

SMJERNICE
ZA PSIHOSOCIJALNI TRETMAN OVISNOSTI O DROGAMA U
ZDRAVSTVENOM, SOCIJALNOM I ZATVORSKOM SUSTAVU

Siječanj, 2014.

SADRŽAJ

| | |
|--|----|
| <i>PREDGOVOR</i> | 3 |
| 1. POJMOVNIK | 5 |
| 2. UVOD | 6 |
| 2.1. Analiza stanja | 6 |
| 2.2. Definicija, sadržaj, ciljevi, ciljane skupine i okruženja na koje djeluju Smjernice ... | 10 |
| 3. METODOLOGIJA IZRADE SMJERNICA | 13 |
| 4. PSIHOSOCIJALNI TRETMAN I PSIHOSOCIJALNE INTERVENCIJE | 16 |
| 4.1. OPIS UČINKOVITIH PSIHOSOCIJALNIH INTERVENCIJA | 18 |
| 4.1.1. Tretmani ponašanja | 21 |
| 4.1.1.1. Analiza i upravljanje slučajem | 22 |
| 4.1.1.2. Psihoedukacija | 23 |
| 4.1.1.3. Motivacijski intervju | 23 |
| 4.1.1.4. Contingency Management (CM) ili pristup nagrade i kazne | 24 |
| 4.1.1.5. Prevencija relapsa | 26 |
| 4.1.2. Obiteljski i bračni tretman/terapija | 28 |
| 4.1.3. Trening životnih vještina | 29 |
| 4.1.4. Savjetovanje | 30 |
| 4.1.5. Psihodinamske terapije | 30 |
| 4.1.6. Učinkovite psihosocijalne intervencije za adolescente | 31 |
| 4.1.7. Učinkovite psihosocijalne intervencije za žene ovisnice | 37 |
| 4.1.8. Učinkovite psihosocijalne intervencije za osobe s psihijatrijskim komorbiditetom | 38 |
| 5. PREPORUKE PSIHOSOCIJALNIH INTERVENCIJA S OBZIROM NA OKRUŽENJE | 39 |
| 5.1. Smjernice i oblici psihosocijalnih intervencija u zdravstvenom sustavu | 39 |
| 5.2. Smjernice i oblici psihosocijalnih intervencija u sustavu socijalne skrbi | 51 |
| 5.3. Smjernice i oblici psihosocijalnih intervencija u zatvorskom sustavu i probaciji | 65 |
| 6. STANDARDI I PRINCIPI ZA PROVEDBU SMJERNICA | 83 |
| 7. DODACI-POPIS LITERATURE..... | 86 |

PREDGOVOR

*Okosnica tretmana ovisnika o drogama u Hrvatskoj je farmakoterapija i psihosocijalni tretman, međutim dok za farmakoterapiju postoje smjernice, za sada u Republici Hrvatskoj ne postoje smjernice za psihosocijalni tretman u zdravstvenom, socijalnom ili zatvorskom sustavu. Premda u svim zemljama EU-a ne postoje smjernice za psihosocijalni tretman ovisnosti o drogama na nacionalnoj razini, ipak je prepoznato da smjernice kao skup preporuka utemeljenih na najboljoj praksi i znanstvenim dokazima mogu značajno unaprijediti kvalitetu tretmana konzumenata i ovisnika o drogama. Stoga se i na europskoj razini ističe potreba za izgradnjom konsenzusa o minimalnim standardima tretmana te potrebama za prilagodbom smjernica, obilježjima i organizacijskoj strukturi pojedine zemlje, za što je razvijen projekt ADAPTE. U pogledu preporuka za razvoj i adaptaciju smjernica psihosocijalnog tretmana, preporučuju se **Smjernice za psihosocijalne intervencije Velike Britanije**¹ koje su dostupne na portalu najboljih praksi EMCDDA, na kojem se nalaze i informacije, smjernice i publikacije vezane za tretmane ovisnosti u zemljama EU-a te Banka evaluacijskih instrumenata (EIB). S obzirom da je sukladno Nacionalnoj strategiji suzbijanja zlouporabe droga za 2012.-2017. godinu koju je Hrvatski sabor donio 26. listopada 2012. i Akcijskom planu suzbijanja zlouporabe droga za 2012.-2014. godinu koji je Vlada RH prihvatila 8. studenog 2012., jedan od ključnih ciljeva sveukupne nacionalne politike unaprijediti kvalitetu tretmana ovisnika, Ured za suzbijanje zlouporabe droga je osnovao **Stručnu radnu skupinu za izradu Smjernica za psihosocijalni tretman ovisnosti o drogama u zdravstvenom, socijalnom i zatvorskom sustavu u Republici Hrvatskoj**. Stručnu radnu skupinu činili su stručnjaci različitih profesija (liječnici, socijalni radnici, psiholozi, socijalni pedagozi i drugi) koji sudjeluju u liječenju i psihosocijalnom tretmanu ovisnika te predstavnici mjerodavnih državnih tijela i nevladinih organizacija. Članovi Stručne radne skupine za izradu Smjernica bili su: dr. sc. Jadranka Ivandić Zimić, savjetnica u Vladi i Vladinom uredu, Ured za suzbijanje zlouporabe droga Vlade RH; Josip Sarić, viši stručni savjetnik, Uprava za odrasle osobe i osobe s invaliditetom, Ministarstvo socijalne politike i mladih; Suzana Horvat Kutle, viša stručna savjetnica Sektora za djecu i podršku obitelji, Ministarstvo socijalne politike i mladih; Sergej Augustin Erdelja, socijalni radnik u Centru za socijalnu skrb Krapina; Martina Barić, voditeljica*

¹ Drug misuse- Psychosocial intervention- National Clinical Practice Guideline Number 51, (2008). The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists

Odjela posebnih programa tretmana zatvorenika i maloljetnika Središnjeg ureda Uprave za zatvorski sustav, Ministarstvo pravosuđa; Snježana Maloić, voditeljica odjela u Sektoru za probaciju, Uprava za kazneno pravo i probaciju, Ministarstvo pravosuđa; Zoran Vlasisavljević, načelnik Odjela tretmana u Kaznionici u Lepoglavi; Tomislav Đidara, viši stručni savjetnik, Uprava za zaštitu zdravlja, Ministarstvo zdravlja; Dijana Mayer, dr. med., Hrvatski zavod za javno zdravstvo; Zrinka Čavar, dr. med., Zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“, Služba za zaštitu mentalnog zdravlja, prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti; prim. Daniela Bundalo Vrbanac, dr. med. psihijatar, Klinička bolnica „Sestre milosrdnice“, Odjel za psihijatriju, Referentni centar za ovisnosti o drogama; mr. spec. Marina Gulin, psiholog u Zavodu za javno zdravstvo Šibensko-kninske županije, Služba za zaštitu mentalnog zdravlja, prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti; Bernardica Juretić, predsjednica Humanitarne organizacije „Zajednica Susret“ Split i Tomislav Mišetić, predsjednik Udruge Ne-ovisnost Osijek. U radu stručne radne skupine sudjelovali su i drugi stručnjaci koji su dali svoj doprinos izradi Smjernica: prof. dr. sc. Slavko Sakoman, Klinička bolnica „Sestre milosrdnice“ i voditelj Referentnog centra za ovisnosti o drogama; mr. sc. Đurđica Petran, Centar za socijalnu skrb Zagreb; Irena Stipešević Rakamarić, dr. med. Služba za zaštitu mentalnog zdravlja, prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti Varaždinske županije i Mirta Kuharić, Odjel za kazneno pravo, Uprava za kazneno pravo i probaciju, Ministarstvo pravosuđa. Ured za suzbijanje zlouporabe droga koordinirao je i podupirao proces razvoja smjernica u svim fazama, od pretraživanja literature i članaka do izrade Prijedloga smjernica koji je poslan mjerodavnim tijelima na usvajanje. Smjernice su dostavljene i na mišljenje strukovnim organizacijama koje su izravno uključene u njihovu provedbu kao što su: Hrvatska liječnika komora, Hrvatsko psihijatrijsko društvo, Psihološka komora, Hrvatska udruga socijalnih radnika i Hrvatska udruga socijalnih pedagoga. Budući da su Smjernice dokument koji teži optimalizaciji skrbi o konzumentima i ovisnicima o drogama te unaprjeđenju kvalitete tretmana, ovom prigodom zahvaljujemo svim članovima stručne radne skupine i stručnjacima te stručnim institucijama, koji su dali svoj doprinos pri njihovoj izradi.

1. POJMOVNIK²

Smjernice su dokument koji sadržava preporuke usmjerene optimalizaciji skrbi o pacijentima i koje su utemeljene na sustavnim izvješćima o dokazima te na procjeni koristi, odnosno štete alternativne opcije skrbi. One su dizajnirane s ciljem da pruže pomoć stručnjacima i klijentima pri donošenju odluke o odgovarajućoj intervenciji u specifičnim okolnostima (Institute of Medicine, 2011 prema *EMCDDA online glossary* www.emcdda.europa.eu).

Smjernice uključuju skup preporuka i koraka koje treba slijediti pri provođenju intervencija, a njihov sadržaj obično je utemeljen na dostupnim istraživanjima. **Smjernice** su opći pojam koji sadržava smjernice i standarde.

Standardi su principi i pravila utemeljeni na preporučenim intervencijama u Smjernicama. Standardi kvalitete su opće prihvaćeni principi ili skup pravila za najbolji ili najprikladniji način provedbe intervencija. Oni se mogu referirati na sadržajna pitanja, proces ili strukturalne, odnosno formalne aspekte procjene kvalitete kao što su okruženje i sastav osoblja. Također, oni se mogu referirati na proces provedbe kao što je adekvatnost sadržaja, proces provedbe intervencija ili evaluacijski proces.

Protokoli su dokumenti koji specificiraju procedure za provedbu određenih zadataka navedenih u Smjernicama.

Pojam psihosocijalno se referira na psihosocijalni razvoj pojedinca u interakciji s njegovim socijalnim okruženjem.

Psihosocijalne intervencije uključuju strukturirana savjetovanja, podizanja motivacije, rad na slučaju, rad s obitelji, koordinaciju skrbi, psihoterapiju i prevenciju recidiva.

