for mental health nursing practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(9), pp. 751-758.
121. Cucić, V. (2005). Rapid assessment and response (RAR) on HIV/AIDS among especially vulnerable young people in Serbia. Belgrade: Ministry of Health, UNICEF, UNAIDS.
122. Cuna, A., Schwantes, M. (2020). The role of music therapy in promoting resilience and coping skills in patients undergoing addiction treatment: An integrative review. *Nordic Journal of Music Therapy*, 29(5), pp. 440-459.
123. Čekerevac, A. (2015) Obrazovanje socijalnih radnika za rad sa zavisnicima. U Nastasić, P. (ur.) Bolesti zavisnosti: apstinencija, (iz)lečenje, rehabilitacija / XXX Simpozijum o bolestima zavisnosti sa međunarodnim učešćem, Novi Sad, 15-18. oktobar 2014. Beograd: Zajednica klubova lečenih alkoholičara Srbije, str. 63-72.
124. Daddow R, Broome S. (2010). Whole person recovery: a user-centred systems approach to problem drug use. London: RSA [Internet]. Available from: [http://www.thersa.org/data/assets/pdf\\_file/0011/362099/RSA-Whole-Person-Recovery-report.pdf](http://www.thersa.org/data/assets/pdf_file/0011/362099/RSA-Whole-Person-Recovery-report.pdf) , retrived:20.06.2022.
125. Dakof, G. A., Cohen, J. B., Henderson, C. E., Duarte, E., Boustani, M., Blackburn, A., Venzler, E., Hawes, S. (2010). A randomized pilot study of the Engaging Moms Program for family drug court. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 38(3), pp. 263–274.
126. Daragan-Saveljić, J, Vučetić-Arsić, S, Raičević, S, Baškot, S. (2010). *Tretman zavisnika od opijata i opioida: Nacionalne smernice za lekare u primarnoj zdravstvenoj zaštiti*. Beograd: Ministarstvo zdravlja Republike Srbije.
127. Davidson, L., Roe, D. (2007). Recovery from versus recovery in serious mental illness: One strategy for lessening confusion plaguing recovery. *Journal of Mental Health*, 16(4), pp. 459-470.
128. Davidson, L., Tondora, J., O'Connell, M. J., Lawless, M. S., Rowe, M. (2009). *A practical guide to recovery-oriented practice: Tools for transforming mental health care*. New York: Oxford University Press Inc.
129. Davidson, L., White, W. (2007). The concept of recovery as an organizing principle for integrating mental health and addiction services. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 34(2), pp. 109-120.
130. Dazard, A., Mino, A., Page, D., Broers, B. (1998). Patients on methadone maintenance treatment in Geneva. *European Psychiatry*, 13(5), pp. 235–241.
131. De Leon, G. (1996). Integrative Recovery: A Stage Paradigm. *Substance Abuse*, 17(1), pp. 51–63.
132. De Maeyer, J., Vanderplasschen, W., Broekaert, E. (2010). Quality of life among opiate-dependent individuals: A review of the literature. *International Journal of Drug Policy*, 21(5), pp. 364–380.
133. de Vet, R., van Luijtelaaar, M. J., Brilleslijper-Kater, S. N., Vanderplasschen, W., Beijersbergen, M. D., & Wolf, J. R. (2013). Effectiveness of case management for homeless persons: a systematic review. *American Journal of Public Health*, 103(10), e13-e26.
134. Deci, E. L., Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum.
135. Degenhardt, L., Peacock, A., Colledge, S., Leung, J., Grebely, J., Vickerman, P., Stone, J., Cunningham, E.B., Trickey, A., Dumchev, K., Lynskey, M., Griffiths, P., Mattick, R.P., Hickman, M., Larney, S. (2017). Global prevalence of injecting drug use and sociodemographic characteristics and prevalence of HIV, HBV, and HCV in people who inject drugs: a multistage systematic review. *The Lancet Global Health*, 5(12), e1192-e1207.

136. DeGrandpre, R. J., Bickel, W. K., Higgins, S. T. (1994). The behavioral economics of concurrent drug reinforcers: A review and reanalysis of drug self-administration research. *Psychopharmacology*, 118(3), pp. 250-259.
137. Dekhtyar, M., Beasley, C. R., Jason, L. A., Ferrari, J. R. (2012). Hope as a Predictor of Reincarceration Among Mutual-Help Recovery Residents, *Journal of Offender Rehabilitation*, 51(7), pp. 474–483.
138. Denning, P. (2000). Practicing harm reduction psychotherapy: An alternative approach to addictions. New York: Guilford Press.
139. Denning, P., Little, J. (2017). Over the Influence: The Harm Reduction Guide to Controlling Your Drug and Alcohol Use. New York: Guilford Publications.
140. Dennis M, Scott C, Laudet A. (2014). Beyond bricks and mortar: recent research on substance abuse disorder recovery management. *Current Psychiatry Reports*, 16(4), pp. 1–7.
141. Dennis, M. L., Foss, M. A., Scott, C. K. (2007). An Eight-Year Perspective on the Relationship Between the Duration of Abstinence and Other Aspects of Recovery. *Evaluation Review*, 31(6), pp. 585–612.
142. Dennis, M. L., Scott, C. K. (2007). Managing addiction as a chronic condition. *Addiction science & clinical practice*, 4(1), pp. 45-55.
143. Dennis, M. L., Scott, C. K., Funk, R., Foss, M. A. (2005). The duration and correlates of addiction and treatment careers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28(2), pp.51–62.
144. Dennis, M., Scott, C., Laudet, A. (2014). Beyond bricks and mortars: recent research on substance abuse disorder recovery management. *Current Psychiatry Report*, 16(4): 442.
145. Des Jarlais, D.C. (2017). Harm reduction in the USA: the research perspective and an archive to David Purchase. *Harm Reduction Journal*, 14(1), pp. 1-7.
146. DiClemente, C. C., Carbonari, J., Zweben, A., Morrel, T., Lee, R. E. (2001). Motivation hypothesis causal chain analysis. *Project MATCH hypotheses: Results and causal chain analyses*, 8, pp. 206-222.
147. DiClemente, C. C., Fairhurst, S. K., Piotrowski, N. A. (1995). „Self-efficacy and addictive behaviors“. In J. E. Maddux (Ed.), *Self-efficacy, adaptation, and adjustment: Theory, research, and application* (pp. 109-141). The Plenum Series in Social/Clinical Psychology. Plenum Press.
148. DiClemente, C.C. (2003). Addiction and change: How addictions develop and addicted people recover. New York: Guilford Press.
149. DiClemente, C.C. (2005). Conceptual models and applied research: The ongoing contribution of the Transtheoretical Model. *Journal of Addictions Nursing*, 16(1), pp. 5 – 12.
150. DiClemente, C.C., Bellino, L. E., Neavins, T. M. (1999). Motivation for change and alcoholism treatment. *Alcohol Research & Health*, 23(2), pp. 86-92.
151. DiClemente, C.C., Nidecker, M., Bellack, A. S. (2008). Motivation and the stages of change among individuals with severe mental illness and substance abuse disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34(1), pp. 25–35.
152. DiClemente, C.C., Schlundt, D.G., Gemmell, L. (2004). Readiness and stages of change in addiction treatment. *American Journal on Addictions*, 13, pp. 103-119.
153. Dimitrijević I. (2003). *Sintetičke droge*. Niš: Galeb.
154. Dingle, G. A., Stark, C., Cruwys, T., Best, D. (2015). Breaking good: Breaking ties with social groups may be good for recovery from substance misuse. *British Journal of Social Psychology*, 54(2), pp. 236-254.
155. Dobkin, P. L., De, C. M., Paraherakis, A., Gill, K. (2002). The role of functional social support in treatment retention and outcomes among outpatient adult substance abusers. *Addiction*, 97(3), pp. 347-356.
156. Dolan, S. L., Martin, R. A., Rohsenow, D. J. (2008). Self-efficacy for cocaine abstinence: Pretreatment correlates and relationship to outcomes. *Addictive Behaviors*, 33(5), pp. 675-688.
157. Dominelli, L. (2002). *Feminist social work theory and practice*. Houndmills, Basingstoke, Hampshire and New York: Palgrave.

158. Doran, G.T. (1981). There's a SMART way to write management's goals and objectives. *Management Review*, 70(11), pp. 35–36.
159. Dragišić Labaš, S. (2012). *Alkoholizam u porodici i porodica u alkoholizmu*, Beograd: Institut za sociološka istraživanja Filozofskog fakulteta u Beogradu.
160. Dragišić Labaš, S., Ljubičić, M. (2012). Provođenje slobodnog vremena zavisnika od alkohola u periodu pijenja i periodu rehabilitacije. *Sociologija*, 3/2012, str.527-548.
161. Dragišić Labaš, S., Milić, M. (2007). Bolesti zavisnosti kao bolesti društva, porodice i pojedinca - kritika nečinjenja, *Sociologija*, 49(1), str. 31-43
162. Dragišić Labaš, S., Nastasić, P. (2012). Demografska obeležja i vrste tretmana primenjene kod članova klubova lečenih zavisnika od alkohola u Srbiji, *Engrami*,34(4), str. 15-32. .
163. Drake, R. E., Mercer-McFadden, C., Mueser, K. T., McHugo, G. J., Bond, G. R. (1998). Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 24(4), pp. 589-608.
164. Drake, R. E., O'Neal, E. L., Wallach, M. A. (2008). A systematic review of psychosocial research on psychosocial interventions for people with co-occurring severe mental and substance use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34(1), pp. 123-138.
165. Drake, R. E., Wallach, M. A. (2000). Dual diagnosis: 15 years of progress. *Psychiatric Services*, 51(9), pp. 1126-1129.
166. Driscoll, D., Sullivan, J., Burke, J., Kim, B., Ferguson, S. (2021). Medication-assisted treatment and comprehensive care: A multidisciplinary approach to treating opioid use disorder. *Social Work in Health Care*, 60(2), pp.131-148.
167. Driscoll, M.A., Edwards, R.R., Becker, W.C., Kaptchuk, T.J., Kerns, R.D. (2021). Psychological Interventions for the Treatment of Chronic Pain in Adults. *Psychological Science in Public Interest*, 22(2), pp. 52-95.
168. Drucker, E., Anderson, K., Haemmig, R., Heimer, R., Small, D., Walley, A. Wood, E., van Beek, I. (2016). Treating addictions: Harm reduction in clinical care and prevention. *Journal of bioethical inquiry*, 13(2), pp. 239-249.
169. Duckworth, A., Steen, T. Seligman, M. (2005). Positive Psychology in Clinical Practice. *Annual review of clinical psychology*, 1, pp. 629-651.
170. Dugosh, K., Abraham, A., Seymour, B., McLoyd, K., Chalk, M., Festinger, D. (2016). A Systematic Review on the Use of Psychosocial Interventions in Conjunction With Medications for the Treatment of Opioid Addiction. *Journal of Addiction Medicine*, 10(2), pp. 93–103.
171. Đokić, D., Nenadović, M., Janjić, M. (1995). „Prevenција zavisnosti od droga – kognitivno-bihevioralni pristup”. U: Nenadović, M. (ur.) *Narkomanije i alkoholizam* (str. 27-62). Beograd: Medicinski fakultet u Beogradu.
172. Đukanović, B., Knežević-Tasić, J. (2015). *Bihevioralne zavisnosti u Srbiji*. Beograd: Izdavačka knjižarnica Zorana Stojanovića.
173. Earnshaw, V., Smith, L., Copenhaver, M. (2013). Drug addiction stigma in the context of methadone maintenance therapy: an investigation into understudied sources of stigma. *International journal of mental health and addiction*, 11(1), pp. 110-122.
174. Elder, G. H. (1998). Life course as developmental theory. *Child Development*, 69(1), pp. 1-12.
175. el-Guebaly, N. (2012). The meanings of recovery from addiction: Evolution and promises. *Journal of Addiction Medicine*, 6(1), pp. 1-9.
176. Erikson, E. H. (1959). Identity and the life cycle: Selected papers. *Psychological Issues*, 1, 1–171.
177. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2015). *Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
178. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2017). *Serbia: Country Drug Report 2017*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

179. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction and United Nations Office on Drugs and Crime (EMCDDA). (2019). *Drug treatment systems in the Western Balkans: outcomes of a joint EMCDDA-UNODC survey of drug treatment facilities*. Luxemburg: Publications Office of the European Union.
180. Evans, E., Li, L., Buoncristiani, S., Hser, Y. I. (2014). Perceived neighborhood safety, recovery capital, and successful outcomes among mothers 10 years after substance abuse treatment. *Substance Use & Misuse*, 49(11), pp. 1491-1503.
181. Evans, E., Li, L., Hser, Y. I. (2012). Client and program factors associated with dropout from court mandated drug treatment. *Evaluation and Program Planning*, 35(2), pp. 236-244.
182. Farkas, M. (2007). The vision of recovery today: what it is and what it means for services. *World Psychiatry*, 6(2), pp. 68-74.
183. Filipović, S. (2007). *Evaluacija grupne terapije adolescenata iz porodice alkoholičara*. [Doktorska disertacija, Univerzitet u Beogradu, Filozofski fakultet].
184. Filipović, S. (2010). Grupna psihoterapija mladih iz porodica alkoholičara i neki aspekti roditeljstva. *Engrami*, 32(3), str. 5-17.
185. Fiorentine, R., Nakashima, J., Anglin, M.D. (1999). Client engagement with drug treatment, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 17(3), pp 199–206.
186. Forgeard, M. J., & Seligman, M. E. (2012). Seeing the glass half full: A review of the causes and consequences of optimism. *Pratiques psychologiques*, 18(2), pp. 107-120.
187. Francis, M.W., McCutcheon, V.V., Farkas, K.J. (2023). Social processes during recovery: An expansion of Kelly and Hoepfner's biaxial formulation of recovery. *Addiction Research & Theory*. 31(6), pp. 416-423.
188. Freudreich, O. (2010). *Psychotic Disorders: A Practical Guide*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
189. Frings, D., Albery, I. P. (2015). The social identity model of cessation maintenance: Formulation and initial evidence. *Addictive Behaviors*, 44, pp. 35-42.
190. Gačić, B. (1988). Alkoholizam, bolest pojedinca, porodice i društva. Beograd: Filip Višnjić.
191. Gačić, B. (1992). Belgrade systemic approach to the treatment of alcoholism: principles and interventions. *Journal of Family Therapy*, 14, pp. 103-122.
192. Gačić, B. (2013). „Šta je to Ekosistemski (multisistemski) model?” U: Mladenović I, Daković A, (ur.) *Inkubator zdravog života: 50 godina Socioterapijskog kluba lečenih alkoholičara STKLA »Palmotićeve«*, (str. 66-69). Beograd: Institut za mentalno zdravlje.
193. Gačić, B., Majkić, V. (2000). Porodična rezilijentnost: ključni procesi. *Psihologija*, 3(4), str. 329-350.
194. Galanter, M. (2007). Spirituality and recovery in 12-step programs: An empirical model. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33(3), pp. 265-272.
195. Galanter, M., Kleber, H. D., Brady, K. (Eds.). (2014). *The American Psychiatric Publishing textbook of substance abuse treatment*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing
196. Galea, S. Vlahov, D. (2002). Social determinants and the health of drug users: socioeconomic status, homelessness, and incarceration. *Public health reports*, 117(Suppl 1), pp. S135-S145.
197. Galea, S., Ahern, J., Vlahov, D., Coffin, P. O., Fuller, C., Leon, A. C., Tardiff, K. (2005). Income distribution and risk of fatal drug overdose in New York City neighborhoods. *Drug and Alcohol Dependence*, 80(1), pp. 31-38.
198. Galvani, S. (2012). *Supporting people with alcohol and drug problems: Making a difference*. Bristol: Policy Press.
199. Galvani, S. A., Forrester, D. (2011). How well prepared are newly qualified social workers for working with substance use issues? Findings from a national survey in England. *Social Work Education*, 30(4), pp. 422-439.
200. Galvani, S., Forrester, D., Glynn, G., McCann, M, Guppy, A., Hemsley, C., Hillson, M., Thurnham, A. (2011) *Social work services and recovery from substance misuse: a review of the evidence*. Edinburgh: Scottish Government Social Research.



