

Terapija maloljetnih ovisnika

Bengez, Lea

Undergraduate thesis / Završni rad

2022

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Law / Sveučilište u Zagrebu, Pravni fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:199:528514>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-15**



Repository / Repozitorij:

[Repository Faculty of Law University of Zagreb](#)



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
PRAVNI FAKULTET
STUDIJSKI CENTAR SOCIJALNOG RADA

Lea Bengez

TERAPIJA MALOLJETNIH OVISNIKA

ZAVRŠNI RAD

Mentorica: izv. prof. dr. sc. Marijana Majdak

Zagreb, 2022.

Sadržaj

1. UVOD	1
2. OVISNOST	2
3. VRSTE OVISNOSTI	3
3.1. Ovisnost o kockanju	3
3.2. Ovisnost o internetu i videoigrama	4
3.3. Ovisnost o psihoaktivnim tvarima	4
3.4. Kriteriji za određivanje dijagnoze ovisnosti	7
4. RIZIČNI ČIMBENICI ZA POJAVU OVISNOSTI	8
5. TERAPIJSKI POSTUPCI KOD LIJEČENJA OVISNOSTI	10
5.1. Farmakološki tretmani	12
5.2. Kognitivno-bihevioralna terapija (KBT)	13
5.3. Model 12 koraka	14
5.4. Obiteljske terapije	Error! Bookmark not defined.
5.5. Multisistemska terapija	15
6. LIJEČENJE MALOLJETNIH OVISNIKA	16
7. PREVENTIVNI PROGRAMI U REPUBLICI HRVATSKOJ	19
8. ULOGA SOCIJALNOG RADNIKA	20
9. ZAKLJUČAK	25
10. LITERATURA	26

Terapija maloljetnih ovisnika

Sažetak:

Mladost podrazumijeva životnu fazu prijelaza iz djetinjstva u odraslu dob, pri čemu se u obzir uzima dob između petnaeste i tridesete godine života, dok se maloljetnikom smatra osoba koja nije navršila osamnaest godina života, odnosno osoba koja nije navršila zakonom predviđenu dob za punu pravnu odgovornost i za stjecanje punih građanskih prava i građanskih dužnosti. Eksperimentiranjem u svrhu potrage za vlastitim identitetom, maloljetnici nerijetko donose nepromišljene odluke koje mogu dovesti do razvoja ovisnosti. Ovisnost je složena bolest koju karakterizira kompulzivna, a ponekad i nekontrolirana žudnja, traženje sredstva ovisnosti i njezina uporaba koja perzistira unatoč krajnje negativnim posljedicama. Kod liječenja, odnosno terapije ovisnosti najbitnije je da maloljetnik sam osvijesti vlastiti problem s ovisnošću kako bi sama terapija bila što uspješnija. Dakako, ključnu ulogu u izlječenju također imaju roditelji i okolina koji bi trebali služiti kao podrška u cjelokupnom procesu. Osim toga, učinkovitost terapije ovisi i o vremenskom periodu uključivanja u liječenje, što podrazumijeva što raniji početak terapije kako bi se maloljetnikov život vratio u normalu, neovisno o vrsti ovisnosti kojoj je podliječio.

Ključne riječi: ovisnost, maloljetnik, terapija, prevencija

Therapy of underaged addicts

Abstract:

Youth implies the life phase of transition from childhood to adulthood, whereby the age between fifteen and thirty is taken into account, while a minor is considered a person who has not reached the age of eighteen, in other words, a person who has not reached the legal age for full legal responsibility and to acquire full civil rights and civil duties. By experimenting in search of their own identity, minors often make reckless decisions that can lead to the development of addiction. Addiction is a complex disease characterized by compulsive and sometimes uncontrollable craving, seeking and use of an addictive substance that persists despite extremely negative consequences. In treatment, that is, addiction therapy, the most important thing is for the minor to become aware of his own addiction problem so that the therapy itself will be as successful as possible. Of course, a key role in healing is also played by parents and the environment, who should serve as support in the entire process. In addition, the effectiveness of the therapy also depends on the time period involved in the treatment, which implies an earlier start of the therapy in order to return the minor's life to normal, regardless of the type of addiction to which he was subjected.

Key words: addiction, minor, therapy, prevention

Izjava o izvornosti

Ja, Lea Bengez pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog rada te da u radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova te da se prilikom izrade rada nisam koristio/-la drugim izvorima do onih navedenih u radu.

Ime i prezime: Lea Bengez, v.r.

Datum: 20.9.2022.

1. UVOD

Tema ovog završnog rada je „Terapija maloljetnih ovisnika“. Imajući u vidu rasprostranjenost područja ovisnosti i količinu dostupne literature, ova se tema može smatrati jednom od najinteresantnijih za proučavanje. Osim toga, mnogi autori imaju različita stajališta, a liječnici drugačije principe liječenja kao i pojedine države koje se razlikuju i po zakonodavnom okviru terapije maloljetnika, stoga se kod navedenog stvara kontekst podložan raspravi i razmatranjima. Mladi, obzirom na izazovno i turbulentno razdoblje adolescencije vrlo lako posežu za eksperimentiranjem sredstava ovisnosti, a rizično konzumiranje istih utječe na njihov zdrav, normalan i psihosocijalan razvoj. Razlikujemo dvije vrste ovisnosti, psihičku i fizičku ovisnost, a svaka od njih drugačije utječe na razvoj maloljetnih osoba. Socijalni utjecaj ili pritisak društva, ali također i rizični čimbenici koji najčešće polaze iz roditeljskog doma neki su od razloga zašto mladi počinju s eksperimentiranjem psihoaktivnih sredstava ovisnosti. To su najčešće sredstva poput marihuane, alkohola, droga, klađenja, ali i zadnje vrijeme veliku ulogu u razvoju ovisnosti ima i Internet. Što se tiče terapije kao takve, ona podrazumijeva sistem svojevrsne rehabilitacije, odnosno sustavnog, pomaganja pacijentu da se izliječi od ovisnosti kojoj je podlijegao. Pri tome najveću ulogu ima interdisciplinarni tim koji kroz proces terapijskog postupka savjetovanja pomaže maloljetnim korisnicima da prebrode krizu i preuzmu odgovornost za sebe i svoj život. Kako do razvoja ovisnosti ne bi došlo, glavnu ulogu imaju preventivni programi. Prevencijom se nastoji identificirati i reducirati poremećaje u ponašanju kod mladih, na način promovirajući zdravlje, pozitivne stavove i ponašanja s ciljem kvalitetnog i zdravog življenja.

Rad je koncipiran kroz nekoliko cjelina. U uvodnom dijelu rada pojasniti će se pojam ovisnosti, vrste najučestalijih oblika ovisnosti te dijagnostički kriterij za ovisnost. Drugi dio rada biti će usmjeren na pojašnjavanje rizičnih čimbenika za pojavu ovisnosti, terapiju maloljetnih ovisnika, preventivne programe te ulogu socijalnih radnika u procesu odvikavanja i prevencije.

2. OVISNOST

Prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije ovisnost je „duševno, a ponekad i tjelesno stanje koje nastaje međudjelovanjem živog organizma i sredstva ovisnosti. Obilježavaju ga ponašanje i drugi duševni procesi koji uvijek uključuju prisilu za povremenim ili redovitim uzimanjem sredstva ovisnosti u namjeri da se doživi njegov učinak na duševne procese ili da se izbjegne nelagoda zbog odsutnosti takvog sredstva (WHO, 2016). Također, ovisnost se klasificira kao „kronična recidivirajuća bolest mozga. Temelji se na poticanju ili izazivanju povećanog ili smanjenog stupnja aktivacije središnjeg živčanog sustava, što se postiže unosom u organizam nekih psihoaktivnih tvari, a kojega prati ponašanje usmjereno prema traženju i uzimanju sredstva ovisnosti (droge koja sadrži psihoaktivnu tvar), gubitak kontrole u uzimanju droge i pojava negativnog emocionalnog stanja kada se pristup drogi onemogućí. Može se opisati i kao skupina pojava ponašanja, kognicije i fizioloških promjena koje se razvijaju nakon ponavljane uporabe pojedinih tvari i redovito uključuju jaku želju za uzimanjem te tvari i poteškoće u kontroli njezina uzimanja. Terminološki opisni rječnik ovisnosti 85 njezina uzimanja, pri čemu se mnogo veća važnost pridaje uporabi droge nego ostalim aktivnostima i obvezama, često uz povećanje tolerancije i uz povremene tjelesne znakove apstinencije. Prema Zakonu o suzbijanju zlouporabe opojnih droga (NN 107/01) to je „stanje neodoljive potrebe (psihičke ili fizičke) za uporabom opojne droge“ (Brlas, 2011). U prenesenom značenju, moglo bi se za ovisnost reći da predstavlja ograničenje ili čak oduzimanje ljudske slobode, pri čemu ovisnik prestaje biti autonomno i slobodno biće, već je u potpunosti podložan nekim vanjskim stimulansima kako bi u njima potražio ugodu, a izbjegao svaku neugodu, s cijenom plaćanja užitka u nastanku ovisnosti (Bezić, 1992). Ovisnost se najčešće sagledava u dva aspekta: psihički i fizički. Psihička ovisnost je povremeno ili trajno uzimanje sredstva ovisnosti kako bi se postigao osjećaj zadovoljstva i ugone, a izbjegla neugoda, dok je fizička ovisnost stanje koje nastaje nakon duljeg uzimanja sredstva ovisnosti, te ako se ono prestane uzimati nastane niz simptoma koji čine apstinencijski sindrom, odnosno sindrom ustezanja (Ivančević i sur. 2010).

