

Nikolina Vidov,
profesorica psihologije

Marija Špaleta,
magistra pedagogije,
specijalizantica transakcijske analize - smjer psihoterapija

Samozabavu

PRIRUČNIK

Projekt je sufinancirala Europska unija iz Europskog socijalnog fonda.
Projekt je sufinancirao Ured za Udruge Vlade Republike Hrvatske
Sadržaj Priručnika isključiva je odgovornost Udruge Nada, Zadar.
Za više informacija o EU fondovima:
www.esf.hr i www.strukturnifondovi.hr



Grad Zadar





Naziv projekta:

TU SAM ZA TEBE!

Ukupna vrijednost projekta:

461.523,40 HRK

Sufinanciranje iz ESF-a:

392.294,89 HRK

(85% bespovratna sredstva)

Sufinanciranje iz državnog proračuna RH:

69.228,51 HRK

(15% bespovratna sredstva)

Razdoblje provedbe projekta:

23.6.2022. – 23.6.2023.

Operativni program:

Učinkoviti ljudski potencijali 2014.-2020.

Fond:

Europski socijalni fond

Ovaj priručnik nastao je u sklopu **Projekta TU SAM ZA TEBE!** ukupne vrijednosti **461.523,40 HRK** koji je sufinancirala EU iz **Europskog socijalnog fonda** u iznosu 392.294,89 HRK te **Ured za Udruge Vlade RH** u iznosu 69.228,51 HRK u okviru Poziva „**Jačanje kapaciteta OCD-a za odgovaranje na potrebe lokalne zajednice**“. Projekt u partnerstvu provode Udruga za suzbijanje zloupotreba droga i pomoć obiteljima ovisnika „Nada“ i Grad Zadar s ciljem: provedbom edukacija, programa podrške i motivacije, savjetovanjem, izradom priručnika te organizacijom volonterskih aktivnosti postići ujednačen razvoj civilnog društva i ojačati kapacitete OCD-a za provedbu aktivnosti prilagođenih lokalnim potrebama s naglaskom na djelovanje u kriznim situacijama i području socijalnog uključivanja, osnažiti svijest građana o problemima ovisnika, a krajnjim korisnicima osigurati bolju kvalitetu života.

Ovisnost je bolest koja uključuje psihički i fizički aspekt. Osoba koja se bori s ovisnostima razvija različite bolesti, gubi svoj društveni i poslovni status, sklonija je kriminalnim radnjama, ali je često i žrtva kriminalnih radnji. Osim toga, ovisnost djeluje na sve članove obitelji i ozbiljno narušava obiteljsku dinamiku. U tom smislu, ovisnost djeluje na cijelu zajednicu i, imajući to u vidu, sve odrasle osobe pozvane su koristiti dostupne informacije o mogućnostima pružanja zaštite i preveniranja ovisnosti.

Ovisnost najčešće započinje eksperimentiranjem u adolescentskoj dobi, no postoje biološki, psihološki, društveni i okolišni faktori koji mogu utjecati na osobu, čak i u prenatalnom razdoblju. Upravo to nas vodi ka različitim intervencijama na svim razinama - u obiteljima, vrtićima, školama, ali i lokalnim zajednicama.

Priručnik za cilj ima informirati roditelje, odgajatelje, učitelje i nastavnike o mogućnostima utjecaja na djecu i mlade pružajući im sigurnost jačanjem psihološke otpornosti. U prvom dijelu priručnika govorimo o preventivnim mogućnostima. Prevencija o kojoj govorimo usmjerena je na jačanje zaštitnih faktora i smanjenje rizičnih faktora. Također, priručnik, u sklopu navedenih načela, pruža različite mogućnosti utjecaja preventivnim programima koji se mogu provoditi u obitelji, školi i u lokalnoj zajednici.

Drugi dio priručnika usmjeren je na objašnjenje psihologije ovisnosti različitim teorijama te otklanjanje predrasuda prema samoj bolesti ovisnosti. Bolje razumijevanje bolesti i njenog nastanka omogućuje nam više uvida u načine preveniranja, ali i tretmana u smislu zadovoljenja onih potreba koje su nekad davno, na onoj bazičnoj, jezgrenoj razini, ostale nezadovoljene. Kad govorimo o stigmatizaciji povezanoj s ovisnosti o drogama, ona je značajno prisutna u našem društvu, čak i naspram drugih ovisnosti. Isto tako, istraživanja su pokazala da, u kontekstu tretmana, osobe koje se bore s ovisnošću radije biraju programe u kojima neće biti stigmatizirani i da je to jedan od važnih faktora kad govorimo o uspješnosti liječenja.

1 O ovisnostima

1.1 Predrasude o ovisnostima

Mnogi ljudi ne razumiju zašto i kako drugi ljudi postaju ovisni o drogama. Pogrešno je misliti da onima koji konzumiraju droge nedostaju moralna načela ili snaga volje i da bi mogli prestati s konzumacijom droga jednostavnim odabirom. U stvarnosti je ovisnost o drogama složena bolest, a za odvikavanje je obično potrebno više od dobre namjere ili jake volje.

1.2 Što je ovisnost o drogama?

Ovisnost je pojam koji se koristi u svakodnevnom jeziku, najčešće bez mnogo razmišljanja o tome što točno konstrukt znači (McMurrin, 2005). Odgovor na pitanje 'Što je ovisnost?' otvara Pandorinu kutiju problematičnih pojmova za čije je definiranje potrebno malo truda.

Ovisnost je kronična bolest koju karakterizira traženje i korištenje droga koje je kompulzivno ili teško kontrolirati, unatoč štetnim posljedicama. Početna odluka o uzimanju droga za većinu ljudi je dobrovoljna, ali opetovana upotreba droga može dovesti do promjena u mozgu koje ometaju samokontrolu ovisnika i ometaju njihovu sposobnost da se odupru intenzivnoj potrebi za konzumiranjem droga.

Zloupotreba opojnih droga je društveno neprihvatljiv, štetan, rizičan i neprirodan način zadovoljenja prirodne potrebe za ugodom i srećom ili potrebe da se otkloni bol i patnja. Mladi ljudi skloni su istraživanju i eksperimentiranju, traženju novih iskustava koja će rezultirati užitkom, a često imaju i problem s kontrolom. Ako se zadovoljenje te potrebe za užitkom ne regulira i osigura na, tzv. prirodan način, moguće je da će pribjeći rizičnom ponašanju. Tome još može i pridonijeti disfunkcionalnost obitelji, laka dostupnost droga i biopsihološka predispozicija djeteta. U provedenim istraživanjima (Fernandez, 2011), došlo se do zaključka da uskraćivanje životne radosti djeci zbog loših okolinskih uvjeta dovodi do smanjenja razine dopaminskih D2 receptora, što kasnije može biti uzrok smanjenog osjećaja užitka i nagrade, a povećava se rizik traženja zadovoljstva i euforije uzimanjem droga.

Važno je djecu, još u preadolescentnom razdoblju života, naučiti donositi kvalitetne odluke, naučiti ih razliku između dobrog i lošeg ponašanja te koje posljedice ono nosi. Ako djeca imaju dobro izgrađenu savjest, lakše će podnijeti stresne situacije i bolje kontrolirati ponašanja usmjerena prema neposrednom doživljavanju ugone. Kad takve osobe odrastu, ako i krenu s uzimanjem droga, u stanju su dugo to svoje ponašanje držati pod kontrolom. Za opijatski tip ovisnosti najrizičnija su djeca s niskim samopoštovanjem i slabim odgovorom na stresne situacije te djeca s višom razinom depresivnosti i tjeskobe (Essau, 2008, str. 21-23).

1.3 Što se događa s mozgom kada osoba uzima drogu?

Većina droga utječe na "krug nagrađivanja" mozga, izazivajući euforiju i preplavljujući ga dopaminom. Sustav nagrađivanja, koji ispravno funkcionira, motivira osobu da ponavlja ponašanja potrebna za napredak, kao što je jelo i provođenje vremena s voljenima. Navale dopamina u krugu nagrađivanja uzrokuju jačanje ugodnih, ali nezdravih ponašanja, poput konzumiranja droga, što navodi ljude da stalno ponavljaju takvo ponašanje.

Kako osoba nastavlja konzumirati drogu, mozak se prilagođava smanjujući sposobnost stanica u krugu nagrađivanja da na nju reagira. To smanjuje uzbuđenje koje osoba osjeća u usporedbi s uzbuđenjem koje je osjetila kad je prvi put uzela drogu - učinak poznat kao tolerancija. Kako bi osjetili istu razinu uzbuđenja, moraju uzimati sve veću dozu. Ove prilagodbe mozga često dovode do toga da osoba postaje sve manje sposobna izvlačiti zadovoljstvo iz drugih stvari u kojima je nekoć uživala, poput hrane, hobija ili društvenih aktivnosti.

Dugotrajna uporaba također uzrokuje promjene u drugim moždanim kemijskim sustavima i krugovima, utječući na funkcije koje uključuju:

- učenje
- rasuđivanje
- donošenje odluka
- stres
- pamćenje
- ponašanje

1.4 Zašto neki ljudi postanu ovisni o drogama, a drugi ne?

Važno pitanje vezano uz zlouporabu sredstava ovisnosti kod mladih je zašto ih neki počinju konzumirati, a drugi ne. Međutim, jednostavan odgovor na to pitanje ne postoji budući da na zlouporabu sredstava ovisnosti ne utječe jedan čimbenik, već se ona razvija iz interakcije niza utjecaja, uključujući biološke, psihološke i socijalne (Sakoman, 1995, 211-232).

Niti jedan faktor ne može predvidjeti hoće li osoba postati ovisna o drogama. Kombinacija faktora utječe na rizik od ovisnosti. Što više faktora rizika osoba ima, to je veća šansa da konzumacija droga može dovesti do ovisnosti. Kao što navode u publikaciji „Razumijevanje konzumiranja droge“ (2003) koju je objavila NIDA (Američki nacionalni institut koji se bavi temama zlouporabe droga), postoje različiti faktori:

Biologija - geni s kojima se ljudi rađaju odgovorni su za oko polovicu rizika od ovisnosti. Spol, etnička pripadnost i prisutnost drugih mentalnih poremećaja također mogu utjecati na rizik od upotrebe droga i ovisnosti.

Okoliš - okruženje osobe uključuje mnogo različitih utjecaja, od obitelji i prijatelja do ekonomskog statusa i opće kvalitete života. Čimbenici poput pritiska vršnjaka, fizičkog i seksualnog zlostavljanja, ranog izlaganja drogama, stresa i roditeljskog nadzora mogu uvelike utjecati na vjerojatnost korištenja droga i ovisnosti kod osobe.

Razvoj - genetski čimbenici i čimbenici okoliša utječu na rizik od ovisnosti o kritičnim razvojnim fazama u životu osobe. Iako uzimanje droga u bilo kojoj dobi može dovesti do ovisnosti, što ranije počne s uporabom droga, veća je vjerojatnost da će napredovati u ovisnost. Ovo je posebno problematično za tinejdžere. Budući da se područja u mozgu koja kontroliraju donošenje odluka, prosuđivanje i samokontrolu još uvijek razvijaju, tinejdžeri mogu biti posebno skloni rizičnom ponašanju, uključujući isprobavanje droga.

Međutim, s obzirom na sva znanja koja u ovom trenutku posjedujemo vezano uz razvoj ovisnosti, kao što poznajemo i rezultate brojnih longitudinalnih istraživanja na ovu temu, važno je znati da se konzumiranje droga i ovisnost mogu spriječiti. Rezultati istraživanja koje je financirao NIDA (Američki nacionalni institut koji se bavi temom zlouporabe droga) pokazali su da su preventivni programi, koji uključuju obitelji, škole, zajednice i medije, učinkoviti u sprječavanju ili smanjenju upotrebe droga i ovisnosti. Iako osobni događaji i kulturološki faktori utječu na trendove uporabe droga, kada mladi ljudi smatraju da je uporaba droga štetna, skloni su smanjiti konzumaciju droga. Stoga su edukacija i komunikacija ključni u pomaganju ljudima da razumiju moguće rizike uporabe droga.

1.5 Zašto konzumiramo droge?

Psihoaktivna tvar je svaka tvar koju ljudi uzimaju kako bi promijenili način na koji se osjećaju, razmišljaju ili ponašaju. Različiti su razlozi zašto osobe konzumiraju droge. Ponekad se radi o načinu opuštanja, eksperimentiranja, povezivanju s vršnjacima, bijega od teških emocija i, shodno tome, imamo osobe koje povremeno koriste droge, do onih kojima droga postaje primarna u funkcioniranju gdje govorimo o ovisnostima i o velikom problemu koji zahvaća ovisnika, njegovu obitelj i prijatelje. Droga postaje problem zajednice. Kad govorimo o adolescentima koji konzumiraju droge, govorimo o sljedećim vrstama eksperimentiranja prema White (2013):

- Eksperimentalno konzumiranje
- Konzumiranje iz buntovnih razloga
- Rekreativno konzumiranje
- Situacijsko konzumiranje
- Simptomatsko konzumiranje
- Ovisničko konzumiranje

Ove vrste eksperimentiranja možemo povezati sa stupnjevima razvoja ovisničkog ponašanja koji autor Brlas (2018) dijeli na:

1. Eksperimentalni obrazac - nekoliko puta se ponavlja ponašanje, a zatim prestaje
2. Socijalno-rekreativni – odnosi se na konzumiranje u skupini vršnjaka i prigodno, uglavnom ne prerasta okvire samokontroliranog ponašanja
3. Okolinsko-situacijski – odnosi se na konzumiranje kako bi se izbjegla neugoda i, ako se uspije u toj namjeri, velika je vjerojatnost da će se ponoviti takvo iskustvo
4. Svakodnevno konzumiranje – droga ili alkohol postaju dijelom svakodnevnog života, što nastavno vodi na posljednji obrazac
5. Kompulzivno uzimanje droge (ili alkohola) – intenzivno konzumiranje bez kontrole

Adolescenti se uključuju u eksperimentalno konzumiranje, kao i buntovno. Eksperimentalno uzimanje droge traje od 1 do 10 puta (prema White, 2013). Nakon što završi faza eksperimentiranja, započinje promišljanje o tome kako droga utječe na njih, što im se mijenja i kako se osjećaju kad su *high*. Nakon desetog puta, osoba će znati kako reagira na drogu i ako je nastavi konzumirati, kre-

ćemo u drugu vrstu konzumiranja droga. U ovom pogledu, vršnjaci mogu odigrati ključnu ulogu i često se počeci konzumiranja povezuju s prijateljima i zajedničkim isprobavanjem novih supstanci.