201. Gayle D. Weaver; Norma Haston Turner; Kristi J. O'Dell (2000). Depressive symptoms, stress, and coping among women recovering from addiction. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18(2), pp. 161–167.
202. Gentzler, K. C., Derry, H., Yang, C., Strobe, J. (2015). The role of family in recovery capital among women with substance use disorders. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 10(2), pp. 163-184.
203. Gitterman, A. (2009) „The life model“, in A.R. Roberts (ed.) *The Social Workers' Desk Reference* (2nd ed.). (pp. 168-178). New York: Oxford University Press.
204. Gitterman, A., Germain, C.B. (2008) *The Life Model of Social Work Practice: Advances in Theory and Practice*, (3rd ed.). New York: Columbia University Press.
205. Goeieman, DS, Nonyane, DS, Nzaumvila, DK, Anse van Rensburg, MNS. (2023). Retention of service users on opioid substitution therapy in the City of Tshwane, South Africa. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, 15(1), e1-e10.
206. Goldberger, B. A. (2022). Rapid expansion of telehealth for opioid use disorders: A scoping review. *American Journal of Preventive Medicine*, 62(5), e301-e313.
207. Gonzales, R., Ang, A., Marinelli-Casey, P., Glik, D. C., Iguchi, M. Y., Rawson, R. A. (2009). Health-related quality of life trajectories of methamphetamine-dependent individuals as a function of treatment completion and continued care over a 1-year period. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 37(4), pp. 353-361.
208. Gorski, T. (1989). Passages through recovery: An action plan for preventing relapse. Center City, MN: Hazelden Press.
209. Gossop, M., Green, L., Phillips, G., Bradley, B. (1989). Lapse, relapse and survival among opiate addicts after treatment. A prospective follow-up study. *British Journal of Psychiatry*, 154(03), pp.348–353.
210. Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D., Kidd, T. (2003). The National Treatment Outcome Research Study (NTORS): 4–5 year follow-up results. *Addiction*, 98(3), pp. 291-303.
211. Gossop, M., Stewart, D., Browne, N., Marsden, J. (2002). Factors associated with abstinence, lapse or relapse to heroin use after residential treatment: protective effect of coping responses. *Addiction*, 97(10), pp.1259–1267.
212. Gossop, M., Stewart, D., Browne, N., Marsden, J. (2003). Methadone treatment for opiate dependent patients in general practice and specialist clinic settings: Outcomes at 2-year follow-up. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 24(4), pp. 313-321.
213. Graham, H. L., Birchwood, M., Copello, A., Crawford, P., Larsen, J., Griffith, E. (2009). A preliminary evaluation of integrated treatment for co-existing substance use and severe mental health problems: Impact on teams and service users. *Journal of Mental Health*, 18(2), pp. 161-172.
214. Granfield, R, Cloud, W. (1999). *Coming clean: overcoming addiction without treatment*. New York: New York University Press.
215. Granfield, R, Cloud, W. (2001). Social context and natural recovery: the role of social capital in the resolution of drug-associated problems. *Substance Use & Misuse*, 36(11), pp. 1543–1570.
216. Granfield, R., Cloud, W. (1996). The elephant that no one sees: Natural recovery among middle-class addicts. *Journal of Drug Issues*, 26(1), pp. 45-61.
217. Granfield, R., Cloud, W. (2001). Social context and "natural recovery": The role of social capital in the resolution of drug-associated problems. *Substance use & misuse*, 36(11), pp. 1543-1570.
218. Greene, G. J., Lee, M. Y., Hoffpauir, S. (2005). The languages of empowerment and strengths in clinical social work: A constructivist perspective. *Families in Society*, 86(2), pp. 267-277.
219. Greenfield, S. F., Brooks, A. J., Gordon, S. M., Green, C. A., Kropp, F., McHugh, R. K., Lincoln, M., Hien, D., Miele, G. M. (2007). Substance abuse treatment entry, retention, and outcome in women: A review of the literature. *Drug and Alcohol Dependence*, 86(1), pp. 1-21.

220. Greenfield, S. F., Hufford, M. R., Vagge, L. M., Muenz, L. R., Costello, M. E., Weiss, R. D. (2000). The relationship of self-efficacy expectancies to relapse among alcohol dependent men and women: a prospective study. *Journal of Studies on Alcohol*, 61(2), pp. 345-351.
221. Greenfield, S.F., Brooks, A.J., Gordon, S.M., Green, C.A., Kropp, F, McHugh, R.K, Lincoln, M, Hien, D., Miele, G.M. (2007). Substance abuse treatment entry, retention, and outcome in women: a review of the literature. *Drug and Alcohol Dependence*, 86(1), pp.1-21.
222. Groshkova, T., Best, D., White, W. (2011). Recovery Group Participation Scale (RGPS): Factor structure in alcohol and heroin recovery populations. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 6(1-2), pp. 76–92.
223. Groshkova, T., Best, D., White, W. (2013). The assessment of recovery capital: Properties and psychometrics of a measure of addiction recovery strengths. *Drug and Alcohol Review*, 32(2), pp. 187-194.
224. Gross, J. J. (2013). Emotion regulation: taking stock and moving forward. *Emotion*, 13(3), pp. 359-365.
225. Gueta, K., Addad, M. (2015). A house of cards: The long-term recovery experience of former drug-dependent Israeli women. *Women's Studies International Forum*, 48, pp. 18-28.
226. Gupta, M., Blewett, J. (2008). Involving services users in social work training on the reality of family poverty: A case study of a collaborative project. *Social Work Education*, 27(5), pp. 459-473.
227. Gustafson, D. H., McTavish, F. M., Chih, M. Y., Atwood, A. K., Johnson, R. A., Boyle, M. G., ... Shah, D. (2014). A smartphone application to support recovery from alcoholism: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 71(5), pp. 566-572.
228. Haaga, D.A.F., Hall, S.M., Haas, A. (2006). „Participant factors in treating substance use disorders“. In: L.G. Castonguay & L.E. Beutler (Eds.), *Principles of therapeutic change that work* (pp. 275–292). New York: Oxford University Press.
229. Hagan, J., McCarthy, B. (1997). *Mean streets: Youth, crime, and homelessness*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
230. Hall, W., Carter, A. (2013). Advocates need to show compulsory treatment of opioid dependence is effective, safe and ethical. *Bulletin of the World Health Organization*, 91(2),146.
231. Hammer, R. R., Dingel, M. J., Ostergren, J. E., Nowakowski, K. E., Koenig, B. A. (2013). The experience of addiction as told by the addicted: incorporating biological understandings into self-story. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 36(4), pp. 712-734.
232. Han, B.H., Cotton, B.P., Polydorou, S., Sherman, S.E., Ferris, R., Arcila-Mesa, M., Qian, Y., McNeely, J. (2022). Geriatric Conditions Among Middle-aged and Older Adults on Methadone Maintenance Treatment: A Pilot Study. *Journal of Addiction Medicine*,16(1), pp.110-113.
233. Hänninen V, Koski-Jännes A. (1999). Narratives of recovery from addictive behaviours. *Addiction*, 94(12), pp. 1837-1848.
234. Hari, J. (2015). *Chasing the scream: The first and last days of the war on drugs*. New York: Bloomsbury.
235. Harm Reduction International. (2020). *What is harm reduction? A position statement from HRI*. : <https://www.hri.global/what-is-harm-reduction>, [Internet]. retrived: 8.05.2024.
236. Havassy, B. E., Hall, S. M., & Wasserman, D. A. (1991). Social support and relapse: Commonalities among alcoholics, opiate users, and cigarette smokers. *Addictive behaviors*, 16(5), pp. 235-246.
237. Hawk, M., Coulter, R. W., Egan, J. E., Fisk, S., Reuel Friedman, M., Tula, M., & Kinsky, S. (2017). Harm reduction principles for healthcare settings. *Harm Reduction Journal*, 14(1), 70.
238. Hawkins, R. L., Maurer, K. (2012). Unravelling Social Capital: Disentangling a Concept for Social Work. *British Journal of Social Work*, 42(2), pp. 353–370.

239. Hayes, S.C., Levin, M.E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J.L., Pistorello, J. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior Therapy*, 44(2), pp. 180-198.
240. Heller, D. I., Stoffel, V. C. (2016). "Recovery-focused community integration programs for adults with mental illness and substance use disorders". In V. C. Stoffel & J. Arias (Eds.), *Occupational therapy interventions for adults with substance use disorders* (pp. 267-295). AOTA Press.
241. Hendershot, C. S., Witkiewitz, K., George, W. H., Marlatt, G. A. (2011). Relapse prevention for addictive behaviors. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 6(1), 17.
242. Henessy, E. A. (2017). Recovery capital: A systematic review of the literature. *Addiction Research & Theory*, 25(5), pp. 349-360.
243. Henkel, D. (2011). Unemployment and substance use: a review of the literature (1990-2010). *Current Drug Abuse Reviews*, 4(1), pp. 4-27.
244. Hewitt, A. J. (2007). *After the fire: Post traumatic growth in recovery from addictions* [doctoral thesis, University of Bath, UK].
245. Hoepfner, B. B., Kelly, J. F., Urbanoski, K. A., Slaymaker, V. (2011). Comparative utility of a single-item versus multiple-item measure of self-efficacy in predicting relapse among young adults. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 41(3), pp. 305-312.
246. Hrnčić, J., Brkić, M., Žegarac, N. (2012). Karakteristike socijalnih relacija mladih sa antisocijalnim ponašanjem koji prekomerno upotrebljavaju psihoaktivne supstance. *Zbornik Instituta za kriminološka i sociološka istraživanja*, 31(2), str. 151-166.
247. Hser, Y. I. (2007). Predicting long-term stable recovery from heroin addiction: findings from a 33-year follow-up study. *Journal of Addiction Discussion*, 26(1), pp. 51-60.
248. Huffman, J. C., DuBois, C. M., Healy, B. C., Boehm, J. K., Kashdan, T. B., Celano, C. M., ... Lyubomirsky, S. (2014). Feasibility and utility of positive psychology exercises for suicidal inpatients. *General Hospital Psychiatry*, 36(1), pp. 88-94.
249. Huhn, A.S., Strain, E.C., Tompkins, D.A., Dunn, K.E. (2018). A hidden aspect of the U.S. opioid crisis: Rise in first-time treatment admissions for older adults with opioid use disorder. *Drug and Alcohol Dependency*, 193, pp. 142-147.
250. Humphreys, K., Lembke, A. (2013). Recovery-oriented policy and care systems in the UK and USA. *Drug and Alcohol Review*, 33(1), pp. 13-18.
251. Hutchison, E. D. (2005). The Life Course Perspective: A Promising Approach for Bridging the Micro and Macro Worlds for Social Workers. *Families in Society*, 86(1), pp. 143-152.
252. Ignjatović, T. (2011). Nasilje prema ženama u intimnom partnerskom odnosu: model koordiniranog odgovora zajednice. Beograd: Rekonstrukcija Ženski fond.
253. Ilgen, M., McKellar, J., Moos, R. (2007). Personal and treatment-related predictors of abstinence self-efficacy. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 68(1), pp. 126-132.
254. Ilgen, M., McKellar, J., Tiet, Q. (2005). Abstinence self-efficacy and abstinence 1 year after substance use disorder treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(6), pp. 1175-1180.
255. Inanlou M, Bahmani B, Farhoudian A, Rafiee F. (2020). Addiction Recovery: A Systematized Review. *Iranian Journal of Psychiatry*, 15(2), pp. 172-181.
256. Institut za javno zdravlje Srbije "Dr Milan Jovanović Batut" (IZJZS). (2021). *Izveštaj o zaraznim bolestima u Republici Srbiji za 2020. godinu*. Dostupno na: <https://www.batut.org.rs/download/izvestaji/IzvestajZarazneBolesti2020.pdf>, pristupljeno 1.02.2024.
257. Irving, L. M., Seidner, A. L., Burling, T. A., Pagliarini, R., Robbins-Sisco, D. (1998). Hope and Recovery from Substance Dependence in Homeless Veterans. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 17(4), pp. 389-406.
258. Ja, D. Y., & Aoki, B. (1993). Substance abuse treatment: Cultural barriers in the Asian-American community. *Journal of Psychoactive Drugs*, 25(1), pp. 61-71.

259. Jackson, R., Wernicke, R., Haaga, D. A. (2003). Hope as a predictor of entering substance abuse treatment, *Addictive Behaviors*, 28(1), pp.13-28.
260. Jacob, K. S. (2015). Recovery model of mental illness: A complementary approach to psychiatric care. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 37(2), pp. 117-119.
261. Jacobson, N. (2004). *In recovery: The making of mental health policy*. Tennessee: Vanderbilt University Press.
262. Jason, L. A., Guerrero, M., Lynch, G., Stevens, E., Salomon-Amend, M., Light, J. M. (2020). Recovery home networks as social capital. *Journal of Community Psychology*, 48(3), pp. 645-657.
263. Jeal, N., Macleod, J., Turner, K., Salisbury, C. (2015). Systematic review of interventions to reduce illicit drug use in female drug-dependent street sex workers. *BMJ Open*, 5(11), e009238.
264. Jelkić, M.M., Dolić, M., Popović, I., Nikolić, B., Radulović, I., Kolundžija, K., Mandić-Gajić, G. (2018). Karakteristike empatije i psihopatije kod osoba koje patološki upotrebljavaju internet i kod zavisnika od opijata, *Vojnosanitetski Pregled*, 75(7), str. 651–655.
265. Jerrell, J. M., Ridgely, M. S. (1995). Comparative effectiveness of three approaches to serving people with severe mental illness and substance abuse disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 183(9), pp. 566-576.
266. Jetten, J., Haslam, S. A., Haslam, C. (2012). “The case for a social identity analysis of health and well-being”. In: J. Jetten, C. Haslam & S. A. Haslam (Eds.), *The social cure: Identity, health and well-being*. (pp. 3-19). New York: Psychology Press.
267. Johansen, A. B., Brendryen, H., Darnell, F. J., Wennesland, D. K. (2013). Practical support aids addiction recovery: The positive identity model of change. *BMC Psychiatry*, 13(1), 201.
268. Johnson, B., Richert, T. (2014). Diversion of Methadone and Buprenorphine from Opioid Substitution Treatment: A Staff Perspective. *Journal of Psychoactive Drugs*, 46(5), pp. 427–435.
269. Jovanović, D., Pavun, S., Pavun, S. (2013). Destigmatizacija Roma: Analiza etnokulturoloških faktora u preventivno-terapijskom radu sa romskim zavisničkim porodicama, *Socijalna misao*, 2/2013, str. 89-95.
270. Jovanović, T., Lazarević, D., Nikolić, G. (2012). Razlike u težini depresije i upeštalosti recidiva kod opijatskih zavisnika lepenih metadonom ili opijatskim blokatorom posle detoksikacije. *Vojnosanitetski pregled*, 69(4), str. 326–332
271. Jugović, A., Brkić, M. (2013). Socijalni rad u Srbiji u kontekstu ekonomske krize i društvene transformacije. *Ljetopis socijalnog rada*, 20(1), str. 91-112
272. Kadden, R. M., Litt, M. D. (2011). The role of self-efficacy in the treatment of substance use disorders. *Addictive behaviors*, 36(12), 1120-1126.
273. Kaplan, L. (2008). *The role of recovery support services in recovery-oriented systems of care*. DHHS Publication No. (SMA) 08-4315. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
274. Kaskutas, L. A., Bond, J., Humphreys, K. (2002). Social networks as mediators of the effect of Alcoholics Anonymous. *Addiction*, 97(7), pp. 891-900.
275. Kaskutas, L. A., Borkman, T. J., Laudet, A., Ritter, L. A., Witbrodt, J., Subbaraman, M. S., Stunz, A., Bond, J. (2014). Elements that define recovery: The experiential perspective. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 75(6), pp. 999-1010.
276. Keane, H. (2003). Critiques of harm reduction, morality and the promise of human rights. *International Journal of Drug Policy*. 14, pp. 227-232.
277. Kellogg, S. H. (2003). On "Gradualism" and the building of the harm reduction-abstinence continuum. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25(4), pp. 241-247.
278. Kelly, J. F., & Greene, M. C. (2014). Beyond motivation: Initial validation of the commitment to sobriety scale. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 46(2), pp. 257-263.
279. Kelly, J. F., Bergman, B. G., Hoepfner, B. B., Vilsaint, C., White, W. L. (2017). Prevalence and pathways of recovery from drug and alcohol problems in the United States population:

- Implications for practice, research, and policy. *Drug and Alcohol Dependence*, 181, pp. 162-169.
280. Kelly, J. F., Hoepfner, B. (2015). A biaxial formulation of the recovery construct. *Addiction Research & Theory*, 23(1), pp. 5-9.
  281. Kelly, J. F., Magill, M., Stout, R. L. (2009). How do people recover from alcohol dependence? A systematic review of the research on mechanisms of behavior change in Alcoholics Anonymous. *Addiction Research & Theory*, 17(3), pp. 236-259.
  282. Kelly, J. F., Stout, R. L., Magill, M., Tonigan, J. S., Pagano, M. E. (2011). Spirituality in recovery: A lagged mediational analysis of alcoholics anonymous' principal theoretical mechanism of behavior change. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 35(3), pp. 454-463.
  283. Kelly, J. F., White, W. L. (Eds.). (2011). *Addiction recovery management: Theory, research and practice*. New York, NY: Humana Press/Springer Science & Business Media LLC.
  284. Kemp, P. A., Neale, J. (2005). Employability and problem drug users. *Critical Social Policy*, 25(1), pp. 28-46.
  285. Kim, H. S., Hodgins, D. C., Garcia, X., Ritchie, E. V., Musani, I., McGrath, D. S., von Ranson, K. M. (2021). A systematic review of addiction substitution in recovery: Clinical lore or empirically-based? *Clinical Psychology Review*, 89, 102083.
  286. Kirk, T. (2007). Beyond empowerment: Changing local communities. *International Social Work*, 50(3), pp. 321-330.
  287. Kirk, T. A. (2010). „Connecticut's journey to a statewide recovery-oriented healthcare system: Strategies, successes and challenges“. In J. F. Kelly & W. L. White (Eds.), *Addiction Recovery Management* (pp. 209-234). New York, NY: Humana Press/Springer Science & Business Media LLC.
  288. Kleinig, J. (2008). The ethics of harm reduction. *Substance use & misuse*, 43(1), pp. 1-16.
  289. Klostermann, K. C., O'Farrell, T. J. (2013). Treating substance abuse: Partner and family approaches. *Social Work in Public Health*, 28(3-4), pp. 234-247.
  290. Koehn, C., O'Neill, L., Sherry, J. (2017). Hope-focused interventions in substance abuse counselling. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 15(2), pp. 400-412.
  291. Koenig, H., King, D., Carson, V. B. (2012). *Handbook of religion and health*. New York, NY: Oxford University Press.
  292. Kolla, G., Strike, C., Watson, T. M., Jairam, J., Fischer, B., Bayoumi, A. M. (2017). Risk creating and risk reducing: Community perceptions of supervised consumption facilities for illicit drug use. *Health, Risk & Society*, 19(1-2), pp. 91-111.
  293. Kondrat, M. E. (2002). Actor-centered social work: Re-visioning "person-in-environment" through a critical theory lens. *Social Work*, 47(4), pp. 435-448.
  294. Korcha, R. A., Polcin, D. L., Bond, J. C., Lapp, W. M., Galloway, G. (2010). Substance use and motivation: a longitudinal perspective. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 37(1), pp. 48-53.
  295. Kourounis, G., Richards, B. D. W., Kyprianou, E., Symeonidou, E., Malliori, M. M., & Samartzis, L. (2016). Opioid substitution therapy: Lowering the treatment thresholds. *Drug and alcohol dependence*, 161, pp. 1-8.
  296. Kovačević, M., & Đukanović, B. (2009). *Ličnost narkomana*. Beograd: IP „Velarta”
  297. Krafft, A. M., Martin-Krumm, C., Fenouillet, F. (2014). Adaptation, further elaboration, and validation of a scale to measure hope as perceived by people: Discriminant value and predictive utility vis-à-vis dispositional hope. *Assessment*, 21(6), pp. 781-797.
  298. Krentzman, A. R. (2013). Review of the application of positive psychology to substance use, addiction, and recovery research. *Psychology of Addictive Behaviors*, 27(1), pp. 151-165.
  299. Krentzman, A. R., Barker, S. L. (2016). Counselors' perspectives of positive psychology for the treatment of addiction: A mixed methods pilot study. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 34(4), 370-385.