3. VRSTE OVISNOSTI

Obzirom na velik broj vrsta i raširenosti ovisnosti koje postoje, u ovom će se radu navesti vrste ovisnosti koje su najučestalije među populacijom, sa svrhom stvaranja uvida u postupak liječenja, odnosno terapije istih.

3.1. Ovisnost o kockanju

Kockanje se definira kao ulaganje nečeg vrijednog, pretežno novca ili imovine na događaj, najčešće igru čiji je krajnji ishod neizvjestan ili pak određen slučajnošću (Ladouceur, Silvain, Boutin, Doucet, 2002, prema George i Chima, 2014). Raspon kockanja promatra se kao rekreativno ili socijalno kockanje, problematično kockanje te patološko kockanje. Prema Bilić i Opić (2013), rekreativno ili socijalno kockanje je definirano kao kockanje s ograničenim trajanjem čije karakteristike nisu gubljenje kontrole nad novcem i igrom, točnije, potencijalni gubitci su očekivani, a osoba se ne skriva od okoline te ima druge zanimacije u životu (Bilić, Opić, 2013). Problematično kockanje definira se kao prekomjerno kockanje koje rezultira umjerenim do teškim financijskim, osobnim te obiteljskim gubicima (Blaszczynski i Nower, 2010). Karakteristike patološkog kockanja su u trajnom ili povremenom gubitku kontrole za vrijeme kockanja, pribavljanjem novca za kockanje, nesposobnosti racionalnog razmišljanja i zaokupljenosti mislima o kockanju te u nastavku kockanja unatoč evidentnim štetnim posljedicama (American Psychiatric Association, 1994, prema Hardoon, Gupta, Derevensky, 2004).

Cyber-kockanje (online ili virtualno kockanje) internetsko je klađenje i igranje za novac. Pod to primjerice spadaju online igre, kasino, online kockanjem internetska igraonica i sve ostale aktivnosti vezane koje se vrši na posebnim, specijaliziranim stranicama na internetu. Za internetsko kockanje može se reći da je najsuvremenija online kockarnica, budući da osoba iz udobnosti vlastitog doma može pristupiti internetskim stranicama za koje nisu potrebni tehnički uređaji, automat-klubovi i slično, već je sve dostupno putem online kockarnice koje nude velik broj kladionica, ruleta, igara na sreću, pokera i slično, dovoljno

je samo imati Internet, znati kako rukovati njime i bankovnu karticu (Stanić, 2010).

3.2. Ovisnost o internetu i videoigrama

Psijatar Ronald Pies (2009.) definira ovisnost o Internetu kao „nemogućnost pojedinaca da kontroliraju svoje korištenje Interneta, što rezultira tjeskobom i/ili funkcionalnim poremećajem u svakodnevnom životu“, dok Kimberly Young (2009.) daje definiciju ovisnosti o Internetu kao „poremećaju kontrole nagona koji ne uključuje opojna sredstva“. Budući da se simptomi ovisnosti razlikuju od osobe do osobe, teško ih je prepoznati i time pretpostaviti da se radi o ovisnosti internetu, no kao glavni kriterij se ipak navodi gubitak pojma o vremenu provedenom na internetu (Young, 2009). Osim navedenog, prema istraživanju koje su proveli Miliša i Tolić (2010), ovisnici o internetu nemaju percepciju o tome da imaju problem s provođenjem previše vremena na internetu te se nerijetko udaljavaju i zanemaruju socijalne kontakte, budući da im korištenje interneta predstavlja osjećaj ugone, opuštenosti i uzbuđenja. Osim toga, preostali simptomi također se mogu javiti u sklopu zanemarivanja obaveza, zatim gubitku samokontrole, a često se javljaju i fizički simptomi poput promjene u prehranbenim navikama, nedostatku sna, bolova u leđima i slično. Također, zabrinjavajuća je znanstvena spoznaja da ovisnost o internetu može doslovno promijeniti fizičku strukturu mozga, što se može usporediti s promjenama koje se događaju prilikom uzimanja droga kod ovisnika o kokainu ili heroinu (Hao Lei i sur., 2012).

3.3. Ovisnost o psihoaktivnim tvarima

Što se tiče samog pojma psihoaktivnih tvari, ne postoji jedinstvena definicija. Primjerice, Svjetska zdravstvena organizacija opisuje ih kao „tvari koje kad su konzumirane, odnosno unesene u tjelesni sustav, utječu na mentalne procese kao što su kognicija i afekti“ (WHO, 2016). NIDA (2016) navodi da su psihoaktivne tvari „kemijski spojevi koji utječu na cijelo tijelo i mijenjaju njegovu strukturu i funkciju te utječu na funkcioniranje mozga“ dok Sakoman (2016) tvrdi da su to „kemijske tvari

koje su ili prirodnog ili umjetnog podrijetla, odnosno da su one vrste otrova psihoaktivnog djelovanja čije trajnije konzumiranje može dovesti do stanja ovisnosti“. Postoje dvije kategorizacije psihoaktivnih tvari – obzirom na njihovo podrijetlo (prirodno ili sintetsko) te obzirom na njihovo djelovanje na središnji živčani sustav (psihostimulansi, psihodepresori ili depresanti, halucinogene tvari i kanabinoidi (Brlas, 2010). Depresori središnjega živčanog sustava, tj. droge koje smiruju su: opijati (heroin, kodein, morfij, opijum), tablete za smirenje (Apaurin, Cerson, Praxiten) i alkohol. Stimulatori središnjega živčanog sustava, tj. droge koje stimuliraju i uzbuđuju (psihostimulansi), su: amfetamini, kokain, ecstasy, nikotin i kofein. Halucinogene droge, tj. droge koje uzrokuju poremećaje opažanja su: LSD, psilocibin, marihuana (hašiš), meskalin (Ćorić, 2006). Obično se u “lakše droge” ubrajaju kanabis (marihuana, hašiš), a u “teške droge” opijati (heroin), kokain (sve više se koristi posebna forma tzv. *crack*) i amfetamini (Zec, 2008). U nastavku će se opisati najčešće vrste ovisnosti o psihoaktivnim tvarima.

Alkoholizam odnosno ovisnost o alkoholu je „pretjerano uživanje alkoholnih pića, pijančevanje, kronično otrovanje alkoholom, uzrokovano njegovom zloupotrebom. Prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije kronični je alkoholičar osoba koja prekomjerno pije alkoholna pića, osoba u koje je ovisnost o alkoholu tolika da pokazuje psihičke poremećaje ili slične manifestacije koje oštećuju njeno duševno i tjelesno zdravlje, kao i njen poremećen odnos s drugim osobama „ (Bariša, 1997).

Što se tiče psihodepresora, najpoznatiji i najopasniji među njima je heroin, obzirom da izaziva veliku fizičku ovisnost obzirom na nisku toleranciju navikavanja i apstinencijsku krizu kod osoba koje ga prestanu koristiti. Prvi od simptoma apstinencijske krize je nervoza i razdražljivost, širenje zjenica, curenje nosa, hladnoća i tremor te se često osobe žale na bolove u tijelu. Pri nemogućnosti nabavka droge, ovisnici vrlo često posežu za raznim tabletama koje kombiniraju s alkoholom kako bi ublažili psihičke simptome apstinencijske krize (Sakoman, 2009).