Tretman ovisnosti podrazumijeva sve strukturirane intervencije, farmakološke i/ili psihosocijalne, usmjerene na smanjenje uzimanja ili apstinenciju od uzimanja ilegalnih droga. Tretman podrazumijeva sve strukturirane intervencije, farmakološke i/ili psihosocijalne, usmjerene na pomoć osobama koje koriste droge s ciljem unapređenja njihovog psihološkog, medicinskog i socijalnog statusa (Treatment demand indicator, standard protocol 2.0 (2000). Pompidou group definition. EMCDDA: Lisbon.).

Psihosocijalni tretman uključuje različite nefarmakoterapijske intervencije za učinkovit i cjelokupan tretman ovisnosti o drogama ili uporabe ilegalnih droga.

² Pojmovnik je izrađen na temelju *EMCDDA online glossary* www.emcdda.europa.eu

2. UVOD

2.1. Analiza stanja

U Republici Hrvatskoj, osim bolničkog i izvanbolničkog tretmana ovisnika o drogama koji se provodi u zdravstvenom sustavu, provode se i različite mjere psihosocijalnog tretmana u sklopu terapijskih zajednica, domova za ovisnike i udruga, te zauzimaju važno mjesto u cjelokupnom sustavu tretmana ovisnika. Psihosocijalni tretman ovisnika-maloljetnika i mladih punoljetnika te povremenih konzumenata alkohola i droga, osim u službama za zaštitu mentalnog zdravlja, prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti, provodi se i u centrima za socijalnu skrb, domovima za djecu i mladež s poremećajima u ponašanju te udrugama.

Farmakoterapija i psihosocijalni tretman ovisnika i povremenih konzumenata droga provode se i u zatvorskom sustavu i probaciji, gdje se pristup provođenju tretmana temelji na jednakim načelima kao i tretman ovisnika u zajednici.

Temeljni oblik organizacije tretmana ovisnosti o drogama u Hrvatskoj je izvanbolničko liječenje koje se provodi u Službama za zaštitu mentalnog zdravlja, prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti županijskih Zavoda za javno zdravstvo. Na taj način je ustrojena mreža koja dobro pokriva područje cijele Hrvatske pružajući ovisnicima, konzumentima i eksperimentatorima psihoaktivnih droga dostupne i kvalitetne usluge. U skladu sa zakonskim dopunama i promjenama, Službe za prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnika proširile su djelatnost i na područje mentalnog zdravlja pa su u skladu sa zakonskim nazivom djelatnosti, sada Službe za mentalno zdravlje i prevenciju ovisnosti, i u različitim su fazama prilagodbe novim zadaćama i populacijskim potrebama. Prema planu i programu, novo područje rada usmjereno je na unaprjeđenje i očuvanje mentalnog zdravlja djece, adolescenata i odraslih te na rano otkrivanje, liječenje i rehabilitaciju duševnih poremećaja. U 2011. godini uspostavljena je proširena mreža usluga, a sastav timova je utjecao na usluge koje su pružale pojedine Službe. Osim ovisnika o psihoaktivnim drogama, stručnu pomoć Službi traže i ovisnici o duhanu, alkoholu, kocki te osobe koje su imale poremećaje na području mentalnog zdravlja. U izvanbolničkom tretmanu bolesti ovisnosti primjenjuje se stručno usuglašeni Hrvatski model koji u provođenju tretmana ovisnika podrazumijeva stalnu suradnju i zajedničko djelovanje Službi za zaštitu mentalnog zdravlja, prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti i liječnika primarne zdravstvene zaštite/timova obiteljske medicine. U Službama rade stručni interdisciplinarni timovi koji su nositelji većine specifičnih aktivnosti usmjerenih na smanjenje potražnje droga te na planiranje i provođenje

tretmana. Tim modelom omogućena je široka dostupnost liječenja kroz sustav primarne zdravstvene zaštite uz istodobno osiguranje stručnog vođenja specijalista, integrirana je sveobuhvatna skrb o ovisnicima te omogućena destigmatizacija i normalizacija tretmana, decentralizacija i degetoizacija ovisnika kao i niski troškovi programa. U sklopu Službi provode se i različiti oblici psihosocijalnog tretmana i psihosocijalnih intervencija što uključuje intervencije na **psihološkoj razini** kao što je suportivna psihoterapija, psihoedukacija, psihoterapija ponašanja, obiteljska psihoterapija i slično, zatim intervencije na **socijalnoj razini** kao što su pomoć pri reguliranju prava na primarnu zdravstvenu skrb, uključivanje u Projekt resocijalizacije, suradnja sa sudovima i centrima za socijalnu skrb, prihvata nakon izlaska iz zatvora i slično.

Osim izvanbolničkog liječenja, provodi se i **bolničko liječenje** i tretman na specijaliziranim odjelima u općim ili psihijatrijskim bolnicama. Bolničko liječenje traje od 16 dana (u KBC-u Sestre milosrdnice) do 3 mjeseca (u Psihijatrijskoj bolnici Vrapče). Provođenje programa liječenja u bolnicama uključuje postupak detoksikacije (od opijata, metadona, buprenorfina, sedativa), testiranje podnošenja apstinencije s farmakoterapijom ili bez nje, testiranje adekvatne doze metadona, postupak transfera s nižih doza metadona na buprenorfin ili naltrekson, postupak transfera s visokih doza metadona na buprenorfin (pomoću privremene supstitucije s MST cont.), revidiranje terapije i psihičku stabilizaciju zbog komorbiditetnih komplikacija te prevenciju relapsa. Terapijski program se provodi prema pravilima terapijske zajednice, radi se grupna i individualna terapija (psihoedukacija, motivacijski intervju, savjetovanje, suportivna i kognitivno-bihevioralna terapija) te obiteljska terapija (individualni i grupni način), a provode se i psihološka testiranja.

U sustavu socijalne skrbi postoje dva osnovna tipa ustanova koje djeluju na suzbijanju zlouporabe droga. To su centri za socijalnu skrb i domovi socijalne skrbi (na prvom mjestu domovi za odgoj i odgojni domovi za djecu i djecu bez odgovarajuće roditeljske skrbi). U širokom spektru i rasponu aktivnosti i mjera djelatnosti socijalne skrbi značajno mjesto zauzima prevencija svih neprihvatljivih oblika ponašanja, pa tako i zlouporabe sredstava ovisnosti. U suzbijanju problema zlouporabe sredstava ovisnosti, uloga i mjesto socijalne skrbi ogleda se kroz selektivnu i indiciranu prevenciju te tretman. Prevencija se provodi kroz rad s tzv. rizičnim obiteljima, rad s djecom koja manifestiraju neke oblike poremećaja ponašanja, suradnju s predškolskim i školskim ustanovama, suradnju sa zdravstvenim i pravosudnim ustanovama,

sudovima, udrugama i dr. Uloga i mjesto djelatnosti socijalne skrbi u tretmanu ogleda se kroz: izradu programa tretmana za djecu i mladež koja su već došla u doticaj sa sredstvima ovisnosti, organizaciju prikladne pomoći i zaštitu djece čiji su roditelji ovisnici. Također, djelatnici socijalne skrbi sudjeluju u programima liječenja ovisnika te u njihovoj rehabilitaciji i resocijalizaciji. U sustavu socijalne skrbi prema rizičnoj skupini djece i mladeži poduzimaju se mjere obiteljsko-pravne zaštite i mjere socijalne skrbi, bilo da se radi o djeci iz rizičnog obiteljskog okruženja ili o djeci i mladeži rizičnog ponašanja. Važna uloga centara je u provođenju posebnih obveza koje može državni odvjetnik za mladež uvjetovati u pretpripremnom postupku ili se može izreći kao odgojna mjera kada je maloljetnik ili mlađi punoljetnik počinio prekršaj ili kazneno djelo u vezi s drogom. Također, nositelji socijalno-zaštitnih mjera dužni su osigurati uvjete u sustavu socijalne skrbi kako bi se pravovremeno pružila pomoć eksperimentatoru i ovisniku, pomoć obitelji te pravodobno poduzimale mjere prema rizičnoj skupini djece i mladeži i rizičnim obiteljima. Također za ovisnike koji se mogu motivirati za potpuno odvikavanje (*drug-free* postupak) postoji mogućnost pružanja usluga u domu za djecu ili odrasle osobe ovisne o alkoholu, drogama i drugim opojnim sredstvima te terapijskim zajednicama. Terapijske zajednice, koje ispunjavaju sve uvjete sukladno Pravilniku koji je u lipnju 2009.³ na temelju Zakona o socijalnoj skrbi donio ministar mjerodavan za poslove socijalne skrbi, mogu ostvariti redovito financiranje na osnovi ugovora s Ministarstvom socijalne politike i mladih. Pojedini oblici tretmana provode se i u udrugama i terapijskim zajednicama koje su ustrojene i djeluju kao udruge, a tretmani u sklopu tih organizacija financiraju se pomoću samofinanciranja, donacijama domaćih i stranih donatora i/ili na temelju javnih natječaja Ministarstva zdravlja i Ureda za suzbijanje zlouporabe droga, te iz fondova Europske unije. U sklopu smještaja ili boravka u domu i terapijskim zajednicama, ovisnicima se mogu osigurati usluge najdulje do tri godine, a ako se radi o djeci, najdulje do godinu dana. Domovi za ovisnike i terapijske zajednice pružaju usluge socijalnog i savjetodavnog rada, psihosocijalne pomoći i podrške, radne terapije i radno-okupacijskih aktivnosti, skrbi o zdravlju i psihološke podrške. Domovi za odrasle osobe i terapijske zajednice mogu pružati usluge organiziranog stanovanja uz organiziranu stalnu ili povremenu podršku stručnih ili drugih radnika. U svrhu osiguranja potrebnih kapaciteta u sustavu socijalne skrbi za ovisnike, potrebno je izraditi novu mrežu javne

³ Pravilnik o vrsti i djelatnosti doma socijalne skrbi, načinu pružanja skrbi izvan vlastite obitelji, uvjetima prostora, opreme i radnika doma socijalne skrbi, terapijske zajednice, vjerske zajednice, udruge i drugih pravnih osoba te centra za pomoć i njegu u kući (NN 64/09).

socijalne službe kojom će se za područje Republike Hrvatske odrediti potrebni kapaciteti za pružanje socijalnih usluga ovisnicima. Osnovno načelo suzbijanja zlouporabe droga u **zatvorskom sustavu** je istovjetno onome u zajednici, a to je načelo smanjenja ponude i potražnje droga što uključuje mjere prevencije ovisnosti, prepoznavanja i tretmana ovisnika, sprječavanja unosa droge i drugih psihoaktivnih supstanci. Kratkoročni ciljevi su vezani uz motiviranje zatvorenika za uključivanje u programe, a dugoročni ciljevi su rehabilitacija i resocijalizacija osuđenih ovisnika, zdravstveno zbrinjavanje te njihovo zadržavanje u programima u zajednici nakon otpuštanja s izdržavanja kazne. U zatvorskom sustavu dostupno je nekoliko različitih programa koji se međusobno kombiniraju i nadopunjuju u skladu s potrebama ovisnika. Uključivanje u program predlaže stručni tim kaznionice ili zatvora, a terapijske ciljeve unutar programa i evaluaciju rezultata provodi terapijski tim (terapeuti u programu, liječnik, psihijatar, a prema potrebi i drugi službenici). Voditelj terapijskog tima je službenik odjela tretmana. U nekim kaznenim tijelima, sukladno ciljevima koji se dogovore s ovisnikom, koncipira se i terapijski ugovor prema kojemu terapeut i ovisnik preuzimaju određene obveze i planiraju ciljeve. Vrste programa koji se provode u zatvorskom sustavu su: farmakoterapija, zdravstveno zbrinjavanje, edukacija, savjetovanje, individualna i grupna suportivna terapija te modificirana terapijska zajednica. Jedna od osnovnih metoda koja se primjenjuje u psihosocijalnom tretmanu ovisnika u zatvorskom sustavu je stimuliranje na promjenu kroz sustav pozitivnog i negativnog potkrjepljenja (CM), što je ujedno jedna od osnovnih metoda u penološkoj rehabilitaciji, a primjenjiva je i na druge kategorije zatvorenika.

