



SMJERNICE ZA PSIHOSOCIJALNI TRETMAN OSOBA S PROBLEMOM OVISNOSTI

HRVATSKI ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO

Zagreb, prosinac 2025.

Sadržaj

1. Uvod	3
1.1 Analiza stanja.....	3
1.2. Svrha Smjernica	7
1.3. Metodologija izrade Smjernica.....	8
1.4. Načela psihosocijalnog tretmana	10
2. Pristup psihosocijalnom tretmanu	11
2.1. Provedba Smjernica u zdravstvenom sustavu.....	11
2.2. Provedba Smjernica u sustavu socijalne skrbi.....	13
2.3. Provedba Smjernica u penalnom sustavu	14
3. Klasifikacija psihosocijalnih intervencija.....	16
4. Psihosocijalne intervencije kod pojedinih korisničkih skupina.....	24
4.1. Opća populacija	24
4.2. Žene s problemom ovisnosti/majke/dojilje.....	26
4.3. Maloljetne osobe u riziku od razvoja ovisnosti	27
4.4. Osobe s dualnim poremećajima.....	28
4.5. Politoksikomanija (višestruka ovisnost)	28
4.6. Konzumenti stimulansa	29
4.7. Ponašajne ovisnosti	30
5. Tablica prikladnih psihosocijalnih intervencija u odnosu na vrstu ovisnosti i ciljanu skupinu.....	33
6. Izvještavanje	36
7. Evaluacija	36
8. Standardi za provedbu, etički kodeks i povjerljivost podataka	36
9. Osiguranje i praćenje provedbe Smjernica	38
10. Literatura	38

1. Uvod

1.1 Analiza stanja

Procjenjuje se da građani Europske unije svake godine troše oko 30 milijardi eura na droge. Troškovi ovisnosti o drogama vrlo su visoki kako za pojedinca tako i za društvo, a uključuju područje javne sigurnosti, sprječavanje zlouporabe droga i tretman ovisnosti, okoliš i radnu produktivnost. Procjenjuje se da je otprilike 83,4 milijuna ili 29 % odraslih osoba (u dobi od 15 do 64 godine) u Europskoj uniji barem jedanput u životu konzumiralo drogu, pri čemu je više muškaraca (50,5 milijuna) nego žena (33 milijuna) prijavilo konzumaciju droge (*Europski centar za praćenje droga i ovisnosti o drogama*, 2022.).

Alkohol je jedan od prioritarnih javnozdravstvenih izazova; treći je vodeći svjetski uzrok lošeg zdravlja i preuranjene smrtnosti te je smrtnost povezana s konzumacijom alkohola veća od smrtnosti koja je posljedica uporabe duhana i droga. Europska regija dio je svijeta s visokom potrošnjom alkohola i neželjenim zdravstvenim i društvenim posljedicama. Godišnje se u Hrvatskoj hospitalizira oko 8.500 muškaraca i oko 1.200 žena zbog problema s alkoholom. Najveći broj hospitalizacija je u dobnoj skupini od 50 do 59 godina, a zatim u dobnoj skupini od 40 do 49 godina. Prema istraživanju „Zlouporaba sredstava ovisnosti u općoj populaciji Republike Hrvatske“ iz 2019. godine prevalencija konzumacije alkohola bila je veća kod muškaraca nego kod žena – životna prevalencija konzumacije alkohola bila je 94,1% kod muškaraca te 87,6% kod žena.

Pušenje, odnosno uporaba duhanskih ili ostalih srodnih proizvoda na način da se udiše dim nastao njihovim izgaranjem, danas se smatra glavnim rizičnim zdravstvenim čimbenikom koji se može spriječiti. Svjetska zdravstvena organizacija upozorava da svakih osam sekundi u svijetu umire jedan čovjek uslijed posljedica štetnog djelovanja duhana. Podatci za Hrvatsku pokazuju da duhan puši 38,4% ispitanika; među mlađim odraslima 40,6 % osoba trenutačno su pušači. Odraslih koji trenutačno puše bilo je relativno najviše u dobnoj skupini između 25 i 34 godina (43,6 %). Muškarci su relativno češće pušači od žena (42,2 % muškaraca naspram 35,7 % žena). Više od polovine odraslih nekada je u životu pušilo duhan (60,6 %) (Štimac Grbić i Tkalić, 2020.).

Glede kockanja, Hrvatska se odlučila za liberalan pristup u priređivanju igara na sreću, a što se značajno odrazilo na porast dostupnosti igara na sreću, posebno sportskog klađenja i igara na automatima. Danas u Republici Hrvatskoj djeluje 19 kasina, 362 automat kluba (s ukupno čak 12.016 automata) te 1.303 uplatnih mjesta kladionica. Razvojem tehnologija proširili su se modaliteti i mogućnosti sudjelovanja u igrama na sreću te je danas u gotovo svim igrama na sreću moguće sudjelovati putem interneta (kod kuće), a i kladiti se putem samoposlužnih terminala (tzv. kladomata) koji su najčešće smješteni u ugostiteljskim objektima. Zakonom o igrama na sreću („Narodne novine“, br. 87/09, 35/13, 158/13, 41/14, 143/14, 114/22 i 72/25) regulirano je tržište igara na sreću te su sve igre zabranjene mlađima od 18 godina. Muškarci pet puta češće imaju problem s kockanjem nego žene, a problem je izraženiji u malim i srednjim gradovima i ruralnom području nego u velikim gradovima; stav 61% ispitanika je da kockanje nije bezopasan oblik zabave, a oko 35% ispitanika osoba je izjavilo da poznaje osobu koja ima probleme radi kockanja (Štimac Grbić i Tkalić, 2020.).

Prioriteti i posebni ciljevi politike prema ovisnostima definirani su Nacionalnom strategijom djelovanja na području ovisnosti za razdoblje do 2030. („Narodne novine“, broj 18/23) te su usmjereni na smanjenje ponude i potražnje droga, štetne uporabe alkohola, prevalencije pušenja, kao i pojave ponašajnih ovisnosti, a kako bi se kroz integrirani i uravnoteženi pristup pružila odgovarajuća zaštita života i zdravlja djece, mladih, obitelji i pojedinca, a s tim u vezi i unaprijedila kvaliteta tretmana ovisnosti o drogama, alkoholu, duhanu te ponašajnim ovisnostima.

Tretman ovisnosti podrazumijeva strukturirane farmakološke i/ili psihosocijalne intervencije usmjerene na pomoć osobama s ciljem unapređenja njihovog psihološkog, medicinskog i socijalnog

statusa. U Republici Hrvatskoj tretman osoba s problemom ovisnosti primarno se provodi u zdravstvenom sustavu, a određeni oblici psihosocijalnog tretmana provode se i u sustavu socijalne skrbi, terapijskim zajednicama i udrugama te unutar zatvorskog i probacijskog sustava. Unutar zatvorskog i probacijskog sustava, kao i unutar većine terapijskih zajednica, primjenjuje se i farmakoterapija, no u pravilu u suradnji sa zdravstvenim sustavom. Unutar zdravstvenog sustava tretman je podijeljen na bolnički i izvanbolnički sustav. Tretman u bolničkom sustavu osigurava se osobama koje zlorabe droge, alkohol i imaju problem ovisnosti o kockanju te koje žele uspostaviti apstinenciju, a imaju znatne fizičke i psihičke komorbiditete. Za osobe s problemom ovisnosti o drogama koje se mogu motivirati za potpuno odvikavanje postoji mogućnost pružanja usluga u domu za djecu ili odrasle osobe ovisne o alkoholu, drogama i drugim opojnim sredstvima te terapijskim zajednicama. Nadalje, tretman provodi se i u zatvorskim ustanovama, što je odgovornost Ministarstva pravosuđa, uprave i digitalne transformacije, a glavni princip tretmana u zatvorskom sustavu je osigurati osobama s problemom ovisnosti odgovarajući tretman po jednakim načelima i uvjetima kao i u sustavu zdravstva. U sklopu probacije se ne provodi psihosocijalni tretman osoba s problemom ovisnosti, nego samo pojedine intervencije usmjerene na uključivanje takvih osoba u postojeće oblike psihosocijalnog tretmana u zdravstvenom i socijalnom sustavu te u svrhu motiviranja počinitelja kaznenog djela za ustrajnost u tretmanu.

Ovisnost je kronično, recidivirajuće stanje s kompleksnim medicinskim i psihosocijalnim problemima, koje zahtijeva dugoročno liječenje farmakoterapijskim i psihosocijalnim intervencijama prema individualno procijenjenim potrebama.

Prethodnih godina je osnovni cilj tretmana ovisnosti bio smanjenje štete na razini društva i pojedinca, a kod opijatske ovisnosti sigurnija intravenska uporaba droga i sprječavanje predoziranja. Time je smanjena stopa krvlju prenosivih infekcija i smrti zbog predoziranja dok je temeljem novih neuroznanstvenih istraživanja o bolesti ovisnosti unutar EU cilj tretmana modificiran u oporavak (Maremmanni i sur., 2011., Uchtenhagen i Schaub, 2011.) pojedinca s individualno planiranim ciljevima.

Oporavak od ovisnosti je cilj ili ishod tretmana, a temeljem konsenzusa stručnjaka mjeri se u različitim područjima koja obuhvaćaju sve aspekte oporavka i uključuju javnozdravstvene i individualne pokazatelje. Javnozdravstvena područja oporavka su smrtnost, smanjenje štete i uključenost u društvo s mjerama oporavka - stopa smrtnosti, smanjenje kriminala i virusnih infekcija te zaposlenost. Individualna područja oporavka su retencija, apstinencija, kvaliteta života, odnosi s obitelji/prijateljima, značajna promjena kvalitete života te stabilni odnosi.

Tako je primjerice javnozdravstveni indikator smanjenja stope smrtnosti direktno visoko povezan s heroinom i kokainom, alkoholom i duhanom te indirektno alkoholom i problematičnim kockanjem (suicidi). Smanjenje štete od ovisnosti i ovisničkih ponašanja uključuje smanjenje kriminalnih radnji koje su visoko povezane s većinom sredstava ovisnosti (osim s nikotinom) i ovisničkim ponašanjima te smanjenje rizičnih ponašanja za virusne infekcije povezane s intravenskom uporabom droga, prvenstveno heroina i kokaina, ali i alkoholom zbog povećanja rizičnih spolnih odnosa. Pokazatelj uključenosti u društvo je zaposlenost koja je visoko povezana s oporavkom od većine (osim s nikotinom) sredstava ovisnosti i ovisničkih ponašanja.

Da bi bio učinkovit, tretman ovisnosti o drogama trebao bi slijediti nekoliko načela potvrđenih istraživanjem i praksom, a koja je 2006. godine sažeo te 2018. godine modificirao američki Nacionalni institut za zlouporabu droga (*National Institute on Drug Abuse* (NIDA), 2018.):

1. Ovisnost je složena, ali izlječiva bolest koja utječe na rad mozga i ponašanje.
2. Nijedan pojedinačni pristup/tretman nije prikladan za sve.

3. Tretman mora biti lako dostupan.
4. Učinkoviti tretman odgovara na višestruke potrebe pojedinca, a ne samo njegovu zlouporabu droga (Da bi bio učinkovit, tretman se mora baviti zlouporabom droga pojedinca i svim povezanim medicinskim, psihološkim, socijalnim, obrazovnim, radnim i pravnim problemima pojedinca).
5. Ključno je ostati u tretmanu kroz odgovarajuće vremensko razdoblje.
6. Bihevioralne terapije - uključujući individualno, obiteljsko ili grupno savjetovanje - najčešće su korišteni oblici tretmana zlouporabe droga.
7. Lijekovi su važan element tretmana za mnoge osobe s problemom ovisnosti, posebno u kombinaciji sa savjetovanjem i drugim bihevioralnim terapijama.
8. Individualni plan tretmana i usluga mora se kontinuirano procjenjivati i mijenjati po potrebi kako bi se osiguralo da zadovoljava klijentove promjenjive potrebe.
9. Mnoge osobe s problemom ovisnosti o drogama imaju i druge psihičke poremećaje.
10. Medicinski potpomognuta detoksikacija tek je prva faza tretmana ovisnosti i sama po sebi ne mijenja dugotrajnu zlouporabu droga.
11. Tretman ne mora biti dobrovoljan da bi bio učinkovit.
12. Uporaba lijekova tijekom tretmana mora se kontinuirano pratiti jer se tijekom tretmana javljaju recidivi (posrnuća).
13. Programi tretmana trebali bi uključivati testiranje pacijenata na prisutnost HIV/AIDS-a, hepatitisa B i C, tuberkuloze i drugih zaraznih bolesti, kao i pružiti ciljano savjetovanje o smanjenju rizika te po potrebi povezati pacijente s uslugama liječenja ovih bolesti.

1.1.1. Zdravstveni sustav

Temeljni oblik organizacije tretmana ovisnosti u Hrvatskoj je izvanbolničko liječenje koje se provodi u službama za zaštitu mentalnog zdravlja, prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti pri županijskim zavodima za javno zdravstvo (u daljnjem tekstu: Služba), u okviru kojih se pružaju usluge osobama s problemom ovisnosti o drogama te povremenim konzumentima i eksperimentatorima.

U okviru Službi stručna pomoć se pruža i osobama s problemom ovisnosti o alkoholu, kockanju, duhanu te drugim ovisničkim ponašanjima. U izvanbolničkom tretmanu bolesti ovisnosti primjenjuje se stručno usuglašeni *hrvatski model* koji u provođenju tretmana osoba s problemom ovisnosti podrazumijeva stalnu suradnju i zajedničko djelovanje službi za zaštitu mentalnog zdravlja, prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti i liječnika primarne zdravstvene zaštite/timova obiteljske medicine. Tim modelom omogućena je široka dostupnost tretmana kroz sustav primarne zdravstvene zaštite uz istodobno osiguranje stručnog vođenja specijalista, integrirana je sveobuhvatna skrb o ovisnicima te omogućena destigmatizacija.

Osim izvanbolničkog liječenja provodi se i bolničko liječenje i tretman na specijaliziranim odjelima u općim ili psihijatrijskim bolnicama. Bolničko liječenje traje od 16 dana (u Kliničkom bolničkom centru Sestre milosrdnice) do 3 mjeseca (u Klinici za psihijatriju Vrapče). Provođenje programa tretmana u bolnicama uključuje postupak detoksikacije od svih vrsta psihoaktivnih tvari.

Pored navedenog, kod ovisnosti o drogama, alkoholu i kockanju provodi se i psihosocijalni tretman ovisnosti koji može biti grupni i individualni te obiteljski i uključivati različite intervencije kao što je

upravljanje slučajem, psihoedukacija, motivacijski intervju, savjetovanje, tzv. *contingency management* (pristup nagrade i kazne), prevencija recidiva, trening vještina te različiti psihoterapijski pristupi, ovisno o dodatnim edukacijama terapeuta koji ih provode (kognitivno-bihevioralna terapija, psihodinamska psihoanalitička psihoterapija, gestalt, logoterapija, sistemska obiteljska, integrativna, transakcijska te neurolingvistička psihoterapija (NLPt) i dr.).

U okviru zdravstvenog sustava na razini primarne zdravstvene zaštite potrebno je provoditi AUDIT trijažni upitnik za otkrivanje osoba u riziku od razvoja ovisnosti o alkoholu te kratku intervenciju, a isto se preporučuje i u odnosu na ostale vrste ovisnosti (Svjetska zdravstvena organizacija (SZO), 2017.).

1.1.2. Sustav socijalne skrbi

U sustavu socijalne skrbi kod suzbijanja zlorabe sredstava ovisnosti provode se različite usluge u okviru različitih ustanova, što uključuje Hrvatski zavod za socijalni rad (u daljnjem tekstu: HZSR), obiteljske centre s područnim uredima po gradovima i županijama, domove socijalne skrbi, centre za pružanje usluga u zajednici, terapijske zajednice i domove za osobe s problemom ovisnosti.

Psihosocijalni tretman bi trebao dovesti do promjene korisnika u psihičkom i socijalnom funkcioniranju prema definiranim ciljevima. Promjena može biti kognitivna, promjena ponašanja i promjena društvenih mjera i politike, kao i okolnosti (uvjeta). Kognitivne promjene odnose se na stjecanje novih znanja, usvajanje i uvježbavanje vještina, promjene u stavovima i uvjerenjima, promjene u motivaciji, promjene u očekivanjima od samog sebe i druge promjene. Promjene ponašanja odnose se na promjene nepoželjnog ponašanja i uvođenje novih oblika djelovanja te promjene odluka.

Stručni suradnici u sustavu socijalne skrbi sudjeluju u programima tretmana osoba s problemom ovisnosti te u njihovoj rehabilitaciji i resocijalizaciji. U sustavu socijalne skrbi prema rizičnoj skupini djece i mladeži poduzimaju se mjere obiteljsko-pravne zaštite, bilo da se radi o djeci iz rizičnog obiteljskog okruženja ili o djeci i mladeži rizičnog ponašanja. Važna je uloga HZSR u provođenju posebnih obveza koje može uvjetovati državni odvjetnik za mladež u preliminarnom postupku ili se može izreći kao odgojna mjera kada je maloljetnik ili mlađi punoljetnik počinio prekršaj ili kazneno djelo u vezi s drogom. Također za osobe s problemom ovisnosti koje se može motivirati za potpuno odvikavanje postoji mogućnost korištenja usluga iz centara za pružanja usluga u zajednici te domova za ovisnike¹ i terapijskih zajednica.

Pojedini oblici tretmana provode se i u udrugama i terapijskim zajednicama koje su ustrojene i djeluju kao udruge.

Ujedno se u Republici Hrvatskoj od travnja 2007. godine, kao dio cjelokupnog sustava tretmana osoba s problemom ovisnosti o drogama, provodi Projekt resocijalizacije koji osigurava intervencije s ciljem socijalnog uključivanja osoba u život u zajednici nakon završenog tretmana u zdravstvenoj ustanovi, odvikavanja od ovisnosti u terapijskoj zajednici ili izvršene kazne zatvora, a uključuje psihosocijalnu podršku, završetak školovanja, prekvalifikaciju i zapošljavanje, pomoć pri rješavanju stambenog pitanja ili organiziranog stanovanja rehabilitiranih osoba s problemom ovisnosti te druge oblike socijalnih intervencija.

1.1.3. Penalni sustav

Osnovno načelo suzbijanja zlorabe droga u zatvorskom sustavu je istovjetno onome u zajednici, a to je načelo smanjenja ponude i potražnje droga, što uključuje mjere prevencije ovisnosti, prepoznavanja te tretman ovisnosti, sprječavanja unosa droge i drugih psihoaktivnih tvari, uključujući alkohol. Kao i kod ovisnosti o drogama, mjere prevencije te tretmana ovisnosti primjenjuju se i kod

¹ Trenutačno je u Republici Hrvatskoj registriran samo jedan dom za ovisnike (Dom za ovisnike- Zajednica Susret)

ovisnosti o alkoholu i ovisnosti o kockanju. Kratkoročni ciljevi tretmana ovisnosti vezani su uz motiviranje zatvorenika za uključivanje u odgovarajuće programe, a dugoročni ciljevi su rehabilitacija i resocijalizacija osuđenih osoba s problemom ovisnosti, njihovo zdravstveno zbrinjavanje te zadržavanje u programima u zajednici nakon otpuštanja s izvršavanja kazne, kroz povezivanje s institucijama i udrugama koje provode kompatibilne programe. U zatvorskom sustavu dostupno je nekoliko različitih programa koji se međusobno kombiniraju i nadopunjuju u skladu s potrebama osoba s problemom ovisnosti, a u koje se zatvorenike uključuje na temelju procjene stručnog tima kaznenog tijela. Uz farmakoterapiju i druge mjere liječenja primjenjuju se strukturirani i polustrukturirani programi psihosocijalnog tretmana (grupno ili individualno) te programi koji podržavaju proces oporavka (radni i obrazovni programi, strukturiranje slobodnog vremena). Psihosocijalni tretman dostupan je primarno osobama koje se nalaze na izvršavanju pravomoćnih presuda, dok su zatvorenicima u istražnom zatvoru dostupni farmakoterapija i druge mjere, te je primjena psihosocijalnog tretmana ograničena je zbog presumpcije nevinosti i neizvjesne dužine boravka u kaznenom tijelu.