Za razliku od psihodepresora, psihostimulansi imaju suprotno djelovanje, odnosno oni pobuđuju središnji živčani sustav. Među njima su najpoznatiji ranije spomenuti amfetamin, odnosno *speed* i kokain. Kod obje je droge više izražena psihička ovisnost. Oba su prašci bijele boje pri čijem ušmrkavanju dolazi do pojačane euforije i budnosti pri čemu je razlika u tome što djelovanje amfetamina traje šesto do osam sati, dok djelovanje kokaina traje od 40 do 90 minuta. Također, kokain je skuplji i konzumira se u višim slojevima društva pri čemu se javlja veći problem kod ovisnika budući da nerijetko dolazi da si ga zbog dugotrajnog konzumiranja ne mogu priuštiti te se često krenu baviti kriminalnim poslovima kako nastavili svoju ovisnost (Sakoman, 2009). *Ecstasy* (MDMA) je supstanca koja dolazi najčešće u tableti i uglavnom je derivat amfetamina, ali nikada se ne može znati točan sastav budući da se proizvodi u ilegalnim laboratorijima. Budući da *ecstasy* ima miješano djelovanje (podiže raspoloženje uz mijenjanje percepcije), pa se također može ubrojiti i pod halucinogene droge. Kod osobe koja redovito uzima *ecstasy*, potrebne su sve veće količine, budući da stvara psihičku ovisnost, a posljedice se javljaju u propadanju određenih neurona u mozgu i oštećenja što se očituje u kroničnoj iscrpljenosti osobe (Sakoman, 2009). Posljednja i najraširenija tvar koja spada pod psihostimulanse jest nikotin. Ovisnost o nikotinu kao glavnom sadržaju duhana, a koji je ujedno i glavni faktor za izazivanje ovisnosti, uzrokuje visoke stope smrtnosti i morbiditeta u cijelom svijetu. Karakterizira je prvenstveno psihička ovisnost različitog intenziteta, koja je uglavnom vrlo jaka. Također se pojavljuje i fizička ovisnost, a neki od simptoma apstinencije mogu biti razdražljivost, depresija, agresivnost, usporenje srčane frekvencije, teškoće koncentracije, povećanje teka i dr (Bulat, 1999). Iako su lijekovi za prestanak pušenja dostupni općoj populaciji, održavanje dugotrajne apstinencije je za većinu zahtjevan zadatak, te većina ljudi koji pokušavaju prestati u tome ne uspijeva. Unatoč činjenici da je nikotin najštetniji sastojak, učinke poput osjećaja ugone mogu izazvati i neki od 4.000 drugih kemijskih sastojaka duhana, te samim time produbiti

ovisnost proizvedeći senzoričke i kondicionirane učinke. (D'Souza, 2011).

Marihuana spada pod skupinu kanabinoida te se većinom uzima pušenjem koje djeluje umirujuće za organizam, a osoba se osjeća opušteno. Pušenje marihuane ne stvara fizičku, već često psihičku ovisnost izazvanu navikom s početkom eksperimentiranja i rekreativnog uzimanja obzirom na jeftinu cijenu i dostupnost. Činjenica je da jedna cigareta koja sadrži marihuanu, tzv. *joint*, sadrži više toksina od obične cigarete te je jednako štetna kao pet običnih cigareta. Učinci pušenja marihuane očituju se u gubitku koordinacije, smetnji zapamćivanja, poremećaja u govoru, pospanosti, crvenilu u očima i osjećaju gladi. i Često se govori o tome kako je marihuana većini ovisnika ulazak u svijet droga i kako sve daljnje ovisnosti povezane upravo s početkom pušenja marihuane (Sakoman, 2009).

3.4. Kriteriji za određivanje dijagnoze ovisnosti

Kriterij za dijagnostiku ovisnosti o psihoaktivnim tvarima prema MKB-10 klasifikaciji su:

- Jaka žudnja ili osjećaj prisile za uzimanjem psihoaktivne tvari
- Otežana kontrola nad ponašanjem oko uzimanja psihoaktivne tvari u smislu početka, završetka ili razine upotrebe
- Fiziološki apstinencijski sindrom kada je uporaba psihoaktivne tvari prestala ili je smanjena što je dokazano apstinencijskim sindromom karakterističnim za tvar
- Dokaz o toleranciji tako što su nužne povećane doze tvari da bi se postigli efekti koji su ranije proizvedeni u nižim dozama
- Progresivno zanemarivanje alternativnih zadovoljstava ili interesa zbog upotrebe tvari, povećanog obujma vremena nužnog za nabavu i uzimanje tvari ili oporavak od njezina efekta
- Nastavljanje s upotrebom tvari unatoč jasnim činjenicama o neporecivim štetnim posljedicama

4. RIZIČNI ČIMBENICI ZA POJAVU OVISNOSTI

Brojna istraživanja su pokazala kako različiti čimbenici poput obiteljskih, socijalnih, psiholoških te genetske predispozicije imaju utjecaj na zdrav psihosocijalni razvoj djeteta te je njihovo međudjelovanje zapravo razlog zbog kojih nastaje ovisnost o psihoaktivnim tvarima (Ivandić Zimić, 2012). Stanja poput impulzivnosti, poremećaja u ponašanju, ADHD i bipolarno afektivnog poremećaja mogu potaknuti povećan rizik za razvoj poteškoća povezanih s konzumacijom raznim droga, kao i nastanak novih ovisnosti s vremenom. Neke od karakteristika osobnosti koje se vežu uz zlouporabu psihoaktivnih tvari kod maloljetnika uključuju nisko samopoštovanje, probleme s vještinama donošenja ispravnih odluka, poteškoće u međuljudskim odnosima, nesigurnost te promiskuitet. Čavrag (2017) smatra kako je upravo disfunkcionalna obitelj jedan od glavnih razloga za razvoj emocionalnih poteškoća koje s vremenom sa sobom nose i dugotrajne socijalne teškoće. Osim toga, razvod roditelja također ulazi u spektar rizičnih čimbenika, imajući na umu da nažalost roditelji koji se zateknu u takvoj novonastaloj situaciji često nesvjesno zapostavljaju vlastitu djecu i radi osobnih vlastitog stresa nisu u stanju zadovoljiti njihove potrebe i želje. uzimajući u obzir da roditelji u toj situaciji često znaju (svjesno ili nesvjesno) zapostaviti vlastitu djecu te u manjoj količini zadovoljavati njihove želje i potrebe. Siegel i Welsh (2017) ističu kako se neki brakovi nastavljaju unatoč konfliktnoj atmosferi, a nerijetko je roditeljsko svađanje i nasilje koje se odvija između njih usmjereno i na ostale članove obitelji ili se indirektno odražava na djecu, prema čemu je Ivan Nye još prije pet desetljeća postavio hipotezu o povezanosti roditeljskog konflikta i sklonosti delinkventnom ponašanju koja nalaže da je djetetova percepcija o zadovoljstvu braka vlastitih roditelja indikator delinkvencije. Nadalje se u primarnom obiteljskom okruženju mogu uočiti osnovni rizični čimbenici pod koje spadaju individualne karakteristike ličnosti poput impulzivnosti, niske tolerancije na frustraciju, niže inteligencije i sl. Također, ukoliko i sami roditelji (jedan ili oba) ispoljavaju primjerice agresivno ponašanje, konzumiranje opojnih sredstava,

ukoliko se često svađaju te postoji generalno neslaganje između djeteta i roditelja, dijete razvija nesigurnu privrženost koja se manifestira kroz neprimjerene odgojne mjere, neadekvatnu komunikaciju s djetetom, autoritaran ili zanemarujući pristup i dr. Osim toga, razni okolinski čimbenici poput nemogućnosti zaposlenja koje često prati siromaštvo, potom jednoroditeljske obitelji i obitelji s više članova te roditelji s niskim obrazovanjem također predstavljaju rizične čimbenike (Sladović Franz, 2003, prema: Livazović i Vuletić, 2018).

Ivandić Zimić (2012, prema Fundić 2017) zaključuje da, u usporedbi s obiteljima u kojem nema ovisnika, ovisnici nemaju blizak odnos s vlastitim roditeljima, te da postoji veća vjerojatnost razvijanja raznih sociopatoloških pojava koja predstavljaju negativan učinak na budući psihosocijalni razvoj čija krajnja posljedica može biti i razvoj različitih poremećaja u ponašanju, pa tako i pojava ovisnosti. Danas je radi sveprisutne recesije, visoke stope nezaposlenosti i socijalne dezorganizacije teško ne spomenuti te okolinske čimbenike koji su glavni razlog za razvoj ovisnosti među maloljetnicima, budući da navedeni segmenti odvajaju mlade od društva u kojem nastavak školovanja nažalost jednostavno ne predstavlja i ne garantira mogućnost zaposlenja i nade za bolje sutra (Kudumija Slijepčević, 2018).

5. TERAPIJSKI POSTUPCI KOD LIJEČENJA OVISNOSTI

U Republici Hrvatskoj se sustav liječenja ovisnosti u temelji na mreži bolničkog i izvanbolničkog tretmana. Pri tome se naglasak stavlja na nužnost multidisciplinarnog pristupa kako bi liječenje, rehabilitacija i reintegracija liječenih ovisnika u društvenu zajednicu bila što sveobuhvatnija i učinkovitija. Ovisno o individualnim potrebama i vrsti tretmana, uključuju se psihijatri i liječnici drugih specijalizacija koji imaju dodatne edukacije iz područja mentalnog zdravlja i ovisnosti te uz njih socijalni radnici, psiholozi, socijalni pedagozi, liječnici, obiteljske medicine i druge specijalizirane zdravstvene djelatnosti, radni terapeuti i volonteri.

