

Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku

Katolički bogoslovni fakultet u Đakovu

Poslijediplomski specijalistički studij Pastoralne teologije

Smjer: Pastoral obitelji

Zorica Tomić, dipl.kateheta

**KRIZNE INTERVENCIJE SAMODESTRUKTIVNOG
PONAŠANJA OVISNOSTI**

Specijalistički rad

Mentor: Doc. dr. sc. Suzana VULETIĆ

Đakovo, 2017.

Sadržaj

Sadržaj

Sažetak	4
Summary	5
Uvod	6
1. ETIOLOGIJA ZLOPORABE PSIHOAKTIVNIH TVARI I OVISNOST	9
1.1. Terminološke odrednice ovisnosti	9
1.2. Klasifikacija ovisnika	15
1.3. Temeljna podjela droga	17
1.3.1. <i>Psihodepresori</i>	19
1.3.2. <i>Psihostimulatori</i>	23
1.3.3. <i>Halucinogeni</i>	29
1.4. Apstinencijski sindrom	34
1.5. Posljedice drogiranja	35
1.5.1. <i>Socijalne posljedice drogiranja</i>	35
1.5.2. <i>Ekonomske posljedice drogiranja</i>	36
1.5.3. <i>Zdravstvene posljedice drogiranja</i>	38
II. DRUŠTVENE, OBITELJSKE I OSOBNE PREDISPOZICIJE ZA RAZVOJ OVISNIČKOG PONAŠANJA	41
2.1. Statistički pokazatelji raširenosti drogiranja	41
2.1. <i>Rasprostranjenost drogiranja svijetu</i>	42
2.2. <i>Zastupljenost drogiranja u Hrvatskoj</i>	42
2.2. Društvene predispozicije za razvoj ovisničkog ponašanja	41
2.3. Genetska i obiteljska sklonost ovisništva (genetika, traume, psihički poremećaji)	50
2.4. Osobna preferencija ovisništva	54
III. ZAKONODAVNI OKVIRI I PREVENCIJSKE MJERE	57
3.1. Gospodarske mjere suzbijanja narkomanije	62
3.2. Socijalne mjere razvoja prevencije	64
3.3. Prikaz centara za prevenciju i liječenje bolesti ovisnosti	69

IV. PASTORALNI MODELI DUHOVNOG OSLOBOĐENJA OD OVISNOSTI	74
4.1. Apstinencijska kriza i njeno prevladavanje	75
4.2. Metode liječenja bio-psiho-socijalnim oslobođenjem	76
4.3. Pastoralno socijalno-crkveni modeli egzistencijalno-duhovnog oslobođenja od ovisničkog ponašanja	83
4.3.1. Pastoralni model usmjeren obitelji	92
4.3.2. Pastoralni model usmjeren ovisniku	96
4.3.3. Pastoralni model preventivskih uputa rizičnim skupinama	97
Zaključak	101
Bibliografija	103
Popis ustanova za sprečavanje i liječenje ovisnosti	109

*„Ne samo zbog svoje razorne moći, nego i zbog raširenosti,
droga se danas smatra pojavom zastrašujućih razmjera i posljedica,
koja ugrožava ne samo pojedince i pojedine obitelji, već i narod kao cjelinu“¹*

¹ D. DEGEL, I., KOVČO, Tretman ovisnika o drogama na području Republike Hrvatske, u: *Kriminologija & socijalna integracija: časopis za kriminologiju, penologiju i poremećaje u ponašanju* 8 (2000.) 1-2., str. 123.

Sažetak

Samodestruktivno ponašanje razvoja ovisnosti i navezanosti na psihoaktivne supstance droge ne utječu negativno samo na osobno zdravlje pojedinca, promjenama motoričkih, kognitivnih i voljnih aspekata ličnosti, već taj problem sa sobom uvlači i obitelj ovisnika i za sobom povlači brojne društvene posljedice postajući globalnim fenomenom koji zauzima vrlo visoko mjesto na ljestvici prioriteta vezenih uz nacionalnu sigurnost.

Sociološko-kulturološki i kazneno-pravno gledano, čine se mnoge mjere prevencije, sanacije i kažnjavanja. Medicinsko-psihološki se ulažu veliki naponi u liječenju i prevladavanju apstinencijske krize. No, i Crkveni pastoral ima svoju značajnu ulogu u osmišljavanju motivirajućih programa i razvijanja duhovne podrške ovisnika i njihovih obitelji.

U namjeri da prikaže ovaj kompleksan problem samodestruktivnog ovisničkog ponašanja, ova radnja je koncipirana kroz četiri temeljne cjeline koje se međusobno upotpunjavaju pridržavajućim opisom naslova i podnaslova, nudeći integrativni model pastoralne strategije u suzbijanju ovisnosti i radu s ovisnicima te s njihovim bližnjima.

Generalne cjeline ovog rada su sljedeće:

- I. ETIOLOGIJA ZLOPORABE PSIHOAKTIVNIH TVARI I OVISNOST*
- II. DRUŠTVENE, OBITELJSKE I OSOBNE PREDISPOZICIJE ZA RAZVOJ OVISNIČKOG PONAŠANJA*
- III. ZAKONODAVNI OKVIRI I PREVENCIJSKE MJERE*
- IV. PASTORALNI MODELI DUHOVNOG PRISTUPA OSLOBOĐENJA OD OVISNOSTI*

Ključne riječi: *ovisnost, droga, apstinencijski sindrom, prevencija, pastoral*

Summary

The self-destructive behavior of the addiction to psychoactive drug substances does not only negatively affect the individual's personal health, causing changes in motor, cognitive and volitional aspects of personality, but this problem also involves the family of addicts and entails a number of social consequences, becoming a global phenomenon which takes very high place in the ranking of national security priorities.

Sociologically - culturally and criminally-legally, many measures of prevention, rehabilitation and punishment are made. Medical-psychological efforts are made in treating and overcoming the abstinence crisis. But the Church Pastoral Service has also a significant role in designing motivational programs and developing the spiritual support of addicts and their families.

In order to present this complex problem of self-destructive addictive behavior, this work is conceived through four fundamental units that complement each other by keeping a description of the title and subtitle, offering an integrative model of pastoral strategy to suppress addiction and to work with addicts and their near ones.

The general units of this paper are next:

I. ETHIOLOGY OF ABUSE OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES AND ADDICTION

*II. SOCIAL, FAMILY AND PERSONAL PREDISPOSITIONS FOR THE
DEVELOPMENT OF ADDICTIVE BEHAVIOR*

III. LEGISLATION AND PREVENTIVE MEASURES

*IV. PASTORAL MODELS OF A SPIRITUAL APPROACH TO LIBERATION FROM
ADDICTION*

Key words: *addiction, drugs, abstinence syndrome, prevention, pastoral*

Uvod

Stoljećima su ljudi koristili različite psihoaktivne supstance u pokušavajući se opustiti, zabaviti, alterirati svijest, izbjeći prihvaćanje realnosti, fiktivno bježeći od problema, ponekada iz radoznalosti, želje za mističnim iskustvima ili pak kako bi izmijenili psihološku ili fizičku percepciju.

Drugotni „razlozi za posezanjem samodestruktivne utjehe mogu biti disfunkcionalne obitelji; vlastita čovjekova nesigurnost; loše društvo; krivo usađene vrijednosti tijekom procesa socijalizacije, iskrivljenim obiteljskim vrijednostima, razočaranost ljudima općenito, nedostatak nutarnje topline, samopouzdanja, osjećaj manje vrijednosti i želja za pažnjom koja prelazi u samo-razarajuće i kriminalno ponašanje, zbog kojih ljudsko biće poseže za nečime što se čini kao trenutno rješenje“.²

Droge su takve supstance koje tijekom konzumiranja utječu na promjene motoričkih, kognitivnih i voljnih vidova ličnosti. Kod nekih osoba prije ili kasnije razvijaju kemijsku ovisnost s teškim zdravstvenim posljedicama, kako na osobnoj, tako na obiteljskoj i društvenoj razini.

Raširenost zlouporabe droga ovisi o socio-demografskim, etničkim, kulturnim i drugim obilježjima pojedinih sredina i predstavlja jedan od glavnih socio-zdravstvenih problema današnjice.³

Problem zlouporabe droga je transnacionalan, transkulturalan i globalan fenomen koji zauzima vrlo visoko mjesto na ljestvici prioriteta vezanih za nacionalnu sigurnost, te zdravlje same nacije, ali i prekršajno-pravne, odnosno kaznene sankcije.

Govoriti o ovisnostima u suvremenom dobu, može se iz različitih perspektiva utemeljujući ih na mnoge čimbenike. No, pokušati reći nešto konstruktivno, što bi bilo dovoljno uvjerljivo i preventivski djelotvorno, sužava nam izbor govora, usmjerenog gledanja na samodestruktivno ponašanje ovisnosti o drogama.

² S. VULETIĆ, *Samodestruktivno ponašanje*, Scripta ad usum privatum, Katolički bogoslovni fakultet u Đakovu, Đakovo, Akademska godina 2014./2015., str. 102.

³ UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME – UNODC, *World Drug Report*, Vienna, 2007. https://www.unodc.org/pdf/research/wdr07/WDR_2007.pdf (stranica konzultirana 1.3.2017.)

Sociološko-kulturološki i kazneno-pravno gledano, čine se mnoge mjere sanacije i kažnjavanja na tom planu. Medicinsko-psihološki ulažu se veliki naponi u prevladavanju apstinencijske krize. No, ima li i Crkveni pastoral svoju ulogu u svemu tome?

U multidisciplinarnim timovima koji se bave prevencijom i suzbijanjem ovisnosti značajno mjesto uz liječnike imaju psiholozi, sociolozi, socijalni radnici, ali i stručnjaci drugih profila poput teologa. Teolozi mogu biti od značajne pomoći zbog specifičnosti pristupa u interdisciplinarnoj upućenosti svih ovih naslovnih korelata, zbog nepobitne važnosti unutarnje snage i motivacijskog otpora koji može pružiti vjera, ovisnicima i njihovim bližnjima.

Stoga je ova radnja koncipirana u četiri temeljne cjeline koje se međusobno upotpunjavaju opisom naslova i podnaslova, nudeći integrativni model pastoralne strategije u suzbijanju ovisnosti i radu s ovisnicima te njihovim bližnjima.

Generalne cjeline ovog rada su sljedeće:

- I. ETIOLOGIJA ZLOPORABE PSIHOAKTIVNIH TVARI I OVISNOST
- II. DRUŠTVENE, OBITELJSKE I OSOBNE PREDISPOZICIJE ZA RAZVOJ OVISNIČKOG PONAŠANJA
- III. ZAKONODAVNI OKVIRI I PREVENCIJSKE MJERE
- IV. PASTORALNI MODELI DUHOVNOG PRISTUPA OSLOBOĐENJA OD OVISNOSTI

Prva cjelina predstavlja detaljniji prikaz terminoloških odrednica ovisnosti, klasifikaciju ovisnika te temeljnu podjelu vrlo raširenih oblika suvremenih sintetičkih i prirodnih droga ukazujući na apstinencijski sindrom te socijalne, ekonomske i zdravstvene posljedice drogiranja.

Obrađeni su statistički pokazatelji raširenosti drogiranja u svijetu i zastupljenost drogiranja u Hrvatskoj, ukazujući na društvene predispozicije za razvoj ovisničkog ponašanja; genetsku i obiteljsku sklonost ovisnostima te osobnu preferencija razvitka ovog oblika samodestruktivnog ponašanja.

U zakonodavnim se okvirima i preventivskim mjerama potiče: prepoznavanje i rano otkrivanje, preventivne obiteljske mjere, gospodarske mjere suzbijanja narkomanije, socijalne mjere razvoja prevencije i prikaz centara za prevenciju i liječenje bolesti ovisnosti.

Ključni dio rada čini završna cjelina koja predlaže pastoralne modele duhovnog pristupa oslobođenja od ovisnosti kroz prevladavanje apstinencijske krize, metode liječenja, bio-psiho-socijalno i egzistencijalno-duhovno oslobođenje kroz sistematizaciju pastoralnih modela oslobođenja od ovisničkog ponašanja, usmjerenih na: obitelj ovisnika, samog ovisnika te model preventivskih uputa rizičnim skupinama.

1. ETIOLOGIJA ZLOUPARABE PSIHOAKTIVNIH TVARI I OVISNOST

Iako u suvremenom dobu primjećujemo razne ovisnosti, jedna od najpogubnijih i najsmrtonosnijih, i dalje ostaje ovisnost o drogama. Bolest ovisnosti o psihoaktivnim drogama naziva se još „bijela kuga“ ili narkomanija. Svjetska zdravstvena organizacija definirala ju je, 1957. godine, kao stanje periodične ili kronične intoksikacije izazvano ponovljenim unošenjem droge.

Problem ovisnosti/ narkomanije jedan je od najtežih javnozdravstvenih problema, a ovisnost je u većini slučajeva cjeloživotni problem oscilacije toksične vezanosti za neku tvar, prevladavanja apstinencijske krize, ponovnih posrtanja i pokušaja izvlačenja.

To su ujedno, temeljni pojmovi koji su obrađeni u uvodnoj cjelini, kako bi lakše pratili daljnji tijek rada u razumijevanju teških posljedica ovog samodestruktivnog ponašanja.

1.1. Terminološke odrednice ovisnosti

Konsumacija droge popraćena je u početku osjećajem zadovoljstva, mira ili euforične sreće, no nakon određenoga perioda stvara u čovjeku ovisnost iziskujući sve veće doze konzumiranja i razvijajući ovisničko ponašanje.

Ovisničko ponašanje je ponašanje koje uključuje zlouporabu sredstava ovisnosti (droga). Takvo ponašanje ne vodi nužno u ovisnost, ali je jako rizično za razvoj ovisnosti. Međutim, iako ono ne mora završiti ovisnošću; može se svesti samo na eksperimentiranje sredstvima ovisnosti). Ovisnost svakako uključuje ovisničko ponašanje osobe koja uzima sredstva ovisnosti.⁴ Ovisničko ponašanje je skup ponašajnih obrazaca koji su autodestruktivni, imaju apetitivnu prirodu, opsesivno–kompulzivnu kvalitetu, značajnu fiziološku ili biološku komponentu – žudnju, a koji se doživljavaju teško prilagodljivim i gotovo nezaustavljivim.⁵

Biomedicinski ovisnost se manifestira kao kronični recidivirajući poremećaj koji se temelji na poticanju ili izazivanju povećanog ili smanjenog stupnja aktivacija središnjeg živčanog sustava, što se postiže unosom u organizam nekih psihoaktivnih tvari, a prati ga ponašanje usmjereno prema traženju i uzimanju sredstava ovisnosti.

⁴ Usp. S. BRLAS, Uvodno o ovisnosti, u: S. BRLAS, V. GORJANEC, *Radionice u borbi protiv ovisnosti. Edukacijske i socijalizacijske radionice za djecu i mlade*, Centar za nestalu i zlostavljenu djecu – Osijek, Osijek, 2015., str. 8.

⁵ Usp. J. ORFORD, *Excessive appetites: A psychological view of Addictions*, Wiley, New York, 1985.

Pojednostavljeno prikazivanje ovisnosti, bilo bi da je to stanje neodoljive potrebe (psihičke ili fizičke) za uporabom droge. Snažna, povremena, poremećena želja ili neutaživa čežnja za uzimanjem supstancija ili lijekova, alkohola ili duhana.⁶

Ovisnost je ovim definicijama prikazana kao „pojava ponašanja, kognicije i fizioloških promjena koje se razvijaju nakon ponavljanja upotrebe pojedinih tvari i redovito uključuje jaku želju za uzimanjem te tvari i poteškoće u kontroli njezina uzimanja.“⁷

Vezano uz terminološku odrednicu ovisnosti navodimo dva vida ovisnosti:

Psihička ovisnost za koju je karakterističan osjećaj zadovoljstva i želja za ponovnom konzumacijom droge kako bi se izazvala ugodna i izbjegnula neugoda. Taj vid ovisnosti je blizak fizičkoj po manifestacijama, no uzrok nije tvari, dakle ne mora se raditi o opojnim tvarima. Čovjek može biti ovisan o televiziji, internetu, poslu, nekom drugom čovjeku, ili o bilo čemu. Uskraćivanje stimulansa dovodi do kriza sličnih kao i kod fizičke ovisnosti. Čest je slučaj osoba koje su ovisne fizički da postanu ovisne i psihički, te obratno.⁸

Kada osoba koja je psihički ovisna ostane bez droge osjeća se deprimirano, tjeskobno, ali nema tjelesnih poteškoća. Intenzitet psihičke ovisnosti ovisi o djelovanju same droge, te sjećanje na ugodna iskustva s drogom; faktor je koji najčešće dovodi do dugotrajne konzumacije i same ovisnosti.

Fizička ovisnost definira se kao stanje prilagodbe na drogu praćeno potrebom za povećanjem doze kako bi se postiglo njeno djelovanje kakvo je na početku izazvala manja količina i javljanjem apstinencijskih kriza bez droge. Fizička ovisnost je stanje organizma koje nastaje uslijed uzimanja tvari koje uzrokuju ovisnost kada više za održavanje homeostaze organizmu nije dovoljno unošenje hrane, redovna fizička aktivnost i san, tj. osnovne ljudske potrebe, nego postoji stalna fizička potreba organizma za određenim stimulansom na koji se organizam privikao. Takvo stanje se očituje raznolikim simptomima, ovisno o tvari o kojoj je čovjek ovisan. Organizam fizički ovisnog čovjeka može postići homeostazu samo ako je stimulativna tvar koja postoji u organizmu. Oboljeli svoju žudnju za supstancom koja

⁶ Usp. D. LADEWIG, *Ovisnost i ovisničke bolesti. Uzroci, simptomi, terapija*, UPT, Đakovo, 1997., str. 29.

⁷ S. BRLAS, *Važno je ne započeti, neki temeljni pojmovi psihologije ovisnosti*, IGP, Virovitica, 2010., str. 13.

⁸ Usp. P. ZAREVSKI, *Psihološki aspekti ovisnosti mladih*, u: *Zajednički protiv ovisnosti*, Republika Hrvatska, Ministarstvo rada i socijalne skrbi Republički fond socijalne zaštite, Pula, 1995., str. 255.-264.

uzrokuje fizičku ovisnost opisuju kao nešto nagonско, nešto poput libida u adolescenta ili poput gladi osobe podvrgnute mučenju glada.

Ovisnost može biti i kombinacija ova dva vida. Psihička ovisnost je bliska fizičkoj po manifestacijama („*nešto čovjeku nedostaje*“), no uzrok nije (ili ne mora biti) stvar, dakle ne mora se raditi o opojnim tvarima.

Različite ovisnosti imaju i različit značaj, utjecaj i posljedice, te ovisnost ne mora posve nužno biti negativna pojava iako se najčešće takvom smatra i prosuđuje. Uskraćivanje stimulansa dovodi do kriza sličnih kao i kod fizičke ovisnosti.⁹

Svaka je droga opasna jer svojim djelovanjem smanjuje sposobnost za rad i koncentraciju, pojavljuju se priviđanja, sklonost samoubojstvu i aktiviraju pojavu skrivenih duševnih bolesti.

Prema DSM–IV klasifikaciji¹⁰, poremećaji vezani uz psihoaktivne tvari u osnovi se dijele na dvije kategorije. Prva se naslanja na uporabu psihoaktivne tvari (ovisnost o tim tvarima ili zloraba istih), a druga na poremećaje koji su prouzročeni psihoaktivnim tvarima kao što su intoksikacija, sustezanje, delirij, perzistentna demencija, perzistentni amnestički poremećaj, psihotični poremećaj, poremećaj raspoloženja, anksiozni poremećaj, seksualne smetnje i, u konačnici, poremećaji spavanja, a koji su posljedica uzimanja psihoaktivne tvari.

Kriteriji za zlorabu psihoaktivnih tvari prema DSM-IV klasifikaciji predstavljaju neprilagođeno ponašanje zbog uporabe psihoaktivne tvari koje vodi značajnim kliničkim oštećenjima ili subjektivnim problemima, a javlja se kao:

1. ponavljano uzimanje psihoaktivne tvari koje vodi neuspjehu u ispunjavanju značajnih obveza na poslu, u školi ili kod kuće;
2. ponavljano uzimanje psihoaktivne tvari u situacijama u kojima je to opasno za život;
3. ponavljani problemi sa zakonom zbog uzimanja psihoaktivne tvari;
4. nastavljanje s uzimanjem psihoaktivne tvari usprkos ponovljenom javljanju društvenih ili međuljudskih problema izazvanih ili otežanih učincima psihoaktivne tvari.

⁹ Usp. Z. MILIŠA., M.TOLIĆ, Kriza odgoja i ekspanzija suvremenih ovisnosti, u: *Medijanali*, 4 (2010.) 8., str. 141.

¹⁰ AMERIČKA PSIHIJTARIJSKA UDRUGA, *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, DSM –IV*, Naklada Slap, Jastrebarsko, 1996.

Uzroci i razlozi pojavnosti ovisnosti su različiti, a najčešće se spominju razni problemi u društvu poput: obiteljsko-genetskih predispozicija, utjecaj vršnjaka, želja za samopotvrđivanjem, siromaštvo¹¹, nezaposlenost, prostitucija, delinkvencija, kriminalitet, beskućništvo i dr. „Najvažniji rizični psiho-socijalni faktori su urbane karakteristike mjesta stanovanja, niski socioekonomski status, niska razina kulturnih navika, niska razina religioznih uvjerenja, pristup drogama, konzumiranje droge unutar obitelji, konflikti i poremećaji emocionalne ravnoteže u obitelji, alijenacija i niska internalizacija normativnih socijalnih vrijednosti“.¹²

Uzroci ovisnosti, stanja su (unutarnja ili vanjska) koja stvaraju okvir za ovisničko ponašanje. Pod okvirom se podrazumijeva struktura potreba i želja koje proizlaze iz navedenih stanja. Uzroci mogu biti intrapsihičke prirode /tjelesna ili psihička bolest, teškoće u emocionalnom ili kognitivnom funkcioniranju, pobudljivost (arousal) i sl./ ili socijalno uvjetovani (narušena obiteljska situacija, utjecaj vršnjaka, dosada i sl.).

Pojedini uzroci mogu uključivati istodobno psihičke i socijalne utjecaje pa je njihov zasebni utjecaj teško ekstrapolirati, a to je ponekad važno učiniti kako bi se na iste moglo djelovati¹³.

Poteškoće vezane za zlouporabu droga treba razumijevati prvenstveno sa stajališta širokih socijalnih pitanja, gdje opet u prvi plan izbijaju siromaštvo, zapostavljenost, nezaposlenost, beskućništvo i posljedična socijalna isključenost. Stoga, prioriteti koje će država davati politici vezanoj uz droge ovise o stanju raširenosti zlouporabe droga u društvu, gospodarskim prilikama i razini društvene svijesti o svim dimenzijama tog problema.

Također, nacionalna politika vezana uz droge ovisi o političkoj i gospodarskoj stabilnosti, dostupnosti različitih stručnih i znanstvenih dostignuća s tog područja, te pravnom sustavu i zemljopisnom položaju određene zemlje.

Faktori ovisnosti su najčešće: genetika, početak u mlađoj životnoj dobi, trauma u djetinjstvu (seks, nasilje), smetnje ponašanja i učenja (ADD/ADHD), mentalni poremećaji, depresija, bipolarni afektivni poremećaj te psihoze.

¹¹ Treba napomenuti kako je problem ovisnosti zastupljen i u bogatijim društvima.

¹² K. BUTORAC, A. ROGAR, Neformalna i formalna socijalna kontrola u domeni centra za prevenciju ovisnosti, u: *Kriminologija i socijalna integracija* 10 (2002.) 2., str. 123.

¹³ Usp. S. BRLAS, Uvodno o ovisnosti, u: S. BRLAS, V. GORJANEC, *Radionice u borbi protiv ovisnosti*.

Edukacijske i socijalizacijske radionice za djecu i mlade, Centar za nestalu i zlostavljaju djecu – Osijek, Osijek, 2015., str. 5.

Najčešći motivi za konzumacijom droga su: želja za afirmacijom, pritisak socijalne sredine, životni problemi, osjećaj inferiornosti i nisko samopoštovanje, izražena neurotidnost, depresivnost, naglašena hedonistička orijentacija, osjećaj besmislenosti i dosade, neznanje i identifikacija s grupom vršnjaka...¹⁴

U sredstva ovisnosti ubrajamo:

- Depresori – sedativi (alkohol, barbiturati, trankvilizatori)
- Narkotici i opijati (heptanon, metadon, heroin, opijum i dr.)
- Inhalanti (ljepila, benzin, aceton, i slične lako hlapljive tvari)
- Halucinogeni (LSD, marihuana, hašiš, meskalin, atropin, i dr.)
- Psihostimulansi (amfetamin, kokain, ecstasy i dr.)

Neka su sredstva ovisnosti zakonita (alkohol, sedativi i lijekovi), a neka nezakonita (marihuana, kokain, LSD, ecstasy itd.); dok neka djeluju na psihološki aspekt, druga djeluju na tjelesni.

Psihoaktivne tvari u drogama jesu one tvari koje djeluju na središnji živčani sustav i tako mijenjaju psihofizičko funkcioniranje čovjeka; njegove psihičke procese (osjete, percepciju, mišljenje, govor, raspoloženje) i njegovo ponašanje.

Dakle, zajednički je to naziv za „sva farmakološka sredstva koja djeluju na doživljavanje i ponašanje“¹⁵ i koja mogu dovesti do oštećenja zdravlja; tjelesnog ili psihičkog.

Djelovanje psihoaktivnih tvari na središnji živčani sustav može biti:

- stimulirajuće (takve tvari nazivamo psihostimulatorima ili psihostimulansima središnjeg živčanog sustava, a u tu se skupinu ubrajaju amfetamini, metamfetamini, MDMA i sl.)

- deprimirajuće (takve tvari nazivamo psihodepresorima ili depresantima središnjeg živčanog sustava, a u tu se skupinu ubrajaju opijum, morfij, heroin, metadon i sl.)

- halucinogeno (takve tvari izazivaju halucinacije ili obmane u opažanju, deluzije ili zamisli i vjerovanja otporna na sve činjenice koje govore protiv njih, a u tu se skupinu u prvom redu ubraja LSD, ali čak i kokain i hlapljiva otapala mogu imati halucinogene učinke)

¹⁴ Usp. Ž. KNOTEK IVETA, S. MALOIĆ, Program stručnog rada s ovisnicima o drogama u odgojnom zavodu Turopolje, u: *Kriminologija i socijalna integracija* 8 (2000.) 1-2., str. 118.

¹⁵ B. PETZ, *Psihologijski rječnik*, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2005., str. 379.

- hipnotičko i sedativno (takve tvari umiruju ili potiču na spavanje, a u tu se skupinu ubrajaju hipnotici, barbiturati, sedativi i sl.).¹⁶

Sve ovisnosti imaju snažne poveznice s otuđenjem, anemičnošću, anksioznošću i raznim vrstama fobija koje pojedince pretvaraju u depresivna bića. Takvo stanje obilježeno je duševnim procesima i ponašanjima koji teže za povremenim ili redovitim konzumiranjem sredstava ovisnosti, kako bi se izbjegao stadij bez takvih sredstava. U stanju ovisnosti osoba ima potrebu zadovoljiti duševni nagon i fizički poremećaj uzrokovan nedostatkom stimulatora.¹⁷ Kod osobe, kod koje se razvije ovaj oblik navezanosti na neku tvar, možemo primjetiti ovisničko stanje, pa osobu, nominiramo nazivom: „ovisnika“.

Ovisnik je osoba koja razvija i održava ono ponašanje koje opetovano vodi ponovnom uzimanju tvari koja ima adiktivna svojstva. Ponovljenim uzimanjem tvari stvara se neurokemijski obrazac u mozgu uzimatelja koji u svojoj biti ima potkrjepljujući učinak, odnosno djeluje kao nagrada za takvo ponašanje.¹⁸

Razvoj stanja u kojemu je za jednaki učinak prethodnome potrebna veća količina istoga sredstva ili smanjenje učinka ako se uzima ista količina sredstva naziva se tolerancijom. Stupanj tolerancije u stadiju ovisnosti ovisna je o dužini primjene opijata. Konzumiranjem sredstava kroz duži vremenski period dolazi do sve veće potrebe za tim istim, ako ne i većim dozama. Uzimanjem jednakih doza droge nakon određenog vremena stvara se tolerancija, odnosno ne postiže se odgovarajući učinak. Stoga se javlja potreba za većom količinom droge, kako bi se dostigao isti učinak, ili otklonili simptomi apstinencijskog sindroma. Često se u neizvjesnosti utvrđenosti doze tolerancije ovisnici predoziraju.

Predožiranje je pojava kojom se razvojem tolerancije na sredstvo ovisnosti (drogu) u organizam unosi sve veća količina tvari radi postizanja istoga učinka prethodnome. U suprotnome, javlja se apstinencijski sindrom.

Apstinencijska kriza/sindrom predstavlja pojavu teških, neugodnih i bolnih kombiniranih psihičkih i tjelesnih simptoma, uslijed apstinencije (uzdržavanja) od droge.

¹⁶ Usp. S. BRLAS, Uvodno o ovisnosti, u: S. BRLAS, V. GORJANEC, *Radionice u borbi protiv ovisnosti. Edukacijske i socijalizacijske radionice za djecu i mlade*, Centar za nestalu i zlostavljanu djecu – Osijek, Osijek, 2015., str. 9.

¹⁷ Usp. *Zajedno protiv droge, Priručnik za roditelje*, Vijeće za prevenciju grada Osijeka, Osijek, 2011. str. 14.

¹⁸ Usp. S. BRLAS, *Važno je ne započeti, Neki temeljni pojmovi psihologije ovisnosti*, IGP, Virovitica 2010., str. 21.

Nakon prikaza temeljnih odrednica narkomanijske ovisnosti, detaljnije ćemo se susresti s klasifikacijom ovisnika.

1.2. Klasifikacija ovisnika

Ovisnici su osobe, ovisne o mnogim psiho-aktivnim tvarima, koje većinom kod uzimanja sredstva ovisnosti, vrlo brzo izgube kontrolu nad ponašanjem vezanim uz uzimanje tih sredstava.

Ovisnik traži smisao i sigurnost pa tako i ugodu u životu uporabom kemijskih pripravaka. Obilježavaju ga 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.¹⁹

Mladi ljudi najprikladniji su za širenje ovisnosti zbog svoje ličnosti u formiranju i želje da iskuse uzbudljive avanture s krizom ili konfuzijom identiteta. Najveći problem adolescenata je njihova potreba da budu neovisni, zbog čega odbacuju mišljenja i savjete odraslih. Najproblematičniji vid predstavljaju pred/adolescenti, koji su ujedno i najučestaliji konzumenti droga između 14.- 25. godina života. Uzimaju je iz znatiželje, dosade, potištenosti, želje za misterioznim iskustvom, slabosti da odbiju ponuđenu drogu, kao i nedostatka čvršće veze s obitelji.

„Eksperimenti s drogama ubrzo postaju normalno stanje u razvoju adolescenata“.²⁰ Za većinu mladih, konzumiranje droge je ograničeno na kratko vrijeme eksperimentiranja, no za neke početni eksperimenti postaju prisilni obrasci ponašanja uz psihološku i fizičku ovisnost.

Većini koji uzimaju drogu stvaraju se razorne posljedice. Prvi stadij je probno uzimanje, drugi redovito uzimanje, treći štetno uzimanje, a četvrti je ovisnost.²¹

1) *Probno uzimanje*- iz radoznalosti mladi kušaju droge, kako bi osjetili učinke. Kada se njihova radoznalost zadovolji mogu je prestati uzimati, ili je opet uzeti što vodi prema drugom stadiju.

¹⁹ Usp. S. VULETIĆ, *Samodestruktivno ponašanje*, Scripta ad usum privatum, Katolički bogoslovni fakultet u Đakovu, Đakovo, Akademska godina 2014./2015., str. 82.

²⁰ K. BUTORAC, A. ROGAR, *Neformalna i formalna socijalna kontrola u domeni centra za prevenciju ovisnosti*, u: *Kriminologija i socijalna integracija* 10 (2002.) 2., str. 122.

²¹ Usp. R. SHWEBEL, *Reči ne nije dovoljno. Kako odgajati djecu da razborito odlučuju o drogama i alkoholu*, „SysPrint“ d.o.o., Zagreb, 1995., str. 46.

2) *Redovito uzimanje* - rezultira potragom za boljim raspoloženjem. Svjesni učinka droga, mladi na toj razini sve više vremena, novaca i pažnje troše na konzumaciju droge. Konzumacija ostaje povremena, uglavnom u društvu, ne ometajući normalno djelovanje tijekom dana. Pojedinci u toj fazi doživljavaju droge kao nešto pozitivno. Osjećaju se dobro kada su pod njezinim utjecajem.

3) *Štetna uporaba* - mladi u ovom stadiju postaju zaokupljeni drogom, uzimaju je kako bi se na taj način nosili sa svojim životnim problemima. Dnevno djelovanje postaje usiljeno, zanemaruju se odgovornosti, pogoršava se uspjeh u školi, loše se odnose prema prijateljima, lažu, krađu novac za drogu, dolaze u sukob sa zakonom...

4) *Ovisnost* - u tom stadiju droge vladaju životom ljudi, prinuđeni su uzimati ih. Ovisna osoba izolirana je i otuđena, nedostaje joj samopouzdanje pa poseže za opijatima kako bi se izdigla iz ovakvog stanja. Tjelesno, društveno i duševno funkcioniranje je znatno oslabljeno. Uzimanje droge na toj točki pruža malo ili nimalo zadovoljstva jer se droge uzimaju kao bijeg od osjećaja nelagode ili patnji odvikavanja. Mogućnost da se ostane u školi ili na poslu, zanemariva je. Prevladava ravnodušan, šutljiv i nemaran stav.

Na osnovu prethodne podjele, obrasci adolescentskog konzumiranja alkohola i raznih droga su prema percepciji psihologa²²:

1. *Eksperimentalni obrazac* koji se svodi na nekoliko puta ponovljeno uzimanje alkohola ili droge, nakon čega se takvo ponašanje napušta. Ovaj se obrazac može prepoznati u navedenoj empirijskoj podjeli.

2. *Socijalno-rekreacijski obrazac* odnosi se na situacijski uvjetovano konzumiranje pojedinog sredstva, najčešće u skupini vršnjaka i prigodno, te uglavnom ne prerasta okvire samokontroliranog ponašanja. I ovaj je obrazac prepoznatljiv u navedenoj podjeli.

3. *Okolinsko-situacijski obrazac* odnosi se na situacije koje su nelagodne i u kojima pojedinac u želji da izbjegne nelagodu posegne za ovim sredstvima. Ako uspije u redukciji nelagode, velika je vjerojatnost da će ponoviti to iskustvo i u različitim drugim nelagodnim situacijama te tako generalizirati ponašanje koje može prerasti u naviku.

4. Droga (ili alkohol) postaje dijelom svakodnevnog života kada se ne može napustiti prethodni obrazac pa ako se takvo ponašanje ne prekine, dovodi do *posljednjeg obrasca*.

²² Usp. K. LACKOVIĆ-GRGIN, *Psihologija adolescencije*, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2006., str. 74.

5. *Kompulzivna (zlo)uporaba droge* (ili alkohola) znači često i intenzivno konzumiranje bez kontrole, što dovodi do razvoja ovisnosti.

Ovisnici snose brojne posljedice²³ (koje će na kraju poglavlja biti detaljnije opisane). Najčešće ih se dijeli na zdravstvene, ekonomske, socijalne, etičke i zakonske. Zdravstvene posljedice odnose se na razne bolesti i infekcije koje se javljaju nakon duže konzumacije droge. Ekonomske posljedice se odnose na materijalno propadanje ovisnika zbog nabavljanja droge, te uključuju materijalne štete koje ima društvo u cijelosti (liječenje ovisnosti i bolesti kao posljedica, prometne nesreće uzrokovane vožnjom pod utjecajem nekih droga, kriminalitet kojem ovisnici pribjegavaju za nabavu novca za drogu, rušenje moralnih principa (laganje, nagovaranje prijatelja na drogu, kriminal, prostitucija); sve skupa dovodi do negativnih etičkih posljedica. Ovisnici snose i socijalne posljedice kao etiketirani, neprihvaćeni u društvu; A država da bi izbjegla posljedice ovisnosti i preventivno smanjila broj ovisnika, nameće zakonske propise i mjere usmjerene protiv onih koji zloupotrebljavaju droge.

Kroz sve navedene posljedice, možemo konstatirati da konzumiranje droge vodi do opadanja sveukupne kvalitete života. Velika je mogućnost da ovisnik zapadne u financijsku nestabilnost, nastalu konstantnim potraživanjem za supstancom, ili više njih, koja mu je potrebna. Također se pojavljuje manjak zainteresiranosti za okolinu, kao i nedostatak empatije za bliske ljude, poput obitelji, partnera ili prijatelja. Takvo ponašanje potiče stanje depresivnosti i emocionalne otuđenosti. S obzirom na negativno djelovanje stimulatora na zdravstveno stanje, te nestabilno psihološko stanje, sam ovisnik gubi sposobnost obavljanja svakodnevnih aktivnosti, presudnih za uredan i kvalitetan život. No, sve ovisi o vrsti droge i njenoj dozi, koja se konzumira.