U sklopu obavljanja probacijskih poslova važno je uključiti osobe s problemom ovisnosti u izradu i provedbu individualnih planova, objasniti vezu između ovisnosti i činjenja kaznenih djela te im pružiti pomoć u postizanju pozitivnih promjena. U sklopu probacije u pravilu se ne provodi psihosocijalni tretman osoba s problemom ovisnosti u užem smislu, nego samo pojedine intervencije usmjerene na uključivanje osoba s problemom ovisnosti u postojeće oblike psihosocijalnog tretmana u zdravstvenom i socijalnom sustavu te u svrhu motiviranja počinitelja kaznenog djela za ustrajnost u tretmanu. Stoga je u osiguravanju potrebnih oblika psihosocijalnog tretmana ovisnosti, probacijska služba prvenstveno usmjerena na usku suradnju sa svim pružateljima različitih oblika psihosocijalnog tretmana namijenjenih osobama s problemom ovisnosti u sklopu zdravstvenog i socijalnog sustava.

1.2. Svrha Smjernica

Vizija Smjernica za psihosocijalni tretman osoba s problemom ovisnosti (u daljnjem tekstu: Smjernice) je osigurati pružanje usluge učinkovitog tretmana osoba s problemom ovisnosti koji je usmjeren na smanjenje potrebe za sredstvima ovisnosti te jačanje kapaciteta osobe za promjenom.

Glavni cilj Smjernica je osigurati kvalitetu tretmana ovisnosti o drogama, alkoholu, duhanu i ponašajnih ovisnosti putem definiranja i standardiziranja na dokazima utemeljenih psihosocijalnih intervencija.

Posebni ciljevi usmjereni su na:

1. definiranje na dokazima učinkovitih psihosocijalnih intervencija u zdravstvenom, socijalnom i penalnom sustavu
2. osiguranje najbolje moguće kvalitete usluge u okviru psihosocijalnog tretmana osoba s problemom ovisnosti u skladu s njihovim individualnim potrebama
3. unaprjeđivanje suradnje među pružateljima usluga psihosocijalnog tretmana, kako između državnih institucija i nevladinog sektora, tako i među državnim institucijama iz različitih sustava
4. provedbu evaluacije psihosocijalnog tretmana ovisnosti uključujući i evaluaciju samih psihosocijalnih intervencija.

Ciljana populacija na koju se primjenjuje psihosocijalni tretman opisan u Smjernicama su osobe koje zlorabe droge, što podrazumijeva maloljetne i punoljetne osobe sa štetnom uporabom droga te osobe s ostalim vrstama ovisnosti poput ovisnosti o duhanu, alkoholu i ponašajnim ovisnostima.

Stručnjaci koje obvezuje provedba Smjernica su:

1. Djelatnici u zdravstvenom sustavu - zdravstveni djelatnici - liječnici psihijatri, obiteljski liječnici i drugi ovlašteni liječnici koji provode tretman osoba s različitim stupnjevima problema ovisnosti, medicinske sestre/tehničari te zdravstveni suradnici - psiholozi, socijalni radnici, socijalni pedagozi, radni terapeuti i druge suradničke struke.
2. Djelatnici u sustavu socijalne skrbi i djelatnici u terapijskim/stambenim zajednicama - socijalni radnici, socijalni pedagozi, psiholozi, edukacijski rehabilitatori, radni terapeuti, zdravstveni radnici (liječnici/medicinske sestre), drugi stručnjaci s visokom stručnom spremom koji imaju dodatne edukacije iz područja psihološkog/psihosocijalnog savjetovanja ili psihoterapije te asistenti u terapijskim zajednicama (tzv. mentori oporavka) koji imaju srednju stručnu spremu i završenu dodatnu edukaciju za rad s osobama s problemom ovisnosti.
3. Djelatnici u zatvorskom sustavu i probaciji – službenici odjela tretmana kaznenih tijela: psiholozi, socijalni pedagozi i socijalni radnici, službenici odjela zdravstvene zaštite kaznenih tijela i ugovoreni liječnici: liječnici opće medicine, psihijatri, medicinski tehničari te probacijski službenici.

1.3. Metodologija izrade Smjernica

Prethodne Smjernice za psihosocijalni tretman ovisnosti u zdravstvenom, socijalnom i zatvorskom sustavu donesene su 2014. godine. S ciljem uvida u dosadašnju primjenu Smjernica, sagledavanja u kojoj mjeri su realizirani opći i posebni ciljevi istih te davanja preporuka za njihovo unapređenje i reviziju, tijekom 2021. Hrvatski zavod za javno zdravstvo (u daljnjem tekstu: HZJZ) proveo je Istraživački projekt evaluacije Smjernica za psihosocijalni tretman ovisnosti u zdravstvenom, socijalnom i zatvorskom sustavu. Ciljevi evaluacije su bili:

1. dobiti detaljan uvid u vrstu i stupanj korištenja psihosocijalnih intervencija definiranih u Smjernicama u pojedinim sustavima (zdravstvenom, socijalnom i zatvorskom)
2. ocijeniti ujednačenost i kvalitetu provedbe psihosocijalnih intervencija koje se pružaju osobama s problemom ovisnosti u različitim sustavima
3. utvrditi provode li se psihosocijalne intervencije sukladno standardima kvalitete i protokolima navedenim u Smjernicama
4. utvrditi koliko su osobe s problemom ovisnosti zadovoljne vrstom i kvalitetom psihosocijalnih intervencija i psihosocijalnog tretmana općenito
5. utvrditi potrebe za edukacijom stručnog osoblja za provedbu psihosocijalnih intervencija
6. utvrditi obrasce za izvještavanje o provedbi Smjernica i generalno psihosocijalnih intervencija
7. otkriti područja koja treba revidirati u Smjernicama.

Slijedom rezultata evaluacije otkrivene su slabosti i kritične točke u primjeni i implementaciji Smjernica (HZJZ, 2021.):

1. Smjernice se koriste u svakodnevnoj praksi ali se sve psihosocijalne intervencije ne koriste jednako u svim sustavima ni prema svim korisničkim skupinama, osobito u sustavu socijalne skrbi.

2. Na nejednaku primjenu Smjernica u svim sustavima utječu činjenice nedovoljnog poznavanja smjernica te općenito nedovoljno definirane uloge pojedinih stručnjaka. Deficit zdravstvene struke i drugih stručnih kadrova, neodgovarajuće okruženje za provedbu nekih intervencija, nedovoljna motivacija korisnika za uključivanje u intervencije, izostanak protokola koji bi olakšali i ubrzali hodograme provedbe i definirali korake kada, tko i na kojim skupinama provodi pojedine intervencije, ali i nedovoljna educiranost za njihovu provedbu te činjenica da Smjernice kao dokument nisu obvezujućeg karaktera već predstavljaju skup stručnih preporuka čija primjena ovisi o volji stručnjaka koji provode intervencije, također su razlozi nedosljedne primjene Smjernica.

3. Iz perspektive korisnika (osoba liječenih zbog problema ovisnosti o drogama) istaknuto je samo djelomično zadovoljstvo i to u pogledu dostupnosti tretmana. Korisnici ističu probleme poput nedostatka educiranih djelatnika iz područja psihologije u terapijskim zajednicama i udrugama, nedostatka individualnog pristupa od strane provoditelja tijekom tretmana te nedostatka podrške po završetku tretmana i nedostatka empatije stručnjaka vezano uz njihove potrebe. Također ističu da je potrebno puno bolje informirati korisnike o tome što se sve nudi u sustavu tretmana te osigurati dostupnost psihosocijalnog tretmana i u manjim sredinama.

4. Nedovoljna educiranost stručnjaka za provedbu intervencija jedna je od najslabijih karika i kritična točka koja utječe na učestalost njihove provedbe u praksi.

5. Evaluacija pokazuje da se bilježenje intervencija u sustavima provodi na različite načine, različitim metodama i putem različitih procesa izvještavanja, a i u okviru istog sustava. Primjerice, službama županijskih zavoda za javno zdravstvo i bolnica nije osiguran unificirani način praćenja i izvještavanja.

6. Nedostatak evaluacije i supervizije tretmana te edukacije za provedbu evaluacije.

Stoga se izrada ovih Smjernica temeljila na sljedećim preporukama proizašlim iz evaluacije:

1. Predvidjeti mehanizme pomoću kojih će se pronaći odgovarajući alati za veći stupanj korištenja intervencija navedenih u Smjernicama i to u svim sustavima, a osobito u sustavu socijalne skrbi, uz osiguranje dovoljnog broja stručnjaka zdravstvene i drugih struka te osiguranje kvalitetnijeg informiranja o smjernicama i provedbu edukacija te određenim odlukama i protokolima pojačati njihovu primjenu u praksi. S tim u vezi preporučuje se osnivanje stručne radne skupine s ciljem specifičnije razrade mogućnosti i načina primjene Smjernica u pojedinim sustavima, posebno u sustavu socijalne skrbi. U stručnu radnu skupinu važno je uključiti stručnjake iz prakse iz različitih resora budući da je važno osigurati i usklađenost postupaka i procedura ustanova u različitim resorima (npr. usklađenost djelovanja službi u zavodima za javno zdravstvo i područnim uredima HZSR-a).
2. Predvidjeti okvir i temelj za izradu protokola kojim bi se olakšali i ubrzali hodogrami provedbe i definirali koraci kada, tko i za koje skupine provodi pojedine intervencije, te definirati i stručne standarde za provedbu pojedinih intervencija.
3. Definirati kvalitetniji proces informiranja o Smjernicama prema sustavima u kojima se primjenjuju ali i među stručnjacima unutar istog sustava uz osiguranje redovitih aktivnosti informiranja o Smjernicama, promicanje Smjernica i psihosocijalnih intervencija, kao i mogućnosti za redovitu razmjenu iskustava kolega u različitim resorima.
4. Poboljšati informiranje korisnika o vrstama psihosocijalnih intervencija i raditi na njihovoj motivaciji za uključivanje u psihosocijalni tretman te razmotriti mogućnost da se u nacionalne

programe i stručne smjernice za tretman osoba s problemom ovisnosti uvrsti i obveza pružanja usluga psihosocijalnog tretmana.

5. Dodatno ojačati načelo individualnog pristupa u kreiranju i provedbi programa tretmana od strane provoditelja te osigurati veću zastupljenost psihosocijalnih intervencija, a u koji obavezno trebaju biti uključeni i sami korisnici.
6. Definirati obvezu redovnog usavršavanja stručnog osoblja za primjenu Smjernica i to kroz nekoliko različitih vrsta edukacija (smjernice, psihosocijalne intervencije, evaluacija, posebne skupine korisnika i slično) te jačati kadrovske kapacitete pojedinih službi kao i potencijalno raditi na uspostavljanju mreže mobilnih timova ili ispostava pojedinih službi u manjim zajednicama. Potrebno je također na strateškoj razini zalagati se za zapošljavanje većeg broja stručnjaka kako bi se osigurala dostupnost intervencija i u manjim (ruralnim) sredinama.
7. Definirati proces i protokole kojima bi se u odnosu na sve sustave u okviru kojih se Smjernice primjenjuju uspostavio ujednačeni sustav bilježenja, vođenja evidencija, praćenja i izvještavanja o broju i vrsti provedenih intervencija i njihovim ishodima.
8. Unaprijediti Smjernice u smislu razvijanja novih, specifičnih intervencija za pojedine skupine korisnika, posebno za maloljetnike te za korisnike smanjenja štete.
9. Posebno se kritičnim čini aspekt evaluacije, odnosno procjene učinkovitosti psihosocijalnih intervencija te bi u tom smjeru trebalo uložiti dodatne napore u provedbu evaluacija vezanih uz zadovoljstvo korisnika i podatke o praćenju/procjeni oporavka nakon završenog tretmana. Predlaže se razrada modela evaluacije učinkovitosti pojedinih intervencija, posebno onih koje se koriste najčešće (npr. savjetovanje, motivacijski intervju, prevencija recidiva) kako bi se dobili valjani podaci za donošenje strateških odluka o daljnjim ulaganjima u učinkovite psihosocijalne intervencije.

Nastavno na navedeno, pri HZIZ-u je osnovana u travnju 2022. stručna radna skupina sa zadaćom izrade novih Smjernica, a ista je okupila predstavnike sljedećih tijela i ustanova: Ministarstva zdravstva, Ministarstva rada, mirovinskog sustava, obitelji i socijalne politike, Ministarstva pravosuđa, uprave i digitalne transformacije, Klinike za psihijatriju Vrapče, Klinike za psihijatriju Sveti Ivan, HZIZ-a, Nastavnog zavoda za javno zdravstvo dr. Andrija Štampar, Edukacijsko-rehabilitacijskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, HZSR-a u Zagrebu i udruge Zajednica Susret.

U rad stručne radne skupine/tematskih skupina bili su uključeni i drugi stručnjaci koji djeluju u području tretmana osoba s problemom ovisnosti.

Stručna radna skupina tijekom 2022. i 2023. održala je pet radnih sastanaka te je konačni nacrt Smjernica usuglašen u lipnju 2023.

1.4. Načela psihosocijalnog tretmana

Potrebno je osigurati sljedeće standarde kvalitete u psihosocijalnom tretmanu osoba s problemom ovisnosti pa tretman treba biti:

- utemeljen na znanstvenim dokazima,
- socio-kulturalno osjetljiv te odgovarati društvenom i kulturalnom kontekstu u kojem se primjenjuje,
- proveden u primjerenom okruženju za pružanje psihosocijalnih intervencija,
- u skladu s etičkim standardima, uz profesionalno povjerenje i diskreciju,

- dostupan i privlačan korisnicima te utemeljen na pozitivnim, empatičnim i iskrenim odnosima,
- u skladu sa specifičnim potrebama osoba kao što su razvojna obilježja korisnika i njihove sposobnosti, ranjive skupine (žene, trudnice, dojilje, maloljetnici, djeca čiji roditelji imaju problem ovisnosti),
- sveobuhvatan, usmjeren na stjecanje novih znanja i socio-emocionalnih vještina te mogućnost psihološke i emocionalne razrade problema, raznolik s obzirom na relevantne teme i interaktivne metode rada s korisnicima i primjerenog trajanja za ostvarivanje učinaka i ciljeva koje želi postići,
- vrednovan u kontekstu njegove učinkovitosti i kvalitete provedbe.

Razvoj politika i programa tretmana ovisnosti treba podržavati integrirani pristup u tretmanu uz povezivanje stručnjaka te plan vrednovanja.

2. Pristup psihosocijalnom tretmanu

2.1. Provedba Smjernica u zdravstvenom sustavu

Uobičajene psihosocijalne intervencije prve razine pružaju liječnici (po mogućnosti psihijatri) i zdravstveni suradnici, u skladu sa svojim kompetencijama, svim osobama koje zlorabe sredstva ovisnosti ili imaju ponašajne ovisnosti, te članovima obitelji. Tretman počinje potpisivanjem informiranog pristanka o tretmanu i skrbi kojem treba prethoditi objašnjenje stručnog tima o mogućnostima tretmana usmjerenog ka apstinenciji, tretmanu održavanja ili tretmanu smanjenja štete (Gazdek, 2011.). Oporavak od ovisnosti je cilj ili ishod tretmana, a temeljem konsenzusa stručnjaka mjeri se u različitim područjima koja obuhvaćaju sve aspekte oporavka i uključuju javnozdravstvene i individualne pokazatelje.

Po potrebi i uz dogovor s korisnikom, u tretman se uključuju i članovi obitelji. Zatim se vrši dijagnostička obrada te izrada individualnog plana tretmana u suradnji s korisnikom, pri čemu se procjenjuju medicinske, psihološke, socijalne potrebe i rizici.

Član stručnog tima koji je odgovoran za provođenje i praćenje dogovorenog plana tretmana treba:

- uspostaviti i održavati podržavajući odnos - potpora
- pomoći korisnicima da prepoznaju rizične situacije ili stanja i istražiti alternativne strategije samokontrole - prevencija recidiva
- osigurati da korisnici imaju pristup različitim službama tretmana – dostupnost
- osigurati da održavanje odnosa s korisnikom bude jedan od ciljeva terapijskog plana – retencija.

Član stručnog tima također treba ponuditi članovima obitelji i partnerima procjenu njihovih osobnih, socijalnih i zdravstvenih potreba, provesti informiranje i savjetovanje o utjecaju uporabe sredstava ovisnosti na korisnike te na obitelj i partnere. Kada su identificirane potrebe obitelji i partnera osobe, stručni tim treba ponuditi psihoedukaciju i pružiti informacije o grupama za podršku. Kada obitelji pacijenata nisu voljne koristiti grupe samopomoći i/ili grupe podrške, a i dalje imaju probleme, stručni tim treba preporučiti obiteljsko savjetovanje.

PRVI DOLAZAK

1. liječnički (po mogućnosti psihijatrijski) pregled (prvi) sa somatskim pregledom, motivacijskim intervjuom i psihoedukacijom o bolesti ovisnosti i mogućnostima tretmana

2. stručni tim po potrebi provodi testiranje urina i/ili slina na droge i krvlju prenosive viruse, motivacijski intervju te se ispunjava Pompidou upitnik
3. stručni tim vrši analizu slučaja s procjenom uporabe sredstava ovisnosti, određivanjem tipa i intenziteta (klinički upitnik, samoprocjena), razmatranjem osobne anamneze, potreba, prijašnjih iskustava, ciljeva i težnji
4. stručni tim u dogovoru s pacijentom određuje cilj tretmana (apstinencija, održavanje, smanjenje štete, oporavak)
5. definira se uključivanje obitelji u tretman
6. stručni tim vodi tretman uz izradu individualnog plana tretmana (savjetodavni ili psihijatrijski) i potpisivanje informiranog pristanka
7. ako je potrebno, provode se i socijalne intervencije
 - pomaganje u rješavanju reguliranja statusa osiguranika (zdravstvene zaštite)
 - suradnja s drugim zdravstvenim ustanovama - pomoć u traženju obiteljskog liječnika
 - suradnja sa sustavom socijalne skrbi - upućivanje u ustanove radi reguliranja novčane pomoći, prehrane, smještaja, zdravstvenog osiguranja
 - suradnja s pravosudnim i kaznenim tijelima te probacijom – osiguravanje kontinuiteta tretmana kroz uključivanje osuđenika tijekom izvršavanja kazne zatvora pri korištenju pogodnosti izlaska, tijekom izvršavanja mjera i sankcija u zajednici, provođenje mjera tretmana te pisanje obavijesti o tijeku na zahtjev sudova/odvjetništva.

KONTROLNI DOLAZAK

1. liječnički (po mogućnosti psihijatrijski) pregled (kontrolni) sa somatskim pregledom
2. stručni tim po potrebi provodi testiranja
3. savjetodavni psihosocijalni tretman provode članovi stručnog tima, a tretman započinje s motivacijskim intervjuom i psihoedukacijom o bolesti ovisnosti i mogućnostima tretmana, nakon čega slijedi jedno do dva savjetovanja, individualno/grupno te obiteljsko i, ako je potrebno, psihoedukacija. Zatim slijedi primjena tzv. sustava nagrade i kazne (*contingency management*, u daljnjem tekstu: CM) u trajanju 3-6 mjeseci i tretman ponašanja naizmjenično individualni i obiteljski, otprilike 12 puta po 60 minuta (utemeljen na kognitivno-bihevioralnoj tehnici koja uključuje prevenciju recidiva i trening vještina). Terapijski program podrazumijeva primjenu različitih psihoterapijskih pristupa, ovisno o dodatnim edukacijama terapeuta koji ga provode (psihodinamska psihoanalitička psihoterapija, gestalt, logoterapija, sistemska obiteljska, integrativna, transakcijska, neurolingvistička psihoterapija (NLP) i dr.).
4. psihijatrijski psihosocijalni tretman počinje psihoedukacijom o bolesti ovisnosti i mogućnostima tretmana; nakon toga slijedi, ako je potrebna, terapija ponašanja naizmjenično individualna i obiteljska 12 puta po 60 minuta (utemeljena na kognitivno-bihevioralnoj tehnici koja uključuje prevenciju recidiva i trening vještina). U terapiji dualnih poremećaja koriste se kognitivno-bihevioralna terapija (12 puta 60 minuta) i psihodinamska suportivno-ekspresivna terapija (10-30 puta po 30-45 minuta) kao i evaluacija psihofarmakoterapije.
5. provode se i socijalne intervencije
 - suradnja s drugim zdravstvenim ustanovama
 - suradnja s ustanovama socijalne skrbi - upućivanje radi uključivanja u Projekt resocijalizacije, upućivanje u terapijske zajednice i udruge (klubovi liječenih alkoholičara - u daljnjem tekstu: KLA, klubovi liječenih ovisnika o kockanju - u daljnjem tekstu: KLOK i dr.)
 - zapošljavanje - zaštićene uvjete rada i praćenje apstinencije tijekom rada
 - pomoć u strukturiranju slobodnog vremena - uključuje jačanje sposobnosti korisnika da sudjeluje u aktivnostima prema vlastitom interesu i odabiru
 - suradnja s obrazovnim ustanovama – u slučajevima kada se radi o maloljetnim korisnicima
 - suradnja s pravosudnim i kaznenim tijelima te probacijom - pisanje ekspertiza, obavijesti i izvješća na zahtjev pravosudnih ustanova i provođenje mjera tretmana.