Kad govorimo o buntovnoj fazi konzumiranja droga, od iznimne važnosti je dokučiti i razumjeti zašto su mlade osobe buntovne, što se to događa u njihovim životima da na ovaj način „protestiraju“. S vremenom, većina će mladih krenuti s rekreacijskim konzumiranjem droge, međutim ne možemo biti sigurni koje mlade osobe će ipak nastaviti konzumaciju, što će ih odvesti prema simptomatskom i ovisničkom obrascu uzimanja droge. Rekreacijsko konzumiranje droge, pak, za samu osobu nema neko psihološko značenje, konzumira se u sklopu socijalizacije i zabave s vremena na vrijeme. Kod ovisničkog i simptomatskog konzumiranja droga počinje imati svoju značajnu psihološku ulogu.

To možemo otkriti postavljajući pitanja mladima o značenju droge:

Što s njom dobivate? Kako se osjećate kad uzimate drogu?

Neki od odgovora mogu biti:

„Stvari mi se čine jasnijima.“

„Ne osjećam više depresiju.“

„Mogu se fokusirati.“

„Mogu se maknuti od osjećaja praznine.“

„Samoća nestaje.“

Ovo mogu biti dobre početne točke da istražite sa svojim djetetom ili učenicom što droga za nje znači i da pronađete načine na koje može zadovoljiti potrebu bez konzumiranja supstanci. No kao što smo ranije spomenuli, ako droga ima neko psihološko značenje, postoji velika mogućnost da će se razviti ovisnost, ali to naravno ne možemo sa sigurnošću tvrditi. Svakako je na odraslim osobama da više poprate samu situaciju i nađu način kako podržati adolescenta u tim nesigurnim vremenima. S druge strane, važno je da se roditelj ili stručnjak upita rješava li droga zbilja neki psihološki problem toj mladoj osobi. Ako je odgovor „da“, onda možemo naslućivati kako to vodi simptomatskom konzumiranju droge.

Ovisnost o drogama je kronična bolest koju je teško kontrolirati, a karakterizira je kompulzivno traženje i korištenje droge, unatoč štetnim posljedicama. Promjene u mozgu, koje se s vremenom događaju uporabom droge, izazivaju samokontrolu ovisnika i ometaju njihovu sposobnost da se odupru intenzivnim porivima za uzimanjem droge. Većina lijekova utječu na moždani krug nagrađivanja preplavljujući ga, kao što je ranije spomenuto, kemijskim glasnikom, dopaminom. Naleti dopamina u krugu nagrađivanja uzrokuju pojačanje ugodnih osjećaja, što navodi ljude da ponavljaju takvo ponašanje. S vremenom se mozak prilagođava višku dopamina, što smanjuje uzbuđenje koje osoba osjeća u usporedbi s uzbuđenjem koje je osjetila kad je prvi put uzela drogu (tolerancija).

Niti jedan faktor ne može predvidjeti hoće li osoba postati ovisna o drogama. Kombinacija genetskih, okolišnih i razvojnih faktora utječe na rizik od ovisnosti. Što više faktora rizika osoba ima, to je veća šansa da uzimanje droge može dovesti do ovisnosti. No važno je reći da se korištenje droge i ovisnost mogu spriječiti. Učitelji, roditelji i zdravstveni djelatnici imaju ključnu ulogu u obrazovanju mladih i prevenciji uporabe droge i ovisnosti.

Upravo zato važno nam je govoriti o prevenciji, njenim načelima i osmišljavanju, odnosno provedbi preventivnih programa.

1.6 Kakva su saznanja o uporabi sredstava ovisnosti u Republici Hrvatskoj?

Rezultati istraživanja zlouporabe sredstava ovisnosti u Republici Hrvatskoj u 2019. godini („Uporaba sredstava ovisnosti“, 2019, 2011-2019, str. 85) stavljaju zlouporabu sredstava ovisnosti na vrh javnozdravstvenih prioriteta u Republici Hrvatskoj.

Ovim istraživanjem utvrđeno je da je alkohol najčešće konzumirano sredstvo ovisnosti, a ujedno je i prvo sredstvo koje mladi konzumiraju. Posebno zabrinjava činjenica da je prosječna dob prve konzumacije alkohola među odraslima, koji su barem jednom u životu konzumirali alkohol, bila 16 godina i 1 mjesec. Rezultati istraživanja, prema kojima 60,6 % odraslih i 64,5 % mlađih odraslih nema ništa protiv ispijanja jednog ili dvaju pića nekoliko puta tjedno, pokazali su i da je pijenje alkoholnih pića u količinama većim od preporučenih u našoj populaciji društveno prihvatljivo te je potrebno provesti različite odgojne, obrazovne, regulatorne i javnozdravstvene mjere kako bi se, uz smanjenje dostupnosti alkoholnih pića, mijenjali i stavovi o alkoholu.

Sve ovo ukazuje na potrebu donošenja učinkovitih sveobuhvatnih i cjelovitih mjera u smanjenju, kako dostupnosti, tako i potražnje alkoholnih pića, odnosno, jasnu politiku suzbijanja štetnog utjecaja konzumacije alkohola u Republici Hrvatskoj.

Prema istraživanju zlouporabe sredstava ovisnosti u Republici Hrvatskoj u 2019. godini, na drugom mjestu najčešće konzumiranih sredstava ovisnosti je duhan. U godini koja je prethodila istraživanju duhan su najviše pušile osobe u dobnim skupinama između 15 i 24 godine (50,4 %) te između 25 i 34 godine (50,9 %). Unutar mjesec dana prije istraživanja duhan je pušilo 41,5 % odraslih te 46,5 % mlađih odraslih, što je naročito zabrinjavajuće s obzirom na to da pušenje cigareta dovodi do pogoršanja cjelokupnog zdravstvenog stanja. Uz veliku raširenost pušenja duhana, zabrinjavajuća je i činjenica da je prosječna dob prvog pušenja duhana osoba koje su barem jednom pušile duhan bila 16 godina i 9 mjeseci. Uz potrebu implementacije sveobuhvatnih mjera koje bi smanjile pušenje i izloženost duhanskom dimu u populaciji, rezultati ovog istraživanja pokazuju da je programe prevencije pušenja potrebno u većoj mjeri usmjeriti na mlađu populaciju. Potrebno je i usmjeriti posebnu pozornost na provođenje postojećih zakona koji ograničavaju prodaju duhanskih proizvoda (kao i alkoholnih pića) maloljetnim osobama.

Rezultati istraživanja također („Uporaba sredstava ovisnosti“, 2019, 2011-2019, str. 85) pokazuju da je barem jednom u životu neku ilegalnu drogu uzimala svaka četvrta osoba, a posebno zabrinjava da su, u godini koja je prethodila istraživanju, kao i u mjesecu prije istraživanja, najveće prevalencije konzumacije droga utvrđene u dobnj skupini od 15 do 24 godine. Najčešće korištena ilegalna droga je kanabis, a prosječna dob prvog uzimanja kanabisa bila je 18 godina i 7 mjeseci. Rezultati istraživanja pokazuju kako su sredstva za smirenje i spavanje relativno lako dostupna, kako u kuć-



nim zalihama tako i u ljekarnama, a zabrinjavajuća je činjenica da velik dio konzumenata sedative ili trankvilizatore nije kupio ili dobio na liječnički recept.

Istraživanje zlorabe sredstava ovisnosti u Republici Hrvatskoj u 2019. godini („Uporaba sredstava ovisnosti“, 2019, 2011-2019, str. 85) pokazalo je da je prevalencija kod muškaraca značajno veća nego kod žena, za sva sredstva ovisnosti. Rezultati ukazuju na potrebu planiranja adekvatnih politika te promptnog donošenja strateškog okvira za djelovanje u cilju iznalaženja učinkovitih i sveobuhvatnih preventivnih mjera i intervencija kako bi se smanjila zloraba sredstava ovisnosti u Republici Hrvatskoj.

2 Načela i mogućnosti prevencije

U kontekstu samopomoći, uvijek je važna prevencija, ne samo jer je daleko jeftinija od tretmana liječenja, nego je ujedno i lakša za provedbu, a dobro osmišljena prevencija iznimno je djelotvorna. Pojam prevencija (lat. *praeventio* = prethoditi, doći ispred) označava sve intervencije kojima se sprječavaju, odnosno smanjuju simptomi neke bolesti. Primarna prevencija (Ivana Bočina, dr. med., spec. javnog zdravstva; Služba za javno zdravstvo i promicanje zdravlja, Hrvatski nastavni zavod za javno zdravstvo Splitsko-dalmatinske županije) je usmjerena na zdrave osobe, podrazumijeva uklanjanje rizičnih faktora koji dovode do bolesti i poticanje zaštitnih faktora s ciljem sprječavanja bolesti.

Sekundarna prevencija se odnosi na prepoznavanje „potencijalnih“ bolesnika, odnosno oboljelih u ranom stadiju bolesti, kako bi se pravodobnom intervencijom spriječio razvoj bolesti. Tercijarna prevencija konzumiranja droga uključuje liječenje, obično s krajnjim ciljem apstinencije korisnika, iako intervencije također mogu imati za cilj smanjiti negativan učinak ovisnosti o drogama.

Kad govorimo o prevenciji u kontekstu oslanjanja na pozitivne snage svakog pojedinca, definira se kao „proces koji ljudima pruža mogućnost (pomoć i potporu) potrebne za suočavanje sa stresnim životnim uvjetima i potrebama, kako bi izbjegli ponašanja koja bi mogla dovesti do negativnih fizičkih, psihosocijalnih ili socijalnih posljedica. To su: poticanje znanja, kompetencija i vještina, poticanje samopoštovanja i samopouzdanja, poticanje vještina nošenja sa životnim situacijama, poticanje sustava potpore u okruženju obitelji, škole, radnog mjesta i zajednice, poticanje zdravog okruženja u zajednici (The Wisconsin Department of Public Instruction, 1995, prema Bašić, 2009, str.95)“ ili se označava kao „proaktivan proces kojim se osnažuju pojedinci i sustavi kako bi se nosili s životnim izazovima, događajima i tranzicijama, stvarajući i podupirući uvjete koji će promovirati zdrava ponašanja i zdrave životne stilove.“ (Prevention Terms Glossary, Suthwest Prevention Center, prema Bašić, 2009, str.95)

Pri razvoju preventivnih programa važno je imati na umu smjernice kako osmisliti što kvalitetniji program koji ima svoju ciljanu skupinu i relevantan je za Vašu obitelj, školu ili lokalnu zajednicu. Prvi dio priručnika organiziran je na način da integrira načela prevencije navedena u priručniku koji je objavio NIDA (Američki nacionalni institut za teme zlorabe droga), a koja ćemo nadopuniti konkretnim primjerima i mogućnostima djelovanja. Načela su rezultat istraživačkih studija o razlozima zlorabe droga te elemenata koji su se ponavljali u istraživanjima o učinkovitim preventivnim programima. Nude smjernice za pripremu i provedbu novih učinkovitih preventivnih programa koje mogu osmisliti roditelji, učitelji, lokalne zajednice i drugi zainteresirani.

Načela su podijeljena prema temama:

1. Faktori rizika i zaštitni faktori
2. Planiranje prevencije
 - 2.1. Obiteljski programi
 - 2.2. Školski programi
 - 2.3. Programi zajednice za sprječavanje zlouporabe droga među djecom i adolescentima
3. Provedba prevencijskog programa

2.1 Faktori rizika i zaštitni faktori

Mnogobrojne studije su pokušale utvrditi podrijetlo i putove zlouporabe droga i ovisnosti — kako problem počinje i kako se razvija. Pritom su identificirani različiti faktori koji mogu pomoći u razlikovanju onih osoba koji će vjerojatnije zlorabiti droge od onih manje osjetljivih na zlouporabu droga. Faktori povezani s većom mogućnošću zlouporabe droga nazivaju se faktori rizika, dok oni povezani sa smanjenim potencijalom za zlouporabu droga se nazivaju zaštitnim faktorima. Međutim, moramo imati na umu da neće sve osobe u riziku postati ovisne, kao ni da osobe koje su u smanjenom riziku neće postati ovisne. Također, faktor rizika za jednu osobu možda neće biti jednak i za drugu. U svakom slučaju, faktori rizika i zaštitni faktori itekako mogu utjecati na djecu i mlade u smanjenju, odnosno povećanju rizika zlouporabe droga.

Kao što je ranije navedeno, programi prevencije služe za jačanje zaštitnih faktora, odnosno potpuno uklanjanje ili smanjenje faktora rizika (Hawkins i sur. 2002, prema NIDA-i, 2003.). Kad govorimo o riziku, važno je napomenuti da se uvijek procjenjuje odnos između čimbenika rizika, poput devijantnih ponašanja i zaštitnih faktora, pozitivne obiteljske dinamike. Također, potencijalni utjecaji rizičnih i zaštitnih faktora se mijenjaju sukladno razvojnim fazama. Gerstein i Green (1993), kao i Kumpfer et al. (1998) prema NIDA-i (2003), navode kako, u mlađoj dobi, veći faktor rizika predstavlja obiteljska dinamika, dok značajniji faktor rizika za adolescenta može biti povezanost s vršnjacima ovisnim o drogama. Važno je reći kako rana intervencija, u smislu jačanja zaštitnih faktora i smanjivanja faktora rizika, jest daleko uspješnija od kasnije intervencije, kad je adolescent već krenuo „krivim“ putem (Ialongo et al. 2001 prema NIDA-i, 2003). Ono o čemu isto tako treba voditi računa, jesu i različite karakteristike osoba za koje pripremamo preventivne programe, poput dobi, roda, etničke pripadnosti, kulture i okruženja jer nepoznavanje škole/lokalne zajednice za koju pripremamo preventivni program može imati i različite rezultate, pa i one nepovoljne, odnosno da sam program ne poluči uspjeh i ne izazove promjenu kod sudionika.