300. Kretzmann, J., McKnight, J. P. (1996). Assets-based community development. *National civic review*, 85(4), pp. 23-29.
301. Lander L, Howsare J, Byrne M. (2013). The impact of substance use disorders on families and children: from theory to practice. *Social Work in Public Health*, 28(3-4), pp. 194-205.
302. Larimer, M. E., Palmer, R. S., Marlatt, G. A. (1999). Relapse prevention: An overview of Marlatt's cognitive-behavioral model. *Alcohol Research & Health*, 23(2), pp. 151-160.
303. Larsen, D. J., Stege, R. (2010). Hope-focused practices during early psychotherapy sessions: Part I: Implicit approaches. *Journal of Psychotherapy Integration*, 20(3), pp. 271-292.
304. Laudet A. B. (2007). What does recovery mean to you? Lessons from the recovery experience for research and practice. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33(3), pp. 243–256.
305. Laudet, A. B. (2008). The Road to Recovery: Where Are We Going and How Do We Get There? Empirically Driven Conclusions and Future Directions for Service Development and Research. *Substance Use & Misuse*, 43(12-13), pp. 2001–2020.
306. Laudet, A. B. (2011). The case for considering quality of life in addiction research and clinical practice. *Addiction science & clinical practice*, 6(1), pp.44-55.
307. Laudet, A. B. (2013). *Life in Recovery: Report on the Survey Findings*. Washington, D.C.: Faces & Voices of Recovery.
308. Laudet, A. B., Becker, J. B., White, W. L. (2009). Don't wanna go through that madness no more: quality of life satisfaction as predictor of sustained remission from illicit drug misuse. *Substance use & misuse*, 44(2), pp. 227-252.
309. Laudet, A. B., Humphreys, K. (2013). Promoting recovery in an evolving policy context: What do we know and what do we need to know about recovery support services? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 45(1), pp. 126–133.
310. Laudet, A. B., Morgen, K., White, W. L. (2006). The role of social supports, spirituality, religiousness, life meaning and affiliation with 12-step fellowships in quality of life satisfaction among individuals in recovery from alcohol and drug problems. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 24(1-2), pp. 33-73.
311. Laudet, A. B., White, W. L. (2008). Recovery capital as prospective predictor of sustained recovery, life satisfaction, and stress among former poly-substance users. *Substance use & misuse*, 43(1), pp. 27-54.
312. Laudet, A. B., White, W. L. (2010). What are your priorities right now? Identifying service needs across recovery stages to inform service development. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 38(1), pp. 51-59.
313. Laudet, A., Stanick, V., Sands, B. (2007). The effect of onsite 12-step meetings on post-treatment outcomes among polysubstance-dependent outpatient clients. *Evaluation Review*, 31(6), pp. 613–646.
314. Lažetić, G. (2011). *Alkoholizam i narkomanija – razumeti i pobediti zavisnost*. Beograd: Institut za mentalno zdravlje.
315. Lažetić, G., Panoski, R., Filipović, S., Svetozarević, S. (2010). Značaj primarne porodice u rehabilitacionoj fazi lečenja mladih zavisnika od psihoaktivnih supstanci. *Psihijatrija danas*, 42(2), str. 127-135.
316. Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *The British journal of psychiatry*, 199(6), pp. 445-452.
317. Lee, J.O, Hill, K.G, Hartigan, L.A., Boden, J.M., Guttmanov,a K., Kosterman, R., Bailey, J.A., Catalano, R.F. (2015). Unemployment and substance use problems among young adults: Does childhood low socioeconomic status exacerbate the effect? *Social Science and Medicine*, 143, pp. 36-44.
318. Lenton, S., Single, E. (1998). The definition of harm reduction. *Drug and Alcohol Review*, 17(2), pp. 213-220.

319. Litt, M. D., Kadden, R. M., Kabela-Cormier, E., Petry, N. M. (2009). Changing network support for drinking: network support project 2-year follow-up. *Journal of consulting and clinical psychology, 77*(2), pp. 229-242.
320. Livingston, J. D., Milne, T., Fang, M. L., Amari, E. (2012). The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: a systematic review. *Addiction, 107*(1), pp. 39-50.
321. Logan, D. E., Marlatt, G. A. (2010). Harm reduction therapy: A practice-friendly review of research. *Journal of clinical psychology, 66*(2), pp. 201-214.
322. Longabaugh, R., Wirtz, P. W., Zywiak, W. H., O'malley, S. S. (2010). Network support as a prognostic indicator of drinking outcomes: The COMBINE study. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 71*(6), pp. 837-846.
323. Lopez, S. J., Floyd, R. K., Ulven, J. C., & Snyder, C. R. (2000). "Hope therapy: Helping clients build a house of hope". In C. R. Snyder (Ed.), *Handbook of hope: Theory, measures, and applications* (pp. 123-150). Academic Press.
324. Lopez, S.J., Snyder, C.R., Magyar-Moe, J.L., Edwards, L.M., Pedrotti, J.T., Janowski, K., Turner, J.L., Pressgrove, C. (2004). „Strategies for accentuating hope“. In: Linley, P. A., Joseph, S. (Eds.), *Positive Psychology in Practice*, (pp. 388-404). Hoboken, NJ: Wiley.
325. Lowe, L. A., Bohon, S. A. (2008). Specialized social work education: the case for social work with offenders. *Families in Society, 89*(2), pp. 293-301.
326. Luszczynska, A., Benight, C. C., Cieslak, R. (2009). Self-efficacy and health-related outcomes of collective trauma: A systematic review. *European Psychologist, 14*(1), pp. 51-62.
327. Luszczynska, A., Sarkar, Y., Knoll, N. (2007). Received social support, self-efficacy, and finding benefits in disease as predictors of physical functioning and adherence to antiretroviral therapy. *Patient Education and Counseling, 66*(1), pp. 37-42.
328. Luszczynska, A., Scholz, U., Schwarzer, R. (2005). The general self-efficacy scale: Multicultural validation studies. *The Journal of Psychology, 139*(5), pp. 439-457.
329. Lyons, G. C., Deane, F. P., Caputi, P., Kelly, P. J. (2011). Spirituality and the treatment of substance use disorders: An exploration of forgiveness, resentment and purpose in life. *Addiction Research & Theory, 19*(5), pp. 459-469.
330. MacNeil, J., Pauly, B. (2011). Needle exchange as a safe haven in an unsafe world. *Drug and Alcohol Review, 30*(1), pp. 26-32.
331. Magill, M., Martino, S., Wampold, B.E. (2022). Goal setting and monitoring with alcohol and other drug use disorders: Principles and practices. *Journal of Substance Abuse Treatment, 132*,108650.
332. Magill, M., Ray, L. A. (2009). Cognitive-behavioral treatment with adult alcohol and illicit drug users: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 70*(4), pp. 516-527.
333. Magura, S. (2003). The role of work in substance dependency treatment: A preliminary overview. *Substance Use & Misuse, 38*(11-13), pp. 1865-1876.
334. Magura, S., Laudet, A., Kang, S. Y., Whitney, S. A. (1999). Effectiveness of comprehensive services for crack-dependent mothers with newborns and young children. *Journal of Psychoactive Drugs, 31*(4), pp. 321-338.
335. Maisto, S. A., Connors, G. J., Zywiak, W. H. (2000). Alcohol treatment changes in coping skills, self-efficacy, and levels of alcohol use and related problems 1 year following treatment initiation. *Psychology of Addictive Behaviors, 14*(3), pp. 257-266.
336. Majer, J. M., Jason, L. A., Ferrari, J. R., Olson, B. D., & North, C. S. (2011). Is self-mastery always a helpful resource? Coping with paradoxical findings in relation to optimism and abstinence self-efficacy. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 37*(3), pp. 205-213.
337. Marcus, H. B., Selby, C. V.; Niaura, S. R., Rossi, S. J. (1992). Self-Efficacy and the Stages of Exercise Behavior Change. *Research Quarterly for Exercise and Sport, 63*(1), pp. 60-66.

338. Maremmani, I., Pani, P. P., Pacini, M., Perugi, G. (2011). Substance use and quality of life over 12 months among buprenorphine maintenance-treated and methadone maintenance-treated heroin-addicted patients. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 41(1), pp. 55-61.
339. Margolis, R., Kilpatrick, A., Mooney, B. (2000). A Retrospective Look at Long-Term Adolescent Recovery: Clinicians Talk to Researchers. *Journal of Psychoactive Drugs*, 32(1), pp. 117–125.
340. Marinković, M. (2016). Kvalitet života kod zavisnika od opijata na metadonskom programu. [Doktorska disertacija, Univerzitet u Kragujevcu, Fakultet medicinskih nauka].
341. Marinković, M., Đorđević-Jovanović, L., Miljković, S., Milojković, B., Janjić, V. (2017). Quality of life of treated opiate addicts in the methadone maintenance program and those treated with buprenorphine. *Vojnosanitetski pregled*, 74(5), pp. 435-444.
342. Markland, D., Ryan, R. M., Tobin, V. J., Rollnick, S. (2005). Motivational interviewing and self-determination theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24, pp. 811-831.
343. Marković, J., Sabo, V., Srdanović Maraš, J., Kesić, A. (2015). Karakteristike funkcionisanja porodica zavisnika koji sun a programu supstitucione terapije metadonom. *Specijalna edukacija i rehabilitacija*, 14, str. 211-230.
344. Marlatt, G. A. (1996). Harm reduction: Come as you are. *Addictive behaviors*, 21(6), pp. 779-788.
345. Marlatt, G. A., & Donovan, D. M. (2005). *Relapse prevention* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
346. Marlatt, G. A., Baer, J. S., Quigley, L. A. (1995). „Self-efficacy and addictive behavior”. In A. Bandura (Ed.), *Self-efficacy in changing societies* (pp. 289-315). New York: Cambridge University Press.
347. Marlatt, G. A., Donovan, D. M. (Eds.). (2005). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York, NY: Guilford press.
348. Marlatt, G.A., Gordon, J.R. (1985). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York: Guilford Press.
349. Marsden, J., Ogborne, A., Farrell, M., Rush, B. (2000). International guidelines for the evaluation of treatment services and systems for psychoactive substance use disorders. Geneva: World Health Organization.
350. Marsh, J. C., D’Aunno, T. A., Smith, B. (2000). Increasing access and providing social services in drug abuse treatment for women with children. *Addiction*, 95, pp. 1287–1247.
351. Martin, R. A., MacKinnon, S., Johnson, J., Rohsenow, D. J. (2011). Purpose in life predicts treatment outcome among adult cocaine abusers in treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 40(2), pp. 183-188.
352. Martin, S. S., Scarpitti, F. R. (1993). An intensive case management approach for paroled IV drug users. *Journal of Drug Issues*, 23(1), pp. 43-59.
353. Marty, D., Rapp, C. A., Carlson, L. (2001). The experts speak: The critical ingredients of strengths model case management. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(3), pp. 214-221.
354. Massah O, Farmani F, Karimi R, Karami H, Hoseini F, Farhoudian A.(2015). Group Reality Therapy in Addicts Rehabilitation Process to Reduce Depression, Anxiety and Stress. *Iranian Rehabilitation Journal*, 13(1), pp. 50-44.
355. Mathis, G. M., Ferrari, J. R., Groh, D. R., Jason, L. A. (2009). Hope and substance abuse recovery: The impact of agency and pathways within an abstinent communal-living setting. *Journal of groups in addiction & recovery*, 4(1-2), pp. 42-50.
356. Matto, H. C. (2004). Applying an Ecological Framework to Understanding Drug Addiction and Recovery. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 4(3), pp. 5–22.
357. Mawson, E., Best, D., Beckwith, M., Dingle, G. A., Lubman, D. I. (2015). Social identity, social networks and recovery capital in emerging adulthood: A pilot study. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 10(1), 45.



358. McCrady, B. S., Epstein, E. E., & Kahler, C. W. (2004). Alcoholics Anonymous and relapse prevention as maintenance strategies after conjoint behavioral alcohol treatment for men: 18-month outcomes. *Journal of consulting and clinical psychology*, 72(5), pp. 870-878.
359. McIntosh, J., McKeganey, N. (2000). Addicts' narratives of recovery from drug use: Constructing a non-addict identity. *Social Science & Medicine*, 50(10), pp. 1501–1510.
360. McKeganey, N. (2012). Harm reduction at the crossroads and the rediscovery of drug user abstinence. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 19(4), pp. 276-283.
361. McKnight, J., Block, P. (2010). *The abundant community: Awakening the power of families and neighborhoods*. Berrett-Koehler Publishers.
362. McLellan, A. T., Lewis, D. C., O'Brien, C. P., Kleber, H. D. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *JAMA*, 284(13), pp. 1689-1695.
363. McLellan, A. T., McKay, J. R., Forman, R., Cacciola, J., Kemp, J. (2005). Reconsidering the evaluation of addiction treatment: from retrospective follow-up to concurrent recovery monitoring. *Addiction*, 100(4), pp. 447-458.
364. McLellan, A.T., Arndt, I.O., Metzger, D.S., Woody, G.E., O'Brien, C.P. (1993). The effects of psychosocial services in substance abuse treatment. *JAMA*, 269(15), pp.1953-1959.
365. McLellan, A.T., Hagan, T.A., Levine, M., Gould, F., Meyers, K., Bencivengo, M., Durell, J. (1998). Supplemental social services improve outcomes in public addiction treatment. *Addiction*. 93(10), pp.1489-1499.
366. McLellan, A.T., Lewis, D.C., O'Brien, C.P., Kleber, H.D. (2000). Drug Dependence, a Chronic Medical Illness: Implications for Treatment, Insurance, and Outcomes Evaluation. *JAMA*, 284(13), pp.1689–1695.
367. McNeece, C. A., DiNitto, D. M. (2012). *Chemical dependency: A systems approach* (4th ed.). Boston, MA: Allyn & Bacon.
368. McQuaid, R. J., Malik, A., Moussouni, K., Baydack, N., Stargardter, M., Morrissey, M. (2017). *Life in Recovery from Addiction in Canada*. Ottawa, ON: Canadian Centre on Substance Use and Addiction.
369. Mee-Lee, D., Shulman, G. D., Fishman, M. J., Gastfriend, D. R., & Miller, M. M. (Eds.). (2013). *The ASAM criteria: Treatment criteria for addictive, substance-related, and co-occurring conditions*. (3rd ed.). Carson City, NV: The Change Companies.
370. Melberg, H. O., & Humphreys, K. (2010). Ineligibility and refusal to participate in randomised trials of treatments for drug dependence. *Drug and Alcohol Review*, 29(2), pp. 193-201.
371. Menninger, K. (1959). The academic lecture: Hope, *American Journal of Psychiatry*, 116, pp. 481– 491.
372. Mennis, J., Stahler, G. J., Mason, M. J. (2016). Risky substance use environments and addiction: A new frontier for environmental justice research. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(6), 607.
373. Metzger, L. (1988). *From denial to recovery: Counseling problem drinkers, alcoholics, and their families*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
374. Miceli, M., Castelfranchi, C. (2010). Hope: the power of wish and possibility, *Theory & Psychology*, 20(2), pp. 251–276.
375. Miller, W. R., Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press.
376. Miller, W. R., Rollnick, S. (2012). *Motivational interviewing: Helping people change* (3rd ed.). New York, NY: Guilford Press.
377. Miller, W. R., Rose, G. S. (2009). Toward a theory of motivational interviewing. *American Psychologist*, 64(6), pp. 527–537.
378. Milosavljević, M. (2002), *Socijalni rad na međi vekova*, Beograd: Draganić.
379. Milosavljević, M., Brkić, M. (2010). *Socijalni rad u zajednici*. Beograd: Republički zavod za socijalnu zaštitu.