2.2. Provedba Smjernica u sustavu socijalne skrbi

U sustavu socijalne skrbi prema rizičnoj skupini djece i mladih poduzimaju se mjere obiteljsko-pravne zaštite i mjere provođenja kazneno-pravnih i prekršajnih mjera i sankcija prema mladima u sukobu sa zakonom, savjetodavni rad s roditeljima, mjere i aktivnosti na uvođenju, nastavku ili širenju grupnih preventivnih programa koji su obuhvaćali rad s djecom i roditeljima. Područni uredi HZSR-a pomažu u ostvarivanju prava osoba s problemom ovisnosti na novčane naknade, a treba istaknuti i ulogu područnih ureda HZSR-a u provedbi odgojnih mjera posebnih obveza određenih od strane općinskog kaznenog ili prekršajnog suda te općinskog kaznenog državnog odvjetništva. Posebna obveza uključivanja u individualni ili grupni psihosocijalni tretman u savjetovalištu za mlade u trajanju do godine dana određuje, temeljem Zakona o sudovima za mladež („Narodne novine“, br. 84/11, 143/12, 148/13, 56/15 i 126/19), općinski kazneni sud ili općinsko kazneno državno odvjetništvo (u daljnjem tekstu: OKDO) počiniteljima kaznenih djela, maloljetnicima i mlađim punoljetnicima te ih HZSR, ako postoji uporaba sredstava ovisnosti ili ponašajna ovisnost ali nema elemenata težeg stupnja ovisnosti, upućuje u provedbu posebne obveze u izvanbolnički tretman ovisnosti i nadzire provedbu obveze. Općinski kazneni sud te OKDO također mogu maloljetniku odrediti posebnu obvezu da se u trajanju do godinu dana, uz suglasnost maloljetnikovog zakonskog zastupnika, podvrgne stručnom medicinskom postupku ili postupku odvikavanja od droge ili drugih ovisnosti, no provedbu ne nadzire HZSR.

Uz uvjetnu osudu, kazneni sud punoljetnoj osobi temeljem Kaznenog zakona („Narodne novine“, br. 125/11, 144/12, 56/15, 61/15 - ispravak, 101/17, 118/18, 126/19, 84/21, 114/22, 114/23, 36/24 i 136/25) (uključujući i mlađe punoljetnike) može odrediti odvikavanje od ovisnosti o alkoholu, drogama ili drugih vrsta ovisnosti u terapijskoj zajednici uz nadzor službe za probaciju.

Prekršajni sud temeljem Prekršajnog zakona također maloljetniku za počinjenje prekršaja, izravno ili neizravno povezanog s konzumacijom psihoaktivnih tvari i drugim ponašanjima u riziku od razvoja ovisnosti, može odrediti posebne obveze u trajanju do šest mjeseci, da se uz suglasnost maloljetnikovog zakonskog zastupnika podvrgne odvikavanju i tretmanu ovisnosti ili da se uključi u pojedinačni ili skupni rad u savjetovalištu za mlade, a čiju provedbu nadzire HZSR.

Ako je maloljetnik počinitelj kaznenog djela, odlukom suda može mu biti izrečena odgojna mjera upućivanja u odgojnu ustanovu (centar za pružanje usluga u zajednici), kroz čiji se program provodi i tretman ovisnosti. Također je od strane suda, a na prijedlog HZSR-a, moguće određivanje mjere povjeravanja djeteta s problemima u ponašanju ustanovi, radi pomoći u odgoju te se tada maloljetnik smješta u odgovarajuću ustanovu socijalne skrbi u sklopu čijih programa se provodi i tretman moguće ovisnosti. Ako su osobe s problemom ovisnosti ujedno i roditelji, u pravilu se uključuju u savjetodavni rad, nerijetko uz izricanje mjera za zaštitu prava i dobrobiti djeteta.

Također, područni uredi HZSR-a uključuju odrasle osobe s problemom ovisnosti u mjere školovanja i zapošljavanja iz Projekta resocijalizacije, a na temelju Zakona o socijalnoj skrbi („Narodne novine“ br. 18/22, 46/22, 119/22, 71/23, 156/23 i 61/25) pomoću socijalnog mentorstva, posebno educirani stručni radnici unutar HZSR, kroz 10 susreta u 6-8 mjeseci pomaže se osobama u riziku od siromaštva i socijalne isključenosti, kao i mladima koji su napustili redovno školovanje ili koji imaju druge nepovoljne životne prilike te korisnicima nakon izvršenja kazne zatvora, uspješnije rješavati nepovoljne socijalne i ekonomske životne prilike, pomažući pri nastavku obrazovanja, zapošljavanja te uspješnijoj integraciji u lokalnu zajednicu.

HZSR, obiteljski centri te centri za pružanje usluga u zajednici provode socijalne i kratke psihosocijalne intervencije. Udruge i terapijske zajednice, uz specifičnu i/ili supstitucijsku psihofarmakoterapiju provode i socijalne te kratke i uobičajene psihosocijalne intervencije prve razine.

U provedbi psihosocijalnog tretmana u sustavu socijalne skrbi naglasak je nužno staviti na korisnike usluga, promicanje samostalnosti korisnika, njihovo sudjelovanje u normalnom životu i prirodnom društvenom okruženju te posebno poštivanje njihovih građanskih i socijalnih prava.

Kratke psihosocijalne intervencije provode svi djelatnici u sustavu socijalne skrbi (socijalni radnici, psiholozi, edukacijski rehabilitatori, socijalni pedagozi u HZSR, obiteljskim centrima, terapijskim zajednicama i domovima socijalne skrbi) u početnim kontaktima s korisnikom, a to su:

1. Motivacijski intervju s ciljem poticanja brze motivacije osobe za promjenu i rješavanje njezine ambivalencije vezane za promjenu.
2. Savjetovanje je usmjereno motivaciji osobe za uspostavu apstinencije i motivaciji za daljnji psihosocijalni tretman u specijaliziranim ustanovama i terapijskim zajednicama. Savjetovanje se također koristi za motiviranje osobe za kvalitetnu resocijalizaciju. Individualno savjetovanje je usmjereno na redukciju ili prekid uzimanja ilegalne supstance, a uključuje i druga područja funkcioniranja kao što su zaposlenost, ilegalne aktivnosti, obiteljske i društvene odnose te sadržaj i strukturu oporavka. Individualno savjetovanje pomaže osobi razviti strategiju kako se nositi s problemima na način da apstinira od sredstava ovisnosti i održava apstinenciju. Obiteljsko savjetovanje pomaže članovima obitelji i bračnim partnerima u boljem razumijevanju problema ovisnosti, u shvaćanju korisnika, pružanju podrške u tretmanu te motiviranju članova obitelji za uključivanje u grupe samopomoći. Uobičajene psihosocijalne intervencije prve razine provode stručni djelatnici u terapijskim zajednicama, domovima za osobe s problemom ovisnosti i domovima za djecu. U tim ustanovama provode se kognitivno-bihevioralne tehnike koje uključuju nekoliko različitih intervencija (individualnih ili grupnih): motivacijske intervencije, psihoedukaciju, pristup nagrade i kazne (CM), intervencije usredotočene na analizu slučaja, prevenciju recidiva i trening vještina (vježbanje definiranja i kontrole emocija, vježbanje vještina komunikacije, trening asertivnosti, razvijanje samokritičnosti i kreativnosti). U sustavu socijalne skrbi, osim psihosocijalnih intervencija, provodi se i suradnja s nadležnim zdravstvenim ustanovama, suradnja s pravosudnim tijelima te pomaganje u ostvarivanju prava za ostvarenje naknada i ostalih usluga iz sustava socijalne skrbi.

2.3. Provedba Smjernica u penalnom sustavu

Unutar zatvorskog sustava, osobe s problemom ovisnosti nalaze se u različitim formalno-pravnim statusima: na izvršavanju kazne zatvora izrečene u kaznenom postupku (zatvorenici), u istražnom zatvoru (istražni zatvorenici), na izvršavanju kazne zatvora izrečene u prekršajnom postupku ili novčane kazne kojom je zamijenjena kazna zatvora (kažnjenici), na izvršavanju kazne maloljetničkog zatvora i odgojne mjere upućivanja u odgojni zavod (maloljetnici i mlađi punoljetnici).

Svim osobama lišenim slobode kod kojih je utvrđena ovisnost o psihoaktivnim tvarima ili kockanju dostupne su intervencije iz područja zdravstvene zaštite dok su intervencije i programi iz područja psihosocijalnog tretmana dostupni pravomoćno osuđenim osobama – zatvorenicima, maloljetnicima i mlađim punoljetnicima. Psihosocijalni tretman ovisnosti u zatvorskom sustavu provodi se sukladno Zakonu o izvršavanju kazne zatvora („Narodne novine“, br. 14/21 i 155/23), Pravilniku o tretmanu zatvorenika („Narodne novine“, broj 123/21), Zakonu o izvršavanju sankcija izrečenih maloljetnicima za kaznena djela i prekršaje („Narodne novine“, broj 133/12), Pravilniku o načinu izvršavanja kazne maloljetničkog zatvora u kaznenom i prekršajnom postupku („Narodne novine“, broj 57/13), Pravilniku o načinu izvršavanja odgojne mjere upućivanja u odgojni zavod („Narodne novine“, broj 22/13), te važećim nacionalnim strateškim dokumentima i smjernicama u području ovisnosti.

Rehabilitacijski koncept, u koji pripada i psihosocijalni tretman, može se adekvatno primjenjivati samo na kategorije zatvorenika i maloljetnika kojima je izrečena kazna zatvora, odnosno odgojna mjera, dok je na ostale kategorije manje primjenjiv zbog presumpcije nevinosti, kratkoće boravka u zatvoru i/ili neizvjesne duljine boravka u zatvoru (smanjena mogućnost primjene ciljanog psihosocijalnog tretmana).

Za svakog zatvorenika donosi se pojedinačni program izvršavanja kazne zatvora (za maloljetnike pojedinačni program postupanja) koji se sastoji od psihosocijalnih, socijalno-pedagoških, obrazovnih, radno-okupacijskih, zdravstvenih i sigurnosnih postupaka primjerenih rizicima, potrebama i osobinama zatvorenika, usklađenih s mogućnostima kaznionice odnosno zatvora. Ovim programom utvrđuju se raspored na zatvorenički odjel i u tretmansku skupinu, napomene vezane uz zdravstveno stanje i potrebnu zdravstvenu skrb, uključujući psihijatrijsku skrb, procijenjena vrsta i razina sigurnosnih i kriminogenih rizika te mjere i postupci koji će se primijeniti za smanjivanje ovih rizika, tretmanske potrebe, primarno vezane uz kriminogene rizike, ciljevi tretmana, voditelj provedbe programa izvršavanja i suradnici u provedbi, specijalizirane tretmanske intervencije i programi te metode i postupci koji će se primijeniti za realizaciju ciljeva tretmana (kao što su posebni programi tretmana, psihosocijalne i socijalno-pedagoške intervencije te provođenje sigurnosnih mjera izrečenih uz kaznu zatvora, opće tretmanske intervencije i programi te metode i postupci koji će se primijeniti za realizaciju ciljeva tretmana i/ili u svrhu smislenog i svrhovitog provođenja vremena u kaznenom tijelu, u područjima rada i radno-okupacijskih aktivnosti, obrazovanja i slobodnog vremena) te plan pripreme za otpust i organizacije postpenalne zaštite.

Zatvorenici se u psihosocijalni tretman ovisnosti uključuju po procjeni stručnog tima kaznionice ili zatvora nakon provedenog postupka procjene kriminogenih rizika i tretmanskih potreba u Centru za dijagnostiku u Zagrebu (za kazne zatvora duže od šest mjeseci, odnosno čiji je preostali dio duži od šest mjeseci), i/ili tijekom prijama u kaznenom tijelu pri čemu je dijelu zatvorenika kojima se predviđa tretman ovisnosti sud uz kaznu zatvora izrekao sigurnosnu mjeru obveznog liječenja od ovisnosti, dok se dio uključuje i bez da im je sud izrekao sigurnosnu mjeru, ako stručni tim procijeni da postoji potreba.

Osnovne vrste tretmana koje se pružaju zatvorenicima ovisnicima su: psihoedukacija iz područja ovisnosti i zlouporabe supstanci, smanjivanje štetnih posljedica zlouporabe supstanci i štetnog kockanja, savjetodavne aktivnosti s ciljem smanjivanja štete, zdravstvena skrb u svrhu poboljšanja općeg zdravstvenog stanja i liječenja zaraznih bolesti (hepatitis B i C, HIV), farmakoterapija opijatskih ovisnika, tretman psihijatrijskih komorbiditeta, kontrole apstinencije, upravljanje poželjnim ponašanjem tzv. sustavom nagrade i kazne (CM), opći programi tretmana (uključivanje u radne i radno-okupacijske aktivnosti, organizirano provođenje slobodnog vremena, obrazovanje), posebni programi strukturiranog psihosocijalnog tretmana ovisnosti o drogama (PORTOs), strukturirani kognitivno-bihevioralni programi tretmana zatvorenika s alkoholom uzrokovanim poremećajima (TALK), tretman ovisnika o kockanju (TOK), savjetovanje, kratke kognitivno-bihevioralne intervencije, grupe podrške po načelima modificirane terapijske zajednice (KLOK i KLA), priprema postpenalnog prihvata u suradnji s ustanovama, institucijama i udrugama u zajednici.

Zatvorenike se tijekom služenja kazne i po otpustu povezuje s ustanovama, institucijama i udrugama u zajednici koje se bave tretmanom ovisnosti. Za vrijeme služenja kazne, a osobito po povratku s pogodnosti izlazaka, zatvorenici s problemom ovisnosti podvrgavaju se kontrolama apstinencije. Uz psihosocijalni tretman ovisnosti u užem smislu, zatvorenicima ovisnicima dostupni su i tzv. opći programi tretmana u koje se ubrajaju rad, izobrazba i organizirano provođenje slobodnog vremena, drugi programi kojima se odgovara na ostale kriminogene potrebe koje mogu biti prisutne (npr. programi psihosocijalnog tretmana nasilja) te edukativno-razvojni programi primarno usmjereni na razvoj vještina (npr. unaprjeđivanje roditeljskih vještina, trening socijalnih vještina). Navedeni

programi dostupni su zatvorenicima ovisno o mogućnostima pojedinog kaznenog tijela, potrebama i interesima zatvorenika te o sigurnosnoj procjeni.

Sukladno postavljenim ciljevima tretmana sadržanim u programu izvršavanja (koji se revidira po potrebi, a obvezno svakih šest mjeseci, odnosno svaka tri mjeseca za kazne do jedne godine) razmatra se usklađenost aktivnosti i intervencija s potrebama zatvorenika i rezultatima njegova tretmana, te eventualna potreba za promjenom tretmana, odnosno pojedinih intervencija. O promjenama u programu izvršavanja odlučuje se na sastanku stručnog tima kaznenog tijela, a odluka se upisuje u osobnik zatvorenika. Po dolasku na izvršavanje kazne utvrđuju se kratkoročni terapijski ciljevi (do šest mjeseci), a dugoročni sukladno mogućnostima, odnosno prema stručnoj procjeni. Nakon ostvarenih pozitivnih rezultata u tretmanu (npr. uspješnost provedbe programa izvršavanja, redovito i aktivno sudjelovanje na grupnim sastancima u sklopu psihosocijalnog tretmana ovisnosti, testiranje stabilnosti apstinencije kroz pogodnosti izlazaka i sl.), u suradnji sa zatvorenikom određuju se dugoročni terapijski ciljevi, a razine intervencije usklađuju se s razinom potreba (koncept rizika, potreba i responzivnosti).

Probacijski poslovi obavljaju se radi zaštite društvene zajednice od počinitelja kaznenog djela, njegove resocijalizacije i reintegracije u zajednicu kroz utjecaj na rizične čimbenike koji su povezani s činjenjem kaznenih djela, a obavljaju se pri odlučivanju o kaznenom progonu, izboru vrste kazni i izvršavanju kazni izrečenih počinitelju kaznenog djela. Prema Zakonu o probaciji („Narodne novine“, broj 99/18) probacijske poslove obavljaju probacijski službenici u probacijskim uredima i radom na terenu, na temelju zahtjeva, pravomoćnih i izvršnih odluka suda ili zahtjeva odnosno odluka državnog odvjetnika te kaznionica ili zatvora, pojedinačno za svaku osobu uključenu u probaciju. Učinkovita suradnja probacijske službe i pružatelja različitih oblika psihosocijalnog tretmana trebala bi dovesti do jačanja povjerenja državnih odvjetnika, sudaca i javnosti u sankcije i mjere u zajednici kada su u pitanju počinitelji kaznenih djela koji su ovisnici (uključujući i uvjetnu odgodu kaznenog progona), a time i do njihovog izricanja u većem broju. Osigurana provedba i koordinirano provođenje različitih oblika psihosocijalnog tretmana trebali bi pridonijeti uspješnijoj rehabilitaciji i socijalnoj integraciji počinitelja kaznenih djela i smanjenju povratništva u činjenju kaznenih djela.

3. Klasifikacija psihosocijalnih intervencija

Većina učinkovitih psihosocijalnih intervencija u tretmanu ovisnosti i ovisničkih ponašanja dio je kognitivnih i bihevioralnih tehnika te edukacije iz bihevioralno-kognitivnih terapija koje uključuju vođenje slučaja, motivacijski intervju, savjetovanje, psihoedukaciju, pristup nagrade i kazne, prevenciju recidiva, trening socijalnih/životnih vještina i terapiju ponašanja. Mogu ih provoditi individualno, grupno ili obiteljski u različitim sustavima različiti stručnjaci koji uz bazičnu imaju i dodatne edukacije. Grupni modalitet tretmana uključuje jednog ili više terapeuta koji istovremeno rade s više osoba (u prosjeku 8-12) jednom ili dva puta tjedno kroz sat ili dva; grupe mogu biti otvorene i zatvorene (Dutra i sur., 2008., National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), 2007.).

Psihosocijalne intervencije prve razine prema intenzitetu provedbe dijele se na kratke i duge intervencije. Kratke uključuju psihoedukaciju, vođenje slučaja, savjetovanje, motivacijski intervju dok duge uključuju pristup nagrade i kazne, prevenciju recidiva, trening socijalnih/životnih vještina i terapiju ponašanja. Mogu ih provoditi individualno, grupno ili obiteljski u različitim sustavima različiti stručnjaci koji osim bazične imaju i dodatne edukacije iz pojedinih tehnika.

Psihosocijalne intervencije druge razine uključuju psihoterapiju komorbiditeta koji su visoko zastupljeni kod osoba s problemom uzimanja psihoaktivnih tvari i ovisničkim ponašanjima. Mogu se provoditi individualno, grupno ili obiteljski u različitim sustavima od strane različitih stručnjaka koji osim bazične imaju i dodatnu edukaciju iz psihoterapije.

Učinkovite socijalne intervencije provode se u suradnji različitih sustava i uključuju: pomoć u osnovnim životnim potrebama kao što su hrana, odjeća, smještaj, novac (poželjan je stabilan smještaj kao preduvjet stabilizacije apstinencije), pomoć u zapošljavanju (obrazovanje, trening zapošljavanja-pomaganje u pronalasku i zadržavanju posla, zaštićeni uvjeti rada i praćenje apstinencije tijekom rada), osnovnu brigu o zdravlju (reguliranje zdravstvenog osiguranja, upućivanje u tretman, upućivanje na rehabilitaciju, uključivanje u grupe samopomoći, program smanjenja štete) osnovnu brigu o prijateljstvu i zajedništvu (pomoć u strukturiranju slobodnog vremena razvijanjem kreativnosti, kao i sposobnosti sudjelovanja i uživanja u kvalitetnim aktivnostima prema vlastitom izboru) (Svjetska zdravstvena organizacija (SZO), 2009.).