Probacija ili izricanje alternativnih sankcija (tj. sankcija i mjera u zajednici) ovisnicima, počiniteljima kaznenih djela sve je prisutnija u kazneno-pravnoj praksi većine svjetskih država. Prvi probacijski uredi u Republici Hrvatskoj počeli su s radom u lipnju 2011. godine, pa možemo reći da je proces uvođenja probacije još u prvoj, najranijoj fazi. U sklopu obavljanja probacijskih poslova, važnim se čini uključiti ovisnike u izradu i provedbu individualnih planova, objasniti vezu između zlouporabe droga i činjenja kaznenih djela te im pružiti pomoć u identificiranju realnih načina postizanja pozitivnih promjena. U sklopu probacije se ne provodi psihosocijalni tretman ovisnika u užem smislu, nego samo pojedine intervencije usmjerene na uključivanje ovisnika u postojeće oblike psihosocijalnog tretmana u zdravstvenom i socijalnom sustavu te u svrhu motiviranja počinitelja kaznenog djela za ustrajnost u tretmanu. U osiguravanju potrebnih oblika psihosocijalnog tretmana korisnicima droga, probacijska je služba stoga prvenstveno

usmjerena na usku suradnju sa svim pružateljima različitih oblika psihosocijalnog tretmana namijenjenih ovisnicima u sklopu zdravstvenog i socijalnog sustava.

U Republici Hrvatskoj se od travnja 2007. godine, kao dio cjelokupnog sustava liječenja i psihosocijalnog tretmana ovisnika o drogama, provodi **Projekt resocijalizacije ovisnika o drogama** koji podrazumijeva intervencije s ciljem socijalnog uključivanja ovisnika o drogama u život u zajednici nakon završenog liječenja u zdravstvenoj ustanovi, odvikavanja od ovisnosti u terapijskoj zajednici ili izvršane kazne zatvora u zatvorskom sustavu, a uključuje psihosocijalnu podršku, završetak školovanja, prekvalifikaciju i zapošljavanje, pomoć pri rješavanju stambenog pitanja ili organiziranog stanovanja liječenih ovisnika te druge oblike socijalnih intervencija s ciljem integriranja što više ovisnika u društvo.

2.2. Definicija, sadržaj, ciljevi, ciljane skupine i okruženja na koje djeluju Smjernice

Smjernice su dokument koji sadržava preporuke usmjerene optimalizaciji skrbi o pacijentima i temelje se na sustavnim izvješćima o dokazima te na procjeni koristi, odnosno štete alternativne opcije skrbi. Smjernice uobičajeno sadržavaju seriju preporuka za praksu, usporedo sa sintezom, vrednovanjem i dostupnim dokazima o tim preporukama (EMCDDA, 2011 prema Field i Lohr, 1992). One su dizajnirane s ciljem da pruže pomoć stručnjacima i klijentima pri donošenju odluke o odgovarajućoj intervenciji u specifičnim okolnostima (Institute of Medicine, 2011). Vrijednost Smjernica prvenstveno određuju vrijednost i znanstvena utemeljenost metodološkog procesa koji mora uvažiti dokaze iz studija, iskustva stručnjaka i vrednovanje korisnika kojima su usmjerene, u ovom slučaju **osobama koje zlorabe droge**.⁴ Smjernice se najčešće definiraju i kao skup preporuka usmjerenih optimalnoj skrbi o pacijentima, koje informiraju o sustavnim studijama dokaza i procjenama o dobiti preporučene intervencije, odnosno šteti upotrebe određenih (alternativnih) intervencija (Institute of Medicine, 2011). Preporuka je europskih stručnjaka da se smjernice izrađuju u suradnji stručnjaka uključenih u provedbu liječenja ovisnika, ali i pacijenata, odnosno ovisnika koji su u tretmanu, pri čemu je važno da se izrade ili

⁴ Termin podrazumijeva maloljetne i punoljetne osobe (ovisnike i konzumente) sa štetnom uporabom i ovisnosti o svim ilegalnim psihoaktivnim tvarima (opijati, kanabis, stimulansi i slično), zlouporabom lijekova na recept, osobe na farmakoterapiji agonistima i antagonistima uz ostale psihofarmake u terapijske svrhe, te osobe sa psihijatrijskim komorbiditetom (poremećaji osobnosti, shizofrenija, poremećaji raspoloženja, anksiozni poremećaji i drugi).

odaberu one smjernice koje su usklađene s praksom i stajalištima stručnjaka u svakoj pojedinoj zemlji.

Također, dopuste li to okolnosti, preporuka je da se izrade sveobuhvatne smjernice koje će sadržavati sve aspekte liječenja, od farmakoterapije do psihosocijalnih intervencija, i koje će uključivati različita liječenja ovisnosti kao što su bolničko i izvanbolničko te tretman u zatvorima i terapijskim zajednicama. U sklopu smjernica potrebno je provesti analizu stanja, definirati ciljeve izrade smjernica, definirati pojam psihosocijalnog tretmana i psihosocijalnih intervencija, te opisati način na koji će se smjernice provoditi u praksi. S obzirom da smjernice moraju ujednačiti standarde tretmana u svim sustavima, nužno je bilo izraditi **jedinstvene smjernice za psihosocijalni tretman** u sklopu kojih će se u posebnim poglavljima opisati specifična područja i definirati specifične smjernice, primjerice u zatvorskom sustavu ili prema posebnim skupinama ovisnika kao što su maloljetnici, žene trudnice ovisnice ili dvojne dijagnoze te opijatska ili druge vrste ovisnosti. Smjernice imaju **zadaću** pružiti pomoć stručnjacima koji provode određene vrste tretmana, pri odabiru odgovarajuće psihosocijalne intervencije u određenim okolnostima. U tom smislu, smjernice trebaju imati **edukativnu svrhu** za sve stručnjake koji su uključeni u njihovu provedbu, posebice u implementaciji i promicanju dobre kliničke prakse u skrbi o osobama koje konzumiraju droge. Sukladno preporukama iz Smjernica EMCDDA i WHO Smjernica, ove smjernice sadržavaju sljedeće elemente:

- **Opće i posebne ciljeve (rezultate)** koje očekujemo od provedbe smjernica,
- **Ciljane skupine korisnika,**
- **Stručnjake** koji su uključeni u provedbu smjernica,
- **Listu preporuka psihosocijalnih intervencija** za svako okruženje (zdravstveni, socijalni i zatvorski sustav), koje se pružaju u formi jasnih tvrdnji što se treba činiti u određenim okolnostima prema određenim klijentima, a pored svake preporuke naznačena je i vrijednost, odnosno razina podrške koja se daje toj preporuci na nekoj skali,
- **Područje metodologije** u kojem se opisuje način izrade smjernica, kako je pronađena i procijenjena literatura, kako su informacije izdvojene i kako je postignut konsenzus među stručnjacima koji su bili uključeni u izradu smjernica,
- **Preporuke i standarde** za implementaciju smjernica i
- **Dodatke** npr. detalji o studijama koje su uzete u obzir i popis literature.

Vizija smjernica je osigurati sustavan razvoj učinkovitog tretmana osoba koje zlorabe droge, usmjeren na smanjenje potrebe za uzimanjem droge, jačanje kapaciteta osoba za korištenje vlastitih potencijala i sudjelovanje u zajednici, te smanjenje rizika širenja zlorabe droga u zajednici.

Glavni cilj smjernica je unaprijediti kvalitetu tretmana ovisnosti o drogama putem definiranja i standardiziranja na dokazima utemeljenih psihosocijalnih intervencija usmjerenih osobama koje zlorabe droge.

Posebni ciljevi smjernica su:

1. definirati psihosocijalne intervencije u zdravstvenom, socijalnom i zatvorskom sustavu te probaciji
2. ujednačiti vrstu i kvalitetu provedbe psihosocijalnih intervencija koje se pružaju ovisnicima u različitim sustavima
3. odrediti standarde kvalitete provedbe psihosocijalnog tretmana
4. unaprijediti suradnju među pružateljima usluga psihosocijalnog tretmana, kako između državnih institucija i nevladinog sektora tako i među državnim institucijama iz različitih sustava
5. provoditi **evaluaciju** psihosocijalnih intervencija u cjelokupnom tretmanu ovisnosti o drogama uključujući i evaluaciju psihosocijalnih intervencija u kombinaciji s farmakološkim intervencijama.

Ciljana populacija koju uključuju Smjernice su osobe koje zlorabe droge, što podrazumijeva maloljetne i punoljetne osobe (ovisnici i konzumenti) sa štetnom uporabom i ovisnošću o svim ilegalnim psihoaktivnim tvarima (opijati, kanabis, stimulansi i slično), sa zlorabom lijekova na recept, osobe na farmakoterapiji agonistima i antagonistima uz ostale psihofarmake u terapijske svrhe te osobe sa psihijatrijskim komorbiditetom (poremećaji osobnosti, shizofrenija, poremećaji raspoloženja, anksiozni poremećaji i drugi).