Za većinu bolesnika liječenje i rehabilitacija predstavljaju dugotrajan, a često i doživotan proces koji se temeljno provodi kroz izvanbolničke specijalizirane programe uz usku suradnju s liječnicima opće medicine. Ponekad je, ovisno o fazi bolesti, mnogim ovisnicima potrebno osigurati bolničke intervencije u specijaliziranim bolničkim programima. Za svakog je ovisnika bitno da mu se osigura individualiziran pristup u slučaju pojave somatskih i psihijatrijskih bolesti koje zahtijevaju bolničko liječenje, ali ne moraju nužno biti povezane s uzimanjem droga.

Najvažniji postupci programa liječenja ovisnika su:

- farmakoterapija (za opijatske ovisnike primjena opijatskog agonista – metadona i buprenorfina)
- psihoterapija ovisnosti
- obiteljski suportivni i psihoterapijski postupak
- edukacija o bolesti i učenje strategija za prevenciju recidiva
- prevencija infekcija (HIV, virusni hepatitis, sifilis) što uključuje i testiranje
- socijalne intervencije, potpora mjerama socijalne reintegracije
- kontrole urina na prisutnost metabolita droga
- terapija komorbiditeta

- briga o somatskom zdravlju
- korištenje programa samopomoći (suportivni programi NGO sektora, klubovi liječenih ovisnika i drugi) (Vlada RH, 2022).

U nastavku rada bit će predstavljen pregled široko korištenih tretmana liječenja ovisnosti od kojih svaki ima svoje teorijsko polazište i namijenjen je specifičnoj populaciji i određenom cilju. Bitno je naglasiti kako proces istraživanja, učenja i stvaranja novih programa kontinuirano napreduje, stoga postoji znatan broj različitih vrsta tretmana koji ovaj rad nije uspio obuhvatiti.

5.1. Farmakološki tretmani

Riksheim, Gossop i Clausen (2014) smatraju kako je tretman održavanja na supstitucijskoj terapiji najšire korišten tretman ovisnosti o opijatima. Glavna pretpostavka ovog tretmana nalazi se u smanjenju negativnih zdravstvenih i socijalnih poteškoća s kojima se (opijatski) ovisnici susreću, uz zadovoljavanje potrebe za fiziološkim učincima koje im je droga donosila. Kreek (2000) postavlja nekoliko ciljeva vezanih za farmakoterapiju:

- preveniranje simptoma apstinencije;
- smanjivanje žudnje koja doprinosi i može voditi recidivu;
- normaliziranje fizioloških funkcija, koje mogu biti poremećene uslijed kronične upotrebe psihoaktivnih tvari.

Farmakološki se tretman u svojim počecima sastojao od bolničkog dijela liječenja, gdje su ovisnici dobivali dnevnu dozu supstitucijskog opijata (prvenstveno metadona, budući da je učinak heroina i metadona temelj farmakoterapije) i bili su svakodnevno evaluirani, te ambulantnog dijela liječenja pri čemu je liječenje nastavljeno. Evaluacija prvih studija učinkovitosti ove terapije pokazala se učinkovitom te je otkrivena pojava smanjenja kriminalnih djela i poboljšanje socijalne rehabilitacije kod pacijenata (Ball, Ross, 1991). Liječnik, ovisno o željenim terapijskim ishodima, provodi doziranje supstitucijskog sredstva te se prema tome provode četiri vrste programa tretmana ovisnika metadonom:

- kratka detoksifikacija (olakšavanje apstinencijskog sindroma postupnom redukcijom kroz mjesec dana);
- spora detoksifikacija (olakšavanje apstinencijskog sindroma postupnom redukcijom kroz razdoblje od jednog do 6 mjeseci);
- kratko (privremeno) održavanje (ista dnevna doza koja se ne mijenja kroz razdoblje od 6 mjeseci);
- dugotrajno održavanje (primjena odgovarajućih doza kroz razdoblje dulje od 6 mjeseci) (Smjernice za farmakoterapiju opijatskih ovisnika metadonom).

Uz dosad korišteni metadon, opioid buprenorfin je među liječnicima i ovisnicima postao preferencijska alternativa metadonu u tretmanu ovisnosti o opijatima, iako se prema studiji pokazao manje učinkovitim (EMCDDA, 2005). Smjernice za farmakoterapiju opijatskih ovisnika buprenorfinom Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi Republike Hrvatske navode sljedeće prednosti:

- visoke doze buprenorfina nisu povezane s većim rizikom od predoziranja, za razliku od metadona;
- često nije potrebno povećavati dozu tijekom terapije jer buprenorfin znatno rjeđe dovodi do pojave tolerancije;
- apstinencijska kriza kod prestanka uzimanja buprenorfina znatno je blaža nego kod metadonske terapije;
- buprenorfin može pomoći pri potpunom odvikavanju i korisnicima koji su u programu odvikavanja na metadonu;
- buprenorfin se može uzimati tri puta tjedno, što smanjuje učestalost odlaska kod liječnika i unaprjeđuje ovisnikovu rehabilitaciju i socijalnu integraciju.

Unatoč značajnoj ulozi tretmana ovisnosti supstitucijskim sredstvima poput metadona i buprenorfina, većina se znanstvenika slaže da korištenje isključivo farmakoterapije u liječenju ovisnosti neće proizvesti željene učinke, već bi se terapije trebalo kombinirati budući da samostalno nisu u mogućnosti ukloniti ovisnost te nerijetko pacijenti razvijaju novu ovisnost upravo o supstitucijskim sredstvima koja koriste za liječenje ovisnosti. Usprkos tome, korisnost im leži u činjenici da privlače korisnike u programe liječenja. U nastavku rada govoriti će se o bihevioralnim pristupima s kojima se farmakoterapija najčešće kombinira (NIDA, 2018).

5.2. Kognitivno-bihevioralna terapija (KBT)

Kognitivno-bihevioralna terapija je pristup razvijen 60-ih godina 20. stoljeća za čiji se cilj spominje rješavanje aktualnih problema te preinaka disfunkcionalnog ponašanja i razmišljanja (Beck, 2011). Unatoč brojnim vrstama, KBT je bazirana na kognitivnoj

konstataciji, odnosno ponašajnim strategijama i vjerovanjima koje karakteriziraju poseban poremećaj. Što se tiče ovisnosti, kognitivno-bihevioralni modeli vide ovisnost kao naučeno ponašanje koje je potaknuto i održavano u međudjelovanju s okolinskim čimbenicima (Barrett Waldron, Kaminer, 2004). Kod KBT su intervencije temeljene na otkrivanju uvjeta pod kojima dolazi do korištenja droga (mjesto i vrijeme), a koji posljedično služe kao mogući okidači za ponovnu konzumaciju. Postoji nekoliko vrsta tretmana KBT prilagođenih različitim poremećajima ovisnosti. Neke od njih koriste se samostalno, dok se neke koriste u kombinaciji individualno-grupno. To su: motivacijske intervencije, sustav nagrade i kazne, prevencija relapsa i druge (McHugh, Hearon i Otto (2010)). Jedan od najvažnijih preduvjeta za uspješan tretman jest motivacija, stoga se s ovisnicima na početku terapije provodi motivacijski intervju kako bi se kod korisnika potaknula želja za promjenom. Sustav nagrade i kazne vrsta je tretmana koja je zasnovana na teoriji operantnog uvjetovanja, a podrazumijeva nagradu za pozitivnu promjenu u ponašanju korisnika. Pri tome se korisnicima daje prikladna nagrada ukoliko izdrže određeni period (po mogućnosti što dulje, a najčešće se u početku radi o razmacima od tjedan dana) bez konzumacije droga (Petry, 2010). Teorija pristupa prevencije relapsa uključuje stavljanje pozornosti na učenje prepoznavanja okidača za konzumaciju opojnih sredstava te pronalaženje načina kako odgovoriti na iste. Uпитno je njegovo dugoročno djelovanje jer se pokazalo da nakon prestanka tretmana učinci s vremenom blijede. Također, ne može se nazvati univerzalnim pristupom s obzirom da ne djeluje jednako na sve vrste ovisnosti. Stoga, može se zaključiti kako je kognitivno-bihevioralni pristup učinkovit pristup u određenim situacijama, prilično efikasan prvi korak u tretmanu ovisnosti o određenim vrstama droga te se kao takav može smatrati sigurnim izborom kod pažljivo izabranih korisnika. Kognitivno-bihevioralni tretman ovisnosti o psihoaktivnim tvarima ima brojne prednosti jer pruža korisniku znanje i sredstva koji mu mogu pomoći u prevladavanju žudnje za drogom te se smatra efikasnim prvim korakom u tretmanu liječenja ovisnosti, unatoč kratkoročnom djelovanju (Beck, Wright, Newman, Liese, 1993).