Kognitivno-bihevioralne tehnike su znanstveno utemeljene na istraživanjima koja pokazuju učinkovitost kod širokog raspona problema po načelu "ovdje i sada" (Carroll, 1998.); strukturirane su i usmjerene cilju te obično traju 12-14 tjedana (Buddy, 2012.), mogu ih provoditi zdravstveni djelatnici, suradnici i drugi stručnjaci koji imaju završenu odgovarajuću edukaciju. Temelje se na teoriji učenja (svako ponašanje je naučeno i može biti zamijenjeno poželjnijim) usmjerenoj na neprimjereno ponašanje, promjenu motivacije, savladavanje otpora promjenom uvjerenja i učenjem vještina, a uključuju: bihevioralni pristup tj. preoblikovanje ponašanja zasnovanog na uvjetovanom učenju promjenom klasičnog uvjetovanog odgovora (recidiva) na rizičnu situaciju (CM, prevencija recidiva, trening socijalnih/životnih vještina) te kognitivni pristup, to jest mijenjanje ponašanja kroz promjenu pogrešnih uvjerenja koja podupiru neželjeno ponašanje uvođenjem pozitivnih uvjerenja i motivacije za promjenu ponašanja (savjetovanje, psihoedukacija i motiviranje).

Neuroznanstveno je utemeljena primjena kognitivno-bihevioralnih tehnika u tretmanu ovisnosti i ovisničkih ponašanja jer zlorabica psihoaktivnih tvari i ovisnička ponašanja pojačavanjem lučenja dopamina u centrima ugođe potiču pozitivne emocije te smanjenim metabolizmom frontalnog korteksa (mjesto odlučivanja) osoba donosi loše odluke i potencira daljnje uzimanje ili ovisničko ponašanje (Goodman, 2008.).

Svrha kognitivno-bihevioralnih tehnika je smanjiti samopodržavajući učinak zlorabe psihoaktivnih tvari ili ovisničkog ponašanja pozitivnim potkrepljenjem apstinencije (pohvalom, nagradom, privilegijom, dobrobiti) te usvajanjem vještina (strategija prevencije recidiva, trening socijalnih/životnih vještina) koje smanjuju uzimanje/ponašanje i održavaju apstinenciju te povećavaju mogućnost pokretanja zdravih aktivnosti (Buddy, 2012.).

U Republici Hrvatskoj je registrirano 18 psihoterapijskih pravaca za koje edukacija traje dugi niz godina, tako da psihoterapiju provode psihoterapeuti različitih bazičnih edukacija. U zdravstvenom sustavu psihoterapija komorbiditeta (kognitivno-bihevioralna ili psihodinamska) provodi se redovno.

Motivacijski intervju

Motivacijski intervju (u daljnjem tekstu: MI) je suradnička i na osobu usmjerena intervencija koja se provodi s ciljem iznalaženja i osnaživanja motivacije za promjenu. Obično se provodi na početku tretmana radi prevladavanja otpora prema promjeni. To je pristup zasnovan na usmjeravanju i rješavanju ambivalencije prema promjeni ponašanja koji ima tri ključna elementa:

1. MI je posebna vrsta razgovora o promjeni (savjetovanje, psihoterapija, konzultacije ili metoda komunikacije).
2. MI je suradnička intervencija (usmjerena na osobu, partnerstvo, poštivanje autonomije, a ne na pristup stručnjak-pasivni primatelj).
3. MI je poticajan (nastoji podsjetiti osobe na njihovu raniju motivaciju i obveze).

Meta-analiza motivacijskog intervjua pokazala je umjerenu učinkovitost kod uporabe droga u usporedbi s placebo grupom ili kontrolnom grupom bez tretmana (Burke i sur., 2003.). Studija

učinkovitosti jačanja motivacije koju su proveli Gray i suradnici (2005.) istraživala je učinak jedne seanse motivacijskog intervjua provedene kod mladih konzumenata alkohola, nikotina i kanabisa te je pokazala tijekom tri mjeseca praćenja da ispitanici kod kojih je primijenjen motivacijski intervju piju znatno manje od onih kod kojih nije. Značajna razlika nije pronađena za uporabu cigareta i kanabisa, što indicira da je učinak motivacijskog intervjua manji nego što su tvrdile ranije studije. Motivacijskim intervjuom poboljšava se retencija u tretmanu. Motivacijski intervju se koristi sam ili u kombinaciji s drugim tretmanima, obično se provodi individualno i kao kratka epizoda, a učinkovitiji je kada se češće koristi (Burke i sur., 2003., Gray i sur., 2005.).

Kratka motivacijska intervencija

Kratka motivacijska intervencija je prilagodba motivacijskih vještina intervjuiranja okruženju kliničke skrbi, gdje je potrebna brza akcija usmjerena na pacijenta radi promicanja zdravog ponašanja. Koristi se za poticanje na pozitivnu promjenu različitih ponašanja povezanih sa zdravljem, odnosno u ovome slučaju poticanje na aktivno uključivanje u tretman osoba s problemom ovisnosti.

Vršnjačka/peer podrška

Vršnjačka/peer podrška za oporavak od ovisnosti je program podrške u kojem pojedinci odabrani kao mentori oporavka usmjeravaju i slušaju osobe koje se oporavljaju. Ti pojedinci su obično osobe koje su i same prošle proces oporavka. Neke od funkcija koje mentor može obavljati za osobe koje se oporavljaju su:

- omogućavanje aktivnosti koje pomažu ljudima u oporavku da nauče kako se družiti bez potrebe za sredstvima ovisnosti
- mentoriranje osoba koje se oporavljaju slušanjem bez osuđivanja i dijeljenjem strategija za upravljanje životom u oporavku
- pomaganje s potrebnim socijalnim uslugama i resursima za zapošljavanje
- podučavanje zdravim životnim vještinama, tehnikama upravljanja stresom i komunikacijskim vještinama kako bi se osobama koje se oporavljaju pomoglo da poboljšaju svoje opće zadovoljstvo životom.

Peer podrška odnosi se na ljude koji su bili uspješni u procesu oporavka te koji pomažu drugima koji se nalaze u sličnim situacijama. Kroz zajedničko razumijevanje, poštovanje i uzajamno osnaživanje, oni pomažu ljudima da postanu i ostanu uključeni u proces oporavka te smanjuju vjerojatnost recidivizma uz održiv proces oporavka.

Psihoedukacija

Psihoedukacija zauzima važan dio psihoterapijskog procesa, no postoji i kao zasebna intervencija u prilagodbi korisnika i njegove obitelji na potencijalne psihološke posljedice tjelesnih bolesti. Odnosi se na niz intervencija s primarnim ciljem pomaganja osobi da što bolje razumije svoje trenutačne smetnje te da se što uspješnije nosi s njima i njihovim posljedicama na svakodnevno funkcioniranje. Osnovna je pretpostavka kako se upoznavanjem s vlastitim trenutačnim stanjem ili problematikom postiže veći doživljaj kontrole nad situacijom. Ovaj proces tada povratno pozitivno utječe na doživljaj same situacije u kojoj se osoba nalazi te smanjuje količinu stresa koja proizlazi iz određenog stanja. Bitni elementi psihoedukacije su: 1. prijenos bitnih informacija, 2. emocionalno pražnjenje, 3. pružanje podrške te 4. prevencija pogoršanja/povrata smetnji (usvajanje tehnika rješavanja problema (*problem solving*), suočavanja s teškoćama (*coping skills*) te stvaranje odnosa i mreže socijalne podrške).

Neki od ostalih ciljeva psihoedukacije su:

- pružanje informacija korisniku i članovima njegove obitelji o smetnjama, simptomima te načinima terapijskog tretmana
- jačanje osobnih prilagodbenih snaga i podučavanje adaptivnijim mehanizmima suočavanja
- jačanje svijesti o važnosti korisnikove aktivne uloge u procesu terapije (pridržavanje dogovorenih uputa i zadataka)
- smanjivanje osjećaja beznađa i bespomoćnosti
- smanjivanje rizika povrata simptoma.

Psihoedukacija može biti ponuđena u individualnom i grupnom obliku te putem raznih medija edukacije (predavanja, letci, bilteni, knjige, mobilne aplikacije).

Savjetovanje

Savjetovanje se temelji na odnosu koji se uspostavlja između osobe i savjetovatelja te je usmjereno na osobu, a ne na bolest. Osnova mu je samoaktualizacija o kojoj Carl Rogers kaže da „postoji motivacijska sila - aktualizacija koja pojedince „tjera“ na osobni razvoj, prema kojoj će pojedinac, usprkos svim preprekama i teškoćama na koje nailazi na životnome putu, nastojati ostvariti svoje mogućnosti.” Savjetovanje započinje savjetodavnim intervjuom kroz strukturirani razgovor tijekom kojeg se pronalaze uzroci problema (razumijevanje problema i potrebe za pomoći, nastanak ovisnosti, osobna/obiteljska anamneza, povijest bolesti, procjena kognitivnih i emocionalnih kapaciteta osobe). Tehnike savjetovanja su aktivno i potkrepljujuće slušanje uz postavljanje otvorenih pitanja, ponavljanje, zaključivanje, pokazivanje osjećaja, povratne informacije (*feedback*) i neverbalno ponašanje. Savjetovanje nije davanje savjeta niti edukacija. Savjetovatelj pomaže osobi ublažiti slabosti i razviti snage za samostalno suočavanje s problemima kroz mijenjanje čovjekovih psihičkih procesa kao što su znanje, emocije, komunikacija, organizacija, kreativnost, samokritičnost, mišljenje i ponašanje. Savjetovanje uključuje kapacitete savjetovatelja i osobe s problemom ovisnosti. Kapaciteti savjetovatelja su: stručna kompetentnost (jačanje znanja o psihičkim procesima npr. emocijama, motivaciji, ličnosti i ponašanju koje mora biti neupitno), altruizam (svjesno i s namjerom za pružanjem pomoći motivirano ponašanje, težnja dobrobiti drugih osoba koja uključuje osobno odricanje), empatija (uživljavanje u emocionalna stanja drugih osoba, prihvaćanje, neosuđivanje, osjetljivost i prepoznavanje potreba sugovornika, osnova istinskog altruizma, savjetovatelj zna da se stavovi, uvjerenja i postupci osobe mogu mijenjati te mu odašilje poruku da je u redu biti takav kakav jesi, ali da određena ponašanja (pogotovo ovisnička) nisu poželjna i treba ih mijenjati), jačanje samodiscipline i otpornosti na rizike koji se javljaju zbog razlika (sustava vrijednosti, obrazovnih, spolnih, kulturalnih, emocionalnih), vrednovanje osobnoga rada (jer je to važan korektivni mehanizam) te rad na osobnome razvoju (zasniva se na realnoj procjeni osobnih sposobnosti, mogućnosti i nedostataka koji su temelj za osobno napredovanje). Kapaciteti osobe s problemom ovisnosti uključuju razvoj slike o sebi i osvješćivanje osobe. Razvoj slike o sebi uključuje zajedničko kreiranje ostvarivih kratkoročnih i srednjoročnih ciljeva, rijetko dugoročnih, što pomaže osobi osvijestiti kapacitet donošenja odluka i djelovanja. Postizanjem kratkoročnih i ostvarivih ciljeva osoba se samo potkrepljuje i razvija osjećaj sigurnosti u sebe, gradi realniju sliku o sebi uz samoprihvatanje sa svim teškoćama, problemima i manama i snagama koje ima, a adekvatnom slikom o sebi osoba može kreirati osnovu za adekvatno ponašanje. Osvješćivanje osobe kreće psihoedukacijom kojom joj pomažemo učiniti introspektivni uvid, učvrstiti osobnu motivaciju i aktivirati ju. Temeljem kratkoročnih i ostvarivih ciljeva ostvaruje se pomak u tretmanu na kojem se može graditi neki daljnji terapijski postupak specifično usmjeren pojedinim aspektima psihofizičkog i psihosocijalnog funkcioniranja osobe. Temeljem empatije postizemo da u takvom odnosu osoba traži snagu i ne očekuje gotova rješenja, temeljem samoaktualizacije možemo osobu motivirati da ustraje u nastojanjima da joj bude bolje, a razvijanjem životnih vještina uz ustrajavanje na ponavljanju pozitivnih aktivnosti s ciljem uvježbavanja vještina usmjerenih sebi i drugima u okolini razvijaju se adekvatna ponašanja.

Savjetovanje se provodi individualno, grupno ili obiteljski/partnerski te je u kompetencijama visokokvalificiranog stručnjaka s dodatnom edukacijom za savjetovanje (Dutra i sur., 2008., EMCDDA, n.d.; NICE, 2007., Turner i sur., 2014., Waldon i Turner, 2008.).

Kontrola apstinencije/prevencija recidiva

Strategija prevencije recidiva olakšava uspostavu i održavanje apstinencije. Recidiv je uvjetovan kombinacijom psihofizičkih i socijalnih čimbenika i odnosi se na proces ponovne uporabe psihoaktivne tvari (nakon razdoblja apstinencije, prijašnja razina uzimanja ili ovisnost) ili ovisničkog ponašanja u kojem je uzimanje/ponašanje posljednji događaj u dugom nizu neprilagođenih odgovora na unutarnje i vanjske poticaje. Recidiv može biti jednokratnog ili ponavljajućeg tipa, može biti potaknut sindromom sustezanja i psihofizičkom žudnjom i kao takav može predstavljati mogućnost za intervenciju i učenje. Recidiv se događa mnogim oporavljenim osobama jer je u mozgu osobe s problemom ovisnosti neurobiološki utemeljena trajna žudnja koju mogu pojačati visokorizične situacije. Uloga terapeuta je potaknuti optimizam korisnika i obitelji jer recidiv potiče snažne negativne emocije obitelji kao što su osjećaj zbuđenosti, nesreće, ljutnje, frustracije i odbacivanje korisnika. Opće intervencije za prevenciju recidiva su emocionalna podrška obitelji i prijatelja, razvijanje i održavanje novog socijalnog identiteta zdrave osobe prekidanjem veza s drugim osobama s problemom ovisnosti, promjena životnog stila razvijanjem novih interesa, zadovoljstava i društvenih kontakata. Specijalne intervencije za prevenciju recidiva su motiviranje, CM i trening socijalnih/životnih vještina. Strategija prevencije recidiva uključuje: analizu i identifikaciju rizičnih unutarnjih i vanjskih poticaja/okidača/situacija, stjecanje uvida u to zašto osoba zlorabi droge ili manifestira ovisničko ponašanje kada osjeti poticaje i učenje izbjegavanja, uvježbavanje alternativnih odgovora na poticaje u svrhu prevencije recidiva. Visokorizične situacije su: stres (pojačava ranjivost), negativne emocije (ljutnja, nervoza, depresija, frustracija, dosada), pozitivne emocije (droga kao nagrada, čašćenje, slavlje), konflikti (nepovjerenje obitelji), društveni pritisci (društvo osoba s problemom ovisnosti), zloraba drugih psihoaktivnih tvari (smanjuje samokontrolu), prisutnost okolnosti vezanih za uporabu ili ovisničko ponašanje (mjesto, pribor, glazba, osobe, odjeća, miris). Strategija prevencije je utemeljena na sistematskoj desenzitizaciji, procesu kojim korisnik u mislima prolazi rizične situacije uz pomoć terapeuta počevši od najmanje do najviše uznemiravajuće. Cilj treninga je da korisnik prevlada rizične situacije s podnošljivim osjećajem uznemirenosti kako bi bio što spremniji za realnu rizičnu situaciju. Tijekom treninga se uvježbavaju poželjna ponašanja kod rizičnih situacija, što uključuje oblikovanje liste rizičnih situacija počevši od najmanje uznemiravajućih, zamišljanje korisnika u toj situaciji pri čemu osjeća istu razinu uznemirenosti koja se inače javlja u realnim uvjetima, a korištenjem tehnika relaksacije smanjuje se napetost i postiže smirenost. Svaku vježbu potrebno je uvježbavati više puta da se na kraju korisnik može zamisliti u navedenoj situaciji bez osjećaja uznemirenosti, nastavljanje zamišljenih izlaganja situacijama koje korisnika ispunjavaju sve većim stupnjem anksioznosti po istom načelu do najviše uznemiravajućeg.

Trening se provodi individualno, grupno ili obiteljski/partnerski te je u kompetencijama visokokvalificiranog stručnjaka s dodatnom edukacijom. Meta-analiza prevencije recidiva na 26 studija pronašla je opću učinkovitost na održavanje apstinencije i psihosocijalnu prilagodbu, najveću učinkovitost u održavanju apstinencije za alkohol i više psihoaktivnih tvari u kombinaciji s lijekovima, manju učinkovitost u reduciranju zlorabe supstanci te visoku učinkovitost u poboljšanju prosječne psihosocijalne prilagodbe (Irvin i sur., 1999.). Kroz praćenje kokainskih konzumenata promatrala se pojedinačna i kombinirana učinkovitost prevencije recidiva i CM-a u izvanbolničkom sustavu i otkriveno je da je CM poboljšao ishod tretmana osobito u kombinaciji s prevencijom recidiva.

Trening socijalnih (komunikacijske, socijalno-emocionalne i vještine asertivnosti) i životnih vještina

Trening se temelji na analizi slučaja iz podataka dobivenih od same osobe i promatranjem ponašanja osobe, a omogućava uspješnije ponašanje čime popravlja odnose i povećava socijalnu podršku. Socijalne/životne vještine uključuju interpersonalne vještine, vještinu rješavanja konflikata, emocionalne vještine, komunikacijske vještine, trening asertivnosti, razvijanje samokritičnosti,

razvijanje kreativnosti, vještine organizacije i rješavanja problema te vještine usmjerene cilju. Uvježbavanje vještina usmjereno je zaokretu s prethodnih vještina i ciljeva društveno neprilagođenog životnog stila ka normalnom životu koji uključuje povezivanje s obitelji i „zdravim“ prijateljima, traženje i zadržavanje posla te izgradnju zdravog životnog stila.