Smjernice djeluju na okruženja zdravstvenog sustava (bolničkom i izvanbolničkom sustavu te sustavu javnog zdravstva), u sustavu socijalne skrbi, u terapijskim ili stambenim zajednicama te u zatvorskom sustavu i probaciji.

Stručnjaci koje obvezuje provedba smjernica su:

1. Djelatnici u zdravstvenom sustavu

- **Zdravstveni djelatnici** - liječnici psihijatri, obiteljski liječnici i drugi ovlaštene liječnici koji provode liječenje i tretman ovisnika i konzumenata droga, 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, defektolozi, 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 terapeuti u terapijskim zajednicama koji imaju srednju stručnu spremu i završenu dodatnu edukaciju za rad s ovisnicima.

3. Djelatnici u zatvorskom sustavu i probaciji - službenici odjela tretmana: psiholozi, socijalni pedagozi, socijalni radnici i drugi stručnjaci s visokom stručnom spremom koji imaju dodatne edukacije iz područja psihološkog/psihosocijalnog savjetovanja ili psihoterapije, **službenici odjela zdravstvene zaštite:** liječnici opće medicine, psihijatri, medicinski tehničari, te **službenici zaposleni u probaciji.**

Smjernice su između ostalog namijenjene **odgovornima za donošenje politika tretmana i liječenja.** Stručnjaci koji provode smjernice, odnosno psihosocijalne intervencije preporučene u Smjernicama, moraju imati odgovarajuća znanja i vještine koje nisu uvijek mogli dobiti u sklopu svoje formalne edukacije, te je kod planiranja i razvoja kapaciteta i ljudskih potencijala za tretman osoba konzumenata i ovisnika o drogama u zdravstvenom, socijalnom i zatvorskom sustavu potrebno provoditi i **ciljane i permanentne edukacije** za sve djelatnike uključene u provedbu liječenja i psihosocijalnog tretmana ovisnika.

3. METODOLOGIJA IZRADE SMJERNICA

S obzirom da je sukladno Nacionalnoj strategiji suzbijanja zlouporabe droga za 2012.-2017. godinu jedan od ključnih ciljeva sveukupne nacionalne politike na tom području unaprijediti kvalitetu liječenja i tretmana ovisnika o drogama, Ured za suzbijanje zlouporabe droga Vlade RH uz potporu *TAIEX jedinice Europske komisije*, kao uvod u izradu Smjernica organizirao je *Radionicu o smjernicama za psihosocijalni tretman ovisnosti o drogama.* Osnovni cilj navedene radionice bio je informirati sudionike o postojećim smjernicama za psihosocijalni tretman u zemljama Europske unije, predstaviti najbolje prakse u provedbi psihosocijalnog tretmana

uključujući i ulogu psihosocijalnog tretmana u cjelovitom ciklusu liječenja i tretmana osoba koje zlorabe droge, te poboljšati kvalitetu liječenja i psihosocijalnog tretmana. Jedan od važnih ciljeva radionice bio je i stvoriti osnovu za izradu **Smjernica za psihosocijalni tretman ovisnosti o drogama u zdravstvenom, socijalnom i zatvorskom sustavu**. U listopadu 2012. Ured za suzbijanje zlorabe droga je osnovao Stručnu radnu skupinu, a čine je stručnjaci različitih profesija koji sudjeluju u liječenju i psihosocijalnom tretmanu ovisnika te predstavnici mjerodavnih državnih tijela i nevladinih organizacija. Za članove stručne radne skupine bili su imenovani predstavnici mjerodavnih državnih tijela i ministarstava i to: Ureda za suzbijanje zlorabe droga, Ministarstva socijalne politike i mladih, Ministarstva pravosuđa - Uprave za zatvorski sustav i Uprave za kazneno pravo i probaciju, Ministarstva zdravlja, Hrvatskoga zavoda za javno zdravstvo, te predstavnici Službi za zaštitu mentalnog zdravlja, prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti, bolnica, zdravstvenih ustanova, nevladinih organizacija i terapijskih zajednica. S ciljem izrade Nacrta smjernica za psihosocijalni tretman ovisnosti o drogama u zdravstvenom, socijalnom i zatvorskom sustavu u Republici Hrvatskoj, Ured je za članove Stručne radne skupine organizirao dvije radionice te nekoliko sastanaka. Cilj je bio na tim radionicama i sastancima predstaviti pregled psihosocijalnog tretmana i intervencija u različitim okruženjima (bolničkom, izvanbolničkom, u sustavu socijalne skrbi i terapijskim zajednicama te u zatvorskom sustavu i probaciji), ali i raspraviti o vrsti i ulozi psihosocijalnog tretmana u cjelokupnom ciklusu tretmana ovisnika i konzumenata droga, te definirati metodologiju izrade i konačan Nacrt smjernica.

Koordinacija izrade smjernica bila je u djelokrugu Ureda za suzbijanje zlorabe droga koji je podupirao razvoj smjernica u svim fazama, od pretraživanja literature i članaka do izrade Nacrta smjernica. Radi što učinkovitijeg procesa razvoja smjernica, članovi Stručne radne skupine bili su podijeljeni u tematske skupine za rad na smjernicama u pojedinom području (okruženju) i to:

Tematska skupina 1. Psihosocijalni tretman ovisnosti o drogama u zdravstvenom sustavu

Tematska skupina 2. Psihosocijalni tretmanom u zatvorskom sustavu i probacijskom sustavu

Tematska skupina 3. Psihosocijalni tretman u sustavu socijalne skrbi (centri za socijalnu skrb, domovi, odgojne ustanove i terapijske zajednice).

U poglavljima 1. Uvod i 4. Standardi za implementaciju smjernica bili su uključeni svi članovi Stručne radne skupine.

Uloga tematskih skupina bila je učinkovito pratiti podatke vezane za njihovo područje rada procjenjujući ih prije nego što ih predstave Stručnoj radnoj skupini. Svaku tematsku grupu vodio je njezin predsjednik, član radne skupine sa stručnim znanjem o toj temi. Tematske skupine su razmotrile sva pitanja vezana za psihosocijalni tretman, definicije psihosocijalnih intervencija i psihosocijalnog tretmana te istražile i pripremile podatke iz preglednih članaka prije njihovog predstavljanja Stručnoj radnoj skupini. Pomagali su i u nacrtu dijela smjernica relevantnom za rad svake tematske grupe. Cilj pregleda literature bio je identificirati i sakupiti važne podatke u svrhu odgovora na specifična pitanja, odnosno definiranja pojedinih preporuka psihosocijalnih intervencija. Preporuka je bila da se koriste samo studije koje imaju visoku razinu dokaza kao što je meta analiza, pregledni članak i randomizirana kontrolirana studija (RCT), a ako nije bilo takvih dokaza, korišten je dogovor utemeljen na dosadašnjoj kliničkoj praksi u provedbi psihosocijalnog tretmana ovisnika o drogama. Uz to, za svaku preporuku određena je razina njezine jakosti na određenoj skali. Osim preporuka Smjernica za psihosocijalni tretman, u svakom od ključnih područja (zdravstveni, socijalni i pravosudni sustav) tematske su skupine definirale ključne **standarde i preporuke** važne za njihovu kvalitetnu i uspješnu implementaciju.

U rad stručne radne skupine/tematskih skupina povremeno su bili uključeni i drugi stručnjaci koji djeluju na području tretmana ovisnika. Smjernice su dostavljene i na mišljenje strukovnim organizacijama koje su izravno uključene u njihovu provedbu kao što su: Hrvatska liječnika komora, Hrvatsko psihijatrijsko društvo, Psihološka komora, Hrvatska udruga socijalnih radnika i Hrvatska udruga socijalnih pedagoga, a o smjericama je organizirana i javna rasprava pa su stavljene i na internetsku stranicu Ureda radi rasprave.

Nakon što je Stručna radna skupina razmotrila i uvrstila neke od prijedloga stručnjaka i stručnih institucija, kao i prijedloge s javne rasprave, Nacrt smjernica je usvojilo **Povjerenstvo za suzbijanje zlouporabe droga Vlade Republike Hrvatske** te potom i tri ključna ministarstva odgovorna za njihovu provedbu: Ministarstvo zdravlja, Ministarstvo socijalne politike i mladih i Ministarstvo pravosuđa. Ured za suzbijanje zlouporabe droga zadužen je za predstavljanje Smjernica i organiziranje edukacija o njima.

4. PSIHOSOCIJALNI TRETMAN I PSIHOSOCIJALNE INTERVENCIJE

Glavna je odlika psihosocijalnog tretmana ta da je uvijek usmjeren na unapređenje interpersonalnih odnosa i životne situacije. Unatoč tome što se naglasak godinama mijenjao, psihosocijalni pristup dosljedno prepoznaje važnost unutarnjih psiholoških procesa te izvanjskih socijalnih i fizičkih uvjeta i njihovog uzajamnog utjecaja (Woods i Hollis, 2000). Psihosocijalno ističe dinamiku odnosa između psiholoških i socijalnih utjecaja pri čemu svaki od njih kontinuirano utječe na onaj drugi (Baron, 2000). Psihosocijalni tretman podrazumijeva istodobno zanimanje i za pojedince i za njegovo socijalno okruženje.

Slavko Sakoman (1993) smatra da tretman ovisnika mora biti usmjeren na raskidanje odnosa čovjek-droga (Pozaić i sur., 1993). U procesu liječenja ovisne osobe susretat ćemo se s problemom nezrelih obrana i niskog samopoštovanja ovisnika te iskrivljenih vjerovanja o sebi i svijetu koji ga okružuje. Ukratko, ciljevi liječenja i svi postupci tijekom tretmana moraju biti usmjereni na promjenu odnosa prema društvenim vrijednostima i prema uzimanju droga, pri čemu je u cjelokupnom liječenju važna uloga psihosocijalnog tretmana i intervencija. Stoga je u tretmanu ovisnika, osobito u **psihosocijalnom tretmanu**, nužan **multidisciplinarn pristup** radi sveobuhvatnog i što učinkovitijeg liječenja i rehabilitacije te reintegracije liječenih ovisnika u društvenu zajednicu.

Psihosocijalne intervencije prema osobama koje zlorabe droge su stručno i na praksi utemeljeni postupci usmjereni postizanju društveno prihvatljivog i prilagođenog funkcioniranja te potpori očuvanju zdravlja, a mogu se provoditi samostalno ili u kombinaciji s farmakološkim intervencijama, te su individualno prilagođene vrsti i stupnju problema osobe.