5.3. Model 12 koraka

Program 12 koraka nastao je 1935. godine inicijativom dvaju čovjeka s uznapredovalim alkoholizmom koji su odlučili pokrenuti grupu podrške pod nazivom *Alcoholics Anonymous* te se od tada ovisnost po prvi put počela smatrati bolešću. Posebnost ovog programa je u tome što ne uključuje stručnjake iz područja ovisnosti, već je neprofesionalnog tipa, sastavljen isključivo od ovisnika i bivših ovisnika. Glavna strategija programa ima cilj povećati broj korisnika kako bi tamo ostvarili apstinenciju, a potom te usvojili 12 koraka koji dovode do istog (Lile, 2003). NIDA (2018) navodi tri osnovne ideje:

- prihvaćanje, odnosno shvaćanje da je ovisnost kronična i progresivna bolest koju bolesnik ne može kontrolirati; da je život radi uzimanja psihoaktivne stvari postao neizdrživ; da je snaga volje nedovoljna za rješavanje tog problema; da je apstinencija jedina alternativa;
- predaja sebe višoj sili, prihvaćanje vodstva i podrške ostalih sudionika grupe i praćenje aktivnosti potrebnih za oporavak;
- aktivno sudjelovanje na sastancima 12 koraka i s njima povezanim aktivnostima.

Karakteristika programa pod najvećom kritikom smatra se naglašena duhovnost radi potencijalnog razvoja nezdrave ovisnosti o grupi te poprilično strogo zagovaranje apstinencije, uključujući čak i farmakološku terapiju pripisanu od strane psihijataru (Chappel, DuPont, 1999). Glavne prednosti ovog programa su široka rasprostranjenost (što omogućava veću dostupnost), besplatnost i, unatoč brojnim ograničenjima - učinkovitost (Lile, 2003).

5.4. Multisistemska terapija

Radi povećanja potrebe za učinkovitim metodama tretmana antisocijalnog ponašanja djece i mladeži (krađe, nasilničko ponašanje, konzumacija droga), 1980-ih godina nastala je multisistemska terapija. Pristup je zasnovan na teoriji ekoloških sustava, koja nalaže da je pojedinac, odnosno dijete, u konstantnoj dvosmjernoj interakciji sa svojom okolinom, odnosno da bi se prilikom korigiranja ponašanja trebalo utjecati na sve aspekte života što podrazumijeva djetetovu obitelj, vršnjake, školovanje i

susjedstvo (Bronfenbrenner, 1979). Kod multisistemske terapije postoje devet načela kojih bi se terapeuti trebali pridržavati kako bi ona donijela pozitivne učinke: 1. procjena slaganja između identificiranih problema i načina na koji se oni odvijaju u životu mlade osobe; 2. fokusiranost na jake i pozitivne strane u svijetu mlade osobe; 3. poticanje odgovornog ponašanja; 4. usredotočenost na sadašnjost i promicanje djelovanja; 5. praćenje obrazaca ponašanja kroz različite dijelove djetetove okoline 6. razvojna prilagođenost; 7. uzastopni rad; 8. evaluacija i odgovornost provoditelja, izbjegavanje stavljanja krivice na obitelj; 9. generalizacija i dugoročni učinak (<http://www.mstuk.org/about/about-1>). Unatoč tome što multisistemska terapija ne predstavlja tretman izravno namijenjen suzbijanju ovisnosti o psihoaktivnim tvarima, središte pažnje stavlja se na raspon problema maloljetne delikvencije. Randall i suradnici (2001) smatraju kako bi za maksimalnu učinkovitost multisistemske terapije bilo potrebno kombinirati je s još nekim tretmanom, poput primjerice sustava nagrada i kazne. Najveća prednost multisistemske terapije nalazi se upravo u njenoj sveobuhvatnosti, što ju čini idealnim odabirom u slučajevima kada su adolescenti pod utjecajem višestrukih životnih poteškoća, a podlijevanje opojnim sredstvima predstavlja samo jednu od njih.

5.5. Multidimenzionalna obiteljska terapija

Multidimenzionalna obiteljska terapija je oblik tretmana namijenjen za adolescente s problemima u ponašanju u čiji je proces uključena cijela obitelj s ciljem suzbijanja konzumacije opojnih sredstava, unaprjeđenja mentalnog zdravlja, funkcioniranja u školi i obitelji, kao i smanjenja delinkventnog ponašanja. Navedena terapija sastoji se od tri stadija: izgradnje temelja za promjenu, pokretanja individualnih i obiteljskih promjena te učvršćivanja promjena (<https://www.mdft.org/what-is-mdft>). Važno je nadodati da ova terapija ima dugoročno pozitivan učinak koji se očituje u poboljšanju obiteljskih odnosa, boljim ocjenama u školi, smanjenu delinkvencije i konzumacije psihoaktivnih sredstava te unaprjeđenju mentalnog zdravlja. Osim toga, pokazalo se da je najučinkovitija kod adolescenata s najtežim slučajevima korištenja sredstava

ovisnosti, što ujedno znači da njena uspješnost u provođenju sukladna težini problema (Pol i sur. (2017).

5.6. Funkcionalna obiteljska terapija

Poput multidimenzionalne, funkcionalna obiteljska terapija također u svoj tretman uključuje adolescente i njihove obitelji u proces promjene. Obzirom na slabu motiviranost adolescenata za kontinuiranost pri sudjelovanju u tretmanu, cilj je funkcionalne obiteljske terapije savladati navedenu prepreku kroz usmjerenost na eksternalizirane probleme u ophođenju te poteškoće u obiteljskim i vršnjačkim odnosima koji su smatrani glavnim pokretačima delinkventnog ponašanja. Svaki terapijski susret uključuje sudjelovanje adolescenta i barem jednog člana njegove obitelji kako bi zajednički rješavali probleme u komunikaciji, potencijalne konflikte, ali pritom također radili na usavršavanju roditeljskih vještina. Neke od metoda koje navedena terapija uključuje zasnivaju se na: inkluziju obitelji u tretman, povećavanju želje za promjenom putem metoda nagrade i kazne, rješavanju problema i treningu socijalnih vještina i sl. (NIDA, 2019). Hartnett i suradnici (2016) u svojem su istraživanju usporedbe funkcionalne obiteljske terapije s drugim tretmanima dokazali značajnu prednost u višestrukim koristima ovog tretmana.

6. LIJEČENJE MALOLJETNIH OVISNIKA

Služba za mentalno zdravlje i prevenciju ovisnosti Nastavnog zavoda za javno zdravstvo „dr. Andrija Štampar“ bavi se mladima s različitim poremećajima u ponašanju. Među njima su najčešći konzumenti alkohola i drugih psihoaktivnih sredstava. Maloljetnike u Centar upućuju ustanove poput centara za socijalnu skrb, škola, sudova i domova, no također i njihovi roditelji ili odgajatelji, dok se u manjem broju slučajeva maloljetnici i adolescenti javljaju samostalno. Rad s maloljetnicima odvija se individualno ili u grupi, a s njima radi interdisciplinarni tim stručnjaka sastavljen od psihijatar, psihologa, socijalnih radnika i socijalnih pedagoga. Inicijalni razgovor s maloljetnicima obavlja psihijatar, dok tretman

provode socijalni radnici, psiholozi i socijalni pedagozi te se tijekom cijelog tretmana obavlja psihologijska obrada klijenta. (Radić i sur., 2019).

Razlozi zbog kojih se maloljetnici upućuju u tretman su različiti oblici poremećaja u ponašanju:

- Konzumiranje alkohola i drugih psihoaktivnih sredstava
- Nasilničko ponašanje (vršnjačko i obiteljsko)
- Imovinska kaznena djela i prekršaji
- Poteškoće u školi vezane za neispunjavanje obveza
- Emocionalne poteškoće (slaba prilagodba, anksioznost/depresivnost, poteškoće u odnosima s članovima obitelji/vršnjacima/.

Postoji dva načina uključivanja maloljetnika u tretman:

1. Ako moraju, što čini oko 65% uključenih u tretman pri čemu su razlozi najčešće počinjenje zakonskog ili drugog prekršaja, a upućeni su od strane odgojno-obrazovnih ustanova, centara za socijalnu skrb, sudova, domova i slično. Među ovakvim „prisilnim“ korisnicima prevladavaju mladići koji su dovedeni najčešće radi posjedovanja ili preprodavanja marihuane te počinjenja nasilničkih i imovinskih kaznenih djela i prekršaja
2. Ako žele, što čini oko 35% uključenih u tretman, a dolaze na inicijativu svoje obitelji, prijatelja, drugih osoba ili na vlastitu inicijativu. Za razliku od prethodnog, samoinicijativno se češće u tretman uključuju djevojke koje se nose s emocionalnim poteškoćama (Radić i sur., 2019).

Tablica 5.1.

Raspodjela maloljetnika uključenih u tretman po spolu (korisnici do 18 godina)

	2016.	2017.	2018.
Mladići	96 (68%)	143 (64 %)	289 (66%)
Djevojke	45 (32%)	79 (36%)	148 (34%)
Ukupno	141	222	437

Izvor: NZJZ dr. Andrija Štampar, 2019.

Najbrojniji korisnici službe su mladi konzumenti ilegalnih psihoaktivnih tvari te se kao najzastupljeniji tretman koristi savjetovani tretman koji je za korisnika obveza. Tretman također uključuje i redovite provjere urina na psihoaktivne tvari, što podrazumijeva apstinenciju, a traje od tri do šest mjeseci. Savjetovani tretman uključuje individualan pristup korisniku (jedan korisnik – jedan terapeut).