1.3. Temeljna podjela droga

Droge su različite prirodne ili kemijski sintetizirane tvari koje imaju psihoaktivan učinak. Droga je svaka supstancija koja je u stanju, kada se nađe u živom organizmu, modificirati se u njegovu jednu ili više funkcija te nakon ponovljene upotrebe dovesti do psihičke ili fizičke ovisnosti. Možemo ustvrditi da je droga svaka prirodna, sintetska ili polusintetska supstancija koju osoba uzima s ciljem da izazove promjenu u svojoj fiziološkoj ili psihološkoj funkciji

²³ Usp. S. VULETIĆ, *Samodestruktivno ponašanje*, Scripta ad usum privatum, Katolički bogoslovni fakultet u Đakovu, Đakovo, Akademska godina 2014./2015., str. 83.

i ponašanju bez preporuke i privole svog liječnika, na način koji se smatra zdravstveno štetnim i društveno neprihvatljivim!

Neke od tih droga pri konzumiranju mogu stvoriti težu ili lakšu ovisnost i imati razne posljedice na zdravlje osobe. One prvenstveno djeluju na vegetativni živčani sustav. Smanjuju osjet boli, uzrokuju pospanost ili budnost, promjene u moždanim funkcijama, mišljenju, ponašanju, zapažanju, raspoloženju, koncentraciji i pamćenju.

Razlike u efektu pojedine droge ovise o samoj vrsti droge, ali i o drugim čimbenicima. Neki od tih čimbenika su sami stupanj otrovnosti droge, količina konzumiranja i način uzimanja droge. Jedan od čimbenika je i psihofizička kondicija konzumenta.

Prema mehanizmima razvoja ovisnosti izdvajaju se droge s visokom sklonosti ovisnosti koja se brzo razvija, kod velikog broja pojedinaca, nakon relativno kratkog razdoblja uzimanja. Neki ih autori definiraju kao tzv. *prototipne droge*, a to su u prvom redu psihomotorni stimulansi (na primjer amfetamini, kokain i metamfetamini) i opijati (na primjer heroin, kodein i morfij).

Počinje s lakim drogama, u njima traži izlaz, zapada se sve dublje, do te mjere da se više ne može bez nje, tj. postaje se ovisnikom, jer organizam traži, a nikako da se stane.²⁴

Psihoaktivne droge ili psihotropne supstance (narkotici) su kemijske tvari, izrazito fiziološkog učinka, koje mijenjaju moždanu funkciju. Rezultiraju s privremenom promjenom percepcije, raspoloženja, svijesti ili ponašanja.

Prema kakvoći dijelimo droge na tvrde i meke.

- Meke (lake) droge su: kokain, marihuana, hašiš, ganja...
- Tvrde (teške) droge su: opijum, morfin, kodein, heroin, LSD, ecstasy...

Prema svojim psihoaktivnim učincima droge se mogu podijeliti u tri općenite skupine:

- *Psihodepresori*
- *Psihostimulatori*
- *Halucinogeni*

²⁴ Usp. M. JURIC, Biološke osnove ovisnosti, <http://www.geocities.com/barbun88/fax/Bioloskeosnoveovisnosti.htm>. (stranica konzultirana 15.5.2017.)

U zadnje vrijeme se pod nazivom „klupskih droga“ susreću skupine raznoraznih kemijskih i sintetičkih supstanci. Radi poboljšanja trenutnog doživljaja, smanjenja inhibicija, promjene stanja svijesti i pojačanja energije koja se oslobađa na ugodan način pri intenzivnom i dugotrajnom plesanju, dio mladeži katkad poseže za uporabom raznih opojnih sredstava i sintetičkih droga. Naziv "klupske" droge stekle su zbog najčešće uporabe u diskotekama, noćnim klubovima i na raznim "rave" i "techno" zabavama. Najčešće među njima se rabe 3,4-metilendioksimetamfetamin (MDMA, Ecstasy), gama-hidroksibutirat (GHB), ketamin i flunitrazepam. One mogu biti bez boje, okusa i mirisa te stoga i potajno dodane u piće. Osobito se GHB i flunitrazepam rabe za sedaciju ili trovanja neopreznih osoba radi seksualnog iskorištavanja, zbog čega su i dobile naziv "droge za silovanje".

MDMA, ketamin, GHB i flunitrazepam nisu jedine droge koje se uzimaju na raznim zabavama, ali su najčešće. Uzimaju ih uglavnom mladi i neiskusni mladići i djevojke, a katkad i djeca, koji počinju eksperimentirati s drogama.²⁵

Rast popularnosti ovih sredstava uzrokovan je njihovom relativno jeftinom i jednostavnom proizvodnjom, povećanom dostupnošću te pogrešnom predodžbom korisnika da su bezopasne, no one sve imaju određena psihodepresorsko ili psihostimulirajuće djelovanje koje kod dugotrajnog uzimanja izaziva ovisnost.

1.3.1. Psihodepresori

Psihodepresori ili sedativi su droge koje djeluju na središnji živčani sustav.

U psihodepresore spadaju opći anestetici, hipnotici, sedativi, antipsihotici, anksiolitici, antidepressivi, antikonvulzivi, antiepileptici i sl. Uzrokuju depresiju ili paralizu tog istog sustava i dovode do stanja smirenja i opijenosti.

Djeluju na čovjekov mozak tako što mijenjaju njegove psihičke reakcije, kao što su uzbuđenje, budnost, san i/ ili halucinacije. Oni usporavaju i potiskuju rad mozga i živčanih stanica, usporavaju reakcije i mišljenje, uzrokuju pospanost, usporavaju tjelesne funkcije i dovode do stanja letargije. Depresori imaju snažan utjecaj na centar za disanje, pa mogu izazvati i respiratorni arest.²⁶

²⁵ M. MARTINAC, J. MARKIĆ, D. KARLOVIĆ, J. MEŠTROVIĆ, Prepoznavanje i liječenje trovanja sintetičkim („klupskim“) drogama, u: *Paediatrica Croatica* 51 (2007.) 1., str. 5.

²⁶ Usp. S. VULETIĆ, *Samodestruktivno ponašanje*, Scripta ad usum privatum, Katolički bogoslovni fakultet u Đakovu, Đakovo, Akademska godina 2014./2015., str. 108.-109.

Često se u medicini propisuju kao lijekovi protiv tjeskobe, nesanice, napetosti i anksioznosti. No, zbog učinka opojnog efekta često se zlouporabljaju.

Osobe koje koriste psihodepresore često imaju smetnje u govornoj motorici, stupanj tolerancije je nizak, u kraćem vremenskom roku potrebne su sve veće količine kako bi se postigao željeni efekt. Teško se, dakle, prestaje s konzumacijom, no uz liječničku kontrolu moguće je postupno smanjivanje doze.

Psihodepresore ćemo podijeliti u nekoliko temeljnih skupina: organski narkotici; sintetički barbiturati i trankvilizatori.

a) Organski narkotici

U skupini organskih narkotika, najučestalije se nalaze heroin, ketamin i GHB (tekući ecstasy).

Heroin je sintetički derivat morfina i dobiva se iz sušenog soka posebne vrste opijumskog maka. Iz biljke se izdvaja sirovi opijum čije daljnje pročišćavanje ima za produkt morfij. Nizom kemijskih reakcija iz morfija se dobiva heroin koji ima slično, ali znatno snažnije djelovanje i brži efekt nego morfij.

Potpuno čisti heroin je bijele boje, gorkog okusa i topiv je u vodi. U „prodaji“ se nalazi u obliku praška smečkasto-bijele boje, gorkog ukusa te je topljiv u vodi. Boja mu ovisi o zemlji porijekla i supstancama s kojima se miješa. Svjetlija boja ujedno znači i veću čistoću, po čemu se na prvi pogled mogu razlikovati svijetli-europski i azijski, od tamnijeg - meksičkog heroina. Ulični heroin je pomiješan s raznim praškastim supstancama, od mlijeka u prahu do strihnina, što generalno utječe na boju.

Heroin se u organizam unosi šmrkanjem, pušenjem i injekciono (intravenski, subkutano, intramuskularno). Od načina upotrebe ovisit će brzina ispoljavanja efekata; 10-15 minuta nakon šmrkanja ili pušenja do nekoliko sekundi nakon intravenskog unošenja u organizam. Zavisno od količine uzete droge, djelovanje heroina traje od tri do šest sati.

Osoba koja je konzumirala heroin doživljava osjećaj topline i omamljenosti, osjeća se opušteno, neopterećeno i slobodno od svih problema i briga. Ovisnik odbacuje brige, strahove i ima veliko samopouzdanje četiri do šest sati, ali onda doživljava povlačenje.

1. faza : Odlikuje se početnom snažnom euforijom te osjećajem topline i blagostanja uz ubrzane otkucaje srca.

2. faza: pospanost, uz ugodan umor s meditacijama. Mentalne funkcije su zamagljene efektima heroina na centralni živčani sistem. Srce sporije kuca. Disanje je opasno usporeno, što ponekad može dovesti do smrti.

3. faza: ulazak u san, a poslije buđenja nastupa umor, nedostatak motivacije, depresivnost, tjeskoba, strah uz neodoljivu želju za ponovnim uzimanjem heroina.

Heroin ima najjače svojstvo stvaranja ovisnosti, psihičke i fizičke, poznato do danas. Kod svakog uzimanja heroina postoji rizik od predoziranja, jer se čistoća i količina droge ne može točno znati. U 97% korisnika ovisnost se javlja u roku kraćem od dvadesetak dana redovne upotrebe.

Dužim uzimanjem javlja se tolerancija na uneseni heroin što tjera korisnika da upotrebljavaju sve veće doze uz koju se javlja malaksalost, uznemirenost, gubitak energije i ambicija što stimulira uzimanje većih doza. Razvojem ovisnosti i tolerancije droga ispoljava sve manje posljedica i ovisnici je uzimaju samo da izbjegnu javljanje neugodnih simptoma apstinencijalnog sindroma.

Prestanak upotrebe kod ovisnika dovodi do pojave apstinencijalnog sindroma (sindroma povlačenja) čije simptome ovisnici opisuju kao najsličnije teškom gripoznom stanju: malaksalost, nemir, strah, bolovi u mišićima i kostima, insomnija (nesanica), dijareja (proljevi), povraćanje, znojenje, groznica praćena ježenjem kože ("cold turkey") i grčevi u mišićima.

Reakcije na pomanjkanje potrebne doze heroina su teška fizička i psihička ovisnost:

- promjene cjelokupne ličnosti i ponašanje,
- velika potražnja za novcem,
- psihofizičko propadanje,
- zaraza hepatitisom ili AIDS-om,
- razna oboljenja: jetra, bubrezi, pluća,
- povećana sklonost kriminalu,
- teška kriza u odvikavanju,
- široke zjenice, suzne oči, drhtanje,
- povraćanje,
- proljev,
- bolovi u čitavom tijelu.

b) Sintetički barbiturati

Značajnu skupinu barbiturata čine *sredstva za smirenje*. Liječnici sedative pripisuju za mnoga psihička stanja, uz ostalo i za liječenje tjeskobe, anksioznosti i nesanice.

Oni mijenjaju mentalnu aktivnost, djeluju smirujuće i oslobađaju nas briga i napetosti. Međutim, stvaraju ovisnost i kada se zloupotrijebe mogu postati opasni za zdravlje, posebice ako se miješaju s drugim lijekovima i opojnim drogama, uključujući i alkohol. Kada pokušaju prestati s uzimanjem, mogu trpjeti neugodne simptome odvikavanja (apstinencijska kriza) kao što su nemir, nesanica, napadi panike, povraćanje, kostobolja pa čak i jaki mišićni grčevi.

Barbiturati (mebutal, sekonal, luminal, anytal) su, uglavnom, sredstva koja u medicini služe za uspavljivanje, a u medicini se upotrebljavaju i za druge svrhe (protv depresija i epilepsija). Redovito se uzimaju samo na liječnički recept.

U malim dozama barbiturati su sedativi i anksiolitici, u većim djeluju i kao hipnotici, a u još većim izazivaju anesteziju, pa i smrt. Zbog brojnih zloporaba (pokušaju ubojstava tabletama za spavanje) i velike opasnosti od smrtnih slučajeva zbog predoziranja, oni se više ne koriste kao anksiolitici i sedativi, ali je preostala njihova upotreba kao antiepileptika.

Da bi se postigla opijenost i euforija, uzimaju se veće količine u dnevnim dozama cca 1,5 do 3,0 grama. Opuštaju mišiće i u malim dozama proizvode blago stanje euforije.

S prekomjernim dozama govor postaje nerazgovijetan, a hod nesiguran. Jako velike doze mogu biti smrtonosne zato što se mišići dijafragme opuštaju do te mjere da se pojedinac uguši. Često se odabiru kao sredstvo izvršenja samoubojstva. Ako se uzimaju bez liječničke kontrole ili u većoj količini, znaju izazvati trovanja, a i smrt. Kod dužeg uzimanja stvaraju ovisnost. Kad se s njihovim uzimanjem prekine, simptomi znaju biti veoma mučni i teški (grčevi, drhtanje, muka, trzanje) tako da je potrebno duže bolničko liječenje. Od ovih droga se je puno teže odviknuti, nego od drugih narkotika. Reakcije sustezanja (delirij, konvulzije,...) su osobito teške i dugotrajne i čak mogu uzrokovati iznenadnu smrt.

Kao posljedica svojih opojnih djelovanja, psihodepresori su vrlo često predmet zloupotrebe. Ilegalna nabava preko krivotvorenih liječničkih recepata, krađom ili kupnjom na crno je uobičajena pojava. Moguće je razlikovati tri tipa osoba koje zlorabe lijekove.

- 1) Prva skupina odgovara stereotipu nezakonite zloporabe psihoaktivnih tvari: adolescenti i mlađi punoljetnici, obično muškog spola, često antisocijalnog ponašanja, koji rabe psihoaktivne tvari da bi izmijenili svoje raspoloženje ili stanje svijesti, katkad miješajući ih s drugim drogama.
- 2) Drugu skupinu čine osobe srednjih godina, pripadnici srednjeg sloja, koji su započeli upotrebljavati sedative prema uputama liječnika kako bi smanjili nesanicu ili anksioznost, pa onda počeli uzimati veće doze, sve dok nisu postali ovisni. Ovi se ljudi manje oslanjaju na ulične prodavače zato što su obično u stanju nabaviti zalihe lijeka na recept kad god to žele, katkad mijenjajući liječnika da ne bi izazvali sumnju.
- 3) Treća skupina obuhvaća zdravstvene djelatnike, liječnike i medicinske sestre, koji imaju lak pristup ovim lijekovima i često ih rabe da bi se sami liječili od problema vezanih uz anksioznost.²⁷

c) Trankvilizatori

Trankvilizatori (lat.), *ataraktici* (grč.) su lijekovi koji smanjuju psihičku napetost. Često se primjenjuju u premedikaciji prije anestezije kod operativnih zahvata ili za smirenje.²⁸ (Apaurin, Xanax, Praxiten, Diazepam,..)

Danas postoje veliki broj različitih *tableta za živce* i ljudi ih masovno zloupotrebljavaju. Slabi trankvilizatori su dobili najveću afirmaciju u društvu.²⁹ Među njih se ubrajaju tablete za spavanje, ali i benzodiazepini koji su vrlo često propisivani za gotovo svaki emocionalni problem.

Osim psihodepresora, veliku skupinu organskih narkoleptika čine i psihostimulatori.

1.3.2 Psihostimulatori

Psihostimulansi ili „dizači“, djeluju na mozak i simpatički živčani sustav tako da podižu budnost i motoričku aktivnost. Stimulansi su tvari koje efekte ostvaruju pojačavajući oslobađanje nekih normalno postojećih signalnih supstanci u mozgu (ubrzano oslobađanje dopamina).

²⁷ Usp. G. DAVISON, J. NEALE, *Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja*, „Naklada slap“, Jastrebarsko, 1999., str. 352.

²⁸ <http://proleksis.lzmk.hr/49069/> (stranica konzultirana 1.5.2017.)

²⁹ Usp. S. SAKOMAN, *Doktore je li istina da trava čisti pluća?*, Sysprint, Zagreb, 1995., str. 53.

Pojavljaju se u obliku tableta različite boje, zatim kao smeđi ili bijeli prah, gorkog okusa, topljiv u vodi, ili u obliku providnih kristala sličnih ledu ili vosku.

Većina se proizvodi sintetski, dok se kokain dobiva iz lišća peruanske i bolivijske koke.

Upotrebljavaju se gutanjem, šmrkanjem (kokain), pušenjem (metamfetamin) ili intravenskim putem (crack).

Djelovanje nastupa ovisno o načinu unošenja i traje 3-4 sata kod amfetamina i 6-8 sati kod metafetamina, a oko 30-60 minuta kod cracka i kokaina.

Djelovanje na živčani sustav očituje se u povećanju psihomotoričkih aktivnosti što se vidi kroz smanjenje umora uz pojačanje pažnje i sposobnosti za motorne, oralne i pisane radnje. Pod utjecajem ovih droga dolazi do sušenja usta, zjenice se šire, ubrzava se disanje i rad srca, raste krvni pritisak i tjelesna temperatura. Početak djelovanja karakterizira osjećajem ugone, povećanje raspoloženja i euforijom. Poslije početnog uzbuđenja slijedi stanje uznemirenosti što kod nekih pojedinaca može doći do nasilničkog ponašanja. Javljaju se halucinacije ugodnog karaktera kao npr. smanjenje predmeta, ali i iluzije viđenja insekata i promjena na tijelu, stanja anksioznosti, razdražljivosti do pravih psihotičnih reakcija.

Potenciraju antisocijalno i agresivno ponašanje, mogu biti okidač psihotične reakcije koje je teško razlikovati od shizofrenih epizoda. Imaju jak utjecaj na srce i krve žile pa mogu dovesti do srčanog ili moždanog udara. Nakon prestanka djelovanja javlja se jaki umor. U velikim dozama uzrokuju nemir i poremećaj u koordinaciji. Stvaraju euforično ponašanje, smanjuju koncentraciju i pažnju. Velike doze psihostimulatora često uzrokuju kompluzivno škr gutanje zubima, gubitak tjelesne težine, tikove i paranoju.

U psihostimulatore ubrajaju se:

- Amfetamini – sintetički stimulansi (speed)
- Kokain – prirodni stimulans estrahiran iz lišća koke
- Ecstasy (MDMA)
- Efedrin

Simptomi uporabe psihostimulatora su:

- često šmrcanje,
- hiperaktivnost, bezrazložna euforija,
- kriva optimistična procjena i percepcija osobnog stanja i zbivanja u okolini,
- nesanica, slab apetit,
- osjećaj viška energije,

- proširene zjenice,
- moguće halucinacije i paranoja,
- sklonost hedonizmu i iscrpljujućoj noćnoj zabavi.

Posljedice uporabe psihostimulatora su³⁰:

- jaka psihička ovisnost,
- sve slabiji radni učinak,
- sve veći izdaci za kupnju droge,
- fizičko propadanje, sklonost kriminalu,
- oštećenje sluznice nosa ušmrkavanjem i vena ubrizgavanjem droge,
- opasnost zaraze hepatitisom i HIV infekcijom,
- teška depresija i psihoze u odvikavanju,
- sklonost promiskuitetu,
- oštećivanje ploda u trudnoći,
- napad na DNK uzrokuje mutacije i oštećenja na nasljednom materijalu, a to može ostaviti teške posljedice na buduće naraštaje,
- smrt zbog prestanka rada srca ili moždanih krvarenja.

a) Amfetamini – sintetički stimulansi (speed)

Amfetamini su velika skupina spojeva koji se na ilegalnom tržištu najčešće pojavljuju kao amfetamin (prah amfetaminijeva sulfata) i metamfetamin (prah metamfetaminijeva klorida).

Amfetamini i metamfetamini (speed) istog su načina djelovanja i razlikuju se jedino u dužini i intenzitetu gdje je metamfetamin jačeg djelovanja od običnog amfetamina. i efekte ostvaruju pojačavajući oslobađanje nekih normalno prisutnih signalnih supstanci u mozgu (ubrzano oslobađanje dopamina).

Amfetamini, kao što su benzedrin, deksedrin i metedrin, proizvode učinke slične onima kod norepinefrina u simpatičkom živčanom sustavu. Uzimaju se oralno ili intravenozno te mogu stvarati ovisnost. Najčešće se pojavljuju u obliku bijelog praha ili tableta bez mirisa i gorkog okusa, a rjeđe u kapsulama i kristalima. Povećuje budnost, probavne funkcije su inhibirane, a apetit smanjen - otud njihova upotreba u dijetama. Srčani ritam se ubrzava, a krvne žile i mukozne membrane se stežu. Osoba postaje živahna, euforična, komunikativna, želi izlaziti, čini se kao da posjeduje beskonačnu energiju i samopouzdanje. Veće doze mogu osobu učiniti nervoznom, uzbuđenom i zbrkanom, izlažući je palpitacijama, glavoboljama, vrtoglavici i nesanicima. Katkad korisnik koji rabi velike doze postaje sumnjičav i neprijateljski raspoložen te tako može biti opasan za druge. Ako se velike doze uzimaju duže razdoblje induciraju stanje slično paranoidnoj shizofreniji, uključujući i njezine sumanutosti.

³⁰ Usp. V. POZAIĆ, *DROGA, Od beznađa do nade*, Centar za bioetiku, Zagreb, 1999., str. 36.-38.

Ovakvo stanje može trajati dulje od vremena nego što je droga u tijelu. Vjeruje se da često uzimanje velikih količina uzrokuje oštećenje mozga.

Tolerancija se naglo razvija tako da su uskoro potrebne šake pilula da bi se postigao stimulativni učinak. Kako se tolerancija povećava, korisnik može prestati uzimati pilule i početi ubrizgavati metedrin, najjači među amfetaminima, direktno u vene.

b) Kokain

Kokain se dobiva ekstrakcijom iz lišća biljke koke, koja je prisutna na biljnom staništu Južne Amerike, Indonezije i nekih dijelova Afrike. Na narkomanskom tržištu je zastupljena kao bijeli prah (kokain) ili žućkastobijeli kristalizirani komadići (crack).

Kokain ima reducirajući učinak na bol, naglo djeluje na korteks mozga povećavajući senzornu svjesnost i donoseći tridesetminutno stanje euforije. Seksualna želja je naglašena, osjećaji samopouzdanja, dobrog raspoloženja i nepobjedivosti isto tako.

Prekomjerna doza može donijeti osjećaj hladnoće, mučninu i nesanicu kao i paranoidni slom i zastrašujuće halucinacije insekata koje mile ispod kože. Kronična uporaba često dovodi do promjena u ličnosti koje uključuju povišenu iritabilnost, slabljenje društvenih veza, paranoidno mišljenje i poremećaj spavanja i hranjenja. Kako korisnici rabe sve veće doze sve čistijih oblika kokaina koji su sada dostupni, sve češće ih dovode u stanice hitne pomoći i mogu i umrijeti od predoziranosti, koja može uzrokovati srčani udar.

Kokain je moguće ušmrkivati, pušiti u luli ili cigaretama, gutati ili čak ubrizgavati u venu kao heroin, neki ovisnici o heroinu miješaju ove dvije droge u kombinaciju zvanu „speedball“ koja se uzima oralno.

U sedamdesetima poklonici kokaina prihvatili su praksu sličnu onoj u nekim dijelovima Južne Amerike, da bi se pojačao učinak droge. Da bi izdvojili ili oslobodili najjaču komponentu kokaina, oni ga zagrijavaju s eterom. Pročišćena ovakvim kemijskim postupkom kokainska baza ili „oslobodena baza“ - izuzetno je jaka.

Sredinom osamdesetih na ulicama se pojavio novi oblik „oslobodene baze“ nazvan „crack“. Mnogi predstavnici javnog zdravstva i policije smatraju crack najopasnijom ilegalnom drogom, koja stvara možda najjaču ovisnost.

c) Ecstasy (MDMA)

Ecstasy je sintetički proizvod, a klasificira se kao halucinogeni amfetamin. Derivat je ulja muškatoeg oraščića (ako se ne dobiva sintetski). Najvažniji sastojak je metamfetamin koji je sintetiziran 1912. godine u Njemačkoj od strane tvrtke „Merck“.³¹

MDMA (Ecstasy) sintetički je amfetaminski analog sa stimulirajućim i halucinogenim djelovanjem. Struktura je slična metamfetaminu i meskalinu. Sintetiziran je 1912. u Njemačkoj. U kasnim 1960-ima se uzimao kao "rekreacijska" droga među poklonicima pop-glazbe te kao dio pokreta New Age, a tijekom 1970-ih u psihoterapiji radi izazivanja osjećaja otvorenosti i poboljšanja komunikacije. Od ranih 1980-ih popularnost ecstasyja raste te ga uzima čak do 91% sudionika "rave" zabava. Svojim djelovanjem dovodi do psihomotorne agitacije koja se oslobađa plesanjem uz osjećaje ugone te postaje "idealna" droga tijekom raznih zabava. Primarno djeluje na povećanje izlučivanja serotonina, dopamina i noradrenalina iz presinaptičkih neurona, a inhibicijom monoamin oksidaze smanjuje njihovu razgradnju.³²

Ecstasy je najnovija je droga, u obliku tableta koje mogu biti raznih boja, utisnuti su razni logoi: probodeno srce, propnuti konjić ferrarija, mitsubishi, slončić, zec, ptica, Versace, bik, srp, čekić i brojni drugi. Po znaku se može znati način djelovanja (ali i ne mora), kao npr. ferrari je jak, dugo traje, daje više energije itd.

Djelovanje ove droge slično je dopingu u sportu, a uzima se oralno u obliku tableta. Doza od 75-100 mg počinje djelovati nakon 20 do 40 minuta, a djeluje više sati. Nakon korištenja dolazi do povećanja budnosti i energije, kao i potiskivanje žeđi, umora i sna.

Javlja se živahnost i raste osjećaj bliskosti sa drugom osobom ili okruženjem. Zvukovi, boje, emocije izgledaju i doživljavaju se intenzivnije. Ovo povećanje fizičke aktivnosti, uz rast tjelesne temperature koje prati uzimanje ove droge, nosi opasnost od prekomjernog gubitka tjelesne tekućine i pregrijavanja.

Prestankom djelovanja javlja se osjećaj umora i depresije koji može potrajati satima uz napetost mišića, zimica ili znojenje te anksioznost, depresiju i konfuziju. Time dolazi do ekstremne tjelesne iscrpljenosti, usporene koordinacije pokreta, dekoncentracije, glavobolje,

³¹ PONTIFICAL COUNCIL FOR HEALTH PASTORAL CARE, *Church: Drugs and drug addiction*, Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano, 2001., str. 45.

³² Usp. C. M. MILROY, Ten years of ecstasy, u: *Journal of the Royal Society of Medicine* 92 (1999.) str. 68.-72.

poremećaja spavanja, mučnine praćene povraćanjem i mamurluka koji može potrajati danima koji je obično praćen jakom depresijom te erektilnim poteškoćama (kod muškaraca). Dugotrajne posljedice kod učestalih konzumenata su ozbiljna oštećenja jetra i bubrega.

Korištenje ekstazija dovodi do razvoja tolerancije, umjerene fizičke i psihičke ovisnosti. Javlja se konfuzija, stalni strahovi i depresivna stanja. Mogu se javiti slušne i vidne halucinacije, a u najgorim slučajevima paranoidna psihoza, teško psihijatrijsko oboljenje. Simptomi su proširene zjenice, kočenje i drhtanje vilice i zubi, porast krvnog tlaka, ubrzani rad srca, gubitak apetita i velika izdržljivost bez znakova umora.

Efedrin

Amerikanac kineskog porijekla, farmakolog Chen, proučavajući davne kineske opise lijekova pronašao je da je pustinjiski grm: *mahuang*, preporučivan kao djelotvoran lijek. Nakon što je uspio izdvojiti alkaloid iz te biljke koja je pripadnica roda *Ephedra*.

Pred kraj 19. st. znanstvenici su ga sintetizirali u oblik nazvan Amfetamin.

Efedrin je alkaloid, prvotno izoliran iz biljke „Ma huang“ (*Ephedra vulgaris*), a poslije sintetiziran. Već tisuće godina kineski ga znanstvenici upotrebljavaju u medicinske svrhe. Aktivni princip izolirali su japanski istraživači 1885. god., no u zapadnom svijetu postao je poznat oko 1925. god. Djeluje izravno na beta-receptore i posredno, oslobađajući noradrenalin iz pričuve. Efedrin su koristili dileri za proizvodnju droge *speed*.

Kao lijek, podražuje središnji živčani sustav, pa se propisuje u tretiranju bronhijalne astme. Nekoliko se godina upotrebljavao u kapima za nos kod upale sinusa, radi kontrakcije kapilara, te uklanjanja nosne sluzi prouzrokovane prehladom. Poznat je kao i lijek kod raznih alergičnih stanja. Efedrin stimulira rad srca i cirkulaciju, umanjuje osjetljivost na bolove. Brojni sportaši ga koriste kako bi povećali energiju i smanjili tjelesnu masu. Studije su pokazale da korištenje efedrina za vrijeme dijete topi mast, a čuva mišićnu masu. Efedrin se danas u kapima za nos nalazi u vrlo malim količinama, no mladi ga često znaju koristiti kao sredstvo drogiranja, tako da barem pola bočice istresu u Coca colu i tako dobiju *speed*.

Na popisu najtraženijih među hrvatskim cyber junkijima nalazi se oikamid, lijek koji proizvodi Pliva i koji se prodaje po cijeni od nešto više od 60 kuna. Kupuje ga uglavnom starija populacija jer je lijek za srce i aritmiju, a kako izaziva hiperaktivnost, zloupotrebljavaju ga kao zamjenu za droge koje imaju djelovanje slično amfetaminima.

Mnogi od njih traže tabex, Belupov sirup koji smanjuje učestalost i jačinu suhog kašlja. Iako je popularan na internetu, u ljekarni kažu da im nije jasno što će im kad izaziva samo pospanost i umor, i k tome još treba uzeti ogromne količine. Ipak, riječ je o lijeku koji ima neko daleko srodstvo s opijatima, iz čega se može zaključiti da ovisnici opijatskog tipa možda i nalaze u njemu nekakvu zadovoljštinu.³³

Mnogi sumnjivi kupci traže tablete dimidril koje služe protiv alergije i najnormalnije se mogu kupiti bez recepta. Proizvodi ih Pliva, a prodaju se po cijeni od 20 kuna, budući da dižu energiju.

1.3.3 Halucinogeni

Treća skupina temeljnih podjela droga čini skupina halucinogena.

Oni mijenjaju doživljaj vanjskog svijeta, tj. percepciju, način na koji osobe vide, čuju, osjećaju i doživljavaju stvari oko sebe.³⁴

Halucinogene droge utječu na središnji živčani sustav tako što mijenjaju psihičke reakcije, uzrokuju halucinacije i u konačnici dovode do nestvarnog doživljavanja stvarnosti.

One potiču stanje uzbuđenosti središnjeg živčanog sustava uzrokujući oscilacije u raspoloženju i ponašanju. Ponašanje je euforično, ali može biti depresivno ili agresivno. Osjećaji za prostor i vrijeme su iskrivljeni, a sličan je utjecaj na osjetila vida, njuha i dodira.

Djelovanje halucinogena je nepredvidivo jer uvelike ovisi o individualnom raspoloženju pojedinca u trenutku uzimanja droge, ali i o samoj ličnosti. Pod utjecajem takvih droga javljaju se različite manifestacije raspoloženja u rasponu od histeričnog smijeha do plača. Nakon početne euforije dolazi do stanja opuštenosti, zadovoljstva, popraćeno ugodnim audio-vizualnim iluzijama i osjećajem proširenja spoznajnih mogućnosti. Moguće su vrlo intenzivne reakcije praćene jakim osjećajem straha ili panike, obmana proganjanja i sl.

Tjeskoba, uznemirenost i nesanica uobičajeni su dok efekt droge ne popusti.³⁵

³³ <http://arhiv.slobodnadalmacija.hr/20061210/novosti01.asp> (stranica konzultirana 1.6.2017.)

³⁴ Bitno je naglasiti da se halucinacije u nekim slučajevima mogu ponavljati cijeli život, što nazivamo *flash-backovima*. Halucinogeni su posebno opasni za osobe s mentalnom bolešću jer se konzumacijom istih psihičko zdravlje može iznimno pogoršati.

³⁵ Usp. G. DAVISON, J. NEALE, *Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja*, „Naklada slap“, Jastrebarsko, 1999., str. 357.

U halucinogene se ubrajaju: KANABIS, LSD – ACID, Čarobe gljive, IBOGAIN, MESKALIN, PCP (feniciklidin), Salvia Divinorum...

KANABIS

Važno je spomenuti derivate kanabisa, navest ćemo marihuanu i hašiš.

Marihuana je najraširenija droga, koja se proizvodi od indijske konoplje, a popularno se zovu: trava, gandža, vutra, džoint. Marihuana sastoji se od sušenih i smrvljenih listova, cvjetnih glavica biljke konoplje, *canabis sativa* koja je zeljastog oblika s prstasto razdjeljenim listovima. Naraste do dva metra. Danas se uzgaja više vrsta konoplje, a najpoznatije su: indijska, ruska, talijanska i obična.

Svježe lišće, zelene boje, bere se, pakira i preša u obliku ploča. Tako osušeni cvjetovi i listovi mrve se i koriste za pušenje, stavljaju se u hranu, piće ili se miješaju sa duhanom. Neprerađena marihuana, dobivena od njezinih sasušenih listova i cvjetova sadrži 426 spojeva. Narkotička svojstva sadrži samo ženska jedinka. Glavni aktivni sastojak marihuane je delta-9-tetrahidrokanabinol (THC).

Upotrebljava se pušenjem, jedenjem te pijenjem čaja. Ti se spojevi pretvaraju u 2000 novih spojeva. Prvi je način najuobičajeniji, kada se marihuana miješa sa duhanom i puši kao cigareta (joint). Još jedan način pušenja je pomoću običnih ili vodenih lula (nargile). Djelovanje se primjećuje nakon nekoliko udahnutih dimova dostižući maksimum nakon 15 do 30 minuta. Djelovanje jedne ispušene cigarete traje dva do tri sata. Popijena ili pojedena, marihuana počinje djelovati nakon pola sata s dužinom trajanja tri do šest sati.

Hašiš je u odnosu na marihuanu puno snažniji. Proizvodi se odstranjivanjem i sušenjem smolaste izlučevine vrhova visokokvalitetnih biljaka kanabisa. Najbolji i najskuplji je nepalski hašiš (*momia* ili *churrus*). Za proizvodnju jednog kilograma hašiša potrebno je preko 280 kilograma marihuane.

Hašiš se prodaje u oblicima kugli, ploča ili pogača raznih dimenzija. Na tržištu je moguće naći i male komadiće, od otprilike jednog grama, odlomljenih od kugla ili ploča.

Upotrebljava se pušenjem ili jedenjem. Kada se upotrebljava pušenjem, najčešće je to lulama, običnim ili vodenim pomiješan sa duhanom. Kanabisovo ulje konzumira se pušenjem i jedenjem. Pušenjem se uzima tako da se natopi duhan.

Djelovanje marihuane i hašiša kreće se u smjeru brzih izmjena emocija, otupljenje pozornosti i oštećenje pamćenja. Visoke doze katkad izazivaju halucinacije i ekstremnu paniku. Nakon otprilike 15 minuta javlja se lagana omamljenost, pojačana želja za komunikacijom, ali i čudna nervoza koja se uskoro pretvara u ugodnu lepršavost. Razgovor je neuobičajen, povezan uglavnom na asocijacije koje se javljaju trenutno nakon izgovorene misli. Nema volje za verbalnim sukobom, jak je osjećaj pripadnosti grupi, bez generacijskog jaza. Djelovanje nakon cijelog popušenog jointa u osami sobe je drukčije, između ostalog zbog veće količine konzumirane THC supstance. Omamljenost je jača, uglavnom nema želje za društvom ni za komunikacijom. Naglašena je dostatnost samog sebe. Ugodan osjećaj mirnoće ali i euforije.

Široka upotreba hašiša i marihuane nastala je u novije vrijeme, pa se još točno ne znaju prave posljedice. No, svakako je već poznata činjenica da marihuana uzrokuje mentalne poremećaje, a duža upotreba hašiša prouzrokuje neplodnost, apatiju, lijenost i nemarnost.³⁶

LSD – ACID

LSD (*d-bysergic acid diethylamide*) je dosta proširena droga u prahu koja prouzrokuje neku vrstu ekstaze i može dovesti do dubokih, čak i mističnih psiholoških doživljaja, ali ne stvara psihološku ovisnost.

LSD - 25 predstavlja veoma jaku halucinogenu drogu koja izazove raznovrsne duševne poremećaje: dugotrajne izmjene ličnosti, akutne reakcije panike i straha. Nakon uzimanja droge uslijedi: muka i povraćanje, ubrzan rad srca, usporeno disanje, nesiguran hod, loša cirkulacija, ali LSD oštećuje kromosome. Zatim slijede poremećaji opažanja i emocionalne promjene. LSD potiče proširene zjenice, povećanu temperaturu, dezorijentaciju, zbunjenost, umor, psihičku napetost i uznemirenost. Ti psiho-doživljaji predstavljaju trajnu pogibelj za psihopatske smetnje, čak znadu poticati na samoubojstvo ili ubojstvo, tj. agresivnost.³⁷

Nakon prestanka upotrebe može se javiti „flash back“ – simptomi sa svim štetnim posljedicama kao i u vrijeme korištenja.