380. Milosavljević, M., Brkić, M., Stoeckel, D. (2020). *Društvene devijacije*. Beograd: Univerzitet u Beogradu – Fakultet političkih nauka
381. Milosavljević, M., Jugović, A. (2008). „Socijalna isključenost i društvene devijacije mladih“. U: D. Radovanović (ur.), *Poremećaji ponašanja u sistemu obrazovanja* (str. 25-50). Beograd: Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju
382. Ministarstvo pravde Republike Srbije (2021). *Godišnji izveštaj Uprave za izvršenje krivičnih sankcija za 2020. godinu*. [Internet]. Dostupno na: <https://www.mpravde.gov.rs/files/UIKS-Godisnji-izvestaj-2020.pdf>, pristupljeno 20.12.2021.
383. Ministarstvo zdravlja Republike Srbije (2022), *Srbija. Nacionalni pregled stanja droga 2022*, Lisabon: Evropski centar za praćenje droga i zavisnosti od droga.
384. Mojtabai, R., Graff Zivin, J. (2003). Effectiveness and cost-effectiveness of four treatment modalities for substance disorders: a propensity score analysis. *Health Services Research*, 38(1), pp. 233–259.
385. Moos, R. H. (2003) Addictive Disorders in Context: Principles and Puzzles of Effective Treatment and Recovery. *Psychology of Addictive Behaviours*, 17(1), pp. 3-12.
386. Moos, R. H. (2008). Active ingredients of substance use focused self help groups. *Addiction*, 103(3), pp. 387-396.
387. Moos, R. H., Moos, B. S. (2006). Rates and predictors of relapse after natural and treated remission from alcohol use disorders. *Addiction*, 101(2), pp. 212-222.
388. Moos, R. H., Moos, B. S. (2007a). Protective resources and long-term recovery from alcohol use disorders. *Drug and alcohol dependence*, 86(1), pp. 46-54.
389. Moos, R. H., Moos, B. S. (2007b). Treated and untreated alcohol-use disorders: course and predictors of remission and relapse. *Evaluation Review*, 31(6), pp. 564-84.
390. Morgenstern J, Blanchard KA, McCrady BS, McVeigh KH, Morgan TJ, Pandina RJ. (2006). Effectiveness of intensive case management for substance-dependent women receiving temporary assistance for needy families. *American Journal of Public Health*. 96(11), pp. 2016-2023.
391. Morgenstern, J., Labouvie, E., McCrady, B. S., Kahler, C. W., Frey, R. M. (1997). Affiliation with Alcoholics Anonymous after treatment: A study of its therapeutic effects and mechanisms of action. *Journal of consulting and clinical psychology*, 65(5), 768-777.
392. Mueser, K. T., Noordsy, D. L., Drake, R. E., Fox, L. (2002). *Integrated treatment for dual disorders: A guide to effective practice*. New York, NY: Guilford Publications.
393. Mumba MN, Mugoya GT. Recovery Ecosystems: A Whole Health Approach to Substance Use Prevention and Treatment. (2022). *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 60(9), pp. 10-14.
394. Nacionalna strategija za sprečavanje zloupotrebe droga za period 2014-2021. godine, Službeni glasnik RS, br. 1/2015.
395. Nash, J. A., Hennessy, A. E., Collier, C. (2019). Exploring recovery capital among adolescents in an alternative peer group. *Drug and Alcohol Dependence*, 199(2019), pp.136–143.
396. Nastasić, P. (2011). *Ekosistemski pristup alkoholizmu*. Beograd: Publikum.
397. Nastasić, P. (2012). Bolesti zavisnosti: terapijske mogućnosti i klinička realnost. *Arhiv za farmaciju*, 61(2), str. 165-178.
398. Nastasić, P. (2020). Development of the Family System – Therapeutic Approach in the Addictions Treatment in Serbia. *Interdisciplinary Description of Complex Systems*, 18(1), pp. 1-14.
399. Neale J, Kemp P. (2009). Employment and Problem Drug Use: The role of employment in recovery from problem drug use. In: Barlow J, editor. *Substance Misuse: The Implications of Research, Policy and Practice*. (pp. 94–101). London: Jessica Kingsley Publishers.
400. Neale, J., Finch, E., Marsden, J., Mitcheson, L., Rose, D., Strang, J., Tompkins, C., Wheeler, C., Wykes, T. (2014). How should we measure addiction recovery? Analysis of service

- provider perspectives using online Delphi groups. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 21(4), pp. 310-323.
401. Neale, J., Nettleton, S., Pickering, L. (2014). Gender sameness and difference in recovery from heroin dependence: A qualitative exploration. *International Journal of Drug Policy*, 25(1), pp. 3–12.
  402. Neale, J., Tompkins, C., Wheeler, C., Finch, E., Marsden, J., Mitcheson, L., Rose, D., Wykes, T., Strang, J. (2015). "You're all going to hate the word 'recovery' by the end of this": Service users' views of measuring addiction recovery. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 22(1), pp. 26-34.
  403. O'Brien, S., Mattick, R. P., White, J., Breen, C., Kimber, J., Ritter, A., Lintzeris, N. (2006). Maintenance pharmacotherapy for opioid dependence and SF-36 health status: A comparison with general population norms and other chronic disorders. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 5(4), pp. 155–164.
  404. O'Brien, C. P., McLellan, A. T. (1996). Myths about the treatment of addiction. *The Lancet*, 347(8996), pp. 237-240.
  405. O'Connor, A.M., Cousins, G., Durand, L., Barry, J., Boland, F. (2020). Retention of patients in opioid substitution treatment: A systematic review. *PLoS One*, 15(5):e0232086.
  406. O'Grady, M.A., Randrianarivony, R., Martin, K., Perez-Cubillan, Y., Collymore, D.C., Shapiro-Luft, D., Beacham, A., Heyward, N., Greenfield, B., Neighbors, C.J. (2022). Together in care: Lessons learned at the intersection of integrated care, quality improvement, and implementation practice in opioid treatment programs. *Implementation Research and Practice*, 3, 26334895221135265.
  407. Padaiga, Z., Subata, E., Vanagas, G. (2007). Outpatient methadone maintenance treatment program. Quality of life and health of opioid-dependent persons in Lithuania. *Medicina (Kaunas)*, 43(3), pp. 235–241.
  408. Padgett, D. K., Henwood, B., Abrams, C., Drake, R. E. (2008). Social relationships among persons who have experienced serious mental illness, substance abuse, and homelessness: Implications for recovery. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78(3), pp. 333-339.
  409. Padgett, D. K., Henwood, B., Tsemberis, S. (2016). *Housing first: Ending homelessness, transforming systems, and changing lives*. New York, NY: Oxford University Press.
  410. Paquette, C.E., Daughters, S.B., Witkiewitz, K. (2022). Expanding the continuum of substance use disorder treatment: Nonabstinence approaches. *Clinical Psychology Review*, 91, 102110.
  411. Pars, E., VanDerNagel, J.E.L., Dijkstra, B.A.G., Schellekens, A.F.A. (2023). Using the Recovery Capital Model to Explore Barriers to and Facilitators of Recovery in Individuals with Substance Use Disorder, Psychiatric Comorbidity and Mild-to-Borderline Intellectual Disability: A Case Series. *Journal of Clinical Medicine*, 12(18), 5914.
  412. Pating, D. R., Miller, M. M., Goplerud, E., Martin, J., Ziedonis, D. M. (2012). New systems of care for substance use disorders: treatment, finance, and technology under health care reform. *Psychiatric Clinics of North America*, 35(2), pp. 327-356.
  413. Patterson Silver Wolf, D.A., Gold, M. (2020). Treatment resistant opioid use disorder (TROUD): Definition, rationale, and recommendations, *Journal of the Neurological Sciences*, 411, 116718
  414. Pattison, E.M. (1968). A Critique of Abstinence Criteria in the Treatment of Alcoholism. *International Journal of Social Psychiatry*, 14(4), pp. 268-276.
  415. Patton, D., Best, D., Brown, L. (2022). Overcoming the pains of recovery: the management of negative recovery capital during addiction recovery pathways, *Addiction Research & Theory*, 30(5), pp. 340-350.
  416. Pauly, B. (2008). Harm reduction through a social justice lens. *International Journal of Drug Policy*, 19(1), pp. 4-10.
  417. Peele, S. (2000). What addiction is and is not: The impact of mistaken notions of addiction. *Addiction Research*, 8(6), pp. 599-607.

418. Pergolizzi, J. Jr., Varrassi, G., LeQuang, J., Raffa, R. (2021) The Challenge of Polysubstance Use Overdose. *Open Journal of Social Sciences*, 9, pp. 529-542.
419. Potrebić, J. (2005). *Alkoholizam – iz prakse za praksu*. Beograd: Blue Queen d.o.o.a
420. Pouille, A., Bellaert, L., Vander Laenen, F., Vanderplasschen, W. (2021). Recovery Capital among Migrants and Ethnic Minorities in Recovery from Problem Substance Use: An Analysis of Lived Experiences. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(24),13025.
421. Poverenica za zaštitu ravnopravnosti - *Preporuka mere Nacionalnoj službi za zapošljavanje*, del. br. 021-01-909/2023-02, datum: 12. Jun 2023. godine, dostupno na <https://ravnopravnost.gov.rs/rs/802-23-preporuka-mere-nacionalnoj-sluzbi-za-zaposljavanje/>. [Internet]. pristupljeno 15.03.2024.
422. Price, R. K., Hilty, D. A., Miller, N. S., & Banks, S. M. (2001). „Effectiveness of substance abuse treatment: Recent findings from longitudinal research“. In M. Galanter (Ed.), *Recent developments in alcoholism: Services research in the era of managed care* (pp. 295-312). New York, NY: Springer.
423. Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), pp. 390-395.
424. Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American psychologist*, 47(9), pp. 1102-1114.
425. Putnam, R. (1993). The prosperous community: Social capital and public life. *The American Prospect*, 13(4), pp. 35-42.
426. Putnam, R. D. (1995). Tuning in, tuning out: The strange disappearance of social capital in America. *PS: Political science & politics*, 28(4), pp. 664-683.
427. Putnam, R. D. (2000). *Bowling alone: The collapse and revival of American community*. New York: Simon and schuster.
428. Radovanović, D. (ur.) *Poremećaji ponašanja u sistemu obrazovanja* (str. 25 – 50). Beograd: Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju.
429. Raheb, G., Khaleghi, E., Moghanibashi-Mansourieh, A., Farhoudian, A., Teymouri, R. (2016). Effectiveness of social work intervention with a systematic approach to improve general health in opioid addicts in addiction treatment centers. *Psychology Research and Behavior Management*, 9, pp. 309–315.
430. Raiff, N. R., Shore, B. K. (1993). *Advanced case management: New strategies for the nineties* (Vol. 66). Newbury Park, London, New Delhi: Sage Publications, Inc.
431. Rakić D, Stamatović Gajić B, Gajić T, Jovanović M. (2013). Women and addiction (alcohol and opiates): comparative analysis of psychosocial aspects. *Srpski Arhiv za Celokupno Lekarstvo*, 141(9-10), pp. 648-52.
432. Rakić, D., Dimoski, S. (2013). Specifičnosti opijatske zavisnosti kod žena kao osnova razvoja preventivnih programa i tretmana. *Specijalna edukacija i rehabilitacija* 12(1), str. 79-100.
433. Rapp, C. A., Goscha, R. J. (2006). *The strengths model: Case management with people with psychiatric disabilities* (2nd ed.). New York, NY: Oxford University Press.
434. Rapp, R. C., Otto, A. L., Lane, D. T., Redko, C., McGatha, S., Carlson, R. G. (2008). Improving linkage with substance abuse treatment using brief case management and motivational interviewing. *Drug and Alcohol Dependence*, 94(1-3), pp. 172–182.
435. Rapp, R. C., Van Den Noortgate, W., Broekaert, E., Vanderplasschen, W. (2014). The efficacy of case management with persons who have substance abuse problems: A three-level meta-analysis of outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(4), pp. 605-618.
436. Redko, C., Rapp, R. C., Carlson, R. G. (2007). Waiting time as a barrier to treatment entry: Perceptions of substance users. *Journal of Drug Issues*, 36(4), pp. 831-852.

437. Reif, S., George, P., Braude, L., Dougherty, R. H., Daniels, A. S., Ghose, S. S., Delphin-Rittmon, M. E. (2014). Residential treatment for individuals with substance use disorders: assessing the evidence. *Psychiatric Services*, 65(3), pp. 301-312.
438. Republička stručna komisija za bolesti zavisnosti; Republika Srbija, Ministarstvo zdravlja i Prof. Mihal Miovski, Karlov univerzitet u Pragu (2020). *Rezultati istraživanja: Mapiranje usluga lečenja adolescenata sa poremećajima uzrokovanim upotrebom supstanci*. Beograd: UNODC
439. Rhodes, T., Hedrich, D. (2010). *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
440. Richardson, L., Wood, E., Montaner, J., Kerr, T. (2012). Addiction treatment-related employment barriers: The impact of methadone maintenance. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 43(3), pp. 276-284.
441. Ritter, A., Cameron, J. (2006). A review of the efficacy and effectiveness of harm reduction strategies for alcohol, tobacco and illicit drugs. *Drug and Alcohol Review*, 25(6), pp. 611-624.
442. Roe, G. (2005). Harm reduction as paradigm: Is better than bad good enough? The origins of harm reduction. *Critical Public Health*, 15(3), pp. 243-250.
443. Rollnick, S., Morgan, M., Heather, N. (1996). The development of a brief scale to measure outcome expectations of reduced consumption among excessive drinkers. *Addictive Behaviors*, 21(3), pp. 377-387.
444. Rosen, D., Smith, M. L., & Reynolds III, C. F. (2011). The prevalence of mental and physical health disorders among older methadone patients. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(6), pp. 488-497.
445. Ross-Houle, K., Porcellato, L. (2023). Recovery capital in the context of homelessness, high levels of alcohol consumption, and adverse significant life events. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 30(2), pp. 173–184.
446. Ryan, R. M., Plant, R. W., O'Malley, S. (1995). Initial motivations for alcohol treatment: relations with patient characteristics, treatment involvement, and dropout. *Addictive Behaviors*, 20, pp. 279–297.
447. Saleebey, D. (1996). The strengths perspective in social work practice: Extensions and cautions. *Social Work*, 41(3), pp. 296-305.
448. Saleebey, D. (2009). *The strengths perspective in social work practice* (5th ed.). Boston, MA: Allyn & Bacon.
449. Sánchez, J., Sahker, E., & Arndt, S. (2020). The Assessment of Recovery Capital (ARC) predicts substance abuse treatment completion. *Addictive Behaviors*, 102.
450. Satre, D. D., Knight, B. G., Dickson-Fuhrmann, E., Jarvik, L. F. (2004). Substance abuse treatment initiation among older adults in the GET SMART program: effects of depression and cognitive status. *Aging & Mental Health*, 8(4), pp. 346-354.
451. Schulenberg, S. E., Hutzell, R. R., Nassif, C., & Rogina, J. M. (2008). Logotherapy for clinical practice. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45(4), pp. 447-463.
452. Schwartz, B. G., Rezkalla, S., Kloner, R. A. (2010). Cardiovascular effects of cocaine. *Circulation*, 122(24), pp. 2558-2569.
453. Schwarzer, R., Jerusalem, M. (1995). "Generalized Self-Efficacy scale". In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston (Eds.), *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs* (pp. 35-37). NFER-NELSON.
454. Scott, C. K., Foss, M. A., Dennis, M. L. (2003). Factors influencing initial and longer term responses to substance abuse treatment: a path analysis. *Eval Program Plann.* 26, pp. 287-296.
455. Scott, C. K., Dennis, M. L., Laudet, A., Funk, R. R., & Simeone, R. S. (2011). Surviving drug addiction: The effect of treatment and abstinence on mortality. *American Journal of Public Health*, 101(4), pp. 737-744.
456. Scott, C. K., Foss, M. A., Dennis, M. L. (2005). Pathways in the relapse-treatment-recovery cycle over 3 years. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28(2), S63–S72.

457. Scott, C.K., Dennis, M.L. (2009). Results from two randomized clinical trials evaluating the impact of quarterly recovery management checkups with adult chronic substance users. *Addiction* 104(6), pp. 959-971
458. Sedmak, T., Nastasić, P. (2015). "Zavisnost i samoodređenje". U: Đukić - Dejanović, S., Nastasić, P. (ur.) *Bolesti zavisnosti : savremena dostignuća u prevenciji, lečenju i rehabilitaciji* (str. 80-107). Beograd : Evropski centar za mir i razvoj (ECPD) Univerziteta za mir Ujedinjenih nacija.
459. Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park, N., Peterson, C. (2005). Positive Psychology Progress: Empirical Validation of Interventions. *American Psychologist*, 60(5), pp. 410-421.
460. Seligman, M. E., Rashid, T., Parks, A. C. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychologist*, 61, pp. 774-788.
461. Sheedy, C. K., Whitter, M. (2013). Guiding principles and elements of recovery-oriented systems of care: What do we know from the research? *Journal of Drug Addiction, Education, and Eradication*, 9(4), 225.
462. Sheedy, C., Whitter, M. (2009). Guiding principles and elements of Recovery-Oriented Systems of Care: What do we know from the research? HHS Publication No (SMA) 09-4439. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
463. Shumway, S. T., Bradshaw, S. D., Harris, K. S., Baker, A. K. (2013). Important factors of early addiction recovery and inpatient treatment. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 31(1), pp. 3-24.
464. Shumway, S. T., Dakin, J. B., Smock-Jordan, S. A., Kimball, T. G., Harris, K. S., Bradshaw, S. D. (2014). The Development of the Hope and Coping in Recovery Measure (HCRM), *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 9(4), pp. 280-293.
465. Siegal, H. A., Fisher, J. H., Rapp, R. C., Kelliher, C. W., Wagner, J. H., O'Brien, W. F., Cole, P. A. (1996). Enhancing substance abuse treatment with case management: Its impact on employment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 13(2), pp. 93-98.
466. Siegal, H. A., Li, L., Rapp, R. C. (2002). Case management as a therapeutic enhancement: Impact on post-treatment criminality. *Journal of Addictive Diseases*, 21(4), pp. 37-46.
467. Siegal, H. A., Rapp, R. C., Kelliher, C. W., Fisher, J. H., Wagner, J. H., Cole, P. A. (1995). The strengths perspective of case management: A promising inpatient substance abuse treatment enhancement. *Journal of Psychoactive Drugs*, 27(1), pp. 67-72.
468. Simpson, D. D. (2004). A conceptual framework for drug treatment process and outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27(2), pp. 99-121.
469. Simpson, D. D., Joe, G. W., Broome, K. M. (2002). A national 5-year follow-up of treatment outcomes for cocaine dependence. *Arch General Psychiatry*, 59(6), pp. 538-544.
470. Sklar, S. M., Annis, H. M., Turner, N. E. (1997). Development and validation of the drug-taking confidence questionnaire: A measure of coping self-efficacy. *Addictive Behaviors*, 22(5), pp. 655-670.
471. Sklar, S. M., Turner, N. E. (1999). A brief measure for the assessment of coping self-efficacy among alcohol and other drug users. *Addiction*, 94(5), pp. 723-729.
472. Slade, M. (2009). Personal recovery and mental illness: A guide for mental health professionals. Cambridge University Press.
473. Snyder, C. R. (1989). Reality negotiation: From excuses to hope and beyond. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 8(2), pp.130-157.
474. Snyder, C. R. (1995). Conceptualizing, Measuring, and Nurturing Hope. *Journal of Counseling & Development*, 73(3), pp. 355-360.
475. Snyder, C. R. (2000). „Hypothesis: There is hope”. In C. R. Snyder (Ed.), *Handbook of hope: Theory, measures, and applications* (pp. 3-21). San Diego:CA., London:Academic Press.
476. Snyder, C. R. (2002). Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychological Inquiry*, 13(4), pp. 249-275.