Nastavno na to, možemo u literaturi pronaći mnogobrojne rizične faktore koji mogu biti povezani s različitim problemima, kao npr. rizični faktori za delinkvenciju, za depresiju, za pokušaje suicida, za zloupotrebu psihoaktivnih supstanci i sl. Međutim, većina tih podjela prepoznaje sljedeće kategorije rizičnih faktora (Popović-Čitić i Žunić-Pavlović, 2005 prema Durmić, 2011):

1. Rizični faktori koji djeluju na nivou lokalne zajednice (dostupnost psihoaktivnih supstanci i vatrenog oružja, zakoni i norme zajednice koji favoriziraju zloupotrebu psihoaktivnih supstanci, medijska slika upotrebe nasilja, tranzicija i mobilnost, nizak nivo povezanosti susjedstva i dezorganizacije lokalne zajednice, ekstremna socijalna i ekonomska deprivacija)
2. Rizični faktori koji djeluju u školskoj sredini (rano i učestalo antisocijalno ponašanje, školski neuspjeh, nedovoljna posvećenost školi i školskim obavezama)

3. Rizični faktori koji djeluju u porodičnoj sredini (obiteljska povijest problema u ponašanju, problemi u funkcioniranju obitelji, obiteljski konflikti, stavovi roditelja koji favoriziraju antisocijalna ponašanja)
4. Rizični faktori koji djeluju u vršnjačkim grupama ili unutar samog pojedinca (otuđenje, buntovništvo, nedostatak vezanosti za zajednicu, prijatelji koji su skloni neprimjerenom ponašanju, stavovi koji favoriziraju neprimjerena ponašanja, rani nastanak poremećaja u ponašanju, biološki faktori: spol, temperament, inteligencija, slaba kontrola impulsa, nizak nivo samopoštovanja).

Programi prevencije trebali bi biti usmjereni prema različitim vrstama opojnih droga ili zlorabe legalnih supstanci, poput alkohola, dobivenih tvari poput inhalata, odnosno lijekova s ili bez recepta. (Johnston i sur. 2002 prema NIDA-i) Trebalo bi se obratiti više pozornosti na različite supstance koje se mogu zlorabiti i povećati svjesnost roditelja i školskog osoblja edukacijama o rizicima. Ovakve edukacije mogu se provoditi unutar škole kao dio učiteljskih i nastavničkih vijeća te roditeljskih sastanaka. Smatramo da se može brže utjecati na adolescenta imajući u vidu gdje sve može naići na zabranjene supstance i kako one mogu djelovati.

Hawkins i sur. (2002, prema NIDA-i, 2003) navode kako bi se programi prevencije trebali usmjeriti prema ciljanim promjenjivim, prethodno procijenjenim faktorima rizika te bi isto tako, prije nego se osmisli preventivni program, trebalo identificirati koji su to zaštitni faktori primjenjivi na našu lokalnu zajednicu. Kako bi sam program bio uspješan, važno je poznavati zajednicu u kojoj živimo i što ona može ponuditi kao zaštitni faktor, kao i gdje možemo pronaći njene slabe točke. Potrebno je napraviti svojevrsno mapiranje lokalne zajednice. Smatramo da se u ovom pogledu mogu uključiti udruge koje rade na području prevencije, kao i lokalna vlast, ali i akademska zajednica koja može provesti istraživanje na temu onoga što mladi vide kao nedostatak svoje zajednice, ali ujedno i što vide kao prednost. Mišljenja smo da se u ovom segmentu trebaju pronaći izvannastavni programi u koje se mladi mogu uključiti, ali i promišljati koje nove programe osmisliti. Također, važna je participacija mladih u tom mapiranju koja se definira kao sudjelovanje, sudionništvo ili udio u nečem (Hrvatska enciklopedija). Ovaj pojam se također definira kao „proces u kojem pojedinci sudjeluju u donošenju odluka u institucijama, programima i okruženjima koja utječu na njih“ (Heller i sur., 1984, prema Grozdanić, 2021). Grozdanić (2021) dalje navodi važnost pojmova „sudjelovanja“ (*taking part*) i „biti dio“ (*being part*). U kontekstu odrastanja, mladima je potrebno da sudjeluju, da ih se sasluša, da imaju pravo na izražavanje mišljenja, ali isto tako da pripadaju društvu, da se osjećaju korisnima, a ne samo da oni trebaju društvo - važna je spoznaja da društvo treba nas, da smo prihvaćeni od društva.

Nakon mapiranja, možemo sagledati potpunu sliku naše lokalne zajednice i vidjeti kako mijenjati ono što trebamo i možemo, odnosno koje dodatne promjene uvesti u smislu dodatnog sadržaja za mlade i za zadovoljavanje njihovih potreba.

U nastavku je prikazana tablica preuzeta iz priručnika (NIDA, 2003) koja pruža okvir za karakteriziranje faktora rizika i zaštite u pet područja ili djelokruga.

Rizični faktori	Djelokrug/područje	Zaštitni faktori
Agresivno ponašanje u ranoj dobi	Pojedinac	Kontrola impulsa - samoregulacija
Nedostatak roditeljskog nadzora	Obitelj	Roditeljsko praćenje (monitoring)
Zloraba supstanci	Vršnjaci	Akademske kompetencije
Prisutnost droga	Škola	Školska politika protiv zlorabe droga
Siromaštvo	Zajednica	Snažna privrženost susjedstvu/lokalnoj zajednici

Tablica je preuzeta iz priručnika (NIDA, 2003).

Ova područja mogu služiti kao fokusne točke u pripremi preventivnih programa. Tako, recimo, prva dva primjera govore o povezanosti zaštitnih i rizičnih faktora - prisutnost jednog, označava odsutnost drugog. Na primjer, u području pojedinca agresivno ponašanje u ranoj dobi, kao faktor rizika, ukazuje na odsutnost kontrole impulsa ili nemogućnost samoregulacije, što bi bio zaštitni faktor. Dakle, iz toga proizlazi da se neki preventivni programi mogu fokusirati na kontrolu impulzivnih ponašanja kod male djece i učenje samoregulacije.

Ostali rizični i zaštitni faktori neovisni su međusobno, kao što je prikazano u tablici - primjeri u području vršnjaka, škole i zajednice. Recimo da u području/djelokrugu škole droge mogu biti dostupne, iako su školska pravila usmjerena protiv zlouporabe droga. U ovom slučaju, intervencija može usmjerena ka povećanju kontrole oko škole s ciljem stvaranja sigurnijeg školskog okruženja.

Rizični faktori za zlouporabu droga predstavljaju izazove za emocionalni, društveni i akademski aspekt razvoja pojedinca. Sam učinak rizika ovisi i o osobnosti pojedinca, fazi razvoja, kao i okruženju u kojem se nalazi. Stoga, mnogi ozbiljni rizici, poput rane pojave agresivnog ponašanja, kao i loš akademski uspjeh, mogu ukazivati da je dijete na negativnom razvojnog putu i u riziku od poremećaja u ponašanju. Međutim, ranom intervencijom se može pomoći u smanjenju ili čak poništavanju tih rizika te time promijeniti razvojni put toga djeteta.

Kod djece za koju vidimo da su u riziku, odgađanje intervencije do adolescencije će najvjerojatnije znatno otežati savladavanje rizika jer su stavovi i obrasci ponašanja poprilično ukalupljeni do adolescencije i teško se mijenjaju.

Rizični faktori govore o većoj vjerojatnosti da će osoba izložena njima, biti u većem riziku od zlouporabe droga. Pritom treba naglasiti da ako neovisno o većem broju rizičnih faktora ne postoje neki određeni preduvjeti, neće doći do razvoja zlouporabe droga, ovisnosti ili drugih problematičnih ponašanja. Primjerice, dijete će biti u povećanom riziku za zlouporabu droge ako u njegovoj obitelji postoji povijest zlouporabe droge. Međutim, ako to dijete odrasta bez vršnjaka koji su ovisni o drogama te u okruženju s jakim načelima protiv droga, manje je vjerojatno da će to dijete postati ovisnik. Isto tako, prisutnost zaštitnih faktora mogu umanjiti utjecaj nekoliko rizičnih faktora. Primjer zaštitnog faktora može biti roditeljska podrška i njihova uključenost, što može smanjiti utjecaj rizičnih faktora, poput zlouporaba supstanci i negativni utjecaj djetetovih vršnjaka.

Jedna od zanimljivih karakteristika u smislu odnosa faktora rizika i zaštite jest i spol. Istraživanje odnosa unutar obitelji, prema NIDA-i (2003), ukazuje na to da djevojke u adolescenciji češće reagiraju pozitivno na roditeljsku podršku i disciplinu, dok dječaci u adolescenciji ponekad reagiraju negativno. Istraživanja ranog rizičnog ponašanja u školskom okruženju pokazuju da agresivno ponašanje kod dječaka i poteškoće u učenju kod djevojčica jesu primarni uzroci loših odnosa s vršnjacima. Upravo ti loši odnosi mogu dovesti do društvenog odbacivanja, negativnog školskog iskustva, problematičnog ponašanja, uključujući i zlouporabu droga.

Ranije smo spomenuli važnost ranog otkrivanja djece u riziku i rane intervencije. Neke znakove rizika moguće je uočiti već u djetinjstvu, kao što su karakterne crte ličnosti ili njihov temperament. Primjerice, povučeni i agresivni dečki često pokazuju problematična ponašanja u interakciji sa svojom obitelji, vršnjacima i drugim osobama s kojima se susreću u društvenom okruženju. Nastavak takvog ponašanja vjerojatno vodi do drugih rizika koji mogu uključivati akademski neuspjeh, rano odbacivanje vršnjaka i kasnije povezivanje s devijantnim vršnjacima, što je često direktni rizik za zloupotrebu droge u adolescenciji. Istraživanja su pokazala da djeca s lošim akademskim uspjehom i neprikladnim socijalnim ponašanjem u dobi od 7 do 9 godina imaju veću vjerojatnost da će

eksperimentirati s drogama u dobi od 14 ili 15 godina (NIDA, 2003).

Kad govorimo o rizičnim faktorima u obitelji, tu svakako možemo ubrojiti:

- nedostatak međusobne privrženosti i njegovanja roditelja ili skrbnika
- neučinkovito roditeljstvo
- kaotično kućno okruženje
- nedostatak značajnog odnosa s brižnom odraslom osobom
- skrbnik koji je ovisnik, pati od mentalne bolesti ili se bavi kriminalnim ponašanjem

S druge strane, obitelji mogu imati zaštitnu funkciju kada postoji:

- snažna veza između djece i njihovih obitelji
- uključenost roditelja u život djeteta
- podržavajuće roditeljstvo koje zadovoljava financijske, emocionalne, kognitivne i socijalne potrebe
- jasna ograničenja i dosljedno provođenje discipline

Kad govorimo o rizičnim faktorima u okruženju, oni se odnose na kvalitetu dječjih odnosa u okruženju izvan obitelji, kao što su odnosi u školama, s vršnjacima, učiteljima i u zajednici. Poteškoće u ovim okolnostima mogu biti ključne za djetetov emocionalni, kognitivni i socijalni razvoj. Neki od ovih rizičnih faktora su:

- neprikladno ponašanje u razredu, npr. agresija i impulzivnost
- akademski neuspjeh
- loše socijalne vještine
- druženje s vršnjacima problematičnog ponašanja, uključujući zlouporabu droga

Druženje adolescenata s vršnjacima ovisnim o drogama je često najneposredniji rizik za zlouporabu droge i delinkventno ponašanje.

Obitelj ima važnu ulogu u pružanju zaštite djeci kada su uključena u aktivnosti izvan obitelji. Kada su djeca izvan obiteljskog okruženja, najistaknutiji zaštitni faktori su:

- roditeljsko praćenje društvenih ponašanja primjereno dobi djece, uključujući uspostavljanje pravila vezana uz izlaske, osigurati da postoji nadzor odraslih nad aktivnostima izvan kuće, poznavanje djetetovih prijatelja i provođenje kućnih pravila
- uspjeh u obrazovanju i uključenost u izvannastavne aktivnosti
- jake veze s prosocijalnim institucijama, kao što su školske i vjerske ustanove
- prihvaćanje konvencionalnih normi protiv zlouporaba droga

2.2 Planiranje prevencije

2.2.1 Obiteljski programi

Obiteljski preventivni programi trebaju pojačati spone unutar obitelji, odnosno poboljšati odnose između članova obitelji. Ovakvi preventivni programi uključuju učenje roditeljskih vještina, praktično djelovanje i raspravljanje o korištenim praksama, zatim provedbu obiteljskih politika te obrazovanje i informiranje o utjecaju i zlouporabi droga. Odnos između roditelja i djece predstavlja temelj za zdravu privrženost. Gjurković (2016) opisuje privrženost kao specifični tip emocionalne veze između dojenčeta i roditelja, koji nastaje u prvoj godini života pri čemu je presudna kvalitetna briga o djetetu. Teorija privrženosti je inače koncept Johna Bowlbyja (1969) u kojoj dijete roditelja percipira sigurnom bazom i od koje dalje istražuje svijet oko sebe. U situacijama koje dijete percipira kao opasne/nepoznate ono traži zaštitu u roditelju. Stil privrženosti ovisi o roditeljskoj sposobnosti da uoči djetetovu potrebu i zadovolji je. U praktičnom smislu, govorili bismo o strukturiranju vremena i konzistentnosti u pravilima, ali istovremeno njegujućem odnosu, u kojem je roditelj osjetljiv na dječje emocije i potrebe (prema Gjurković, 2016). To naravno nije lagan zadatak, ali pritom roditelj treba imati na umu da je čovjek kao i svi drugi i da će ponekad biti umoran, pod stresom ili se uvući u neke nepoželjne obrasce svojih roditelja i drugih predaka. Međutim, cilj je osvijestiti što nam je i, iako smo odreagirali na način koji nije u redu, da se možemo ponovno vratiti u balans, da možemo objasniti djetetu što se događalo, prikladno njihovoj dobi (bilo riječima ili zagrljajem, dodirom), i u konačnici, da možemo sebi oprostiti. U kontekstu relacijskih potreba, odnosno temeljnih potreba čovjeka, prema Erskineu (2011) to bi bile potreba za sigurnošću koja govori o tome da smo sigurni i zaštićeni, prihvaćeni i da su naše potrebe i osjećaji u redu. Isto tako, to je potreba za prihvaćanjem od stabilne, pouzdane osobe – bilo da se radi o roditelju, odgajatelju, učitelju, da je u redu vjerovati im, da će nas podržati, ohrabriti ili dati informaciju onda kad nam je to potrebno.