Interpersonalne vještine omogućavaju uspješniju komunikaciju i suradnju, kao i vještinu rješavanja konflikata, a uvježbavanjem korisnici posljedično popravljaju odnose i poboljšavaju socijalnu podršku (obitelji, partnera u tretmanu), čime lakše postižu apstinenciju. Vještina rješavanja konflikata uključuje razumijevanje ljutnje, kako je prekinuti i spriječiti eskalaciju, kako smanjiti bijes, korištenje asertivnosti, kako reagirati u sukobu, održavanje emocionalne ravnoteže, ispričavanje te opraštanje. Kroz vježbu korisnici nauče kako ljutnja utječe na razmišljanje i ponašanje, kako razlikovati agresivno od pasivnog ponašanja, tehnike za kontrolu emocija i povećanje učinkovitosti komunikacije te ispričati se u svrhu smanjenja sukoba. Emocionalne vještine uključuju samomotivaciju, ustrajnost, toleranciju frustracija, kontrolu impulzivnosti, odgađanje nagrade, reguliranje raspoloženja, prevlast razuma, suosjećanje te kvalitetne međuljudske odnose. Vještina kontrole emocija podrazumijeva analizu emocija, što potiče prepoznavanje, toleranciju i nošenje s emocijama. Uvježbavanjem strategije nošenja s negativnim emocijama korisnik ih lakše počinje prepoznavati te uvježbava korištenje zdravih alternativa kod stresa kao što su društvena podrška, uključivanje u ugodne aktivnosti te vježbanje. Komunikacijske vještine uključuju aktivno slušanje, postavljanje pitanja, vođenje razgovora, komunikacijsku asertivnost, empatiju slušanja te podržavanje, ohrabrivanje, poštovanje, vjerovanje, prihvaćanje i pregovaranje koje korisnik dobiva od terapeuta kao model za identifikaciju, a uvježbavanjem komunikacije popravljaju se odnosi. Trening asertivnosti je uvježbavanje sposobnosti izražavanja vlastitih pozitivnih i negativnih misli i osjećaja na jasan i direktan, neagresivan način uz uvažavanje mišljenja i bez kršenja prava drugih osoba, što ima veliku ulogu u programima prevencije (nasilja u školi, ovisnosti, školskog neuspjeha) jer pomaže razvijanju samopoštovanja, socijalnih vještina i vještina rješavanja sukoba. Potrebno je i razvijanje samokritičnosti jer samokritična osoba objektivno ispituje i procjenjuje vlastito ponašanje, osobine i ciljeve, procjenjujući vodi li je ponašanje željenom cilju i je li ponašanje u skladu s usvojenim sustavom vrijednosti, jesu li odabrani ciljevi primjereni, realni i socijalno prihvatljivi. Uvježbavanjem samokritičnosti osoba može lakše mijenjati svoja ponašanja ili ciljeve uočavajući nesklad između željenog i stvarnog stanja. Razvijanje kreativnosti predstavlja pomak izvan uobičajenih razmišljanja i istraživanje novih ideja, kreativnost se uči i razvija ulaganjem vremena i motivacije. Za kreativnost je potrebna navika usmjeravanja misli i znanja, spremnost na pogreške, a temelj kreativnosti su emocije. Uvježbavanje kreativnosti ima svrhu uvođenja ugodnih svrhovitih aktivnosti (sport, hobi, čitanje, volontiranje, učenje, sviranje, pjevanje) i bitno je za vrijeme smanjenja zlorabe psihoaktivnih tvari i ovisničkih ponašanja jer tada osoba ima osjećaj praznine i viška vremena (što može ugroziti apstinenciju). Uvođenjem kvalitetnih aktivnosti osoba koristi vrijeme i energiju koja se prethodno trošila za aktivnosti vezane uz uporabu psihoaktivnih tvari ili ovisnička ponašanja, što pomaže postizanju početne i održavanju apstinencije. Vještina organizacije i rješavanja problema uključuje prepoznavanje problema, postavljanje prioriteta usvajanjem sustava vrijednosti, način odgovornog donošenja odluka razmatranjem prednosti i nedostataka odluka, toleranciju i nošenje s problemima. Uvježbavanje strategije nošenja s problemima pomaže poboljšanju slike o sebi i vlastitim sposobnostima. Vještine usmjerene cilju uključuju zajedničko određivanje kratkoročnih ostvarivih ciljeva, što pomaže osobi u jačanju slike o sebi, vlastitim slabostima i snagama, kao i postizanju realne slike o sebi. Ostvarenje kratkoročnih ciljeva (na koje su osobe s problemom ovisnosti naviknute) temelj je za naknadno određivanje i ispunjavanje dugotrajnih ciljeva. Uvježbavanje vještine usmjerene cilju pomaže korisniku naučiti odgoditi zadovoljstvo i postići dugoročne ciljeve. Dokazi ukazuju na to da trening socijalnih/životnih vještina poboljšava ishod tretmana osoba s problemom ovisnosti. Trening je učinkovit u univerzalnoj, selektivnoj i indiciranoj prevenciji, a provodi se individualno, grupno i obiteljski te je u domeni visokokvalificiranog stručnjaka s dodatnom edukacijom (Buddy, 2012., EMCDDA, n.d.; McHugh i sur., 2010.).

Pristup nagrade i kazne/*Contingency Management*

Pristup nagrade i kazne primjenjuje se na početku tretmana kada je glavni izazov prevladati pozitivne učinke ovisnosti (slabljenjem povezanosti utjecaja tvari/ovisničkog ponašanja i neželjenog životnog stila te povećavanjem učestalosti zdravih alternativnih aktivnosti koje su nespojive s uporabom psihoaktivnih tvari/ovisničkim ponašanjima). Pristup uključuje određivanje cilja (npr. apstinencija, redovni dolasci, suradljivost u uzimanju lijekova) i nagrade/kazne (tip nagrade ili kazne bitan je za uspjeh jer se osobe razlikuju te im je važno omogućiti da izaberu vrstu nagrade, čime će nagrada zaista služiti kao poticaj željenog ponašanja) za odgovarajuće/neodgovarajuće ponašanje koje se primjenjuje ovisno o ostvarivanju postavljenog cilja. Intervencije su: pozitivno nagrađivanje – davanje nagrade (stvari, usluge, socijalne nagrade, privilegije) kada se postigne terapijski cilj (negativni test, dolazak na tretman), negativno nagrađivanje- ukidanje ograničenja (supervizije suda ili područnih ureda HZSR-a, ranije ukidanje neke zabrane koja osobu veseli npr. strožeg režima izlazaka, TV-a, šetnje, čitanja, računala, druženja, edukacije), pozitivno kažnjavanje - provođenje kazne (suspenzija iz škole, zabrana korištenja TV-a, telefona, računala, izlazaka, druženja, edukacije) u slučaju neželjenog ponašanja (pozitivnog testa, nedolaska), negativno kažnjavanje - ukidanje pozitivnih okolnosti ili stanja (smanjenje vrijednosti nagrade koja se može zaslužiti, ukidanje ili smanjenje privilegija) u slučaju neželjenog ponašanja. Provođa se individualno ili obiteljski/partnerski te je u kompetencijama visokokvalificiranog stručnjaka s dodatnom edukacijom.

CM kod odraslih primarno koristi pozitivno nagrađivanje, iako provođenje i drugih intervencija utječe na motivaciju za dosezanje terapijskih ciljeva (Stranger i Budney, 2010.). Učinkovitost CM-a oblikuje pet varijabli: obrazac provođenja posljedica, veličina posljedice, izbor ciljanog ponašanja, odabir tipa posljedice te praćenje ciljanog ponašanja. Mnoge studije pokazale su da veća nagrada rezultira češćom apstinencijom i da je isplativija (Lussier i sur., 2006.). CM je najučinkovitiji od svih kognitivno bihevioralnih tehnika za zlorabu svih psihoaktivnih tvari (Dutra i sur., 2008). Učinkovitost različitih tipova CM intervencija pokazala se u povećanju apstinencije, većoj suradnji u savjetovanju, povećanju retencije u tretmanu, povećanju suradljivosti s farmakoterapijom, povećanju ispunjavanja terapijskih aktivnosti (Stranger i Budney, 2010.). CM je učinkovitiji od prevencije recidiva i drugih kognitivno bihevioralnih tehnika (Lussier i sur., 2006.). CM odraslih i adolescenata za sve psihoaktivne tvari značajno je učinkovitiji u uspostavljanju apstinencije od standardnog tretmana ili liječenja bez psihosocijalnih intervencija, ali manje učinkovit u održavanju apstinencije iako poboljšava sudjelovanje korisnika u drugim aspektima tretmana, a najučinkovitiji je bio za uspostavu apstinencije od opijata i kokaina (Prendergast i sur., 2006.). CM je učinkovit i kod pacijenata s dualnim poremećajima kod kojih je zloraba droga vrlo visoka, studije su pokazale smanjenje konzumacije kokaina i marihuane uporabom CM-a kod pacijenata sa psihotičnim poremećajima. (Lussier i sur., 2006.)

CM je učinkovit kod različitih psihoaktivnih tvari kao što su kanabis, stimulansi i opijati (Petry i sur., 2007.); njegova učinkovitost je umjerena, a najučinkovitiji je pojedinačno za opijate i kokain u odnosu na istodobnu uporabu više psihoaktivnih tvari (Dutra i sur., 2008.). Zaključno, na dokazima je utemeljeno da su CM intervencije učinkovite za: uspostavljanje i održavanje apstinencije, povećanje suradljivosti u tretmanu (liječkovi, terapijski ciljevi), zadržavanje klijenata u liječenju, retencije, kod zlorabe i ovisnosti o različitim psihoaktivnim tvarima (alkohol, kanabis, kokain, metamfetamin, opijati), kod različitih ciljnih skupina (adolescenti - Stranger i Budney, 2010., odrasli, dualni poremećaji - Petry, 2011., Prendergast i sur., 2006.).

Obiteljski/partnerski tretman

Obiteljski pristup je sastavni dio tretmana ovisnosti i temelji se na reciprocitetu odnosa između oboljele osobe i njenih bližnjih jer, kako zloraba psihoaktivnih tvari ili ovisničko ponašanje remeti odnos s obitelji, tako i poremećeni odnos s obitelji potencira zlorabu psihoaktivnih tvari ili ovisničko ponašanje. Uključivanje obitelji u tretman maloljetnika je zakonski regulirano, no kod punoljetnih osoba potrebno je osigurati njihovu suglasnost. Stoga je potrebno kvalitetno provesti motivacijski intervju s osobom. Obiteljski pristup ima cilj podrške, edukacije i uvježbavanja obitelji u svrhu

pomaganja članu obitelji u postizanju promjena i ostvarivanju ciljeva tretmana. Kod osobe s problemom ovisnosti kvalitetna podrška obitelji olakšava postizanje apstinencije i drugih ciljeva. Podrška se provodi u obliku savjetovanja i/ili terapije ovisno o specifičnim potrebama obitelji. Pojedinačni terapijski sastanak može uključivati cijelu obitelj, dio obitelji ili rad samo s jednim članom obitelji te uključuje psihoedukaciju i trening socijalnih/životnih vještina (NSW Department of Health, 2008.). Psihoedukacijom o biopsihosocijalnom multidimenzionalnom modelu bolesti ovisnosti i učinkovitim tretmanima te vrstama i posljedicama zloporabe pojedinih psihoaktivnih tvari i ovisničkih ponašanja obitelj može pomoći u motiviranju osobe za tretman, nošenju s recidivom te stvaranju pozitivne obiteljske klime koja je bitna za stabilizaciju korisnika. Uvježbavanjem životnih vještina poboljšava se nošenje sa stresom, očekivanje od sebe i drugih, osjećaji i suosjećanje (prepoznavanje i izražavanje, naglasak na ljutnji i načinima prihvatljivog iskazivanja ljutnje, suosjećajno reagiranje), komunikacija i poruke (aktivno slušanje, što je dobro i loše u komunikaciji, poruke za povećanje samopouzdanja, otkrivanje prikrivenih značenja nekih uobičajenih poruka), uključivanje u život oboljelog člana obitelji (motiviranje i konstruktivno provođenje zajedničkih aktivnosti), zajedničko jasno i realno postavljanje pravila uz sudjelovanje oboljele osobe u njihovom usvajanju i praćenju njihova pridržavanja, discipliniranje nagradama kao pomoć u poštovanju pravila (uvježbavanje roditelja za provođenje), nenasilno rješavanje sukoba (rašćlanjivanje misli, osjećaja i ponašanja u situaciji sukoba u svrhu uvježbavanja samokontrole). Značajan prediktor za pojavu ovisnosti je slab roditeljski nadzor i neznanje roditelja tko su osobe s kojima se adolescent druži, kao i konflikti u odnosu roditelja i djece. Zaštitni čimbenici su snažne emocionalne veze s roditeljima i roditeljski nadzor (kod osoba s problemom ovisnosti izrazito je prisutna razlika u emocionalnom doživljaju roditelja u korist majki), a rizični čimbenici su roditeljska ovisnost, slab roditeljski nadzor, konflikt u odnosu roditelja i djece, društvo u kojem se kreće i stavovi vršnjačkih skupina o zloporabi psihoaktivnih tvari i ovisničkim ponašanjima (NIDA, 2000., Ivandić Zimić, 2011.). Meta-analiza upućuje na veću učinkovitost obiteljskog postupka (savjetovanje/terapija) u usporedbi s individualnim savjetovanjem, utjecaj na smanjenje uporabe i posljedice uporabe te povećanje osjećaja zadovoljstva tijekom praćenja (Powers i sur., 2008.). Meta-analiza je otkrila da je obiteljski postupak (savjetovanje/terapija) povezan s povećanom retencijom u tretmanu zbog bolje prilagodbe unutar obitelji i podrške tretmanu (Stanton i Shadish i sur., 1997.). Preporuka je da se obiteljski postupak koristi za poboljšanje vještina komunikacije i suočavanje s problemom recidiva (Azrin i sur., 1994., Magill i Ray, 2009., McGovern i Carroll, 2003; NSW Department of Health, 2008., Powers i sur., 2008., Stanton i Shadish, 1997.).

Vođenje slučaja/Case management

Analiza i vođenje slučaja usmjereni su prema poticanju pozitivnih promjena kod osoba s problemom ovisnosti kroz omogućavanje povjerljivog, snažnog i prihvatljivog odnosa sa stručnjacima i institucijama koje pružaju usluge. Analiza slučaja je centralizirani proces individualne skrbi za osobu, usmjeren ponajprije na svladavanje prepreka pri pružanju i dosezanju usluga. Cilj je pružiti osobi što više usluga u različitim organizacijama bez posebnih ograničenja. Stoga pri analizi i radu na slučaju treba biti maksimalno razvijena komunikacija i suradnja među različitim ustanovama (NSW Department of Health, 2008.). Kroz analizu i vođenje slučaja, s osobom s problemom ovisnosti se pokušava prepoznati misli i osjećaje nakon kojih osoba ulazi u rizik od recidiva. Analiza pomaže osobi steći uvid zašto, odnosno kako bira ponovno konzumiranje droge kada osjeti poteškoće. Analiza slučaja provodi se za vrijeme procjene i početka tretmana uzimajući u obzir heterogenost poremećaja zloporabe droga te da osoba koja zlorabi droge može imati više različitih potreba. Tretman ovisnosti o drogama uključuje izradu plana, identifikaciju ciljeva, dogovor i zadatke. To je posebno važno jer su kod tih osoba prisutna kognitivna oštećenja, poteškoće koncentracije, problemi organizacije i poteškoće rješavanja problema, pa korisnici pomoću zadataka lakše pamte i primjenjuju naučene tehnike izvan tretmana. Identifikacija okidača za uzimanje psihoaktivnih tvari važna je u određivanju strategija za rješavanje rizičnih situacija i ponašanja. Strategija kontrole okidača služi kao važan preduvjet za jačanje samokontrole radi prevencije recidiva, čime se olakšava apstinencija. Trening vještina uči korisnika mijenjati stare navike

i naučiti nove vještine i navike te mijenjati način razmišljanja o uporabi psihoaktivnih tvari i okolnostima koje su dovele do recidiva u prošlosti.

Vođenje slučaja uključuje izradu plana tretmana temeljem potreba (biopsihosocijalnih), identifikaciju ciljeva, dogovor i zadatke (kod osoba s problemom ovisnosti su prisutna kognitivna oštećenja u vidu poteškoća koncentracije i organizacije, kao i poteškoće rješavanja problema pa korisnici pomoću zadataka lakše pamte i primjenjuju naučene tehnike izvan tretmana). Načelo analize i vođenja slučaja uključuje sintezu i analizu podataka dobivenih od korisnika i djelatnika multidisciplinarnih timova. Djelatnici timova provode intervencije u skladu sa svojim kompetencijama. Svrha vođenja slučaja je ostvariti najbolji ishod tretmana za korisnika kroz planiranje intervencija u skladu s potrebama i evaluacijom učinjenog (Carroll i sur., 1998., Irvin i sur., 1999.).

Resocijalizacija

Pod resocijalizacijom se u najširem smislu podrazumijeva svaki oblik društvenog uključivanja i afirmacije kroz različite aktivnosti iz područja sporta, kulture, rada i drugih društvenih aktivnosti. Stoga bi resocijalizacija osoba s problemom ovisnosti trebala biti logičan slijed psihosocijalne rehabilitacije u terapijskoj zajednici, penalnom sustavu i zdravstvenoj ustanovi, a najznačajniji dio resocijalizacije je pronalazak posla i stručno osposobljavanje osoba s problemom ovisnosti za određena zanimanja kao preduvjet njihove uspješne afirmacije u društvu.

U okviru intervencija vezanih za resocijalizaciju, osobama se može osigurati smještaj kroz stambene zajednice po završetku tretmana u sklopu terapijskih zajednica i udruga.

Psihoterapija

Psihoterapija je tretman problema emocionalne prirode psihološkim putem u kojem educirana osoba uspostavlja profesionalan terapijski odnos i koristi stručne postupke u svrhu uklanjanja, modificiranja ili ublažavanja intenziteta postojećih psihičkih simptoma/poteškoća s ciljem promjene poremećenih shema ponašanja i poticanja pozitivnog razvoja ličnosti osoba. Psihoterapija se usmjerava na jačanje postojećih i otkrivanje novih mehanizama nošenja sa stresom i životnim neprilikama. Psihoterapija je u srži terapija razgovorom, međutim, psihoterapeuti mogu koristiti cijeli dijapazon metoda, uključujući umjetnost, glazbu, inscenacije i pokret. Psihoterapijski susreti mogu se odvijati jedan-na-jedan, uključivati partnera ili člana obitelji i/ili se odvijati grupno. Psihoterapeut je osoba koja obavlja psihoterapijsku djelatnost. U Republici Hrvatskoj psihoterapeut može biti osoba koja (1) ima završen preddiplomski i diplomski sveučilišni studij ili integrirani preddiplomski i diplomski sveučilišni studij u području medicine, psihologije, socijalnog rada i edukacijske rehabilitacije, socijalne pedagogije i logopedije, (2) ima završen stručni dio izobrazbe iz psihoterapije u trajanju od najmanje četiri godine u nekom od psihoterapijskih pravaca, (3) upisan je u Imenik Hrvatske komore psihoterapeuta te (4) ima odobrenje za samostalan rad, odnosno obavlja djelatnost psihoterapeuta u skladu sa Zakonom o djelatnosti psihoterapije („Narodne novine“ broj 18/22). Psihoterapeuti mogu imati svoju privatnu praksu, raditi u udrugama, bolnicama i drugim ustanovama koje nude usluge psihosocijalne podrške.

4. Psihosocijalne intervencije kod pojedinih korisničkih skupina

4.1. Opća populacija

4.1.1. Problematika ovisnosti u općoj populaciji

Ovisnost o drogama je bolest mozga, ali i složena društvena pojava koja ostavlja dugoročne štetne posljedice na pojedinca, obitelj i društvo u cjelini. Stoga je postupak tretmana dugotrajan proces koji za cilj treba integrirano obuhvatiti problem ovisnosti s medicinskog, psihološkog i socijalnog aspekta

kako u samom planiranju i izradi programa tretmana i suzbijanja zlouporabe psihoaktivnih tvari, tako i u izravnom tretmanu osoba s problemom ovisnosti o drogama.

Alkoholizam je bolest koja se javlja zbog prekomjerne i najčešće dugotrajne uporabe alkoholnih pića. Konzumacija alkohola vrlo je raširena. O mogućim uzrocima alkoholizma postoje biološke, psihološke i sociološke teorije. Alkoholizam ostavlja posljedice na svim organskim sustavima. Važno je pravovremeno postaviti dijagnozu i započet liječenje. Prekomjerno pijenje alkohola pogađa kako pojedinca koji pije, tako i njegovu obitelj, radnu sredinu i zajednicu u kojoj živi i dovodi do ovisnosti o alkoholu. Alkoholizam se najprije manifestira u obitelji, narušava kvalitetu obiteljskog života i postaje problem cijele obitelji, ali i okoline u kojoj osoba s problemom ovisnosti o alkoholu živi. Obitelj prva prepoznaje poremećaje u ponašanju i primjećuje prve znakove alkoholizma, čak i prije nego sama osoba bude svjesna da se nešto ozbiljno događa. S obzirom na to da su članovi obitelji psihički i fizički vrlo bliski i povezani, ovisnost najprije počinje narušavati tu povezanost te kao bolest zahvaća cijelu obitelj. Alkoholizam vodi do disfunkcije i dezintegracije obitelji, što otežava daljnji rast i razvoj njenih članova. Dolazi do zanemarivanja obiteljskih dužnosti i nebrige za djecu, a posebno u slučaju kada su oba roditelja osoba s problemom ovisnosti o alkoholu. Alkoholizam dovodi i do osiromašjenja obitelji kako emocionalno, tako i materijalno.

Rizični čimbenici vezani za ponašajne ovisnosti su: muški spol, mlađa životna dob, poremećaj hiperaktivnosti i deficita pažnje, agresivnost, narcizam, impulzivnost, depresija, anksioznost, nisko samopouzdanje, niska razina samokontrole, socijalna anksioznost, disfunkcionalna obitelj, nezadovoljstvo životom, slaba podrška roditelja, početna dob igranja igara, količina novaca potrošenih na igre i vrijeme provedeno igrajući video igre (Gorowska i sur., 2022.). Svjetska zdravstvena organizacija je u 11. reviziji Međunarodne klasifikacije bolesti (u daljnjem tekstu: ICD-11) prepoznala te poremećaje i stavila ih pod naziv „poremećaji uzrokovani ponašajnim ovisnostima“. ICD-11 i Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, peto izdanje (DSM-5) definiraju te poremećaje kao ponavljajuća i kontinuirana ponašanja igranja igara koja traju neprekidno 12 mjeseci, a i kraće ako se jave neki teži simptomi (Gorowska i sur., 2022.). Za liječenje takvih ovisnosti najbolje se pokazala kognitivno-bihevioralna, obiteljska i realitetna terapija, a između ostaloga preporučuje se i korištenje online tretmanskih intervencija kod ovisnosti koja je niskog do umjerenog intenziteta.