Ciljevi tretmana uključuju:

- Poticanje zdravih obrazaca ponašanja
- Razvijanje odgovornosti
- Podizanje razine samopouzdanja i samopoštovanja
- Promjena stava prema konzumiranju psihoaktivnih sredstava
- Usvajanje konstruktivnog načina rješavanja problema
- Rješavanje zabluda (najčešće o psihoaktivnim tvarima, nerijetko i o drugim problemima)
- Trajnu apstinenciju

Tretman maloljetnih konzumenata ilegalnih psihoaktivnih sredstava nažalost se rijetko zaustavlja na samoj konzumaciji jer je sve veći broj maloljetnika koji uz konzumiranje psihoaktivnih tvari imaju i druge poteškoće koje zahtijevaju stručnu pomoć, pri čemu rane intervencije imaju značajnu ulogu. Jednostavan način uključivanja u tretman i dostupnost Centra doprinose pravovremenom djelovanju (Radić i sur., 2019).

7. PREVENTIVNI PROGRAMI U REPUBLICI HRVATSKOJ

Unazad 20 godina, Republika Hrvatska intenzivno provodi i proučava preventivne programe kojima je cilj sprječavanje ovisnosti među mladima. Mihić i suradnici (2013) smatraju da je od iznimne važnosti da se konzumaciji i pojavama raznih vrsta ovisnosti pristupi znanstveno utemeljenim djelovanjem s ciljem prevencije s uključivanjem konstantne kontinuirane provedbe epidemioloških i etioloških istraživanja. Također stavljaju naglasak na planiranje višerazinskih preventivnih

programa ovisnosti. Osim toga, naglašavaju i provođenje evaluacije učinkovitosti i svrsishodnosti primijenjenih preventivnih intervencija. Cjelokupan sustav prevencije u Hrvatskoj pokriven je aktima koji se protežu od najviše državne razine, pa sve do manjih, lokalnih razina primjene u kojima se preventivni postupci i mjere razlikuju imajući u vidu određena obilježja lokalnih zajednica. Nacionalna strategija pretpostavlja stalnost u provedbi organiziranih mjera kojima se nastoji smanjivati ponuda i dostupnost sredstava ovisnosti. U svom priručniku za školske preventivne programe ovisnosti, Agencija za odgoj i obrazovanje opisuje mjere za zaštitu zdrave djece i mladeži prema Nacionalnom programu, a to su:

- Školski preventivni programi pomoću kojih je moguće reducirati potražnju sredstava ovisnosti za oko 30%.
- Programi sekundarne prevencije pomoću kojih se smanjuje utjecaj povremenih uzimatelja droga i ovisnika.
- Posebni programi izvanškolske zaštite mladeži kojima se smanjuje njihova nekontrolirana izloženost utjecajima sustava koji im “nude” sredstva ovisnosti za zadovoljavanje njihovih važnih životnih potreba. Riječ je o odredbama Obiteljskog zakona, odnosno ograničenju mladima ispod 16 godina izlaske nakon 23 sata bez njihova nadzora i slično.
- Represivne mjere kojima se koliko je moguće smanjuje dostupnost sredstava ovisnosti na mjestima okupljanja, druženja i zabave mladeži.
- Osigurati što kvalitetniji utjecaj medija, osobito televizije (Sakoman, 2009).

8. ULOGA SOCIJALNOG RADNIKA

Multidisciplinarni pristup ovisnosti prate visokoobrazovni stručnjaci u tome području. Posebice, u timovima unutar županijskih zavoda za javno zdravstvo, zdravstvenih ustanova, centara za socijalnu skrbi, udrugama i sl. Timovi se općenito sastoje od nekoliko psihologa, defektologa, zdravstvenih djelatnika, ali naravno i socijalnih radnika. Prevencija označava akciju koju poduzimaju socijalni radnici i drugi stručnjaci. Cilj prevencije je minimiziranja i eliminiranja socijalnih, psiholoških ili drugih poznatih čimbenika koji uzrokuju fizičke ili emocionalne

bolesti te utječu na socijalno-ekonomske probleme (Bloom, 1996; prema Bašić). Stručne službe i ustanove u nadležnosti sustava socijalne skrbi imaju posebno mjesto i ulogu u tome. Svoje mjesto u prevenciji ovisnosti svakako imaju i socijalni radnici. S obzirom na prirodu posla, u kontaktu s korisnicima imaju mogućnost procijeniti rizične čimbenike koji uzrokuju ovisnost. Na taj način može upozoriti liječnik, stručnjak u školi ili nekoj drugoj ustanovi o pojavi simptoma ovisničkog ponašanja kod korisnika. Kvalitetna i pojačana skrb te nadzor nad maloljetnicima općenito, a posebno nad onima za koje je ustanovljeno da uzimaju droge, može znatno smanjiti rizik razvoja teže kliničke slike ovisnosti (Sakoman, 2009).

Prethodno potrebno je provesti superviziju da bi se kvalitetno provele sve preventivne intervencije te smanjila mogućnost nestručnosti u radu. Socijalni radnici trebaju sudjelovati u različitim edukativnim radionicama, skupovima, konferencijama, supervizijama te savjetovanjima u svrhu usavršavanja znanja o problemu s ovisnošću među mladima. U radu s ostalim stručnjacima sudjeluju u kriznim intervencijama i grupama s ciljem podrške ovisnicima. Socijalni radnici koji su zaposleni u centrima za socijalnu skrb te drugim nadležnim tijelima pokretačka su snaga u poduzimanju odgovarajućih mjera iz cjelokupnog sustava socijalne skrbi. U procesu resocijalizacije, ponovnog uključivanja ovisnika u normalan, zdrav i socijalni odnos te društvene tijekove, posebnu važnost imaju nadležni Centri za socijalnu skrb, Zavodi za zapošljavanje te Centri za ovisnosti u kojima su zaposleni socijalni radnici. Odnosno, njihov kontakt s korisnicima kojima treba osigurati odgovarajuću skrb i nakon procesa rehabilitacije. S obzirom na sve navedene poslove socijalnog radnika u prevenciji ovisnosti, potrebno je također educirati socijalne radnike na području preventivnih programa jer i oni mogu biti provoditelji istih. Budući da samo dobro organiziran program koji vode kvalitetni i stručni ljudi motivirani za takav posao može umanjiti rizik zloporabe sredstava ovisnosti u tim sredinama te biti uistinu djelotvoran u postizanju ciljeva. Programe i rezultate rada pritom valja stalno pratiti i ocjenjivati.

Prema Zakonu o suzbijanju zloporabe droga (2019) pomoć ovisniku i povremenom uzimatelju droge pružaju ustanove socijalne skrbi (članak 37. stavak 1.). Prema članku 38. istoimenog zakona, u provedbi pomoći ovisniku i povremenom uzimatelju droge savjetodavnim radom sudjeluje Centar za socijalnu

skrb koji pritom surađuje sa županijskim, odnosno gradskim centrom. Članak 73. Zakona o socijalnoj skrbi (2020) opisuje socijalne usluge kao aktivnosti, mjere i programe namijenjene sprječavanju, prepoznavanju i rješavanju problema i poteškoća pojedinaca i obitelji te poboljšanju kvalitete njihovog života u zajednici. One se mogu pružati tijekom dužeg razdoblja ili privremeno, ovisno o potrebama korisnika. Članak 74. istoimenog zakona navodi sljedeće socijalne usluge: prva socijalna usluga koja podrazumijeva informiranje, prepoznavanje i početnu procjenu potreba, savjetovanje i pomaganje, pomoć u kući, psihosocijalna podrška, rana intervencija, pomoć pri uključivanju u programe odgoja i redovitog obrazovanja, boravak, smještaj, obiteljska medijacija i organizirano stanovanje. Ured za suzbijanje zlouporabe droga osnovao je stručnu radnu skupinu u čijim se smjernicama za psihosocijalni tretman ovisnosti o drogama u zdravstvenom, socijalnom i zatvorskom sustavu (2014) naglašava kako su izmjene zakonskih okvira postupanja, orijentacija na korisničku perspektivu te usmjerenost ka deinstitutionalizaciji glavne značajke promjena u razvoju socijalnih usluga, a posebno u pristupu korisnicima usluga te u metodama koje se koriste u socijalnom radu. Shodno tome, u sustavu socijalne skrbi prema rizičnoj skupini djece i mladih poduzimaju se mjere obiteljsko-pravne zaštite, savjetodavni rad s roditeljima, mjere i aktivnosti k uvođenju, nastavku ili širenju grupnih preventivnih programa koji obuhvaćaju rad s djecom i roditeljima. Nacionalni program prevencije ovisnosti za djecu i mlade u odgojno-obrazovnom sustavu, te djecu i mlade u sustavu socijalne skrbi za razdoblje od 2015. do 2017. godine (2015) naglašava kako ustanove socijalne skrbi i pružatelji socijalnih usluga sudjeluju u nastojanjima da se suzbije ovisnost o drogama tako što provode obiteljski orijentirane programe i programe prevencije utemeljene na politici lokalne zajednice te kreiraju medijske kampanje. Primjerice, centri za socijalnu skrb organiziraju i grupne programe podrške, organiziraju javna predavanja i rasprave o određenim pitanjima u području obitelji, odnosa među mladima, ..., potiču građanstvo, javne institucije i udruge građana na sudjelovanje u aktivnostima koje preveniraju nastanak rizičnih okolnosti za obitelj i njene članove i slično. Centri za socijalnu skrb i domovi za djecu i mlade provode i izvršenje odgojnih mjera izrečenih maloljetnicima i mlađim punoljetnicima. Prema članku 2. Zakona o