Za potrebe vlastite studije koja se bavila psihosocijalnim intervencijama koje se primjenjuju uz farmakoterapiju ovisnika, Drummond, Perryman i dr. (2007) pojam psihosocijalne intervencije definiraju široko te navode da su to sve nefarmakološke intervencije koje se provode u terapijskom kontekstu na individualnoj, grupnoj ili obiteljskoj razini.

Uobičajene psihosocijalne intervencije koje se provode u sklopu zdravstvenog, socijalnog i zatvorskog sustava su intervencije **psihološke razine** kao što su: kratke savjetodavne intervencije, edukacija pacijenta o zaraznim bolestima, intervencije usmjerene motivaciji - motivacijski intervju, tretmani ponašanja: analiza slučaja, psihoedukacija, prevencija relapsa, trening životnih vještina, KBT - kognitivno bihevioralna terapija, CM (Contingency Management) - sustav nagrade i kazne, psihoedukacija, obiteljska i bračna terapija, te

psihodinamska (suportivno-ekspresivna) terapija. **Intervencije socijalne razine** uključuju pomoć u osnovnim životnim potrebama kao što su hrana, odjeća, smještaj i zapošljavanje, ali i osnovnu brigu o zdravlju, prijateljstvu, zajedništvu i sreći te grupe samopomoći. Također postoji širok i raznolik spektar pristupa grupiranih pod terminima "savjetovanje", "psihoterapija", "upravljanje slučajem" i "psihosocijalno potpomognuti tretman", od kojih mnogi uključuju različite elemente gore navedenih psihosocijalno-terapeutskih pristupa, no teško ih je točno definirati i klasificirati (Drummond i Perryman, 2007). Različite socijalne intervencije provode se od travnja 2007. godine u sklopu **Projekta resocijalizacije ovisnika o drogama**, a posebno se odnose na psihosocijalnu potporu nakon završenog liječenja u terapijskoj zajednici i/ili izdržavanja kazne zatvora, te na pomoć pri različitim oblicima školovanja i zapošljavanja liječenih ovisnika kao i njihova uključivanja u život u zajednici. Poseban oblik psihosocijalnog tretmana ovisnika su **terapijske zajednice** koje predstavljaju institucionalni oblik tretmana zasnovan na načelu zajedništva, samopomoći i napredovanju u hijerarhiji osobnih uloga u zajednici.

Glavni očekivani ishodi (rezultati) psihosocijalnog tretmana:

1. uspostava i održavanje apstinencije,
2. povećanje suradljivosti i pojačavanje učinkovitosti farmakoterapije,
3. smanjenje učestalosti relapsa,
4. retencija u tretmanu,
5. promjena stila života i poboljšanje kvalitete života (Malhotra et al, 2005).

Cilj psihosocijalnog tretmana uključuje i socijalne ishode kao što su sklanjanje ovisnika s ulice i prekid destruktivnog i autodestruktivnog ponašanja; promjene na osobnoj, društvenoj i obiteljskoj razini; jačanje socijalnih, psiholoških, emotivnih, moralnih, duhovnih i tehničkih kompetencija kod osoba koje koriste droge i ovisnika; razvijanje i jačanje socijalne mreže; učenje strategija za prevenciju recidiva, resocijalizaciju i povratak ovisnika u obiteljsku i društvenu sredinu.

Cilj psihosocijalnog tretmana kod djece i mladih je prevencija ovisnosti o psihoaktivnim tvarima i dugih oblika ovisnosti te pomoć djeci i mladima kako bi izbjegli ili odgodili početak konzumacije ili ako su već započeli s konzumacijom, da izbjegnu dublje poremećaje, odnosno razvoj ovisnosti.

4.1. OPIS UČINKOVITIH PSIHOSOCIJALNIH INTERVENCIJA

Psihosocijalne intervencije su obvezni, redoviti i sastavni dio tretmana, a utemeljene su na procjeni psihičkog statusa i socijalnog funkcioniranja osobe. Nema tretmana osobe koja zlorabi droge bez psihosocijalnih intervencija, no ne provodi se kod akutno intoksiciranog ovisnika i u krizi. U tretman se obvezno uključuje i obitelj i partner, pa se provodi obiteljski postupak koji je prvi i najvažniji u procesu socijalne reintegracije, a uključuje individualni rad s osobom koja zlorabi droge, rad zajedno s obitelji te rad samo s obitelji/partnerom. Procjena socijalnog funkcioniranja odnosi se na procjenu u obitelji, na poslu i u društvu. Psihosocijalne intervencije obuhvaćaju različite intervencije na psihološkoj i socijalnoj razini.

U literaturi se pojavljuje nekoliko **psiholoških intervencija** koje su se pokazale učinkovite prema osobama koje zlorabe droge, a to su: motivacijski intervju, različiti oblici savjetovanja (individualni, grupni, obiteljski), analiza i rad na slučaju (case management), različiti tretmani ponašanja; psihoedukacija, sustav nagrade i kazne (CM - Contingency Management), prevencija relapsa, trening životnih vještina. Osim navedenog, kod ovisnika, posebno kod osoba s komorbiditetom, primjenjuju se i različiti oblici psihoterapija, od kognitivno-bihevioralne terapije, psihodinamske i obiteljske do različitih oblika suportivne i ekspresivne psihoterapije.

Postoje mnogi izazovi u tretmanu poremećaja zlorabe droga, koji su kočnica uspješnom tretmanu, a uključuju akutne i kronične kognitivne poteškoće, medicinske probleme, socijalne stresove, gubitak socijalne podrške. Stoga su socijalne intervencije često preduvjet za učinkovit tretman ovisnosti o drogama, naročito za ovisnike koje osim bolesti ovisnosti muče i drugi pridruženi socijalni problemi kao što su siromaštvo, beskućništvo i socijalna isključenost.

Socijalne intervencije imaju za cilj poboljšati socijalno funkcioniranje osobe koristeći sustav socijalne mreže zajednice u cjelini, od ustanova u sustavu zdravstva i socijalne skrbi do nevladinih organizacija i različitih grupa samopomoći.

Socijalne intervencije koje su se pokazale učinkovite su:

- trening zapošljavanja - pomaganje u pronalasku i zadržavanju posla, zaštićeni uvjeti rada i praćenje apstinencije tijekom rada,
- smještaj - poželjan je stabilan smještaj u drug-free okruženju, bitan je prije pokušaja stabilizacije apstinencije,

- slobodno vrijeme - jačanje sposobnosti sudjelovanja i uživanja u aktivnostima prema vlastitom izboru,
- grupe samopomoći - dobrovoljne, osnovane od pacijenata, orijentirane apstinenciji, pružaju materijalnu pomoć i emocionalnu podršku, zastupaju ideologiju i sustav vrijednosti pomoću kojih članovi mogu pronaći smisao vlastitog postojanja.

Socijalne intervencije kao što su: omogućavanje zdravstvene zaštite, rješavanje socijalnih pitanja, stanovanja, higijene, prehrane, obrazovanja, prevencije zaraznih bolesti, zaštite općeg zdravlja i dobrobiti, poboljšavaju zdravstvene programe usmjerene na konzumente droga i ovisnike, ali i kvalitetu života i zdravlje ovisnika i konzumenata droga.

Grupe samopomoći su neformalne skupine kojima je cilj pružiti potporu, praktičnu pomoć i skrb za članove koji dijele zajednički problem, u ovom slučaju ovisnost o drogama. Grupe samopomoći "12 stepenica", uz klubove liječenih alkoholičara, najčešće su grupe koje se već godinama koriste u psihosocijalnom tretmanu ovisnika o drogama i alkoholu, ali i bilo kojem drugom sredstvu ovisnosti, a orijentirane su prema potpunoj apstinenciji od sredstva ovisnosti. Psihosocijalni tretman u onim sredinama koje mogu osigurati stručne djelatnike može se provoditi kroz grupe samopomoći vođene stručnjacima po uzoru na klubove liječenih alkoholičara. Studije su pokazale da je "12 stepenica" koristan oblik pomoći za ovisnike koji često (češće od jednom na tjedan) sudjeluju u grupama, te ako su ciljevi toga tretmana kompatibilni s ciljevima formalnog tretmana. Studije o Programu 12 stepenica su pozitivne. Taj oblik terapije je jeftin i pruža značajnu psihosocijalnu podršku (WHO Guidelines, 2009).

Upućivanje u grupe samopomoći treba koristiti samo ako je pacijent motiviran za apstinenciju i prihvaća filozofiju tih grupa.

Za ovisnike koji su motivirani za tretman po tzv. „drug free“ metodi potrebno je omogućiti tretman u **terapijskim zajednicama** u kojima se mogu pružati različite psihosocijalne intervencije. Terapijska zajednica je institucionalni oblik psihosocijalnog tretmana i pružanja pomoći ovisnicima o opojnim drogama tijekom određenog vremena, a razlikuje se od drugih metoda po tome što joj je osnovno načelo zajedništvo i samopomoć, odnosno grupna potpora korisnika kao ključ promjene.