Ovisnost o duhanu sve se češće javlja u modernoj populaciji i predstavlja veliki javnozdravstveni problem. Smatra se da je 15% svjetske populacije ovisno o duhanu, a taj postotak će ubrzanim načinom života samo rasti. Pušenje duhana uzrokuje visoke stope smrtnosti i morbiditeta u cijelom svijetu. Unatoč dostupnosti lijekova za prestanak pušenja, održavanje dugotrajne apstinencije je teško, a većina ljudi koji pokušavaju prestati pušiti u tome ne uspijeva. Iako duhanski dim sadrži mnogo tvari, znanstvenici smatraju da je nikotin glavni uzrok ovisnosti o duhanu. Razumijevanje funkcioniranja središnjeg živčanog sustava i procesa koji omogućuju stvaranje ovisnosti o nikotinu ključno je za razvoj učinkovitih lijekova. Iako je opće prihvaćeno da je nikotin najštetniji sastojak duhana, neki od 4.000 drugih duhanskih kemijskih sastojaka koji se nalaze u cigareti također uzrokuju senzoričke i kondicionirane učinke poput osjećaja ugone i time produbljuju ovisnost. Pušenje uzrokuje široki spektar bolesti uključujući razne tumore, kronične bolesti pluća, kardiovaskularne i gastrointestinalne bolesti. Uz to, uporaba duhana tijekom trudnoće negativno utječe na rast i razvoj fetusa i smanjuje reproduktivnu sposobnost. Patofiziološki mehanizam nastanka ovisnosti o duhanu je heterogen, a najznačajniju ulogu ima nikotin koji preko specifičnih neuroreceptora stimulira središnji živčani sustav i potiče lučenje dopamina te na taj način stvara osjećaj ugone.

Škola nepušenja provodi se u izvanbolničkom i bolničkom sustavu liječenja. To je grupni model psihosocijalnog tretmana koji uključuje motiviranje, savjetovanje, psihoedukaciju, CM, trening socijalnih/životnih vještina, prevenciju recidiva te je ujedno i grupa za samopomoć.

4.2. Žene s problemom ovisnosti/majke/dojilje

4.2.1. *Problematika ovisnosti kod žena*

Pregled povijesti pristupa tretmanu žena s problemom ovisnosti u Americi od 1920. do 1996. (Kandall i Petrillo, 1996.) otkrio je da su te žene bile zanemarivane u pogledu iznalaženja učinkovitih oblika tretmana, ali i da znanstvena istraživanja nisu bila spolno orijentirana u pristupu istraživanju problema ovisnosti. Naime, dugo se smatralo da žene s problemom ovisnosti 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. Istraživanja pokazuju da ovisnost roditelja, posebice ovisnost majke, ima izuzetno štetne psihološke i socijalne posljedice na djecu koja su i sama rizična za pojavu ovisnosti (Werner i sur., 1999.). Budući da psihoaktivne tvari mogu narušiti zdravlje trudnice te imaju štetne posljedice na rast i razvoj fetusa i izvor su komplikacija tijekom trudnoće, posebno veliki problem predstavlja uzimanje psihoaktivnih tvari kod trudnica. Uzimanje psihoaktivnih tvari za vrijeme trudnoće predstavlja vrlo veliki rizik i za majku i za dijete. Mnoga oštećenja uzrokovana uzimanjem psihoaktivnih tvari za vrijeme trudnoće nisu vidljiva neposredno nakon rođenja djeteta, ali mogu kasnije uzrokovati poremećaje u ponašanju, teškoće koncentracije i učenja, jaki psihomotorni nemir, ili su takva djeca osjetljivija na bolesti i fizički slabija. Stoga trudnice s problemom ovisnosti treba educirati o utjecaju psihoaktivnih tvari na fetus te nastojati svesti uzimanje psihoaktivnih tvari na najmanju moguću mjeru, pri čemu najveću ulogu ima psihosocijalni tretman. Američka studija (American Psychiatric Association, 1987.) nalazi da među populacijom ovisnom o psihoaktivnim tvarima, više od 50 posto uz ovisnost ima i neki drugi psihički poremećaj gdje prevladavaju anksiozni poremećaj, afektivni poremećaj i poremećaj ličnosti te da su ti poremećaji, izuzev poremećaja ličnosti koji je uglavnom prisutan kod muškaraca s problemom ovisnosti, u znatno većem postotku prisutni kod žena s problemom ovisnosti. Žene, za razliku od muškaraca, češće izjavljuju da su upravo psihičke teškoće, kao što su depresija i anksioznost, bile uzrok njihove ovisnosti (Robins and Regier, 1991.). Specifičnost kod žena odnosi se i na rizično vrijeme za pojavu ovisnosti te je kod njih rizik za pojavu ovisnosti značajno dulji nego kod muških osoba s problemom ovisnosti i može se produljiti čak do srednjih godina života. Žene brže postaju ovisne unatoč uzimanju manjih količina psihoaktivnih tvari u usporedbi s muškarcima, prosječno su nižeg obrazovnog statusa s lošijim financijskim i materijalnim resursima, često imaju malodobnu djecu, vjerojatnije je i da su tijekom života bile izložene seksualnom i fizičkom nasilju, a podrška uže socijalne sredine gotovo redovito izostaje.

Trudnicama s problemom ovisnosti je potrebna stručna podrška, antenatalni i postnatalni tretman te je kod njih potrebno njegovati multidisciplinarni i multisektorski pristup. Navedena potreba postoji iz razloga što vrlo često trudnice iz straha da im se ne oduzme dijete, ali i zbog stigmatizacije ne otkrivaju da imaju problem ovisnosti. Nadalje, vrlo je visoki rizik od razvoja neonatalnog apstinencijskog sindroma, a eventualno i smanjenje terapije tijekom trudnoće može biti rizično kako za majku tako i za dijete te je nužna suradnja unutar zdravstvenog sustava službi za liječenje ovisnosti i službi za ginekologiju i porodništvo te patронаžne službe kako bi se na vrijeme pružila adekvatna zdravstvena skrb i medicinska pomoć majci i djetetu.

Sukladno navedenom, tretmanske potrebe žena s problemom ovisnosti su specifične te je uz psihosocijalni tretman ovisnosti u užem smislu, nužno ponuditi široki spektar usluga koje pokrivaju takve potrebe. Kod tretmana je primijećeno da je bolje imati posebne programe za žensku populaciju s problemom ovisnosti koja ujedno ostaje duže u programu, iako ih je znatno teže motivirati za ulazak u program. Poseban izazov predstavlja i činjenica kako su iste u većem riziku od HIV infekcije budući da drogu najčešće uzimaju s partnerom te pružaju seksualne usluge u zamjenu za drogu, pa se

preporučuje da se u sklopu programa tretmana za žene provode i posebne mjere (strategije) smanjenja štete.

4.3. Maloljetne osobe u riziku od razvoja ovisnosti

4.3.1. *Problematika ovisnosti kod maloljetnika*

U tretman zbog zlorabice ili ovisnosti o drogama, alkoholu, kockanju ili video igrama maloljetnici i mlađi punoljetnici rijetko se uključuju samoinicijativno, već na inicijativu roditelja, područnog ureda HZSR-a, škole ili, ako su ujedno i počinitelji kaznenog ili prekršajnog djela, po odluci Općinskog kaznenog državnog odvjetništva te Kaznenog ili Prekršajnog suda. Tretman djece i adolescenata treba posebno prilagoditi specifičnim obilježjima te populacije. Problemi adolescentne populacije vrlo često su razvojne prirode. Adolescenti u svom procesu odrastanja uče prihvaćati vlastite socijalne uloge i formiraju svoj identitet. Često je obilježje adolescentne populacije pobuna protiv roditeljskog autoriteta koja se često prenosi i na širu društvenu zajednicu. Poznato je da je pojava eksperimentiranja s psihoaktivnim tvarima usko vezana za adolescentnu dob, a adolescencija je razdoblje u kojem se mnoge promjene u životu mladih događaju izuzetno dinamično i intenzivno. Često određene skupine mladih kroz različita praćenja novih trendova u glazbi, kulturi i načinu provođenja slobodnog vremena, izražavaju svoju pobunu protiv dominantne kulture u zajednici, ali i protiv roditeljskog autoriteta kao primarnog čimbenika u njihovoj socijalizaciji. Izražaj takve adolescentne pobune se u krajnje negativnom obliku može očitovati i kao ovisnost. Stoga adolescentima u tretmanu treba omogućiti da riješe probleme razvojne prirode te je nužno u njihov tretman uključiti i roditelje, a po procjeni, i odrediti im mjere obiteljsko pravne zaštite maloljetnog djeteta - mjere stručne pomoći i potpore i intenzivne stručne pomoći i nadzora, ili ih uključiti u grupno savjetovanje o vještinama roditeljstva (škola za roditelje). Ako je za tretman ovisnosti potrebno izdvojiti maloljetnika iz zajednice, ciljani tretman ovisnosti provodi se u sklopu terapijske zajednice ili smještajem u dječji dom ili centar za pružanje usluga u zajednici, kroz program navedenih ustanova. Tretmani utemeljeni na dobro oblikovanim, randomiziranim kliničkim studijama uključuju: savjetovanje u kombinaciji pristupom nagrade i kazne, kognitivno-bihevioralne terapije kombinirane s terapijom pojačavanja motivacije, grupne i individualne te obiteljske intervencije (kratka, funkcionalna i multidimenzionalna obiteljska terapija, multisistemska terapija, obiteljska suportivna terapija, obiteljska terapija ponašanja) (Malhotra i sur., 2005.). Socijalne intervencije uključuju obitelj, školu, socijalnu službu i jedinstvene su za adolescente, a sadržavaju prepoznavanje i promjenu neprilagođenih roditeljskih obrazaca koji pridonose uporabi psihoaktivnih tvari ili ovisničkom ponašanju, uz pomoć školskog i pravosudnog sustava te definiranje problema povezanih s prijateljima. Podaci utemeljeni na dokazima pokazali su da je bihevioralni obiteljski pristup učinkovitiji nego tretman koji ne uključuje obitelj (Waldron i sur., 2001., Dennis i sur., 2004.). Većina adolescenata slabo je motivirana za prestanak uporabe droga ili ovisničkog ponašanja i održavanje apstinencije te isto ne smatraju problemom koji iziskuje tretman. Psihosocijalni tretmani za adolescente vode do redukcije uzimanja droga, ali 75 posto adolescenata i dalje ima značajne simptome vezane za uporabu droga; mnogi nikada ne uspostave apstinenciju ili bitnu redukciju uporabe, a mnogi koji su početno uspjeli imaju recidiv (Waldron i Turner, 2008.). Uključivanjem CM intervencija povećava se mogućnost poboljšanja ishoda. CM intervencije pružaju jasne nagrade za prestanak uzimanja neke psihoaktivne tvari i oblikovane su za postizanje početne ili dugotrajne motivacije za apstinenciju. Oni koji upućuju adolescente u tretman imaju mogućnost provođenja CM pristupa koji može pojačati početnu motivaciju za apstinenciju i provedbu tretmana kontinuiranim CM intervencijama unutar tretmana. Te intervencije učinkovit su dodatak ili alternativa kliničkim oblicima tretmana.

Prema Malhotra i sur. (2005.) psihosocijalni tretman za adolescente uključuje:

1. kratke intervencije: 1-4 individualne seanse koje provode liječnici i zdravstveni suradnici, ali ne i specijalisti; najisplativije su te umjereno učinkovite. Cilj je redukcija uporabe droga te se provode kod mladih koji eksperimentiraju sa sredstvima ovisnosti. Radi se na motivaciji za promjenu navika putem informacija o rizičnosti ponašanja, ohrabrivanja za promjenu, savjetovanja, upućivanja na druge mogućnosti i povećanja samopouzdanja
2. duge intervencije: 5-12 individualnih ili grupnih seansi koje provode zdravstveni suradnici, liječnici i psihijatri u skladu s kompetencijama; tip intervencija ovisi o cilju tretmana, a uključuju tretman/terapiju ponašanja, trening socijalnih vještina, kognitivno-bihevioralne terapije, prevenciju recidiva i suportivno-ekspresivnu psihoterapiju, a koriste se kod dualnih poremećaja.

4.4. Osobe s dualnim poremećajima

4.4.1. *Problematika ovisnosti kod osoba s dualnim poremećajima*

Primijećeno je da ovisnost vrlo često koegzistira s drugim problemima mentalnog zdravlja koji otežavaju tretman. Najčešći problemi mentalnog zdravlja prisutni uz ovisnost su: poremećaji ličnosti, anksiozni poremećaji, poremećaji raspoloženja, psihotični poremećaji, a kod mladih hiperaktivni poremećaj, poremećaj ponašanja i/ili emocija, anksiozni poremećaji i poremećaji raspoloženja.

Tako je epidemiološka studija (Regier i sur., 1990.) pokazala da osobe koje već imaju dijagnosticiran psihički poremećaj su također pod većim rizikom da razviju i ovisnost. Također, komorbiditet ovisnosti o psihoaktivnim tvarima i psihičkog poremećaja povlači za sobom i niz drugih psihosocijalnih poteškoća i zahtjeva provedbu intervencija u odnosu na ovisnosti i na psihički poremećaj. Tijekom terapijskog procesa potrebno se usredotočiti na razvijanje podržavajućeg terapijskog saveza uz naglasak na modificirane pristupe s ciljem poboljšanja motivacije. Potrebno je integrirati psihosocijalne intervencije utemeljene na dokazima za različite psihičke poremećaje kako bi se kreirao individualizirani plan upravljanja. Nakon toga je potrebno pomoći pacijentu u stjecanju vještina za apstinenciju i oporavak korištenjem različitih načela kao što su savjetovanje za prevenciju recidiva uz istodobnu primjenu kognitivno-bihevioralne terapije. Nužno je raditi na što većoj pozitivnoj podršci članova obitelji educirajući ih o složenosti bolesti, bilo da je riječ o ovisnosti ili o podležećem psihičkom poremećaju. Kratkoročni pristup koji uključuje vođenje slučaja tijekom kritičnih razdoblja s visokim rizikom od recidiva uz koncept što je moguće veće stope zadržavanja u tretmanu povećavaju vjerojatnost uspješnih ishoda liječenja. (Subodh BN, i sur., 2018.).

4.5. Politoksikomanija (višestruka ovisnost)

4.5.1. *Problematika politoksikomanije*

Politoksikomanija je istovremena uporaba tri i više psihoaktivnih tvari tijekom najmanje 12 mjeseci, pri čemu ne mora postojati ovisnost o bilo kojoj pojedinačnoj tvari (razina štetne uporabe), ali mora postojati ovisnost o njihovoj kombinaciji, što je vrlo često kod osoba koje koriste droge (s obzirom na primarnu drogu ovisnosti, najčešće kombinacije su kanabis, alkohol i kokain; opijati, kanabis i kokain; kokain, kanabis i alkohol te amfetamin, alkohol i kanabis).

Psihoaktivne tvari ulaze u interakcije pa je prepoznavanje politoksikomanije važno jer može doći do pogoršanja već teškog stanja osobe i većih rizika kao što su predoziranje, hepatotoksičnost (osobito u kombinaciji s infekcijom hepatitisom C) i lošiji ishodi liječenja (kod osoba u liječenju opijatskim

agonistima koje zlorabe psihostimulanse). Kod osoba s politoksikomanijom postoji značajna prevalencija psihičkih komorbiditeta, što zahtijeva pažljivu procjenu individualnih potreba i terapijskih intervencija.

Neprepoznavanje i nerješavanje politoksikomanije smanjuje vjerojatnost uspješnog postizanja ciljeva tretmana te je propuštena prilika za poboljšanje zdravlja klijenata.

4.6. Konzumenti stimulansa

4.6.1. *Problematika konzumacije stimulansa*

Prema istraživanjima i epidemiološkim podacima, stimulansi su treća najpopularnija droga u Republici Hrvatskoj. Kao i kod ostalih psihoaktivnih tvari, uporaba stimulansa nameće ogromne društvene troškove, uključujući ekonomske, zdravstvene i socijalne i ima negativan utjecaj na dobrobit pojedinaca i lokalnih zajednica. U skladu s time, potrebno je staviti poseban naglasak na ovu skupinu korisnika upravo radi tog rastućeg priljeva broja korisnika u tretman kojima je primarno sredstvo ovisnosti jedna od vrsta stimulansa. Ciljevi tretmana za ovu skupinu korisnika slični su ciljevima liječenja drugih kroničnih bolesti. Primarni cilj je remisija simptoma poremećaja, definiranih u dijagnostičkom priručniku. To prije svega podrazumijeva prestanak uzimanja stimulansa uz jačanje tjelesnog i mentalnog zdravlja i općenito poboljšanje općeg funkcioniranja. Krajnji cilj tretmana je održati dugotrajnu i stabilnu remisiju simptoma kako bi se spriječio recidiv te u konačnici poboljšala kvaliteta života korisnika.

Opće poznata je činjenica da većina osoba koja zlorabi stimulanse ili je možda razvila ovisnost o stimulansima ne traži stručnu pomoć. Najčešći tip dostupnih intervencija za manji broj osoba koje se odluče potražiti pomoć radi uzimanja stimulansa su savjetovanje i programi podrške od strane tzv. *peer* stručnjaka (osoba u oporavku sa sličnim iskustvom). Te se intervencije često temelje na načelima programa oporavka u 12 koraka koji se nazivaju Anonimni alkoholičari ili narkomani (AA/NA). Učinkovitost takvih programa za pomoć u prevladavanju poremećaja uzimanja stimulansa nije opsežno procijenjena u kontroliranim kliničkim ispitivanjima i postoje uglavnom mješoviti dokazi temeljeni na pojedinačnim pričama. Iako znanstveni dokazi u prilog ovakvom tipu intervencija vršnjacima nisu snažni, takvi programi mogu pružiti dodatne, korisne i potencijalno učinkovite podrške oporavku za neke osobe uključene u formalne programe liječenja. U takvoj komplementarnoj ulozi, vršnjačke intervencije i programi podrške mogu se preporučiti osobama s problemom uzimanja stimulansa po potrebi.

Među različitim psihosocijalnim intervencijama koje su procijenjene u kontroliranim kliničkim ispitivanjima, pristup nagrade i kazne (CM) i kognitivno-bihevioralna terapija (u daljnjem tekstu: KBT) dosljedno su se pokazale učinkovitima kod ovisnosti o stimulansima (De Giorgi i sur., 2018b, Dutra i sur., 2008., Lee i Rawson, 2008., Lussier i sur., 2006., Minozzi i sur., 2016., Prendergast i sur., 2006.). Dokaze iz kliničkih ispitivanja vezanih uz druge intervencije, uključujući različite oblike terapija poboljšanja motivacije (u daljnjem tekstu: MET) (Carroll i Onken, 2005., Lundahl i sur., 2010., Smedslund i sur., 2011.) i široki spektar intervencija pod krovim pojmom "savjetovanje o drogama" tek treba sustavno evaluirati (Ferri i sur., 2006.).

Pristup nagrade i kazne

U tipičnoj primjeni CM-a za liječenje ovisnosti o stimulansima korisnik dobiva novčanu ili neku drugu opipljivu nagradu koja ovisi o smanjenju uzimanja droge, što je potkrijepljeno davanjem biološkog uzorka (najčešće urina) koji treba biti negativan na testirane supstance. Mnoge studije pružaju snažne dokaze da je CM učinkovit u smanjenju uzimanja supstanci ili održavanju početne apstinencije tijekom

liječenja kada se aktivno osigurava nagrađivanje. Međutim, određeni dokazi također ukazuju da kada pojedinci više nisu ovisni o nagradama, razmjeri učinka liječenja mogu se smanjiti (Benishek i sur., 2014.).