³⁶ Usp. S. SAKOMAN, *Doktore je li istina da trava čisti pluća?*, Sysprint, Zagreb, 1995., str. 42.-43.

³⁷ Usp. G. DAVISON, J. NEALE, *Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja*, „Naklada slap“, Jastrebarsko, 1999., str. 355.- 357.

Čarobne gljive

Psilocibinske gljive su gljive koje u sebi sadrže psihoaktivne spojeve psilocin i psilocibin. Smatraju se psihodeličnom drogom. Neke gljive sadrže i triptamine, ali u manjim količinama.

U slučaju najviše korištene *Psilocybe Cubensis*, slabom dozom se smatra 1-2.5 grama, 3.5 grama uobičajena je srednje jaka doza, dok su doze od 5 do 7 grama i više jake doze od kojih konzument gubi vezu sa stvarnošću.

Suhe gljive se konzumiraju oralno, iako je i rektalna primjena moguća. Neki u zabludi pokušavaju pušiti gljive, no to rezultira neuspjehom jer se psilocin i psilocibin raspadaju na visokim temperaturama.

Uglavnom se koriste kao rekreacijska droga te u spiritualne, spoznanje i transcencijske svrhe.

Psihoaktivni učinci traju od 2 do 7 sati. Subjektivni učinci variraju od osobe do osobe. Mogu uključivati euforiju, osjećaj spoznaje ili novootkrivene istine, osjećaj povezanosti sa svijetom i prirodom, povećanu inspiraciju i kreativnost, duboku introspekciju i osjećaj nadjezične komunikacije s okolinom. Halucinacije, gotovo nemoguća koncentracija zbog brzog tijeka misli. Promjena percepcije vremena, može se doživjeti potpuna odsječenost od stvarnosti i gubitak ega. U slučaju lošeg tripa, ugodni osjećaji mogu biti zamijenjeni neugodnima, poput paranoje, straha i anksioznosti.

Fizičke posljedice su u obliku proširenih zjenica očiju, osjećaj umornosti i utrnulosti tijela, mučnina, glavobolja nakon konzumacije. Tijelo stvara veliku toleranciju, pa doza uzeta prethodni dan ne stvara isto iskustvo slijedeći dan. Psilocin i psilocibin su ne-toksični, čine manje štete od aspirina. Ali tu je sama osoba koja je uzela drogu opasnost sebi. Mogući su *flashbackovi* nakon dugotrajne konzumacije, kada osoba ne uzima više drogu. No, brzo nestaju. Ne stvara fizičku, a ni psihološka ovisnost nje uobičajena.

Ibogain

Ibogain je indolni alkaloid iz porodice triptamina, snažan halucinogen novije korišten u liječenju ovisnosti od drugih droga ili alkoholizma. Ibogain djeluje na dio mozga povezan sa koncentracijama dopamina i ovisnostima vezanim uz korištenje opijata, te drastično smanjuje te potrebe, na način na koji znanstvenici ne mogu još dokučiti.

Nalazi se u afričkoj biljci *Tabernanthe iboga*. Ibogain izaziva prvenstveno vizije, ne halucinacije. Doživljava se oživljavanje potisnutih i zaboravljenih događaja, poniranje u podsvijest i viđenje vlastitog života iz druge perspektive.

Meskalin

Meskalin (izoliran iz meksičkog kaktusa *Lophophora williamsii*), jedna od najpoznatijih i najzanimljivijih indijanskih ritualnih droga. Djeluje slično kao psilocibin ili LSD.

Djelovanje mu je poznato više od 3000 godina. Dominiraju izvanredno blještave i sjajne, obojene vizije koje se pokreću poput kaleidoskopa. Uz njih se u manjoj mjeri javljaju slušne, mirisne, okusne i dodirne halucinacije. Postojeći osjećaj lebdenja i bestežinskog stanja. Upotrebljava se u vidu praška, kapsula ili se osušeni dijelovi koriste za spravljenje čaja. Nakon uzimanja meskalina, dolazi do nervne razdražljivosti i akutnog trovanja sat ili dva nakon konzumacije.

PCP (feniciklidin)

PCP je skraćenica od (*Phenyl Cyclohexy Piperdine*), ali i od hipijevskog *The Peace Pill/pilule mira*. To je vrlo opasna droga zbog svoje nepredvidivosti. Već pri dozi od 10 miligrama uzrokuje stanje slično shizofreniji, halucinacije i osjećaj lebdenja izvan svog tijela. Samo u vrijeme „djece cvijeća“ ovaj halucinogen isprobalo je oko pet milijuna mladih Amerikanaca. Zabilježeno je više od 200 smrtnih slučajeva. Neki su pod djelovanjem PCP-a skakali s kućnih krovova, drugi su doživljavali zastrašujuće halucinacije. Ostaje u tijelu nekoliko dana pa se može akumulirati uzima li se ponavljano. Česte su promjene ličnosti, mogući su gubici pamćenja te se može doživjeti teška anksioznost i agresivni porivi.

Salvia Divinorum

Salvia Divinorum ili Božanska kadulja je psihoaktivna biljka koja se koristi dugo i kontinuirane je tradicije u svrhu religije mastečkih shamana. Prirodno stanište je na području Meksika. Može narasti i preko metar visine. Aktivna supstanca unutar ove biljke je Salvinorin A koji jedinstveno utječe na vizionarsko stanje uma. Može se konzumirati pušenjem ili oralno. Subjektivni efekti su opisani kao kratkotrajni, ali intenzivni. Oni uključuju psihodelične promjene u vizualnoj percepciji, senzacija raspoloženja i tijela, promjene u emocijama, osjećaj odvojenosti, modificirana percepcija vanjske stvarnosti i samog sebe što dolazi do smanjenja sposobnosti interakcije s konzumentovom okolinom.

Još uvijek se istražuje štetnost, no malo je dokaza da uzrokuje ovisnost ili dugotrajne psihijatrijske probleme kod ljudi. Zovu ju još i biljni ecstasy.³⁸

Nakon razmatranja temeljnih podjela najučestalije primjenjivanih droga, u narednom ćemo se naslovu susresti i s posljedicom razvoja njihove tolerancije ili pak želje za odustajanjem njihove primjene.

1.4. Apstinencijski sindrom

Apstinencijski sindrom je skup simptoma koji se javljaju nakon prestanka uzimanja droge ili nekih drugih sredstava koja izazivaju ovisnost.

Ovisno o sredstvu o kojem je čovjek ovisan, apstinencijski sindromi se razlikuju.³⁹ Katkad se radi o tjelesnim i psihičkim teškoćama, a katkad su dominantne psihičke smetnje. Droge, koje pretežno stvaraju psihičku ovisnost, nakon prekida uzrokovat će psihičke smetnje jačega ili slabijeg karaktera.

Često se tu radi o osjećaju neke čudne praznine, dosade, besmisla, gubitka interesa (npr. poslije naglog prestanka svakodnevnog konzumiranja hašiša) ili pak osjećaju totalne klonulosti, teške depresije, paranoje (nakon prekida uzimanja kokaina). Poslije prekida uzimanja barbiturata javlja se nepodnošljiva nesanica ili epileptički napadaji. Najteže fizičke smetnje javit će se nakon prekida uzimanja opijatskih droga (opijuma, heroina, heptanona itd.).⁴⁰ Simptomi započinju najranije 4-6 sati od posljednje doze.

Apstinencijski sindrom općenito obuhvaća simptome i znakove hiperaktivnosti CNS–a. Težina sindroma se povećava s dozom opijata i trajanjem ovisnosti. Simptomi se pojavljuju već 4 h nakon ustezanja, a kod heroina dosežu vrhunac unutar 72 h. Anksioznost i potrebu za drogom slijedi ubrzano disanje u mirovanju (>16 udisaja/min), obično je praćeno zijevanjem, znojenjem, suzenjem i rinorejom. Ostali simptomi su midrijaza, piloerekcija (naježena koža kao u guske), drhtavica, grčenje mišića, valovi vrućine i hladnoće te anoreksija. Osobama koje su uzimale metadon (koji ima dug poluživot), apstinencijski sindrom se razvija sporije i naizgled je lakši od heroinske apstinencije, premda korisnici mogu opisati da je teži.⁴¹

³⁸ <https://drogeiovisnosti.gov.hr/djelokrug/ovisnosti-i-vezane-teme/droge-i-ovisnost/vrste-droga/salvia-divinorum/1016>, (stranica konzultirana 16.6.2017.)

³⁹ Usp. *Zajedno protiv droge*, Vijeće za prevenciju grada Osijeka, Osijek, 2011. str. 13.

⁴⁰ Usp. S. SAKOMAN, *Doktore je li istina da trava čisti pluća?*, Sysprint, Zagreb, 1995., str. 14.

⁴¹ <http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/psihijatrija/lijekovi-droge-i-ovisnost/ovisnost-opijatima> (stranica konzultirana 6.5.2017.)

Apstinencijski sindrom je svojevrsna samoograničavajuća metoda liječenja. Iako je težak, nije opasan po život. Jako je važno informirati pacijenta o tome što će mu se događati i kako će se osjećati.

U slučaju teške nepodnošljivosti apstinencijskog sindroma, prema procjeni daju se lijekovi koji će olakšati pacijentu da prebrodi krizu. Jedna od mogućnosti odvikavanja od ovisnosti je davanje zamjenske, manje škodljive terapije, o kojoj će biti riječi u završnoj cjelini.

1.5. Posljedice drogiranja

Zloraba psihoaktivnih supstanci može dovesti do brojnih društvenih, osobnih, psiholoških i zdravstvenih problema koje ujedno zahvaćaju i one etičke i zakonske posljedice. Prikazati ćemo socijalne, ekonomske i zdravstvene posljedice kao jedne od važnijih društvenih kategorija.

1.5.1. Socijalne posljedice drogiranja

Neovisno o motivima zbog kojih osoba započinje s konzumacijom droge (pritisak i utjecaj vršnjaka, samopotvrđivanje, želja za užitkom, psihički problemi itd.), nakon što se to dogodi, doživljeni intenzitet ugodnosti, zbog psihoaktivnog djelovanja droge može biti tako snažan, da se javlja unutarnji poriv za ponovnim doživljajem te intenzivne ugone. Zatim inicijalno uzimanje droge kasnije dovodi do ovisnosti.

Ako se kontinuirano nastavi, uzimanje droge s vremenom dolazi na prvo mjesto važnosti željenih ponašanja. Istodobno se gubi zanimanje za druge aktivnosti (posebno obaveze) koje ne rezultiraju trenutačnom i tako intenzivnom ugodom, pa ih osoba zanemaruje. Tako se konzument distancira od prirodnih, zdravih i prihvatljivih izvorišta podražaja koji bi rezultirali zasluženom nagradom (osjećajem zadovoljstva), a izlaže se neugodnim reakcijama okruženja (obitelj, škola, zajednica) koje ga kažnjava zbog poremećenog ponašanja i sve slabijeg socijalnog funkcioniranja.

Ovisnici o drogama i drugim (s)tvarima pokazuju gotovo iste simptome: trenutačni osjećaj olakšanja pri uzimanju, napetost; gubljenje kontrole, motivacije za rad, obitelj... Ovisnici o teškim drogama imaju jače simptome - postaju češće patološki lašci, pozajmljuju novac, imaju snažnije impulse za (auto) destrukcijom... Pojedinci i grupe postaju zarobljenici (s)tvari, gube empatiju i postaju otuđeni od drugih ljudi, naposljetku i od sebe.

Frustriranost i društvena nesigurnost stvaraju krizu identiteta, a sve zajedno odvođe (osobito) mlade u virtualni svijet, (auto)destrukciji...⁴²

Da bi se zaštitili od neugodnih reakcija obitelji i stigmatizacije, konzumenti uzimanje droge vješto se prikrivaju. S obzirom na to da se ne zna prava istina, intervencije okruženja su neprimjerene, praćene konfliktima, što rezultira udaljavanjem konzumenta od bližnjih i njegovim sve jačim vezanjem za vršnjačku skupinu u kojoj se droga konzumira. To u konačnici ima za posljedicu socijalnu izolaciju ovisnika.

Samo uzimanje droge kao i način života koji se kreira u društvu konzumenta uzrokuje ozbiljan poremećaj ponašanja i zapostavljanje ispunjavanja životnih obveza. To rezultira najčešće napuštanjem školovanja, gubljenje motiva za rad te konzument često *parazitira* na račun roditelja ili društva, takva će osoba, i ako se ne razvije ovisnost, zaostajati ili propadati u socijalnom smislu. Konačnica takvog ishoda je gubljenje samopoštovanja, krajnje nezadovoljstvo sobom te ukoliko se razvije ovisnost; pojedinca će onesposobiti za kvalitetno obavljanje bilo koje važne socijalne uloge.⁴³

1.5.2. Ekonomske posljedice drogiranja

Teško je izračunati sveukupnost šteta koje se zbog ovisnosti nanose društvu, ali sigurno je velika.

Ekonomske štete za obitelji su značajne, mnoge obitelji ostaju osiromašene zbog toga što su njihovi najbliži članovi ovisnici.

Uzmimo prvo trošak liječenja ovisnika, koji ide na teret države. Zatim veliki broj prometnih nesreća koje se dogode kao posljedica uzimanja droge, posebice kada se radi o konzumacija alkohola, kao i činjenje kaznenih djela, što je najčešće posljedica manjka financijskih sredstava potrebnih za pribavljanje psihoaktivnih tvari.⁴⁴

Smatra se da je šteta koja nastane kao posljedica prometnih nesreća jednaka ukupnim izdacima za zdravstvenu zaštitu.⁴⁵

Društvo gubi silan novac zbog niske produktivnosti rada ovisnika.

⁴² Usp. Z. MILIŠA, M. TOLIĆ, Kriza odgoja i ekspanzija suvremenih ovisnosti, u: *Medianali. Međunarodni znanstveni časopis za pitanja medija, novinarstva, masovnog komuniciranja i odnosa s javnostima* 4 (2010.) 8., str. 143.

⁴³ Usp. S. SAKOMAN, *Doktore je li istina da trava čisti pluća?*, Sysprint, Zagreb, 1995., str. 29.

⁴⁴ Usp. J. MIHIĆ, T. MUSIĆ, J. BAŠIĆ, Obiteljski rizični i zaštitni čimbenici kod mladih nekonzumenata i konzumenata sredstava ovisnosti, u: *Kriminologija & socijalna integracija: časopis za kriminologiju, penologiju i poremećaje u ponašanju* 21 (2013.) 1., str. 49.-63.

⁴⁵ Usp. S. SAKOMAN, *Doktore je li istina da trava čisti pluća?*, Sysprint, Zagreb, 1995., str. 27.

Nadalje, kriminalitet uz uzimanje ili nedopuštenu trgovinu društvu odnosi mnogo. Novac cirkulira kroz ilegalne kanale, a ne u državni proračun. Ilegalnom prodajom droge samo kriminalci stječu određen prihod dok šteta koja se društvu nanosi je višestruko veća.

Država izdvaja određene količine novca za suzbijanje zlouporaba droga. Aktivnosti koje javna tijela poduzimaju u području suzbijanja zlouporabe droga i koje se financiraju javnim sredstvima iz državnog ili županijskog proračuna, odnosno financijskih planova institucija, podijeljene su u skupine aktivnosti u skladu s podjelom koju je dao Reuter (2006).⁴⁶ U tablici je dan sažetak ukupnih specifičnih javnih rashoda u proračunima resornih ministarstava i drugih javnih tijela, koji se tiču različitih aspekata politike suzbijanja zlouporabe droge i ovisnosti o drogama. Utvrđivanju specifičnih javnih rashoda u području suzbijanja zlouporabe droga za 2014. godinu (zadnje dostupno) pristupilo se pomoću anketnog upitnika kojima su prikupljeni podaci izravno od javnih institucija na nacionalnoj i regionalnoj razini i od organizacija civilnog društva. Upitnik je poslužio za prikupljanje podataka o različitim vrstama tekućih i razvojnih rashoda za provedbu niza mjera suzbijanja zlouporabe droga u području prevencije ovisnosti, tretmana, socijalne reintegracije, programa smanjivanja štete i kazneno-represivnog sustava.

	2012.	2013.	2014.
Ministarstva	36.516.992,78	35.953.838,15	44.752.204,97
Javna tijela na državnoj razini	73.487.962,60	70.824.987,86	71.024.371,41
Županije	12.463.267,63	10.118.706,29	9.780.891,51
Organizacije civilnog društva	1.901.666,32	1.019.989,17	5.550.090,89
Ukupno	124.369.889,33	117.917.521,47	131.107.558,78

Tablica 1. Specifični javni rashodi u području suzbijanja zlouporabe droge u Republici Hrvatskoj, 2012.-2014. u kunama⁴⁷

Tablica prikazuje kako su ukupni specificirani javni rashodi u području suzbijanja zlouporabe droga u državnom i županijskim proračunima i financijskim planovima javnih tijela i organizacija civilnog društva u 2014. iznosili 131,1 milijuna kuna, što u odnosu na 2013. predstavljaju povećanje za 11,2 posto.

⁴⁶ P. REUTER, What drug policies cost. Estimating government drug policy expenditures, u: *Addiction*, 101 (2006.) 3., str. 315.-322.

⁴⁷ Izvor: Ekonomski institut Zagreb i Ured za suzbijanje zlouporbe droga. <https://drogeiovisnosti.gov.hr/>

Ministarstva su u 2014. godini ostvarila veće rashode za financiranje aktivnosti vezanih za suzbijanje zlouporabe droga u odnosu na prethodnu godinu. U odnosu prema 2013. zabilježeno je povećanje rashoda u proračunima ministarstava za 24,5 posto, a u proračunima županija smanjenje za 3,3 posto. Kod javnih tijela na državnoj razini bilježimo neznatni porast troškova (0,28 posto). Povećanje troška bilježi se kod specificiranih javnih rashoda organizacija civilnog društva, te je rashod u usporedbi s 2013. godinom povećan za 444,1 posto. Budući da se organizacije civilnog društva financiraju iz više izvora te da neke u dostavljenom izvješću nisu specificirale izvore financiranja, teško je procijeniti udio vlastitih sredstava u financiranju od udjela financijskih potpora koje su navedene organizacije dobile putem javnih natječaja koje provode resorna tijela.

Vidljivo je da je najveći udio javnih sredstava, namijenjenih programima suzbijanja zlouporabe droga, u proračunima javnih tijela 34 na državnoj razini, te on u 2014. godini iznosi 54,2 posto. Zatim slijede ministarstva s udjelom od 34,1 posto, županije s 7,5 posto, dok organizacije civilnog društva u specificiranim javnim rashodima sudjeluju s 4,2 posto.

Većina javnih tijela u svojim proračunima nema posebno specificirane javne troškove za suzbijanje zlouporabe droga i ovisnosti o drogama, odnosno nema posebno izdvojene programe, aktivnosti i/ili projekte i plan alociranja odgovarajućih sredstava za aktivnosti usmjerene na suzbijanje zlouporabe droga i ovisnosti o drogama, nego se financiraju u sklopu redovitih aktivnosti. Unatoč tome što se iz proračuna tih javnih tijela ne može zaključiti koliko je utrošeno na suzbijanje zlouporabe droga, za mnoga se javna tijela sa sigurnošću može reći da je dio njihovih ukupnih resursa bio usmjeren na suzbijanje zlouporabe droga.

1.5.3 Zdravstvene posljedice drogiranja

Ozbiljnost problema ovisnosti se očituje u brojnim zdravstvenim i društvenim posljedicama koje proizlaze iz njega. Zdravstveni problemi vezani za korištenje psihoaktivnih tvari su: gubljenje tjelesne težine, različita trajna oštećenja organizma, poremećaje spavanja, kontinuirani umor, ali i bolesti koje se mogu javiti kao sekundarna posljedica uporabe psihoaktivnih tvari što se najčešće odnosi na bolesti uzrokovane rizičnim seksualnim ponašanjem. Rizična ponašanja ovisnika često vode do novih bolesti i komplikacija, a ponašanja koja to uzrokuju su zajednička uporaba igala, šprica i ostale opreme te rizično seksualno ponašanje (promiskuitet i spolni odnos bez zaštite). Zbog tih je čimbenika ovisnička populacija u stalnom povećanom riziku od zaraze bolestima poput hepatitisa B i C te HIV-a.

Budući da intravenozno uzimanje droga predstavlja najveći rizik za pojavu bolesti koje se prenose krvlju te je za predoziranja i smrti vezane uz uzimanje psihoaktivnih droga, potrebno kontinuirano provoditi mjere koje smanjuju štetne posljedice zajedničke uporabe igala i druge opreme te podizati svijest o važnosti korištenja zaštite prilikom spolnog odnosa.

Također, veliki problem kod ovisnika koji konzumiraju heroin predstavlja što je on uglavnom pomiješan s različitim primjesama (šećer, kakao, brašno, mlijeko u prahu, vapno itd.) što pridonosi različitim zdravstvenim komplikacijama i problemima.

Ovisnost kao kroničnu recidivirajuću bolest često prate druge dijagnoze mentalnih bolesti i poremećaja. Najčešće se radi o poremećajima ličnosti i poremećajima ponašanja, afektivnim i neurotskim poremećajima, duševnim poremećajima i poremećajima ponašanja uzrokovanim alkoholom te drugim kroničnim bolestima vezanim uz rizična ovisnička ponašanja. Droge uzrokuju i nastanak anksioznosti, depresije ili nekih drugih emocija.

Anksioznost koja ima neodređeni strah stvara depresivna stanja. Depresivna osoba ne mora biti aksiozna. Opsesivne i kompluzivne neuroze stvaraju prisilne radnje, a udružene s fobijama (u specifičnim situacijama) stvaraju strah od nekoga i/ili nečega. Koorespondiraju za određenim opijatima ili ovisnosti bez droga.⁴⁸

Smrti povezane sa zlouporabom psihoaktivnih droga su smrti nastale kao izravna posljedica zlouporabe (intoksikacija/ predoziranje), smrti za koje se može pretpostaviti da su nastale zbog zlouporabe (hepatitis/ kardiovaskularne posljedice) te sve ostale smrti osoba koje su bile registrirani ovisnici o drogama. Ukupan broj smrti vezanih uz zlouporabu psihoaktivnih droga može ovisiti o nekoliko čimbenika, kao što su učestalost i način konzumiranja droge (intravenski, istodobna uporaba više droga), dob ovisničke populacije, popratne bolesti i poremećaji, dostupnost liječenja i hitne medicinske službe. Podatci o smrti osoba koje se nalaze u Registru osoba liječenih zbog uzimanja i/ili ovisnosti o psihoaktivnim drogama, registriraju se na temelju Statističkog izvještaja o smrti (DEM-2), obrasca koji sadržava osnovne podatke o osobi i okolnostima smrti i čiji je sastavni dio Potvrda o smrti - obrazac na kojem se registrira osnovni uzrok smrti.

⁴⁸ Usp. Z. MILIŠA, M. TOLIĆ, Kriza odgoja i ekspanzija suvremenih ovisnosti, u: *Medianali. Međunarodni znanstveni časopis za pitanja medija, novinarstva, masovnog komuniciranja i odnosa s javnostima* 4 (2010.) 8., str. 142.

Prema podacima pristiglim do kraja svibnja 2015. godine, u Hrvatskoj je u 2014. godini ukupno umrlo 99 osoba (13 nije ranije bilo na liječenju) od uzroka povezanih sa zluporabom psihoaktivnih droga. Od ukupnog broja umrlih, žena je bilo 16 (16,2%).

Županija	2014.	%
Zagrebačka	6	6,1
Krapinsko-zagorska	0	0
Sisačko-moslavačka	0	0
Karlovačka	0	0
Varaždinska	4	4,0
Bjelovarsko-bilogorska	0	0
Koprivničko-križevačka	2	2,0
Primorsko-goranska	12	12,1
Ličko-senjska	1	1,0
Virovitičko-podravska	1	1,0
Požeško-slavonska	1	1,0
Brodsko-posavska	3	3,0
Zadarska	6	6,1
Osječko-baranjska	5	5,1
Šibensko-kninska	5	5,1
Vukovarsko-srijemska	3	3,0
Splitsko-dalmatinska	15	15,2
Istarska	8	8,1
Dubrovačko-neretvanska	3	3,0
Međimurska	0	0
Grad Zagreb	24	24,2
UKUPNO	99	100,0

Tablica br. 2. Broj smrti kao posljedica drogiranja po županijama u 2014.⁴⁹

Kao i prijašnjih godina, najviše umrlih osoba bilo je u Gradu Zagrebu - 24 osobe (24,2%), slijedi Splitsko-dalmatinska županija s 15 (15,2%) umrlih osoba. Iz Primorsko-goranske županije umrlo je 12 osoba, što čini 12,1% svih umrlih. Istarska županija s 8 umrlih osoba (8,1%) nalazi se na četvrtom mjestu, dok je u Zagrebačkoj i Zadarskoj županiji umrlo 6 osoba (6,1%)

Zbog teških posljedica samodestruktivnog ponašanja, koje za sobom uvlači obitelj i društvo, nužno je u sljedećoj cjelini progovoriti o društvenim, obiteljskim i osobnim predispozicijama za razvoj ovisničkog ponašanja.

⁴⁹ Izvor: Podaci Hrvatskog zavoda za statistiku (DEM-2) i Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo za 2014. godinu. https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2015/05/ljetopis_2014.pdf

2. DRUŠTVENE, OBITELJSKE I OSOBNE PREDISPOZICIJE ZA RAZVOJ OVISNIČKOG PONAŠANJA

Sklonost uzimanju droga i razvoju ovisničkog ponašanja možemo tražiti, ne samo u osobnim preferencijama, već često može biti uzrokovana genetskim predispozicijama, lošim obiteljskim i/li društveno-kulturalnim miljeom ili ovisna o pogubnom vršnjačkom kontekstu, kao i prostornoj dostupnosti droge, koja postaje sve raširenija na globalnom tržištu.

2.1 Statistički pokazatelji raširenosti drogiranja

Procjenjuje se da u svijetu oko 200 milijuna ljudi uživa droge, a samo u Europi oko 16 milijuna, no te brojke su u stalnom porastu, kako u svijetu tako i u nas.

2.1.1 Rasprostranjenost drogiranja u svijetu

Prema masovno obuhvaćenim podacima *UN-World Drug Report*⁵⁰, broj korisnika droge u svijetu može se odrediti na oko 5% svjetske populacije u dobi od 15 do 65 godina. Najraširenije sredstvo ovisnosti je kanabis koji konzumira oko 162 milijuna korisnika, a zatim derivati amfetamina koje konzumira oko 35 milijuna korisnika (amfetamin 25 milijuna korisnika i ecstasy 10 milijuna korisnika). Broj uživatelja opijata procijenjen je na oko 16 milijuna, od kojih je oko 11 milijuna korisnika heroina, a oko 13 milijuna korisnika kokaina.⁵¹

Prema izvješću UN-a iz 2016 g. procjenjuje se da je jedna od dvadeset osoba, ili točnije 250 milijuna ljudi dobi između 15 i 64 godine života, barem jednom konzumiralo neku od droga. Navedena brojka jednaka je populacijama Francuske, Njemačke, Italije i Ujedinjenog Kraljevstva. Iako se radi o velikoj brojci čini se kako ona nije rasla u protekle četiri godine u odnosu na rast svjetske populacije. Ipak, poražavajuća je činjenica u kojoj se procjenjuje da više od 29 milijuna ljudi pati od poremećaja vezanih uz drogu, od kojih 12 milijuna čine korisnici teških droga. Čak je 14 % njih zaraženo virusom HIV-a, što ukazuje na katastrofalne posljedice na svjetsko zdravlje općenito, a u prilog toj tvrdnji stoji i brojka od 207 400 smrti povezanih s drogom u 2014. g. u dobi od 15. do 64. godine života.⁵²

⁵⁰ UNODC (United Nations Office on drugs and crime) (2009): World drug report. Viena. https://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2009/WDR2009_eng_web.pdf

⁵¹ www.hzjz.hr/skolska/ESPAD_2003_summ.pdf

⁵² UNODC (United Nations Office on drugs and crime) (2009): World drug report. Viena. https://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2009/WDR2009_eng_web.pdf

Podaci Europskog centra za praćenje droga i bolesti ovisnosti pokazuju da je sveukupni trend zlorabe droga u svim europskim zemljama rastući, dok se primjerice trend konzumiranja kanabisa među školskom populacijom i studentima kreće od 10 do 44 posto.⁵³

U Europi je najzastupljenija vrsta ovisnosti o drogama ovisnost o opijatima, pretežito heroinu, izuzev u Švedskoj i Finskoj gdje je najraširenija zloraba amfetamina, u Europi je više od 3,5 milijuna ovisnika o opijatima, uglavnom o heroinu, a najveći udio njih je u Italiji, Velikoj Britaniji, Njemačkoj, Španjolskoj, Portugalu i Norveškoj.

Kanabis je i dalje najčešće korištena droga s procjenom 183 milijuna konzumenata, dok se amfetamini nalaze na drugom mjestu s 33 milijuna konzumenata. Više od polovine učenika u višim razredima srednje škole u Americi izjašnjavaju se da su uzimali ili probali neko sredstvo ovisnosti – najčešće marihuanu; svaki pedeseti srednjoškolac probao je heroin, a svaki deseti probao je kokain. Porast zlorabe kokaina u gradskim četvrtima u Americi pokazuje progresiju.

Nedopuštena uporaba lijekova kao što su barbiturati, amfetamini, sedativi itd. postaje ozbiljna forma ovisnosti među učenicima srednjih škola i studentima⁵⁴, kako u svijetu, tako i u „Lijepoj Našoj“.

2.1.2 Zastupljenost drogiranja u Hrvatskoj

U Hrvatskoj problem zlorabe droga postoji već nekoliko desetljeća i ima obilježja masovnog fenomena, koji je najviše zahvatio mlade, te se odnosi na društvenu devijaciju i delinkvenciju.

Rezultati ESPAD-ovog 1 (*The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*) istraživanja pokazuju da je Hrvatska po raširenosti uzimanja droga kod mladih među europskim zemljama s uzlaznim trendom.⁵⁵

U Republici Hrvatskoj posljednjih se godina povećala dostupnost droga, a samim tim povećana je i prevencija konzumiranja droga među mladima.

⁵³ ESPAD (2009): Europsko istraživanje o pušenju, pijenju alkohola, uporabi droga i rizičnim čimbenicima među učenicima za 2007. godinu. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Zagreb. https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2013/11/HR_ESPAD_2015.pdf

⁵⁴ Usp. Lj. PAČIĆ TURK, Prevencija ovisnosti s aspekta teorije socijalnog učenja i kognitivne psihologije, u: *Klinička psihologija* 1 (2008.) 1.-2., str. str. 49.

⁵⁵ The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) za 2003. i 2007. (Europsko istraživanje o pušenju, pijenju alkohola, uporabi droga i rizičnim čimbenicima među učenicima), Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Zagreb 2004. i 2009. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Zagreb. https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2013/11/HR_ESPAD_2015.pdf

Procjena je da u Hrvatskoj ima oko 6000 ovisnika o drogama ili 1, 2% i oko 35 000 povremenih korisnika ili 7%.

Istraživanja i epidemiološki podaci su pokazali da mladi prvi put kušaju marihuanu između 15. i 16. godine života, dok s heroinom počinju između 18. i 19. godine (Izvešće o provedbi Nacionalne strategije, 2006, 2007, 2008, ESPAD, 2004, 2009). Prema rezultatima ESPAD istraživanja za 2003. godinu (ESPAD, 2004), u Hrvatskoj je bilo 24% dječaka i 20% djevojčica koji su barem jednom u životu probali marihuanu (22%), što odražava trend porasta eksperimentiranja u toj dobi.

Hrvatska je, po uzimanju marihuane, 1999. godine bila u prosjeku europskih zemalja, dok je 2003. godine iznad europskog prosjeka za 1%. U 2003. godini Hrvatska je bila među sedam zemalja u kojima je najveća učestalost uzimanja ekstazija - Češka, Hrvatska, Estonija, Irska, Nizozemska, Otok Man i Velika Britanija (5-7%). Raširenost uzimanja ekstazija među mladima je 4%, te je Hrvatska po uzimanju te droge na 8. mjestu u Europi.⁵⁶

Procjenjuje se da danas u Hrvatskoj ima 10 000 do 15 000 redovitih konzumenata teških droga, a od toga oko 10 000 ovisnika o heroinu. U Hrvatskoj je evidentirano oko 6.000 ovisnika o ilegalnim drogama, a od toga je oko 4.500 ovisnika o heroinu. Postoji i veliki broj tzv. rekreativnih (tjednih) konzumenata droge - oko 35.000, dok je oko 100.000 osoba barem jednom probalo neku od ilegalnih droga.⁵⁷

Uporaba "klupskih droga" odnosno neopijatskih kao što su MDMA, GHB, LSD, kokain i slično, raste već više od dvadeset godina. Pojavnost zlouporabe svih droga u granicama zapadnoeuropskog prosjeka, dok je stopa ovisnika o opijatima 3,7 na 1 000 stanovnika - iznad zapadnoeuropskog prosjeka.⁵⁸

U Hrvatskoj je 2005. godine prema prikupljenim podacima u zdravstvenim ustanovama na medicinskom tretmanu bilo 6 668 osoba zbog ovisnosti o psihoaktivnim drogama, od čega je čak 1 770 novoregistriranih ovisnika. Podaci za 2007. Pokazuju da je ukupan broj do sada liječenih osoba zbog zlouporabe ilegalnih droga oko 25.000, od čega je heroinskih ovisnika oko 14.000. Prema dostupnim podacima najviše je liječenih osoba zbog poremećaja uzrokovanih opijatima, potom slijede osobe s poremećajima uzrokovanim kanabisom. Dok se samo vrlo mali dio od ukupnog broja konzumenata prijavi sustavu za

⁵⁶ Usp. J. IVANDIĆ ZIMIĆ, S. MIKULIĆ, Kaznena politika i prevencija ovisnosti o drogama među mladima, u: *Kriminologija i socijalna integracija* 18 (2010.) 2, 1-104., str. str. 64.

⁵⁷ S. FABIJANIĆ, Obitelj i škola u borbi protiv ovisnosti, u: *Revija za socijalnu politiku* 3 (1996.) 2., str. 177.-180.

⁵⁸ Usp. D. DEGEL, I., KOVČO, Tretman ovisnika o drogama na području Republike Hrvatske, u: *Kriminologija & socijalna integracija : časopis za kriminologiju, penologiju i poremećaje u ponašanju* 8 (2000.) 1.-2., str. str. 124.

tretman (najčešće nakon policijske intervencije zbog posjedovanja droge), u Hrvatskoj je omjer «ikad i nikad» liječenih ovisnika o opijatima (procjena) 1 : 1. To bi značilo da je oko 26.000 osoba tijekom života, praćenih u istom razdoblju (od početka rata na ovamo), bilo ovisno o heroinu.⁵⁹

Prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo (HZJZ) za 2010. godinu ukupan broj ovisnika iznosio je 7550. U toj je godini registrirano 1161 novih ovisnika uključenih u sustav liječenja, od čega su 430 bili ovisnici o opijatima.⁶⁰ Podaci za 2010. godinu u usporedbi s podacima za 2009. pokazuju tendenciju padanja ukupnog broja ovisnika, broja ovisnika o opijatima, kao i pad novoregistriranih ovisnika što govori u prilog učinkovitosti sustava prevencije i liječenja bolesti ovisnosti.⁶¹

U Hrvatskoj se od 2000. do 2012. godine ukupan broj novih ovisnika o drogama registriranih u sustavu za bolnički i ambulantni tretman kontinuirano povećava, a također je značajan pokazatelj broj smrtnih slučajeva koji su u uskoj posljedičnoj vezi s konzumiranjem droga te prijava za kazno djelo zlouporabe droga.⁶²

Zbog premalih kapaciteta u programima tretmana, procjenjuje se da oko 5070 tih osoba nije uključeno ni u kakav oblik tretmana. Razlog za još veću zabrinutost je u činjenici da prema procjenama jedan ovisnik stvori još 4 do 5 novih ovisnika. Nadalje, drogu počinju sve više uživati sve mlađi, čime donja dobna granica ovisnika o ilegalnim drogama postaje sve niža.

Prilikom pokušaja procijene trenutnog broja aktivnih u smislu uzimanja heroina, broj bi valjalo umanjiti za pretpostavljeno umrle (oko 2000), apstinente od bilo kakvih opijata (oko 3000), one koji borave po komunama (oko 1500), u zatvorima (oko 1000), apstinente uz metadon ili buprenorfin (4000), te one koji su u tretmanu opioididima (oko 3000), ostao bi broj od 10.000 do 14.000 osoba koje stalno ili povremeno uzimaju heroin, između kojih se godišnje regrutira i onih 700 do 800 osoba koje se po prvi registriraju

⁵⁹ S. SAKOMAN, *Školski program prevencije ovisnosti*, Agencija za odgoj i obrazovanje, Zagreb, 2009., str. 13., 14.

⁶⁰ H. TILJAK, I. NERALIĆ, V. CEROVEČKI, A. KASTELIC, Z. OŽVAČIĆ ADŽIĆ, A. TILJAK, *Mogućnosti u liječenju ovisnika o opijatima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i obiteljskoj medicini*, u: *Acta Medica Croatica* 66 (2012.), str. str. 295.