Članovi zajednice, dakle, uzajamno utječu na izgradnju novih struktura i razvijanje stajališta, percepcije i ponašanja koji utječu na uporabu droga. Članovi terapijske zajednice uče u toj zajednici nove metode funkcioniranja te vrijednosti i sposobnosti, kako na kognitivnoj tako i na

emotivnoj razini. Njihov oporavak u zajednici treba biti usmjeren prema poboljšanju psihofizičkog zdravlja, usvajanju novih životnih vrijednosti i novih pozitivnih etičkih načela prema društvu i obitelji. Osnovni cilj pozitivnih promjena kod ovisnika treba biti usmjeren prema preuzimanju odgovornosti za vlastiti oporavak i usvajanju normi ponašanja civiliziranog društva. Ovisnost nije samo bolest nego i ukorijenjen stil ponašanja i života, pa je cilj svih terapijskih postupaka u terapijskoj zajednici i promjena životnog stila i navika. Osobito je važno da svaki pojedinac u terapijskoj zajednici promijeni sustav razmišljanja o drogi kao izvoru ugone, te o ovisnosti kao stilu života i ponašanja. Razvijanje pozitivnih normi ponašanja u životu i radu treba biti ključ za izradu terapijskih programa u zajednici. Drugi ključ je razvijanje svih oblika samopomoći i pomoći grupe kao zajednice. Stoga se programi u terapijskim zajednicama trebaju temeljiti na strogim pravilima života u zajednici zasnovanim na načelima nagrade i kazne te napredovanju kroz hijerarhiju osobnih zaduženja, osobnog položaja i uloge u zajednici. Drugi aspekt programa treba biti zasnovan na individualnoj i grupnoj terapiji, učenju, raspravama, igrama i igranju uloga s ciljem promjene negativnih obrazaca mišljenja i ponašanja. Pravila ponašanja trebaju biti usmjerena tako da korisnici kroz rutinske aktivnosti nauče prepoznavati oblike nesređenog života te nauče planirati i prepoznavati ciljeve rehabilitacije, ali i biti od koristi društvenoj zajednici i obitelji. Važno je istaknuti da s obzirom na specifične potrebe određenih kategorija ovisnika, treba planirati i program rada. Adolescenti s višestrukim problemima ponašanja i ovisnici mogu se tretirati u terapijskim zajednicama, no proces njihova tretmana i rehabilitacije treba prilagoditi specifičnim obilježjima ove populacije i svakako ih tretirati odvojeno od odraslih ovisnika u terapijskoj zajednici. Poznato je da je adolescentima vrlo važan osjećaj pripadnosti skupini vršnjaka i da na početak konzumiranja droga najznačajnije utječu vršnjaci, odnosno supkulturna skupina. Najvažnije je da adolescent bude dulje vrijeme izdvojen iz skupine vršnjaka koja je utjecala na početak konzumiranja droge i pojavu ovisnosti. Kod planiranja tretmana u terapijskoj zajednici za adolescente treba staviti veći naglasak na programe edukacije i obrazovanja, a manje na rad u zajednici, što ne znači da ovaj dio tretmana treba isključiti. Adolescentima u terapijskoj zajednici trebalo bi omogućiti završetak školovanja, pa bi u terapijske zajednice bilo potrebno implementirati školske programe. Također, adolescentima treba omogućiti da riješe probleme razvojne prirode kao što je uspostavljanje identiteta, potreba socijalne afirmacije u odnosu na okolinu i pihvaćanje socijalnih uloga, za što je nužno u takvoj

terapijskoj zajednici uposliti ili surađivati s dječjim i adolescentnim psihoterapeutom (NIDA, 2002).

Smanjenje štete provodi se kada unatoč dobrom tretmanu, osoba ima više relapsa što se naziva recidivizam, a podrazumijeva to da iako se ne može ovisnost kontrolirati, fizička i društvena šteta koja proizlazi iz toga može se reducirati na minimalnu razinu. Ta je strategija posebno važna za kontrolu HIV infekcije kod intravenoznih ovisnika pomoću zamjene injekcija i igala, distribucije kondoma, savjetovanjem o sigurnom seksu, savjetovanjem o sigurnom uzimanju droge i sterilizaciji.

Također, istraživanja su pokazala da provedba nekoliko vrsta tretmana istovremeno, primjerice **psihosocijalnih intervencija uz farmakoterapiju**, pojačava učinak i dovodi do poželjnih ishoda tretmana. Tako CM povećava efikasnost terapije opijatskim agonistima, ustvrdili su Rawson i suradnici (Rawson i sur., 2006). Meta analiza pokazala je da je kombinacija KBT-a i CM-a najučinkovitija. U studiji koja je uspoređivala CM i KBT za ovisnost o stimulansima, CM je pokazao bolju brzu učinkovitost, ali u praćenju je učinkovitost bila jednaka u oba tretmana (Rawson i sur., 2006). Slični rezultati bili su i kod uspoređivanja CM-a i KBT-a za pacijente ovisne o opijatima u terapiji održavanja metadonom. Rezultati analize učinkovitosti studija tretmana pokazali su da je CM najučinkovitiji za uporabu droga (Lissa i sur., 2008). Petry i Martin istraživali su učinkovitost CM-a kao dodatka standardnom tretmanu koji se sastoji od terapije održavanja metadonom i mjesečnog individualnog savjetovanja za kokainske i opijatske ovisnike. Pacijenti koji su dobivali CM postigli su dulju apstinenciju tijekom šestomjesečnog praćenja u usporedbi s onima koji nisu dobili CM (Petry i sur., 2002) (Griffith i sur., 2000).

4.1.1. Tretmani ponašanja (kognitivno-bihevioralne terapije) se zasnivaju na pretpostavci da je svako ponašanje (uključujući i emocionalne probleme) naučeno i da stoga može biti zamijenjeno drugačijim, poželjnijim ponašanjem. Prema definiciji Hrvatskog udruženja za bihevioralno kognitivne terapije (HUBIKOT), bihevioralne i kognitivne terapije su psihološki, znanstveno zasnovani pristupi za koje istraživanja pokazuju da su učinkoviti za širok raspon problema, a mogu ih provoditi zdravstveni radnici, psiholozi, socijalni radnici, socijalni pedagozi i drugi stručnjaci koji imaju završenu odgovarajuću edukaciju. Pristup je obično usmjeren na teškoće "ovdje i sada" i oslanja se na razvijanje zajedničkog shvaćanja klijentovih problema između terapeuta i klijenta. **Bihevioralni pristup** je preoblikovanje ponašanja zasnovanog na uvjetovanom učenju, a uključuje intervencije kojima je cilj prekinuti klasični uvjetovani odgovor

rizična situacija-recidiv, dok **kognitivni pristup** ističe važnost utjecaja mišljenja na ono što osjećamo i kako se ponašamo. Kognitivni pristup mijenja ponašanje promjenom pogrešnih uvjerenja koja podupiru neželjeno ponašanje, uvođenjem pozitivnih uvjerenja i motivacije za promjenu ponašanja na temelju kognitivne terapije - psihoedukacije i terapije jačanja motivacije (WHO, 2009).

Osnova za kognitivno-bihevioralne terapije je teorija učenja usmjerena na neprilagođeni obrazac ponašanja, promjenu motivacije, kognitivnih otpora i učenje vještina. Jedan od osnovnih principa je da zlouporaba droga svojim pozitivnim učinkom potencira daljnje uzimanje. Osnovni element KBT-a je smanjiti jaki pojačavajući učinak zlouporabe droge povećanjem nagrade povezane s neuzimanjem ili usvajanjem vještina koje smanjuju uzimanje i održavaju apstinenciju te povećavaju mogućnost za pokretanje zdravih aktivnosti (Buddy, 2012).

Kognitivno-bihevioralni tretman kod zlouporabe droga uključuje nekoliko različitih intervencija koje mogu biti individualne ili grupne, a to su: psihoedukacija, motivacijske intervencije, CM pristup, prevencija relapsa, trening vještina. Kognitivne i motivacijske intervencije provode se nakon analize slučaja kada se definiraju visokorizične situacije i događaji, mijenjanjem i uvođenjem zdravih aktivnosti te jačanjem motivacije za alternativna ponašanja, dok se istodobno smanjuje žudnja za uzimanjem droge.

4.1.1.1. Analiza i upravljanje slučajem (Case Management) (Carroll, 1998)

Analiza i upravljanje slučajem je usmjerena poticanju pozitivnih promjena kod osoba koje zlorabe droge 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 doseganju 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 HEALTH Guidelines, 2013). Analizom i upravljanjem slučajem, s ovisnikom se pokušava identificirati misli i osjećaje nakon kojih upada u rizik relapsa. Analiza pomaže osobi steći uvid u to zašto konzumira droge kada osjeti poteškoće. Analiza slučaja provodi se za vrijeme procjene i početka tretmana uzimajući u obzir heterogenost poremećaja zlouporabe droga, te da osoba koja zlorabi droge može imati više različitih potreba. Tretman poremećaja zbog zlouporabe droga 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 pacijenti pomoću zadataka lakše pamte i primjenjuju naučene tehnike izvan tretmana. Identifikacija okidača za uzimanje droga važna je u određivanju situacija i ponašanja. Identificiranje visokorizične situacije za uzimanje, kao što su područja gdje se droga prodaje, i ohrabrivanje pacijenta da izbjegne te situacije, korisno je, osobito na početku tretmana. Strategija kontrole okidača služi kao važan preduvjet za izgradnju prevencije relapsa u ovakvim situacijama čime se olakšava apstinencija. Trening vještina uči pacijenta da zaboravi stare navike i nauči zdrave vještine i navike, uči pacijenta mijenjanju načina razmišljanja o uporabi droga i okolnostima koje su dovele do relapsa u prošlosti. Analiza pomaže objasniti stručnjacima koriste li se droge kao dio socijalnog ponašanja, radi pojačanja pozitivnih aktivnosti ili za nošenje s teškim situacijama i osjećajima.

4.1.1.2. Psihoedukacija je kognitivni pristup koji uključuje procjenu i diskusiju o ambivalenciji, preoblikovanje kognitivnih iskrivljenja vezanih za uporabu supstanci uključujući racionalizaciju. Provođenjem psihoedukacije o prirodi takvih misli i ulozi koju imaju u oporavku, pomaže se pacijentu osvijestiti kako takav obrazac razmišljanja pridonosi održavanju bolesti. Drugi važan cilj za kognitivno restrukturiranje su očekivanja i vjerovanja o posljedicama uporabe droga. Često pacijenti vjeruju da im uzimanje droge pomaže u problematičnom aspektu života ili u nekoj situaciji.

4.1.1.3. Motivacijske intervencije - Motivacijski intervju (MI) je suradnička i na osobu usmjerena forma intervencija koja se provodi s ciljem iznalaženja i osnaživanja motivacije za promjenu. Obično se provodi na početku tretmana radi prevladavanja otpora promjeni. To je pristup zasnovan na usmjeravanju i rješavanju ambivalencije prema promjeni ponašanja, koji ima tri ključna elementa: 1. MI je posebna vrsta konverzacije o promjeni (savjetovanje, psihoterapija, konzultacije ili metoda komunikacije); 2. MI je suradnička intervencija (usmjerena na osobu, partnerstvo, poštivanje autonomije, a ne na stručnjak-pasivni primalac) i 3. MI je poticajan (nastoji podsjetiti osobe na njihovu raniju motivaciju i obveze).⁵ Meta analiza

⁵ **Definition of Motivational Interviewing** (2013) posjećeno 1. srpnja 2013 na internetskoj stranici <http://www.motivationalinterview.org/Documents/>

motivacijskog intervjua pokazala je umjerenu učinkovitost kod uporabe droga u usporedbi s placebo grupom ili kontrolnom grupom bez tretmana (Bruke i sur., 2003). Studija učinkovitosti jačanja motivacije poduzeta od Graya, McCanbridgea i Strangea istraživala je učinak jedne seanse motivacijskog intervjua provedene kod mladih s uporabom alkohola, nikotina i kanabisa, te je pokazala tijekom tri mjeseca praćenja da oni 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 (Gray i sur, 2005). 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.