djelatnosti socijalnog rada (NN 124/11, 120/12) zadaća socijalnog radnika u zajednici je informiranje korisnika te šire javnosti i drugih stručnjaka o relevantnim informacijama i temama iz socijalnog rada. Shodno tome, Česi (2011) navodi primjer Centra za socijalnu skrb Novi Marof koji je, nastojeći približiti socijalni rad lokalnoj zajednici, započeo različite aktivnosti, kao što su otvaranje web stranice, pisanje članaka u novinama i na portalima te pokretanje radio emisije. Isti autor naglašava kako se na taj način može informirati javnost o populaciji ovisnika o drogi na području Republike Hrvatske; osvijestiti javnost i ovisnike o drogama kako postoje raznovrsni programi podrške, programi resocijalizacije povećati šanse za zaposlenje te smanjiti šanse za relaps. Prema Huremović i Mahmutović (2018) socijalni radnici educiraju i savjetuju pojedince ovisne o drogama i članove njihove obitelji o štetnosti droga. U centrima za socijalnu skrb, socijalni radnici osmišljavaju i izrađuju programe prevencije ovisnosti o drogama te u suradnji s drugim stručnjacima i ovlaštenim osobama donose programe prevencije koji mogu biti djelotvorni u konkretnim situacijama. Isti autori naglašavaju kako su socijalni radnici uključeni i u provođenje programa prevencije ovisnosti o drogama, bilo direktno ili indirektno. Direktna angažiranost socijalnih radnika u provođenju programa prevencije ovisnosti podrazumijeva informiranje, savjetovanje, održavanja predavanja i prezentiranje štetnog utjecaja droga. Indirektna angažiranost socijalnih radnika u ovom području podrazumijeva suradnju s odgojno-obrazovnim ustanovama, zdravstvenim ustanovama, lokalnom zajednicom i drugima. Brlas (2011, prema Ovčar, 2018) navodi i ulogu socijalnih radnika u terapijskoj zajednici; socijalni radnici s članovima terapijske zajednice tijekom njihovog boravka provode individualno, grupno i obiteljsko savjetovanje, koje je usmjereno što kvalitetnijem rješavanju problema ovisnosti putem osposobljavanja pojedinaca za samostalno suočavanje sa svojim problemima i oslobađanjem njihovih kapaciteta i potencijala za napredovanjem i samopomoći. Principi savjetovanja fokusirani su prvenstveno na aktiviranje ili mijenjanje čovjekovog mišljenja, psihičkih procesa, motivacije, stavova te ponašanja, koje kod osoba ovisnih o psihoaktivnim tvarima dovodi do preuzimanja odgovornosti za svoj problem i njegovo rješavanje te osposobljavanje za normalan život. Shodno tome, navode se određene faze koje bi savjetodavni rad s ovisnicima trebao

slijediti. Prva faza podrazumijeva utvrđivanje problema i potrebe za pomoć, glavni je cilj u ovoj fazi da ovisnik shvati i prihvati da ima problem; druga faza usmjerena je na uspostavljanje pozitivnog odnosa između ovisnika i savjetovatelja, pri čemu je važna pozitivna komunikacija i empatija. Nakon što se utvrde ciljevi koji se žele postići, radi se na postizanju tih ciljeva utvrđivanjem strategija. Savjetodavni rad također se usmjerava na osvještavanje emocija i osobnih mehanizama koji mogu pomoći u rješavanju problema ovisnosti, a po završetku programa odnosno izlasku iz terapijske zajednice, procjenjuju se učinci savjetovanja i postignuti ciljevi. Prema Bugari (2013) socijalni radnik bi trebao potaknuti društvenu odgovornost, solidarnost i empatiju u široj zajednici vezano uz problem ovisnosti o drogama. Osim pružanja direktne pomoći ovisnicima, socijalni radnici bi trebali mobilizirati javnost s ciljem boljeg razumijevanja problema ovisnosti te organizirati suradnju između različitih ustanova. U Republici Hrvatskoj, formirane su brojne udruge koje sudjeluju u provedbi projekta resocijalizacije, čiji se tim sastoji od socijalnih radnika, drugih stručnjaka, rehabilitiranih i educiranih ovisnika te brojnih volontera različitih zanimanja. Primjerice, program „Osnaži se 2019“ udruge NE-ovisnost, za osnovni cilj ima resocijalizaciju ovisnika putem pružanja podrške za prekvalifikaciju, doškolovanje te pronalaženje posla kroz senzibiliziranje šire javnosti za temu zapošljavanja ovisnika, zatim osiguravanja volonterskog iskustva, organiziranja strukovne izobrazbe, kluba za zapošljavanje te sportskih i kreativnih radionica. Shodno navedenom, udruga NE-ovisnost nastoji osnažiti partnerstva s drugim udrugama te ostalim dionicima u razvoju socijalno-radnih kompetencija, programa školovanja i mogućnosti zaposlenja te omogućiti liječenim ovisnicima sudjelovanje u različitim sportskim, kulturnim i edukativnim aktivnostima (preuzeto s <https://ne-ovisnost.hr/aktualni-projekti/>). Nadalje, u okviru humanitarne organizacije Zajednica susret, socijalni radnici pružaju usluge djeci i mlađim punoljetnim osobama koje imaju probleme u ponašanju, zatim usluge savjetovanja, a savjetuju im i pomažu i kada je tretman te liječenje od sredstava ovisnosti završeno. Socijalni radnici pružaju i usluge savjetovanja i pomaganja članovima obitelji te individualnu i grupnu psihosocijalnu podršku; motivacijski intervju odnosno razgovor, kreativne radionice i družionice (preuzeto s:

<https://zajednicasusret.hr/aktivnosti/savjetovanje.html>).

9. ZAKLJUČAK

Ovisnost je teško mentalno stanje u kojem osoba nerijetko nije niti svjesna svog problema i u kojoj mjeri on narušava njezino zdravlje, društvene i obiteljske odnose. Razvoj ovisnosti kod maloljetnika je svakako tema od javnog interesa, u jednakoj mjeri za djecu osnovnih i srednjih škola. Iako su svi oblici ovisnosti opasni i štetni, naročito opasnim smatram psihodepresore koji kod osoba koji ih konzumiraju stvaraju veliku fizičku ovisnost kao i halucinogene tvari koje dovode do potpunog iskrivljenja percepcije što može dovesti do kobnih posljedica. Postoje razni tretmani liječenja obzirom na različito djelovanje psihoaktivnih supstancija. No osim tretmana kada je već nastupila ovisnost, potrebno je djelovati na samoj prevenciji nastanka bilo koje ovisnosti. Preventivne programe je potrebno provoditi već u ranoj dobi, po mogućnosti već u osnovnoj školi, obzirom da je poznato kako je vrijeme adolescencije najkritičnije za eksperimentiranje raznih sredstava ovisnosti. Također, uloga socijalnih radnika u ovome procesu ne smije biti zanemarena. Socijalni radnik mora imati određene kompetencije i posjedovati određene vještine kako bi mogao pomoći ovisniku, a jedna od najvažnijih je empatija. Važno je i iskustvo te povezanost sa stručnjacima te drugim institucijama koje se također bore s ovim problemom. Intervencije u obiteljima pokazale su se uspješnima, a njihova važnost očituje se u tome što ne pati samo ovisnik, već i članovi njegove obitelji; oni ga najbolje poznaju te u suradnji sa stručnjakom problem je rješiv. Mladima treba osigurati što kvalitetnije provođenje slobodnog vremena, sa atraktivnim i zabavnim sadržajima, privući njihovu pozornost, zadovoljiti znatiželju, interese i potrebe, omogućivši im na taj način da sami donose pravilne odluke i izbore. Neovisno o tome je li osoba ovisnik, član obitelji ili stručnjak, potrebni su strpljenje, vjera i upornost u radu na rješavanju problema ovisnost o drogama – brojni su primjeri u praksi koji ukazuju na uspješnost programa resocijalizacije ovisnika; oni mogu biti dodatna motivacija za daljnji rad s ovisnicima. Terapija ovisnosti je svakako ono na čemu se treba raditi. Sam tijek terapije odlično je koncipiran, ali uvijek postoje potrebe za unaprjeđenjem. Ovisnost je ponekad teško prepoznati, pogotovo kod djece, budući da su ona sklona povlačenju u sebe i često ne

verbaliziraju vlastite probleme, na što nikad ne bismo trebali okretati leđa jer samo našom malom intervencijom možemo nekome promijeniti život.