Roditeljske vještine se mogu naučiti i roditelj može raditi na njima, bilo putem edukacije i/ili osobne psihoterapije. Tu spadaju vještina roditeljske podrške djeci, komunikacija između roditelja i djeteta i uključenost roditelja (Kosterman et al. 1997, rema NIDA-i, 2003). U kontekstu prevencije zloupo-

rabe droga, ključna je roditeljska uključenost i praćenje što se događa s djetetom. Kako se dalje navodi u priručniku NIDA-e (2003), te vještine možemo poboljšati postavljanjem jasnih obiteljskih pravila i treniranjem da se držimo istih, znanjem o tehnikama praćenja onog što dijete radi i, još važnije, kako se osjeća. Zatim, davanje pohvala za primjerena ponašanja te držanjem umjereno dosljedne discipline sukladno već spomenutim obiteljskim pravilima. Gjurković (2016) ističe da „ako roditelj adekvatno reagira na djetetove signale i potrebe, posebno u stresnim situacijama, time omogućuje djetetu sigurnu osnovu na temelju koje ono stvara sliku o sebi kao i načine sučeljavanja sa stresom.“

National Institute on Drug Abuse (2003, prema Durmić, 2011) navodi kako bi obiteljski preventivni programi trebali biti fokusirani na:

- učenje roditelja kvalitetnijim komunikacijskim vještinama u obitelji
- treningu odgovarajućih stilova discipline djece
- čvrstom i konzistentnom provođenju pravila
- unaprjeđenje obiteljskih odnosa i povezanosti članova obitelji kroz trening vještina, unaprjeđenja roditeljske podrške djeci, unaprjeđenja komunikacije roditelji-djeca i roditeljske uključenosti u život njihove djece
- razvoj roditeljskog monitoringa i supervizije kroz vještine uspostave pravila, praćenja djeteta, razvoj senzibilitnosti roditelja za primjenu pohvale za odgovarajuće ponašanje njihove djece

Kad govorimo o edukaciji o drogama unutar obitelji, Bauman et al. (2001 prema NIDA-i, 2003) govori kako edukacija pruža mogućnosti za obitelj da raspravljaju o zlouporabi kako legalnih, tako i nelegalnih supstanci. Time se smanjuje velika mističnost oko zlouporabe, ali se i dobivaju jasne informacije i poruke o štetnosti. Također se navodi pozitivan utjecaj kratkih intervencija usmjerenih na specifično roditeljsko ponašanje koje mogu promijeniti specifično roditeljsko ponašanje kako bi se smanjili kasniji rizici zlouporabe droga.

2.2.2 Školski i predškolski programi

Osim prevencije u obitelji, moramo naglasiti i prevenciju u školi kao odgojno-obrazovnoj instituciji koja ima različite alate na dispoziciji sukladno dobi djece i može već u ranim godinama procijeniti rizike, a onda, naravno, i osmisliti kako iste ukloniti ili smanjiti. Ovdje možemo ubrojiti i predškolske programe prevencije kao rani oblik prepoznavanja i interveniranja.

Kao što smo već spomenuli, programi prevencije mogu se osmisliti i provoditi već u predškolskoj dobi kako bi se prepoznali faktori rizika koji potencijalno mogu voditi ka zlouporabi droge. Neki od njih su agresivna ponašanja, loše socijalne vještine i poteškoće u učenju. U predškolskom kontekstu, važno je da odgajatelji i roditelji surađuju te pronađu rješenja za pojedino dijete. Kad govorimo o agresivnim, neprimjerenim ponašanjima, važno je postaviti jasna pravila i granice i u tome biti konzistentan. Neki roditelji/odgajatelji se boje postaviti granice smatrajući da tako zakidaju dijete, no činjenice su sasvim drugačije i granice nam daju okvir za djelovanje, one nas čuvaju i upravo zbog njih možemo jasnije raspoznati što je u redu, a što nije. Ovo vrijedi i za doba djetinjstva i u odrasloj dobi. Ako dijete ima socijalnih poteškoća ili poteškoća u učenju, važno ga je što više uključivati u različite aktivnosti (koliko to njegovi kapaciteti dopuštaju u tom trenutku), ali važno je i naći

djetetove snažne strane. U knjizi „Danski odgoj djece“ (2017) navedeno je koliko štetno može biti uspoređivanje djece, stoga se jako potiče izbjegavanje ocjenjivanja dječjih radova i mogućnosti jer „ne mogu svi biti najbolji u svemu, ali mogu dati sve od sebe“. Za samopouzdanje djece važno je usmjeriti se na njihov trud u obavljanju određene aktivnosti naspram rezultata. Jačanje pozitivne slike o sebi je iznimno važno u kontekstu zaštitnih faktora. Osim neuspoređivanja djece, važno je i djetetu dati do znanja da se u njega vjeruje (Gjurković, 2016). Gjurmović (2016) dalje navodi rečenice kojima možemo djetetu iskazati povjerenje:

„To je teško, ali siguran/sigurna sam da ćeš uspjeti.“

„Čini se da imaš plan.“

„Imam povjerenja u tebe. Shvatit ćeš to.“

Važno je uključiti dijete u aktivnosti sukladno dobi u kojoj ono može pomoći, a time se i osjećati korisno i važno prije svega, kao što je slaganje igrački ili nošenje nekih stvari te nastavno na to validirati to:

„Baš je lijepo što si mi pomogao/pomogla nositi stvari.“

„Cijenim to što si sve igračke vratio/vratila na mjesto.“

Preventivni programi za osnovnoškolsku djecu trebaju biti fokusirani na poboljšanje akademskog uspjeha i socijalno-emocionalno učenje u svrhu smanjenja faktora rizika zlouporabe droga, poput ranih agresivnih ponašanja, akademskog neuspjeha i napuštanja škole. Pritom se obrazovanje treba usredotočiti na sljedeće vještine (Ialongo et al., 2001 prema NIDA-i, 2003) :

- samokontrola
- emocionalna svijest
- komunikacija
- rješavanje društvenih problema
- akademska potpora, osobito u čitanju

Jedan od zadataka u osnovnoj školi je svakako učenje samokontrole i samoregulacije te je važno djecu educirati kako mogu reagirati, koji su primjereni načini putem različitih aktivnosti, ali je i jako važno naučiti ih kako da se smire ako ih prate intenzivni osjećaji. Povezano s tim, od najranije dobi se djecu treba učiti o važnosti emocija i o tome kako ih prepoznati kako ne bi bili zbunjeni onime što im se događa, ali i da imaju priliku izraziti svoje emocije, da ne budu sami s njima, pogotovo ako su preplavljeni emocijama.

Komunikacija bi bila dio ovog izražavanja emocija, ali i odnosni dio - kako riješiti konflikt (društveni problem), kako koristiti alate nenasilne komunikacije te kako dobiti pomoć u vidu potpore i pomoći u učenju, osobito čitanju.

Kad govorimo o preventivnim programima za više razrede osnovne škole i srednju školu, tada, navode autori Botvin et al. (1995) kao i Scheier et al. (1999) prema NIDA-i (2003), treba se fokusirati na jačanje akademskih i društvenih kompetencija te vještina:

- navike učenja i akademska podrška
- komunikacija
- vršnjački odnosi
- samoučinkovitost i asertivnost
- vještine otpornosti na droge
- jačanje stavova protiv droga

Adolescencija je iznimno intenzivno razdoblje u životu kad se djeca i mlade osobe suočavaju s brojnim fizičkim, ali i psihološkim promjenama koje obuhvaćaju emocionalne i kognitivne komponente. U ovoj dobi djeca razvijaju identitet, vlastite vrijednosti i stavove te postaju neovisni o roditeljima. U toj neovisnosti se rađaju mnogi sukobi s roditeljima jer se djeca sve više počinju suprotstavljati roditeljima, smatrajući da nije sve onako kako su im roditelji govorili. Razlog tome je proces individualizacije kad adolescenti pokušavaju otkriti tko su, odnosno pokušavaju sami razviti svoje stavove i vrijednosti koji se razlikuju od roditeljskih. Osim potrebe da budu individualni, adolescenti prolaze i kroz „deidelizaciju roditelja“ uviđajući da njihovi roditelji nisu savršeni, da griješe. Adolescencija je toliko zahtjevna jer, s jedne strane, to jest vrijeme u kojem se adolescenti moraju odvojiti od roditelja, ali ne sasvim. Oni preispituju svijet oko sebe, posebice autoritete i stavove, žele svoju samostalnost i pravo na mišljenje, ali istovremeno jako ovise o svojim roditeljima i osjećaju se nesigurno bez njih. Roditelji se, pak, u tom vremenu suočavaju s osjećajem gubitka odnosa s djetetom koji su dotad imali. Za tu dob je karakterističan utjecaj vršnjaka i probijanje granica, stoga se često u ovom razdoblju testiraju granice. To svakako uključuje i sklonost upuštanja u različita rizična ponašanja, kao i eksperimentiranje s drogama.



U ovoj dobi je važno mladima ponuditi STEM, sportske i umjetničke programe, sukladno njihovim interesima. Zatim, pružiti im psihološku podršku kako bi se lakše nosili s izazovima adolescencije, provoditi različite radionice na tu temu. Educirati ih o vršnjačkom utjecaju, ali im prvenstveno pomoći graditi njihov identitet. Dati im priliku da promišljaju tko su, što žele, koje su njihove snažne strane, kao i one slabije i što je to što ih čini jedinstvenima. Raditi na vještinama asertivnosti, da se zauzmu za sebe, da se izbore za svoja prava, a da se pritom ne narušavaju prava drugih. Asertivnost uključuje:

- Izražavanje vlastitog mišljenja
- Izražavanje vlastitih osjećaja
- Naglašavanje posljedica neželjenog ponašanja (ako se ponašanje nastavi tada ...)
- Izražavanje razumijevanja za drugu osobu (razumijem da ... ALI ja ...)
- Ponavljanje jasnog zahtjeva

Asertivna prava pojedinca jesu:

- Poštovati sebe (ono što jesam, ono što radim)
- Prepoznati svoje individualne potrebe
- Izreći jasnu "ja-poruku" (Ja sam tužan, nesretan, ljut kad ti radiš ...)
- Dopustiti sebi pogreške
- Promijeniti mišljenje
- Tražiti "vrijeme za razmišljanje"
- Dopustiti si uživanje u vlastitom uspjehu
- Tražiti ono što želim
- Prepoznati da nisam odgovoran za ponašanje drugih odraslih ljudi
- Poštovati druge ljude (i njihova asertivna prava)

Isto tako, važno je da budu svjesni rizika ovisnosti, kako dolazi do ovisnosti, što to može značiti, kome se javiti ako imaju problem i sl.

2.2.3 Programi zajednice za sprječavanje uporabe droga među djecom i adolescentima

Preventivni programi usmjereni na opću populaciju, najbolje uspjehe mogu polučiti ako ciljaju ključne prijelazne točke u životima adolescenata, poput prelaska u više razrede osnovne škole ili u srednju školu. Uspjesi se bilježe, čak i među visokorizičnim obiteljima i djecom. Ovakvi programi smanjuju stigmatizaciju ovisnosti i promoviraju povezivanje sa školom i zajednicom (Botvin i sur. 1995; Dishion i sur. 2002. prema NIDA-i, 2003).

Istraživanja su pokazala da su ključna rizična razdoblja za zlouporabu droga događaju upravo tijekom velikih prijelaza u životu djece. Ovi prijelazi uključuju značajne promjene u tjelesnom razvoju (npr. adolescencija) ili društvene situacije (kao što je selidba ili kad se roditelji razvode), kad djeca dožive neko traumatično iskustvo ili su u jako ranjivom položaju.

Prva velika tranzicija za djecu je odlazak u školu. Kasnije, prijelazom iz osnovne u srednju školu, djeca često doživljavaju nove akademske i društvene situacije, upoznaju veći broj svojih vršnjaka. Samim time raste i društveni pritisak pa je vjerojatnije da će se djeca po prvi put susresti sa zlouporabom droge u ranoj adolescenciji.

Zatim, kada krenu u srednju školu, mladi se suočavaju s dodatnim socijalnim, psihološkim i obrazovnim izazovima. Istovremeno, mogu biti izloženi lakšoj dostupnosti droga i društvenim događajima koji uključuju konzumaciju droga. Ovi izazovi mogu povećati rizik da će zlouporabiti alkohol, duhan i droge. Posebno izazovna situacija javlja se u kasnoj adolescenciji kada mlada osoba seli iz kuće prvi put prilikom pohađanja fakulteta ili ranog zaposlenja i kada više nije pod roditeljskim nadzorom.

Battistich et al. (1997 prema NIDA-i, 2003) navode kako kombinirani preventivni programi u zajednici, obitelji i školskom okruženju mogu biti puno učinkovitiji nego samo jedan preventivni program. Preventivni programi koji se istovremeno provode u različitim okruženjima, poput škola, klubova, vjerskih organizacija, ali isto tako i medija, smatraju se iznimno učinkovitim —posebice kad prenose iste poruke, kako bi one bile što jasnije i dosljedne (Chou et al. 1998, prema NIDA-i, 2003).

Primjer preventivnog programa u zajednici bile bi mjere i propisi vezani uz duhan i alkohol (novčane kazne, zabrane i ograničenja reklamiranja), norme zajednice prema legalnim sredstvima ovisnosti, kanabisu i asocijalnom ponašanju. Također, to bi uključivalo intervencije za mlade u programima slobodnog vremena, općim programima izvan škole, u sportskim klubovima, klubovima za mlade, programima za manjine, praćenje intervencija usmjerenih mladima u riziku ili koji već eksperimentiraju s drogama.

2.3 Provedba preventivnog programa

Dosad smo navodili kako osmisliti preventivne programe, kakvi sve programi postoje i što trebaju sadržavati. Sljedeći korak je provedba. Prije same provedbe, trebamo jasno navesti koji su nam ciljevi, kako ćemo znati da smo ih postigli i, naravno, važno je evaluirati sami program. Stoga bi na početku valjalo, kao i na kraju, imati anketu kako bismo mogli pratiti promjene. Osim toga, trebamo napraviti jasnu organizaciju programa i korake koji su bitni u samoj provedbi.

Ako je zajednica procijenila neki program učinkovitim i želi ga provesti, prilagođava ga svojim potrebama, pravilima zajednice ili različitoj kulturi. Treba uzeti u obzir, da bi program ostao učinkovit, neke bazične postavke moraju ostati iste, odnosno one koje su potkrijepljene istraživanjima (Spoth et al, 2002, prema NIDA-i, 2003), a koje uključuju:

- strukturu (kako je program organiziran i strukturiran)
- sadržaj (informacije, vještine i strategije programa)
- provedbu (kako je program prilagođen, implementiran i evaluiran)

Preventivni programi bi se trebali odvijati dugoročno s ponavljanim intervencijama (tzv. *booster* programi) za pojačanje izvornih ciljeva prevencije. Istraživanja pokazuju da benefiti učinkovitih preventivnih programa iz osnovnih škola nestaju ako se nisu dalje provodili i u srednjim školama (Scheier et al. 1999, prema NIDA-i, 2003).