⁶¹ Anonimno. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2010. godinu. Zagreb: HZJZ, 2011. <https://www.hzjz.hr/>

⁶² V. GORJANAC, O projektu „Zajedno u borbi protiv ovisnosti – Okreni leđa ovisnosti“, u: S. BRLAS, V. GORJANEC, *Radionice u borbi protiv ovisnosti. Edukacijske i socijalizacijske radionice za djecu i mlade*, Centar za nestalu i zlostavljaju djecu – Osijek, Osijek, 2015., str. 28.

nakon što započnu svoje prvo liječenje u nekom od centara državnog sustava za tretman ovisnika.⁶³

Nevjerojatne razlike u broju registriranih liječenih ovisnika u pojedinim županijama prvenstveno su uzrokovane razlikama u pojavnosti tog tipa ovisnosti u ukupnoj populaciji. Glavni čimbenik zbog kojeg postoje tolike razlike u pojavnosti na lokalnoj razini jest razlika u ponudi droga. Ponuda pak ovisi o kvaliteti i kontinuitetu rada represivnog aparata na lokalnoj razini. Činjenica je da je temeljna mreža organiziranog kriminala aktivnija u županijama koje ekonomski bolje stoje i iz kojih se prodajom droga može izvući veći novac. U tim je sredinama i korupcija na višim razinama isplativija.

Broj liječenih ovisnika sigurno ovisi i o kvaliteti lokalnih programa liječenja ovisnika tako da su i znatne razlike u omjeru liječenih ovisnika prema županijama. Grad Zagreb ima u kontinuitetu najdostupnije i najkvalitetnije programe, zatim Istarska županija. Znatno je slabije, npr. organiziran program u Šibensko-kninskoj, Splitsko-dalmatinskoj, Vukovarsko-srijemskoj i još nekim županijama, pa je za pretpostaviti da je stvarna prevencija heroinskih ovisnika na tim područjima zemlje iznad dvostrukog broja u odnosu na broj registriranih liječenih osoba.

Uzimajući u obzir te činjenice, stručnjaci, svjesni da ne mogu utjecati na bolje funkcioniranje pravne države, moraju pojačati svoje napore da programima školske i izvanškolske primarne i sekundarne prevencije, kao i programima otkrivanja i liječenja ovisnika, moraju pridonijeti zaštiti mladeži od pogubnih posljedica zlorabe droga.

S incidencijom od najmanje 1500 novih heroinskih ovisnika koja se bilježi u RH proteklih godina, te nastavkom takvog trenda, kod nas bi svaka trideseta osoba u kohorti rođenih postala u prosjeku u 22. godini života teški, kronični i u velikom broju slučajeva neizlječivi heroinski ovisnik, u 60% slučajeva zaražen hepatitisom B ili C tipa.

Daljnjih tisuću do dvije mladih postaje svake godine ovisno o drugim vrstama sredstava ovisnosti ili u kombinaciji s alkoholom. K tome svaki petnaesti adolescent pokazuje ozbiljne znakove socijalne disfunkcije bez razvijene ovisnosti (poremećaji u ponašanju,

⁶³ S. SAKOMAN, *Školski program prevencije ovisnosti*, Agencija za odgoj i obrazovanje, Zagreb, 2009., str. 14.

školski neuspjeh, problemi sa zakonom itd., a zbog ometene socijalizacije, maturacije i oštećenja funkcija mozga uzrokovanog zloporabom sredstava ovisnosti.⁶⁴

Prema svim epidemiološkim istraživanjima i praćenjima u svijetu i u Hrvatskoj, ovisnost o drogama uglavnom je „muška bolest“. Od ukupno 7.773 osobe liječene u Hrvatskoj tijekom 2009., kao i prijašnjih godina, većinu čine muškarci 6.417 (83%), dok je žena bilo 1.316 ili 17 posto⁶⁵. Omjer muškaraca i žena ovisnica u Hrvatskoj je 4,8:1, dok je u Europi omjer nešto manji (Izvješće o provedbi Nacionalne strategije, 2009).⁶⁶

Tijekom 2008. i 2009. godine provedeno je istraživanje koje je obuhvatilo 143 ispitanika ovisnika o drogama, od kojih 92 muškarca i 51 ženu u dobi od 18 do 46 godina, većinom u dobi od 23 do 28 godina (prosječna dob $M = 28,18$ $SD = 5,070$.), koji su se u vrijeme ispitivanja nalazili u nekom od oblika rezidencijalnog tretmana u bolnici ili terapijskoj zajednici (u P. B. Vrapče, KBC-u Sestre milosrdnice te u terapijskoj zajednici Zajednica susret i Zajednici Cenacolo). Usporedbom sociodemografskog statusa ispitanika pokazalo se da se muškarci i žene statistički značajno ne razlikuju, te su i žene- ovisnice i muškarci- ovisnici najčešće neoženjeni/neudane (73% muškarci, 67% žene), najčešće nemaju djecu (81% muškarci, 71% žene) te uglavnom žive s roditeljima (73% muškarci, 81% žene).

I ovisnici i ovisnice su najčešće prvi put uzeli drogu u dobi između 13. i 15. godine (73% žena, 59% muškaraca), zatim između 16. i 18. godine (28% muškaraca i 23% žena).⁶⁷

⁶⁴ Usp. S. SAKOMAN, A. BRAJŠA-ŽGANEC, R. GLAVAK, Indikatori ranog prepoznavanja visokorizične populacije hrvatske mladeži u odnosu na zloporabu sredstava ovisnosti, u: *Društvena istraživanja* 2-3 (2002.), str. 291.-310.

⁶⁵ Naime, dugo se smatralo da žene ovisnice dolaze iz marginalnih skupina društva koje se bave kriminalom, prostitucijom i sličnim zanimanjima koja su izvan granica društveno prihvatljivog ponašanja, te samim tim nisu bile značajna tema stručnih institucija koje su se bavile tom tematikom. 1930-ih godina žene ovisnice opisivane su kao „opijumski vampiri“ koje potječu iz dobrostojećih obitelji, inteligentne su i obrazovane, ali žive u drukčijem svijetu (podzemlju) ili na rubu društveno prihvatljivih vrijednosti. Pristup problematici ovisnosti kod žena se značajno promijenio, posebice u Americi gdje se procjenjuje da danas više od 4.000.000 žena uzima neku od ilegalnih droga, a još toliko ih je ovisno ili uzima lijekove mimo liječničkog recepta.

Najčešći uzorci ovisnosti o drogama kod žena su uvjetovani traumom koja može biti izazvana seksualnim, fizičkim i obiteljskim nasiljem te stigmatizacijom na osnovi siromaštva, rasne pripadnosti ili spolne orijentacije. Trauma rezultira mnogobrojnim psihičkim poremećajima koji su dominantno prisutni kod žena ovisnica kao što su posttraumatski stresni poremećaj, depresija i anksioznost te loše socijalne vještine i osobine: nisko samopoštovanje, sram, krivnja i slično, što posljedično dovodi do korištenja sredstava ovisnosti i pojave ovisnosti. Usp. J. IVANIĆ ZIMIĆ, *Žene ovisnice – razlike u obilježjima obitelji i obilježjima psihosocijalnog razvoja između žena*, u: *Kriminologija i socijalna integracija* 19 (2011.) 2., str. 57.; 59.

⁶⁶ Izvješće o provedbi Nacionalne strategije suzbijanja zloporabe droga za 2008. (2009): Vlada RH, Ured za suzbijanje zloporabe droga. Zagreb. <https://drogeiovisnosti.gov.hr/pristup-informacijama/strategije-planovi-i-izvjesca/izvjesca-o-provedbi-nacionalne-strategije-i-akcijskih-planova/940>

⁶⁷ Usp. J. IVANIĆ ZIMIĆ, *Žene ovisnice – razlike u obilježjima obitelji i obilježjima psihosocijalnog razvoja između žena*, u: *Kriminologija i socijalna integracija* 19 (2011.) 2., str. 57.-71.

Tijekom 2011. godine u Republici Hrvatskoj je prvi put provedeno istraživanje uporabe droga u općoj populaciji u sklopu znanstveno-istraživačkog projekta *Zlouporaba sredstava ovisnosti u općoj populaciji Republike Hrvatske*.⁶⁸

Drugo nacionalno istraživanje, koje će također biti provedeno pomoću upitnika *European Model Questionnaire*, uključit će modul o uporabi novih psihoaktivnih tvari. Osim prevalencije uporabe novih psihoaktivnih tvari, poseban naglasak stavit će se na sve popularnije sintetske kanabinoide, ketamin i GHB/GBL.

Procjenjuje se da je epidemija tijekom 1998. godine dosegla vrhunac, te da se idućih godina očekuje stagnacija incidencije. To upućuje na činjenicu da Nacionalni program ipak postupno uspostavlja kontrolu nad problemom, međutim, s provođenjem mjera se ne bi smjelo stati sve dok se broj novih ovisnika godišnje ne smanji za barem 30-40% od sadašnjeg.

Nakon uvida u porazne statističke činjenice dostupnih podataka, u narednim ćemo se naslovima susresti s predispozicijama za razvoj ovisnosti.

2.2. Društvene predispozicije za razvoj ovisničkog ponašanja

Utjecaj sredstava masovnog komuniciranja u procesu socijalizacije sve je veći.

Djeca gledaju mnogo više TV i video pa su mediji bitan agens socijalizacije i utječu na formiranje svijesti mladog čovjeka. Dovoljno je prisjetiti se samo učestalo pojavnog reklamiranja cigareta i alkohola, proklamiranih od strane popularnih glumaca i pjevača.

U novije vrijeme u filmovima se uz nasilje i seks pojavljuje i droga (joint, kokain, pa i heroin) kao nešto sasvim normalno i nešto što se samo po sebi razumije. Utjecaj masovnih medija naročito snažno utječe na one mlade ljude koji su iz visoko rizične populacije, budući da oni češće izostaju iz škole, imaju slab uspjeh u školi, nisu opterećeni dodatnim aktivnostima, socijalno su izolirani, agresivni, s lošim su socijalnim navikama.⁶⁹

Nameće se zaključak da „snažan utjecaj na razvoj ovisnosti o drogama i širenje ovisnosti imaju mehanizmi kolektivne imitacije, sugestije i identifikacije“.⁷⁰

Ona se slabim obiteljskim autoritetom, traži u društvenom kontekstu.

⁶⁸ IZVJEŠĆE O PROVEDBI NACIONALNE STRATEGIJE I AKCIJSKOG PLANA SUZBIJANJA ZLOUPORABE DROGA U REPUBLICI HRVATSKOJ ZA 2014. GODINU, <https://vlada.gov.hr/UserDocsImages/Sjednice/2016/5%20sjednica%20Vlade//5%20-%206.pdf>

⁶⁹ Usp. S. FABIJANIĆ, Obitelj i škola u borbi protiv ovisnosti, u: *Revija za socijalnu politiku* 3 (1996.) 2., str. 179.

⁷⁰ K. BUTORAC, A. ROGAR, Neformalna i formalna socijalna kontrola u domeni centra za prevenciju ovisnosti, u: *Kriminologija i socijalna integracija* 10 (2002.) 2., str. 121.

Mladi su danas suočeni s brojnim društvenim i tehnološkim promjenama koje su produkt potrošačkog društva. Možemo primijetiti kako dolazi do slabljenja tradicionalnih vrijednosti i uloge obitelji. Tako dolazi do prevladavanja liberalnog odgoja koji je podjednako štetan kao i pretjerano strog odgoj. Također, razorene i disfunkcionalne obitelji pridonose značajno višem faktoru rizika za razvoj ovisnosti.

Uz važnost obiteljskog utjecaja u dobi adolescencije izražena je snažna želja za traženjem autoriteta i identifikacije izvan obitelji, potreba za novim kontaktima i emocionalnim vezama. Zanimanje za obiteljske sadržaje počinje slabjeti, a pritisak za izlaženjem i opuštanjem u društvu vršnjaka sve je jači. Osjećaj pripadnosti i prihvaćenosti od strane vršnjaka adolescentima predstavlja značajan aspekt psihosocijalne prilagodbe na školu i društvo. Pripadnost i podrška od strane vršnjačke grupe može poticati na konzumaciju ilegalnih sredstava (ako članovi grupe konzumiraju ilegalna sredstva) ili zaštititi od konzumacije (ako članovi ne konzumiraju ilegalna sredstva).

Vršnjačke skupine daju standarde za orijentaciju u polju potrošnje, i vrlo često postavljaju standarde za ponašanje adolescenata. Stvaraju vlastitu mladenačku kulturu, koja omogućuje razvoj osobnog, neovisnog stila života.

Moramo biti svjesni da adolescenti razvijaju svoju individualnost i spontanost u socijalnom kontekstu koji je nesiguran, nestabilan i nepouzdan. Veliki je problem činjenica što adolescenti imaju mnogo slobode u socijalnom i financijskom području, ali nemaju pravi izazov i zadovoljenje svojih potreba i interesa: masovni mediji pružaju im samo površno ispunjenje i privid avanture i iskustva.⁷¹

Škola kao društvena institucija dominira velikim dijelom socijalnog svijeta adolescenata i ima formativni utjecaj na sva važna područja u životu, kako u pozitivnom, tako i u negativnom, ukoliko služi kao pristup lošem društvu ili dostupnosti psihoaktivnih supstanci.

U okviru društvenih teorija istraživanja koja su provedena temeljila su se na proučavanju demografskih varijabli poput dobi, rase, socioekonomskog položaja, zaposlenja, obrazovanja, mjesta boravka, te procesa socijalizacije i nastanka socijalnih normi.

Društvene predispozicije ukazuju na procese kako određene karakteristike socijalne okoline nekog pojedinca utječu na razvoj sklopova ponašanja vezanih uz zlouporabu droga. Socijalni model dovodi u vezu zlouporabu droga s delikventnim i kriminalnim ponašanjem.

⁷¹ Usp. K. BUTORAC, A. ROGAR, Neformalna i formalna socijalna kontrola u domeni centra za prevenciju ovisnosti, u: *Kriminologija i socijalna integracija* 10 (2002.) 2., str. 120.

U potrazi za identitetom i samoostvarenjem mladi ljudi eksperimentiraju s drogama, a veći dio njih prestaje sa njihovom uporabom u periodu sazrijevanja. Osobe koje imaju smanjene sposobnosti za rješavanje problema i smanjenje stresa su u opasnosti od kontinuirane uporabe droga. S obzirom na znatiželju kod mlađe populacije i čestog razvijanja pripadnosti vršnjačkim i subkulturnim skupinama pojavljuje se visok stupanj pritiska na pojedinca.

Rang poredak činitelja prema značaju koji im pridaju ispitanici

Rang poredak činitelja prema čestini kojom se za njih odlučuju ispitanici

POVOD POČETKU EKSPERIMENTIRANJA
Znatiželja
Zabava
Utjecaj vršnjaka ili partnera
Psihološki razlozi
Dosada
Želja za samopotvrđivanjem
Problemi u obitelji
Neznanje o mogućim štetnim posljedicama
Problemi u školi
Nepoznato

POVOD POČETKU EKSPERIMENTIRANJA
Znatiželja
Zabava
Utjecaj vršnjaka ili partnera
Dosada
Psihološki razlozi
Želja za samopotvrđivanjem
Neznanje o mogućim štetnim posljedicama
Problemi u obitelji
Nepoznato
Problemi u školi

Istraživanja pokazuju da na pojavu ovisnosti o drogama utječu i čimbenici kao što su: dostupnost droge, socijalno okruženje koje promiče ili dopušta konzumiranje droga, loša kaznena politika i premala društvena pozornost usmjerena tom problemu.⁷²

Stručnjaci smatraju da je jedan od najznačajniji društvenih čimbenika za pojavu ovisnosti sve veća dostupnost droga i socio-kulturno okruženje koje promiče ili dopušta konzumiranje droga.⁷³

Možemo stoga zaključiti kako je u samoj biti društvenih utjecaja na ovisničko ponašanje pojedinca: proces društvenog učenja. To nas navodi na činjenicu kako je i odvikavanje od ovisničkog ponašanja isto tako moguće naučiti putem učenja suprotnog procesa (odvikavanje).

⁷² NIDA Drug and Addiction Research (1999): Sixth Triennial Report to Congress.; NIDA – The Sixth Triennial Report to Congress (2000): Childhood and Adolescent Development. <https://www.nih.gov/about-nih/what-we-do/nih-almanac/national-institute-drug-abuse-nida>

⁷³ Usp. V. KUŠEVIĆ, *Zloupotreba droga*, Grafički zavod Hrvatske, Zagreb, 1987.; S. SAKOMAN, *Školski programi prevencije ovisnosti. Agencija za odgoj i obrazovanje*, Zagreb, 2004.

Modifikacija ponašanja posebno je efikasna kod osoba bez razvijene ovisnosti kao bolesnog stanja, ali koje pokazuju elemente ovisnosti, pa se nastoji dokinuti neprikladno ponašanje i naučiti novo odnosno prikladno ponašanje⁷⁴ (sustavnom desenzibilizacijom, operantnim uvjetovanjem, učenjem po modelu, preplavlivanjem podražajima).

Nakon uvida u društveno sub/kulturalan utjecaj za razvoj ovisnosti, susrest ćemo i s obiteljskom sklonošću za razvoj ovisnosti.

2.3 Genetska i obiteljska sklonost ovisništva

S obzirom na važnost koju obitelj ima u procesu razvoja i socijalizacije pojedinca, obiteljsko okruženje predstavlja najvažniji kontekst za prevenciju mnogih mentalnih, emocionalnih i ponašajnih problema⁷⁵, no isto tako predstavlja i bazični uzročnik sklonosti prema drogiranju. Obiteljsko okruženje na brojne načine može utjecati na zlouporabu psihoaktivnih tvari kod mladih.

Osim prijenosa genetskih predispozicija za konzumaciju alkohola, stavovi i ponašanja roditelja vezani uz konzumaciju sredstava ovisnosti također mogu biti značajni za pojavu konzumacije sredstava ovisnosti kod djece. Nedosljednost u odgoju djece, konflikti u obitelji te slaba privrženost između roditelja i djece samo su neke od karakteristika obiteljskog okruženja koje mogu uvelike utjecati na pojavu ovisničkog ponašanja.⁷⁶

Obitelj kao mjesto primarne socijalizacije, primjerom svoga ponašanja i odnosom među članovima daje matricu budućega socijalnog ponašanja djeteta. Istraživanja pokazuju da su rizici za pojavu ovisnosti u obitelji vezani uz⁷⁷:

1. patologije u obitelji; učestalih svađa ili asocijalnih ponašanja članova obitelji;

⁷⁴ Usp. S. BRLAS, Uvodno o ovisnosti, u: S. BRLAS, V. GORJANEC, *Radionice u borbi protiv ovisnosti. Edukacijske i socijalizacijske radionice za djecu i mlade*, Centar za nestalu i zlostavljanu djecu – Osijek, Osijek, 2015., str. 32.

⁷⁵ M. FERIĆ- ŠLEHAN, Rizični i zaštitni čimbenici u obiteljskom okruženju: razlike u procjeni mladih i njihovih roditelja, u: *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja* 44 (2008.) 1., str. 15.-26.

⁷⁶ Usp. J. S. BROOK, D. W. BROOK, A. S. GORDON, M. WHITEMAN, P. COHEN, The psychosocial etiology of adolescent drug use: A family interactional approach, u: *Genetic, Social, and General Psychology Monographs* 116 (1990.) 2., str. 110.-267.

⁷⁷ Usp. M. AJDUKOVIĆ, Stil odgoja u obitelji kao faktor delinkventnog ponašanja djece, u: *Primijenjena psihologija* 11 (1990.), str. 47.–54.; Z. ITKOVIĆ, Roditelji kao odgojitelji – uloga obiteljskog odgoja u prevenciji zloupotrebe droga, u: *Društvena istraživanja* 4-5 (1995.), str. 575.–586.; Z. RABOTEG-ŠARIĆ, S. SAKOMAN, A. BRAJŠA-ŽGANEC, Stilovi roditeljskog odgoja, slobodno vrijeme i rizično ponašanje mladih, u: *Društvena istraživanja* 2-3 (2002.), str. 215.–238.

2. primjenu hladno-permisivnoga stila odgoja djeteta koji ima za posljedicu neprijateljsko raspoloženje djeteta, odbijanje i kršenje pravila te stoga predstavlja i najveći rizik za razvoj delinkventnoga ponašanja i podložnost zlouporabi droga.

3. nekvalitetnu komunikaciju u obitelji koja udaljuje djecu od roditelja te ih prepušta utjecajima izvan obiteljskoga kruga (djeca koja često razgovaraju s roditeljima i imaju razvijen osjećaj bliskosti i otvorenosti prema svojim roditeljima mnogo lakše izražavaju otpor prema rizičnom ponašanju i negativnim utjecajima vršnjačkih skupina)

4. nestrukturiranoga provođenja slobodnog vremena jer uključenost u organizirane izvanškolske aktivnosti ima protektivnu vrijednost.

Istraživači Goodwin (1983) i Kosten⁷⁸, Rounsaville i Kleber su neovisno jedni o drugima zaključili da je najvažniji faktor, koji utječe na ovisnost o drogama, dostupnost droge u obitelji pojedinca ili činjenica da su neki članovi obitelji imali iskustva s drogama, ili su i sami ovisnici. Zlouporaba droga od strane roditelja i prijatelja izdvojena je kao najvažniji prediktor zlouporabe droga.⁷⁹ Ta mišljenja podržavaju teoriju socijalnog učenja. Ovo je transgeneracijski model prijenosa devijantnog ponašanja.

Rizični čimbenici u obitelji za konzumaciju sredstava ovisnosti⁸⁰:

- neadekvatna skrb majke i loša privrženost majci
- neadekvatni stavovi roditelja prema zlouporabi psihoaktivnih tvari
- neadekvatan odnos roditelj-dijete
- nepoštivanje vlastitih roditelja
- neadekvatni odnosi među roditeljima
- loši obiteljski odnosi
- nizak socio-ekonomski status obitelji
- manjak bliskosti između roditelja i djeteta/djece
- nedostatak discipline ili nedosljednost u odgoju djece
- uporaba sredstava ovisnosti od strane roditelja
- sukobi među roditeljima
- zlouporaba sredstava ovisnosti od strane roditelja ili ostalih članova obitelji
- slab nadzor roditelja nad djecom
- slaba privrženost između roditelja i djece

⁷⁸ Usp. T. KOSTEN, B. ROUNSAVILLE, H. KLEBER, Parental alcoholism in opioid addicts, u: *Journal of Nervous and Mental Disease* 173 (1985.), str. 461.-469.

⁷⁹ Usp. P. HURD, C.A. JOHNSON, T. PECHACEK, Prevention of cigarette smoking in seventh grade students, u: *Journal of Behavioral Medicine* 3 (1980.), str. 15.-28.

⁸⁰ Usp. J. MIHIĆ, T. MUSIĆ, J. BAŠIĆ, Obiteljski rizični i zaštitni čimbenici kod mladih nekonzumenata i konzumenata sredstava ovisnosti, u: *Kriminologija & socijalna integracija: časopis za kriminologiju, penologiju i poremećaje u ponašanju* 21 (2013.) 1., str. 51.

- zanemarivanje od strane roditelja
- nedosljednost ili teško kažnjavanje djece od strane roditelja
- nedostatak potpore u obitelji
- neadekvatna očekivanja roditelja prema djeci
- nedosljednost roditelja u stavovima prema sredstvima ovisnosti
- nerealna očekivanja od strane roditelja
- komunikacija s djetetom koja uključuje okrivljavanje, prebacivanje te nepriznavanje uspjeha.

Značajan broj istraživanja pokazao je da su ovisnici bez obzira na spol, u velikoj mjeri, lišeni bliskosti s roditeljima, a njihove su obitelji u odnosu na obitelji neovisnika češće opterećene različitim socio-patološkim pojavama i obiteljskim obilježjima koja mogu nepovoljno utjecati na psihosocijalni razvoj djeteta i dovesti do različitih poremećaja, pa tako i do pojave ovisnosti o drogama.⁸¹

Povezanost između pojave poremećaja u ponašanju, pa tako ovisnosti, i obiteljskih čimbenika pronađena je u nedostatnom nadgledanju djece, nedosljednoj disciplini, visokoj razini konflikata u obitelji, nedjelotvornoj komunikaciji te posljedično niskoj razini bliskosti u obitelji.⁸²

Kao glavni rizični obiteljski čimbenici navode se nedostatak emocionalne bliskosti na relaciji roditelji-djeca posebice s ocem, kaotično obiteljsko okruženje- osobito ako roditelji konzumiraju psihoaktivne supstance ili ako u obitelji postoje psihičke bolesti, neučinkovito roditeljstvo - posebice s djecom teškog temperamenta ili s višestrukim poremećajima, slaba povezanost roditelja i djece te slaba roditeljska skrb.⁸³

Jedno od istraživanja u Hrvatskoj, koje je imalo za cilj objasniti razlike između djevojaka i mladića koji konzumiraju sredstva ovisnosti u pogledu obiteljske funkcionalnosti i obiteljske kohezije, doživljaja socijalne podrške od roditelja i svakidašnje obiteljske interakcije te definiranih obiteljskih aktivnosti i slobodnog vremena koje obitelj provodi zajednički, provedeno je 2001. godine i obuhvatilo je 1.258 mladića i 1.538 djevojaka u dobi od 14 do 20 godina iz svih područja Hrvatske. To istraživanje je pokazalo da adolescenti

⁸¹ NIDA Drug and Addiction Research (1999): Sixth Triennial Report to Congress.; NIDA – The Sixth Triennial Report to Congress (2000): Childhood and Adolescent Development. <https://www.nih.gov/about-nih/what-we-do/nih-almanac/national-institute-drug-abuse-nida>

⁸² M. FERIĆ- ŠLEHAN, Rizični i zaštitni čimbenici u obiteljskom okruženju: razlike u procjeni mladih i njihovih roditelja, u: *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja* 44 (2008.) 1., str. 15.-26.

⁸³ Usp. J. IVANIĆ ZIMIĆ, Žene ovisnice – razlike u obilježjima obitelji i obilježjima psihosocijalnog razvoja između žena, u: *Kriminologija i socijalna integracija* 19 (2011.) 2., str. 59.

obaju spolova čiji su roditelji u braku, ocjenjuju da dobivaju više socijalne podrške od svojih roditelja nego adolescenti čiji su roditelji rastavljeni.

Djevojčice čiji su roditelji u braku znatno češće procjenjuju da njihova obitelj ima bolju socijalnu koheziju od obitelji dječaka, te se pokazalo da su loša obiteljska povezanost i relativno manji broj zajedničkih obiteljskih aktivnosti značajniji prediktori konzumacije sredstava ovisnosti kod djevojčica nego kod dječaka.⁸⁴

Utjecaji droga toliko su opsežni da imaju mogućnost transgeneracijskog djelovanja. Tu mislimo na psihološku razinu, u smislu narušene psihosocijalne strukture, članova obitelji i na razinu naslijeđenih utjecaja od roditelja ovisnika.

Droge su iznimno utjecajni teratogen⁸⁵, odnosno negenetski činitelji koji mogu uzrokovati abnormalnosti u prenatalnom razvoju, tako da ovisnici svojoj još nerođenoj djeci mogu u nasljedstvo ostaviti posljedice svoje ovisnosti pa čak i ovisnost samu jer „djeca čije su majke ovisne o drogi mogu se roditi također ovisna o drogi“.

Istraživanja pokazuju da su neke osobe već i prenatalno predodredile svoju djecu za ovisnost. Ovisnost roditelja, posebice ovisnost majke, ima izuzetno štetne psihološke i socijalne posljedice na djecu koja su i sama rizična za pojavu ovisnosti. Budući da droge mogu narušiti zdravlje trudnice zbog moguće povrede fetusa i dodatnih komplikacija tijekom trudnoće, posebno veliki problem predstavlja uzimanje droga i psihoaktivnih supstanci kod žena trudnica ovisnica.

Droge kroz majčin krvotok utječu na nerođeno dijete, a učestalo korištenje sredstava ovisnosti kao što su alkohol, cigarete, heroin, drugi opijati i trankvilizatori mogu dovesti do prijevremenog porođaja, znatnog smanjenja težine djeteta i povećati rizik od pobačaja blizu samog termina porođaja.⁸⁶

Zloupotreba heroina i kokaina kod trudnice ovisnice može već kod novorođene bebe provocirati apstinencijske simptome pa i krize (dakle, već je malo dijete ovisnik). Nisu

⁸⁴ Usp. A. BRAJŠA-ŽGANEC, Z. RABOTEG-ŠARIĆ, R. GLAVAK, Gender Differences in the relationship between some family characteristics and adolescent substance abuse, u: *Društvena istraživanja* 58-59 (2002.), str. 335.-352.

⁸⁵ Usp. V. ROSS, M. MARSHALL HAITH, S. A. MILLER, *Dječja psihologija: moderna znanost*, Slap, Jastrebarsko, 2004., str. 151.

⁸⁶ Prema podatcima za 2009. Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, od ukupno 43.870 porođaja u Republici Hrvatskoj 26 roditelja je izjavilo da su uzimale psihoaktivne droge tijekom trudnoće, dok je tamna brojka zasigurno i puno veća. Usp. Izvješće o provedbi Nacionalne strategije suzbijanja zloupotrebe droga za 2008, NIDA, 2009.

iznimka niti krvarenja u mozgu djeteta koja onda mogu dovesti do raznih drugih organskih oštećenja. Također takvo dijete često ima teškoće s motorikom i pažnjom. Povećava se i rizik sindroma iznenadne smrti dojenčeta. Trudnice koje puše marihuanu ili uzimaju halucinogene droge (kao LSD) mogu roditi razdražljivo dijete.

Takva djeca imaju lošu habituaciju (privikavanje) na vidne podražaje i postižu u prosjeku slabije rezultate na verbalnim testovima i testovima pamćenja. Čak i pojedini lijekovi (talidomid, antikonvulzivi, antipsihotici i anksiolitici, antikoagulacijski lijekovi, antihipertenzivi, citostatici), pogotovo ako se ne uzimaju uz liječničku preporuku mogu kod djeteta dovesti, kako koji, do čitavog niza teškoća, deficita i abnormalnosti te se povećava rizik od pobačaja, problema s disanjem kod djeteta, malformacija glave i udova, oštećenja srca i središnjeg živčanog sustava, zastoja u rastu, oštećenja unutarnjih organa pa i smrti.

Naravno, rizik od nepoželjnog djelovanja teratogena vjerojatno je veći ako je ovisnica majka, međutim ako je i otac prilikom začeća djeteta imao ili ima ovisničko iskustvo (pod utjecajem je droge), rizik je velik jer mu je genetski materijal kontaminiran.

2.4 Osobna preferencija ovisništva

Skлонost pojedine osobe prema prethodno opisanim utjecajima i sklonostima prema razvoju ovisničkog ponašanja, predodređena je stavom te osobe, kognitivnim procesima i očekivanjima, kao i naučenim vještinama odbijanja i izbjegavanja ponuđenih droga.⁸⁷

U etiologiji pojave ovisnosti važni su psihosocijalni čimbenici kao što su rani poremećaji u ponašanju, loš školski uspjeh te osobine ličnosti kao što su povučenost / sramežljivost, agresivno i impulzivno ponašanje, druženje s vršnjacima koji konzumiraju drogu i genetske predispozicije.⁸⁸ Sve je u biti određeno razinom zadovoljenja primarne motivacije.

Potrebe čovjeka dovode do stanja koje usmjerava i održava ponašanje u smjeru zadovoljenja potreba. To se stanje naziva motivacija. Ako dijete ne nauči zadovoljiti svoje potrebe u ranom razdoblju, taj će ga nedostatak pratiti i kasnije, možda i cijeli život. To se odnosi na potrebe koje mogu biti primarne (biološke) i sekundarne (socijalne ili stečene).

⁸⁷ K. BUTORAC, A. ROGAR, Neformalna i formalna socijalna kontrola u domeni centra za prevenciju ovisnosti, u: *Kriminologija i socijalna integracija* 10 (2002.) 2., str. str. 122.

⁸⁸ NIDA Research –Based Guide (2008.): Preventing Drug Use among Children and Adolescents Risk Factors and Protective Factors. (www/nida.nih.gov/Prevention/risk.html), kao i u NIDA Research Monograph

Ako osoba nije na vrijeme naučila kako zadovoljiti potrebe na prirodan način, ona će to činiti na pogrešan način. Razvijat će aberantne oblike ponašanja, kao što je drogiranje.

Nemogućnost zadovoljenja potreba dovodi čovjeka u stanje nelagode, tjeskobe i stresa. To su prijeteća stanja koja je moguće izbjeći ili je barem moguće umanjiti njihovo negativno djelovanje ulaganjem većega napora u aktivnosti koje dovode do zadovoljenja potreba. Ako to ne uspije, aktiviraju se obrambeni mehanizmi koji mogu umanjiti ovu unutarnju napetost pojedinca, ali gotovo redovito narušavaju socijalne odnose pojedinca s okolinom. Narušeni socijalni odnosi pak mogu biti sami za sebe dovoljan okidač osobama koje žele biti dobro uklopljene da se uklupe uz pomoć droge. Dakle, u konačnici uvijek ostaje pitanje pravilnog usmjeravanja vlastitog ponašanja u aktivnosti koje mogu ili za koje mislimo da mogu dovesti do zadovoljenja potreba.

Nevolja je kod sredstava ovisnosti u tome što ona kratkoročno mijenjaju kemiju mozga, stvaraju osjećaj ugone i prividno udaljavaju od problema. Osoba je i dalje motivirana za uzimanje droge jer želi zadržati taj osjećaj ugone.

Adiktivnost droge onemogućuje samokontrolu ponašanja, jer ovisnici više ne mogu prestati sa takvim ponašanjem iako to možda žele. Ovisnost je u biti neadekvatna potraga za zadovoljenjem potreba koja proizlazi iz nemogućnosti zadovoljenja istih. To je trajno stanje pojedinca koje proizlazi iz sustava vrijednosti u kojemu su prijateljstvo, obitelj, osjećaj privrženosti i slobode koji su nužni za zdravi psihosocijalni tretman postali roba kao svaka druga. Tko se tom sustavu vrijednosti ne može oduprijeti potražiti će drugi oblik izlaska, koji je često bijeg u drogu.

Prema podacima *Foundation for a Drug - Free World*., slijedeći su razlozi zbog kojih se ljudi upuštaju u uzimanje droga:

1. Uklapanje u društvo prijatelja.
2. Bijeg od napetosti i da se opuste.
3. „Ubijaju“ dosadu.
4. Osnaživanje u svakom smislu.
5. Bunt prema nekome ili nečemu.
6. Eksperimentiranje.⁸⁹

⁸⁹ Usp. S. BRLAS, Uvodno o ovisnosti, u: S. BRLAS, V. GORJANEC, *Radionice u borbi protiv ovisnosti. Edukacijske i socijalizacijske radionice za djecu i mlade*, Centar za nestalu i zlostavljenu djecu – Osijek, Osijek, 2015., str. 36.

Prema dijagnostičkim kriterijima (DSM–III) među populacijom koja je ovisna o drogama i alkoholu više od 50 posto onih koji uz ovisnost imaju i neki drugi psihijatrijski poremećaj; gdje značajno prevladava anksiozni poremećaj, afektivni poremećaj i poremećaj osobnosti.⁹⁰ Ove su dijagnoze, ali također mogu biti i primarni „okidač“ za razvoj ovisnosti.

Koncept ovisnosti polazi od činjenice kako pojedinci ne započinju sa zlouporabom štetnih sredstava i/ili sredstava ovisnosti isključivo zbog svojih individualnih osobina, već i zbog socijalnog konteksta u kojemu žive i koji kroz složenu mrežu socijalnih odnosa i socijalnih pritisaka kataliziraju sklonost prema uzimanju, pretjeranom uzimanju ili zlouporabi štetnih tvari.⁹¹

Nakon što smo u ovoj cjelini uvidjeli utjecaj supkulture, društva, medija, vršnjačkog konteksta, urbane sredine, socijalnog položaja, obiteljske predispozicije i osobne sklonosti za razvoj ovisnosti o psihoaktivnim tvarima, u narednoj ćemo cjelini pokušati preorijentirati sve ove negativne stimulanse u izvore obrambenih mehanizama uz podršku nacionalnih programa prevencije.

⁹⁰ Usp. L. N. ROBINS, D. A. REGIER, *Epidemiologic Catchment Area (ECA). Psychiatric Disorders in America*, Free Press: National Institute of Mental Health. Division of Clinical Research, New York, 1991.

⁹¹ Usp. S. BRLAS, Uvodno o ovisnosti, u: S. BRLAS, V. GORJANEC, *Radionice u borbi protiv ovisnosti. Edukacijske i socijalizacijske radionice za djecu i mlade*, Centar za nestalu i zlostavljenu djecu – Osijek, Osijek, 2015., str. 21.

III. ZAKONODAVNI OKVIRI I PREVENCIJSKE MJERE

Preventivne su aktivnosti ključni element u suzbijanju ovisnosti. „Uspješna prevencija i zaštita mladih od štetnih posljedica konzumiranja supstanci pretpostavlja dobro poznavanje uzroka ili barem faktora koji su povezani s rizičnim zdravstvenim ponašanjem mladih.⁹²

Prevencija ovisnosti uključuje skup mjera i postupaka usmjerenih ranom otkrivanju znakova koji upućuju na elemente ovisničkog ponašanja i osmišljavanje osnaživanja kapaciteta pojedinaca, njihovih obitelji te stručnih osoba i nadležnih tijela u donošenju pozitivnih odluka i smanjivanju štete zbog donesenih negativnih odluka.