Kognitivno-bihevioralna terapija (KBT)

Tipična primjena KBT-a za liječenje ovisnosti o stimulansima često uključuje kombinaciju različitih psihosocijalnih intervencija. Na primjer, KBT može uključivati obrazovne, didaktičke komponente i komponente učenja vještina koje ciljaju na kognitivno funkcioniranje (tj. razmišljanje, pamćenje, donošenje odluka), kao i komponente usmjerene na emocionalno/psihološko funkcioniranje u vezi s problemima uzimanja supstanci i oporavkom. KBT za ovisnost o stimulansima često uključuje ili se kombinira s drugim intervencijama kao što su prevencija recidiva, poboljšanje motivacije, sustav nagrade i kazne, partnerska terapija i obiteljske intervencije.

Terapija poboljšanja motivacije (MET) / motivacijski intervju (MI)

MET za ovisnosti o stimulansima se često provodi kao oblik motivacijskog intervjua (MI) (Miller i Rollnick, 2002.). Postoje dokazi da MET/MI može biti učinkovit za liječenje ovisnosti o stimulansima u usporedbi ni s kakvim intervencijama, ali ukupna kvaliteta dokaza o učinkovitosti MET/MI je niska (Smedslund et al., 2011.). Stvarna primjena intervencija temeljenih na MET/MI za ovisnost o stimulansima također se može znatno razlikovati u specifičnim detaljima provedbe, ovisno o kliničkom kontekstu ili specifičnom lokalnom okruženju. Međutim, sveukupni fokus intervencija koje se temelje na MET/MI tipično je sužen kako bi se primarno ili isključivo bavili motivacijskim stanjem korisnika, a najčešće propisane i prakticirane intervencije temelje se na specifičnom komunikacijskom stilu i tehnikama MET/MI.

4.7. Ponašajne ovisnosti

Uzimajući u obzir sindromalni opis ovisnosti o kockanju kao za sada jedine formalno priznate ponašajne ovisnosti, uz ovisnost o videoigrama, te heterogenost populacije osoba s problemom ovisnosti o kockanju i terapijski protokoli koji se s vremenom razvijaju su multidimenzionalni odnosno uključuju različite kombinacije psihoterapijskih, psihofarmakoloških, financijskih, edukacijskih intervencija i tehnika samopomoći. U svakodnevnoj praksi ove se intervencije provode u individualnom ili grupnom formatu kao kognitivno-bihevioralna terapija, kratke intervencije i motivacijski intervju, intervencije samopomoći, obiteljska i višeobiteljska terapija (Rizeanu, 2015.). Kada se opisuje uspješnost terapijskih intervencija usmjerenih na oporavak osoba s problemom ovisnosti o kockanju, važno je reći i kako je i sam koncept oporavka koji se koristi kao ishod tretmana nedovoljno operacionaliziran i mjerljiv. Nower i Blaszczyński (2008.) opisuju oporavak kao kontinuum koji u osnovnoj razini obuhvaća smanjenje vremena i novca povezanih s kockanjem dok najviša razina oporavka podrazumijeva i odsustvo negativnih psihosocijalnih posljedica kockanja te trajno poboljšanje kvalitete života. Uzimajući u obzir simptome koji se odnose i na gubitak kontrole nad vremenom i novcem, ali i na psihosocijalne posljedice, koncept oporavka potrebno je dodatno proširiti van parametara koji se odnose isključivo na apstinenciju od kockanja ili pojavu recidiva, frekvenciju kockanja, potrošeni novac ili na odsustvo dijagnostičkih kriterija potrebnih za postavljanje dijagnoze. Pickering i suradnici (2018.) navode kako multimodalnost i heterogenost terapijskih protokola zahtijeva i multidimenzionalnu konceptualizaciju oporavka. Osim adekvatnog definiranja i operacionaliziranja ishoda tretmana, važno je reći da se najbolje znanstveno mogu evaluirati strukturirani ili polustrukturirani terapijski protokoli koji imaju zadani okvir i način rada, definirane ciljeve, tehnike i metode.

Uz opće značajke ovisnosti o kockanju, istraživanja ovisnosti o kockanju kod žena otkrila su značajnu povezanost s komorbidnim psihičkim poremećajima odnosno da je pojavnost i povezanost komorbidnih psihičkih poremećaja izraženija kod žena nego kod muškaraca. Sukladno tome provedena istraživanja su pokazala da su anksiozni i afektivni poremećaji češći kod žena koje se javljaju na liječenje, dok kod ovisnosti o alkoholu i drugim psihoaktivnim tvarima nije bilo razlike (Karlsson i Hakansson, 2018.). Studije provedene u općoj populaciji su pokazale kako postojanje afektivnog ili anksioznog poremećaja može povećati rizik za kasniji razvoj ovisnosti o kockanju kod žena, ali ne kod muškaraca (Blanco i sur., 2006., Desai i Potenza, 2008.). Istraživanja su također pokazala kako je kod žena kockanje češće nego kod muškaraca način nošenja s averzivnim afektivnim stanjima (Desai i Potenza, 2008., Ibanez i sur., 2003.).

Zaključno se može reći kako tretman ovisnosti o kockanju ostaje kompleksan izazov koji najčešće podrazumijeva istovremenu primjenu nekoliko terapijskih intervencija. Dosadašnja istraživanja pokazala su kako je svako uključivanje u terapijski protokol imalo bolje rezultate u odnosu na osobe s problemom ovisnosti o kockanju koji nisu dobili nikakvu pomoć pri čemu su se najuspješnijim pokazali strukturirani protokoli zasnovani na KBT-u i MI-u. Uzimajući u obzir sve navedeno, važno je da strukturirani terapijski protokol sadrži mehanizme koji omogućavaju lakše provođenje, da protokol bude fleksibilan, lako izvediv, ekonomski opravdan te da omogući što ranije i jednostavnije uključivanje u tretman i zadržavanje u terapijskom protokolu. Ovako strukturiranim protokolima trebali bi se dijelom pokušati riješiti i najveći aktualni izazovi u tretmanu ovisnosti o kockanju, a to su u prvom redu mali broj pacijenata koji se uključuje u liječenje i njihova slaba retencija u protokolu te problem održivosti pozitivnih učinaka tretmana.

Terapijske intervencije koje se koriste u tretmanu osoba s problemom kockanja mogu se podijeliti u psihosocijalne intervencije ili nefarmakološke i farmakološke intervencije.

Psihosocijalne intervencije

Provedena istraživanja pokazala su da su psihosocijalne terapijske intervencije najučinkovitija metoda liječenja ove skupine korisnika te da dovode do značajnog poboljšanja u kliničkoj slici i kratkoročno i dugoročno (Cowlshaw, 2012., Rash i Petry, 2014.). Sve psihosocijalne intervencije su se u načelu pokazale učinkovitima u smanjenju simptoma kockanja u odnosu na standardnu skrb ili neuključivanje u terapijski protokol (Pallesen i sur., 2005.), no najveći je broj recentnih studija pokazao kako je najoptimalnija terapijska učinkovitost kognitivno-bihevioralnih protokola (Abbott i sur., 2017., Carlbring, 2010., Garcia-Caballero i sur., 2018.) i protokola temeljenih na motivacijskom intervjuu (Garcia-Caballero i sur., 2018.).

Kognitivno-bihevioralna terapija

Kognitivno-bihevioralna terapija (KBT) je najčešće korištena, najviše analizirana i svakako najuspješnija psihoterapijska intervenciju kod osoba s problemom ovisnosti o kockanju (Abbott i sur., 2017., Carlbring, 2010., Garcia-Caballero i sur., 2018.). KBT nastoji mijenjati misli, stavove i uvjerenja koji su u podlozi određenih ponašanja. Bihevioralnim pristupom ponašanje se mijenja s mijenjanjem naučenih odgovora i smanjenjem uzbuđenja ili drugih nagrađujućih iskustava koje kockanje pruža, dok kognitivne terapijske intervencije imaju za cilj pomoći korisniku da prevlada iracionalne misli koje su odgovorne za početak i nastavak kockanja (Potenza i sur., 2019.). Drugim riječima, kroz kognitivno restrukturiranje se uklanjaju kognitivne distorzije i iracionalna uvjerenja, a bihevioralnim metodama se smanjuje uzbuđenje i ugoda povezani s kockanjem. Prednosti KBT-a su da je ovakav dobro strukturirani, vremenski ograničen terapijski pristup ekonomski isplativiji u odnosu na neke druge terapijske intervencije, da ima dugoročne pozitivne učinke te da smanjuje i rizik od pojave recidiva u razdoblju praćenja (Raylu i Oei, 2010.). Terapijski protokoli koji se primjenjuju u svakodnevnoj kliničkoj

praksi se razlikuju ovisno o tome prevladava li kognitivna ili bihevioralna komponenta, a tipični strukturirani protokol sastoji se od: kognitivnog restrukturiranja, tehnika rješavanja problema, treninga socijalnih vještina i prevencije recidiva (Rizeanu, 2014.). Studije koje su uspoređivale individualni i grupni format KBT-a pokazale su kako između ova dva načina provođenja terapijskih intervencija nije bilo značajnije razlike tijekom tromjesečnog praćenja nakon završetka tretmana, dok je evaluacija šest mjeseci po završetku terapijskog protokola pokazala kako su terapijski učinci grupnog formata bili bolje održani i stabilniji (Dowling i sur., 2008., Ribeiro, 2021.). Mogući razlozi tome mogu biti da grupni format ima i dodatne korisne učinke jer kroz grupnu koheziju doprinosi smanjenju osjećaja srama i izolacije kroz uzajamnu identifikaciju s drugim članovima, omogućava pozitivne promjene kroz pritisak drugih članova, socijalnu potporu i strukturu, a kroz opservacijsko učenje omogućava da korisnici uče na iskustvima oporavka drugih članova uz realističan i konstruktivan *feedback*. Za samog terapeuta grupni format je vremenski i ekonomski najisplativija opcija, osobito ako se uzme u obzir broj osoba s problemom ovisnosti u određenom zdravstvenom sustavu.

Kratke i motivacijske intervencije

Kratke i motivacijske intervencije su se pokazale osobito korisnim kod problemskih ili rizičnih kockara koji još uvijek ne zadovoljavaju dovoljno kriterija za postavljanje dijagnoze ovisnosti o kockanju, a kod kojih mogu prevenirati eskalaciju kockanja i posljedični razvoj i kumuliranje psihosocijalnih posljedica. U ovoj skupini terapijskih intervencija najvažnije mjesto zauzima motivacijski intervju (MI) koji se opisuje kao kratka savjetodavna intervencija često korištena u radu s ovisnicima, obično kroz 2-4 seanse. Motivacijski intervju nastoji reflektivnim slušanjem i empatijom potaknuti unutarnju motivaciju osoba s problemom ovisnosti, uvažavati njegovu autonomiju i slobodu izbora te mu kroz normativni *feedback* pomoći da izađe iz ambivalencije vezane uz probleme uzrokovane kockanjem. Provedene studije pokazale su kako primjena motivacijskog intervju, samostalno ili u kombinaciji s KBT-om, pozitivno utječe na ishod tretmana smanjujući frekvenciju kockanja i intenzitet ovisnosti te poboljšavajući psihosocijalno funkcioniranje i kvalitetu života, neposredno nakon tretmana i tijekom perioda praćenja (Hettema i sur., 2005., Yakovenko i sur., 2015.). Istraživanja su nadalje pokazala kako između KBT-a i MI-a kao dvije najčešće korištene metode kod ovisnosti o kockanju, nije registrirana značajnija razlika u terapijskoj učinkovitosti i terapijskoj adherentnosti (Carlbring i sur., 2010., Raylu i Oei, 2010.).

5. Tablica prikladnih psihosocijalnih intervencija u odnosu na vrstu ovisnosti i ciljanu skupinu

Vrste psihosocijalnih intervencija	Opća populacija			Žene s problemom ovisnosti/majke/dojilje		Maloljetne osobe u riziku razvoja ovisnosti		Osobe s dualnim poremećajima	Politoksikomanija	Konzumenti stimulansa
	Ovisnost o tvarima (droge i alkohol)	Ponašajne ovisnosti	Duhan	Ovisnost o tvarima (droge i alkohol)	Ponašajne ovisnosti	Ovisnost o tvarima (droge i alkohol)	Ponašajne ovisnosti			
Motivacijski intervju	x	x	x	x	X	x	x	x	x	x
Kratka motivacijska intervencija	X	x	x	x	X	x	x			
Vršnjačka/peer podrška	X	x		x	x					
Psihoedukacija	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Savjetovanje	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Kontrola apstinencije/prevenција recidiva	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Trening socijalnih i životnih vještina	X	x		x	X	x	x	x	x	x

<i>Contingency management/pristup nagrade i kazne</i>	X			X		X		X	X	X
Obiteljski/partnerski tretman	X	x		x	X	x	x	x		
Vođenje slučaja (case management)	X	x		x	x	x		x	x	
Psihoterapija	X	x		x	x	x	x	x	x	x
Ostalo: Pomoć u osnovnim životnim potrebama kao što su hrana, odjeća, smještaj, novac	X	x		x				x	X	
Pomoć u zapošljavanju (obrazovanje, trening zapošljavanja, pomaganje u pronalasku i zadržavanju posla, zaštićeni uvjeti rada i praćenje apstinencije tijekom rada)	X	x		x				x	x	

Osnovna briga o zdravlju (reguliranje zdravstvenog osiguranja, upućivanje na liječenje, upućivanje na rehabilitaciju, uključivanje u grupe samopomoći, program smanjenja štete)	X	x		x				x	x	
Pomoć u strukturiranju slobodnog vremena razvijanjem kreativnosti, kao i sposobnosti sudjelovanja i uživanja u kvalitetnim aktivnostima prema vlastitom izboru	X	x		x	x	x	x	x	x	x

6. Izvještavanje

Ustanove koje provode psihosocijalne intervencije trebaju osigurati funkcionalni sustav evidentiranja i bilježenja istih. Ustanove dostavljaju izvješća o broju i vrsti provedenih intervencija iz svog djelokruga resornim tijelima zaduženim za poslove zdravstva (HZZO-u i HZJZ-u), socijalne politike, zatvorskog i probacijskog sustava.

Resorna tijela zadužena za poslove socijalne politike te za poslove zatvorskog i probacijskog sustava izvješća iz svojeg djelokruga dostavljaju HZJZ-u. Podaci iz navedenih izvješća koristit će se u svrhu evaluacije i unapređenja psihosocijalnog tretmana ovisnosti.

7. Evaluacija

Kao izrazito bitan element tretmana, evaluacija se uvijek odvija na kraju tretmana, a po procjeni stručnjaka i češće, kako bi se dobio uvid u zadovoljstvo korisnika, kvalitetu pružene usluge te potrebu za korekcijom odnosno promjenom intervencija koje nisu polučile zadovoljavajuće rezultate. Evaluacija pomaže stručnjacima u svakodnevnoj praksi kako bi prilagodili intervencije specifičnim potrebama korisnika, a dobivenim informacijama mogu se raditi preinake u daljnjem tretmanu i s drugim korisnicima. U provedbi psihosocijalnog tretmana potrebno je provoditi:

procesnu evaluaciju kako bi se odgovorilo je li se tretman odvijao kvalitetno i onako kako je bilo predviđeno te kako se tijekom tretmana mijenjao da bi bio učinkovitiji,

evaluaciju strukture unutar koje se provode psihosocijalne intervencije (gdje, tko i kome). U izvanbolničkom sustavu liječenja liječnik je voditelj tima i upravlja slučajem. Liječnik početno procjenjuje potrebe osobe i planira intervencije koje su indicirane. Zdravstveni suradnici (psiholog, socijalni radnik, socijalni pedagog, radni terapeut) i medicinska sestra provode intervencije u skladu sa svojim kompetencijama,

sumativnu evaluaciju, odnosno evaluaciju ishoda koja se provodi s ciljem dobivanja podataka o planiranim i neplaniranim učincima tretmana. Može se koristiti u više faza tretmana, kako bi se evaluirao ili izradio plan aktivnosti ili po završetku cijelog tretmana, kako bi se procijenio njegov učinak ili kako bi se generirali njegovi daljnji smjerovi,

evaluaciju zadovoljstva korisnika koja se provodi s ciljem prikupljanja povratnih informacija o zadovoljstvu provedbe programa od strane korisnika, a kako bi se razumjelo jesu li ispunjena njegova očekivanja te u kojoj mjeri,

ekonomsku evaluaciju koja daje uvid u vrijednost potrošenih resursa, odnosno uključuje usporedbu troškova s ishodima programa ili s alternativnim intervencijama. Ova vrsta evaluacije pomaže donositeljima politika u procjeni uspješnosti distribucije resursa među različitim programima.

Evaluaciju je potrebno provoditi i na razini provedbe svih psihosocijalnih intervencija temeljem standarda kvalitete, što uključuje procjenu elemenata koji se odnose na strukturu, procese i intervencije te ishode. U skladu s time, evaluaciju je potrebno provoditi i na razini svih sustava u kojima se provode psihosocijalne intervencije.

8. Standardi za provedbu, etički kodeks i povjerljivost podataka

Za učinkovito provođenje psihosocijalnog tretmana i osiguranje njihove kvalitete nužno je osigurati sljedeće standarde kvalitete:

1. Edukacija stručnjaka i jačanje ljudskih kapaciteta temeljem procjene potreba

Osiguranje edukacije, posebice mlađih stručnjaka koji tek počinju sa stručnim radom u okviru pojedinih ustanova, potrebno je u svim sustavima u okviru kojih se provodi psihosocijalni tretman, a kako bi se osigurale kompetencije za provedbu psihosocijalnih intervencija. Stoga je potrebno provoditi redovno usavršavanje stručnog osoblja za primjenu Smjernica u svim sustavima i to kroz nekoliko različitih vrsta edukacija: edukacije s ciljem informiranja i upoznavanja sa Smjernicama, edukacije o pojedinim psihosocijalnim intervencijama te edukacije o evaluaciji i praćenju tretmana. Preporučuje se provedba ciljanih edukacija za pojedine vrste intervencija u formi radioničkog tipa s praktičnim vježbama u dinamici dva do tri puta godišnje. Također, potrebno je provoditi usavršavanje u područjima koja su povezana sa samim konceptom psihosocijalnog tretmana, a koje bi uključivalo teme vezane za prilagodbu intervencija različitim tipovima korisnika, primjere dobre prakse, kako održati i osnažiti motivaciju korisnika da uđu i ostanu u tretmanu, izradu individualnog plana tretmana uvažavajući specifičnost i potrebe pojedinog korisnika, ali i u području evaluacije i supervizije programa psihosocijalnog tretmana kako na razini ustanova, tako i na razini zadovoljstva korisnika.

2. Fizičko okruženje

Psihosocijalne intervencije moraju se pružati u odgovarajućim prostornim uvjetima koji nude korisnicima sigurno i konstruktivno okruženje te zaštitu privatnosti. Maloljetnici i odrasle osobe trebali bi imati odvojen prostor za pružanje usluga psihosocijalnog tretmana. Pojedine socijalne intervencije, kao što su intervencije smanjenja štete, ne bi se trebale pružati u istom prostoru u kojem se provodi psihosocijalni tretman u užem smislu (savjetovanja, psihoterapije, terapije ponašanja i drugo).

3. Etička načela

Osobe s problemom ovisnosti suočene su s različitim oblicima stigme i socijalne isključenosti te je stoga potrebno osigurati jednakopravni položaj tih osoba u svim sferama društvenog života i ravnopravno uključivanje u obrazovni, socijalni, zdravstveni sustav i na tržište rada. Sve osobe pogođene nekim oblikom ovisnosti i njihove obitelji imaju, bez obzira na spol, dob, vjeroispovijest, seksualnu orijentaciju, socioekonomski i pravni status, jezik, kulturu i druge osobne karakteristike, jednaku mogućnost pristupa uslugama i skrbi koje odgovaraju njihovim individualnim potrebama i zdravstvenom statusu, uz uvažavanje specifičnosti rodne dimenzije u kreiranju i provedbi tretmana. Potrebno je osigurati i individualni pristup na način da se intervencije planiraju i provode prikladno i primjereno potrebama pojedinaca i njihovim životnim okolnostima te da pružene usluge ostvaruju svrhu.

4. Multidisciplinarni pristup i međuresorna suradnja

Kako bi se osigurala kvaliteta psihosocijalnih intervencija i učinkovitost psihosocijalnog tretmana, pri pružanju psihosocijalnih intervencija i psihosocijalnog tretmana nužan je timski i multidisciplinarni pristup između svih stručnjaka uključenih u psihosocijalni tretman, kao i međuresorna suradnja zdravstvenih ustanova, ustanova socijalne skrbi i zatvorskog sustava te suradnja s terapijskim zajednicama i organizacijama civilnog društva.