Programi prevencije trebaju uključivati obrazovanje nastavnika o dobrom upravljanju razredom, kao što je nagrađivanje primjerenih ponašanja učenika. Takve tehnike pripomažu učenicima da



usvoje pozitivna ponašanje, postignuća, akademsku motivaciju i školsko povezivanje (Ialongo et al. 2001 prema NIDA-i, 2003). Učionica predstavlja odličan poligon za učenje o empatiji, asertivnim ponašanjima, nenasilnoj komunikaciji i pružanju podrške. U ovom dijelu, kao što Botvin i sur. (1995, prema NIDA-i, 2003) navode, preventivni programi su najučinkovitiji kada koriste interaktivne tehnike, vršnjačke grupe za raspravu koje na taj način omogućuju da se problem ovisnosti dotakne s različitih strana. Kao primjer navodimo da škola može provesti kampanju protiv droge, uključiti učenike koji su skloniji umjetnosti da promišljaju o ovom problemu služeći se različitim kreativnim izražavanjem. Nadalje, može uključiti učenike koji su skloniji sportskim aktivnostima da na taj način „prorade“ temu; mogu se organizirati debatni klubovi. S učenicima se mogu provesti radionice na temu „zašto netko postaje ovisan“. Mogu se provoditi i druge radionice na teme poput „nošenje s teškim emocijama“, „samoregulacija“, „asertivnost i komunikacijske vještine“. Mogu se organizirati programi vršnjačke pomoći u učenju. Škola se može povezati s lokalnim udrugama i ustanovama kako bi se učenici uključili u volonterske programe te tako razvijali empatiju upoznavajući različite ranjive skupine u društvu, ali i kako bi bili korisni što bi pridonijelo razvoju samopouzdanja. Ono što je važno jest da škola procijeni, pitajući svoje učenike, što im treba, što znači da su sukreatori

programa jer, kao što smo spomenuli ranije, adolescenti posebice imaju potrebu da ih se čuje i vidi, da ih se uključuje. Stoga, smatramo da škola može pružiti taj dio, svejedno im dajući jasna pravila i granice, ali i slobodu da osmišljavaju i biraju.

Roditelji isto tako mogu kreativnim aktivnostima raditi na jačanju roditeljskih vještina. Programi mogu biti organizirani u lokalnim udrugama ili u školama, a radionice mogu uključivati teme komunikacijskih vještina, vođenja razgovora s adolescentima, postavljanje granica i čemu one služe, jačanje samopouzdanja adolescenata, nošenje s promjenama u odnosu roditelj-dijete u vrijeme adolescencije i sl.

Za kraj ovog poglavlja bismo naveli da preventivni programi ne pružaju samo socijalnu dobrobit, već i ekonomsku. Istraživanja pokazuju da za svaki uloženi dolar u prevenciju možemo uštedjeti do 10 USD u liječenju za zlouporabu alkohola ili drugih supstanci (Pentz 1998; Hawkins 1999; Aos et al. 2001; Spoth i sur. 2002, prema NIDA-i, 2003).

I zaključno, vezano uz dio prevencije, važno je znati da možemo djelovati na djecu i mlade, da možemo steći neke nove vještine kao roditelji, da možemo ponuditi nove programe kao škola i kao zajednica. Ono što je također važno jest da su programi temeljeni na znanstvenim istraživanjima, da su primjereni ciljanoj skupini i da uspostavljanjem veće suradnje među nabrojanim dionicima možemo jače utjecati na djecu i mlade i jačati njihove zaštitne faktore, odnosno smanjivati/uklanjati one rizične.

3 Psihologija ovisnosti

Milijuni ljudi svake su godine izloženi velikoj količini tvari koje izazivaju ovisnost, a osobito tijekom same medicinske skrbi kada su izloženi velikoj količini lijekova za suzbijanje boli, opijatima, sedativima i slično. Većina ne postaje ovisna, čak ni u slučaju kada se izazove privremena tolerancija i ovisnost. Na vjerojatnost same početne upotrebe sredstava ovisnosti i njezine progresije, prema patološkom uzorku korištenja, utječu intrinzični čimbenici kao što su genotip, dob, spol, starost pri prvoj konzumaciji psihoaktivne tvari, prethodni poremećaji ovisnosti ili neke druge mentalne bolesti te ekstrinzični čimbenici, kao sama dostupnost psihoaktivnih tvari, socijalna podrška pri uzimanju istih (osobito u mladima), neki razvojni nedostaci još iz doba djetinjstva, socioekonomski status i slično te, naravno, sama priroda djelovanja tvari ovisnosti – psihoaktivna svojstva tvari, farmakokinetika i način primjene (Ducci i Goldman, 2012).

Zlouporaba sredstava ovisnosti kod mladih i rizici koji su s njom povezani velik su problem suvremenog društva i u mnogim zemljama poprimaju razmjere epidemije. Droga se zlouporabljuje iz psiholoških razloga (depresija, anksioznost, mladenačka nesigurnost te bijeg od problema), socioloških (utjecaj grupe vršnjaka, trend uzimanja droge prisutan u kulturi mladih) i bioloških razloga (nasljedne razlike, tolerancija). Započinjanje sa zlouporabom duhana, alkohola i droga u najvećem broju slučajeva javlja se u adolescenciji, a mladi su, zbog specifičnosti razdoblja odrastanja, relativnog neiskustva te određene mladenačke sklonosti rizicima, najugroženija populacijska skupina za usvajanje i razvoj ovisničkog ponašanja. Za razumijevanje tog kompleksnog fenomena potrebno je provoditi sustavna istraživanja pojavnosti zlouporabe različitih sredstava ovisnosti. Na taj način dobiva se slika stvarnog stanja te se, u skladu s njom, mogu osmišljavati i provoditi preventivne aktivnosti kojima se može utjecati na smanjenje zlouporabe sredstava ovisnosti, a samim time se smanjuje i rizik ulaska mladih u opasan svijet ovisnosti.

Pri nastanku ovisnosti i uopće za početak konzumacije opojnih droga postoje zaštitni i rizični čimbenici. Zaštitni čimbenici su povoljne i čvrste obiteljske veze, uključenost roditelja u život i aktivnosti djece, nadzor nad društvom vršnjaka djeteta i njihovim aktivnostima, dobar uspjeh u školi, jasni okviri i pravila ponašanja u obitelji te usvajanje znanja o uporabi droga. Rizični čimbenici su nepovoljna i nepodržavajuća obiteljska okolina, neučinkovito roditeljstvo, nedostatak odgoja i nadzora, nedostatak veze roditelj-dijete, loš školski uspjeh, neprikladno, agresivno ili povučeno ponašanje, neadekvatne vještine snalaženja u društvu, druženje s vršnjacima koji su skloni rizičnom ponašanju te uporaba droga u obitelji ili među vršnjacima na koju se gleda s odobravanjem. U pozadini životnog puta ovisne osobe je najčešće disfunkcionalna obitelj. Na obitelji je najveća odgovornost za ponašanje djece jer u ranom adolescentnom razdoblju, kad djeca počinju eksperimentirati s drogama, njihova sposobnost rasuđivanja i donošenja odluka još nije adekvatno razvijena. Što ranije počnu s uzimanjem droga, to su teže posljedice i rizik od ovisnosti je puno veći (Sakoman, 2002).

3.1 Teorije ovisnosti

3.1.1 Neurobiološka teorija nastanka ovisnosti

Iako različite vrste sredstava ovisnosti imaju različita kemijska svojstva, svi oni dijele zajedničke puteve nagrađivanja u mozgu. Neuronu međusobno komuniciraju pomoću neurotransmitera od kojih je u „krugu nagrade mozga“ najvažniji dopamin. Određena istraživanja pokazuju kako svako od mogućih sredstava ovisnosti zapravo oponaša ili pojačava djelovanje jednog ili više neurotransmitera u mozgu koji su uključeni u kontrolu kruga nagrada mozga. Tako opijati oponašaju endogene spojeve endorfine, kokain i kokainu srodne tvari poboljšavaju djelovanje samog dopamina, nikotin oponaša djelovanje acetilkolina na svoje nikotinske receptore, a alkohol, među svojim mnogobrojnim učincima, olakšava aktivaciju gama-aminomaslačne kiseline (GABA), jednog od najčešćih neurotransmitera u mozgu koja je ujedno i najznačajniji inhibicijski neurotransmiter. Iako svaki od tih četiriju neurotransmitera ima mnogo akcija u mozgu, svi imaju zajednički put djelovanja: svi oni reguliraju aktivnost puteva povezanih s osjećajem nagrade u mozgu (Proc Natl Acad Sci, 2022).

3.1.2 NASLJEDNA TEORIJA

Prema Goldman, Oroszi i Ducci (2005), postoje određeni dokazi kako genetika igra ulogu i u samoj inicijaciji upotrebe sredstava ovisnosti. Utjecaji vršnjaka i obiteljsko okruženje najvažniji su čimbenici za početnu izloženost i sami početak upotrebe, dok genetički čimbenici i psihopatologija predstavljaju značajnu ulogu pri prijelazu na problematičnu upotrebu. Postoje studije na obiteljima, posvojenoj djeci i blizancima koje pokazuju da genetski čimbenici igraju značajnu ulogu u razvoju ovisnosti. Korištenjem podataka iz velike ankete koja je provedena nad odraslim blizancima, dobiveni su podaci da je najviša pozitivna korelacija genetike u ovisnosti o kokainu, a najniža u ovisnosti o halucinogenima.

3.1.3 TEORIJA SOCIJALNOG UČENJA

Utemeljitelj teorije socijalnog učenja je Albert Bandura, kanadski psiholog i jedan od najcitiranijih autora današnjice. Teorija socijalnog učenja (Bandura prema Skutle, 1999) u principu proučava učenje koje se zbiva u socijalnom okruženju, a ovisi o kognitivnim procesima, to jest kognitivni procesi su ti koji određuju učinak na ponašanje. Tako socijalno-kognitivna teorija zapravo prihvaća

postavke bihevizma i kognitivizma, što uključuje principe potkrepljenja i kazne u sklopu bihevizma, opservacijsko učenje promatrajući ponašanje drugih ljudi te unutarne kognitivne procese koji utječu na socijalno učenje kao dio kognitivizma. Primjenjujući tu teoriju na primjeru korištenja psihoaktivnih sredstava ovisnosti, konkretno govoreći u ovom slučaju – alkohola, govorimo o učenju takvog ponašanja modeliranjem, odnosno promjena ponašanja osobe ovisnika rezultat je promatranja ponašanja drugih, najčešće njemu važnih osoba. Međutim, u obzir moramo uzeti i očekivanja koja osoba ima od korištenja istih. Tako to mogu biti relaksacija, poboljšanje socijalnog života, povećana atraktivnost i samouvjerenost te tomu slično. Također, postoje i druge skupine čimbenika koje govore o efikasnosti odbijanja konzumacije alkohola koje vodi, takozvanom, situacijskom samopouzdanju. Kritičari teorije svoje stavove argumentiraju činjenicom kako svaka osoba ima određene individualne osobine kao i genetske predispozicije.

3.1.4 GOSPODARSKE TEORIJE

Gospodarske teorije (Popovici i French, 2013) razmatraju kako ekonomski čimbenici utječu na osobu i zloupotrebu psihoaktivnih tvari i obrnuto, kako prekomjerna konzumacija istih utječe na ekonomiju. Zloupotreba alkohola, kao primjer psihoaktivne tvari, izravno utječe na produktivnost kroz veću vjerojatnost ozljede, odsutnosti i slabe radne sposobnosti, a neizravno kroz niže obrazovanje i obuku na poslu. Na konkurentnom tržištu rada niža je produktivnost povezana s većom vjerojatnošću gubitka radnih mjesta i smanjene zarade. Svi rezultati provedene studije pokazuju pozitivnu korelaciju i značajan učinak nezaposlenosti na ponašanje pijenja te su robusni brojnim testovima osjetljivosti.

3.1.5 PSIHODINAMSKO TUMAČENJE OVISNOSTI

Gledajući psihološke uzroke ovisnosti svakako trebamo krenuti od psihodinamske teorije čiji je utemeljitelj bio austrijski neurolog židovskog podrijetla, Sigmund Freud. Točnije, Freudova psihoanaliza bila je izvorna psihodinamska teorija, no psihodinamski pristup kao cjelina uključuje sve teorije koje su se temeljile na njegovim idejama, npr. Jung (1964), Adler (1927) i Erikson (1950). S obzirom na navedeno, Freudove teorije bile su psihoanalitičke, dok se sami pojam psihodinamske teorije odnosi i na njegove teorije i na teorije njegovih sljedbenika. Godine 1900., Freud (prema McLeod, 2007) je prvi iznio ideju kako u ljudskom umu postoji nesvjesna komponenta. Brojnim proučavanjima bolesnika, uglavnom žena srednjih godina, Freud uvodi komponentu nesvjesnih psiholoških procesa i iskustava iz djetinjstva kao ključnih u oblikovanju ličnosti čovjeka odrasle dobi. Psihodinamska teorija temelji se na nekoliko glavnih odrednica, a to su komponenta nesvjesnog, važnost ranih iskustava u oblikovanju ličnosti odraslog čovjeka, podjela psihičke komponente čovjekove ličnosti na tri glavne odrednice – id, ego i superego te dva osnovna pokretača ljudskih postupaka – *eros* i *thanatos*.