U suvremenim preventivnim strategijama naglašava se načelo sveobuhvatnosti u osmišljavanju preventivnih programa. U području prevencije, *sveobuhvatnost*, se može odnositi na uključenost svih razina prevencije (univerzalne, selektivne, indicirane), ali i na integraciju više područja (domena ili aplikacijskih konteksta) u kojima se preventivni programi provode. Sveobuhvatnost preventivnih aktivnosti podrazumijeva usmjerenost prema cjelokupnom razvoju djeteta (kognitivnom, socijalnom, emocionalnom, ponašajnom, duhovnom), a potrebno ih je provoditi u svim djetetovim okruženjima (društvo i kultura, zajednica/ susjedstvo, škola, vršnjaci, rodbina i obitelj).

Sveobuhvatni pristupi počinju već u prenatalnom i ranom predškolskom razdoblju, odvijaju se tijekom svih razvojnih razdoblja, djeluju na sve rizične i zaštitne čimbenike, a organiziraju se u svim djetetovim okruženjima.⁹³

S obzirom na primijećen stalan porast broja osoba liječenih zbog zlouporabe droga kao i povećanu dostupnost sredstava ovisnosti u Hrvatskoj, osmišljen je Nacionalni program prevencije ovisnosti za djecu i mlade u odgojno-obrazovnom sustavu, te djecu i mlade u sustavu socijalne skrbi za razdoblje od 2010. do 2014. godine.⁹⁴

Zakonske odrednice nacionalne politike suzbijanja zlouporabe droga predstavljaju temeljni okvir za provedbu instrumenata i intervencija vezanih za smanjenje ponude i potražnje droga.

⁹² Usp. K. LACKOVIĆ-GRGIN, *Psihologija adolescencije*, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2006., str. 74.

⁹³ Usp. D. NENADIĆ BILAN, Strategije prevencije ovisnosti o drogama, u: *Magistra Iadertina* 7 (2012.) 7., str. 35.

⁹⁴ http://www.uredzdroge.hr/upload/File/Dokumenti/Nacionalni%20program%20prevencije%20ovisnosti/Nacionalni_program_prevencije_ovisnosti_s_koricom.pdf

Mehanizmi za borbu protiv zlouporabe droga i nedopuštenoga trgovanja drogama, instrumenti alternativnih kazni zatvora, posebnih obveza, mjera obveznog liječenja od ovisnosti, provođenja posebnih dokaznih radnji i drugi instituti povezani s kaznenopravnim i prekršajnim aspektima zlouporabe droga, koji su detaljno opisani u prijašnjim izvješćima, uređeni su *Kaznenim zakonom*⁹⁵, *Zakonom o kaznenom postupku*⁹⁶, *Zakonom o probaciji*⁹⁷, *Prekršajnim zakonom*⁹⁸ te *Zakonom o suzbijanju zlouporabe droga* kao središnjim aktom kojim se reguliraju sva ključna pitanja koja se tiču zlouporabe droga.⁹⁹

U smanjenju dostupnosti droga važnu ulogu, uz policiju, ima još nekoliko resora¹⁰⁰:

- Ministarstvo vanjskih poslova daje doprinos u suradnji s međunarodnim tijelima koja reguliraju provođenje niza međunarodnih konvencija, kojima se nastoji smanjiti proizvodnja i stavljanje u promet niza psihoaktivnih tvari.

- Zdravstvo ima zadaću da poduzima mjere kojima bi se spriječilo otuđivanje narkotika i drugih psihoaktivnih sredstava koja se upotrebljavaju u liječenju i radi čega se moraju čuvati u zdravstvenim ustanovama.

- Ministarstvo financija ima zadaću da preko carinskih službi spriječi mogući ulaz droga koje uglavnom i ulaze u zemlju zajedno s legalnim robama.

- Ministarstvo pravosuđa mora konstantno poboljšavati zakonodavstvo kako bi ukupan mehanizam koji provodi represiju što efikasnije funkcionirao.

- Ministarstvo poljoprivrede, zajedno s drugim Ministarstvima, mora kontrolirati površine zasijane opijumskim makom. Potrebno je i pojačati mjere da se zaustavi širenje sadnje i uzgoja indijske konoplje.

- I druga Ministarstva koja nadziru proizvodnju, transport i trgovinu, morat će zajednički provoditi konvenciju o kontroli "prekursora", tj. kemijskih tvari od kojih se mogu proizvoditi droge.

⁹⁵ Kazneni zakon, u: *Narodne Novine* 125/11, 144/12, 56/15, 61/15.

⁹⁶ Zakon o kaznenom postupku u: *Narodne Novine* 152/08, 76/09, 80/11, 121/11, 91/12, 143/12, 56/13, 145/13, 152/14.

⁹⁷ Zakon o probaciji, u: *Narodne Novine* 143/12.

⁹⁸ Prekršajni zakon, u: *Narodne Novine* 107/07, 39/13, 157/13, 110/15.

⁹⁹ Zakon o suzbijanju zlouporabe droga, u: *Narodne Novine* 107/01, 87/02, 163/03, 141/04, 40/07, 149/09, 84/11, 80/13.

¹⁰⁰ Usp. D. DEGEL, I., KOVČO, Tretman ovisnika o drogama na području Republike Hrvatske, u: *Kriminologija & socijalna integracija: časopis za kriminologiju, penologiju i poremećaje u ponašanju* 8 (2000.) 1-2., str. 133.

S ciljem smanjenja potražnje droga potrebno je provoditi sljedeće mjere¹⁰¹:

- Kontinuirano provođenje organiziranih preventivnih odgojno-obrazovnih programa kroz obitelj, školu, crkvene ustanove i medije. Te mjere ciljaju na još zdravu populaciju djece i mladih.

- Kontinuirano provođenje mjera što ranije detekcije konzumenata droga kojima bi se smanjio rizik nastavljanja uzimanja droge i razvoja ovisnosti.

- Što ranije otkrivati i omogućivati liječenje, rehabilitaciju i socijalnu reintegraciju što većem broju ovisnika jer su oni najveći potrošači droga, a ujedno i most između kriminalaca-preprodavača droga i početnih konzumenata.

- Društvo u cjelini trebalo bi se boriti da se očuva što negativniji stav prema uporabi ilegalnih droga.

Na polju suzbijanja droga, te suzbijanja kriminala, u svijetu, a posebno u Europi postoje dvije glavne struje. Prva je trend liberalizacije koji uključuje dekriminalizaciju zlouporabe droga, a druga je represija kroz intervenciju policije i kaznenog zakona.

Problematika vezana uz opojne droge vrlo je kompleksna jer se ne radi samo o činu konzumiranja nego i o brojnim drugim prekršajima i kaznenim djelima koja su povezana sa konzumacijom, nabavom i prodajom opojnih sredstava. Trenutno dva najvažnija zakonska propisa pokrivaju navedeno područje, a to su *Zakon o suzbijanju zlouporabe opojnih droga* (N.N. 2001. i 2002.) i *Kazneni zakon* (N.N. 1997., 1998., 2000., 2001., 2003., 2004., 2005. i 2006.). Hrvatski je sabor 2005. godine usvojio i *Nacionalnu strategiju suzbijanja zlouporabe opojnih droga u Republici Hrvatskoj za razdoblje od 2006. do 2012. godine*. Ključan okvir za njezinu izradu predstavljala je *Strategija za droge Europske Unije (2005.–2012.)*.

Za kaznena djela zlouporabe droga iz članka 173. stavak 1. *Kaznenog zakona* (posjedovanje droga) i neke modalitete kaznenog djela zlouporabe droga iz stavka 2. istog članka, državno odvjetništvo u pravilu primjenjuje načelo oportuniteta (svrhovitosti) posebice kada se radi o maloljetnim i mlađim punoljetnim osobama. Kod primjene oportuniteta najčešće se primjenjuje članak 64. Zakona o sudovima za mladež prema kojem državni odvjetnik mladim osobama nalaže posebnu obvezu da se podvrgnu postupku odvikavanja od droge ili drugih ovisnosti što uključuje savjetodavni tretman (Izvešće o provedbi Nacionalne

¹⁰¹ Isto, str. 134.

strategije, 2008.). To zahtijeva počiniteljev pristanak i spremnost da se podvrgne programu odvikavanja od ovisnosti ili savjetovanju. Ako se program tretmana pohađa uspješno i završi, kazneno djelo se ne upisuje u kazneni dosje.

Prema *Zakonu o kaznenom postupku* i *Zakonu o sudovima za mladež* ako tim stručnjaka koji surađuju s uredom državnog odvjetnika utvrdi da je maloljetnik eksperimentirao s drogama ili je počinio neko drugo kazneno djelo koje je kažnjivo kaznom do pet godina zatvora, državni odvjetnik neće podići optužnicu protiv maloljetnika, nego će obavijestiti Centar za socijalnu skrb ili Centar za prevenciju ovisnosti kako bi se osigurao postupak savjetovanja za maloljetnika i njegovu obitelj. U svim slučajevima u kojim su počinitelji osuđeni za spomenuta kaznena djela i stručna procjena utvrdi da je počinitelj ovisan o drogama, izriče im se uz kaznu mjera liječenja od ovisnosti.

Prema *Zakonu o suzbijanju zlorabe droga*, počinitelj prekršaja propisanih navedenim zakonom koji je ovisan o drogama će, zajedno s novčanom kaznom, dobiti i sigurnosnu mjeru obaveznog liječenja u medicinskoj ustanovi ili sigurnosnu mjeru rehabilitacije od droge u ustanovi za socijalnu skrb (obično nevladina organizacija), u trajanju od tri mjeseca do jedne godine. Ako osoba uspješno završi proces rehabilitacije, novčana kazna neće se naplatiti.

U našoj je zemlji važnim strategijama (kao što je *Nacionalna strategija suzbijanja zlorabe opojnih droga u Republici Hrvatskoj*) proklamirana potreba i preventivnog djelovanja, a provedbenim aktima ona je operacionalizirana (akcijskim planovima na državnoj i županijskim razinama, a posebno školskim preventivnim programima u odgojno-obrazovnim ustanovama).

Iako preventivne aktivnosti mogu biti univerzalne kada je njihov cilj informiranje opće populacije ili dijela opće populacije kod koje nisu utvrđeni individualni rizični čimbenici, zatim selektivne preventivne aktivnosti koje se provode na užoj, specifičnoj populaciji kod koje su utvrđeni individualni rizici za razvoj ovisnosti i ovisničkog ponašanja mnogo viši nego u općoj populaciji, te indicirane ili ciljane kada se preventivne aktivnosti upravljaju prema pojedincima kod kojih su identificirani prvi znaci ili simptomi zlorabe sredstava ovisnosti. Vrlo je velika korisnost podjele preventivnih programa u primarne, sekundarne ili tercijarne, posebno za izbor mjera, podjelu odgovornosti i određivanje populacije kojoj su određeni programi namijenjeni.

Podjela koja polazi od pojma ovisnosti kao bolesti koju želimo prevenirati uključuje slijedeće razine¹⁰²:

- *primarna prevencija* odnosi se na strategije usmjerene prema eliminaciji javljanja problema, tj. smanjenju njegove učestalosti. Pretpostavlja odgovarajuće poznavanje uzročnih mehanizama, te razvijanje postupaka koji će na njih utjecati u vrlo ranom stadiju.

Uključuje s jedne strane informativni, edukativni i savjetodavni rad o mogućim štetnim posljedicama ovisničkog ponašanja, te s druge strane složene mjere i postupke usmjerene osnaživanju i pomoći pojedincima i skupinama u razvijanju pozitivnih životnih stilova i učenju donošenja pozitivnih odluka u životu.

- *sekundarna prevencija* usmjerena je na smanjenje prevalencije određene pojave u društvu, odnosno, namijenjena je onim osobama koje su već zahvaćene problemom.

S jedne strane već uključuje neposredni rad s osobama koje se rizično ponašaju i/ili već eksperimentiraju sa sredstvima ovisnosti, dok s druge strane uključuje selektivno usmjerene aktivnosti prema onim skupinama koje možemo nazvati rizičnima, i

- *tercijarna prevencija* usko je povezana sa sekundarnom i odnosi se na održavanje ili rano obnavljanje društvenih komunikacija i mreže pomoći, te na organizaciju djelotvornog programa praćenja. Uključuje kompleksne psihosocijalne i medicinske tretmane osoba koje su u doticaju sa sredstvima ovisnosti, a u smjeru sprječavanja daljnjeg ovisničkog ponašanja ili smanjivanja štete od takvog ponašanja.

Navedene razine prevencije nose u sebi i vremensku dimenziju, pa se mjere primarne prevencije poduzimaju prije pojave problema u funkcioniranju osobe, sekundarna prevencija nakon pojave prvih znakova, a tercijarna prevencija nakon manifestacije smetnje.

Univerzalni programi prevencije ovisnosti namijenjeni su općoj populaciji djece i mladeži, njihovim roditeljima, ali se provode u užoj i široj društvenoj zajednici. Univerzalni programi prevencije provode se na širokim skupinama populacije bez prethodnog utvrđivanja stupnja rizika prema mogućoj zlouporabi droga.

¹⁰² Usp. D. DEGEL, I., KOVČO, Tretman ovisnika o drogama na području Republike Hrvatske, u: *Kriminologija & socijalna integracija: časopis za kriminologiju, penologiju i poremećaje u ponašanju* 8 (2000.) 1-2., str. 132.; S. BRLAS, Uvodno o ovisnosti, u: S. BRLAS, V. GORJANEC, *Radionice u borbi protiv ovisnosti. Edukacijske i socijalizacijske radionice za djecu i mlade*, Centar za nestalu i zlostavljenu djecu – Osijek, Osijek, 2015., str. 21.-22.

3.3. Gospodarske mjere suzbijanja narkomanije

Vrlo važna uloga u procesu suzbijanja zlouporabe droga pripada zakonodavnom sustavu koji čini temelj za rad policije, sudova, kaznenih institucija i institucija koje se bave socijalnom skrbi.

Pozitivno hrvatsko kazneno i prekršajno zakonodavstvo na području zlouporabe droga temelji se na nekoliko zakonskih propisa: *Zakon o suzbijanju zlouporabe droga*, *Kazneni zakon*, *Zakon o kaznenom postupku*, *Zakon o sudovima za mladež*, *Zakon o prekršajima*. Zakonski okvir afirmira restriktivno načelo, inkriminirano je svako neovlašteno posjedovanje bez obzira na količinu i vrstu što otežava diferencirani pristup u izboru vrsta i mjera kaznenopravnih sankcija.¹⁰³

Na temelju Nacionalne strategije doneseni su Akcijski planovi suzbijanja zlouporabe droga za 2006.-2009. i 2009.-2012. godinu. Navedenim dokumentima utvrđene su zadaće pojedinih ministarstava i tijela državne uprave u osmišljavanju, planiranju i provedbi preventivnih programa. Sustav prevencije ovisnosti u Republici Hrvatskoj prvenstveno se implementira na razini lokalnih zajednica, odnosno županija, koje provode multidisciplinarnu aktivnosti u kojima sudjeluju različiti sektori od školstva, zdravstva, socijalne skrbi, nevladinih organizacija i medija. Odgojno-obrazovni sustav je preuzeo najveći dio odgovornosti za organizaciju i provedbu programa prevencije ovisnosti u odgojno-obrazovnim ustanovama i visokim učilištima kojima je osnovni cilj smanjiti zanimanje djece i mladih za iskušavanjem droga i drugih sredstava ovisnosti. Prema rizičnoj skupini djece i mladeži prioritetno se poduzimaju mjere obiteljsko-pravne zaštite i mjere socijalne skrbi, bilo da se radi o djeci iz rizičnog obiteljskog okruženja ili djeci i mladeži rizičnog ponašanja. Ovakvo poduzimanje mjera u interesu djece spada u djelokrug primarne prevencije, ako se postupna na temelju zakonskih propisa iz socijalne skrbi i obiteljsko-pravne zaštite.

Na polju suzbijanja droga, te suzbijanja kriminala, u svijetu, a posebno u Europi postoje dvije glavne struje. Prva je trend liberalizacije koji uključuje dekriminalizaciju zlouporabe droga, a druga je represija kroz intervenciju policije i kaznenog zakona.¹⁰⁴

¹⁰³ Usp. D. TRIPALO, Kaznenopravni aspekti zlouporabe droga, u: *Hrvatski ljetopis za kazneno pravo i praksu* 10 (2003.) 2., str. 553.- 585.

¹⁰⁴ K. BUTORAC, A. ROGAR, Neformalna i formalna socijalna kontrola u domeni centra za prevenciju ovisnosti, u: *Kriminologija i socijalna integracija* 10 (2002.) 2., str. 123.

Većina europskih država stavlja naglasak na socijalnu kontrolu kroz integrativni pristup redukciji zavravlja i društvenim posljedicama zlouporabe droga. Ova politika zasnovana je na konceptu modela normalizacije socijalne kontrole s ciljem postizanja depolarizacije i integracije neprihvatljivog ponašanja. To je suprotno prijašnjem modelu socijalne kontrole koji je usmjeren prema izolaciji i potpunoj zabrani devijantnih ponašanja. Pobornici politike kriminalizacije zlouporabe droga vjeruju da bi legalizacija takozvanih lakih droga sugerirala da zlouporaba droga nije štetna i da bi to rezultiralo povećanim troškovima zdravstvenog i socijalnog sustava; neki konzumenti dobili bi poticaj za konzumaciju teških droga.¹⁰⁵

Pojam „tržišta droga“ odnosi se prvenstveno na ilegalno tržište droga, s naglaskom na psihoaktivne tvari. Zbog dinamične pojave novih psihoaktivnih tvari na svjetskom pa tako i na hrvatskom tržištu, samo dio njih je trenutačno reguliran pozitivnim propisima u našoj zemlji. Stoga je potrebno napomenuti kako se u širem smislu „tržište droga“ odnosi i na legalno dostupna sredstva koja imaju karakteristike droga.

Pritom je potrebno posebno naglasiti kako je jedan od glavnih prioriteta nacionalne politike suzbijanja zlouporabe droga u Republici Hrvatskoj smanjenje ponude, a samim time i dostupnosti droga. S obzirom da smanjenje dostupnosti droga, poglavito na uličnoj razini, može uvjetovati potražnju za drogama i zanimanje rizičnih skupina koje još nisu počele konzumirati droge, kontinuirano se provodi pritisak na nositelje preprodaje i distribucije droga na teritoriju Republike Hrvatske. Upravo akcijama koje imaju karakter gospodarskog pritiska potrebno je konstantno utjecanje na smanjenje djelovanja crnog tržišta.

Krajni cilj ima smanjenje primjenom proaktivnog pristupa i istragama vođenim na temelju prikupljenih i analitički obrađenih podataka. Kako bi se u što je više mogućoj mjeri smanjio utjecaj međunarodnih krijumčarskih pravaca na tržište droga u Republici Hrvatskoj, ali i djelovanje lokalnih organiziranih kriminalnih skupina, posljednjih su godina hrvatska tijela kaznenog progona inicirala i/ili aktivno sudjelovala u nekim uspješnim i medijski popraćenim međunarodnim operacijama.¹⁰⁶

¹⁰⁵ Usp. H. L. ZACHER, *Perspektiven der Rauschgiftbekämpfung aus Sicht der Polizei*, u: *Polizei* 84 (1993.) 9., str. 221.- 225.; G. KORIATH, *Das programmierte Versagen. An Fehlersuch in der deutschen Drogenpolitik*, u: *Kriminalistik* 46 (1992.) 7., str. 420.-430.

¹⁰⁶ *Nacionalna strategija suzbijanja opojnih droga u RH*, poglavlje 5.4. http://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2012_11_122_2641.html

Ministarstvo unutarnjih poslova, u sklopu Ravnateljstva policije ima segment u kojem djeluju Policijski nacionalni ured za suzbijanje korupcije i organiziranog kriminaliteta (PNUSKOK) i Služba kriminaliteta droga kao ustrojbeni jedinica PNUSKOK-a, koji vode sve evidencije vezane uz kriminalitet droga. Iako carinske službe imaju ovlasti zaplijeniti otkrivenu drogu, evidencije o ukupnim zapljenama na nacionalnoj razini vodi Ministarstvo unutarnjih poslova, s obzirom na to da je policija ovlaštena za provedbu dokaznih mjera i radnji pri otkrivanju kaznenog djela zlouporabe droga koje uključuje i krijumčarenje droga. Podatci se mjesečno prikupljaju od policijskih uprava na standardiziranim obrascima te se unose na obradu u elektroničke evidencije Ministarstva. Elektronički model upravljanja podacima pri Ministarstvu unutarnjih poslova omogućuje stalnu procjenu ugroženosti od organiziranog kriminaliteta (uključujući kriminalitet droga), koja može utjecati na društveno-ekonomski sustav te političku stabilnost Hrvatske.

Prema *Nacionalnoj strategiji za suzbijanja zlouporabe droga u Republici Hrvatskoj*, jedna od osnovnih zadaća penalnog sustava je podizanje organizacijske i stručne razine posebnih programa tretmana ovisnika i provedbe sigurnosne mjere obveznog liječenja od ovisnosti odnosno narkomanije. Realizacija organiziranog programa liječenja ovisnika predviđena je kako za kaznene zavode tako i za odgojne zavode unutar sustava.

U okviru *Nacionalne strategije* sugerira se ovisnike o drogama gledati prvenstveno kao žrtve i to ne samo narko-kriminala već i loše kvalitete života i neadekvatnog odgoja u procesu odrastanja i sazrijevanja.

3.4. Socijalne mjere razvoja prevencije

Dobar program preventivnog djelovanja uključuje sociološku analizu stanja i uzroka koji su do stanja narko-kriminala doveli, uz opis ciljeva kojima se teži, opis mjera i postupaka (metodologiju) kojima se do ciljeva dolazi te načine i mjere vrjednovanja postignutih ciljeva.

Prilikom kreiranja preventivnih programa važno je slijediti korake u njihovoj implementaciji; od procjene potreba za ciljanu populaciju, preko planiranja modela prevencije, jačanja mreže suradnje na provedbi aktivnosti, sustavnog treninga i osposobljavanja sudionika, do konačnog uvođenja i aktiviranja programa i praćenja njegove učinkovitosti prethodno razvijenim evaluativnim mehanizmima tijekom raznih razina edukacije. Edukacija o ovisnostima može ići u dva smjera:

1. Edukacija preventivne naravi koja ne dotiče izravno sredstava ovisnosti i koja ne uključuje terminologiju vezanu uz ovisnosti. Taj oblik edukacije manje je specifičan, jer je usmjeren razvijanju i afirmiranju pozitivnih stavova te životnih stilova i usmjeren je difuzno preveniranju različitih aberantnih ponašanja, odnosno razvoju pozitivne slike o sebi i o svijetu oko nas s ciljem osnaživanja u donošenju pozitivnih i kvalitetnih odluka u životu. Također uključuje i pomoć mladima u organizaciji slobodnog vremena. Rezultat su ove edukacije znanja i vještine o donošenju pozitivnih i zdravih odluka u životu. Takva se edukacija provodi uglavnom u okviru primarne prevencije.

2. Specifična edukacija o štetnim djelovanjima sredstava ovisnosti koja je usmjerena kapacitiranju potrebnim znanjima o opasnostima koje proizlaze iz zlouporabe sredstava ovisnosti. Rezultat su i ove edukacije znanja i vještine o donošenju pozitivnih i zdravih odluka u životu. Ona je više usmjerena ranjivijim dijelovima populacije, kao što su djeca i, ali je u pojedinim aspektima usmjerena i cjelokupnoj populaciji u okviru univerzalne odnosno primarne prevencije.

Edukacija djece i mladih mora biti¹⁰⁷:

1. *Pravodobna.* Pravodoban pristup informiranju i/ili educiranju uzima u obzir spoznaje o početku i povodima eksperimentiranja u ranoj životnoj dobi. Te su spoznaje od presudne važnosti kako bi se edukacija usmjerila upravo prije početka kronološke dobi u kojoj djeca i mladi započinju s eksperimentiranjem. Ako se tada smanji njihovo zanimanje i isprovocira odbojnost prema ovim sredstvima, amortizirat će se rizik prvoga uzimanja.

2. *Primjerena.* To znači ciljano usmjerena na populaciju kojoj se obraća s jasno definiranim ciljevima koji se žele postići. Potrebno je voditi računa o metodičkim i didaktičkim oblicima prezentiranja sadržaja (koji ovise o dobi i mogućnostima recepcije onih kojima se edukacija obraća), a to znači da ovakvu edukaciju mogu provoditi samo u pedagoškom smislu obučene i kompetentne osobe.

3. *Cjelovita.* Najlošije rezultate u procesu poučavanja ishode metode poučavanja (ako ih uopće tako možemo zvati) koje sadržaje ostavljaju nedorečenima, pitanja ostavljaju bez odgovora i nisu obuhvatne. U takvoj situaciji, kada se radi o sredstvima ovisnosti, zaista može doći do opasnosti od povećanog zanimanja djece i mladih ako se sadržaji prezentiraju

¹⁰⁷ S. BRLAS, Uvodno o ovisnosti, u: S. BRLAS, V. GORJANEC, *Radionice u borbi protiv ovisnosti. Edukacijske i socijalizacijske radionice za djecu i mlade*, Centar za nestalu i zlostavljaju djecu – Osijek, Osijek, 2015., str. 23.-24.

djelomično, parcijalno i selektivno. Nužno je da se o sadržajima kaže sve relevantno i da niti jedno od mogućih pitanja ne ostane bez odgovora.

4. *Informativna*. Opseg informacija kojima će osobe koje su kao slušači uključene u edukaciju raspolagati mora biti veći nakon edukacije nego što je to bio prije nje. Jednostavno je to pravilo koje ne vodi nužno i jednostavnim putem do cilja. Osmisliti informativnu edukaciju znači imati dobar uvid u predznanja populacije kojoj se obraćamo, a to utvrditi opet mogu samo stručne i pedagoški kompetentne osobe. Tek se tada može pristupiti kreiranju prezentacija koje će biti u funkciji nadopune postojećih znanja.

5. *Edukativna*. Smisao edukacije jest stjecanje znanja te razvoj vještina i sposobnosti. Mnoge edukacije to „zaboravljaju“ pa nude uglavnom samo informacije iz pojedinog od ovih područja, ne uzimajući u obzir nužnost cjelovitog pristupa. Znanja se u prvome redu odnose na spoznaje o štetnim utjecajima i načinima suočavanja s problematičnim situacijama u životu. Vještine se odnose na socijalne odnose. Sposobnosti uključuju osobine koje omogućuju uspjeh u odupiranju iskušenjima.

6. *Suportivna*. Sve navedeno treba biti podrška čovjeku (posebno mladom čovjeku) u donošenju pozitivnih i zdravih životnih odluka. Jedan od ciljeva edukacije jest da se čovjek nakon nje osjeća kompetentnijim u donošenju pozitivnih životnih odluka i ustraje u pozitivnim ponašanjima.

7. *Protektivna*. Znanja, vještine i sposobnosti kojima će čovjek raspolagati nakon završene edukacije (ili ciklusa edukacija) trebaju ga učiniti pripremljenim za samozaštitu u provocirajućim i rizičnim situacijama.

S obzirom na dob sudionika moguće je razlikovati predškolske, osnovnoškolske i srednjoškolske programe prevencije ovisnosti te programe prevencije za studentsku populaciju. Pojedini programi prevencije su usmjereni ciljano samo prema određenoj dobi sudionika, dok se drugi programi realiziraju u nekoliko inačica, zavisno o dobi populacije.

Tipičan primjer takvih programa jest program prevencije D.A.R.E. (*Drug Abuse Resistance Education*)¹⁰⁸, jedan od najpopularnijih američkih programa prevencije, koji je adaptiran u 44 zemlje diljem svijeta, a realizira se u predškolskim ustanovama, osnovnoj i srednjoj školi.

¹⁰⁸ <http://www.dare.com/> (stranica konzultirana 11.6.2017.)

Važan faktor u prevenciji može značajno odigrati škola. Budući da mnogi tinejdžeri provode mnogo vremena u školama, one su prirodno mjesto za učenje i modeliranje zdravog ponašanja. Škole mogu stvoriti okruženje koje štiti djecu.

Sve školsko osoblje, uključujući roditelje i trenere, trebalo bi znati prepoznati znakove upozorenja na zlouporabu droga. Škole mogu sudjelovati u prevenciji zlouporabe duhana, alkohola i ostalih droga kroz: promoviranje kooperativnog timskog učenja i interaktivnog podučavanja; unapređivanje akademskih postignuća i zalaganja; savjetodavni rad za rizične učenike i obitelji; implementiranje preventivnih programa i obuku te podršku učiteljima uz korištenje školskih medija i utvrđivanje i provođenje sveobuhvatne školske politike.¹⁰⁹

Dobro artikulirana teorija za program prevencije ovisnosti je s područja teorije socijalnog učenja. Socijalno-kognitivna teorija temelji se na ideji da je ljudsko ponašanje rezultat složenih i recipročnih interakcija između osobnih i okolinskih čimbenika.

Prema ovoj teoriji, osobna uvjerenja, razmišljanja (kognicije) i emocije, uzete zajedno, predstavljaju komponente stava koji je pod utjecajem vanjske okoline, a određeno ponašanje rezultat je, prema tome, složene interakcije okolinskih stavova i stavova pojedinca.¹¹⁰

Preventivne intervencije osnovane na modelu socijalnog utjecaja, kao polaznu točku imaju da je zluporaba sredstava ovisnosti za mlade prije svega i primarno socijalno ponašanje, snažno determinirano socijalnim motivima, uključujući i otvoren i prikriveni pritisak prijatelja i vršnjaka prema potvrđivanju norme.

Preventivne strategije nastavljaju se na prepoznavanje važnosti socijalnog konteksta ili utjecaja okoline u oblikovanju i održavanju ponašanja pojedinca, što naglašava važnost cjeloživotnih preventivnih intervencija. Općenito, preventivne strategije razvijene prema teorijama socijalnog utjecaja u osnovi imaju sljedeće komponente¹¹¹:

1. informacije o neposrednim, negativnim, socijalnim i fiziološkim posljedicama zluporabe sredstava ovisnosti;

2. razvoj vještina za prepoznavanje otvorenog i prikrivenog pritiska za zluporabu sredstava ovisnosti, uključujući i vještine prepoznavanju utjecaja od strane vršnjaka, roditelja i masmedija;

¹⁰⁹ Usp. K. BUTORAC, A. ROGAR, Neformalna i formalna socijalna kontrola u domeni centra za prevenciju ovisnosti, u: *Kriminologija i socijalna integracija* 10 (2002.) 2., str. 126.

¹¹⁰ Usp. A. BANDURA, *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*, NJ: Prentice-Hall, Englewood Cliffs, 1986.

¹¹¹ Usp. Lj. PAČIĆ TURK, Prevencija ovisnosti s aspekta teorije socijalnog učenja i kognitivne psihologije, u: *Klinička psihologija* 1 (2008.) 1-2., str. 52.

3. korekciju pogrešnih uvjerenja o prevalenciji zlorabe sredstava ovisnosti u grupi vršnjaka;

4. trening bihevioralnih vještina, koji uključuje modeliranje, probu te osnaživanje vještina za otpor zlorabi sredstava ovisnosti;

5. osiguranje javne potpore mladim ljudima u isprobavanju novih bihevioralnih vještina izvan učionice ili samog treninga.

U ove intervencije spadaju brojne aktivnosti: širenje informacija o drogama, kognitivne i bihevioralne vještine obuke za mlade, roditelje i profesionalce, programiranje u masmedijima, razvoj interesnih grupa građana, učenje vođenja i upravljanja u zajednicama, učenje dužnosnika, analiza socijalne i zdravstvene politike te reprogramiranje ciljeva, kao i mnoge druge aktivnosti.

Preventivni naponi u široj društvenoj zajednici realiziraju se tzv. okolinskom strategijom kojoj je cilj poduzimati političke i zakonske akcije kako bi se suzbila konzumacija alkohola, cigareta i drugih droga.

Različite mjere okolinske strategije dijele u tri opće kategorije.

1) U prvu kategoriju spadaju mjere kojima se uspostavljaju fizičke, zakonske i ekonomske barijere pristupu drogama (zakoni o dobnoj granici kupnje alkohola i cigareta, zakonska zabrana konzumacije alkohola i/ili duhana na javnim mjestima, kontrola cijena i uvođenje dodatnih poreza, restrikcije glede broja i smještaja prodajnih mjesta, kontrola prodaje, kontrola sadržaja i pakiranja proizvoda);

2) u drugoj kategoriji nalaze se mjere kojima se kažnjava problematična uporaba i mjere koje bi trebale utjecati na odluku pojedinca s obzirom na zlorabe droga, a odnose se na zakonsko sprječavanje (npr. niska koncentracija alkohola u krvi, kazne za prodaju cigarete malodobnicima, testiranje na droge na radnom mjestu) i kontrolu oglašavanja i promocije (zabrana reklamiranja, zdravstvena upozorenja na radnim mjestima, medicinska upozorenja na kutijama za cigarete).

3) Cilj mjera u trećoj kategoriji je reducirati štetne posljedice zlorabe droga, a riječ je o mjerama koje reduciraju posljedice pretjerane uporabe (tapecirani namještaj u barovima, osigurana vožnja za alkoholizirane goste, označena mjesta za nepušače kako bi se smanjio rizik kod pasivnih pušača) i supstituciji manje štetnim proizvodima (pivo s nižim postotkom alkohola, nelomljiva ambalaža za piće, niska koncentracija katrana u cigaretama, metadonska terapija, besplatno dijeljenje šprica).

Ova se vrsta potpore najintenzivnije odvija preko centara za prevenciju i potporu.

3.5. Prikaz centara za prevenciju i liječenje bolesti ovisnosti

Centar je mjesto primarne specijalizirane zdravstvene i psihosocijalne skrbi o osobama s problemima u vezi sa zloporabom droga.

Centri/ službe za prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti organizirani su u službe Hrvatskoga zavoda za javno zdravstvo i županijskih zavoda za javno zdravstvo, a također mogu biti organizirane od strane nevladinih udruga.

U centrima rade stručni interdisciplinarni timovi koji su nositelji većine specifičnih aktivnosti usmjerenih na smanjenje potražnje droga te planiranje provođenja liječenja.

U centrima se prakticiraju tehnike individualnog, grupnog i obiteljskog savjetovanja. Cilj je postizanje revalorizacije i korekcije znanja i stavova klijenata u odnosu prema drogama i afirmacija zdravih modela življenja.

Temeljne zadaće Centra su¹¹²:

1. Izvanbolnički terapijski rad s uzimateljima droga i njihovim obiteljima, koji se provodi u suradnji sa svim relevantnim resursima lokalne zajednice.
2. Neposredno unapređenje i provedba niza preventivnih djelatnosti – osobito mjera rane sekundarne prevencije.
3. Epidemiološko praćenje, koordinacija i provedba programa smanjenja potrošnje droga na području na kojem Centar djeluje.

U provođenju izvanbolničkog liječenja ovisnika centri su mjesto prvog doticaja ovisnika sa specijaliziranim djelatnicima koji provode dijagnostiku i sukladno kliničkoj slici predlažu mogući tretman. Liječenje ovisnika provodi se u suradnji s timovima liječnika obiteljske medicine, ali i sa specijaliziranim bolničkim programima te drugim zdravstvenim i nezdravstvenim subjektima.

Centri u suradnji s liječnicima obiteljske medicine i s mrežom ljekarni obavljaju superviziju provođenja farmakoterapije opijatskim agonistima i antagonistima na svom području.

¹¹² Preuzeto iz Nacionalna strategija suzbijanja opjnih droga u RH, poglavlje 5. http://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2012_11_122_2641.html

Centri organiziraju i provođenje psihoterapije, edukacije i kontrole apstinencije heroinskih ovisnika uključenih u takav tretman, te prvi prihvata ovisnika koji završe tretman smještajnog tipa (bolnice, zatvori, komune, detoksikacijske jedinice i sl.).

U velikim gradovima i turističkim središtima centri mogu osnivati dislocirane jedinice za izravno provođenje supstitucijskog programa za putnike, turiste te privremeno za ovisnike koji još nemaju riješeno pitanje zdravstvenog osiguranja ili nisu odabrali liječnika opće medicine, kao i za one koji su opetovano agresivni i ne surađuju.

Osim izravnog sudjelovanja u provođenju liječenja, centri imaju i druge specifične zadatke: organiziraju i provode specifično individualno i grupno savjetovanje za mlade i obitelji koji su rizični za uzimanje droga, osiguravaju pomoć odgojno-obrazovnim ustanovama na svom području u provedbi dijela aktivnosti predviđenih preventivnim programima u sustavu odgoja i obrazovanja, a posebno u specifičnoj edukaciji stručnih djelatnika u odgojno-obrazovnom sustavu, podupiru provođenje aktivnosti za rizične skupine djece i mladih zajedno sa stručnim službama odgojno-obrazovnih ustanova, savjetovateljima školske medicine i, po potrebi, centrima za socijalnu skrb, koordiniraju provođenje svih preventivnih aktivnosti usmjerenih prema smanjenju rizika širenja HIV-infekcije i hepatitisa (savjetovanje i motiviranje za testiranje na HIV i hepatitis B i C).