4.1.1.4. CM tretman ponašanja (Contingency Management) se primjenjuje na početku tretmana kada je osnovni izazov prevladati pozitivne učinke droge. Pristup je zasnovan na teoriji učenja i uključuje davanje nagrada za apstinenciju. Primjenjivanje CM-a zasnovano je na pretpostavci da je zlouporaba droga naučeno ponašanje koje farmakološkim učinkom droge te socijalnim i drugim učincima potiče neželjeni stil života. Učinkovitost CM pristupa upućuje na povezanost kliničke prakse, znanstvenih analiza ponašanja i farmakologije ponašanja. Cilj CM pristupa je oslabiti povezanost pojačavajućeg utjecaja droge i neželjenog životnog stila te povećati učestalost zdravih alternativnih aktivnosti koje su nespojive s uporabom droga. CM pristup u terapijske svrhe uključuje određivanje cilja (npr. apstinencija, dolaženje na savjetovanje, suradljivost s uzimanjem lijekova što se pažljivo prati) te kaznu za neodgovarajuće ponašanje koja se primjenjuje kada se ne dostigne dogovoreni cilj tretmana. CM intervencije podrazumijevaju četiri osnovna procesa:

- pozitivno nagrađivanje uključuje davanje nagrade (stvari, usluge, socijalne nagrade, privilegije) kada se postigne terapijski cilj (negativni test, dolazak na savjetovanje),
- negativno nagrađivanje uključuje ukidanje ograničenja (supervizija suda, rano ukidanje strožeg režima izlazaka, edukacija) ako se postigne terapijski cilj,
- pozitivno kažnjavanje uključuje provođenje kaznenih sankcija (suspenzija iz škole, zabrana korištenja telefona ili računala, ukidanje edukacije) u slučaju neželjenog ponašanja (pozitivnog testa),

- negativno kažnjavanje uključuje ukidanje pozitivnih okolnosti ili stanja (redukcija vrijednosti nagrade koja se može zaslužiti, ukidanje ili smanjenje privilegija) u slučaju neželjenog ponašanja.

Nagrađivanje i kažnjavanje učinkovita su sredstva u tretmanu zlouporabe droga, iako se prednost daje pozitivnom nagrađivanju. Potrebno je unaprijed planirati kažnjavanje kako se ne bi povećalo neželjeno ponašanje kao što je izlazak iz tretmana ili negativni utjecaj na terapijski odnos. Gotovo sve CM intervencije za odrasle uključuju pozitivno nagrađivanje. CM intervencije značajno pojačavaju ishode tretmana i postizanje optimalne razine apstinencije. Koordinator tretmana trebaju procijeniti postojeće intervencije i troškove, te razviti plan kojim se omogućava provedba CM intervencija. Literatura pokazuje da CM intervencije kod odraslih primarno se koriste pozitivnim nagrađivanjem, iako negativno nagrađivanje, pozitivno kažnjavanje i negativno kažnjavanje također pojačavaju i smanjuju motivaciju za dosezanje terapijskih ciljeva (Stranger i Budney, 2010). Analitičke teorije ponašanja i literatura sugeriraju da učinkovitost CM intervencija može biti pod utjecajem pet varijabli: obrasca korištenog za provođenje posljedica, veličine posljedice, izbora ciljanog ponašanja, odabira tipa posljedice, praćenja ciljanog ponašanja. Mnoge studije pokazale su da veća nagrada rezultira češćom apstinencijom i da je isplativija (Lussier i sur., 2006). Tip nagrade ili kazne bitan je za uspjeh jer se osobe razlikuju, te je važno omogućiti osobama da izaberu vrstu nagrade čime će nagrada zaista služiti kao pojačivač željenog ponašanja. Veliki broj kliničkih pokusa pokazao je učinkovitost CM-a za različite droge kao što su kanabis, kokain, stimulansi i opijati (Petry i sur, 2007). Meta analize upućuju na umjerenu učinkovitost CM-a, najučinkovitiji je za opijate i kokain u odnosu prema polisupstancama (Dutra i sur., 2008). CM je koristan i kod pacijenata s dvojnim dijagnozama kod kojih je zlouporaba droga vrlo visoka, čemu u prilog ide više studija koje su pokazale smanjenje konzumacije kokaina i marihuane uporabom CM pristupa kod bolesnika sa psihotičnim poremećajima (Lussier i sur., 2006). Meta analiza Prednergasta i drugih uspoređivala je 44 kontrolne i 40 eksperimentalnih randomiziranih kontroliranih studija i pokazala da je CM tretman odraslih i adolescenata za sve droge značajno učinkovitiji u uspostavljanju apstinencije od standardnog tretmana ili tretmana bez psihosocijalnih intervencija, ali manje učinkovit u održavanju apstinencije iako poboljšava sudjelovanje pacijenta u drugim aspektima tretmana. Najučinkovitiji je bio za uspostavu apstinencije od opijata i kokaina (Prendergast i sur., 2006).

Meta analize pokazale su da je CM učinkovitiji od prevencije relapsa i drugih kognitivno-bihevioralnih pristupa (Lussier i sur., 2006). Kliničke studije kod odraslih pokazale su učinkovitost različitih tipova CM intervencija u povećanju apstinencije (od alkohola, marihuane, kokaina, metamfetamina, opijata), povećanju prihvaćanja savjetovanja, povećanju retencije u tretmanu, povećanju suradljivosti s medikamentoznim dijelom tretmana, povećanju ispunjavanja terapijskih aktivnosti (Stranger i Budney, 2010). Najveći problem kod provođenja CM intervencija su troškovi. Zato što CM intervencije uključuju nagrade, smatraju se skupljim od tradicionalnih oblika kliničkih intervencija kao što su psihoterapija i farmakoterapija. Uobičajeni problem za provođenje CM intervencija je taj što sustav tretmana ne može osigurati nagrade ili redovito testiranje urina. Postoje mogućnosti razvijanja jeftinih CM programa koji se mogu dodati postojećim intervencijama. Zaključno, na dokazima je utemeljeno da su CM intervencije učinkovite za zadržavanje klijenata u tretmanu, povećanje prihvaćanja tretmana te uspostavljanje i održavanje apstinencije kod zlouporabe i ovisnosti o različitim psihoaktivnim supstancama i kod različitih ciljanih skupina (Petry, 2011). U Republici Hrvatskoj za uspješnu implementaciju CM intervencija potrebno je organizirati edukaciju djelatnika sustava tretmana te osmisliti osiguravanje nagrada.

4.1.1.5. Prevencija relapsa je kognitivno-bihevioralni pristup koji uključuje analizu rizika i trening alternativnih odgovora na rizike. Zasnovan je na identifikaciji i prevenciji visokorizičnih situacija (omiljeni kafíci, prijatelji). Tehnika prevencije relapsa uključuje mijenjanje pacijentovih očekivanja o pozitivnim učincima uporabe droga i provođenje psihoedukacije kako bi se pomoglo pacijentu da načini bolji izbor u prijetećoj situaciji (Carroll, 1996).

Relaps je ponovno uzimanje droge nakon razdoblja apstinencije, povratak na prijašnju razinu uzimanja ili na prijašnju razvijenu ovisnost. To je proces u kojem je uzimanje droge posljednji događaj u dugom nizu neprilagođenih odgovora na unutrašnje i vanjske stresove i poticaje.

Laps je jedan incident uzimanja droge koji može ili ne mora dovesti do relapsa. Smatra se pogreškom i mogućnošću za intervenciju i učenje. Relaps ne mora biti povezan s vraćanjem na neželjeni način života, ali može rezultirati novim tretmanom.

Razumljivo je da produženi ili teški sindrom sustezanja može osobu vratiti ponovno na zlouporabu droga. Prvih nekoliko dana sustezanja je osobito bolno, i fizički i emocionalno, pa se u tom razdoblju obično koriste lijekovi. Kako se lijekovi postupno smanjuju produžavajući stanje

apstinencije, slabiji je odgovor na tretman i to stanje može potrajati nekoliko mjeseci. Usporedo s tim, postoji trajna žudnja koju mogu pojačati visokorizične situacije. Ta kombinacija događaja je odgovorna za laps i relaps. Visokorizične situacije koje prethode relapsu su: stres (pojačava ranjivost), negativne emocije (ljutnja, nervoza, depresija, frustracija, dosada), pozitivne emocije (droga kao nagrada, čašćenje, slavlje), konflikti (nepovjerenje obitelji), društveni pritisci (društvo ovisnika), uporaba drugih psihoaktivnih supstanci (smanjuje samokontrolu), prisutnost okolnosti vezanih za drogiranje (mjesto uzimanja).

Opće intervencije za prevenciju relapsa:

1. emocionalna podrška obitelji i prijatelja,
2. promjena životnog stila pomaže pacijentu razviti i održavati novi socijalni identitet zdrave osobe uključujući prekidanje veza s drugim ovisnicima, razvijanjem novih interesa, zadovoljstava i društvenih kontakata,
3. kognitivno-bihevioralni pristup uključuje identifikaciju unutrašnjih i vanjskih utjecaja povezanih sa žudnjom, učenje kako ih izbjeći ili ukoliko se pojave, kako spriječiti da se ne dogodi relaps. Tehnike koje se koriste su: kognitivno-bihevioralna terapija, terapija pojačavanja motivacije, trening vještina, izlaganje rizicima i trening izbjegavanja.

Unatoč preventivnim mjerama, relaps se događa mnogim oporavljenim osobama i tada ih treba potaknuti na aktivni tretman. Najvažnija uloga terapeuta je potaknuti optimizam pacijenta i obitelji jer relaps potiče snažne negativne emocije obitelji: konfuzije, nesreće, ljutnje, frustracije i odbacivanja. Psihosocijalni terapeut mora uključiti članove obitelji u nošenje s relapsom.

Meta analiza prevencije relapsa uključila je 26 studija i pratila apstinenciju i psihosocijalnu prilagodbu te pronašla opću učinkovitost. Najučinkovitija je bila za alkohol i polisupstance u kombinaciji s lijekovima u praćenju apstinencije (Irvin i sur., 1999), manje je bila učinkovita u reduciranju uporabe supstanci, ali visoko učinkovita u poboljšanju prosječne psihosocijalne prilagodbe (Irvin i sur., 1999).