477. Snyder, C. R., Feldman, D. B., Taylor, J. D., Schroeder, L. L., Adams III, V. H. (2000). The roles of hopeful thinking in preventing problems and enhancing strengths. *Applied and Preventive Psychology*, 9(4), pp. 249-269.
478. Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M., Sigmon, S. T., Yoshinobu, L., Gibb, J., Langelle, C., Harney, P. (1991). The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(4), pp. 570–585.
479. Snyder, C. R., Hoza, B., Pelham, W. E., Rapoff, M., Ware, L., Danovsky, M., Highberger, L., Rubinstein, H., Stahl, K. J. (1997). *The Development and Validation of the Children's Hope Scale*. *Journal of Pediatric Psychology*, 22(3), pp. 399–421.
480. Snyder, C. R., Irving, L., Anderson, J. R. (1991). Hope and health: Measuring the will and the ways. In C. R. Snyder & D. R. Forsyth (Eds.) *Handbook of social and clinical psychology: The health perspective* (pp. 285-305). Elmsford, New York: Pergamon Press.
481. Snyder, C. R., Lopez, S. J. (2007). *Positive psychology: The scientific and practical explorations of human strengths*. London: Sage.
482. Snyder, C. R., Sympson, S. C., Ybasco, F. C., Borders, T. F., Babyak, M. A., Higgins, R. L. (1996). Development and validation of the State Hope Scale. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 321–335.
483. Sordo, L., Barrio, G., Bravo, M. J., Indave, B. I., Degenhardt, L., Wiessing, L., Ferri, M., Pastor-Barriuso, R. (2017). Mortality risk during and after opioid substitution treatment: systematic review and meta-analysis of cohort studies. *BMJ*, 357, j1550.
484. Sorensen, J. L., Dille, J., London, J., Okin, R. L., Delucchi, K. L., Phibbs, C. S. (2003). Case management for substance abusers with HIV/AIDS: A randomized clinical trial. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 29(1), pp. 133-150.
485. Sorensen, R. Rawson, J. Guydish & J. Zweben (eds.), *Drug abuse treatment through collaboration: Practice and research partnership at the end* (str. 19-20). Washington: American Psychological Association.
486. Sowards, K. A., O'Boyle, K., Weissman, M. (2006). Inspiring hope, envisioning alternatives: The importance of peer role models in a mandated treatment program for women, *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 6, pp. 55–70.
487. Specijalna bolnica za bolesti zavisnosti, [Internet]. <https://www.drajzerova.org.rs/content/dnevna-bolnica-za-zavisnike-od-droga-sa-rehabilitacionim-grupama> [Internet]. posećeno 19.01.2023.
488. Sremac, S. (2012): *Zavisnost, religija, identitet. Predlog za narativnu analizu svedočanstava konverzije bivših zavisnika*. Sremski Karlovci – Novi Sad: Izdavačka knjižarnica Zorana Stojanovića
489. Stanković, Z., Begović, D. (2005). *Alkoholizam od prve do poslednje čaše: terapijski priručnik*. Beograd: Kreativni centar.
490. Stanton, M. D., Shadish, W. R. (1997). Outcome, attrition, and family–couples treatment for drug abuse: A meta-analysis and review of the controlled, comparative studies. *Psychological bulletin*, 122(2), 170-191.
491. Steinglass, P., Bennett, L. A., Wolin, S. J., Reiss, D. (1987). *The alcoholic family*. New York: Basic Books.
492. Sterling, R. C., Weinstein, S., Losardo, D., Raively, K., Hill, P., Petrone, A., & Gottheil, E. (2007). A retrospective case control study of alcohol relapse and spiritual growth. *The American journal on addictions*, 16(1), pp. 56-61.
493. Stevens, A., Radcliffe, P., Sanders, M., Hunt, N. (2008). Early exit: Estimating and explaining early exit from drug treatment. *Harm Reduction Journal*, 5(1), 13.
494. Stevens, E., Guerrero, M., Green, A., Jason, L. A. (2018). Relationship of hope, sense of community, and quality of life. *Journal of Community Psychology*, 46(5), pp. 567–574.
495. Stokes, M., Schultz, P., Alpaslan, A. (2018). Narrating the journey of sustained recovery from substance use disorder. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 13(1), 35.

496. Strack, S., Carver, C. S., Blaney, P. H. (1987). Predicting successful completion of an aftercare program following treatment for alcoholism: The role of dispositional optimism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(3), pp. 579-584.
497. Strang, J., Groshkova, T., Uchtenhagen, A., van den Brink, W., Haasen, C., Schechter, M. T., Lintzeris, N., Bell, J., Pirona, A., Oviedo-Joekes, E., Simon, R., Metrebian, N. (2015). Heroin on trial: systematic review and meta-analysis of randomised trials of diamorphine-prescribing as treatment for refractory heroin addiction. *The British Journal of Psychiatry*, 207(1), pp. 5-14.
498. Straussner, S. L. A. (2001). The role of social workers in the treatment of addictions: A brief history. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 1(1), pp. 3-9.
499. Strecher, V. J., McEvoy DeVellis, B., Becker, M. H., Rosenstock, I. M. (1986). The role of self-efficacy in achieving health behavior change. *Health Education Quarterly*, 13(1), pp.73-92.
500. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (2012). *SAMHSA's Working Definition of Recovery*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
501. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2010). *Recovery-oriented systems of care (ROSC) resource guide. Working draft*. Rockville, MD: SAMHSA.
502. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2012). *SAMHSA'S Working Definition of Recovery and 10 Guiding Principles of Recovery*. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, SAMHSA.
503. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2015). *Comprehensive Case Management for Substance Abuse Treatment. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 27. HHS Publication No. (SMA) 15-4215*. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment.
504. Suchman, N. E., DeCoste, C., Castiglioni, N., McMahon, T. J., Rounsaville, B., Mayes, L. (2010). The Mothers and Toddlers Program, an attachment-based parenting intervention for substance using women: Post-treatment results from a randomized clinical pilot. *Attachment & Human Development*, 12(5), pp. 483-504.
505. Sugarman, D. E., Nich, C., Carroll, K. M. (2010). Coping strategy use following computerized cognitive-behavioral therapy for substance use disorders. *Psychology of Addictive Behaviors*, 24(4), pp. 689-695.
506. Sullivan, W. P., Wolk, J. L., Hartmann, D. J. (1992). Case Management in Alcohol and Drug Treatment: Improving Client Outcomes. *Families in Society*, 73(4), pp.195–204.
507. Svetska zdravstvena organizacija i Kancelarija Ujedinjenih nacija za borbu protiv droge i kriminala (2020). *Međunarodni standardi za lečenje poremećaja uzrokovanih korišćenjem droge: prerađeno izdanje sa rezultatima terenskog testiranja*. Ženeva: Svetska zdravstvena organizacija i Kancelarija Ujedinjenih nacija za borbu protiv droge i kriminala.
508. Tammi, T., Hurme, T. (2007). How the harm reduction movement contrasts itself against punitive prohibition. *International Journal of Drug Policy*, 18(2), pp. 84-87.
509. Tatarsky, A., Marlatt, G.A. (2010). State of the art in harm reduction psychotherapy: An emerging treatment for substance misuse. *Journal of Clinical Psychology*, 66(2), pp. 117-122.
510. Tate, S. R., Wu, J., McQuaid, J. R., Cummins, K., Shriver, C., Krenek, M., Brown, S. A. (2008). Comorbidity of substance dependence and depression: Role of life stress and self-efficacy in sustaining abstinence. *Psychology of Addictive Behaviors*, 22(1), pp. 47–57.
511. Teachman, J. D., Paasch, K., Carver, K. (1997). Social Capital and the Generation of Human Capital. *Social Forces*, 75(4), pp.1343–1359.
512. Teater, B. (2010). *An introduction to applying social work theories and methods*. Maidenhead, England: McGraw Hill/Open University Press.
513. Teesson, M., Ross, J., Darke, S., Lynskey, M., Ali, R., Ritter, A., Cooke, R. (2006). One-year outcomes for heroin dependence: findings from the Australian Treatment Outcome Study (ATOS). *Drug Alcohol Dependence*, 83(2), pp.174–180.



514. Tenjović, L. (2020). Statistika u psihologiji (2. dopunjeno i izmenjeno izd.). Beograd: Centar za primenjenu psihologiju.
515. The World Health Organization Group. (1998). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social Science & Medicine*, 46(12), pp. 1569-1585.
516. Torrecillas, F. L., Cobo, M. T., Delgado, P., Ucles, I. R. (2015). Predictive capacity of self-efficacy in drug dependence and substance abuse treatment. *Journal of Psychology and Clinical Psychiatry*, 2(3), pp. 1-7.
517. Torrens, M., Fonseca, F., Castillo, C., Domingo-Salvany, A. (2013). Methadone maintenance treatment in Spain: the success of a harm reduction approach. *Bulletin of the World Health Organization*, 91, pp. 136-141.
518. Torrens, M., San, L., Martinez, A., Castillo, C., Domingo-Salvany, A., Alonso, J. (1997). Use of the Nottingham health profile for measuring health status of patients in methadone maintenance treatment. *Addiction*, 92(6), pp. 707-716.
519. Tracy, E. M., Whittaker, J. K. (1990). The social network map: Assessing social support in clinical practice. *Families in Society*, 71(8), pp. 461-470.
520. Tracy, K., Wallace, S. P. (2016). Benefits of peer support groups in the treatment of addiction. *Substance abuse and rehabilitation*, 7, 143-154.
521. Tuchman, E. (2010). Women and addiction: the importance of gender issues in substance abuse research. *Journal of Addictive Diseases*, 29(2), pp. 127-138.
522. Ungar, M. (Ed.) (2013). *The social ecology of resilience*. New York: Springer.
523. United Kingdom Drug Policy Commission - UKDPC (2008). *'The UK Drug Policy Commission Recovery Consensus Group: a vision of recovery'*, UKDPC Policy Report, London: UKDPC.
524. United Nations Office on Drugs and Crime (2004). Substance abuse treatment and care for women: Case studies and lessons learned. Vienna: UNODC
525. Vaillant, G. E. (1996). A long-term follow-up of male alcohol abuse. *Archives of General Psychiatry*, 53(3), pp. 243-249.
526. Valente, T. W., Ritt-Olson, A., Stacy, A., Unger, J. B., Okamoto, J., Sussman, S. (2007). Peer acceleration: effects of a social network tailored substance abuse prevention program among high-risk adolescents. *Addiction*, 102(11), pp. 1804-1815.
527. Valentine, P. (2011). „Peer-based recovery support services within a recovery community organization: The CCAR experience“. In J. F. Kelly & W. L. White (Eds.), *Addiction Recovery Management* (pp. 259-279). Totowa, NJ, US: Humana Press.
528. van Boekel, L. C., Brouwers, E. P., van Weeghel, J., Garretsen, H. F. (2014). Healthcare professionals' regard towards working with patients with substance use disorders: comparison of primary care, general psychiatry and specialist addiction services. *Drug and Alcohol Dependence*, 134, pp. 92-98.
529. Van Wormer, K. (2008). Anti-oppression and strengths approaches to social work practice. In: T. Mizrahi & L. E. Davis (eds.), *Encyclopedia of social work* (20. ed., pp. 1-6). Oxford: Oxford University Press.
530. van Wormer, K. S., & Davis, D. R. (2018). *Addiction treatment: A strengths perspective* (4th ed.). Boston, MA: Cengage Learning.
531. Vanderplasschen, W., Naert, J., Vander Laenen, F., De Maeyer, J. (2015). Treatment satisfaction and quality of support in outpatient substitution treatment: opiate users' experiences and perspectives. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 22(3), 272-280.
532. Vanderplasschen, W., Rapp, R. C., Pearce, S., Vandeveldel, S., Broekaert, E. (2013). Mental health, recovery, and the community. *The Scientific World Journal*, 2013, 926174.
533. Vanderplasschen, W., Wolf, J., Rapp, R. C., Broekaert, E. (2010). Effectiveness of different models of case management for substance-abusing populations. *Journal of psychoactive drugs*, 39(1), pp. 81-95.

534. Vidanović, I. (2005). *Pojedinac i porodica: metode, tehnike i veštine socijalnog rada*. Beograd: Vidanović I.
535. Vigilant, L. G. (2008). "I am still suffering:" The dilemma of multiple recoveries in the lives of methadone patients. *Sociological Spectrum*, 28(3), pp. 278-298.
536. Vilsaint, C. L., Kelly, J. F., Bergman, B. G., Groshkova, T., Best, D., White, W. (2017). Development and validation of a Brief Assessment of Recovery Capital (BARC-10) for alcohol and drug use disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 177, pp. 71–76.
537. Volkow, N. D., Baler, R. D., Compton, W. M., Weiss, S. R. (2014). Adverse health effects of marijuana use. *New England Journal of Medicine*, 370(23), pp. 2219-2227.
538. Vučinić Jovanović M., Hrnčić, J. (2020). „Nada i zavisnost” u: Čekerevac, A., Vujošević, A., Perišić, N. (ur.), *Zavisnost – bekstvo od ljudi, bekstvo od sebe*, XXXIV Simpozijum o bolestima zavisnosti sa međunarodnim učešćem, Kraljevo, 3–6. oktobar 2018: zbornik radova, Beograd: Zajednica klubova lečenih alkoholičara Srbije, str. 115-132.
539. Vučinić Jovanović, M, Hrnčić, J. (2022). „Uticaj saradnika u lečenju na motivaciju za postizanje pozitivne promene tokom tretmana zavisnosti”. U: Sedmak, T., Čekerevac, A.(ur.) *Kopacijent (saradnik) u terapiji bolesti zavisnosti: Zbornik radova/ XXXV Simpozijum o bolestima zavisnosti sa međunarodnim učešćem, Vršac, 3-5. Oktobar 2019*. Beograd: Zajednica klubova lečenih alkoholočara Srbije.
540. Vučinić Jovanović, M. (2021). „Kapital za oporavak: razvoj koncepta i mogućnosti njegove primene u socijalnom radu“. U: Stojković, I., Dučić, B., i Stanimirov, K. (ur.). *11. Međunarodni naučni skup Specijalna edukacija i rehabilitacija danas, Beograd, 29-30. oktobar 2021. godine: Zbornik radova* [Elektronski izvor], (str. 107-112). Glavni i odgovorni urednik: B. Jablan. Univerzitet u Beogradu – Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju, str. 107-112.
541. Vučković N, Dickov A, Kovačević M, Kišdobranski, M., Nedić, S., Martinović- Mitrović, S., Dragić, N., Budiša, D. (2009). *Supstituciona terapija zavisnika od opijata metadonom: Nacionalne smernice za lekare u primarnoj zdravstvenoj zaštiti*. Beograd: Ministarstvo zdravlja Republike Srbije,
542. Vučković, N., Dickov, A., Kovačević, M., Simonović, P., Saveljić, J.D., Kovačević, M., (2012) *Supstituciona terapija zavisnika od opijata - izmena i dopuna nacionalnih smernica*. Beograd: Ministarstvo zdravlja Republike Srbije-Republička stručna komisija za prevenciju i kontrolu bolesti zavisnosti.
543. Vujošević, A., Nastasić, P. (2014). „Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja zbog upotrebe psihoaktivnih supstanci (PAS) F11“ u: *Republički fond za zdravstveno osiguranje, Farmakoterapijski protokoli za najčešće bolesti i stanja u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, Prvo izdanje*. Beograd: Republički fond za zdravstveno osiguranje, str. 305-309.
544. Waldorf D, Reinerman C, Murphy S. (1991). *Cocaine Changes: The Experience of Using and Quitting*. Philadelphia, Pa: Temple University Press.
545. Waldorf, D. (1983). Natural Recovery from Addiction: Some Social-Psychological Processes of Untreated Recovery. *Journal of Drug Issues*, 13(2), pp. 237–280.
546. Walitzer, K. S., Dearing, R. L. (2006). Gender differences in alcohol and substance use relapse. *Clinical Psychology Review*, 26(2), pp. 128-148.
547. Walton, M. A., Blow, F. C., Bingham, C. R., Chermack, S. T. (2003). Individual and social/environmental predictors of alcohol and drug use 2 years following substance abuse treatment. *Addictive Behaviors*, 28(4), pp. 627-642.
548. Weisner, C., Mertens, J., Parthasarathy, S., Moore, C., Lu, Y. (2001). Integrating primary medical care with addiction treatment: a randomized controlled trial. *JAMA*, 286(14), pp. 1715-1723.
549. White, W. L. (2007). Addiction recovery: Its definition and conceptual boundaries. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33(3), pp. 229-241.
550. White, W. L. (2008). *Recovery management and recovery-oriented systems of care: Scientific rationale and promising practices*. Pittsburgh, PA: Northeast Addiction Technology Transfer

Center, Great Lakes Addiction Technology Transfer Center, Philadelphia Department of Behavioral Health and Mental Retardation Services.