Prema Freudu, nesvjesni je um primarni izvor čovjekova ponašanja. Metaforički preneseno, ako um zamislimo kao ledeni brijeg, najvažniji dio uma je upravo onaj dio koji ne možemo vidjeti. Psihodinamska teorija navodi i kako događaji u našem djetinjstvu imaju velik utjecaj na naše živote u odrasloj dobi, oblikujući tako našu ličnost. Naše ponašanje i osjećaji (uključujući psihološke probleme i ovisnosti) ukorijenjeni su u našim dječjim iskustvima. Događaji koji se javljaju u djetinjstvu mogu ostati u nesvjesnom dijelu uma i uzrokovati probleme kod odrasle osobe. Psihodinamska teorija snažno je deterministički orijentirana jer na naše ponašanje gleda kao da je u potpunosti uzrokovano onim nesvjesnim nad kojim nemamo kontrolu. Nesvjesne misli i osjećaji mogu se pre-

nijeti u svjesni dio uma u obliku, tzv. Freudian slip (*parapraxis*). Pojam se odnosi na ono što nismo htjeli i mislili, a time zapravo otkrivamo ono što nam je u nesvjesnom dijelu uma. Tako je svako ponašanje zapravo unaprijed određeno. Psihoseksualni razvoj prema teoriji Freuda, kao i u klasičnoj psihoanalizi, obuhvaća pet razdoblja razvoja tijekom kojih ljudsko biće napreduje prema psihoseksualnoj zrelosti. Prema njegovoj teoriji, ljudski razvoj zapravo predstavlja prijenos libidinalne energije iz jednog područja u drugo pa su i faze razvoja vezane uz pojedine dijelove tijela. U oralnoj fazi razvoja oralne aktivnosti djeteta, kao što su sisanje i grizenje, djetetu stvaraju određeni osjećaj seksualnog zadovoljstva. Analna faza seksualnu gratifikaciju postiže stezanjem i opuštanjem sfinktera kako bi se postigla kontrola eliminacijskih funkcija. U trećoj fazi, falusnoj fazi, glavnu erogenu zonu predstavljaju spolni organi. Razdoblje je to u kojem se kod muške djece razvija faza Edipovog kompleksa, a u ženske djece, tzv. Elektrinog kompleksa, u kojoj se dijete poistovjećuje s istospolnim roditeljem prema kojem osjeća ljubomoru i neprijateljstvo zbog svoje podsvjesne želje za roditeljem suprotnog spola. Oko pete godine života kompleks se razrješava, a dijete ulazi u razdoblje latencije u kojem seksualni osjećaji ostaju u nesvjesnom dijelu uma. Zadnja faza je genitalna faza u kojoj, ako je razvoj prema ovoj teoriji bio uravnotežen, ljudi nastoje postići seksualnu gratifikaciju s osobom suprotnog spola. Neuravnotežena interakcija između bioloških nagona i okruženja ili određene traume tijekom faza psihoseksualnog razvoja, mogu dovesti do onoga što nazivamo zastojem ili fiksacijom, a nerijetko može prouzročiti poremećaje ličnosti ili ponašanja. Primjer za to je oralna faza. Osobe kojima je libido ostao vezan uz oralnu fazu nerijetko grizu nokte, puše, prejedaju se te su skloni različitim vrstama ovisnosti, uključujući i ovisnost o psihoaktivnim tvarima. Govoreći pak o čovjekovoj ličnosti, ona se sastoji od triju osnovnih sastavnica – id, ego i superego. Id je u principu ona primitivna i instinktivna komponenta ličnosti sastavljena od svih bioloških komponenti ličnosti prisutnih od samog rođenja, a uključuje i životni ili seksualni instinkt – *eros*, i smrtni ili agresivni instinkt – *thanatos*, koji su u stalnom sukobu te jedan pokušava nadvladati drugoga. Ego je razvijen kao posrednik između nerealnog ida i stvarnog svijeta. On kontrolira nagonske potrebe i zadržava prihvatljivo ponašanje potiskujući ono neprihvatljivo. Superego je zapravo savjest. On uključuje vrijednosti i moral društva naučen od roditelja i svih ostalih koji ga oblikuju. Nesvjesni dijelovi uma, id i superego, u stalnom su konfliktu sa svjesnim egom, koji se tu nalazi u ulozi suca. Ovakvi sukobi u čovjeku stvaraju anksioznost koja se može riješiti pomoću obrambenih mehanizama koje stvara ego. Freud je tvrdio da kada god želje koje nameće id prijete pojavljivanju u čovjekovim mislima ili djelovanju nastaje anksioznost. Intenzitet anksioznosti ovisi o samim zahtjevima koje nameće id i čovjekovim zaštitnim mehanizmima koji mu omogućuju njihovo rješavanje. Ako dolazi do nemogućnosti rješavanja vanjskih događaja, trauma, to vrlo lako dovodi do osjećaja bespomoćnosti koju osoba očajnički pokušava izbjeći. Upravo je ovisnost jedna vrsta obrambenog mehanizma kojom se pokušava izbjeći osjećaj bespomoćnosti i nemoći. Besmislen je to način na koji ovisnik pokušava popuniti nutrinu u kojoj se nalazi neuspjeh, nisko samopouzdanje i samopoštovanje, sumnja i anksioznost. Droga (sredstvo ovisnosti) je ta koja ovisniku daje osjećaj samoprihvatanja i privremenog samopouzdanja. On tako zamjenjuje realni svijet u kojem se nalazi i koji u njemu izaziva osjećaj beskorisnosti i nekontrola za onaj imaginarni u kojem nalazi tu toliko traženu kontrolu nad sobom i svojim životom. Ponavljanje korištenja psihoaktivne tvari postaje načinom života. Ovisnost sprječava osobu da razumije nevolju koju ona nosi. Psihodinamska teorija i psihoanaliza ovisnost vide kao poremećaj samoregulacije. Upravo oni pojedinci koji su tijekom djetinjstva bili nepovoljno izloženi (npr. seksualno zlostavljanje) imaju smanjenu sposobnost reguliranja negativnih emocija i učinkovitog nošenja sa stresom. Upravo su oni ti koji imaju tendenciju „samoliječenja“ svoje anksioznosti i poremećaja raspoloženja. Važno je naglasiti da mnogi od njih eksperimentiraju s raznim vrstama psihoaktivnih tvari, ali samo nekolicina postaje stvarno ovisna. Khatzian (1987) o tome iznosi svoju hipotezu kako zapravo određeni tip ličnosti traži točno određeno sredstvo ovisnosti bilo koje prirode. Hipoteza u biti govori kako se o određenom sredstvu ovisnosti ne postaje

ovisnikom slučajno, već postoji neka vrsta predisponirajućeg čimbenika za razvoj ovisnosti o točno određenoj tvari. Droga o kojoj osoba postaje ovisna zapravo ima psihofarmakološko djelovanje kompatibilno onom osjećaju ili traumi s kojim se ovisnik bori. Tako imamo primjere ovisnika o opijatima i ovisnika o kokainu. Prema Khatzianu (1987), glavno posezanje za opijatima zapravo je pokušaj smanjenja agresije i bijesa s kojim se osoba bori. Osobe ovisne o kokainu uglavnom su one koje pate od impulzivnog ponašanja, manjka samopoštovanja ili pak emocionalne nestabilnosti te, prema Khatzianovom kliničkom iskustvu, nakon korištenja kokaina osjećaju olakšanje.

S druge strane, postoji zanimljiva teorija koja nastanak ovisnosti povezuje s osjećajem svemoćnosti koju sredstvo ovisnosti (droga, alkohol) pruža. Lisa Director (prema Flores 2001) u svome radu kroz slučaj mlade dizajnerice Tine, ovisnice o kokainu, ovisnike opisuje kao osobe koji o sebi samima, kao i o svojoj okolini, stvaraju neke specifične stavove i osjećaje te, ovisno o tome kakvi su ti stavovi i osjećaji, oni koriste određenu vrstu droge koja im daje kontrolu nad njima i, posljedično, osjećaj svemoćnosti. Iako je Tina odrastala u skladnim obiteljskim odnosima i nije postojalo nikakvih anamnestičkih podataka o zlostavljanju (što bi za ovisnike inače bila neka vrsta klasične obiteljske sheme), kao najmlađa u obitelji često se osjećala zapostavljeno od starije braće i sestara te preza-poslenih roditelja. Osjećaj zanemarenosti koji je svoje korijene imao u njezinu najranijem djetinjstvu, Tina je kasnije zamijenila korištenjem kokaina u socijalizaciji s drugima kako bi se uklopila i poništila negativne osjećaje koje je nosila u sebi. U samoj psihoterapiji s autoricom rada uspjela je transfer-kontratransfer odnosom na nju prenijeti osjećaj jada, beskorisnosti i zanemarenosti, odnosno osjećaje koje je ona sama imala tijekom djetinjstva. Na taj način dobila je tako potrebnu svemoć i kontrolu koju joj je inače davao kokain koji je uzimala. U radu koji iznosi Flores (2001), ovisnost se prema brojnim teorijama opisuje kao pokušaj samopopravka kod osoba nestabilne psihološke strukture. Nepovoljna iskustva iz djetinjstva i neadekvatno povezivanje s prvim objektom u najranijoj životnoj dobi dovode do ranjivosti samog ovisnika koji taj deficit pokušava nadoknaditi zloupotrebom droga, čime postiže još veće psihičko i fizičko propadanje. To dovodi do oslabljenog kapaciteta za povezivanje i stvaranje međuljudskih odnosa pa ovisnost, u jednu ruku, osim zamjene, dovodi i do zapreke u socijalizaciji.

4 Terapijske intervencije

Razvijene su mnoge terapijske intervencije koje pomažu osobama s problemima ovisnosti. U nastavku ćemo dati kratak pregled nekih metoda koje su se pokazale učinkovitima. Potraga za jednom, univerzalno uspješnom intervencijom za ovisnička ponašanja mogu se usporediti s potragom za jednorogom. Pitanje koje treba postaviti nije 'Što radi?', nego 'Koja intervencije najbolje funkcioniraju s kojim klijentima?' Ovo pitanje hvata bit podudarne hipoteze, čija su tri ključna načela ocrnali Miller i Hester (1989, prema McMurrana, 2005):

1. Ne postoji jedinstveni superiorni pristup liječenju za sve pojedince.
2. Različiti pojedinci najbolje reagiraju na različite tretmane i pristupe.
3. Moguće je spojiti pojedince s optimalnim tretmanima, čime se postiže učinkovitost liječenja.

4.1 Promjena bez pomoći

U području ovisnosti uočeno je da veliki brojevi ljudi uspješno mijenjaju svoje ponašanje bez ikakve pomoći.

Promjena bez pomoći naziva se sazrijevanje ili spontana remisija. Implicitno u izrazu "sazrijevanje" je shvaćanje da su osobe s problemom ovisnosti ili korisnici droga na neki način nezreli te da protok vremena dovodi do veće zrelosti (Yates, 1990, prema McMurrana, 2005). Nije tijekom vremena sam po sebi taj koji objašnjava promjenu, već što se događa tijekom tog vremena (Yates, 1990, prema McMurrana, 2005). Budući da više ljudi odustaje od ovisnosti ili ovisnost presijeca u većoj mjeri vlastitim naporima nego uz stručnu pomoć, to mogu biti važne lekcije koje treba naučiti od ove skupine, što može biti korisno u kliničkoj praksi.

Tuchfeld (1981, prema McMurrana, 2005) je proučavao 51 muškarca i ženu koji su se javili nakon što su imali problema s alkoholom koje su riješili bez pomoći stručnih osoba, 40 ih je postalo apstinentom, a 11 pilo umjereno. Mnogi od tih osoba su odbacili mogućnost formalnog tretmana jer nisu željeli biti etiketirani 'alkoholičari'. Kao što je rekao jedan ispitanik: „Biste li htjeli da Vas netko naziva "karcinomičarem" ako ste imali karcinom?“ (Tuchfeld, 1981, prema McMurrana, 2005). Njihovi razlozi za pokretanje promjena bili su preživljena bolest ili nesreća; izvanredni događaji poput ponižavajućeg iskustva, pokušaja samoubojstva; vjersko obraćenje; financijski problemi; izravna intervencija obitelji ili prijatelja; smrt ili bolest druge osobe povezana s alkoholom; edukacija o 'alkoholizmu' i pravni problemi povezani s alkoholom. Tuchfeld je primijetio da je rješavanje problema s alkoholom uključivalo proces promjene, uključujući prepoznavanje problema, odvajanje od društvene i slobodne aktivnosti povezane s alkoholom i modificiranje samopoimanja prema viđenju sebe kao vrijedne i kompetentne osobe.

4.2 Faze promjene

Prochaska i sur. (1992, prema McMurrana, 2005) opisuju sveobuhvatan model promjene u ovisničkom ponašanju. Identificirali su pet dobro definiranih faza koje tvore predvidljivu motivacijsku rutu od pozicija neprepoznavanja problema, kroz prepoznavanje i promjenu, do točke u kojoj problem više ne postoji. Ove je pet faza promjene kako slijede:

1. Predkontemplacija je faza kada osoba nije svjesna ili nije posebno zabrinuta zbog posljedica ovisnosti na svoje ponašanje i ne postoji namjera da se promijeni u doglednoj budućnosti. Primjer ovdje može biti pušač koji kaže: „Znam da je pušenje štetno, ali pušim otkako sam imao 17 godina i neću sada stati“.
2. Kontemplacija je faza u kojoj je osoba svjesna problema i ozbiljno razmišlja o promjeni, ali još nema čvrsto opredjeljenje za poduzimanje radnji. Pušač bi mogao reći: „Pušenje je loša navika i moram nešto poduzeti u vezi s tim, ali tako sam razdražljiv kad ne mogu zapaliti cigaretu, što znači da moram riskirati da se posvađam s ljudima.“
3. Priprema je faza u kojoj se osoba odlučila promijeniti u bliskoj budućnost. Dobar primjer je novogodišnja odluka. Pušač može odlučiti prestati pušiti 1. siječnja, a može napraviti i pripreme tako što će predložiti prijateljima da mu ne kupuju cigarete kao božićni dar.
4. Djelovanje (akcija) je kada osoba već poduzima potrebne korake, bez izgovora ili kašnjenja, tj. utječe na promjenu. Pušač s ciljem promjene može odlagati pušenje cigarete, kupiti nikotinsku žvakaću gumu ili flaster.
5. Održavanje je faza u kojoj osoba mijenja svoje ponašanje protokom vremena. Bivši pušač počeo će mijenjati sliku o sebi, od pušača do nepušača. Dok neki ljudi mogu glatko napredovati od predkon-

templacije kroz promišljanje, pripremu i djelovanje do održavanja, većina ljudi recidivira. Odnosno, rijetki se uspijevaju promijeniti u prvom pokušaju, a mnogi se vraćaju na prijašnje ponašanje. Recidivisti se vraćaju u raniji stadij, na primjer od akcije natrag do kontemplacije ili pripreme.

4.3 Trening društvenih vještina

Društvene vještine su u biti one koje su potrebne za komunikaciju s drugim ljudima. Ove vještine su i verbalne i neverbalne. Verbalne vještine uključuju ne samo ono što je rečeno, već i način na koji se govori ono što se kaže, u smislu glasnoće, tona, visine i brzine govora. Neverbalne vještine sadrže elemente kao što su držanje tijela, geste i izraz lica. Za dobru komunikaciju važne su verbalne i neverbalne vještine, a verbalne i neverbalne poruke trebaju biti usklađene. Odbijanje zahtjeva, na primjer, ne zvuči iskreno ako osoba kaže „ne“ i pri tome čini samoglasnik predugim, gleda prema dolje i vrpolti se. Osim usklađenosti, potrebne su i dobre socijalne vještine, osjetljivost na društvenu situaciju, oslušivanje onoga što drugi ljudi žele reći čitajući njihove neverbalne signale i stvarajući pri tome odgovarajući odgovor.