Centri mogu održavati otvorene telefonske linije za pitanja roditelja, uzimatelja i ovisnika, mogu sudjelovati u edukaciji i neposrednoj suradnji s outreach-djelatnicima koji posao obavljaju neposredno na terenu.

Stručnjaci Centra mogu obavljati poslove sudskih vještačenja po naredbi ovlaštenog suda, odlazak na rasprave i davanje vještačkog stručnog mišljenja. Centri također sudjeluju u organizaciji i provedbi tretmana ovisnika u kaznenim ustanovama u suradnji sa zdravstvenim i drugim djelatnicima, kao i u provođenju mjera obveznog liječenja ovisnika kojima je to odredio ovlašten sud.

Centar surađuje s Odjelom javnog tužitelja, centrima za socijalnu skrb i policijom. Zajedno s drugim službama Zavoda za javno zdravstvo, centri uspostavljaju komunikacije s medijima u preventivnim kampanjama, te organiziraju i sudjeluju u izobrazbi djelatnika raznih struka i volontera, osiguravaju stručnu pomoć pri osnivanju udruga građana i u razvoju mreže klubova liječenih ovisnika.

U našem najvećem gradu, istaknuto je djelovanje Centra za prevenciju ovisnosti grada Zagreba koje je osnovana na temelju *Nacionalne strategije suzbijanja zlouporabe droga u Republici Hrvatskoj* i *Izvršnog programa nacionalne strategije suzbijanja zlouporabe droga*, na temelju čega su gradski vijećnici odlučili osnovati Centar za prevenciju ovisnosti.

Ubrzo nakon toga, osnovana je savjetodavna služba koja je počela pružati usluge svim kategorijama građana. Cilj savjetodavnih službi bio je praktična prevencija na sve tri razine (primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj) u izravnom kontaktu s pojedincima, skupinama i institucijama. Službu vode profesionalci s adekvatnom formalnom edukacijom i dodatnom teoretskom i praktičnom edukacijom na polju ovisnosti o drogama. Korisnici imaju mogućnost kontakta s Centrom telefonski, osobno ili e-mailom. Usluge su besplatne, a diskrecija i anonimnost su zajamčene.

Najvažniji aspekt rada je savjetovanje korisnika o ilegalnim drogama koji nisu klinički ovisnici (povremeni konzumenti), uključujući njihove obitelji i druge bliske osobe kroz osobni razgovor, izravnu edukaciju ili organiziranjem raznih projekata i radionica.

Jedan istaknuti projekt na području Osječko-baranjske županije i naše nadbiskupije je ostavio trag „*Zajedno u borbi protiv ovisnosti - Okreni leđa ovisnosti*“¹¹³.

To je projekt prevencije svih oblika ovisnosti kod djece koja se nalaze u Domu za odgoj djece i mladeži Osijek i Dječjem domu Sv. Ana Vinkovci, kroz podizanje svijesti o opasnostima sredstava ovisnosti, čiji je krajnji cilj smanjenje broja onih koji se upuštaju u eksperimentiranje s istim.¹¹⁴ Projekt je namijenjen djeci u dobi od 11 do 15 godina.

U sklopu projekta provele su se četiri edukacijske radionice i pet socijalizacijskih radionica. Radionice su usmjerene na razvijanje socijalnih vještina, razvijanje samopoštovanja, asertivnosti i samoostvarenja, u svrhu formiranja osobnog stava i odupiranja vršnjačkom utjecaju.

Ciljevi su radionica:

- educirati djecu i mlade o štetnim posljedicama različitih sredstava ovisnosti
- razvijati pozitivne stavove o životu

¹¹³ <http://cnzd.org/projekti/zajedno-u-borbi-protiv-ovisnosti-okreni-leda-ovisnosti> (stranica konzultirana 1.4.2017.)

¹¹⁴ V. GORJANAC, O projektu „Zajedno u borbi protiv ovisnosti – Okreni leđa ovisnosti“, u: S. BRLAS, V. GORJANEC, *Radionice u borbi protiv ovisnosti. Edukacijske i socijalizacijske radionice za djecu i mlade*, Centar za nestalu i zlostavljaju djecu – Osijek, Osijek, 2015., str. 29.

- razvijati samopouzdanja i samopoštovanja
- poticati razvoj socijalnih i komunikacijskih vještina
- razvijati vještine rješavanja problema
- poticati odabir djelotvornih društveno prihvatljivih ponašanja
- naučiti nenasilno rješavati sukobe
- poticati asertivne načine zauzimanja za sebe
- razvijati toleranciju među vršnjacima i prihvaćanje različitosti.

Prva edukacijska radionica „Što je ovisnost?“ usmjerena je na upoznavanje članova grupe i informiranje djece i mladih o nekim općim podacima o ovisnostima.

Tema druge edukativne radionice „Pušenje, alkohol, droga i Internet“ usmjerena je na ovisnost o pušenju, alkoholu, drogama i internetu. Treća radionica „Rizični faktori i posljedice ovisnosti“ bavi se rizičnim faktorima i posljedicama ovisnosti, dok se četvrta radionica „Zdrave životne navike i slobodno vrijeme“ usmjerava na zaštitne faktore.

Svrha je edukacijskih radionica proširiti znanje sudionika o štetnosti i posljedicama ovisnosti, razviti kritički stav prema upotrebi sredstva ovisnosti, osvijestiti i ukazati na rizične faktore, poticati zdrave životne navike i pomoći u organiziranju kvalitetnog slobodnog vremena.

S pojavom zlouporabe droga pojavili su se i vrlo različiti znanstveni pristupi i modeli odgovora društva na ovaj problem, kao i različiti načini definiranja samog problema ovisnosti, pri čemu su najveći prijepori bili, je li ovisnost o drogama bolest, poremećaj ponašanja, znak moralne slabosti i sociopatološka pojava u društvu, a od razmatranja tih pitanja uvelike su ovisili pristupi i odgovori društva na ovaj problem.¹¹⁵

Radionice i projekti, te gospodarske i socijalne mjere suzbijanja, zadaća su svih pojedinaca društva. Borba protiv ovisnosti i zlouporabe droga se na globalnoj i nacionalnim razinama mora temeljiti na dva osnovna cilja: smanjenju potražnje i smanjenju ponude droga, a najučinkovitiji oblici borbe protiv zlouporabe droga i pojave ovisnosti o drogama su prevencija ovisnosti, liječenje, rehabilitacija i resocijalizacija ali i učinkovita kaznena politika spram droga.

¹¹⁵ Usp. V. KUŠEVIĆ, *Zloupotreba droga*, Grafički zavod Hrvatske, Zagreb, 1987.

Stručnjaci za kazneno pravo, političari i velik dio javnosti općenito drže da je prevencija prvenstveno smanjenje ponude i dostupnosti droga, jer se smatra da što je droga manje dostupna, to je manja vjerojatnost za početak njene zlouporabe. U tom pogledu velika je uloga kaznene politike, odnosno primjena represivnih mjera i kažnjavanje onih osoba koje preprodaju drogu iznimno je značajno, bilo da se radi o „dilerima“ koji su najčešće udruženi u mrežu organiziranog narko-kriminala ili ovisnicima koji na takav način financiraju vlastitu ovisnost.¹¹⁶ To zahtijeva jačanje zaštitnih čimbenika, a reduciranje rizičnih.

U zajedničke preventivne napore uključuju se odgojno-obrazovne ustanove, ogranci vladinih i nevladinih organizacija, zdravstvene i socijalne službe, udruge građana i mladih i vjerske zajednice sa svojim pastoralnim modelima.

¹¹⁶ Usp. J. IVANDIĆ ZIMIĆ, S. MIKULIĆ, Kaznena politika i prevencija ovisnosti o drogama među mladima, u: *Kriminologija i socijalna integracija* 18 (2010.) 2, str. 64.

IV. PASTORALNI MODELI DUHOVNOG PRISTUPA OSLOBAĐANJA OD OVISNOSTI

Zlouporabu droga iniciraju i podržavaju, ne samo osobne sklonosti, već i socijalni utjecaji vršnjaka, obitelji i masovnih medija. Cijeli skup različitih čimbenika, od psiholoških, obiteljskih i socijalnih do genetske predispozicije, utječu na zdrav psihosocijalni razvoj osobe te se uzroci pojave ovisnosti o drogama trebaju tražiti u međudjelovanju rizičnih i zaštitnih čimbenika na individualnoj, obiteljskoj i socijalnoj razini.¹¹⁷

Takav oblik tretmana zahtijeva zajedničko djelovanje šire društvene zajednice, zdravstva, prosvjete, sudstva i policije, kao i multidisciplinarni kadrovski pristup koji uključuje liječnike socijalne medicine, liječnike školske medicine, liječnike opće medicine, psihijatre, psihologe, pedagoge, defektologe, sociologe, socijalne djelatnike, pravnike i djelatnike policije.

Vezano uz probleme ovisnosti i procese resocijalizacije, te navedene gospodarske i socijalne mjere, zakonodavne okvire prevencije i niz faktora kojima se svakodnevno institucije služe u borbi protiv ovisnosti, bitno je naglasiti i značaj izvandržavnih institucija, a prije svega organizacija koje vodi ili potpomaže Crkva.

Ovdje se prije svega treba osvrnuti na modele i načine savladavanja problema ovisnosti kroz prizmu evanđeoske prisutnosti Crkve u životima ovisnika i njihovih obitelji.

Pastoralno djelovanje crkve povezano je s borbom protiv ovisnosti i pomaže osobama u nadvladavanju teškog psihofizičkog i duhovnog stanja u kojemu se ta osoba zbog niza društvenih i osobnih razloga našla.

Takva aktivnost Crkve kreće iz temeljne zajednice koju u ovom slučaju predstavlja župna zajednica. Kroz djelovanje u župnim zajednicama kao što su kateheza, propovijedi, religiozna nastava u školama, Crkva može preventivno djelovati u sprečavanju konzumacije narkotika koje dovodi do ovisničkog stanja, a može pomoći i ovisnicima kroz svoje zajednice usmjerene prema njima.

No, pri tom se ne smije zanemariti nužna interdisciplinarna upućenost na psihološke i bio-medicinske tretmane, kao primarni korak u nadvladavanju apstinencijske krize.

¹¹⁷ NIDA Drug and Addiction Research (1999): Sixth Triennial Report to Congress.; NIDA – The Sixth Triennial Report to Congress (2000): Childhood and Adolescent Development. <https://www.nih.gov/about-nih/what-we-do/nih-almanac/national-institute-drug-abuse-nida>

4.1. Apstinencijska kriza i njeno prevladavanje

Apstinencija je važna mjera učinkovitosti i sredstvo za postizanje uspjeha u liječenju. Da bi svladali žudnju za drogiranjem ili opijanjem u rizičnim situacijama, bolesnike se podučava tehnikama rješavanja problema i vještinama suočavanja sa stresom. Liječenja variraju od psihodinamičkih, potpornih i ekspresivnih terapija do kognitivnih i bihevioralno orijentiranih postupaka.

Terapija pojačanja motivacije označuje kratak oblik terapije koja se lako primjenjuje u različitim uvjetima gdje su bolesnici liječeni supstitucijskom farmakoterapijom. Terapija pojačanja motivacije temelji se na poticanju ovisnika na smanjenje konzumacije ili na apstinenciju od psihoaktivnih tvari podupirući ovisnikov izbor za promjenom ponašanja uz pomoć osobnih strategija suočavanja i interpersonalnih resursa. Osnovni motivacijski principi ove terapije jesu izražavanje empatije, uočavanje proturječnosti, izbjegavanje argumentacije i otpora i podržavanje vlastite učinkovitosti.¹¹⁸

Ovisnik mora spoznati da ima problem u vezi s uzimanjem sredstva ovisnosti. Snažno poricanje, smanjivanje problema ili racionalizacije treba nadvladati da bi se ostvarili uvjeti bolesnikove suradnje u programima liječenja. Često je nužna suradnja članova obitelji, prijatelja, poslodavaca i drugih, da bi se svladali patološki obrambeni mehanizmi. Ovisnika često treba konfrontirati s mogućim gubitkom karijere, obitelji i zdravlja, ako nastavi s uzimanjem sredstva ovisnosti.¹¹⁹

Podaci pokazuju da tijek ovisnosti u prosjeku traje 9,5 godina do prvog javljanja na liječenje, kad je klinička slika i sama ovisnost već u završnoj fazi, pa se kao ključno pitanje nameće kako postići svjesnost pojedinaca koji su krenuli u svijet ovisnosti o potrebi ranijeg javljanja na liječenje ili tretman, kao i pitanje u kojoj dobi započeti s intenzivnim preventivnim intervencijama kako prosječna dob prvog uzimanja bilo kojeg sredstva ovisnosti ne bi bila sve niža.

Isto tako, na razini zdravstvenog sustava, javlja se potreba za većom integracijom primarne zdravstvene zaštite u prevenciji ovisnosti.¹²⁰

¹¹⁸ Usp. W. R. MILLER, S. ROLLNICK, *Motivational Interviewing. Preparing People to Change Addictive Behavior*, Guilford Press, New York, 1991.

¹¹⁹ D. BULJAN, D. BUNDALO-VRBANAC, J. GELO, Interakcija psihoterapije i farmakoterapije kod bolesti ovisnosti, u: *Medix : specijalizirani medicinski dvomjesečnik* 19 (2013.) 104/105, str. 252.

¹²⁰ Usp. Lj. PAČIĆ TURK, Prevencija ovisnosti s aspekta teorije socijalnog učenja i kognitivne psihologije, u: *Klinička psihologija* 1 (2008.) 1-2., str. 46.-48.

Najčešća strukturna prepreka traženju pomoći je nedostatak službi za tretman ovisnika. Daljnje velike probleme čine nedostatak informiranosti o terapijskim programima, administrativne prepreke, duge liste čekanja, ograničeno radno vrijeme, negativan i nesusretljiv stav osoblja te stigmatizacija koja je izuzetno naglašena. Naime, motivacija za prestankom uzimanja heroina je vrlo slaba, a strah od apstinencijske krize vrlo izražen te ovi čimbenici mogu biti presudni za gubitak motivacije.¹²¹

Postoje različiti pristupi u liječenju od ovisnosti. Prvo je potrebno tijelo osloboditi apstinencijske krize i očistiti od droga uz pomoć lijekova (najčešće metadona).

U drugoj fazi treba tijelo pripremati na postupno smanjivanje metadona, a potom učvršćivati apstinenciju. Završna je faza povratak u uspješnu resocijalizaciju.

Prvi korak je najčešće biomedicinski tretman skidanja sa droga, manje intenzivnom dozom i surogatima kemijskih supstanci.

4.2. Metode liječenja bio-psiho-socijalnim oslobođenjem

U liječenju bolesti ovisnosti većina programa temelji se na edukaciji o učincima alkohola, droga i duhana na ovisnika i obitelj i na alternativnom liječenju i prevenciji recidiva. Edukacija smanjuje strah, osjećaj krivnje i srama, podržava medicinski model i daje nadu bolesniku. Predavanja, diskusije, filmovi, knjige i zadaće važan su dio liječenja i pomažu da ovisnik bude aktivno uključen tijekom liječenja.¹²²

Postoji niz psihoterapijskih metoda za liječenje ovisnosti o alkoholu i drugim psihoaktivnim sredstvima, a najčešće se primjenjuju kratke intervencije, motivacijska poticajna terapija, kognitivno-bihevioralna terapija, bihevioralna terapija (uključujući kontingencijsko upravljanje i psihosocijalni pristup), obiteljska terapija, bihevioralna terapija parova te program *12 koraka*^{123 124}.

Psihoterapiju treba usmjeriti na spoznaju posebnih situacija u kojima bolesnik uzima sredstvo ovisnosti, očekivane učinke od sredstva i alternativne načine vladanja tim situacijama te na mijenjanje neadekvatnog ponašanja i poboljšanje interpersonalnih komunikacija.

¹²¹ H. TILJAK, I. NERALIĆ, V. CEROVEČKI, A. KASTELIC, Z. OŽVAČIĆ ADŽIĆ, A. TILJAK, Mogućnosti u liječenju ovisnika o opijatima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i obiteljskoj medicini, u: *Acta Medica Croatica* 66 (2012.), str. 297.

¹²² Usp. D. BULJAN, D. BUNDALO-VRBANAC, J. GELO, Interakcija psihoterapije i farmakoterapije kod bolesti ovisnosti, u: *Medix : specijalizirani medicinski dvomjesečnik* 19 (2013.) 104/105, str. 253.

¹²³ Program 12 koraka uključuje seriju koraka koja se temelji na samopoštovanju, trijeznosti, grupnim procesima, poniznosti, pronalaženju uspješnih modela, skrbi o sebi i destigmatizaciji alkoholizma kao bolesti.

¹²⁴ Usp. D. BULJAN, D. BUNDALO-VRBANAC, J. GELO, *Op. Cit.*, str. 253.

Sa stajališta doprinosa psiholoških teorija i istraživanja u području prevencije ovisnosti, problematika prevencije ovisnosti zahtijeva neposredno uključivanje psihologa kako u preventivne aktivnosti tako i u kreiranje modela prevencije u dijelu koji se može nasloniti na opisane preventivne intervencije, posebice s područja kognitivne, socijalne i razvojne psihologije te s područja bihevioralno-kognitivnih tretmana.

Grupna je terapija najprihvatljivija i najučinkovitija za mnoge bolesnike koji ovisnost vide kao socijalni problem, prije nego kao osobni psihički problem, dok je obiteljska terapija nužna za stjecanje uvida u liječenje i njegovu uspješnost.

Grupna terapija često je glavni model liječenja ovisnosti. Grupe daju priliku za resocijalizaciju, vježbanje društvenih vještina i odnosa i za kontroliranje impulzivnosti, podupiru ovisnikov identitet u oporavku i podržavaju prihvaćanje apstinencije.

One podržavaju samopoštovanje i testiranje stvarnosti. Grupe ovisnika pružaju prednost suočavanju sa zajedničkim problemom ovisnosti kao polazišnom točkom za raspravu o drugim zajedničkim problemima.

Individualna psihoterapija može se izvoditi sama ili s drugim oblicima terapije, kao što su farmakoterapija, klubovi liječenih alkoholičara, obiteljska i grupna terapija.

Kratke intervencije usredotočuju se na promjenu ponašanja u samo nekoliko seansi.

Fleming i Manwell (1999.) opisuju pet koraka zajedničkih većini kratkih intervencija:

1. osigurati procjenu i povratnu informaciju;
2. dogovoriti cilj s obzirom na apstinenciju ili minimalnu zlorabu,
3. koristiti se tehnikama modifikacije ponašanja u prepoznavanju visokorizičnih situacija,
4. osigurati literaturu da bi bolesnik imao na raspolaganju informativne materijale o zlorabi sredstava ovisnosti i njezinim posljedicama;
5. osigurati praćenje u svrhu kontrole i provjere napretka.¹²⁵

Kognitivnobihevioralna terapija (KBT) modificirana je za poremećaje zlorabe sredstava ovisnosti. Označuje oblik liječenja u kojem se bolesnika podučava kako da uoči i promijeni neprilagođene obrasce ponašanja koji dovode do negativnih misli i osjećaja, koji posljedično uzrokuju daljnje uzimanje sredstava ovisnosti. Bihevioralno liječenje odnosi se na pristup jačanju zaštitnih čimbenika u zajednici (psihosocijalni pristup) i kontingencijsko upravljanje (upravljanje nepredviđenim okolnostima).

¹²⁵ Usp. M. FLEMING, L. B. MANWELL, Brief intervention in primary care settings. A primary treatment method for at-risk, problem, and dependent drinkers, u: *Alcohol Research & Health* 23 (1999.) 2., str. 128.-137.

Dijalektičko-bihevioralna je terapija sveobuhvatno bihevioralno orijentirano liječenje usmjereno prema visoko disfunkcionalnim bolesnicima koji ispunjavaju kriterije za granični poremećaj osobnosti. Mnogi ovisnici koji zlorabe drogu, također ispunjavaju te kriterije.

Psihodinamički orijentirana terapija namijenjena je bolesnicima s problemima identiteta, rastave i individualizacije, regulacije afekta, samokontrole i skrbi o sebi.

Za one s ovisničkim poremećajima i neurotičkim problemima, ova terapija zahtijeva psihološku sklonost; sposobnost za poštenje, intimnost i identifikaciju s terapeutom, prosječnu inteligenciju, ekonomsku stabilnost, visoku motivaciju i spremnost na razgovor o konfliktu.

Osobno savjetovanje ovlaštenih savjetnika za ovisnost o alkoholu i drogama imaju sve veću ulogu u programima liječenja. Uključeni su u svaku fazu liječenja, evaluacije, psihoedukacije, individualnoga i grupnoga savjetovanja i skrbi o bolesniku i nakon dovršetka programa liječenja. Savjetnici najčešće pružaju podršku ako dođe do recidiva, daju savjete i vrijedne informacije i pomoć oko programa liječenja.

Primjeren pristup u liječenju ovisnika je od izuzetne važnosti jer izravno djeluje na tri temeljna načela dobre politike liječenja: što ranije otkrivanje ovisnika, uključivanje u sustav liječenja što većeg broja ovisnika te što dulje zadržavanje ovisnika u sustavu liječenja.

Posljednjih dvadesetak godina se u Hrvatskoj u sklopu javnozdravstvenog modela ovisnike liječi i prihvaća kao i sve druge kronične bolesnike u sklopu provedbe biomedicinskog tretmana. Boravak u jedinici intenzivne njege ili centra za detoksifikaciju treba trajati, ovisno o indikaciji, između 5 i 25 dana. Detoksifikacija se može provoditi na dva načina: naglim prekidom davanja opijata ili pak postupnim smanjivanjem doze u kratkom ili produženim vremenskim razmacima.

U istraživanjima i kliničkom liječenju bolesti ovisnosti često se primjenjuje kombinacija farmakoterapije i psihoterapije.

Primjenom lijekova moguće je spriječiti intoksikaciju, smanjiti simptome apstinencijske krize, smanjiti žudnju za sredstvom ovisnosti ili pak izazvati averziju prema istome, dok je cilj psihoterapije poticanje apstinencije, podučavanje bolesnika novim vještinama suočavanja sa stresom, jačanje motivacije za borbu s ovisnošću i poboljšanje kakvoće života.

Liječenje lijekovima kao što su metadon, buprenorfin, buprenorfin/nalokson i naltrekson, dostupno je za pojedince ovisne o opijatima, dok se akamprosatski, disulfiram, naltrekson i topiramatski najčešće primjenjuju u liječenju ovisnosti o alkoholu.¹²⁶

Psihoaktivni lijekovi, poput antidepresiva, anksiolitika, stabilizatora raspoloženja i antipsihotika, mogu biti ključni za uspjeh u bolesnika s komorbidnim poremećajima, kao što su depresija, anksiozni poremećaji (uključujući posttraumatski stresni poremećaj) te bipolarni poremećaj i shizofrenija.

Najčešće primjenjivani lijekovi su metadon i buprenorfin, ali u farmakološkom liječenju bolesti ovisnosti mogu se koristiti i levo-alfa-acetilmetadol (LAAM) te diacetilmorfin. Oni spadaju u grupu antagonista opijata.

Antagonisti opijata su sredstva koja djelomično ili potpuno poništavaju djelovanje morfina, heroina i drugih opijata. Oni predstavljaju važno pomoćno sredstvo u borbi protiv ovisnosti morfinskog tipa. Treba razlikovati¹²⁷:

1. Parcijalni antagonisti. od kojih su najpoznatiji Nalorfin, Butorphanol, Pentazocin i Ciklazocin, koji i sami imaju analgetske i druge farmakološke osobine opijata.

Kod ovisnika o opijatima prouzrokuju znakove sindroma apstinencije u roku od nekoliko minuta. Gotovo svi antagonisti iz ove skupine stvaraju fizičku ovisnost ukoliko se daju duže vrijeme. Ipak, oni stvaraju ovisnost puno manje od morfina.

2. Potpuni antagonisti, kao što su Naloxon i Naltrexon, blokiraju efekt opijata.

U uobičajenim dozama imaju slabo (blaga pospanost) ili nikakvo djelovanje na osobe koje nisu ovisne, odnosno nisu intoksicirane opijatima. Ukoliko se daju ovisniku o opijatima, sindrom apstinencije pojavljuje se nakon nekoliko minuta.

Jedna od tipičnih nuspojava uzimanja svih opijata je respiratorna depresija koja je i najteži uzrok smrti pri zlouporabi ovih supstancija. Međutim, Naloxonom se u nekoliko minuta može popraviti stanje respiratorne depresije izazvane opijatima, kao i parcijalnim antagonistima Pentazocinom i Butorphanolom. Ali, već i malo predoziranje antagonistima dovodi do apstinencijske krize koja može biti izuzetno opasna. To stanje više se ne može popraviti davanjem opijata, pa se stoga antagonisti daju oprezno, u malim dozama, u razmaku od 15 do 20 minuta.

Usporedba adaptivne i rutinske terapije održavanja metadonom pokazala je da je adaptivni model terapije održavanja metadonom (MMM, prema engl. *Methadone Medical*

¹²⁶ D. BULJAN, D. BUNDALO-VRBANAC, J. GELO, Interakcija psihoterapije i farmakoterapije kod bolesti ovisnosti, u: *Medix: specijalizirani medicinski dvomjesečnik* 19 (2013.) 104/105, str. 252.-260.

¹²⁷ Usp. V. KUŠEVIĆ, *Zloupotreba droga*, Grafički zavod Hrvatske, Zagreb, 1987.

Maintenance) prikladni oblik liječenja za dobro rehabilitirane bolesnike koji ne zahtijevaju intenzivan nadzor.

Adaptivni model terapije održavanja metadonom smatra se najboljim i primjenjuje se u Hrvatskoj.¹²⁸ Pri tom obliku provođenja zamjenske terapije metadonom pacijenti se javljaju jedanput ili dvaput mjesečno za kratko savjetovanje i primanje zalihe metadona dovoljne za vrijeme između posjeta liječniku.

Ovaj oblik provođenja metadonske terapije osigurava više vremena za prorehabilitativne aktivnosti, smanjuje stigmatizaciju ovisnika i optimalno koristi postojeće terapijske programe.¹²⁹

U stručnim krugovima postoji rasprava o vrijednosti Metadonskog programa. Sakoman navodi sljedeće argumente *za* i *protiv* primjene Metadona¹³⁰:

- Argumenti ZA primjenu Metadona:

1. Ukoliko se zna da se veliki broj ovisnika o heroinu nikada neće moći osloboditi svoje ovisnosti, etički bi bilo opravdano olakšati život njima i njihovim obiteljima omogućavanjem da potrebnu količinu droge dobiju na legalan način.
2. Omogućavanjem Metadona moguće je jedan dio ovisnika o heroinu približiti društvenim institucijama što omogućava identifikaciju ovisnika, te ih se uz pomoć takvog programa bar malo drži pod kontrolom.
3. Veći dio ovisnika u Metadonskom kvalitetnije socijalno funkcioniraju.
4. Primjenom Metadona poboljšava se psihičko zdravlje ovisnika, te im se smanjuje rizik od iznenadne smrti,
5. Ovisnici u Metadonskom programu manje su opasni u pogledu širenja HIV infekcije i hepatitisa.
6. Uvođenjem Metadona, društvo omogućava adekvatniju zaštitu onom dijelu ovisničke populacije kojima nije moguće naći mjesto u drugim oblicima tretmana.

- Argumenti *PROTIV* primijene Metadona:

1. Šira primjena Metadona povećava ukupnu potrošnju sredstava ovisnosti i time se nalazi u suprotnosti s utvrđenim programom društvene prohibicije droga.

¹²⁸ Usp. S. SAKOMAN, *Suvremeni pristup liječenju opijatske ovisnosti*, Schering-Plough, Zagreb, 2008.

¹²⁹ Usp. M. CONNOCK, A. JUAREZ-GARCIA, S. JOWETT I sur., Methadone and buprenorphine for the management of opioid dependence: a systematic review and economic evaluation, u: *Health Technology Assessment* 11 (2007.), str.1.-171.

¹³⁰ Usp. S. SAKOMAN, *Prijedlog nacionalne strategije suzbijanja zlouporabe droga u Republici Hrvatskoj*, Vlada RH, Zagreb, 1995.

2. Primjena Metadona ovisnički život čini izglednijim i perspektivnijim. Svaki konzument opijatskih droga zna da će nakon što se neko vrijeme bude trudio ispuniti postavljene kriterije za ulaz u Metadonski program i na taj način potrebnu količinu "droge" dobivati besplatno, čime se ulaz u svijet ovisništva olakšava, a izlaz otežava.

3. Metadonski program dovodi do smanjenja potražnje one količine heroina koju su konzumenti trošili, a taj stvoreni "višak" krijumčari usmjeravaju prema kategoriji mladih konzumenata ili početnika. 4. Uporabi Metadona teži jedan dio populacije ovisnika o heroinu koji se skloniji kriminalnom ponašanju. Nakon što su ti ovisnici, ulaskom u Metadonski program, oslobođeni potrebe nabavljanja droge za sebe, nastavit će svoje sudjelovanje u lancu preprodaje droge mladim ovisnicima.

5. Neadekvatna primjena i provođenje Metadonskih programom će dovesti do pojave zlouporabe te droge na ilegalnom narkotržištu.

6. Vrlo je teško odrediti kriterije i postaviti granicu koja će određivati kada ovisnik može ući u Metadonski program, a da se pritom poštuje princip pravednosti i da se ne učini šteta ili nepravda spram drugih koji žele doći do Metadona.

7. Mnogi ovisnici uključeni u Metadonski program nastavljaju istim stilom života.

Usporedba adaptivne terapije buprenorfinom s terapijom metadonom ima za cilj ponuditi idealnu ravnotežu između sigurnosti, dostupnosti i učinkovitosti u liječenju ovisnika. Buprenorfin je semisintetski opioid dugog djelovanja koji karakterizira smanjeni rizik od predoziranja u usporedbi s metadonom jer djeluje kao parcijalni agonist μ -receptora i antagonist kapa receptora u mozgu. Preko μ -receptora buprenorfin pokriva žudnju za opijatima i sprječava pojavu apstinencijskog sindroma. Prijelaz na buprenorfin daje mogućnost smanjenja broja smrti uzrokovanih predoziranjem metadonom te je tako danas farmakoterapija buprenorfinom jedna od najprihvatljivijih farmakoterapijskih mogućnosti u liječenju bolesti ovisnosti. Takav model bi mogao ponuditi idealnu ravnotežu između sigurnosti, dostupnosti i učinkovitosti.¹³¹

Farmakoterapija diacetilmorfinom pokazala se dobrom alternativom u liječenju ovisnika koji nisu zadovoljavajuće odgovarali na terapiju metadonom. Farmakoterapijsko liječenje levo-alfa-acetilmetadolom (LAAM, prema engl. Levo-Alpha-AcetylMethadol) temelji se na činjenici da je taj preparat primarno agonist μ -receptora s farmakodinamikom

¹³¹ Usp. J. KAKKO, L. GRÖNBLADH, K. DYBRANDT-SVANBORG i sur. A Stepped Care Strategy Using Buprenorphine and Methadone Versus Conventional Methadone Maintenance in Heroin Dependence: A Randomized Controlled Trial, u: *American Journal of Psychiatry* 164 (2007.), str. 797.-803.

sličnoj morfinu i metadonu. Karakterizira ga dugo djelovanje s opioidnim učincima od 48 do 72 sata ili čak i duže ovisno o dozi što je prednost u odnosu na liječenje metadonom.¹³²

Farmakoterapija buprenorfinom promijenila je liječenje ovisnosti o opijatima. Povećanje doze buprenorfina nije praćeno jačim već samo produženim djelovanjem pa nema ni depresije disanja, a time ni rizika smrti od predoziranja osim iznimno u kombinaciji s visokim dozama benzodiazepina.

Velika prednost buprenorfina su blaži te kratkotrajniji simptomi ustezanja u usporedbi s prekidom uzimanja metadona, a treba naglasiti i njegovu znatno manju adiktivnost te antidepressivni učinak. Zbog svoga stabilnog djelovanja tijekom 48 sati može se davati i dvostruka doza svaki drugi dan, a moguć je i režim davanja lijeka tri puta tjedno.¹³³

Međunarodno priznat i poznat Hrvatski model tretmana ovisnika o opijatima uzima u obzir dugotrajnost procesa, nepredvidivu dinamiku i konačni ishod liječenja, a provode ga specijalizirani medicinski stručnjaci mreže centara za izvanbolničko liječenje ovisnika u suradnji s liječnicima obiteljske medicine. Tako se omogućava visoka stručnost i laka dostupnost liječenja.

Također, Hrvatski model je integrativan i obuhvaća cijeli spektar elemenata u terapijskom postupku: farmakoterapiju, psihoterapiju, preodgoj, psihoeducaciju, obiteljski postupak, psihosocijalne intervencije, mjere prevencije širenja virusnih bolesti, kontrole urina radi provjere apstinencije te paralelno liječenje komorbiditetnih psihičkih poremećaja i somatskih bolesti.¹³⁴

Ovisnost se smatra kroničnom recidivirajućom bolesti koja zahtijeva specijalizirani tretman, te dugotrajnu skrb i praćenje.¹³⁵

Globalni trend promoviranja liječenja ovisnika u ordinacijama liječnika obiteljske medicine rezultat je uspjeha terapije opioidnim agonistima te malog broja dostupnih tretmanskih programa. Studije pokazuju povoljnije rezultate liječenja ovisnika o opijatima unutar sustava obiteljske medicine što istodobno doprinosi i sveobuhvatnoj zdravstvenoj zaštiti ovisnika.¹³⁶

¹³² Usp. M. J. KRANTZ, P. S. MEHLER, Treating opioid dependence: Growing implications for primary care, u: *Archives of Internal Medicine* 164 (2004.), str. 277.-288.

¹³³ Usp. A. E. GIBSON, C. M. DORAN, J. R. BELL, A. RYAN, N. LINTZERIS, A comparison of buprenorphine treatment in clinic and primary care settings: a randomised trial, u: *Medical Journal of Australia* 179 (2003.), str. 38.-42.

¹³⁴ S. SAKOMAN, *Suvremeni pristup liječenju opijatske ovisnosti*, Schering-Plough, Zagreb, 2008.

¹³⁵ S. SAKOMAN, Liječenje ovisnosti-najvažniji element Nacionalne strategije suzbijanja zlouporabe opojnih droga, u: *Medix* 43 (2002.), str. 95.-102.

¹³⁶ H. TILJAK, I. NERALIĆ, V. CEROVEČKI, A. KASTELIC, Z. OŽVAČIĆ ADŽIĆ, A. TILJAK, Mogućnosti u liječenju ovisnika o opijatima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i obiteljskoj medicini, u: *Acta Medica Croatica* 66 (2012.), str. 295.-296.

Ordinacija liječnika obiteljske medicine doprinosi eliminaciji izolacije i stigme, smanjenju zapreka pri zapošljavanju, povećanju privatnosti pacijenta, a određivanje je individualne doze opijatskih agonista pokazala se učinkovitim, kako u kliničkom, tako i u ekonomskom smislu. Osim toga provedba farmakoterapije zamjenskom terapijom metadonom i buprenorfinom u obiteljskoj medicini pridonijela je i postizanju apstinencije te socijalnom funkcioniranju ovisnika o opijatima.¹³⁷

Hrvatski model liječenja ovisnika o opijatima koji podrazumijeva aktivnu ulogu liječnika obiteljske medicine te njihovu stalnu suradnja s timovima u centrima za prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnika o opijatima omogućio je i smanjenje potrebe za hospitalizacijom kao i mortaliteta u ovisnika.¹³⁸

Iako se velika važnost pridaje što dužem ostanku ovisnika pod stručnim nadzorom, minimalno dvije do pet godina, dobri programi se odlikuju stopom od 70% retencije.

Vrlo često se ovisnost i ne smatra bolešću, već moralnim deficitom društva, grijehom i slično te se ovisnicima nastoji pružiti religijska pomoć naročito u okviru terapijskih zajednica koje preferiraju ovakav oblik tretmana.¹³⁹

4.3. Pastoralno socijalno-crkveni modeli egzistencijalno-duhovnog oslobođenja od ovisničkog ponašanja

Veliku mogućnost pomoći ovisnicima i njihovim bližnjima pruža i Crkva s organiziranim modelima duhovno-pastoralne podrške.

Crkva je, u nastojanju da svojim doprinosom pomogne u pružanju pomoći ovisničkoj populaciji, po uzoru na angažman Crkve u Italiji, a pod pritiskom obitelji ovisnika koji traže pomoć, organizirala terapijske komune na području Republike Hrvatske, u koje je uključen i određeni broj ovisnika o opijatskim drogama. Taj oblik pomoći i liječenja zadovoljava jedan dio bolesnika, osobito onih kod kojih je moguće probuditi duhovni interes. Ti programi, dijelu ovisnika kojima se nijednim drugim načinom nije uspjelo pomoći, omogućavaju dugotrajniji boravak u jednom sustavu, posve zaštićenom od djelovanja ulice, u kojem se, uz apstinenciju,

¹³⁷ Usp. M. CONNOCK, A. JUAREZ-GARCIA, S. JOWETT i sur., Methadone and buprenorphine for the management of opioid dependence: a systematic review and economic evaluation, u: *Health Technology Assessment* 11 (2007.), str. 1.-171.