551. White, W. L. (2009). The mobilization of community resources to support long-term addiction recovery. *Journal of Substance Abuse Treatment, 36*(2), pp. 146-158.
552. White, W. L. (2015). Recovery Management: What if we really believed that addiction was a chronic disorder? In: W. White (ed.). *Recovery Monographs Volume I: Revolutionizing the ways that behavioral health leaders think about people with substance use disorders*. Bloomington: AuthorHouse, pp. 67-84.
553. White, W. L., & Cloud, W. (2008). Recovery capital: A primer for addictions professionals. *Counselor, 9*(5), pp. 22-27.
554. White, W. L., Kelly, J. F. (Eds.). (2011). *Addiction recovery management: Theory, research and practice*. Totowa, NJ, US: Humana Press.
555. White, W. L., Kurtz, E. (2006). The varieties of recovery experience: A primer for addiction treatment professionals and recovery advocates. *International Journal of Self Help & Self Care, 3*(1-2), pp. 21-61.
556. White, W. L., McLellan, A. T. (2008). Addiction as a chronic disorder: Key messages for clients, families and referral sources. *Counselor, 9*(3), pp. 24-33.
557. White, W., Cloud, W. (2008). Recovery capital: A primer for addictions professionals. *Counselor, 9*(5), pp. 22-27.
558. White, W., Kelly, J. (2011). Alcohol/drug/substance "abuse": The history and (hopeful) demise of a pernicious label. *Alcoholism Treatment Quarterly, 29*(3), pp. 317-321.
559. White, W., Kelly, J. (2011). Recovery management: What if we really believed that addiction was a chronic disorder?. In J. F. Kelly & W. L. White (Eds.), *Addiction recovery management* (pp. 67-84). Totowa, NJ, US: Humana Press.
560. Wild, T. C., Cunningham, J. A., Ryan, R. M. (2006). Social pressure, coercion, and client engagement at treatment entry: A self-determination theory perspective. *Addictive Behaviors, 31*(10), pp. 1858-1872.
561. Wilson, D. P., Donald, B., Shattock, A. J., Wilson, D., Fraser-Hurt, N. (2015). The cost-effectiveness of harm reduction. *International Journal of Drug Policy, 26*, S5-S11.
562. Wilson, N., Syme, S. L., Boyce, W. T., Battistich, V. A., Selvin, S. (2005). Adolescent Alcohol, Tobacco, and Marijuana Use: The Influence of Neighborhood Disorder and Hope. *American Journal of Health Promotion, 20*(1), pp. 11-19.
563. Witkiewitz, K., Lustyk, M. K. B., Bowen, S. (2013). Retraining the addicted brain: A review of hypothesized neurobiological mechanisms of mindfulness-based relapse prevention. *Psychology of Addictive Behaviors, 27*(2), 351-365.
564. World Health Organization (2017). *Alcohol and drug use disorders: Global Health Estimates*. [Internet]. Available at: [https://www.who.int/substance\\_abuse/activities/fadab/msb\\_adab\\_2017\\_GHE\\_23June2017.pdf](https://www.who.int/substance_abuse/activities/fadab/msb_adab_2017_GHE_23June2017.pdf), retrived: 28.06.2022.
565. World Health Organization. (1994). Life skills education for children and adolescents in schools. World Health Organization.
566. Wrzus, C., Hänel, M., Wagner, J., & Neyer, F. J. (2013). Social network changes and life events across the life span: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 139*(1), pp. 53-80.
567. Yalom, I. D. (1995). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy* (4th ed.). New York: Basic Books.
568. Zajednica klubova lečenih alkoholičara Srbije – ZKLAS. (2024). O nama. [Internet]. Dostupno na: <https://www.zklas.org.rs/o-nama>, posećeno: 1.02.2024.
569. Zanis, D. A., McLellan, A. T., Alterman, A. I., Cnaan, R. A. (1996). Efficacy of enhanced outreach counseling to reenroll high-risk drug users 1 year after discharge from treatment. *American Journal of Psychiatry, 153*(8), pp. 1095-1096.
570. Zastrow, C., Kirst-Ashman, K. (2007). *Understanding human behavior and the social environment*. Belmont, CA: Thomson Brooks/Cole.

571. Zemore, S. E., Pagano, M. E. (2008). Kickbacks from helping others: Health and recovery. *Recent developments in alcoholism*, pp. 141-166.
572. Zhang, Z., Friedmann, P. D., Gerstein, D. R. (2003). Does retention matter? Treatment duration and improvement in drug use. *Addiction*, 98(5), pp. 673-684.
573. Zoričić, Z. (2018). *Ovisnosti: prevencija, liječenje, oporavak*. Zagreb: Školska knjiga.
574. Zoričić, Z. (2020). Comparison of the development and functioning of drug addiction treatment systems in Croatia. *Interdisciplinary Description of Complex Systems* 18(1), pp. 15-25.
575. Zschau, T., Collins, C., Lee, H., Hatch, D.L. (2016). The hidden challenge: limited recovery capital of drug court participants' support networks. *Journal of Applied Social Science*. 10, pp. 1–22.
576. Žegarac, N. (2015). *Od problema do prilika u vođenju slučaja: Priručnik za praktičare*. Beograd: Univerzitet u Beogradu – Fakultet političkih nauka, Centar za istraživanja u socijalnoj politici i socijalnom radu.
577. Žegarac, N. (ur.) (2014). U lavirintu socijalne zaštite: pouke istraživanja o deci na porodičnom i rezidencijalnom smeštaju. Beograd: Fakultet političkih nauka – Centar za istraživanja u socijalnoj politici i socijalnom radu
578. Žegarac, N., Džamonja Ignjatović, T. (2009). *Instrumenti procene u socijalnoj zaštiti – upitnici, skale i tehnike*. Beograd: Centar za primenjenu psihologiju.

# **PRILOZI**

## PRILOG 1 – Saglasnost Etičkog odbora Specijalne bolnice za bolesti zavisnosti za sprovođenje istraživanja



SPECIJALNA BOLNICA ZA BOLESTI ZAVISNOSTI,  
SPECIAL HOSPITAL ON ADDICTIONS  
T. Drajzera 44, Beograd, P. fah 1006, Srbija  
tel&fax: +381 11 3671 – 431; e-mail: zavodzbz@eunet.rs



Na osnovu Zakona o lekovima i medicinskim sredstvima (Sl. Glasnik RS broj 30/2010), Smernicama dobre kliničke prakse u kliničkom ispitivanju (Sl. Glasnik RS 28/2008), Etički odbor Specijalne bolnice za bolesti zavisnosti u sastavu: predsednik Etičkog odbora dr sci med dr Diana Raketić, član EO specijalni pedagog Pavle Đukić i član EO dr Aleksandar Plasić, na sednici održanoj dana 27.01.2021. godine u 12h donosi sledeću

### ODLUKU

РЕПУБЛИКА СРБИЈА  
СПЕЦИЈАЛНА БОЛНИЦА ЗА БОЛЕСТИ  
ЗАВИСНОСТИ  
Београд  
Број 267  
Датум 27.01.2021.  
БЕОГРАД, ТЕОДОРА ДРАЈЗЕРА 44

Daje se saglasnost za sprovođenje istraživanja na osnovu molbe kandidatkinje Marije Vučinić Jovanović, asist. MA, sa ciljem ispitivanja nade, samoeфикаsnosti prevladavanja, kapitala za oporavak i kvaliteta života kao faktora oporavka od zavisnosti kod osoba na tretmanu zavisnosti od opijata. Istraživanjem bi bili obuhvaćeni ispitanici/ce koji/e započinju i oni/e koji/e se već nalaze na tretmanu u sklopu integrativnog programa lečenja zavisnosti od opijata i programa održavanja metadonom/buprenorfinom. Podaci dobijeni istraživanjem bili bi korišćeni u naučno-istraživačke svrhe: za potrebe pisanja završnog rada na doktorskim akademskim studijama socijalne politike i socijalnog rada na Fakultetu političkih nauka Univerziteta u Beogradu pod nazivom „*Nada, samoeфикаsnost prevladavanja i kapital za oporavak kao faktori oporavka od zavisnosti kod osoba na tretmanu opijatske zavisnosti*“.

Priložena je dokumentacija, koja uključuje: *Molbu za davanje saglasnosti Etičkom odboru Specijalne bolnice za bolesti zavisnosti* i bateriju upitnika koju čine: *Sociodemografski upitnik, Skala za procenu kapitala za oporavak, Kratki upitnik samopouzdanja vezano za korišćenje droga, Upitnik za procenu kvaliteta života Svetske zdravstvene organizacije, Skala percipirane nekompetentnosti i Skala nade za odrasle*.

Takođe, nalaže se navedenoj kandidatkinji da posle 6 meseci obavesti Etički odbor Specijalne bolnice za bolesti zavisnosti o procesu istraživanja, i da kada kandidatkinja završi sa svojim istraživanjem, isto prezentuje Etičkom odboru lično, „online“ ili pisanim putem.

U Beogradu, 27.01.2021.



Predsednik Etičkog odbora  
Dr sci. med Diana Raketić

**PRILOG 2 – Saglasnost Etičke komisije Univerziteta u Beogradu – Fakulteta političkih nauka za sprovođenje istraživanja**

19. јул 2023.

РЕПУБЛИКА СРБИЈА  
УНИВЕРЗИТЕТ У БЕОГРАДУ  
-ФАКУЛТЕТ ПОЛИТИЧКИХ НАУКА  
БЕОГРАД

Примљено:	20. 7. 2023		
Орг. јед.	Број	Прилог	Вредност
13	1258/1	-	-

**ЕТИЧКО ОДОБРЕЊЕ ЗА ПОТРЕБЕ ИСТРАЖИВАЊА У ОКВИРУ ДОКТОРСКЕ ДИСЕРТАЦИЈЕ**

Овим потврђујемо да је Етичка комисија Универziteta у Београду – Факултета политичких наука прегледала пријаву докторске тезе под називом „Капитал опоравка особа на третману зависности од дрога у Републици Србији“ доктрандикиње Марија Вучинић Јовановић. Потврђујемо да ће истраживачке активности које се спроводе за потребе ове дисертације бити у складу са етичким смерницама Универziteta у Београду – Факултета политичких наука, и највишим стандардима истраживачке етике који постоје у Европској унији. Оно што је најважније, истраживање са људским субјектима предвиђено овим пројектом ће се придржавати принципа поверљивости, анонимности, информисаног пристанка и заштите личних података. Ако се укаже потреба, Етичка комисија Факултета политичких наука ће бити консултована за одобрење уколико дође до значајних промена у истраживању и обезбедиће коначни етички скрининг по његовом завршетку.

С поштовањем,

  
Проф. др Бојан Вранић  
председник Етичке комисије  
Универзитет у Београду  
Факултет политичких наука



## PRILOG 3 – Saglasnost za korišćenje Skale procene kapitala oporavka – ARC

---

**From:** Marija Vucinic Jovanovic <marija.vucinic@fpn.bg.ac.rs>  
**Sent:** 20 October 2020 10:14  
**To:** Teodora Groshkova  
**Subject:** Permission to use Assessment of Recovery Capital Scale

Respected Mrs. Groshkova,

I am a doctoral student, also working as Teacher Assistant, at University of Belgrade, Serbia, Faculty of Political Science, Department for Social Policy and Social Work, writing my dissertation thesis tentatively titled "Hope, Recovery Capital and Quality of Life as Factors of Recovery from Addiction among People engaged in Treatment for Opioid use Disorder" under the direction of my Dissertation Committee chaired by Dr. Jasna Hrnčić, PhD in Medical Psychology and full professor of Fields of Application of Social Work, including field of addiction. I am writing to ask **permission to translate** (with professional translator) and **use** the Assessment of Recovery Scale in my research study, also to **reproduce** it in my dissertation appendix.

The purpose of the study is to assess and compare levels of hope, recovery capital and quality of life in two samples of respondents engaged in treatment for opioid use disorder, respectively those who are engaged in Integrative drug treatment program (abstinence based) (N=100) and those that are engaged in Opioid Substitution Treatment (N=100), both receiving treatment at Special Hospital for Addictions in Belgrade, Serbia. Two groups will be compared according to the assessed level of hope, recovery capital, quality of life, socioeconomic variables, time spent in treatment and number of treatments. Design of this study is cross-sectional, but I plan to continue with follow up so it could be expanded to longitudinal study in next years (minimum 1 year, preferably more).

I have found your questionnaire disclosed with an article "The Assessment of Recovery Capital: Properties and psychometrics of a measure of addiction recovery strengths", retrieved from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1465-3362.2012.00489.x> and would like to use the entire instrument as a part of battery of tests. I would highly appreciate receiving copies of supplemental material that will help me administer the test and analyze the results; for example, (1) the test questionnaire (if there is other form different than this mentioned above), (2) the standard instructions for administering the test, and (3) scoring procedures.

I would like to use and reproduce your Assessment of Recovery Capital Scale under the following conditions:

- I will use the Assessment of Recovery Capital Scale only for my research study and will not sell or use it for any other purposes
- I will include a statement of attribution and copyright on all copies of the instrument. If you have a specific statement of attribution that you would like for me to include, please provide it in your response.
- At your request, I will send a copy of my completed research study to you upon completion of the study and/or provide a hyperlink to the final manuscript, articles and the like that make use of these data promptly to your attention.

If you do not control the copyright for these materials, I would appreciate any information you can provide concerning the proper person or organization I should contact, including Mr. Best and Mr. White.

I would be very grateful if you could indicate whether these terms are acceptable for you (and specify any other conditions you may require) by replying to me through e-mail at marija.vucinic@fpn.bg.ac.rs.

Kind regards,  
Marija Vučinić Jovanović

Faculty of Political Science, University of Belgrade  
Address: Jove Ilića 165, 11 000 Belgrade, Serbia  
<http://www.fpn.bg.ac.rs/>

---

### Re: Permission to use Assessment of Recovery Capital Scale

---

**From:** Teodora Groshkova (teodora.groshkova@emcdda.europa.eu)  
**To:** marija.vucinic@fpn.bg.ac.rs  
**Date:** Tuesday, October 20, 2020 at 02:25 AM PDT

Dear Marija,

Thank you for your email and interest in the ARC. This is to let you know that you can freely use the scale in your research. The terms you propose are acceptable.

All best wishes,

Teodora



**Teodora Groshkova, PhD**  
Principal scientific analyst  
Markets, crime and supply reduction sector  
Risks to public safety and security unit  
Tel. (351) 211 21 02 45

**European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)**  
Praça Europa 1, Cais do Sodré, 1249-289 Lisbon, Portugal • [www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu)

This message and any attachment contain information which may be sensitive or otherwise protected from disclosure. It is intended for the addressee(s) only and should not be relied upon as legal advice unless it is otherwise stated. If you are not the intended recipient(s) (or authorised by an addressee who received this message), access to this e-mail, or any disclosure or copying of its contents, or any action taken (or not taken) in reliance on it is unauthorised and may be unlawful. If you have received this e-mail in error, please inform the sender immediately.  
*Please consider the impact on the environment before printing this email.*



**PRILOG 4 – Saglasnost za korišćenje Kratke verzije upitnika za procenu samoeфикаsnosti prevladavanja upotrebe droga - DTCQ Breif-8**

JOHN WILEY AND SONS LICENSE  
TERMS AND CONDITIONS  
Jan 27, 2021

---

---

This Agreement between Mrs. Marija Vučinić Jovanović ("You") and John Wiley and Sons ("John Wiley and Sons") consists of your license details and the terms and conditions provided by John Wiley and Sons and Copyright Clearance Center.

License Number	4963221245991
License date	Dec 06, 2020
Licensed Content Publisher	John Wiley and Sons
Licensed Content Publication	Addiction
Licensed Content Title	A brief measure for the assessment of coping self-efficacy among alcohol and other drug users
Licensed Content Author	Nigel E. Turner, Sherrilyn M. Sklar
Licensed Content Date	May 3, 2002
Licensed Content Volume	94
Licensed Content Issue	5
Licensed Content Pages	7
Type of use	Dissertation/Thesis
Requestor type	University/Academic
Format	Print and electronic
Portion	Figure/table
Number of figures/tables	1
Will you be translating?	Yes, including English rights
Number of languages	1
Title	Teacher Assistant
Institution name	Faculty of Political Science, University of Belgrade
Expected presentation date	Oct 2023
Order reference number	doi:10.1046/j.1360-0443.1999.94572310.x

Portions	Table 2. Item composition of the DTCQ-8
Specific Languages	English, Serbian Mrs. Marija Vučinić Jovanović [REDACTED]
Requestor Location	Belgrade, 11000 Serbia Attn: Mrs. Marija Vučinić Jovanović
Publisher Tax ID	EU826007151
Total	0.00 EUR
Terms and Conditions	

### TERMS AND CONDITIONS

This copyrighted material is owned by or exclusively licensed to John Wiley & Sons, Inc. or one of its group companies (each a "Wiley Company") or handled on behalf of a society with which a Wiley Company has exclusive publishing rights in relation to a particular work (collectively "WILEY"). By clicking "accept" in connection with completing this licensing transaction, you agree that the following terms and conditions apply to this transaction (along with the billing and payment terms and conditions established by the Copyright Clearance Center Inc., ("CCC's Billing and Payment terms and conditions"), at the time that you opened your RightsLink account (these are available at any time at <http://myaccount.copyright.com>).