5. Supervizija

Potrebno je osigurati superviziju procesa i intervencija koje provodi pojedini stručnjak prema korisniku s ciljem unapređenja rada stručnjaka i učenja te usavršavanja kompetencija (primjerice klinička supervizija, sustručnjačka podrška i sl.). Superviziju je potrebno regulirati temeljem standarda kvalitete (strukture – gdje, tko i kome, što - procesi i intervencije, zašto - ishodi). Supervizor je stručnjak koji

osim temeljne ima i dodatne edukacije, a u području psihosocijalnog tretmana ovisnosti/ovisničkih ponašanja stručnjaci su multidisciplinarni te njihove temeljne edukacije uključuju medicinu, psihologiju, socijalnu pedagogiju, socijalni rad, radnu terapiju, sestrinstvo s dodatnim edukacijama iz psihijatrije, adiktologije, različitih vrsta psihoterapije, motivacijskog intervjuja dok posebnu kategoriju čine tzv. mentori oporavka (rehabilitirane osobe s problemom ovisnosti) unutar terapijske zajednice koji su *peer* podrška i dio grupe samopomoći. Unutar istog, ali i različitih sustava, iskusni stručnjak iste struke (temeljno i dodatno educiran) nadzire procese i intervencije manje iskusnog (iste temeljne edukacije bez dodatne edukacije), no moguće je i da iskusni stručnjak različite struke (različite temeljne edukacije i dodatne edukacije) nadzire procese i intervencije manje iskusnog stručnjaka (različite temeljne edukacije bez dodatne edukacije). Cilj je poboljšanje kompetencija (znanja i vještina).

9. Osiguranje i praćenje provedbe Smjernica

Za osiguranje i praćenje provedbe Smjernica, svaka u svojem djelokrugu, zadužene su ovlaštene stručne službe ministarstava nadležnih za poslove zdravstva, socijalne politike, zatvorskog i probacijskog sustava, u suradnji s HZJZ-om.

Navedena ministarstva zadužena su upoznati tijela i ustanove iz svog djelokruga s ovim Smjernicama i poduzimati potrebne mjere za njihovu primjenu, a Hrvatski zavod za javno zdravstvo zadužen je za predstavljanje Smjernica te organizaciju edukacija za njihovu primjenu

10. Literatura

1. Abbott, M., Bellringer, M., Vandal, A. C., Hodgins, D. C., Battersby, M. i Rodda, S. N. (2017). Effectiveness of problem gambling interventions in a service setting: a protocol for a pragmatic randomised controlled clinical trial. *BMJ open*, 7(3), e013490. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013490>
2. Azrin, N. H., McMahon, P. T., Donohue, B., Besalel, V. A., Lapinski, K. J., Kogan, E. S., Acierno, R. E. i Galloway, E. (1994). Behavior therapy for drug abuse: a controlled treatment outcome study. *Behaviour research and therapy*, 32(8), 857–866. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)90166-x](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)90166-x)
3. Benishek, L. A., Dugosh, K. L., Kirby, K. C., Matejkowski, J., Clements, N. T., Seymour, B. L. & Festinger, D. S. (2014). Prize-based contingency management for the treatment of substance abusers: a meta-analysis. *Addiction* 109, 1426–36. doi: 10.1111/add.12589.
4. Blanco, C., Hasin, D. S., Petry, N., Stinson, F. S. i Grant, B. F. (2006). Sex differences in subclinical and DSM-IV pathological gambling: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychological medicine*, 36(7), 943–953. <https://doi.org/10.1017/S0033291706007410>
5. Buddy, T. (2012). *Cognitive Behavior Therapy for Addiction*. About.com Guide.
6. Burke, B. L., Arkowitz, H. i Menchola, M. J. (2003). The Efficacy of Motivational Interviewing: A Meta-Analysis of Controlled Clinical Trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(5), 843-861. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.5.843>
7. Carroll, K. M. (1998). *Therapy Manuals for Drug Addiction – A Cognitive-Behavior Approach: Treating Cocaine Addiction*. Maryland: National Institute on Drug Abuse.
8. Carroll, K. M. & Onken, L. S. (2005). Behavioral therapies for drug abuse. *Am J Psychiatry* 162, 1452-60. doi: 10.1176/appi.ajp.162.8.1452.
9. Carlbring, P., Jonsson, J., Josephson, H. i Forsberg, L. (2010). Motivational interviewing versus cognitive behavioral group therapy in the treatment of problem and pathological gambling: a randomized controlled trial. *Cognitive behaviour therapy*, 39(2), 92–103. <https://doi.org/10.1080/16506070903190245>
10. Cowlishaw, S., Merkouris, S., Dowling, N., Anderson, C., Jackson, A. i Thomas, S. (2012). Psychological therapies for pathological and problem gambling. *The Cochrane database of systematic reviews*, 11, CD008937. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008937.pub2>
11. Dennis, M., Godley, S. H., Diamond, G., Tims, F. M., Babor, T., Donaldson, J., Liddle, H., Titus, J. C., Kaminer, Y., Webb, C., Hamilton, N. i Funk, R. (2004). The Cannabis Youth Treatment Study: Main Findings from Two Randomized Trials. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27(3), 197-213. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2003.09.005>

12. De Giorgi, R., Cassar, C., Loreto D'alo, G., Ciabattini, M., Minozzi, S., Economou, A., Tambelli, R., Lucchese, F., Saulle, R., Amato, L., Janiri, L. & De Crescenzo, F. (2018). Psychosocial interventions in stimulant use disorders: a systematic review and qualitative synthesis of randomized controlled trials. *Riv Psichiatr* 53, 233-255. <https://doi.org/10.1708/3000.30003>.
13. Desai, R. A. i Potenza, M. N. (2008). Gender differences in the associations between past-year gambling problems and psychiatric disorders. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 43(3), 173–183. <https://doi.org/10.1007/s00127-007-0283-z>
14. Dowling, N., Jackson, A. C. i Thomas, S. A. (2008). Behavioral interventions in the treatment of pathological gambling: A review of activity scheduling and desensitization. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 4(2), 172–187. <https://doi.org/10.1037/h0100841>
15. Dutra, L., Stathopoulou, G., Basden, S. L., Leyro, T. M., Powers, M. B. & Otto, M. W. (2008). A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. *Am J Psychiatry* 165, 179-87. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.06111851>
16. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction - EMCDDA (2016). *Perspectives on drugs - The role of psychosocial interventions in drug treatment*. https://www.emcdda.europa.eu/publications/topics/pods/psychosocial-interventions_en
17. EMCDDA (2022). *Europsko izvješće o drogama 2022.: trendovi i razvoj*. Luksemburg: Ured za publikacije Europske unije.
18. EMCDDA (n.d.). *Brief glossary of chemical and biochemical terms*. https://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/glossary_en
19. Ferri, M., Amato, L. & Davoli, M. (2006). Alcoholics Anonymous and other 12-step programmes for alcohol dependence. *Cochrane Database Syst Rev*, CD005032. doi: 10.1002/14651858.CD005032.pub2.
20. Garcia-Caballero, A., Torrens-Lluch, M., Ramírez-Gendrau, I., Garrido, G., Vallès, V. i Aragay, N. (2018). The efficacy of Motivational Intervention and Cognitive-Behavioral Therapy for Pathological Gambling. *Adicciones*, 30(3), 219–224. <https://doi.org/10.20882/adicciones.965>
21. Gazdek, D. (2011). *Informirani pristanak u liječenju ovisnosti o opijatu*. (Doktorska disertacija) Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.
22. Goodman, A. (2008). Neurobiology of addiction: An integrative review. *Biochemical Pharmacology*, 75(1), 266—322. <https://doi.org/10.1016/j.bcp.2007.07.030>
23. Gorowska, M., Tokarska, K., Zhou, X., Gola, M. K. i Li, Y. (2022). Novel approaches for treating Internet Gaming Disorder: A review of technology-based interventions. *Comprehensive psychiatry*, 115, 152312. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2022.152312>
24. Gray, E., McCambridge, J. i Strang, J. (2005). The Effectiveness of Motivational Interviewing Delivered by Youth Workers in Reducing Drinking, Cigarette and Cannabis Smoking among Young People: Quasi-Experimental Pilot Study. *Alcohol and Alcoholism*, 40(6), 535-539. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agh199>
25. Hettema, J., Steele, J. i Miller, W. R. (2005). Motivational interviewing. *Annual review of clinical psychology*, 1, 91–111. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143833>
26. Hotujac, Lj., Begić, D. i Folnegović Šmale, V. (2006). *Psihijatrija*. Zagreb: Medicinska naklada.
27. Hrvatski zavod za javno zdravstvo - HZJZ (2021). *Izvješće o evaluaciji smjernica za psihosocijalni tretman ovisnosti u zdravstvenom, socijalnom i zatvorskom sustavu*. <https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2022/01/Izvje%C5%A1%C4%87e-o-evaluaciji-Smjernica-za-psihosocijalni-tretman-ovisnosti-u-zdravstvenom-socijalnom-i-zatvorskom-sustavu.pdf>
28. Ibáñez, A., Blanco, C., Perez de Castro, I., Fernandez-Piqueras, J. i Sáiz-Ruiz, J. (2003). Genetics of pathological gambling. *Journal of gambling studies*, 19(1), 11–22. <https://doi.org/10.1023/a:1021271029163>
29. Irvin, J. E., Bowers, C. A., Dunn, M. E. i Wang, M. C. (1999). Efficacy of Relapse Prevention: A Meta-Analytic Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(4), 563-570. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.67.4.563>
30. Ivandić Zimić, J. (2011). Žene ovisnice – razlike u obilježjima obitelji i obilježjima psihosocijalnog razvoja između žena i muškaraca ovisnika o drogama. *Kriminologija i socijalna integracija*. 19(2), 1-122.
31. Kandall, S. i Petrillo, J. (1996): *Substance and Shadow: Women and Addiction in the United States*. Harvard University Press. Cambridge.
32. Karlsson, A. i Håkansson, A. (2018). Gambling disorder, increased mortality, suicidality, and associated comorbidity: A longitudinal nationwide register study. *Journal of behavioral addictions*, 7(4), 1091–1099. <https://doi.org/10.1556/2006.7.2018.112>

33. Lee, N. K. & Rawson, R. A. (2008). A systematic review of cognitive and behavioural therapies for methamphetamine dependence. *Drug Alcohol Rev* 27, 309-17. <https://doi.org/10.1080/09595230801919494>.
34. Lundahl, B. W., Kunz, C., Brownell, C., Tollefson, D. & Burke, B. L. (2010). A Meta-Analysis of Motivational Interviewing: Twenty-Five Years of Empirical Studies. *Research on Social Work Practice* 20, 137-160. doi:[10.1177/1049731509347850](https://doi.org/10.1177/1049731509347850)
35. Lussier, J. P., Heil, S. H., Mongeon, J. A., Badger, G. J. i Higgins, S. T. (2006). A MetaAnalysis of Voucher-Based Reinforcement Therapy for Substance Use Disorders. *Addiction*, 101(2), 192-203. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01311.x>
36. Magill, M. i Ray, L. A. (2009). Cognitive-behavioral treatment with adult alcohol and illicit drug users: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 70(4), 516–527. <https://doi.org/10.15288/jsad.2009.70.516>
37. Malhotra A, Basu D, Gupta N. (2005). Psychosocial Treatment of Substance Use Disorders in Adolescents. *Journal of Indian Association for Child and Adolescent Mental Health*. 1(1):4-16. doi:10.1177/0973134220050102
38. Maremmani I., Pacini M. i Pani P. (2011). Basics on addiction: a training package for medical practitioners or psychiatrists who treat opioid dependence. *Heroin Addict Realt Clin Prob*.13(2), 5-40.
39. McGovern, M.P. i Carroll, K. M. (2003). Evidence-Based Practices for Substance Use Disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 26 (4), 991-1010. [https://doi.org/10.1016/s0193-953x\(03\)00073-x](https://doi.org/10.1016/s0193-953x(03)00073-x)
40. McHugh, R. K., Hearon, B. A. i Otto, M. W. (2010). Cognitive behavioral therapy for substance use disorders. *The Psychiatric clinics of North America*, 33(3), 511–525. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.04.012>
41. Miller, W. R. & Rollnick, S. (2002). Motivational interviewing : preparing people for change. Guilford Press: New York.
42. Minozzi, S., Saulle, R., De Crescenzo, F. & Amato, L. (2016). Psychosocial interventions for psychostimulant misuse. *Cochrane Database Syst Rev* 9, CD011866. doi: 10.1002/14651858.CD011866.pub2.
43. Narodne novine (2018). *Zakon o probaciji*. Zagreb: Narodne novine d.d., 99/18.
44. Narodne novine (2023). *Zakon o igrama na sreću*. Zagreb: Narodne novine d.d., 87/09, 35/13, 158/13, 41/14, 143/14, 114/22, 72/25.
45. National Institute for Health and Clinical Excellence - NICE (2007). *Drug Misuse: Psychosocial Interventions. NICE clinical guideline 51*. London: National Institute for Health and Clinical Excellence.
46. NICE (2012, 19. studenog). *Drug use disorders, quality standards*. <https://www.nice.org.uk/guidance/qs23/resources/drug-use-disorders-in-adults-pdf-2098544097733>
47. National Institute on Drug Abuse - NIDA (2018, 17. siječnja). *Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide (Third Edition)*. Posjećeno 14. ožujka 2023. na <https://archives.nida.nih.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition>
48. Nower, L. i Blaszczynski, A. (2008). Recovery in pathological gambling: an imprecise concept. *Substance use & misuse*, 43(12-13), 1844–1864. <https://doi.org/10.1080/10826080802285810>
49. NSW Department of Health (2008). *Drug and Alcohol Psychosocial Interventions: Professional Practice Guidelines (2008)*. Sydney: Mental Health and Drug and Alcohol Office.
50. Pallesen, S., Mitsem, M., Kvale, G., Johnsen, B. H. i Molde, H. (2005). Outcome of psychological treatments of pathological gambling: a review and meta-analysis. *Addiction (Abingdon, England)*, 100(10), 1412–1422. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2005.01204.x>
51. Petry, N. M. (2011). Contingency Management: What It Is and Why Psychiatrists Should Want to Use It. *Psychiatrist*, 35(5), 161-163. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.110.031831>
52. Petry, N. M., Alessi, S. M., Hanson, T. i Sierra, S. (2007). Randomized Trial of Contingent Prizes Versus Vouchers in Cocaine-Using Methadone Patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6), 939-991. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.6.983>
53. Pickering, D., Keen, B., Entwistle, G. i Blaszczynski, A. (2018). Measuring treatment outcomes in gambling disorders: a systematic review. *Addiction (Abingdon, England)*, 113(3), 411–426. <https://doi.org/10.1111/add.13968>
54. Potenza, M. N., Balodis, I. M., Derevensky, J., Grant, J. E., Petry, N. M., Verdejo-Garcia, A. i Yip, S. W. (2019). Gambling disorder. *Nature reviews. Disease primers*, 5(1), 51. <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0099-7>

55. Powers, M. B., Vedel, E. i Emmelkamp, M. B. (2008). Behavioral Couples Therapy for Alcohol and Drug Use Disorders: A Meta-Analysis. *Clinical Psychology Review*, 28(6), 952-962. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.02.002>
56. Prendergast, M., Podus, D., Finnely, J., Greenwell, L. i Rol, J. (2006). Contingency Management for Treatment of Substance Use Disorders: a Meta-Analysis. *Addiction*, 101(11), 1546-1560. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01581.x>
57. Rash, C. J., i Petry, N. M. (2014). Psychological treatments for gambling disorder. *Psychology research and behavior management*, 7, 285–295. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S40883>
58. Raylu, N. i Oei, T. P. (2010). *A cognitive behavioural therapy programme for problem gambling: Therapist manual*. Routledge/Taylor & Francis Group. <https://doi.org/10.4324/9780203850428>
59. Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L. i Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*, 264(19), 2511–2518.
60. Ribeiro, E. O., Afonso, N. H. i Morgado, P. (2021). Non-pharmacological treatment of gambling disorder: a systematic review of randomized controlled trials. *BMC psychiatry*, 21(1), 105. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03097-2>
61. Ricijaš, N., Dodig Hundrić, D., Huić, A. i Kranželić, V. (2016). Kockanje mladih u Hrvatskoj - učestalost igranja i zastupljenost problematičnog kockanja. *Kriminologija & socijalna integracija*, 24 (2), 24-47. <https://doi.org/10.31299/ksi.24.2.2>
62. Rizeanu, S. (2014). The Efficacy of Cognitive-behavioral Intervention in Pathological Gambling Treatment. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 127, 626-630. [10.1016/j.sbspro.2014.03.324](https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.03.324)
63. Rizeanu, S. (2015). Pathological Gambling Treatment - Review. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 187, 613-618. [10.1016/j.sbspro.2015.03.114](https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.03.114).
64. Robins, L. N. i Regier, D. A. (1991). *Psychiatric Disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study*. New York: The Free Press.
65. Smedslund, G., Berg, R. C., Hammerstrom, K. T., Steiro, A., Leiknes, K. A., Dahl, H. M. & Karlsen, K. (2011). Motivational interviewing for substance abuse. *Cochrane Database Syst Rev*, CD008063. doi: [10.1002/14651858.CD008063.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD008063.pub2).
66. Stanton, D. M. i Shadish, W. R. (1997). Outcome, Attrition, and Family-Couples Treatment for Drug Abuse: A Meta-Analysis and Review of the Controlled, Comparative Studies. *Psychological Bulletin*, 122(2), 170-191. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.122.2.170>
67. Stranger, C. i Budney, A. J. (2010). Contingency Management Approaches for Adolescent Substance Use Disorders. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 19(3), 547-562. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2010.03.007>
68. Svjetska zdravstvena organizacija - SZO (2017). *Priručnik SZO-a intervencija zbog alkohola, namijenjen zdravstvenoj zaštiti a za obuku iz kratkih zbog uporabe namijenjen primarnoj zdravstvenoj zaštiti*. https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2021/04/Alcohol_training_manual_HR_.pdf
69. Štimac Grbić, D. i Glavak Tkalić, R. (Ur.). (2020). *Uporaba sredstava ovisnosti u općoj populaciji Republike Hrvatske: 2019. i analiza trendova uporabe 2011.-2019.* Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo i Institut društvenih znanosti Ivo Pilar.
70. Turner, S. D., Spithoff, S. i Kahan, M. (2014). Approach to cannabis use disorder in primary care: focus on youth and other high-risk users. *Canadian family physician Medecin de famille canadien*, 60(9), 801–e432.
71. Waldron, H. B., Slesnik, N., Brody, J. L., Turner, C. W. i Peterson, T. R. (2001). Treatment Outcomes for Adolescent Substance Abuse at 4 and 7 Month Assessments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(5), 802-813.
72. Waldron, H. B. i Turner, C. W. (2008). Evidence-Based Psychosocial Treatments for Adolescent Substance Abuse. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(1), 238-261. <https://doi.org/10.1080/15374410701820133>
73. Werner, M. J., Joffe, A., G. i Antonette, V. (1999). Screening, Early Identification, and Office-based Intervention with Children and Youth living in substance- abusing Families. *Pediatrics*, 103 (5 Pt 2), 1099-1112.
74. Uchtenhagen, A. i Schaub, M. P. (2011) *Minimum quality standards in drug demand reduction EQUUS*. Zurich: Research Institute for Public Health and Addiction.
75. World Health Organization - WHO (2000). *Evaluation of psychoactive substance use disorder treatment*. (Workbook 1: Planning, Workbook 2: Implementation, Workbook 3: Needs Assessment, Workbook 4:

Process Evaluations, Workbook 5: Cost Evaluations, Workbook 6: Client Satisfaction Evaluations, Workbook 7: Outcome Evaluations, Workbook 8: Economic Evaluations).

76. WHO(2009). *Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence*.
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43948/9789241547543_eng.pdf;jsessionid=E1FF267D7C4DE24ABD5021D62B4468C5?sequence=1
77. Yakovenko, I., Quigley, L., Hemmelgarn, B. R., Hodgins, D. C. i Ronksley, P. (2015). The efficacy of motivational interviewing for disordered gambling: systematic review and meta-analysis. *Addictive behaviors*, 43, 72–82. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.12.011>