Metoda koja se koristi za podučavanje društvenih vještina je igra uloga. Cilj je odglumiti predviđenu problematičnu situaciju kako bi se uvježbale vještine i dobile povratne informacije o izvedbi. Metoda je vrlo slična uvježbavanju predstave kod glumaca - osobe mogu isprobati nekoliko načina izražavanja svoga teksta kako bi vidjele što najbolje funkcionira, pri čemu dobivaju savjet od redatelja. Klijent i terapeut najprije razgovaraju o problematičnoj društvenoj situaciji tako da su oboje upoznati sa scenarijem. Glavne komponente nakon toga su: modeliranje u kojoj se daje demonstracija kompetentne izvedbe; proba kojom klijent uvježbava svoj dio i povratne informacije, kada klijent i terapeut razgovaraju o izvedbi i identificiraju načine poboljšanja. Niz studija pokazalo je da je trening društvenih vještina učinkovit u pomaganju alkoholičarima da smanje količinu konzumacije alkohola. U svom pregledu ove literature, Chaney (1989, prema McMurrana, 2005) zaključuje da trening društvenih vještina ima dovoljno empirijskih potvrda da bi ova metoda osigurala trajnu ulogu u liječenju alkoholizma. Nedostaju studije ishoda treninga društvenih vještina za korisnike droga, ali je razumno pretpostaviti da bi ovakav trening bio učinkovit i s ovom skupinom korisnika (Tucker i sur., 1992, prema McMurrana, 2005).

4.4 Trening rješavanja problema

Rješavanje problema proizlazi iz rada D'Zurille i Goldfrieda (1971, prema McMurrana, 2005), koji problematična ponašanja, uključujući ovisnost, vide kao neučinkovita sredstva za suočavanje s problematičnim situacijama. Oni definiraju rješavanje problema kao proces koji: a) niz potencijalno učinkovitih alternativa za rješavanje problema čini dostupnim za određenu problematičnu situaciju i b) povećava vjerojatnost odabira najučinkovitijeg odgovora između ovih različitih alternativa.

Trening rješavanja problema ima pet odvojenih faza. Orijentacija uključuje podučavanje ljudi da prepoznaju problem kada se pojavi, a zatim da stanu i razmisle o rješenju. Pažnja je usmjerena na „negativna emocije“, što je svako neugodno stanje, kao npr. ljutnja, tjeskoba, depresija, dosada, simptomi ustezanja ili nagoni za pićem ili korištenjem droga. Umjesto da se te negativne emocije ignoriraju ili da se jednostavno trpe i podnose, one postaju znakovi za prijelaz na sljedeću fazu, odnosno fazu definiranja problema i postavljanja ciljeva. Problem treba jasno definirati opisom činjenica situacije i identificiranjem čimbenika koji stvaraju problematičnu situaciju. Iza toga treba postaviti realne ciljeve. Sljedeća faza je generiranje alternativa, usmjerena na kreativno traženje

niza strategija kojima se ti ciljevi mogu postići. Odlučivanje o akciji je faza u kojoj se odabiru najbolje opcije i formira se akcijski plan. Na kraju slijedi ocjena uspješnosti akcijskog plana. Ako su ciljevi ispunjeni, onda je i proces rješavanja problema završen, a ako ciljevi nisu postignuti, onda proces može započeti iznova fokusiranjem na pitanja koja su spriječila uspjeh u ostvarenju ciljeva.

5 Hrvatski model liječenja

Liječenje ovisnosti o opijatima je dugotrajno, s malim pomacima i često s nepredvidivim ishodom. Neki se, nažalost, liječe doživotno. Prema Sakoman (2008), tri su osnovna načela tretmana prije nego se krene s liječenjem. Ovisne osobe treba otkriti što ranije i što ranije uključiti u sustav liječenja. Što veći broj ovisnika treba biti uključen u programe liječenja i nakon što se krene s liječenjem, što duže ih zadržati pod stručnim nadzorom, neke čak i doživotno. Da bi provođenje ovih načela bilo uspješno, potrebno je uključiti i obitelj i institucije. Najranija detekcija je moguća u obitelji koja će prva primijetiti da se nešto neobično događa s njenim, najčešće mladim, članom. Puno je znakova koji ukazuju na moguće konzumiranje droga, ali često ostanu ili neprepoznati ili ovisnik vješto skriva i manipulira činjenicama. Najčešće se javljaju na liječenje kad situacija izmakne kontroli, kad iscrpe sve mogućnosti i resurse u obitelji, a to u prosjeku bude oko njihove 26 godine. U dobi od 19 ili 20 godina, kad najčešće krenu s uzimanjem heroina, već imaju razrađene obrasce prikrivanja zlorabe droge. Ako ih se nešto i pita u vezi njihovog ponašanja, često su agresivni i otresiti. Kad uzimanje heroina poodmakne, veće su potrebe za novcem kojim se kupuje droga pa tako mogu uzimati stvari iz kuće i prodavati. Ako imaju više novca nego inače, vrlo je vjerojatno da se bave preprodajom droge.

Mladi koji su ovisni gube interes za drugim aktivnostima, za poslom i općenito za kontaktom s okolinom, osim s pojedincima s kojima gaje iste interese. Od tjelesnih znakova, u početku se primjećuje mirnoća, opuštenost, usporenost, a kasnije se na rukama, ali i ostalim dijelovima tijela, mogu vidjeti ubodi. Ako jedan dan slučajno ostanu bez droge već su prisutni simptomi krize: počinju biti razdražljivi, nemirni, javlja se tresavica, šire se zjenice, prisutni su bolovi, mogu se javiti grčevi u crijevima. No ako izađu i uzmu drogu, vrate se potpuno smireni i opušteni kao da ništa nije bilo. Sve su to znakovi koji se mogu prepoznati i obitelj ne bi na njih smjela biti indiferentna. Nadalje, obiteljski liječnik je također važna karika u detektiranju ovisnosti, a onda je tu još niz drugih osoba, poput prijatelja, partnera, policije, ostalih liječnika specijalista, zatvorskog osoblja (ako je zbog kriminala ovisna osoba smještena u zatvor) i sl. Što ranijom detekcijom i uključivanjem u tretman je i povoljniji ishod liječenja i manja nastala šteta po samu ovisnu osobu. Kao što je već spomenuto, ovisne osobe i njihove obitelji treba zaštititi od stigmatizacije da bi i sami što ranije odlučili javiti se na liječenje.

Hrvatski model liječenja je opisao i razradio dr. Slavko Sakoman te ga je 1996. prihvatila Vlada Republike Hrvatske i Hrvatski sabor. Posebno detaljno je razrađen model liječenja opijatskih ovisnika, a u tom okviru i razvoj mreže centara za izvanbolničko liječenje bolesti ovisnosti. Centri su organizirani kao specijalizirane jedinice primarne zdravstvene zaštite gdje se ovisne osobe javljaju na liječenje bez uputnice, a pripadaju županijskim zavodima za javno zdravstvo. Sve osobe, bilo budući pacijenti ili njihovi roditelji, anonimno mogu doći na prvo savjetovanje, kao što se i anonimno mogu testirati na HIV, HCV i HBV u udrugama koje surađuju s centrima (Sakoman, 2008).

U okviru hrvatskog modela liječenja, svakom korisniku zdravstvene usluge se pristupa individualno te se za njega osobno kreira terapijski plan i ciljevi. Osnovni elementi terapijskog procesa uključuju:

- psihoedukaciju
- psihoterapiju (individualnu i obiteljsku)
- farmakoterapiju
- obiteljsko-savjetovanišni tretman
- pomoć u poboljšanju socijalnog ponašanja (smanjiti rizik za kriminogeno ponašanje)
- psihosocijalne intervencije (rehabilitacija, resocijalizacija)
- kontrole urina na metabolite psihoaktivnih tvari (kontrola uspostave apstinencije)
- prevencija širenja virusnih bolesti
- paralelno liječenje komorbiditeta (psihičkih i somatskih)

Sve ovisne osobe nisu niti iste povijesti, niti istog kapaciteta ili potreba te se plan liječenja smišlja za svakog ponaosob, a i svaki plan ne uključuje sve intervencije. No cilj je uvijek isti - uspostaviti što bolju kontrolu ovisničkog ponašanja.

Centri imaju zadatak provoditi evaluaciju vlastitog rada, pratiti epidemiološku situaciju na svome području te prikupljene podatke dostaviti hrvatskom Zavodu za javno zdravstvo. Učinkovitost rada centara se procjenjuje na osnovi nekoliko parametara, poput broja novopridošlih i prvi put liječenih osoba, ukupnog broja liječenih u godini dana, socio- demografskih podataka liječenih osoba, prosjeka dobi kad su prvi put počeli s konzumacijom psihoaktivnih tvari, pokrivenost tretmanom, koju vrstu lijeka uzimaju, kriminalne aktivnosti, zaraženost virusnim bolestima specifičnim za populaciju ovisnih osoba i broj umrlih. Kontinuirano praćenje, provođenje usporednih analiza i stručne supervizije rezultiralo je time što su centri postigli harmonizaciju, postupci su standardizirani te iz godine u godinu taj sustav sve bolje funkcionira.

Liječenje ovisnih osoba se ne svodi samo na uspostavljanje apstinencije od psihoaktivnih tvari i davanja lijekova. Jako je važno uspostaviti terapijski odnos, kontrolu kontratransfera te osobu poticati na vlastiti angažman da poštuje dogovoreno. Većina ovisnih osoba će razviti osjećaj odgovornosti prema terapeutu te će im i to biti motiv da poštuju terapijski dogovor. Kroz dugotrajnu i redovitu psihoterapijsku edukaciju i interakciju za očekivati je da će ih većina poboljšati svoje ponašanje i socijalno funkcioniranje. Pozitivan ishod liječenja moguć je samo uz psihoterapiju, po mogućnosti i obiteljsku psihoterapiju i uz razumno korištenu farmakoterapiju. Liječenje se smatra uspješnim kad ovisna osoba uspostavi kontrolu nad svojim ponašanjem. Na početku liječenja je ta kontrola više „vanjska“, dok je kasnije jako važno da ovisna osoba uspostavi što bolju samokontrolu (Torre, 2003).

Prema dokumentu Smjernice za psihosocijalni tretman ovisnosti o drogama u zdravstvenom, socijalnom i zatvorskom sustavu (2014) u Republici Hrvatskoj, osim bolničkog i izvanbolničkog tretmana ovisnika o drogama koji se provodi u zdravstvenom sustavu, provode se i različite mjere psihosocijalnog tretmana u sklopu terapijskih zajednica, domova za ovisnike i udruga te zauzimaju važno mjesto u cjelokupnom sustavu tretmana ovisnika. Psihosocijalni tretman ovisnika-maloljetnika i mlađih punoljetnika te povremenih konzumenata alkohola i droga, osim u službama za zaštitu mentalnog zdravlja, prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti, provodi se i u centrima za socijalnu skrb, domovima za djecu i mladež s poremećajima u ponašanju te udrugama. Temeljni oblik organizacije tretmana ovisnosti o drogama u Hrvatskoj je izvanbolničko liječenje koje se provodi u

službama za zaštitu mentalnog zdravlja, prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti županijskih zavoda za javno zdravstvo. Na taj način je ustrojena mreža koja dobro pokriva područje cijele Hrvatske pružajući ovisnicima, konzumentima i eksperimentatorima psihoaktivnih droga dostupne i kvalitetne usluge. U skladu sa zakonskim dopunama i promjenama, službe za prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnika proširile su djelatnost i na područje mentalnog zdravlja pa su u skladu sa zakonskim nazivom djelatnosti, sada službe za mentalno zdravlje i prevenciju ovisnosti i u različitim su fazama prilagodbe novim zadaćama i populacijskim potrebama. U izvanbolničkom tretmanu bolesti ovisnosti primjenjuje se stručno usuglašeni hrvatski model koji u provođenju tretmana ovisnika podrazumijeva stalnu suradnju i zajedničko djelovanje službi za zaštitu mentalnog zdravlja, prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti i liječnika primarne zdravstvene zaštite/timova obiteljske medicine. U službama rade stručni interdisciplinarni timovi koji su nositelji većine specifičnih aktivnosti usmjerenih na smanjenje potražnje droga te na planiranje i provođenje tretmana. Tim modelom omogućena je široka dostupnost liječenja kroz sustav primarne zdravstvene zaštite uz istodobno osiguranje stručnog vođenja specijalista, integrirana je sveobuhvatna skrb o ovisnicima te omogućena destigmatizacija i normalizacija tretmana, decentralizacija i degetoizacija ovisnika, kao i niski troškovi programa. U sklopu službi provode se i različiti oblici psihosocijalnog tretmana i psihosocijalnih intervencija, što uključuje intervencije na psihološkoj razini, kao što je suportivna psihoterapija, psioh edukacija, psihoterapija ponašanja, obiteljska psihoterapija i slično. Zatim, intervencije na socijalnoj razini, kao što su pomoć pri reguliranju prava na primarnu zdravstvenu skrb, uključivanje u Projekt resocijalizacije, suradnja sa sudovima i centrima za socijalnu skrb, prihvata nakon izlaska iz zatvora i slično. Osim izvanbolničkog liječenja, provodi se i bolničko liječenje i tretman na specijaliziranim odjelima u općim ili psihijatrijskim bolnicama. Bolničko liječenje traje od 16 dana (u KBC-u Sestre milosrdnice) do 3 mjeseca (u Psihijatrijskoj bolnici Vrapče). Provođenje programa liječenja u bolnicama uključuje postupak detoksikacije (od opijata, metadona, buprenorfina, sedativa), testiranje podnošenja apstinencije s farmakoterapijom ili bez nje, testiranje adekvatne doze metadona, postupak transfera s nižih doza metadona na buprenorfin ili naltrekson, postupak transfera s visokih doza metadona na buprenorfin (pomoću privremene supstitucije subritolom), revidiranje terapije i psihičku stabilizaciju zbog komorbiditetnih komplikacija te prevenciju relapsa. Terapijski program se provodi prema pravilima terapijske zajednice, radi se grupna i individualna terapija (psioh edukacija, motivacijski intervju, savjetovanje, suportivna i kognitivno-bihevioralna terapija) te obiteljska terapija (individualni i grupni način), a provode se i psihološka testiranja. U sustavu socijalne skrbi postoje dva osnovna tipa ustanova koje djeluju na suzbijanju zlouporabe droga. To su centri za socijalnu skrb i domovi socijalne skrbi (na prvom mjestu domovi za odgoj i odgojni domovi za djecu i djecu bez odgovarajuće roditeljske skrbi). U širokom spektru i rasponu aktivnosti i mjera djelatnosti socijalne skrbi značajno mjesto zauzima prevencija svih neprihvatljivih oblika ponašanja pa tako i zlouporabe sredstava ovisnosti. U suzbijanju problema zlouporabe sredstava ovisnosti, uloga i mjesto socijalne skrbi ogleda se kroz selektivnu i indiciranu prevenciju te tretman. Prevencija se provodi kroz rad s, takozvanim rizičnim obiteljima, rad s djecom koja manifestiraju neke oblike poremećaja ponašanja, suradnju s predškolskim i školskim ustanovama, suradnju sa zdravstvenim i pravosudnim ustanovama, sa sudovima, udrugama i drugima. Uloga i mjesto djelatnosti socijalne skrbi u tretmanu ogleda se kroz: izradu programa tretmana za djecu i mladež koja su već došla u doticaj sa sredstvima ovisnosti, organizaciju prikladne pomoći i zaštitu djece čiji su roditelji ovisnici. Također, djelatnici socijalne skrbi sudjeluju u programima liječenja ovisnika te u njihovoj rehabilitaciji i resocijalizaciji. U sustavu socijalne skrbi prema rizičnoj skupini djece i mladeži poduzimaju se mjere obiteljsko-pravne zaštite i mjere socijalne skrbi, bilo da se radi o djeci iz rizičnog obiteljskog okruženja ili o djeci i mladeži rizičnog ponašanja. Važna uloga centara je u provođenju posebnih obveza koje može državni odvjetnik za mladež uvjetovati u pret-pripremnom postupku ili se može izreći kao odgojna mjera kada je maloljetnik ili mlađi punoljetnik