#### Terms and Conditions

- The materials you have requested permission to reproduce or reuse (the "Wiley Materials") are protected by copyright.
- You are hereby granted a personal, non-exclusive, non-sub licensable (on a stand-alone basis), non-transferable, worldwide, limited license to reproduce the Wiley Materials for the purpose specified in the licensing process. This license, **and any CONTENT (PDF or image file) purchased as part of your order**, is for a one-time use only and limited to any maximum distribution number specified in the license. The first instance of republication or reuse granted by this license must be completed within two years of the date of the grant of this license (although copies prepared before the end date may be distributed

thereafter). The Wiley Materials shall not be used in any other manner or for any other purpose, beyond what is granted in the license. Permission is granted subject to an appropriate acknowledgement given to the author, title of the material/book/journal and the publisher. You shall also duplicate the copyright notice that appears in the Wiley publication in your use of the Wiley Material. Permission is also granted on the understanding that nowhere in the text is a previously published source acknowledged for all or part of this Wiley Material. Any third party content is expressly excluded from this permission.

- With respect to the Wiley Materials, all rights are reserved. Except as expressly granted by the terms of the license, no part of the Wiley Materials may be copied, modified, adapted (except for minor reformatting required by the new Publication), translated, reproduced, transferred or distributed, in any form or by any means, and no derivative works may be made based on the Wiley Materials without the prior permission of the respective copyright owner. **For STM Signatory Publishers clearing permission under the terms of the [STM Permissions Guidelines](#) only, the terms of the license are extended to include subsequent editions and for editions in other languages, provided such editions are for the work as a whole in situ and does not involve the separate exploitation of the permitted figures or extracts,** You may not alter, remove or suppress in any manner any copyright, trademark or other notices displayed by the Wiley Materials. You may not license, rent, sell, loan, lease, pledge, offer as security, transfer or assign the Wiley Materials on a stand-alone basis, or any of the rights granted to you hereunder to any other person.
- The Wiley Materials and all of the intellectual property rights therein shall at all times remain the exclusive property of John Wiley & Sons Inc, the Wiley Companies, or their respective licensors, and your interest therein is only that of having possession of and the right to reproduce the Wiley Materials pursuant to Section 2 herein during the continuance of this Agreement. You agree that you own no right, title or interest in or to the Wiley Materials or any of the intellectual property rights therein. You shall have no rights hereunder other than the license as provided for above in Section 2. No right, license or interest to any trademark, trade name, service mark or other branding ("Marks") of WILEY or its licensors is granted hereunder, and you agree that you shall not assert any such right, license or interest with respect thereto

- NEITHER WILEY NOR ITS LICENSORS MAKES ANY WARRANTY OR REPRESENTATION OF ANY KIND TO YOU OR ANY THIRD PARTY, EXPRESS, IMPLIED OR STATUTORY, WITH RESPECT TO THE MATERIALS OR THE ACCURACY OF ANY INFORMATION CONTAINED IN THE MATERIALS, INCLUDING, WITHOUT LIMITATION, ANY IMPLIED WARRANTY OF MERCHANTABILITY, ACCURACY, SATISFACTORY QUALITY, FITNESS FOR A PARTICULAR PURPOSE, USABILITY, INTEGRATION OR NON-INFRINGEMENT AND ALL SUCH WARRANTIES ARE HEREBY EXCLUDED BY WILEY AND ITS LICENSORS AND WAIVED BY YOU.
- WILEY shall have the right to terminate this Agreement immediately upon breach of this Agreement by you.
- You shall indemnify, defend and hold harmless WILEY, its Licensors and their respective directors, officers, agents and employees, from and against any actual or threatened claims, demands, causes of action or proceedings arising from any breach of this Agreement by you.
- IN NO EVENT SHALL WILEY OR ITS LICENSORS BE LIABLE TO YOU OR ANY OTHER PARTY OR ANY OTHER PERSON OR ENTITY FOR ANY SPECIAL, CONSEQUENTIAL, INCIDENTAL, INDIRECT, EXEMPLARY OR PUNITIVE DAMAGES, HOWEVER CAUSED, ARISING OUT OF OR IN CONNECTION WITH THE DOWNLOADING, PROVISIONING, VIEWING OR USE OF THE MATERIALS REGARDLESS OF THE FORM OF ACTION, WHETHER FOR BREACH OF CONTRACT, BREACH OF WARRANTY, TORT, NEGLIGENCE, INFRINGEMENT OR OTHERWISE (INCLUDING, WITHOUT LIMITATION, DAMAGES BASED ON LOSS OF PROFITS, DATA, FILES, USE, BUSINESS OPPORTUNITY OR CLAIMS OF THIRD PARTIES), AND WHETHER OR NOT THE PARTY HAS BEEN ADVISED OF THE POSSIBILITY OF SUCH DAMAGES. THIS LIMITATION SHALL APPLY NOTWITHSTANDING ANY FAILURE OF ESSENTIAL PURPOSE OF ANY LIMITED REMEDY PROVIDED HEREIN.
- Should any provision of this Agreement be held by a court of competent jurisdiction to be illegal, invalid, or unenforceable, that provision shall be deemed amended to achieve as nearly as possible the same economic effect as the original provision, and the legality, validity and enforceability of the remaining provisions of this Agreement shall not be affected or

impaired thereby.

- The failure of either party to enforce any term or condition of this Agreement shall not constitute a waiver of either party's right to enforce each and every term and condition of this Agreement. No breach under this agreement shall be deemed waived or excused by either party unless such waiver or consent is in writing signed by the party granting such waiver or consent. The waiver by or consent of a party to a breach of any provision of this Agreement shall not operate or be construed as a waiver of or consent to any other or subsequent breach by such other party.
- This Agreement may not be assigned (including by operation of law or otherwise) by you without WILEY's prior written consent.
- Any fee required for this permission shall be non-refundable after thirty (30) days from receipt by the CCC.
- These terms and conditions together with CCC's Billing and Payment terms and conditions (which are incorporated herein) form the entire agreement between you and WILEY concerning this licensing transaction and (in the absence of fraud) supersedes all prior agreements and representations of the parties, oral or written. This Agreement may not be amended except in writing signed by both parties. This Agreement shall be binding upon and inure to the benefit of the parties' successors, legal representatives, and authorized assigns.
- In the event of any conflict between your obligations established by these terms and conditions and those established by CCC's Billing and Payment terms and conditions, these terms and conditions shall prevail.
- WILEY expressly reserves all rights not specifically granted in the combination of (i) the license details provided by you and accepted in the course of this licensing transaction, (ii) these terms and conditions and (iii) CCC's Billing and Payment terms and conditions.
- This Agreement will be void if the Type of Use, Format, Circulation, or Requestor Type was misrepresented during the licensing process.
- This Agreement shall be governed by and construed in accordance with the laws of the State of New York, USA, without regards to such state's conflict of law rules. Any legal action, suit or proceeding arising out of or relating to these Terms and Conditions or the breach thereof shall be

instituted in a court of competent jurisdiction in New York County in the State of New York in the United States of America and each party hereby consents and submits to the personal jurisdiction of such court, waives any objection to venue in such court and consents to service of process by registered or certified mail, return receipt requested, at the last known address of such party.

## **WILEY OPEN ACCESS TERMS AND CONDITIONS**

Wiley Publishes Open Access Articles in fully Open Access Journals and in Subscription journals offering Online Open. Although most of the fully Open Access journals publish open access articles under the terms of the Creative Commons Attribution (CC BY) License only, the subscription journals and a few of the Open Access Journals offer a choice of Creative Commons Licenses. The license type is clearly identified on the article.

### **The Creative Commons Attribution License**

The [Creative Commons Attribution License \(CC-BY\)](#) allows users to copy, distribute and transmit an article, adapt the article and make commercial use of the article. The CC-BY license permits commercial and non-

### **Creative Commons Attribution Non-Commercial License**

The [Creative Commons Attribution Non-Commercial \(CC-BY-NC\) License](#) permits use, distribution and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.(see below)

### **Creative Commons Attribution-Non-Commercial-NoDerivs License**

The [Creative Commons Attribution Non-Commercial-NoDerivs License](#) (CC-BY-NC-ND) permits use, distribution and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited, is not used for commercial purposes and no modifications or adaptations are made. (see below)

### **Use by commercial "for-profit" organizations**

Use of Wiley Open Access articles for commercial, promotional, or marketing purposes requires further explicit permission from Wiley and will be subject to a fee.

Further details can be found on Wiley Online

Library <http://olabout.wiley.com/WileyCDA/Section/id-410895.html>

### **Other Terms and Conditions:**

**v1.10 Last updated September 2015**

Questions? [customercare@copyright.com](mailto:customercare@copyright.com) or +1-855-239-3415 (toll free in the US) or +1-978-646-2777.

## PRILOG 5 – Saglasnost za korišćenje Skale nade za odrasle – AHS

### AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION LICENSE TERMS AND CONDITIONS

Jan 27, 2021

---

---

This Agreement between Mrs. Marija Vučinić Jovanović ("You") and American Psychological Association ("American Psychological Association") consists of your license details and the terms and conditions provided by American Psychological Association and Copyright Clearance Center.

**All payments must be made in full to CCC. For payment instructions, please see information listed at the bottom of this form.**

License Number

4972971399443

License date

Dec 20, 2020

Licensed Content Publisher

American Psychological Association

Licensed Content Publication

Journal of Personality and Social Psychology

Licensed Content Title

The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope.

Licensed copyright line

Copyright © 1991, American Psychological Association

Licensed Content Author

Snyder, C. R.; Harris, Cheri; Anderson, John R.; Holleran, Sharon A.; Irving, Lori M.; Sigmon, Sandra T.; Yoshinobu, Lauren; Gibb, June; Langelle, Charyle; Harney, Pat

Licensed Content Date  
Apr 1, 1991  
Licensed Content Volume  
60  
Licensed Content Issue  
4  
Type of Use  
Thesis/Dissertation  
Requestor type  
Academic institution  
Format  
Print  
Portion  
Measure, scale or instrument  
Rights for  
Main product  
Duration of use  
life of current edition  
Creation of copies for the disabled  
no  
With minor editing privileges  
no  
In the following language(s)



Other translation needs (specify specific language(s))

With incidental promotional use

no

The lifetime unit quantity of new product

0 to 499

Title

Teacher Assistant

Institution name

Faculty of Political Science, University of Belgrade

Expected presentation date

Oct 2023

Portions

Appendix

Specific Languages

English, Serbian

Requestor Location

Mrs. Marija Vučinić Jovanović



Belgrade, 11000


Serbia

Attn: Mrs. Marija Vučinić Jovanović

Billing Type

Credit Card

Credit card info

  
Credit card expiration

06/2023

Total

50.00 USD

Terms and Conditions

**RightsLink Plus Terms and Conditions  
American Psychological Association**

The publisher for this copyrighted material is the American Psychological Association ("APA"). By clicking "accept" in connection with completing this licensing transaction, you agree that the following terms and conditions apply to this transaction (along with the Billing and Payment terms and conditions established by the Copyright Clearance Center, Inc. ("CCC") at the time that you opened your CCC account.

APA hereby grants you a non-exclusive license to use this material, subject to the conditions below.

1. Limited License.

Licenses are for one-time use only with a maximum distribution equal to the number that you identified in the licensing process; any form of republication must be completed within 12 months from the date hereof (although copies prepared before then may be distributed thereafter); and any electronic posting is limited to a period of 12 months.

2. Credit Lines and Translation Disclaimer.

The reproduced material must include one of the following credit lines:

For English language content: Copyright © [year] by [Copyright Owner]. Reproduced [or Adapted] with permission. [Full bibliographic citation.]

For translated language content: This material originally appeared in English as [full bibliographic citation]. Copyright © [year] by [Copyright Owner]. Translated and reproduced [or adapted] with permission. [Copyright Owner] is not responsible for the quality or accuracy of this translation. This translation cannot be reproduced or distributed further without prior written permission.

3. Author Permission.

You must obtain the author's (or, in case of multiple authorship, one author's) permission. A good faith effort must be made to locate the author and obtain the author's permission. Author permission is not required for the reuse of small excerpts or 1 to 3 figures or 1 to 3 tables; or for course pack or electronic reserve use.

4. Geographic Rights.  
Licenses may be exercised anywhere in the world.
5. Book Edition Limit.  
If the APA content will be reproduced in a book, then permission is limited to the life of the current edition.
6. Online Use Limitations.  
APA full-text articles or book chapters may only be posted on a secure and restricted web site. The credit line specified in Section 2 shall appear on the first screen on which the APA content appears and shall be amended to include the following additional wording: No further reproduction or distribution is permitted without written permission from the American Psychological Association.
7. Reservation of Rights.  
APA reserves all rights not specifically granted in the combination of (i) the license details provided by you and accepted in the course of this licensing transaction, (ii) these terms and conditions and (iii) CCC's Billing and Payment terms and conditions.
8. License Contingent on Payment.  
While you may exercise the rights licensed immediately upon issuance of the license at the end of the licensing process for the transaction, provided that you have disclosed complete and accurate details of your proposed use, no license is finally effective unless and until full payment is received from you (either by APA or by CCC) as provided in CCC's Billing and Payment terms and conditions. If full payment is not received on a timely basis, then any license preliminarily granted shall be deemed automatically revoked and shall be void as if never granted. Further, in the event that you breach any of these terms and conditions or any of CCC's Billing and Payment terms and conditions, the license is automatically revoked and shall be void as if never granted. Use of materials as described in a revoked license, as well as any use of the materials beyond the scope of an unrevoked license, may constitute copyright infringement and APA reserves the right to take any and all action to protect its copyright in the materials. "\$0.00" fee means that APA waived the fee.
9. License Revocation.  
APA or CCC may, within 60 days from the date of license, deny the permissions described in this License at their sole discretion, for any reason or no reason, with a full refund payable to you. Notice of such denial will be made using the contact information provided by you. Failure to receive such notice will not alter or invalidate the denial. In no event will APA or CCC be responsible or liable for any costs, expenses or damage incurred by you as a result of a denial of your permission request, other than a refund of the amount(s) paid by you to CCC for denied permissions.
10. Warranties.  
APA warrants that it has, to the best of its knowledge, the rights to license reuse of this content. However, you must ensure that the material you are requesting is original to APA and does not carry the copyright of another entity (as credited in the published

## PRILOG 6 – Saglasnost za učešće u istraživanju

Поштовани/а,

Молим Вас за сагласност да учествујете у овом истраживању. Ваше учешће нам је важно, јер нам омогућава да повећамо разумевање процеса опоравка од зависности од дрога. Добијени подаци биће коришћени искључиво у научно-истраживачке сврхе.

Истраживање је анонимно и сви подаци су поверљиви. Спроводи се попуњавањем упитника из неколико делова. Пре сваког дела је дато упутство. Молимо Вас да га пажљиво прочитате пре него што почнете да одговарате заокруживањем понуђеног одговора, а понегде и дописивањем Вашег одговора.

Нема тачних и нетачних одговора. Одговарајте онако како Ви мислите и осећате.

Хвала Вам на сарадњи!

МА Марија Вучинић Јовановић

Сагласан/на сам да учествујем у овом истраживању.

\_\_\_\_\_  
Име и презиме

\_\_\_\_\_  
Потпис

\_\_\_\_\_  
Датум и место

## PRILOG 7 – Upitnik o sociodemografskim i tretmanskim karakteristikama

Датум испитивања \_\_\_\_\_

Шифра \_\_\_\_\_

**Пред Вама су упитници који се односе на процес опоравка од зависности од дрога. Молимо Вас да budete стрпљиви и да искрено одговорите на свако питање. Ваши одговори су нам важни за даљи рад и праксу.**

### ПОДТ 1

**Молимо Вас да дате основне податке о Вама и Вашем третману. Одговара се заокруживањем одговора који се односи на Вас и уписивањем тражених података на за то предвиђену црту.**

**Пол/род:**  Мушки  Женски  Трансродни

**Колико имате година? (означите)**

- мање од 18 година  18-22  23-27  28-32  33-37  38-42  
 43-47  48-52  53-57  58-62  63-67  68-74  73 и више

**Који степен образовања поседујете? (означите)**

- Незавршена Основна школа  Средња школа, IV степен  Докторат  
 Основна школа  Виша школа  
 Средња школа, III степен  Факултет/Мастер

**Ваше брачно стање? (означите)**

- Неожењен/неудата  Ванбрачна заједница  Растављен/а  
 Ожењен/удата  Разведен/а  Удовац/ица

**Ваш радни статус? (означите)**

- Незапослен/а  Запослен/а, имам стабилан посао  Пензионер/ка  
 Повремено радим, немам стабилно запослење  Ученик/ца / Студент/киња

**Тип третмана у који сте укључени:**

- Интегративни програм лечења зависности од дрога  
 Супституциони програм: а) метадон б) бупренорфин (заокружите)  
 Програм за пацијенте са судском мером обавезног лечења на слободи  
 Неки други програм, који? \_\_\_\_\_

**Колико дуго сте на овом третману?**

- Мање од месец дана  1-6 месеци  6-11 месеци  1-5 година  5 и више година

**Који Вам је ово третман зависности по реду? (упишите) \_\_\_\_\_**

**На третман сте дошли:**

- Самоиницијативно  
 Упућивањем од стране суда  
 На предлог особа из непосредног окружења  
 На инсистирање особа из непосредног окружења

## **PRILOG 8 - Skala procene kapitala oporavka (Assessment of Recovery Capital Scale – ARCS)**

Autori originalne skale: Teodora Groshkova, David Best & William White

Izvor: Groshkova, T., Best, D., White, W. (2013). The Assessment of Recovery Capital: Properties and psychometrics of a measure of addiction recovery strengths, *Drug and Alcohol Review*, 32(2), pp. 187-194.