¹³⁸ Usp. S. SAKOMAN, *Suvremeni pristup liječenju opijatske ovisnosti*, Schering-Plough, Zagreb, 2008.

¹³⁹ Usp. V. POZAIĆ, LJ. HOTUJAC, S. SAKOMAN, I. JUKIĆ, I. FUČEK, *Droga od beznađa do nade*, Tipotisak, Zagreb, 1993.

postupno provodi i postupak korekcije poremećaja ponašanja. Savjetovališta pri Crkvi pripremaju pojedince za uključivanje u takav sustav tretmana.¹⁴⁰

Osim bračnih i obiteljskih savjetovališta koje su osnovane pri mnogim nad/biskupijama i kojima se obitelji ovisnika kao i sami ovisnici mogu javiti na razgovor i/ ili daljnje usmjeravanje, postoje i ciljano organizirane skupine, centri, projekti i zajednice za pružanje podrške ovisnicima u pokušaju nadvladavanja ovisničkog ponašanja.

Program 12 koraka svjetski je priznat i poznat način pomoći raznim ovisničkim ponašanjima. Program 12 koraka; jednostavno je način oporavka od ovisnosti koji, teorijski gledano, ulazi u domenu psihologije i psihijatrije, ali jednako tako i u domenu teologije, točnije; duhovnosti i pastoralne skrbi. Program se danas sve više širi i kroz druge udruge anonimnih ovisnika i jedan je od najučinkovitijih načina suočavanja s modernim ovisničkim ponašanjima i njihovoga mijenjanja, osobito u zapadnim društvima. Program počiva na duhovnim načelima te se sastanci često održavaju u crkvenim prostorima.¹⁴¹

Temelji se na nekoliko važnih postulata:

- a) priznanje osobe da ne može kontrolirati svoje ovisničko ili kompulzivno ponašanje,
- b) priznavanje Više sile koja daje snagu,
- c) priznanje pogriješaka iz prošlosti uz pomoć sponzora (iskusnoga člana),
- d) želja da se te pogriješke isprave,
- e) učenje novih oblika ponašanja,
- f) pomoć drugima koji pate od iste ovisnosti odnosno istoga kompulzivnog ponašanja.

U ranoj fazi oporavka od ovisnosti razlikuju se dvije glavne faze: prihvaćanje (*acceptance*) i predaja (*surrender*). U fazi prihvaćanja ovisnik konačno nadilazi svoje uvjerenje da on zapravo nema problem s određenom vrstom »droge« (prestaje nijekanje/ minimaliziranje) i/ili da osoba učinkovito može kontrolirati svoje ovisničko ponašanje (opijanje, drogiranje prekomjernu seksualnu aktivnost, kockanje, prejedanje...).

Pojašnjenje: Prvi korak Programa glasi: »Priznali smo da smo nemoćni pred alkoholom /drogom / požudom / kockanjem... i da je naš život izmakao kontroli.«

Shvaćanje da je ovisnik nemoćan (*powerless*) i da ne može kontrolirati svoj život (*unmanageable*) vodi ovisnika do spoznaje da on nije gospodar svoga života, da on nije Bog.

¹⁴⁰ D. DEGEL, I., KOVČO, Tretman ovisnika o drogama na području Republike Hrvatske, u: *Kriminologija & socijalna integracija: časopis za kriminologiju, penologiju i poremećaje u ponašanju* 8 (2000.) 1-2., str. 130.

¹⁴¹ A. VOLENIK, Program 12 koraka kao odgovor na moderna ovisnička ponašanja, u: *Obnovljeni život: časopis za filozofiju i religijske znanosti* 69 (2014.) 4., str. 487.-508.

U ostalim dvama koracima (drugom i trećem) koji se, zajedno s prvim, obično nazivaju Koraci predaje (Surrender Steps) dovršava se ta prva i najvažnija spoznaja i predaja da ja nisam gospodar/ Gospodar svojega života i da trebam, zapravo moram naći i prihvatiti Silu veću od mene samoga koja mi može povratiti zdrav razum.

Ta dva koraka glase: 1. Povjerovali smo da nam Sila veća od nas samih može povratiti zdrav razum; 2. Odlučili smo predati svoju volju i život na brigu Bogu.

Peti, šesti i sedmi koraci programa jasno i nedvosmisleno usmjeruju ovisnika k Bogu: »5. Priznali smo Bogu, sebi samima i nekom drugom ljudskom biću pravu prirodu naših pogrešaka. 6. Bili smo potpuno spremni dozvoliti Bogu da ukloni sve naše karakterne nedostatke. 7. Ponizno smo Ga zamolili da ukloni naše mane.¹⁴²

Posebnosti duhovnosti Anonimnih koju su neki autori jednostavno nazvali duhovnost nesavršenosti. Ideja je jasna: to je duhovnost koja se temelji na prihvaćanju i integraciji ljudskih ograničenosti i nemoći. koraci 5., 8. i 9. pozivaju ovisnika na jasno i neustrašivo moralno preispitivanje, priznanje svega počinjenog (koja može biti pred sponzorom, pastorom ili katoličkim svećenikom u obliku ispovijedi) te na konkretne korake pokajanja.

U Hrvatskoj se sastanci *12 koraka* održavaju u Zagrebu (u Župi sv. Blaža) i Splitu, a program je prisutan i u Sloveniji te Srbiji.¹⁴³

Neizostavno je u okviru pastoralne pomoći ovisnicima navesti ijednu od pionirki. Sestru Bernardicu Juretić koja se posvetila zajednici „Susret“ u Splitu.

Terapijska zajednica " Susret"- Humanitarna organizacija „Zajednica Susret“¹⁴⁴ je nevladina i neprofitna udruga koja se bavi tretmanom ovisnosti o drogama, alkoholu, kocki. Prva je udruga koja se počela baviti ovisnošću u Hrvatskoj prije 24 godine.

Imaju četiri terapijske zajednice: tri za muškarce (Ivanovac, Cista Velika, Paučje) te jednu za žene ovisnice (Čiovo) te tri savjetovaništa u: Zagrebu, Splitu i Đakovu. Trenutno rade dvije terapijske zajednice TC Ivanovac i TC Cista Velika.

Zajednica Susret je od 2004. godine članica Europske federacije terapijskih zajednica (*Euro Tc- European Treatment Centres of Drug addiction*) - (<http://www.eftc-europe.com/>).

Cilj im je osnaživanja osoba u potrebi i unaprjeđenje socijalnih usluga radi jačanja suradnje između civilnog društva i terapijske zajednice i savjetovaništa.

¹⁴² ALCOHOLICS ANONYMOUS, *Twelve steps and twelve traditions*, New York City, 2002., str. 25.; 34.

¹⁴³ Narcotics Anonymous, <http://www.na.org/> Anonimni narkomani, <http://www.na-croatia.org/index.htm>

¹⁴⁴ <http://zajednica-susret.hr/>

Terapijsku zajednicu "Susret" u Splitu vodi s. Bernardica koja navodi neke osnovne principe rada zajednice, te njihove pristupe problemu ovisnosti i tretmanu ovisnika.

Pomoći ovisniku u krizi ne znači sažalijevati ga, već ga voditi autoritetom koji ga podupire i pomaže mu da svlada slabost koju proživljava. Treba ga neprestano poticati da se ne bi zatvarao u svoje misli i strahove, ili upao u malodušnost koja bi se mogla javiti kao posljedica spoznaje mnogih životnih promašaja i neuspjeha. Terapijski se program ne ograničava na ispravljanje smetnji u psihičkom funkcioniranju, već i teži cjelovitom razvoju u psihološko-odgojnom smislu kako bi se mlada osoba izdignula iznad svojih ovisnosti i postigla psihološku čvrstoću, te etičku i duhovnu zrelost.

„Životne okolnosti i ambijent u kojima se nalazi današnja mladež negativno utječu na mnoge od njih, koji bilo zbog krize identiteta, nezrelosti, krize u obitelji ili tradicionalne ideologije — konflikte s okolinom, izoliranost i svakidašnje frustracije pokušavaju riješiti putem droge ili na neki drugi način, što vodi tragičnom samouništenju“.¹⁴⁵

Droga kao pojava ovisnosti jedan je od sve češćih i sve više zabrinjavajućih vidika kulture smrti.

U zajednici se provodi projekt „Čovjek“ / *Progetto Uomo*¹⁴⁶ koji omogućava svojim štićenicima da postignu postojanost, trajniju i jaču od one koju može dati droga.

Nadalje, radi se na tome da se destruktivni osjećaji koje je izazvala ovisnost zamjene onima koje posjeduju odrasle i samostalne osobe, koje znaju i mogu biti u miru sa samom sobom i s drugima.

Prvo se definira osoba, ovisnik, koja se definira kao nezrela i nesposobna osoba koja je egzistencijalno frustrirana. Osoba je ovladana osjećajima i impulsima i pokazuje globalnu ovisnost o drogi. Ovisnost kod takve osobe prikriva nesposobnost mlade osobe za stvaranjem vlastite samostalnosti, te nemogućnost proživjeti proces odrastanja.

Projekt se odvija kroz radne skupine u kojima osobe izražavaju doživljene situacije, emocije, emotivna proživljavanja vezana uz njihovu prošlost. Suočavanje s takvim stanjem u radnim grupama omogućava osobama novi početak i zrelije življenje i usmjerenja prema pozitivnim životnim smjernicama. Na putu odrastanja ovisnik može računati na pomoć članova grupe. Ovisnik je dobrovoljno ušao u Projekt Čovjek i samim time se odriče slobode kojom nije trenutno kadar upravljati.

¹⁴⁵ B. JURETIĆ, U prvom planu: droga, u: *Nova tribina* 2 (1990.), str. 4.

¹⁴⁶ Usp. V. POZAIĆ, *DROGA. Od beznađa do spasa*, Filozofsko-teološki institut Družbe Isusove, Zagreb, 1999., str. 204.-207.

Ponovnu slobodu stječe kroz program koji odgaja osobu u cilju oslobađanja od ovisnosti. Solidarnost u projektu „Čovjek“ iznimno kojoj je važna i ona se ne očituje sažaljenjem i popuštanjem, već odgovornom vodstvu i praćenju osobe koja ponekad uključuje strogost. Istodobno za vrijeme korištenja u programu, radi se i s članovima njegove obitelji. Time se želi pomoći obitelji prilikom usvajanja strategije ponašanja koja će pomoći ovisniku u njegovom svladavanju ovisnosti. Cilj nije pronalaženje krivca, već osvjetljavanje pogrešaka u komunikaciji i ponašanju. Valja napomenuti kako je bit samog dolaska zasnovan na dobrovoljnom principu kojem je najvažnija stavka ponovna resocijalizacija i vraćanje u normalan život.

Terapijska zajednica "Comunita Cenacolo" s. Elvire

- Zajednica " Cenacolo" je kršćansko udruženje koje prihvaća izgubljene, nezadovoljne, zbunjene mlade ljude, one koji žele pronaći sebe, radost i smisao života. Nastala je u srpnju 1983. godine, zahvaljujući duhovnom shvaćanju časne sestre Elvire Petrozzi. Sjedište Zajednice nalazi se u Saluzzu, Italija. Trenutno postoji 61 bratovština u 18 zemalja svijeta (Italija 21; Austrija 1; Bosna i Hercegovina 2; Hrvatska 8; Francuska 4; Engleska 1; Irska 1; Poljska 3; Portugal 1; Slovenija 1; Slovačka 1; Španjolska 2; SAD 4; Argentina 2; Brazil 5; Meksiko 1; Peru 2; Afrika – Liberija 1). Zajednica je nazočna i na teritoriju Đakovačko-osječke nadbiskupije zahvaljujući inicijativama pastoralne ovisnosti, vlč. Ivana Jurića.

U Zajednici Cenacolo postoje posvećeni i redoviti članovi. Posvećeni članovi su oni koji posvećuju cijeli svoj život edukativnoj i misionarskoj karizmi Zajednice, živeći puninu zajedničarskog života kroz molitvu i služenje bližnjemu. Redoviti članovi su osobe koji žive svoj kršćanski život na jednostavan način, u "svijetu", te su povezani s karizmom Zajednice Cenacolo, koja za njih predstavlja podršku na putu vjere. Oni su usmjereni prema izgubljenim i ranjenim osobama, živeći svoj misionarski poziv i svjedočeći kršćanstvo u svijetu.

Među posvećenim članovima su muškarci i žene, nazvani braćom i sestrama, pozvani slijediti Isusa i ljubiti siromašne do kraja, slijedeći put evanđeoskih savjeta siromaštva, čistoće, poslušnosti, službe i ljubavi za siromašne. Oni su se pred Zajednicom obvezali na život prema ovim savjetima. Ti članovi odabrali su provesti cijeli život naviještajući i svjedočeći s radošću i hrabrošću Božju ljubav prema svima, a posebno prema onima koji su prihvaćeni u Zajednicu Cenacolo.

Mladima se predlaže jednostavan način života, obiteljskog stila, u otkriću darova rada, prijateljstva i vjere u Boga. Zajednica ne predstavlja lječilište, već školu života. U Zajednici

se ne upotrebljavaju lijekovi, niti bilo kakvi postupci kojima se zamjenjuje droga' Ni apstinencijika kriza se ne liječi lijekovima, već se ovisnika nadzire, vodi i bodri "anđeo čuvar", mladić koji je već najmanje nekoliko mjeseci uključen u Zajednicu. On preuzima na sebe brigu oko novog mladića i njegov zadatak je da upozna novo pridošlog sa stilom života u Zajednici, da bude uz njega 24 sata dnevno, da za njega radi. Boravak u Zajednici traje otprilike tri do četiri godine, iako ne postoji određeno vrijeme boravka.

Tijekom godina, snažno privučeni načinom života, vjerom, zajedništvom i služenjem koje su iskusili u Zajednici, Majci Elviri su se pridružili mladi volonteri, laici, obitelji, posvećena braća (od kojih nekoliko svećenika) i posvećene sestre, koji su se u potpunosti angažirali u ovom djelu, živeći zajedno s prihvaćenim osobama na bratskom putu "iz tame u svjetlo", koji vodi ka ponovnom otkrivanju radosti vjere, ljepote života i istinske slobode.

Crkva je prepoznala Zajednicu Cenacolo, pri Papinskom vijeću za laike, kao Privatnu međunarodnu udruga vjernika. Majka Elvira često ponavlja da "smo mi prvi svjedoci jednog Božjeg čuda, koje je nastalo spontano, koje nas nadilazi i iznenađuje, kojega smo po milosti sudionici." Odgovor je to Božje nježnosti na vapaj mnogih mladih koji, izgubljeni, izvarani i razočarani, traže radost i smisao života u lažnom blještavilu svijeta. Rađa se mjesto prihvata, ljubavi i služenja životu, mjesto koje je tijekom godina postalo izvor nade i uskrsnuća za mnoge izgubljene u svijetu tame i tuge, marginaliziranosti, očaja i ovisnosti.¹⁴⁷

Centar za duhovnu Pomoć, Zagreb

- Centar za duhovnu pomoć registriran je u društvu od 1990. godine kao društveno-humanitarna organizacija, no kako su prije toga radili unutar crkvenih prostora, njihovo iskustvo je veće od četrnaest godina. Metoda liječenja je HAGIOTERAPIJA (liječenje Svetim), do koje je dugogodišnjim radom došao utemeljitelj Centra prof. dr. Tomislav Ivančić, svećenik i profesor na Katoličkom bogoslovnom fakultetu u Zagrebu.

Centar je osnovan u kolovozu 1990. godine, s ciljem duhovno-terapijskog djelovanja i pomoći ljudima s različitim patnjama i bolima na antropološkom području. Područje djelovanja je duhovno, jer je duh taj koji oslobađa i koji nadilazi psihičko i somatsko područje u čovjeku. Duh je ta čudesna stvarnost u čovjeku i sposobnost da se izdigne iz svojih trenutnih patnji, da se suprotstavi svim krivim uvjerenjima i da se odluči za vlastiti život.¹⁴⁸

¹⁴⁷http://www.comunitacenacolo.it/hr/index.php?option=com_content&view=article&id=86&Itemid=53

¹⁴⁸ https://www.cdp.hr/?page_id=14

Radeći na duhovnom području, ljudima se može protumačiti smisao žrtve, patnje, smrti, kao i smisao postojanja čovjeka i svijeta. Upravo su navedena područja izvan dohvata liječnika i psihijataru, a nužna su u radu s pacijentima. Poštujući zakonitost čovjekova duha, može se puno postići na liječenju čovjekovih psihičkih i duhovnih patnji.

Hagioterapija kao znanstveno-terapijska disciplina istražuje čovjekovu duhovnu dimenziju i time omogućuje čovjeku sasvim novi pristup razumijevanja njega samoga, pokazujući mu bezgranične mogućnosti razvoja, boljega života i boljeg svijeta. Te spoznaje daju čovjeku mogućnost smislenijeg života, boljih međuljudskih odnosa, ispravnog pristupa prirodi, što ga vodi u svjetliju budućnost.

Hagioterapija kao takva, vraća duhovni zakon u njegovu prirodnu funkciju. Ona čovjeka budi, osvještava i usmjerava na pravi put. Pomaže mu da shvati svoju zabludu i okrene se od zla k dobru, od mržnje k ljubavi, da gleda od bolesti u zdravlje, od smrti u život.

Tako mijenja čovjekov mentalitet i čini ga novim. Ona pomaže čovjeku da razvija sebe, da bude svoj, da iz profanosti uđe u svetost, iz ropstva zla u puninu života.

Hagioterapijom se želi pomoći čovjeku da počine vjerovati u dobro, istinu, ljepotu i ljubav, da se pokaje i počne praštati, da postane moralan, pošten, čovjekoljubiv, human i na taj način bude oslobođen od besmisla, boli i patnje.

Hagioterapija zahvaća čovjeka u cijeloj kompleksnosti njegova bića, mijenja ga i vraća u svijet obnovljenog i osposobljenog za nove vizije života i razvoja. Osim oslobađanja od ovisnosti individualnim terapijama, indikativni rezultati javili su se i na seminarima, poznatim pod imenom "Katolički seminar MiR".

„Priznavanje duhovne komponente kao važne sastavnice u terapiji ovisničkoga ponašanja u zadnjih je tridesetak godina postalo općeprihvaćeno u psihoterapijskoj literaturi i praksi“.¹⁴⁹

Cochran, Wood i Arneklev (1994) su istraživali religiozni utjecaj na delikventno ponašanje i zloporabu droge. Religija sama po sebi ne djeluje kao preventivna mjera, ali postaje važna kad se poveže s mehanizmima samokontrole i društvene kontrole.¹⁵⁰

Linda Mercadante u svojoj je knjizi, *Victims and Sinners. Spiritual Roots of Addiction and Recovery*, ovako ukratko okarakterizirala dinamiku Oxfordske gupe¹⁵¹ koja pomaže grupi

¹⁴⁹ A. VOLENIK, Duhovnost anonimnih alkoholičara i pastoralno savjetovanje, u: *Obnovljeni život* 70 (2015.) 1., str. 56.

¹⁵⁰ K. BUTORAC, A. ROGAR, Neformalna i formalna socijalna kontrola u domeni centra za prevenciju ovisnosti, u: *Kriminologija i socijalna integracija* 10 (2002.) 2., str. 122.

anonimnih ovisnika (alkoholičara): »Svi su ljudi grješnici. Svi grješnici mogu se mijenjati. Ispovijed je preduvjet promjene. Promjenom se može doprijeti izravno do Boga. Čuda su ponovo moguća. Promjena mora mijenjati druge.«¹⁵² Kao duhovni ideal skupina je postavila četiri apsoluta: apsolutna iskrenost, apsolutna čistoća, apsolutna nesebičnost i apsolutna ljubav.

Duhovni pristup pastoralna ovisnika naglašava da je zloraba droge: zlo i grijeh — što moramo osuditi i odbaciti. Žrtve droge, zlopatnici i grešnici, naša su braća i sestre — njih moramo zagrliti! Moramo im ponuditi novi svijet slobode! To je svijet nenavezanosti na ovozemaljska dobra, koja u konačnici ne ispunjavaju ljudski duh.

Čovjekov je duh duh nezatomljive dinamike, vječnog propinjanja i nikad potpuna smiraja unutar ovozemaljskog obzora postojanja. Iz imanencije, uronjenosti u horizontalu uvijek ponovno izbija mladica žedna transcendencije, nadprolaznosti i nadvremenitosti. Autentično zdravi ljudski duh ne može se potpuno i konačno zadovoljiti nijednom prolaznom vrednotom. Vječiti nemir i nezasićenost čovjekova duha posebno se očituje u doba prijelaza iz dolescencije u odraslu dob.¹⁵³

Kada prevladava opredjeljenost za jednu (krivu) vrjednotu, dođe do ovisnosti. Ovisnost je uvijek na djelu kad dio postane nadomjestak, simbol, iluzija na cjelinu čovjekova svijeta.

Čovjek je odgovoran za svoje navike. Sasvim konkretno: gledajući s religioznog stanovišta zloraba droge je u izravnom i nepomirljivom sukobu s petom zapovijedi Dekaloga, Božjih zapovijedi. Sama zapovijed »Ne ubij« (Izl 20, 13), u svom pozitivnom izričaju zapravo glasi: Poštuj, čuvaj, unapređuj život! Uzimanje droge nije kanjanje je svega toga, bilo djelomice bilo u cijelosti: ubija duh, razarajući zanimanje za više vrednote, za školu, za odgoj, za poštivanje sebe i drugih.

Smrt duha neizbježno se prenosi na područje tjelesnosti. Droga kao etičko zlo: ometa ili obustavlja odvijanje tjelesno-duševnih sila o kojima ovisi čuvstveni, duševni i društveni svijet osobe, kao i spoznajna sposobnost, nadasve svijet čovjekove slobode i ljubavi, zanimanja za druge ljude i za njihovu sudbinu u društvu danas i sutra.

¹⁵¹ Oxfordske grupe utemeljio je američki luteranski pastor dr. Frank Buchman. On je 1908. imao duboko duhovno iskustvo, svojevrsno obraćenje koje ga je navelo da 1921. utemelji Bratstvo kršćana prvoga stoljeća koje se 1931. prozvalo Oxfordska grupa. Buchman 1938. pokretu ponovo mijenja ime te ga naziva Moral Re-Armament (RAM) da bi u novije vrijeme pokret dobio sadašnje ime; Initiatives of Changes. Današnje mu je središte u Švicarskoj.

¹⁵² Usp. Linda Mercadante, *Victims and Sinners. Spritual Roots of Addiction and Recovery*, Louisville, 1996, 50–51. Dobar opis ranoga rasta Anonimnih u okrilju Oxfordske grupe daje i: Nan Robertson, *Betting Better: Inside Alcoholics Anonymous*, New York, 1988.

¹⁵³ V. POZAIĆ, Ovisnost o drogi kao moralno pitanje, u: *Crkva u svijetu* 26 (1991.) 2-3., str. 184.

A ukoliko je uništena sposobnost zdravog rasuđivanja i slobodnog odabiranja, tada u tom samom trenutku nema grijeha (za grijeh se traži spoznaja i slobodna odluka).

Međutim, osoba je odgovorna u korijenu za svoje takvo stanje. Prijašnje slobodne odluke i djela, uvjetuju i uzrok su budućeg stanja ovisnosti, neuračunljivosti, ali i moralnog zla.

S gledališta cjelovitog, holističkog etičko-moralnog pristupa svaki se zahvat u tjelesni život pojedinca, u tijelo čovjeka, tiče cijelog čovjeka i njegove osobe, njegova tjelesnog, duševnog i duhovnog života. Osoba je nositelj tjelesnog života i ona je vezana uz sudbinu tjelesnog života, u ovom postojanju prolaznosti i u onom neprolaznosti. Dosljedno tome tjelesni život baštini na nepovredivosti ljudske osobe.¹⁵⁴

U svjetlu kršćanske antropologije svaki je ljudski život, ljudska osoba, plod stvaralačka Božje ljubavi. Svaka je ljudska jedinka stvorena i određena u vremenu za nadvremenito, u prolaznosti za neprolazno, u privremenom za vječni život zajedništva ljubavi s vječnim Bogom, koji je ljubav (usp. 1 Iv 4, 8. 16).

Crkveni dokument *Dar života* izjavljuje: »Ljudski je život svet, jer od samog svog početka uključuje 'Božje stvaralačko djelovanje', i zauvijek ostaje u posebnom odnosu sa Stvoriteljem, svojom jedinom svrhom.« Život je dar Božje ljubavi. Ali — nedovršeni dar. Stoga je život ujedno i zadaća: kako za pojedinca tako i za cijelu ljudsku zajednicu. Zahtijeva od svake osobe da ga primi i prihvati ljubavlju, da ga čuva i unapređuje u skladu s vječnim Božjim nacrtom, koji svaki pojedinac otkriva u molitvenim i meditativnim dubinama svoje autentično oblikovane savjesti. To potvrđuju i same uvodne riječi spomenutog dokumenta: »Dar života što ga je Bog Stvoritelj i Otac povjerio čovjeku, od njega zahtijeva da bude svjestan njegove neprocjenjive vrijednosti i da za nj preuzme odgovornost.«¹⁵⁵

Kultura života uključuje kulturu odricanja: samodisciplinu, vladanje nagonima. Male terapijske zajednice, u kojima zdravi i već izliječeni pomažu ovisnicima da se oslobode od svoje ovisnosti, vrlo je značajan vidik solidarnosti i vjerničkog apostolata u ovom svijetu.

¹⁵⁴ *Isto*, str. 191.

¹⁵⁵ KONGREGACIJA ZA NAUK VJERE, *Naputak poštivanju ljudskog života u nastanku i o dostojanstvu rađanja, Donum vitae – Dar života*, KS, Zagreb, 1997., br. 5.

4.3.1. Pastoralni model usmjeren obitelji

Američki Nacionalni institut za zlouporabu droga (*Drug Abuse Prevention: What Works?*)¹⁵⁶, daje sustavan pregled obiteljskih programa prevencije, pa tako među univerzalne obiteljske preventivne programe navodi programe edukacije roditelja, programe roditeljske uključenosti te programe uvježbavanja roditeljskih i obiteljskih vještina.

Univerzalni preventivski programi za roditelje organiziraju se u obliku večernjih druženja s roditeljima, programa informiranja o drogama te radionica djelotvornog roditeljstva. Kod roditelja se potiče razvoj vještina upravljanja (nadzor, prosocijalna stimulacija, disciplina i rješavanje problema) i komunikacijskih umijeća.

Ilustrativan primjer univerzalnog preventivnog je britanski program *Every Child Matters: Change for Children*¹⁵⁷, nastao kao reakcija na tzv. zeleni papir britanske vlade *Every Child Matters* iz 2003. godine u kojemu se zahtijeva osnaživanje preventivnih službi za djecu, mlade i njihove roditelje. Cilj programa jest osigurati svakom djetetu puni razvoj osobnih potencijala, što se realizira unaprjeđivanjem i integracijom univerzalnih službi (uključujući škole i zdravstvene službe). Zadaće programskih aktivnosti smjeraju prema redukciji edukacijskih neuspjeha, bolesti, zlouporabe i zanemarivanja djeteta, kriminala i antisocijalnog ponašanja. U realizaciji ovih zadataka uklanjaju se, prema mišljenju autora programa, i uzročnici zlouporabe droga.

Kako otkriti ovisnika u vlastitom djetetu jedno je od najbitnijih pitanja. Vrlo često do takvog otkrivanja dolazi se u kasnim fazama. Ako govorimo o prvim simptomima, onda možemo uočiti sukobljavanje u školi i u roditeljskom domu što se očituje i kroz brze prekide prijateljstava, razdražljivost i silovitost. Vrlo brza promjena ponašanja isto tako može biti indikator, pa se tako iz potonjeg ponašanja prelazi u bezvoljnost i ravnodušnost. Među znakove prepoznavanja možemo uvrstiti i prekomjerno znojenje, drhtanje ruku, suzne oči, upaljeni rubovi usana, nerazgovijetan govor, stalni umor i pospanost. Zjenice su prekomjerno proširene ili sužene (ovisi o vrsti droge), pa ovisnik često nosi sunčane naočale.

Kada opisujemo kroničnog ovisnika, tada govorimo o zapuštenom i neurednom izgledu, te smanjenoj radnoj sposobnosti. To može biti i posvemašnja ravnodušnost za zbivanja u okolini. Socijalna okolina ovisnika vezana je uz one koji su u sličnoj ili istoj situaciji, pa se uz devijantno ponašanje vežu i situacije sklonosti krađama, provalama, pa i

¹⁵⁶ <https://www.drugabuse.gov/publications/drugs-brains-behavior-science-addiction/preventing-drug-abuse-best-strategy>

¹⁵⁷ Svako je dijete važno: promjene za djecu, prema: European Monitoring Centre for Drugs nad Drug Addiction (EMCDDA), www.emcdda.com

pljačkama. Kako bi smo saznali koriste li mladi drogu, potrebno je prvenstveno poznavati njihovo uobičajeno ponašanje, a zatim se potruditi što bolje uočiti jesu li prisutne opisane promjene.¹⁵⁸

Selektivni i indicirani obiteljski programi prevencije odnose se na programe uvježbavanja roditeljskih i obiteljskih vještina, potporne grupe za roditelje i obitelji, roditeljsko-vršnjačke skupine za mlade u riziku, programe upravljanja obiteljima i kućne posjete, obiteljska savjetovanja i sustavna obiteljska terapija.

Tako, npr. obiteljski indicirani program prevencije ovisnosti/ *Strengthening Families Program*¹⁵⁹ tijekom vremena adaptiran je za univerzalnu populaciju te za primjenu u različitim kulturnim kontekstima.

Tinejdžeri su pod većim rizikom od razvoja nezdravih ponašanja, ako njihova obitelj ima neadekvatne vještine rješavanja problema, pruža malo ili nimalo roditeljskog nadzora i dopušta pristup cigaretama, alkoholu i ostalim drogama.

Roditelji jesu važni. Oni imaju ključnu ulogu u prevenciji - unutar obitelji i u suradnji sa školama, crkvama i udrugama. Razgovor pomaže, čak i ako rezultati nisu odmah vidljivi. Što su tinejdžeri bliži roditeljima i što se osjećaju povezanim sa školom, manje je vjerojatno da će pušiti, piti ili koristiti ostale droge. Pozitivne veze s odgajateljima i roditeljima su snažni zaštitni faktori.

Pristupi zasnovani na obitelji koji najviše obećavaju za razvoj zdrave mladeži su programi koji pomažu roditeljima i drugim značajnim osobama:

- Unapređivanje veze roditelj-dijete
- Osnajivanje komunikacije roditelj-dijete
- Stvaranje prikladnog i konzistentnog sustava nagrada i kazni
- Nadziranje djetetovih aktivnosti tijekom adolescencije

Kao središnji likovi u životima tinejdžera, članovi obitelji mogu pomoći u zaštiti svojih tinejdžera od zlouporabe alkohola, duhana i ostalih droga. Oni se mogu uključiti u osnivanje roditeljskih skupina koje zastupaju prevenciju i mogu osnovati grupe podrške za roditelje kako bi poticali stavove i norme usmjerene na prevenciju.

¹⁵⁸ Usp. R.SHWEBEL, *Reći ne nije dovoljno. Kako odgojiti djecu da razborito odlučuju o drogama i alkoholu*, „Syspront“ d.o.o., Zagreb, 1995., str. 49.-50.

¹⁵⁹ <https://www.strengtheningfamiliesprogram.org/>

Programi za roditelje, naročito oni namijenjeni roditeljima s mladom djecom, najučinkovitiji su u redukciji nasilnog ponašanja, delinkvencije i zlouporabe droga dok djeca odrastaju u adolescente.

Obitelji štite svoje tinejdžere kada¹⁶⁰:

- Pružaju podršku,
- Razvijaju pozitivnu obiteljsku komunikaciju,
- Uključuju se u školovanje tinejdžera,
- Imaju jasna pravila i posljedice i prate kretanje svojih adolescenata,
- Pružaju pozitivne, odgovorne uzore za druge roditelje i tinejdžere,
- Očekuju od svoje djece da budu uspješna,
- Zajedno provode vrijeme.

Kod suvremene obitelji uloga roditelja i funkcija odgoja doživljavaju bitne promjene s posljedicama koje mogu biti izrazito dalekosežne. Fiksno radno vrijeme je vrlo rijetka pojava i roditelji dnevno manje vremena provode s djecom. Odgojna funkcija obitelji tako je dijelom prenesena na dječje vrtiće i škole, medije masovne komunikacije te na različite čimbenike lokalne zajednice. Roditelji danas tjedno na poslu provedu 4, 6 sati više nego prije dvadeset godina, što se posljedično odražava na mogućnost obavljanja roditeljskih zadaća.

Unatoč tome, obitelj ima primarni značaj i ulogu u procesu rasta, razvoja i odgoja djece, pa obiteljski kontekst predstavlja prioritetni aplikacijski kontekst univerzalnih programa prevencije ovisnosti.

Zaštitni čimbenici u obitelji za konzumaciju sredstava ovisnosti su¹⁶¹:

- blizak odnos s roditeljima
- roditeljska podrška
- adekvatan roditeljski nadzor
- čvrste i pozitivne obiteljske veze
- nadzor roditelja nad aktivnostima njihove djece i njihovih vršnjaka

¹⁶⁰ K. BUTORAC, A. ROGAR, Neformalna i formalna socijalna kontrola u domeni centra za prevenciju ovisnosti, u: *Kriminologija i socijalna integracija* 10 (2002.) 2., str. 125.

¹⁶¹ Usp. J. MIHIĆ, T. MUSIĆ, J. BAŠIĆ, Obiteljski rizični i zaštitni čimbenici kod mladih nekonzumenata i konzumenata sredstava ovisnosti, u: *Kriminologija & socijalna integracija: časopis za kriminologiju, penologiju i poremećaje u ponašanju* 21 (2013.) 1., str. 51.

- jasna pravila ponašanja koja se dosljedno provode unutar obitelji
- uključenost roditelja u život njihove djece
- upućenost roditelja u aktivnosti kojima se bave njihova djeca
- zajedničko donošenje nekih obiteljskih odluka
- pozitivna interakcija između roditelja i djece
- religioznost roditelja.

Snažna privrženost između roditelja i djece iznimno značajna u prevenciji konzumacije sredstava ovisnosti. Kvaliteta privrženosti roditeljima ključna je za internaliziranje pozitivnih vrijednosti, stavova i ponašanja roditelja. Povjerenje između roditelja i djeteta, pozitivni obiteljski odnosi te uključenost roditelja u rast i razvoj svog djeteta predstavljaju temelj prevencije brojnih problematičnih ponašanja, pa tako i konzumacije psihoaktivnih sredstava kod djece.

Moguće je pobliže odrediti smjer učinkovitih roditeljskih programa koji mogu doprinijeti prevenciji konzumacije psihoaktivnih tvari kod djece i mladih¹⁶²:

- povećanje pozitivnih stavova roditelja prema djeci i partneru,
- razvoj obiteljske privrženosti, podrške i emocionalne topline,
- unaprjeđenje komunikacijskih vještina (komunikacija s partnerom/ komunikacija s djetetom),
- smanjenje obiteljskog stresa,
- unaprjeđenje znanja o razvoju djeteta,
- postavljanje granica i obiteljskih pravila,
- promicanje obiteljskih rituala te
- stvaranje stimulirajućeg i sigurnog okruženja za razvoj djece.

Univerzalni programi prevencije koji se primjenjuju u kontekstu lokalne zajednice smjeraju prema obogaćivanju sadržaja i aktivnosti za mlade u slobodno vrijeme počevši od raznovrsnije ponude športskih aktivnosti, centara za mlade, zabavnih klubova i slično.

Najučinkovitije strategije prevencije konzumacije sredstava ovisnosti djeluju kroz više sustava u koje je mlada osoba uključena što osim obiteljskog okruženja uključuje i preventivne inicijative u školskom okruženju, ali i u široj društvenoj zajednici. Napose, onih programa, koji su usmjereni direktno ovisniku.

¹⁶² Usp. Usp. J. MIHIĆ, T. MUSIĆ, J. BAŠIĆ, Obiteljski rizični i zaštitni čimbenici kod mladih nekonzumenata i konzumenata sredstava ovisnosti, u: *Kriminologija & socijalna integracija: časopis za kriminologiju, penologiju i poremećaje u ponašanju* 21 (2013.) 1., str. 52.

4.3.2. Pastoralni model usmjeren ovisniku

Zadaća aktivnosti s ovisnicima je razvijati sposobnosti regulacije prosocijalnog ponašanja u interakcijama s roditeljima i vršnjacima te razvoj specifičnih vještina upravljanja ponašanjima (samonadzor, postavljanje prosocijalnih ciljeva, postavljanje granica u odnosima s vršnjacima, sposobnost rješavanja problema te komunikacijske vještine u odnosima s roditeljima i vršnjacima).

Program Organiziranog dodatnog stručnog rada s ovisnicima, sadržajno i metodološki vezan je uz slijedeće ciljeve:

- učenje socijalnih vještina u svrhu uspješnijeg odolijevanja negativnim pritiscima
- usvajanje konstruktivnijih i učinkovitijih načina rješavanja životnih problema
- izgradnju samopoštovanja i osobne kompetencije kroz pozitivna iskustva
- smanjenje anksioznosti i depresivnosti
- zadovoljavanje psihičkih potreba na načine koji ne narušavaju njihov osobni psihofizički integritet
- razvoj interesa, kreativnosti i pozitivnog pogleda na život
- produblјivanje samospoznaje i jačanje osobnosti
- formiranje negativnog stava prema sredstvima ovisnosti.