Popis tablica

Tablica 5.1. Raspodjela maloljetnika uključenih u tretman po spolu (korisnici do 18 godina)

10. LITERATURA

1. Barrett Waldron, H., i Kaminer, Y. (2004). On the Learning Curve: *The Emerging Evidence Supporting Cognitive-Behavioral Therapies for Adolescent Substance Abuse*. *Addiction*, 99(2), 93-105.
2. Bariša, M. (2013). *Ovisnosti*. Zagreb: Vlastita naklada.
3. Bilić, V., Opić, S. (2013). Adolescentsko kockanje: uloga spola, nekih obiteljskih i školskih čimbenika. *Školski vjesnik*, 62(4), str. 455-478.
4. Blaszczynski, A., Nower, L. (2010). Instrumental tool or drug: Relationship between attitudes to money and problem gambling. *Addiction Research and Theory*, 18(6), str. 681–691.
5. Ball, J.C. i Ross, A. (1991). *The Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment: Patients, Programs, Services, and Outcome*. New York: Springer-Verlag.
6. Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F., i Liese, B. S. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. New York: Guilford Press.
7. Beck, J. (2011). *Cognitive Behavior Therapy*. New York: The Guilford Press.
8. Brlas, S. (2010). *Važno je ne započeti - neki temeljni pojmovi psihologije ovisnosti*. Virovitica: Zavod za javno zdravstvo Sveti Rok Virovitičko-podravske županije.
9. Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge: Harvard University Press.

10. Bulat M, Geber J, Lacković Z. (1999). *Medicinska farmakologija*, Zagreb: naklada.
11. Ćorić, D. (2006). *Ovisnosti o drogama: Suvremena pitanja*, Mostar: Matica Hrvatska.
12. Čavrag, S. (2017). *Utjecaj ovisnosti roditelja na delikventno ponašanje i ovisnost maloljetnika – analiza slučaja u Gradu Zagrebu*. Sveučilište u Zagrebu, Fakultet hrvatskih studija, Zagreb.
13. Derevensky, J. L., Gupta, R., Dickson, L., Deguire, A. (2004). *Prevention Efforts Toward Reducing Gambling Problems*. U: Derevensky, J. L., Gupta, R. (ur.), *Gambling Problems in Youth: Theoretical and Applied Perspectives*. New York: Springer US, str. 211-230.
14. D'Souza MS, Markou A. (2011). *Neuronal mechanisms underlying development of nicotine dependence: implications for novel smoking-cessation treatments*. *Addict Sci Clin Pract.* 6(1), str. 4–16.
15. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2019): *European Drug Report 2019: Trends and Developments*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
16. Fundić, I. (2017). *Ovisnost u obitelji i utjecaj na razvoj djeteta. (završni rad)*. Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Fakultet za odgojne i obrazovne znanosti, Osijek.
17. George, S., Chima, C., (2014). *Gambling addiction: what every doctor needs to know*. *Internet Journal of Medical Update.* 9(1), str. 1-3.
18. Hartnett, D., Carr, A., Hamilton, E. i O'Reilly, G. (2017): *The Effectiveness of Functional Family Therapy for Adolescent Behavioral and Substance Misuse Problems: A Meta-Analysis*. *Family Process* 56. 607-619.
19. Ivančević Ž, i sur. (2010). *MSD priručnik dijagnostike i terapije*. Split:Placebo.
20. Kreek, M. J. (2000). *Methadone-related opioid agonist pharmacotherapy for heroin addiction: History, recent molecular and neurochemical research, and future in mainstream medicine*. U: Glick, S.D. i Maisonneuve, I.M. (Ur.): *Annals of the New York Academy of Sciences*: Vol. 909. *New medications for drug abuse*. New York: New York Academy of Sciences.

21. Kudumija Slijepčević, M. (2018). *Ovisnosti – Rizični čimbenici u razvoju ovisnosti o psihoaktivnim tvarima*. Bjelovar: Veleučilište u Bjelovaru.
22. Lei, H., Xu, J., Zhao, Z., Qin, L., Du, Y., Zhou, Y. i Lin, F. (2012). *Abnormal White Matter Integrity in Adolescents with Internet Addiction Disorder: A Tract-Based Spatial Statistics Study*. PLoS ONE. Posjećeno 23.07.2022. na mrežnoj stranici: <http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0030253#s4>
23. Lile, B. (2003). *Twelve step programs: An update*. *Addictive Disorders & Their Treatment*. 2(1). 19–24.
24. Livazović, G. i Vuletić, I. (2018). *Obitelj kao etiološki čimbenik kaznenih djela povezanih sa zlouporabom opojnih droga kod adolescentske populacije*. *Policijska sigurnost Zagreb*, 27(3), 271-290.
25. McHugh R.K., Hearon B.A. i Otto M.W. (2010). *Cognitive Behavioral Therapy for Substance Use Disorders*. *The Psychiatric Clinics of North America*. 33(3). 511-525.
26. Mihić, J., Musić, T. Bašić, J. (2013). *Obiteljski rizični i zaštitni čimbenici kod mladih nekonzumenata i konzumenata sredstava ovisnosti*. *Kriminologija & socijalna integracija*, 21 (1): 49-63.
27. Miliša, Z. i Tolić, M. (2010). *Kriza odgoja i ekspanzija suvremenih ovisnosti*. *Medianali*, 4 (8): 135-164.
28. National Institute on Drug Abuse (2018). *Principles of Drug Addiction Treatment: A ResearchBased Guide* (Third Edition). Dostupno na: <https://www.drugabuse.gov/node/pdf/675/principles-of-drug-addictiontreatment-a-research-based-guide-third-edition>. Pristupljeno dana 25.7.2022.
29. *National Institute on Drug Abuse 2016-2020 Strategic Plan..* Translational research focus of NIDA organizational shift. Preuzeto 25.7.2022. s: <https://archives.drugabuse.gov/news-events/news-releases/2015/10/translational-research-focus-nida-organizational-shift>
30. Petry, N.M. (2011). *Contingency management: what it is and why psychiatrists should want to use it*. *The Psychiatrist*. 35(5). 161-163.

31. Pies, R. (2009). *Should DSM-V Designate "Internet Addiction" a Mental Disorder?* *Psychiatry* (Edgmont),6 (2): 31-37.
32. Pol, T.M. van der, Hoeve, M., Noom, M.J., Stams, G.J.J.M., Doreleijers, T.A.H., van Domburgh,L., Vermeiren, R.R.J.M. (2017). Research Review: The effectiveness of multidimensional family therapy in treating adolescents with multiple behavior problems - a meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 58(5). 532-545.
33. Radić, A., Sabljic, L., Šalamon, S. (2019). *Tretman maloljetika u službi za mentalno zdravlje i prevenciju ovisnosti NZJZ „dr. Andrija Štampar*. Zagreb.
34. Riksheim, M., Gossop, M. i Clausen, T. (2014). From methadone to buprenorphine. Changes during a 10 year period within a national opioid maintenance treatment programme. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 46(3). 291-294.
35. Sakoman, S. (2009). *Školski programi prevencije ovisnosti*. Zagreb: Agencija za odgoj i obrazovanje.
36. *Smjernice za farmakoterapiju opijatskih ovisnika metadonom*. Dostupno na: www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_231219_EN_HR01_Guidelines%20for%20methadone%20treatment-1.pdf. Pristupljeno dana 10.09.2022.
37. *Smjernice za psihosocijalni tretman ovisnosti o drogama u zdravstvenom, socijalnom i zatvorskom sustavu* (2014). Dostupno na: drogeiovisnosti.gov.hr/djelokrug/ovisnosti-i-vezane-teme/droge-i-ovisnost/publikacije/za-strucnjake/smjernice/smjernice-za-psihosocijalni-tretman-ovisnosti-odrogama-u-zdravstvenom-socijalnom-i-zatvorskom-sustavu-2014/1165. Pristupljeno dana 10.9.2022.
38. Stanić, I. (2010.): „*Ovisnost o internetu, cyberkockanju – kako ih sprječavati*“, *Napredak*, 151(2): 214-235.
39. Young, K.S. (2009). *Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder*. *CyberPsychology and Behavior*, 1(3): 237-244.
40. Vlada Republike Hrvatske (2022). Ured za suzbijanje zlouporabe droga. Preuzeto 10.09.2022. s: <https://drogeiovisnosti.gov.hr/ovisnosti-i-vezane-teme/podrucja-suzbijanja-ovisnosti/lijecenje-i-psihosocijalni-tretman/1006>
41. Zec, S. (2008), *Crkva u svijetu*, Katolički i bogoslovni fakultet Rijeka, 43(2).