© Groshkova, Best & White, 2013. Koristi se uz dozvolu dr Theodore Groškove (Evropski centar za praćenje droga i zavisnosti od droga - EMCCDA).

Srpski prevod: Marija Vučinić Jovanović (2021).

Napomena: Ovo je srpski prevod originalne engleske verzije skale. Prevod je urađen u svrhu istraživanja za doktorsku disertaciju Marije Vučinić Jovanović na Fakultetu političkih nauka Univerziteta u Beogradu.

### **КАОП-1**

**Молимо Вас да пажљиво прочитате реченице у упитнику и да за сваку реченицу заокружите ДА ако се односи на Вас, а ако се не односи, да заокружите НЕ. Уколико нисте сигурни око одговора на неко питање, означите одговор који је најприближнији Вашем искуству.**

1. Тренутно у потпуности апстинирам од употребе психоактивних супстанци. ДА НЕ
2. Осећам да имам контролу над својом употребом психоактивних супстанци. ДА НЕ
3. Нисам био/ла ни близу да начиним рецидив. ДА НЕ
4. У претходном периоду нисам био/ла под дејством психоактивних супстанци. ДА НЕ
5. За мене има много важнијих ствари у животу од коришћења психоактивних супстанци. ДА НЕ
6. Могу да се концентришем онда када је то потребно. ДА НЕ
7. Излазим на крај са стресовима у свом животу. ДА НЕ
8. Задовољан/а сам својим изгледом. ДА НЕ
9. Генерално сам задовољан/а својим животом. ДА НЕ
10. Оно што ће ми се дешавати у будућности највише зависи од мене. ДА НЕ
11. Добро се носим са свакодневним ситуацијама. ДА НЕ
12. Физички се осећам довољно добро да могу да радим. ДА НЕ
13. Имам довољно енергије да испуним задатке које себи поставим. ДА НЕ
14. Немам проблема да се снађем. ДА НЕ
15. Већину ноћи добро спавам. ДА НЕ
16. Поносан/а сам на заједницу у којој живим и којој припадам. ДА НЕ
17. Важно ми је да дам допринос друштву и/или да се укључим у активности које доприносе мојој заједници. ДА НЕ
18. Важно ми је да радим оно што је у мојој моћи да помогнем другима. ДА НЕ
19. Важно ми је да дам свој допринос друштву. ДА НЕ
20. Мој лични идентитет се не врти око употребе дроге или пића. ДА НЕ
21. Задовољан/а сам својим приватним животом. ДА НЕ
22. Задовољан/а сам својим местом у породици/односима са фамилијом. ДА НЕ
23. Добијам пуно подршке од стране пријатеља. ДА НЕ
24. Добијам емотивну помоћ и подршку која ми је потребна од чланова своје породице. ДА НЕ
25. Имам специјалну особу са којом могу да поделим срећу и тугу. ДА НЕ
26. Активно сам укључен/а у рекреативне и спортске активности. ДА НЕ
27. Активно радим на себи (тренинг, школовање и/или развијање самосвесности). ДА НЕ
28. Радим ствари које ми доносе пријатност и задовољство. ДА НЕ
29. Имам приступ могућностима за каријерни развој (могућности за запошљавање, волонтирање или стручну праксу/занат). ДА НЕ
30. Сматрам да је мој живот подједнако узбудљив и испуњен и када не користим дроге или алкохол. ДА НЕ
31. Поносим се својим домом (простором у ком живим). ДА НЕ
32. Слободан/а сам од претњи или повреде када сам код куће. ДА НЕ
33. Осећам се безбедно и заштићено тамо где живим. ДА НЕ
34. Осећам се слободно да кројим своју судбину. ДА НЕ
35. Простор у коме живим погодује мом опоравку. ДА НЕ
36. Не морам да бринем о новцу. ДА НЕ
37. Поседујем личне ресурсе који су ми потребни да донесем одлуке о својој будућности. ДА НЕ
38. Имам приватност која ми је потребна. ДА НЕ
39. Настојим да не чиним ништа што може повредити или нанети штету другим људима. ДА НЕ

40. Преузимам пуну одговорност за сопствене поступке. ДА НЕ
41. Срећан/а сам што имам посла са низом професионалних људи. ДА НЕ
42. Не изневеравам друге људе. ДА НЕ
43. Редовно и балансирано се храним. ДА НЕ
44. Водим рачуна о свом здрављу и добробити. ДА НЕ
45. Редовно измирујем све своје обавезе. ДА НЕ
46. Осећај смисла у животу је важан за мој пут опоравка. ДА НЕ
47. Добро напредујем на свом путу опоравка. ДА НЕ
48. Укључујем се у активности и догађаје који подржавају мој опоравак. ДА НЕ
49. Имам мрежу људи на које могу да се ослоним као подршку за свој опоравак. ДА НЕ
50. Оптимистичан/а сам када размишљам о будућности. ДА НЕ

Ovaj instrument se ne sme reprodukovati, distribuirati ili koristiti u komercijalne svrhe bez izričite dozvole nosilaca autorskih prava.

## PRILOG 9 – Kratka verzija upitnika za procenu samoeфикаsnosti prevladavanja upotrebe droga (Drug-Taking Confidence Questionnaire - DTCQ Brief-8)

Autori originalne skale: Nigel E. Turner, Annis M. Helen & Sherrilyn M. Sklar

Izvor: Sklar, S. M., Annis, H. M., Turner, N. E. (1997). Development and validation of the drug-taking confidence questionnaire: A measure of coping self-efficacy. *Addictive Behaviors*, 22(5), pp. 655–670.

© 1997 John Wiley & Sons Ltd. Koristi se uz dozvolu.

Srpski prevod: Marija Vučinić Jovanović (2021)

Napomena: Ovo je srpski prevod originalne engleske verzije upitnika. Prevod je urađen u svrhu istraživanja za doktorsku disertaciju Marije Vučinić Jovanović na Fakultetu političkih nauka Univerziteta u Beogradu.

### СЕПО1

Одговорите на скали од 0% до 100% у ком проценту сте сигурни да у наведеним ситуацијама можете да се одупрете жудњи да узмете дрогу. Уколико сте 100% сигурни, заокружите 100%, а 0% уколико сматрате да се не бисте одупрли жудњи. Уколико је одговор између ова два, заокружите проценат који највише одговара степену ваше сигурности.

	Могу да се одупрем жудњи да узмем дрогу следећим ситуацијама:	Процент сигурности					
1	...када сам љут/а због нечега.	0%	20%	40%	60%	80%	100%
2	...када имам проблема са спавањем.	0%	20%	40%	60%	80%	100%
3	...када се сетим нечег лепог.	0%	20%	40%	60%	80%	100%
4	...када хоћу да сазнам да ли могу повремено да користим дрогу без тога да се „навучем“.	0%	20%	40%	60%	80%	100%
5	...када случајно видим дрогу или нешто што ме подсећа на њено коришћење.	0%	20%	40%	60%	80%	100%
6	...када се други неправедно понашају према мени или се мешају у мој живот.	0%	20%	40%	60%	80%	100%
7	...када сам у друштву пријатеља који упорно предлажу да узмем дрогу.	0%	20%	40%	60%	80%	100%
8	...када желим да нешто прославим са пријатељем.	0%	20%	40%	60%	80%	100%

Ovaj instrument se ne sme reprodukovati, distribuirati ili koristiti u komercijalne svrhe bez izričite dozvole nosilaca autorskih prava.



## PRILOG 10 – Skala nade za odrasle (*Adult Hope Scale – AHS*)

Ovaj materijal je originalno objavljen na engleskom jeziku kao:

Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M., Sigmon, S. T., Yoshinobu, L., Gibb, J., Langelle, C., & Harney, P. (1991). The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(4), 570–585.

© 1991 American Psychological Association. Prevedeno i reprodukovano uz dozvolu. Američka psihološka asocijacija (eng. *American Psychological Association*) nije odgovorna za kvalitet ili tačnost ovog prevoda. Ovaj prevod se ne sme dalje reprodukovati ili distribuirati bez prethodne pismene dozvole.

Srpski prevod: Marija Vučinić Jovanović (2021)

Napomena: Ovo je srpski prevod originalne engleske verzije skale. Prevod je urađen u svrhu istraživanja za doktorsku disertaciju Marije Vučinić Jovanović na Fakultetu političkih nauka Univerziteta u Beogradu. Američka psihološka asocijacija (eng. *American Psychological Association*) nije odgovorna za tačnost ovog prevoda. Ovaj prevod se ne sme dalje reprodukovati ili distribuirati bez prethodne pismene dozvole.

### НД1

**Пажљиво прочитајте сваку изјаву и да одговорите заокруживањем једног од понуђених бројева. Бројеви значе:**

1 Потпуно нетачно	2 Углавном нетачно	3 Углавном тачно	4 Потпуно тачно
1. Могу да смислим много начина да се извучем из неприлика.			1 2 3 4
2. Енергично следим своје циљеве.			1 2 3 4
3. Осећам се уморно највећи део времена.			1 2 3 4
4. Постоји много начина да се реши било који проблем.			1 2 3 4
5. У расправама лако будем побеђен/а.			1 2 3 4
6. Могу да смислим много начина да остварим оно што ми је најважније.			1 2 3 4
7. Забринут/а сам за своје здравље.			1 2 3 4
8. Чак и онда када други посустану, знам да ја могу да нађем начин да решим проблем.			1 2 3 4
9. Претходна искуства су ме добро припремила за будућност.			1 2 3 4
10. Прилично сам успешан/на у животу.			1 2 3 4
11. Често сам забринут/та око нечега.			1 2 3 4
12. Остварујем циљеве које себи постављам.			1 2 3 4

**ХВАЛА!**

Ovaj instrument se ne sme reprodukovati, distribuirati ili koristiti u komercijalne svrhe bez izričite dozvole Američke psihološke asocijacije (eng. *American Psychological Association*).

## BIOGRAFIJA AUTORKE

Marija Vučinić Jovanović rođena je 30.06.1985. godine u Majdanpeku. Nakon završene Srednje medicinske škole „Zvezdara“ u Beogradu, 2010. godine je diplomirala na smeru za Socijalnu politiku i socijalni rad Fakulteta političkih nauka Univerziteta u Beogradu, sa prosečnom ocenom 9,24, odbranivši diplomski rad na temu „Zastupanje u socijalnom radu u slučaju dece ulice“. Master akademske studije - modul Socijalni rad završila je 2014. godine na istom fakultetu sa prosečnom ocenom 9,87, odbranivši master rad na temu „Ispitivanje terapijskih faktora u grupi osoba uključenih u tretman zavisnosti od droga“. Od 2014. godine pohađa doktorske akademske studije politikologije - Socijalne politike i socijalnog rada na istom fakultetu.

Paralelno sa formalnim obrazovanjem, završila je osnovni i napredni program edukacije iz psihoterapijskog modaliteta transakciona analiza i stekla zvanje evropski akreditovane psihološke savetnice.

Profesionalno iskustvo sticala je radeći u organizacijama civilnog društva na projektima usmerenim ka smanjenju rizika od HIV/HCV infekcija kod posebno osetljivih populacija, uključujući decu i mlade u uličnoj situaciji i injektirajuće korisnike i korisnice droga. Više godina se volonterski angažovala u okviru Zajednice klubova lečenih alkoholičara Srbije.

Od 2015. godine zaposlena je na Fakultetu političkih nauka kao asistentkinja za užu naučnu oblast Teorija i metodologija socijalnog rada, gde je angažovana na predmetima „Teorija socijalnog rada“, „Socijalni rad sa grupom“, „Etika socijalnog rada“ i „Socijalni rad i bolesti zavisnosti“.

Učestvovala je u nekoliko naučno-istraživačkih projekata Centra za istraživanja u socijalnoj politici i socijalnom radu. Objavila je više naučnih radova iz oblasti socijalnog rada u domaćim i međunarodnim publikacijama, posebno se fokusirajući na problematiku zavisnosti i oporavka. Aktivno učestvuje na naučnim i stručnim skupovima, gde je održala i nekoliko predavanja po pozivu na teme vezane za oporavak od zavisnosti i smanjenje štete.

Kontinuirano se stručno usavršava u ovoj oblasti, uključujući i studijsku posetu Holandiji radi upoznavanja sa razvijenim institucionalnim modelom za tretman zavisnosti i funkcionisanjem najstarije terapijske zajednice za tretman različitih oblika zavisnosti u Evropi.

## IZJAVA O AUTORSTVU

Ime i prezime autora: Marija Vučinić Jovanović

Broj indeksa: 13/2014

### Izjavljujem

da je doktorska disertacija pod naslovom

Kapital oporavka osoba na tretmanu zavisnosti od droga u Republici Srbiji

- rezultat sopstvenog istraživačkog rada;
- da disertacija u celini ni u delovima nije bila predložena za sticanje druge diplome prema studijskim programima drugih visokoškolskih ustanova;
- da su rezultati korektno navedeni i
- da nisam kršila autorska prava i koristila intelektualnu svojinu drugih lica.

**Potpis autora**

U Beogradu, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Izjava o istovetnosti štampane i elektronske verzije doktorskog rada

Ime i prezime autora: Marija Vučinić Jovanović

Broj indeksa: 13/2014

Studijski program: Doktorske studije socijalne politike i socijalnog rada

Naslov rada: Kapital oporavka osoba na tretmanu zavisnosti od droga u Republici Srbiji

Mentor: prof. dr Jasna Hrnčić

Izjavljujem da je štampana verzija mog doktorskog rada istovetna elektronskoj verziji koju sam predala radi pohranjivanja u **Digitalnom repozitorijumu Univerziteta u Beogradu**.

Dozvoljavam da se objave moji lični podaci vezani za dobijanje akademskog naziva doktora nauka, kao što su ime i prezime, godina i mesto rođenja i datum odbrane rada.

Ovi lični podaci mogu se objaviti na mrežnim stranicama digitalne biblioteke, u elektronskom katalogu i publikacijama Univerziteta u Beogradu.

**Potpis autora**

U Beogradu, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Izjava o korišćenju

Ovlašćujem Univerzitetsku biblioteku „Svetozar Marković” da u Digitalni repozitorijum Univerziteta u Beogradu unese moju doktorsku disertaciju pod naslovom:

Kapital oporavka osoba na tretmanu zavisnosti od droga u Republici Srbiji

koja je moje autorsko delo.

Disertaciju sa svim priložima predala sam u elektronskom formatu pogodnom za trajno arhiviranje.

Moju doktorsku disertaciju pohranjenu u Digitalnom repozitorijumu Univerziteta u Beogradu i dostupnu u otvorenom pristupu mogu da koriste svi koji poštuju odredbe sadržane u odabranom tipu licence Kreativne zajednice (Creative Commons) za koju sam se odlučila.

1. Autorstvo (CC BY)
2. Autorstvo – nekomercijalno (CC BY-NC)
- 3. Autorstvo – nekomercijalno - bez prerada (CC BY-NC-ND)**
4. Autorstvo – nekomercijalno – deliti pod istim uslovima (CC BY-NC-SA)
5. Autorstvo – bez prerada (CC BY-ND)
6. Autorstvo – deliti pod istim uslovima (CC BY-SA)

(Molimo da zaokružite samo jednu od šest ponuđenih licenci. Kratak opis licenci je sastavni deo ove izjave.)

**Potpis autora**

U Beogradu, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

1. **Autorstvo.** Dozvoljavate umnožavanje, distribuciju i javno saopštavanje dela, i prerade, ako se navede ime autora na način određen od strane autora ili davaoca licence, čak i u komercijalne svrhe. Ovo je najslobodnija od svih licenci.
2. **Autorstvo – nekomercijalno.** Dozvoljavate umnožavanje, distribuciju i javno saopštavanje dela, i prerade, ako se navede ime autora na način određen od strane autora ili davaoca licence. Ova licenca ne dozvoljava komercijalnu upotrebu dela.
3. **Autorstvo – nekomercijalno – bez prerada.** Dozvoljavate umnožavanje, distribuciju i javno saopštavanje dela, bez promena, preoblikovanja ili upotrebe dela u svom delu, ako se navede ime autora na način određen od strane autora ili davaoca licence. Ova licenca ne dozvoljava komercijalnu upotrebu dela. U odnosu na sve ostale licence, ovom licencom se ograničava najveći obim prava korišćenja dela.
4. **Autorstvo – nekomercijalno – deliti pod istim uslovima.** Dozvoljavate umnožavanje, distribuciju i javno saopštavanje dela, i prerade, ako se navede ime autora na način određen od strane autora ili davaoca licence i ako se prerada distribuira pod istom ili sličnom licencom. Ova licenca ne dozvoljava komercijalnu upotrebu dela i prerada.
5. **Autorstvo – bez prerada.** Dozvoljavate umnožavanje, distribuciju i javno saopštavanje dela, bez promena, preoblikovanja ili upotrebe dela u svom delu, ako se navede ime autora na način određen od strane autora ili davaoca licence. Ova licenca dozvoljava komercijalnu upotrebu dela.
6. **Autorstvo – deliti pod istim uslovima.** Dozvoljavate umnožavanje, distribuciju i javno saopštavanje dela, i prerade, ako se navede ime autora na način određen od strane autora ili davaoca licence i ako se prerada distribuira pod istom ili sličnom licencom. Ova licenca dozvoljava komercijalnu upotrebu dela i prerada. Slična je softverskim licencama, odnosno licencama otvorenog koda.