počinio prekršaj ili kazneno djelo u vezi s drogom. Također, nositelji socijalno-zaštitnih mjera dužni su osigurati uvjete u sustavu socijalne skrbi kako bi se pravovremeno pružila pomoć eksperimentatoru i ovisniku, pomoć obitelji te pravodobno poduzimale mjere prema rizičnoj skupini djece i mladeži i rizičnim obiteljima. Također, za ovisnike koji se mogu motivirati za potpuno odvikavanje (*drug-free* postupak) postoji mogućnost pružanja usluga u domu za djecu ili odrasle osobe ovisne o alkoholu, drogama i drugim opojnim sredstvima te terapijskim zajednicama. Terapijske zajednice, koje ispunjavaju sve uvjete sukladno pravilniku koji je u lipnju 2009. godine na temelju Zakona o socijalnoj skrbi donio ministar mjerodavan za poslove socijalne skrbi, mogu ostvariti redovito financiranje na osnovi ugovora s Ministarstvom socijalne politike i mladih. Pojedini oblici tretmana provode se i u udrugama i terapijskim zajednicama koje su ustrojene i djeluju kao udruge, a tretmani u sklopu tih organizacija financiraju se pomoću samofinanciranja, donacijama domaćih i stranih donatora i/ili na temelju javnih natječaja Ministarstva zdravlja i Ureda za suzbijanje zlouporabe droga te iz fondova Europske unije. U sklopu smještaja ili boravka u domu i terapijskim zajednicama, ovisnicima se mogu osigurati usluge najdulje do tri godine, a ako se radi o djeci, najdulje do godinu dana. Domovi za ovisnike i terapijske zajednice pružaju usluge socijalnog i savjetodavnog rada, psihosocijalne pomoći i podrške, radne terapije i radno-okupacijskih aktivnosti, skrbi o zdravlju i psihološke podrške. Domovi za odrasle osobe i terapijske zajednice mogu pružati usluge organiziranog stanovanja uz organiziranu stalnu ili povremenu podršku stručnih ili drugih radnika. U svrhu osiguranja potrebnih kapaciteta u sustavu socijalne skrbi za ovisnike, potrebno je izraditi novu mrežu javnosocijalne službe kojom će se za područje Republike Hrvatske odrediti potrebni kapaciteti za pružanje socijalnih usluga ovisnicima.

6 Stigma

Osobe s mentalnom bolesti ili poremećajem moraju se boriti sa simptomima svoje bolesti i sa stigmatizacijom društva. Diskriminacija, omalovažavanje, isključivanje, izrugivanje, vrijeđanje, etiketiranje i niz drugih pojava koje proizlaze iz stigmatizacije produkt su straha i neznanja, predrasuda i stereotipa koji se nalaze u svim slojevima društva.

Stigmatizacija obično rezultira stavljanjem osoba u određenu skupinu. Ako se ne razvije osjećaj pripadnosti toj skupini, stigma za tu osobu neće biti značajna niti će je osoba doživjeti ili prihvatiti. Ako stigmatizirana osoba prihvati stigmu i poistovjeti se s njom, neminovno se razvija osjećaj niskog samopoštovanja i niskog samovrednovanja (Ivezić, 2006).

Promjena terminologije, kada govorimo o ovisnosti, je jedan od važnih koraka u smanjenju stigme (Goldman, 2010). Odabirom nestigmatizirajućeg jezika oboljeli mogu odabrati kako će se identificirati u odnosu na svoju ovisnost. Iako ne možemo riješiti problem temeljne stigme koja okružuje ovisnost, promjena riječi koje koristimo je jedan od načina da umanjimo negativnu percepciju društva o liječenim osobama od zlouporabe droga. Okolina će ovisnost početi prihvaćati kao bolest, a ovisne osobe neće u tolikoj mjeri osjećati sram pri traženju pomoći. Potrebno je educirati javnost o pitanjima mentalnog zdravlja, a o zlouporabi sredstava ovisnosti pričati otvoreno uz predočene činjenice temeljenih na znanosti. Nije lako smanjiti stigmu povezanu s bolestima ovisnosti jer su generacijama autoriteti podržavali zablude i predrasude. Stigmatiziranje ovisnih osoba ne pomaže nikome i naš je cilj pomoći im da žive kao potpuno funkcionalni članovi društva s jednakim pravima i mogućnostima.

7 ZAKLJUČAK

Konzumacija opijata u populaciji adolescenata je problem koji prati cijeli svijet zbog lake dostupnosti opijata i pojave novih s čijim štetnim djelovanjem mladi ljudi nisu upoznati, a čije konzumiranje može ostaviti dugoročne posljedice na zdravlje. Struktura obitelji, prema provedenom istraživanju i nekim autorima, ne mora biti rizičan čimbenik za zloupotrebu opijata. Rizičan čimbenik koji je ispred strukture obitelji su odnosi u obitelji. Narušeni i nekvalitetni odnosi unutar obitelji mogu biti povezani sa zluporabom opijata kod adolescenata. Hoće li obitelj imati poticajnu ili zaštitnu ulogu u životu adolescenata ovisi o ponašanju roditelja. Utvrđeno je da je rizično ponašanje adolescenata povezano s ponašanjem i konzumacijom opijata roditelja, o čemu su mnogi autori i pisali. Također, modeli od kojih adolescenti preuzimaju ponašanja su prijatelji i vršnjaci. Iznimno je važno u kakvoj obitelji mlada osoba odrasta i s kakvim prijateljima se druži. S obzirom na to da je konzumacija opijata među adolescentima sve više u porastu, važno je da se roditelji i odgojno-obrazovni djelatnici dodatno obrazuju i provode programe prevencije s adolescentima u školama kako bi se, već od njihove najranije i najosjetljivije dobi, usadili ispravni sustavi vrijednosti i osvijestilo štetno djelovanje opijata. Za uspješnu realizaciju preventivnih programa ključna je suradnja između učenika, nastavnika i roditelja.

Pristup prevenciji i javnozdravstveni problem liječenju ovisnika prerasta granice jedne struke, a posebno se ne može obuhvatiti jednom jedinstvenom metodologijom. Posezanje za štetnim tvarima, kao što je droga, povezano je s nizom činitelja koji su kompleksni, a po svojoj su naravi biološki, psihološki i socijalni (rizični činitelji za razvoj problema i/ili poremećaja proizlaze iz međudjelovanja živčanog sustava, ostalih tjelesnih sustava, obrazaca ponašanja, kognitivnog funkcioniranja i okolinskih činitelja) pa je u skladu s time dominirajući pristup razumijevanju i tretmanu problema ovisnosti biopsihosocijalni pristup.

Liječenje ovisnosti težak je put koji bi se, prije svega, trebao zasnivati na psihosocijalnim nefarmakološkim principima. Mijenjanje obrazaca ponašanja, motivacija samog ovisnika, iskrivljena vjerovanja, podizanje samopouzdanja i neizmijerna potpora te pozitivno okolinsko okruženje važan su aspekt na dugom i teškom putu ka izlječenju.



LITERATURA:

1. Abuse NI on D. Understanding Drug Use and Addiction Drug Facts. National Institute on Drug Abuse. 2018. <https://nida.nih.gov/publications/drugfacts/understanding-drug-use-addiction> (pretraženo 19.11.2022.).
2. White T. Working with drug and alcohol users: a guide to providing understanding, assessment and support. Jessica Kingsley: London, 2013.
3. Gjurković T. Terapija igrom. 2nd ed. Harfa, 2018.
4. ForgeBIT. NZJZ SDŽ - Odjel za prevenciju bolesti. NZJZ SDŽ. 2018. <https://nzjz-split.hr/promicajne-zdravlja-i-prevencija-bolesti/> (pretraženo 18.11.2022.).
5. Durmić A. Koncept rizičnih i zaštitnih faktora u prevenciji poremećaja u ponašanju. Zbornik radova Islamskog pedagoškog fakulteta u Zenici 2011; IX: 189–207
6. Bašić J. Teorije prevencije: prevencija poremećaja u ponašanju i rizičnih ponašanja djece i mladih. Školska knjiga, 2009.
7. participacija | Hrvatska enciklopedija. <https://enciklopedija.hr/Natuknica.aspx?ID=46811> (pretraženo 3.12.2022.).
8. Slavko Sakoman. Školski programi prevencije ovisnosti. Agencija za odgoj i obrazovanje, 2009.
9. Grozdanić M. Kulturna, politička i društvena participacija mladih u Gradu Kaštela. 2021. <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:162:560712> (pretraženo 4.12.2022.).
10. Barbour RF. Attachment and Loss. Vol. 1. Attachment. By John Bowlby. London: The Hogarth Press and Institute of Psycho-Analysis. 1969. Pp. 428. Price 63 s. Br J Psychiatry 1970; 116: 102–103
11. Erskine, G. Richard. Attachment, Relational-Needs, and Psychotherapeutic Presence. Institut for integrative psychotherapy 2011; 2.
12. Jessica Joelle Alexander, Iben Dissing Sandahl. Danski odgoj djece. Egmont, 2017.
13. Adolescencija – izazovi odrastanja - Poliklinika za zaštitu djece i mladih Grada Zagreba Poliklinika za zaštitu djece i mladih Grada Zagreba. <https://www.poliklinika-djeca.hr/aktualno teme/adolescencija-izazovi-odrastanja/> (pretraženo 28.11.2022.).
14. Adolescencija. Hrabri telefon | Odrasli. <https://odrasli.hrabritelefon.hr/clanci/adolescencija/> (pretraženo 12.11.2022.).
15. Zoran Milivojević. Igre koje igraju narkomani. Psihopolis institut, 2008.
16. Stewart I, Joines V. TA today: a new introduction to transactional analysis. Second edition. Lifespace Publishing: Melton Mowbray Chapel Hill, 2012.
17. Što je asertivnost. <http://free-ri.htnet.hr/knjiznica-vijece/moj%20web/zupanijsko%20strucno%20vijece/asertivnost.htm> (pretraženo 4.12.2022.).
18. Fernandez, H. i Libby, T.A. (2011). Heroin: Its History, Pharmacology, and Treatment. 2nd ed., rev. and updated. Minnesota: Hazelden

19. Essau, A.C., Adolescent addiction: Epidemiology, assessment and treatment, Academic Press, 2008., str. 21-23
20. Sakoman S. (1995). Prikaz prijedloga nacionalnog programa za suzbijanje zlouporabe droga. Zbornik radova „Zajednički protiv ovisnosti“
21. Uporaba sredstava ovisnosti u općoj populaciji Republike Hrvatske, Rezultati istraživanja 2019. i analiza trendova uporabe 2011.-2019. str 85
22. Ducci F, Goldman D. The Genetic Basis of Addictive Disorders. The Psychiatric clinics of North America. 2012;35(2):495-19
23. Sakoman, S., Suvremeni pristup u organizaciji i provođenju liječenja ovisnika o drogama, Lasković, Z. (ur.), Zagreb: Medicinska naklada, 2002., str. 25-27
24. Sakoman, S., Suvremeni pristup liječenju opijatske ovisnosti, (priručnik) 2008., str. 17- 27, str. 43-47, str. 52-56, str. 67-72
25. Torre, R., Droge: dugo putovanje kroz noć, Promotor zdravlja, 2003., str. 44-47
26. Smjernice za psihosocijalni tretman ovisnosti o drogama u zdravstvenom, socijalnom i zatvorskom sustavu, (2014), raspoloživo na: <https://drogeiovisnosti.gov.hr/djelokrug/ovisnosti-i-vezane-teme/droge-i-ovisnost/publikacije/za-strucnjake/smjernice/smjernice-za-psihosocijalni-tretman-ovisnosti-o-drogama-u-zdravstvenom-socijalnom-i-zatvorskom-sustavu-2014/1165> Dostupno: 1.12.2022.
27. Di Chiara G, Imperato A. Drugs abused by humans preferentially increase synaptic dopamine concentrations in the mesolimbic system of freely moving rats. Proc Natl Acad Sci [Internet]. Pristupljeno 1.11.2022.
28. Goldman D, Oroszi G, Ducci F. The genetics of addictions: uncovering the genes. Nature reviews Genetics. 2005;6
29. Skutle A. The relationship among self-efficacy expectancies, severity of alcohol abuse, and psychological benefits from drinking. Addictive Behaviors, 1999;24:87-98
30. Popovici I, French MT. Does Unemployment Lead to Greater Alcohol Consumption? Industrial relations. 2013;52(2):444-66
31. McLeod S. SimplyPsychology [Internet]: Saul McLeod 2007 (updated 2017) - Psychodynamic Approach. [pristupljeno 24.11.2022.]. Dostupno na: <https://www.simplypsychology.org/psychodynamic.html>
32. Khantzian EJ. The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. In: The cocaine crisis. Springer, 1987, str. 65-74
33. Flores PJ. Addiction as an attachment disorder: Implications for group therapy. International Journal of Group Psychotherapy, 2001; 51:63-81
34. The Psychology of Addiction, Mary McMurrin, 2005, 94-127

tu
m za
sain
teboe!
teboe!