Uključivanje u Program predviđeno je za:

- a) ovisnike s izvedenom sigurnosnom mjerom obveznog liječenja narkomana
- b) odgajanje za koje je kroz raspoloživu dokumentaciju evidentan problem ovisnosti
- c) odgajanje za koje bi se tijekom provođenja odgojne mjere ukazala potreba
- d) eksperimentatore i konzumente koji bi sami inicirali uključivanje

Cjelokupni Program zamišljen je kao podrška u procesu psihosocijalnog sazrijevanja i apstinenciji, odnosno prvi korak u promjeni stava i priprema za uključivanje u različite oblike rada i liječenja po odlasku iz Zavoda.

U realiziranju Programom predviđenih ciljeva koriste se slijedeće metode i tehnike: prezentiranje informacija, izrada panoa očekivanja, podučavanje, korištenje različitih aplikativnih materijala, metaforičke priče, interaktivne i asocijativno-interaktivne igre, grupne diskusije, *brainstorming*, igranje uloga, pozitivni samopotvrđujući *feedback*, tematski ciljano korištenje audio-vizualnih materijala, primjena upitnika i skala procjene.

S odgajnicima uključenim u grupne oblike rada radi se i pojedinačno, s obzirom da ih je nužno kontinuirano motivirati i individualno im pružati pomoć u njihovim teškoćama za čije rješavanje na grupi nemaju dovoljno hrabrosti ili povjerenja.

Svi odgajnici nakon perioda uključivanja potpisuju terapijski ugovor.

Terapijski ugovor - modifikacija je ugovora koji se primjenjuje na odjelu ovisnosti KB "sestre Milosrdnice".¹⁶³

4.3.3. Pastoralni model preventivskih uputa rizičnim skupinama

Programi selektivne prevencije ovisnosti namijenjeni su subpopulaciji koja u odnosu na opću populaciju pokazuje povećani stupanj rizika prema zlouporabi droga. Riječ je o ranjivoj subpopulaciji kod kojih je rizik od pojave ovisnosti značajno viši od prosjeka, bilo imanentno ili se javlja tijekom života.¹⁶⁴

Na razini lokalne zajednice osmišljeni su selektivni preventivski programi za malodobne delikvente, pripadnike marginaliziranih etničkih skupina, mladež koja eksperimentira s drogama te za one koji stanuju u siromašnim i zapuštenim četvrtima. Selektivna intervencija namijenjena je i obiteljima koje su u riziku.

Ilustrativan je njemački selektivni obiteljski program *Connect*¹⁶⁵ koji se započeo primjenjivati od 2003. godine u Hamburgu i okolici, a temeljni cilj programa jest osnažiti suradnju svih institucija koje skrbe o djeci iz obitelji čiji su roditelji ovisnici.

Indicirani programi smjeraju prevenirati ili reducirati daljnju zlouporabu droga, odnosno spriječiti daljnji i brzi razvoj ovisnosti o drogama. Usmjereni su prema pojedincima koji su u fazi eksperimentiranja s drogama, odnosno u kojih još ne postoji klinička dijagnoza ovisnosti. U usporedbi s univerzalnim i selektivnim preventivnim programima, indicirana prevencija okrenuta je prema specifičnim pojedincima, a ne cjelokupnoj populaciji ili podskupinama u riziku.

Indicirana prevencija ovisnosti traži razumijevanje i procjenu rizičnih i zaštitnih čimbenika koji su povezani s pojavom ovisnosti.

¹⁶³ Usp. Ž. KNOTEK IVETA, S. MALOIĆ, Program stručnog rada s ovisnicima o drogama u odgojnom zavodu Turopolje, u: *Kriminologija i socijalna integracija* 8 (2000.) 1-2., str. 118.-120.

¹⁶⁴ Usp. NENADIĆ BILAN, D., Strategije prevencije ovisnosti o drogama, u: *Magistra Iadertina* 7 (2012.) 7., str. 38.

¹⁶⁵ Prema: European Monitoring Centre for Drugs nad Drug Addiction (EMCDDA), www.emcdda.com

Usredotočuje se na pojedince koji manifestiraju značajne rizične čimbenike koji mogu dovesti do zlouporabe droga – školski neuspjeh, otuđenost od obitelji i škole, depresija, agresija, obiteljska nesloga, devijantna ponašanja i delikvencija i sl. Indicirani programi prevencije jačaju protektivne čimbenike u obitelji, školi i društvenom okruženju te potiču razvoj individualnih sposobnosti i osobnih karakteristika poput samopoštovanja, samokontrole, ustrajnosti, optimizma, životnog smisla, sposobnosti rješavanja problema i drugih sposobnosti.

Zanimljiv primjer programa indicirane prevencije utemeljenog na obiteljskom pristupu je *Adolescent Transitions Program*/Program adolescencije (A practitioner's Guide to Science-Based Prevention, 2002.) čija je svrha osigurati podupiruću, nestigmatizirajuću i preventivnu intervenciju za obitelji u riziku kako bi se doprinijelo boljoj adaptaciji mladih u adolescenciji te reducirali negativni obiteljski procesi.¹⁶⁶

Testiranje na droge u školama i studentskim domovima o kojem se mnogo govorilo i pisalo trebalo bi identificirati konzumentsku populaciju prema kojoj bi se nakon toga provodili različiti programi sekundarne prevencije.

U Hrvatskoj postoji vrlo mali broj ranointerventnih, tretmanskih i posttretmanskih programa (samo je jedan posttretmanski u cijeloj RH). Mali je broj programa namijenjenih adolescentima koji su rizična populacija, izuzetno mali je broj onih koji su namijenjeni roditeljima i stručnjacima, puno je istovrsnih programa, a svega ih je 5 sveobuhvatnih.

Ne postoje model-programi prilagođeni potrebama mladih različitih razina rizičnosti te model programi prilagođeni potrebama konkretnih lokalnih zajednica, a međusobna povezanost istih ili sličnih malih preventivnih programa je mala ili je uopće nema.

Programi koji se provode na području ovisnosti (8 na cijelu RH), uglavnom su usmjereni na populaciju koja je već razvila kliničku sliku ovisnosti (programi detoksikacije, rehabilitacije, izvanbolničko liječenje, terapijske zajednice), a postoji samo jedan koji obuhvaća onaj dio eksperimentalnih korisnika u riziku da postanu ovisnici, ali to još nisu (ciljna skupina su mladi od 12 do 24 godine koji konzumiraju lake i sintetičke droge). Zaključno rečeno, ne postoji niti jedan program u RH na području prevencije ovisnosti koji bi

¹⁶⁶ Usp. NENADIĆ BILAN, D., Strategije prevencije ovisnosti o drogama, u: *Magistra Iadertina* 7 (2012.) 7., str. 39.

zadovoljio sve kriterije i postao univerzalan te se proširio po čitavoj Hrvatskoj i tako povezao sa ostalim institucijama društva koje bi trebale sudjelovati u prevenciji tog problema.

Ne postoji međusobna povezanost i suradnja između institucija koje u svojoj funkciji podrazumijevaju prevenciju poremećaja u ponašanju pa tako i prevenciju ovisnosti.

Zajednica sudjeluje u prevenciji ovisnosti na način da tu i tamo osigura nekakve sportske događaje, predstave ili radionice u školama (velika većina programa je takve vrste, ali je vrlo bitno naglasiti da njihova ciljna skupina nisu ovisnici već općenito djeca i mladi s poremećajima u ponašanju). Budući da izostaje evaluacija, nije moguće reći kakva je njihova učinkovitost.¹⁶⁷

Razmatrajući mogućnosti prevencije ovisnosti s vršnjačkim skupinama, Oetting i Lynch predlažu sljedeće opcije: programi koji pomažu pojedincima identificirati "zdravije" vršnjačke skupine te odbaciti devijantne; preventivni naponi koji su usmjereni prema vršnjačkoj skupini kako bi se smanjila zlouporaba droga i strože sankcionirala zlouporaba; preventivni programi koji bi pomogli vršnjačkoj skupini da pronađe pozitivne načine zadovoljenja individualnih i društvenih potreba članova skupine; preventivni programi kojima je cilj reducirati vrijeme vršnjačke skupine bez nadzora kako bi se smanjile mogućnosti uporabe droga; programi smanjenja štete ako je došlo do zlouporabe droga (smanjenje doze, redukcija opasnih načina zlouporabe, kao npr. intravenozno uzimanje droga).¹⁶⁸

Šest preventivskih strategija organizacije *Centre for Substance Abuse Prevention* mogu kombinirano koristiti za kreiranje programa fokusiranih na rizične i zaštitne čimbenike razvoja ovisnosti. To su¹⁶⁹:

1. Pružanje informacija: cilj je povećavanje znanja i promjena stavova u vezi droga i njihove upotrebe. Može biti usmjereno na više razina: na mlade, roditelje, ili pak političare.

¹⁶⁷ Usp. A. JANDRIĆ, A. BUĐANOVAC, Prevencija zlouporabe droga u RH: je li naša zajednica bespomoćna?, u: *Kriminologija & socijalna integracija: časopis za kriminologiju, penologiju i poremećaje u ponašanju* 12 (2004.) 1., str. 77.-78.

¹⁶⁸ Usp. E. R. OETTING, R. S. LYNCH, Peers and the Prevention of Adolescent Drug Use, u: Sloboda, Z., Bukoski, W.J. (ur.), *Handbook of Drug Abuse Prevention - Theory, Science and Practice*, Springer, New York, 2006., str. 101.- 119.

¹⁶⁹ Usp. P. J. BROUNSTEIN, J. M. ZWEIG, *Understanding Substance Abuse Prevention: Toward the 21st Century: A Primer on Effective Programs*, Center for Substance Abuse Prevention, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1991.

2. Preventivna edukacija: Cilj je ove strategije naučiti sudionike programa bitnim životnim i socijalnim vještinama (npr., donošenje odluka, vještine odbijanja), s obzirom da su deficiti vještina poznati rizični faktori u razvoju problematičnih ponašanja i zlouporabe droga.

3. Alternativne aktivnosti: pretpostavka je da će mladi koji sudjeluju u takvim aktivnostima bez droga zadovoljiti svoje važne razvojne potrebe putem tih aktivnosti.

Ključni faktor je dobrovoljno sudjelovanje u takvim aktivnostima.

4. Identifikacija problema i usmjeravanje na rješavanje: strategija koja uključuje otkrivanje mladih koji su već probali drogu ili razvili ovisnost te njihovo usmjeravanje u odgovarajuće tretmane.

5. Intervencije u zajednici: cilj je povećati stupanj uključenja zajednice u prevenciju zlouporabe droga. Zajednica je važan čimbenik u većini ljudskog ponašanja, pa se ova strategija fokusira na izgradnju suradnje među službama i uključivanje članova zajednice i službi za prevenciju u edukaciju o zlouporabi droga.

6. Okolinski pristup: radi se o promjeni standarda, politike i stavova koji utječu na sistemske i individualne probleme vezane uz uporabu droga.

Ovi sveobuhvatni ciljevi, zadatak su udruženih, interdisciplinarnih i međusobno sinkronizirajućih društvenih faktora: od gospodarsko-političkih programa preveniranja i suzbijanja droge, preko bio-psiho-socijalnih modela liječenja do duhovno-pastoralnog oslobođenja.

Zaključak

Iako su halucinogene supstance iz prirodnih biljnih derivata poznate od davnih vremena, u suvremenom dobu one dostižu zabrinjavajuću rasprostranjenost uporabe novokreiranih psihotropnih supstanci kemijsko-sintetičkog porijekla, kreiranog po laboratorijima, sumnjive „kućne“ proizvodnje i raspačvanih po mračnim ulicama, diskotekama, školama, gradskim trgovima i obiteljskim domovima.

Unatoč trenutnom prividu euforije koje droge nude, one ostavljaju trajne posljedice na osobnom i društvenom planu. Usprkos misli da se od njih pojedinac može u bilo kojem trenutku distancirati, one ga ostavljaju godinama *porobljenog*. Unatoč osobnom trenutnom zadovoljstvu, ostaju trajne posljedice konstantnog pribojavanja kod ovisnikovih bližnjih, budući da se ovisnošću ulazi u začarani vrtlog koji sve uključene povlači sve dublje i dublje u ponor apsolutnog zla sve veće doze tolerancije i sve zahtjevnije intenzivnije mase za kojom ovisnik žudi, dovodeći se u stanje teških zdravstvenih psiho-fizičkih posljedica te potencijalne smrti.

Svjesnost ovog globalnog fenomena je nadasve važna, pokrenute su mnoge državne interventne mjere u namjeri razvoja primjerene strategije prevencije.

Prevencija se sastoji od brojnih aktivnosti: kazneno-pravnih, psiho-socijalnih, bio-medicinskih, te duhovno-pastoralnih.

Na taj način involviraju se sve znanstvene discipline i njihovi akteri u namjeri konstruktivne provedbe prevencije i suzbijanja te pokušaja iz/liječenja i re/socijalizacije.

Ova sveobuhvatna uloga ima za najvažniju zadaću kreiranja boljih socijalnih uvjeta i uzornijih prototipnih modela u kojima će se pojedinac manje truditi pokušati doći do vlastitog samoostvarenja kroz konzumaciju psiho-aktivnih supstanci, već će primjerenim edukativnim i duhovnim pristupima uspjeti iznaći opće vrijednosti koje će mu pomoći u boljem životnom samo-prihvatanju kojim će se uspjeti oduprijeti nuđenom narko-zavodništvu.

Kognitivno-bihevioralna psihologija zastupa stav da „uravnoteženo zadovoljenje psihičkih, materijalnih, socijalnih, bioloških, kulturnih i duhovnih potreba može pomoći u formiranju osobe koja će imati snage za prilagođavanje izazovima suvremenih trendova. Mladi nezadovoljni sobom i/ili svijetom oko sebe, u kojem ne nalaze smisao, svrhu i perspektivu svoga življenja, pod znatno su višim rizikom prihvaćanja droge kao životne alternative“.¹⁷⁰

¹⁷⁰ L. UNKOVIĆ, M. MAJDAK, Zloporaba opojnih droga među adolescentima na području grada Splita, u: *Napredak* 151 (2010.) 1., str. 47.

Stoga je na svima nama da pokušamo svoju okolinu učiniti boljim mjestom za su-život, izbjegavajući pogubne prilike radoznalog upuštanja ili pritiska društva u pogibelj ovisničkog ponašanja.

Koliko će svoju ulogu u toj intenciji uspješno ispuniti policija, pravosuđe, zdravstvo, socijalna skrb, školski sustav, vjerske institucije, mediji, a nadasve obitelj, ovisi isključivo o nama samima. Na nama i našem osjećaju odgovornosti koji moramo preuzeti ili se pomiriti s neizvjesnošću mogućih posljedica, kako za sadašnje tako i za buduće naraštaje.

Naš je etičko-moralni zadatak svjedočiti odgovornost koja nam je dana prema našem vlastitom tijelu i prema su/odgovornosti za bližnjega.

Dok je naša vjerska zadaća jačati se u krjepostima umjerenosti i hrabrosti koje će nas uspjeti zadržati u neovisnoj slobodi od vezanosti na bilo koji *zemaljski užitak* pogubnih posljedica.

Tendencija ovoga rada je bila analizirati višestruku problematičnost koju narkomanija povlači sa/ za sobom. Baveći se i zahtjevnim pitanjima kojima se suvremeno društvo na razini svih socijalno-psiholoških-bio/medicinskih-kazneno-pravnih instanci neprikosoveno i što hitnije mora početi baviti, rad daje sveobuhvatnu analizu svih ovih komponenti. Počeci odgovora se naziru i poneki su se pokazali tijekom sustavnoga bavljenja ovom problematikom. Ljudski faktor je od najviše važnosti za dolazak do odgovora koji moraju biti što više primijenjeni u praksi jer vrijeme i sve zle posljedice ovisnosti gaze sve više ljudi. Kristalno je jasno da je uvijek iznova prevažno isticanje motivirajućeg doprinosa duhovne podrške koju u svemu ovom može pružiti vjera. Jer čovjek s vjerom manje će dolaziti u iskušenje, ali i opet samo čovjek s vjerom može pomoći drugom posrnulome čovjeku bez vjere da je osvijesti, pronađe i svi zajedno ponovno uronimo svoje srce tamo gdje pripada.

Duhovnost daje smisao u besmislu.

Vjera oslobađa u robstvu.

Vjera daje snagu u nemoći.

Na nama je da ju svjedočimo i neprestano razvijamo, kako bi smo se uspjeli oduprijeti svim negativnim stimulansima okoline!

»Pred vas stavljam: život i smrt, blagoslov i prokletstvo. Život, dakle, biraj!« (Pnz 30, 19).

Bibliografija

Zakonodavni izvori

Kazneni zakon, u: *Narodne Novine* 125/11, 144/12, 56/15, 61/15.

Nacionalna strategija suzbijanja opojnih droga u RH, poglavlje 5.4. http://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2012_11_122_2641.html

Prekršajni zakon, u: *Narodne Novine* 107/07, 39/13, 157/13, 110/15.

Zakon o kaznenom postupku u: *Narodne Novine* 152/08, 76/09, 80/11, 121/11, 91/12, 143/12, 56/13, 145/13, 152/14.

Zakon o probaciji, u: *Narodne Novine* 143/12.

Zakon o suzbijanju zlouporabe droga, u: *Narodne Novine* 107/01, 87/02, 163/03, 141/04, 40/07, 149/09, 84/11, 80/13.

VLADA REPUBLIKE HRVATSKE – URED ZA SUZBIJANJE ZLOUPORABE OPOJNIH DROGA VLADE REPUBLIKE HRVATSKE, *Nacionalna strategija suzbijanja zlouporabe opojnih droga u Republici Hrvatskoj za razdoblje od 2006. do 2012. godine*. <http://www.nn.hr/sluzbeni-list/sluzbeni/index.asp>

Djela

AMERIČKA PSIHIJTRIJSKA UDRUGA, *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, DSM –IV*, Naklada Slap, Jastrebarsko, 1996.

ALCOHOLICS ANONYMOUS, *Twelve steps and twelve traditions*, New York City, 2002.

BANDURA, A., *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*, NJ: Prentice-Hall, Englewood Cliffs, 1986.

BRLAS, S., *Važno je ne započeti; neki temeljni pojmovi psihologije ovisnosti*, Zavod za javno zdravstvo „Sveti Rok“ Virovitičko-podravske županije, Virovitica, 2010.

BRLAS, S. Uvodno o ovisnosti, u: S. BRLAS, V. GORJANEC, *Radionice u borbi protiv ovisnosti. Edukacijske i socijalizacijske radionice za djecu i mlade*, Centar za nestalu i zlostavljano djecu – Osijek, Osijek, 2015.

BROUNSTEIN, P. J., ZWEIG, J. M., *Understanding Substance Abuse Prevention: Toward the 21st Century: A Primer on Effective Programs*, Center for Substance Abuse Prevention, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1991.

DAVISON, G., NEALE, J., *Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja*, „Naklada slap“, Jastrebarsko, 1999.

- GORJANAC, V., O projektu „Zajedno u borbi protiv ovisnosti – Okreni leđa ovisnosti“, u: S. BRLAS, V. GORJANEC, *Radionice u borbi protiv ovisnosti. Edukacijske i socijalizacijske radionice za djecu i mlade*, Centar za nestalu i zlostavljenu djecu – Osijek, Osijek, 2015.
- KLARIĆ, D., *Droga - nerješiv problem*; Priručnik za edukatore, Dvotočka, Zagreb, 2010.
- KONGREGACIJA ZA NAUK VJERE, *Naputak poštivanju ljudskog života u nastanku i o dostojanstvu rađanja, Donum vitae – Dar života*, KS, Zagreb, 1997., br. 5.
- KUŠEVIĆ, V., *Zloupotreba droga*, Grafički zavod Hrvatske, Zagreb, 1987.
- LACKOVIĆ-GRGIN, K., *Psihologija adolescencije*, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2006.
- LADEWIG, D., *Ovisnost i ovisničke bolesti. Uzroci, simptomi, terapija*, UPT, Đakovo, 1997.
- MILLER, W. R., ROLLNICK, S., *Motivational Interviewing. Preparing People to Change Addictive Behavior*, Guilford Press, New York, 1991.
- NIDA (National Institute on Drug Abuse), NIDA Research Monograph 30, *Theories on Drug Abuse, Selected Contemporary Perspectives*, Department of Health and Human Services, Maryland, 1980.
- OETTING, E. R., LYNCH, R. S., Peers and the Prevention of Adolescent Drug Use, u: Sloboda, Z., Bukoski, W.J. (ur.), *Handbook of Drug Abuse Prevention - Theory, Science and Practice*, Springer, New York, 2006., str. 101.- 119.
- ORFORD, J., *Excessive appetites: A psychological view of Addictions*, Wiley, New York, 1985.
- PETZ, B., *Psihologijski rječnik*, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2005.
- POZAIĆ, V., *DROGA, Od beznađa do nade*, Centar za bioetiku, Zagreb, 1999.
- PONTIFICAL COUNCIL FOR HEALTH PASTORAL CARE, *Church: Drugs and drug addiction*, Liberia Editrice Vaticana, Città del Vaticano, 2001.
- RADOVIĆ, S., *Prevenција i zaštita od droge; što trebate znati o drogama*, Naklada Žagar, Rijeka, 2004.
- ROBINS, L. N., REGIER, D. A., *Epidemiologic Catchment Area (ECA). Psychiatric Disorders in America*, Free Press: National Institute of Mental Health. Division of Clinical Research, New York, 1991.
- ROSS, V., MARSHALL HAITH, M., MILLER, S. A., *Dječja psihologija: moderna znanost*, Slap, Jastrebarsko, 2004.
- SAKOMAN, S., *Doktor je li istina da trava čisti pluća?*, Sysprint, Zagreb, 1995.
- SAKOMAN, S., *Školski program prevencije ovisnosti*, Agencija za odgoj i obrazovanje, Zagreb, 2004.

SAKOMAN, S., *Prijedlog nacionalne strategije suzbijanja zlouporabe droga u Republici Hrvatskoj*, Vlada RH, Zagreb, 1995.

SAKOMAN, S., *Zlouporaba droga, strategija suzbijanja s posebnim svrhom na studentsku populaciju*, Anali studentskoga centra, Zagreb, 1999.

SHWEBEL, R., *Reći ne nije dovoljno. Kako odgajati djecu da razborito odlučuju o drogama i alkoholu*, „SysPrint“ d.o.o., Zagreb, 1995.

VULETIĆ, S., *Samodestruktivno ponašanje*, Scripta ad usum privatum, Katolički bogoslovni fakultet u Đakovu, Đakovo, Akademska godina 2014./2015.

Zajedno protiv droge, Priručnik za roditelje, Vijeće za prevenciju grada Osijeka, Osijek, 2011.

ZAREVSKI, P., Psihološki aspekti ovisnosti mladih, u: *Zajednički protiv ovisnosti*, Republika Hrvatska, Ministarstvo rada i socijalne skrbi Republički fond socijalne zaštite, Pula, 1995.

Članci

AJDUKOVIĆ, M., Stil odgoja u obitelji kao faktor delinkventnog ponašanja djece, u: *Primijenjena psihologija* 11 (1990.), str. 47.-54.

BRAJŠA-ŽGANEC, A., RABOTEG-ŠARIĆ, Z., GLAVAK, R., Gender Differences in the relationship between some family characteristics and adolescent substance abuse, u: *Društvena istraživanja* 58-59 (2002.), str. 335.-352.

BROOK, J. S., BROOK, D. W., GORDON, A. S., WHITEMAN, P. The psychosocial etiology of adolescent drug use: A family interactional approach, u: *Genetic, Social, and General Psychology Monographs* 116 (1990.) 2., str. 110.-267.

BULJAN, D., BUNDALO-VRBANAC, D., GELO, J., Interakcija psihoterapije i farmakoterapije kod bolesti ovisnosti, u: *Medix: specijalizirani medicinski dvomjesečnik* 19 (2013.) 104/105, str. 252.-260.

BUTORAC, K., ROGAR, A., Neformalna i formalna socijalna kontrola u domeni centra za prevenciju ovisnosti, u: *Kriminologija i socijalna integracija* 10 (2002.) 2., str. 119.-128.

CONNOCK, M., JUAREZ-GARCIA, J., JOWETT, S. i sur., Methadone and buprenorphine for the management of opioid dependence: a systematic review and economic evaluation, u: *Health Technology Assessment* 11 (2007.), str. 1.-171.

CVITKOVIĆ, J., Mladi i ovisnost, u: *Počeci - časopis bogoslova Franjevačke provincije Presvetog Otkupitelja* 3 (1998.) 1., str. 13.-18.

DEGEL, D., KOVČO, I., Tretman ovisnika o drogama na području Republike Hrvatske, u: *Kriminologija & socijalna integracija : časopis za kriminologiju, penologiju i poremećaje u ponašanju* 8 (2000.) 1-2., str. 123.-136.

- FABIJANIĆ, S., Obitelj i škola u borbi protiv ovisnosti, u: *Revija za socijalnu politiku* 3 (1996.) 2., str. 177.-180.
- FERIĆ- ŠLEHAN, M., Rizični i zaštitni čimbenici u obiteljskom okruženju: razlike u procjeni mladih i njihovih roditelja, u: *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja* 44 (2008.) 1., str. 15.-26.
- FLEMING, M., MANWELL, L. B., Brief intervention in primary care settings. A primary treatment method for at-risk, problem, and dependent drinkers, u: *Alcohol Research & Health* 23 (1999.) 2., str. 128.-137.
- GIBSON, A. E., DORAN, C. M., BELL, J. R., RYAN, A., LINTZERIS, N., A comparison of buprenorphine treatment in clinic and primary care settings: a randomised trial, u: *Medical Journal of Australia* 179 (2003.), str. 38.-42.
- HURD, P., JOHNSON, C.A.; PECHACEK, T., Prevention of cigarette smoking in seventh grade students, u: *Journal of Behavioral Medicine* 3 (1980.), str. 15.-28.
- ITKOVIĆ, Z., Roditelji kao odgojitelji – uloga obiteljskog odgoja u prevenciji zloupotrebe droga, u: *Društvena istraživanja* 4-5 (1995.), str. 575.-586.
- IVANDIĆ ZIMIĆ, J., MIKULIĆ, S., Kaznena politika i prevencija ovisnosti o drogama među mladima, u: *Kriminologija i socijalna integracija* 18 (2010.) 2, 1-104., str. 63.-76.
- IVANIĆ ZIMIĆ, J., Žene ovisnice – razlike u obilježjima obitelji i obilježjima psihosocijalnog razvoja između žena, u: *Kriminologija i socijalna integracija* 19 (2011.) 2., str. 57.-71.
- JANDRIĆ, A., BUĐANOVAC, A., Prevencija zlouporabe droga u RH: je li naša zajednica bespomoćna?, u: *Kriminologija & socijalna integracija: časopis za kriminologiju, penologiju i poremećaje u ponašanju* 12 (2004.) 1., str. 71.-82.
- JURETIĆ, B., U prvom planu: droga, u: *Nova tribina* 2 (1990.), str. 4.
- KAKKO, J., GRÖNBLADH, L., DYBRANDT-SVANBORG, K. i sur. A Stepped Care Strategy Using Buprenorphine and Methadone Versus Conventional Methadone Maintenance in Heroin Dependence: A Randomized Controlled Trial, u: *American Journal of Psychiatry* 164 (2007.), str. 797.-803.
- KNOTEK IVETA, Ž., MALOIĆ, S., Program stručnog rada s ovisnicima o drogama u odgojnom zavodu Turopolje, u: *Kriminologija i socijalna integracija* 8 (2000.) 1-2., str. 117.-122.
- KORIATH, G., Das programmierte Versagen. An Fehlersuch in der deutschen Drogenpolitik, u: *Kriminalistik* 46 (1992.) 7., str. 420-430.
- KOSTEN, T., ROUNSAVILLE, B., KLEBER, H., Parental alcoholism in opioid addicts, u: *Journal of Nervous and Mental Disease* 173 (1985.), str. 461.-469.

- KRANTZ, M. J., MEHLER, P. S., Treating opioid dependence: Growing implications for primary care, u: *Archives of Internal Medicine* 164 (2004.), str. 277.-288.
- MARTINAC, M., MARKIĆ, J., KARLOVIĆ, D., MEŠTROVIĆ, J. Prepoznavanje i liječenje trovanja sintetičkim („klupskim“) drogama, u: *Paediatrica Croatica* 51 (2007.) 1., str. 5-10.
- MIHIĆ, J., MUSIĆ, T., BAŠIĆ, J., Obiteljski rizični i zaštitni čimbenici kod mladih nekonzumenata i konzumenata sredstava ovisnosti, u: *Kriminologija & socijalna integracija: časopis za kriminologiju, penologiju i poremećaje u ponašanju* 21 (2013.) 1., str. 49.-63.
- MILIŠA, Z., TOLIĆ, M., Kriza odgoja i ekspanzija suvremenih ovisnosti, u: *Medijanali*, 4 (2010.) 8., str. 135.-164.
- MILROY, C. M., Ten years of ecstasy, u: *Journal of the Royal Society of Medicine* 92 (1999.) str. 68.-72.
- NENADIĆ BILAN, D., Strategije prevencije ovisnosti o drogama, u: *Magistra Iadertina* 7 (2012.) 7., str. 35.-53.
- PAČIĆ TURK, LJ., Prevencija ovisnosti s aspekta teorije socijalnog učenja i kognitivne psihologije, u: *Klinička psihologija* 1 (2008.) 1.-2., str. 39.-58.
- POZAIĆ, V., Ovisnost o drogi kao moralno pitanje, u: *Crkva u svijetu* 26 (1991.) 2-3., str. 184.-192., Ovdje: str. 184.
- RABOTEG-ŠARIĆ, Z., SAKOMAN, S., BRAJŠA-ŽGANEC, A., Stilovi roditeljskog odgoja, slobodno vrijeme i rizično ponašanje mladih, u: *Društvena istraživanja* 2-3 (2002.), str. 215.-238.
- REUTER, P., What drug policies cost. Estimating government drug policy expenditures, u: *Addiction*, 101 (2006.) 3., str. 315.-322.
- SAKOMAN, S., Liječenje ovisnosti-najvažniji element Nacionalne strategije suzbijanja zlouporabe opojnih droga, u: *Medix* 43 (2002.), str. 95.-102.
- SAKOMAN, S., BRAJŠA-ŽGANEC, A., GLAVAK, R., Indikatori ranog prepoznavanja visokorizične populacije hrvatske mladeži u odnosu na zluporabu sredstava ovisnosti, u: *Društvena istraživanja* 2-3 (2002.), str. 291. -310.
- TILJAK, H., NERALIĆ, I., CEROVEČKI, V., KASTELIC, A., OŽVAČIĆ ADŽIĆ, Z., TILJAK, A., Mogućnosti u liječenju ovisnika o opijatima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i obiteljskoj medicini, u: *Acta Medica Croatica* 66 (2012.), str. 295.-301.
- TRIPALO, D., Kaznenopravni aspekti zlouporabe droga, u: *Hrvatski ljetopis za kazneno pravo i praksu* 10 (2003.) 2., str. 553.- 585.
- UNKOVIĆ, L., MAJDAK, M., Zluporaba opojnih droga među adolescentima na području grada Splita, u: *Napredak* 151 (2010.) 1., str. 45.-68.

VOLENIK, A., Program 12 koraka kao odgovor na moderna ovisnička ponašanja, u: *Obnovljeni život: časopis za filozofiju i religijske znanosti* 69 (2014.) 4., str. 487.-508.

VOLENIK, A., Duhovnost anonimnih alkoholičara i pastoralno savjetovanje, u: *Obnovljeni život* 70 (2015.) 1., str. 55.-67.

ZACHER, H. L., Perspektiven der Rauschgiftbekämpfung aus Sicht der Polizei, u: *Polizei* 84 (1993.) 9., str. 221.- 225.

Internet izvori

<http://cnzd.org/projekti/zajedno-u-borbi-protiv-ovisnosti-okreni-leda-ovisnosti> (stranica konzultirana 1.4.2017.)

<http://www.dare.com/> (stranica konzultirana 11.6.2017.)

<https://drogeiovisnosti.gov.hr/> (stranica konzultirana 16.6.2017.)

<http://www.geocities.com/barbun88/fax/Bioloskeosnoveovisnosti.htm>. (stranica konzultirana 15.5.2017.)

<https://www.hzjz.hr/> (stranica konzultirana više puta tijekom svibnja/2017.)

<http://proleksis.lzmk.hr/49069/> (stranica konzultirana 1.5.2017.)

https://www.unodc.org/pdf/research/wdr07/WDR_2007.pdf (stranica konzultirana 1.3.2017.)

<http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/psihijatrija/lijekovi-droge-i-ovisnost/ovisnost-o-opijatima> (stranica konzultirana 6.5.2017.)

<http://www.na.org/> Anonimni narkomani, <http://www.na-croatia.org/index.htm> (stranica konzultirana 11.5.2017.)

<https://www.nih.gov/about-nih/what-we-do/nih-almanac/national-institute-drug-abuse-nida> (stranica konzultirana 7.4.2017.)

<http://www.unodc.org/wdr2016/> (stranica konzultirana 6.3.2017.)

https://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2009/WDR2009_eng_web.pdf (stranica konzultirana 7.4.2017.)

<https://vlada.gov.hr/UserDocsImages//Sjednice/2016/5%20sjednica%20Vlade//5%20-%206.pdf> (stranica konzultirana 16.4.2017.)

http://www.uredzadroge.hr/upload/File/Dokumenti/Nacionalni%20program%20prevencije%20ovisnosti/Nacionalni_program_prevencije_ ovisnosti_s_koricom.pdf (stranica konzultirana 9.3.2017.)

POPIS USTANOVAZA SPREČAVANJE I LIJEČENJE OVISNOSTI

Čakovec - Savjetovalište u Centru za socijalni rad - V.Nazora 16 tel. 040/312 619, 040/312 422, fax. 0401314 273

Dubrovnik - Centar za sprečavanje i liječenje ovisnosti - Dr. A. Starčevića 41 tel. 0201416 213, fax. 0201351 026, 0201351 056

Poreč Centar za sprečavanje i liječenje ovisnosti - Dom zdravlja tel.0521451 611. 052/434 954. fax.052/451 535

Pula - Centar za sprečavanje i liječenje ovisnosti - Jurice Kalca 20 tel/fax. 0521217 501

Rijeka - Centar za sprečavanje i liječenje ovisnosti u Domu zdravlja - Braće Monjac 5 tel. 0511261 403. teUfax.0511261 098

Split - Zavod za bolesti ovisnosti Sv. Kajo, 21210 Solin tel.021/217 979,0211213 279

Šibenik - Centar za sprečavanje i liječenje ovisnosti - Prilaz tvornici 39 tel/fax. 022/215 097

Varaždin - Centar za sprečavanje i liječenje ovisnosti - Pavlinska ulica 8 tel. 0421320 969, fax.042210 343

Zadar - Centar za sprečavanje i liječenje ovisnosti - Ravnice bb tel. 023 | 3 | 4 560, teVfax. 023 13 L 4 7 83

Zagreb - Državni centar za za sprečavanje i liječenje ovisnosti - Sestre milosrdnice" pri KB - Vinogradska cesta 29 tel/01/3787 7 50, fax. 0137 69 067

Centar za alkoholizam i druge ovisnosti u Bolnici Vrapče - Bolnička 32 tel. 01/3780 780,01/3780 781, fax.01/154 317

Savjetovalište grada Zagreba - Park prijateljstva I tel.01/13832 343

Zajednica "Susret" Solin - Stari Pazat 2 tel: 021 1361 200, 0211345 288, fax: 021 1361 311

Terapijska zajednica u Čista Velika, - za ovisnike Đakovačka Breznica Bieznica (Paučje) - za ovisnike na Čiovu (Trogir) - za ovisnice Reto Centar - Rupotine bb, Klis, tel 0211240 422 I Resnički gaj 20, Zagreb, tel: 01 12947 125

Terapijska zajednica "Comunita Cenacolo" Ugljane, tel: 021 /364 037, 021 137 6 r28 Ugljani, Župna kuća Tugare tel: 0211874 511, Gospodarska bb, Varaždin, tel : 0421 240 656; Zagreb, Franjevački samostan, Brodograditeljska aleja 2

Teen Challenge - "Izazov mladeži" 10342 Marinkovac G. 58 TZ; za ženske ovisnice - Dobranova 42a' 52202 (Pula) ,tel 0521574 927; Teen Challenge Split, tel 0211521 449

Đakovo - Biblioterapija, logoterapija i rehabilitacija ovisnika Botičeva 4.

Centar za duhovnu Pomoć Zagreb, Vodnikova 2llll, tel/fax 0114829 829 Terapijska zajednica
tel:051/856 547 Župni ured, Krk tel:051/844 187

Terapijska zajednica Papa Giovanni XXII Orah - Vrgorac 0991477 802

Remar - Zagreb, Hrastov gaj 9, tel: 011244 5159 Zagreb, Midevac 194,tel 01/1731 991