Kognitivno-bihevioralne intervencije za kokain, koje su razvili Carol i suradnici, uključuju analizu slučaja, prevenciju relapsa-strategiju ponašanja za izbjegavanje okidača relapsa, učenje rješavanja problema, odbijanja droge i vještine ponašanja (Carroll, 1998).

U randomiziranoj studiji praćenja kokainskih ovisnika promatrala se pojedinačna učinkovitost prevencije relapsa i CM-a te njihove kombinacije u izvanbolničkom sustavu. Zaključak je da je

CM poboljšao ishod tretmana kod kokainskih pacijenata u intenzivnom izvanbolničkom praćenju, osobito ako je kombiniran s prevencijom relapsa (McKay i sur., 2010).

U analizi 24 randomizirane kontrolirane studije pronađeno je da je prevencija relapsa učinkovita kod svih psihoaktivnih supstanci od 50 posto, a učinak se nastavlja i tijekom praćenja (Carroll, 1996).

4.1.2. Obiteljska/bračna terapija/tretman ponašanja (BC/FT) - koristi se za podršku partnera i obitelji pacijentu u postizanju apstinencije, jer bolest ovisnosti snažno utječe na obitelj. Mnoga istraživanja pokazuju da je konzumiranje droge i drugih sredstava ovisnosti povezano s obiteljskim okruženjem u kojem prevladava relativno malo roditeljske potpore i slaba upoznatost roditelja tko su osobe s kojima se adolescent druži. Istraživanja NIDA su pokazala da je jedan od vrlo značajnih prediktora za pojavu ovisnosti o drogama slab roditeljski nadzor i konflikti na relaciji roditelji-djeca (NIDA Research, 2000). Ista istraživanja su pokazala da je kod ovisnika izrazito prisutna neujednačenost u emocionalnom doživljaju roditelja u korist majki. Ta istraživanja upućuju na važnost snažne emocionalne veze s roditeljima i roditeljske potpore kao protektivnog čimbenika za uzimanje droga, dok su rizični čimbenici: roditeljska ovisnost, konflikt na relaciji roditelji-djeca, društvo u kojem se kreće i stavovi vršnjačkih skupina o konzumiranju droga. Obiteljska terapija/tretman ovisnika o drogama se referira na potporu partnera i drugih članova obitelji za doseganje promjena i tretmanskih ciljeva. Preporuka je da se obiteljska/bračna terapija/tretman koristi kako bi se poboljšale vještine komunikacije članova obitelji o problemu droga i suočilo se s problemom relapsa (NSW HEALTH Guidelines, 2008). Obiteljska terapija je zasnovana na reciprocitetu odnosa između pacijenta i njegovih bližnjih, jer kako uzimanje supstanci remeti odnos s obitelji, događa se i obrnuto; ako je poremećen odnos s obitelji, potencira se uporaba supstanci. Kod pacijenata s kvalitetnom podrškom obitelji ili partnera u tretmanu, olakšano je dostizanje apstinencije i poboljšanje socijalnih odnosa. Ovisno o specifičnim potrebama obitelji, pojedinačni tretmanski sastanak može uključivati cijelu obitelj, dio obitelji ili rad samo s jednim članom obitelji. Ovaj tretman uključuje poboljšanje funkcioniranja odnosa putem psihoedukacije. Katkad je u sklopu obiteljske terapije i tretmana potrebno posebnu pozornost posvetiti i rješavanju drugih pitanja kao što su roditeljske vještine i funkcioniranje obitelji u širem socijalnom kontekstu pri čemu je važna suradnja između različitih sustava, posebice sustava zdravstva i sustava socijalne skrbi, te kod skrbi o maloljetnoj djeci

osoba koje konzumiraju droge. Ipak, potrebno je voditi računa o tome da uključivanje članova obitelji u tretman treba imati konsenzus i pacijenta i članova obitelji, pa prije uključivanja članova obitelji treba provesti motivacijski intervju s pacijentom i članovima obitelji. Meta analiza upućuje na prednost obiteljske terapije ponašanja u usporedbi s individualnim savjetovanjem, te reduciranje uzimanja droga i posljedica uzimanja, kao i povećanje osjećaja zadovoljstva tijekom praćenja (Powers, 2008). Meta analiza Stanton i Shadisha pronašla je da je obiteljska terapija/tretman ponašanja povezana s povećanom retencijom u tretmanu zbog bolje prilagodbe unutar obitelji i podrške tretmanu (Stanton i Shadish, 1997).

4.1.3. Trening vještina uključuje interpersonalne vještine, kontrolu emocija, vježbanje vještina komunikacije, trening asertivnosti, razvijanje samokritičnosti, razvijanje kreativnosti, vještine organizacije i vještine rješavanja problema. Klinička istraživanja pokazala su da dodavanje treninga komunikacijskih vještina ima pozitivan ishod kod zlouporabe droga. Korištenje treninga vještina treba biti temeljeno na analizi slučaja iz izvještaja pacijenta i promatranja ponašanja. Vježbanje interpersonalnih vještina popravlja odnose, povećava socijalnu podršku i omogućava uspješniju komunikaciju. Kod pacijenata s dobrom podrškom obitelji ili partnera u tretmanu olakšano je dostizanje apstinencije i poboljšanje odnosa.

Pacijentova sposobnost odbijanja ponuđene supstance je mala i izazov je oporavku, stoga se tijekom seanse pokusom socijalno prihvatljivog odgovora na ponuđenu drogu, omogućava pacijentu jačanje vještine za odbijanje izazova izvan seanse. Ovaj pokus putem zamišljenog izlaganja ili izazivanjem emocija, povećava sposobnost odbijanja u visokorizičnoj situaciji za uzimanje droge.

Vještine kontrole emocija uključuju prepoznavanje, toleranciju i nošenje s emocijama. Korištenjem vježbi rješavanja problema i razvijanjem kontrole emocija, pacijent počinje određivati i koristiti se zdravim alternativama za stres. Strategije nošenja s negativnim emocijama, kao što su korištenje društvene podrške, uključivanje u ugodne aktivnosti, vježbanje, trebaju se uvesti i isprobati na seansi.

Razvijanje ugodnih aktivnosti je osobito važno jer koristi vrijeme i energiju koja se prethodno trošila za aktivnosti vezane uz uporabu droga. Kada pacijent reducira uporabu droga, dobije osjećaj praznine zbog toga jer ima puno vremena, što može ugroziti apstinenciju. Povećanje

ugodnih svrhovitih aktivnosti za vrijeme redukcije uporabe droga bitno je u postizanju početne i održavanju apstinencije.

Vještine usmjerene k cilju trebaju biti dio tretmana. Vođenje pacijenta u ostvarenju cilja tretmana je prvi način uvježbavanja. Pomaganje pacijentu u dostizanju malih ciljeva važna je vježba. Nemogućnost odlaganja dugotrajnog zadovoljstva za cijenu kratkotrajnog, karakteristična je za ovisnike. Za pacijente s problemom ovisnosti, uvježbavanje vještina zahtijeva zaokret njegovih vještina i ciljeva s ilegalnog životnog stila na normalan život. To znači da vještine koje su bile prilagođene aktivnom drogiranju, interpersonalne vještine potrebne za nabavku droge i održavanje veza s drugim ovisnicima, sposobnost manipulacije okoline, vršenje aktivnosti a da ne bude uhvaćen, treba prebaciti u povezivanje s obitelji i „zdravim“ prijateljima, traženje i zadržavanje posla, izgradnju zdravog životnog stila (Buddy, 2012).

4.1.4. Savjetovanje se temelji na profesionalnom odnosu između savjetnika i osobe u potrebi, a može biti individualno, grupno i obiteljsko. Savjetovanje je usmjereno na funkcioniranje osobe tijekom života u njezinim osobnim i socijalnim odnosima te je usmjereno na emocionalne, socijalne, edukacijske, zdravstvene, organizacijske i razvojne okolnosti, a ima za cilj poboljšati dobro funkcioniranje osobe, svladavanje kriznih situacija i povećati mogućnost za funkcionalno življenje. To je metoda kojom se nastoji pomoći osobi u pokretanju životnih promjena ili u poboljšanju situacije bez izravne kontrole nad implementacijom promjene. Drugim riječima, savjetovanje se ne događa izravno u okruženju osobe poput nekih drugih intervencija, nego je utjecaj posredan. Osoba sama mora provesti promjene u vlastitom životu i okruženju (Petran i sur., 2012 prema Block, 2000). Savjetovanje je intervencija koju je potrebno provoditi tijekom tretmana s ovisnicima o drogama i članovima njihovih obitelji, a prema potrebi savjetovanje se može obavljati i telefonski.

4.1.5. Psihodinamske psihoterapije

Kratkotrajna psihodinamska (suportivno-ekspresivna) psihoterapija značajno pridonosi učinkovitosti tretmana za ciljane probleme (1.39), opće psihijatrijske simptome (0.90) i socijalno funkcioniranje (0.80). Učinkovitost je stabilna i povećava se trajanjem tretmana (1.57, 0.95 i 1.19) te značajno premašuje učinkovitost kod kontrolnih skupina pacijenata koji čekaju tretman i kod uobičajenog tretmana (Svartberg i sur., 1991). Nisu nađene razlike između kratkotrajne

psihodinamske (suportivno-ekspresivne) psihoterapije i drugih oblika psihoterapije. Kratkotrajna psihodinamska (suportivno-ekspresivna) psihoterapija učinkovita je u tretmanu različitih psihijatrijskih poremećaja (Leichsenring i sur., 2004), a jednako je djelotvorna kao i drugi oblici tretmana poput KBT-a ili psihofarmakološkog tretmana (Crits-Christoph, 1992). Meta analiza (Leichsenring, 2001) pronašla je da je kratkotrajna psihodinamska (suportivno-ekspresivna) psihoterapija jednako učinkovita kao i KBT u tretmanu depresije i tretmanu poremećaja osobnosti (Leichsenring i sur., 2004).

Kratka dinamska psihoterapija je ekspresivna (eksplorativna) psihoterapija ili terapija uvida, bliska je psihoanalizi od koje se razlikuje po trajanju i ciljevima. Terapeut je aktivniji i potiče razvijanje terapijskog odnosa i pozitivnog transfera. Unosi se više čimbenika realiteta, te je središte na pacijentovom iskustvu „ovdje i sada“, analiziraju se transfer i transferni otpori s naglaskom na sadašnji odnos između terapeuta i pacijenta. Pacijenta se suočava s njegovim nesvjesnim, njegove nesvjesne potrebe i emocionalni odnosi se klasificiraju i interpretiraju, potiče se identifikacija s terapeutom. Selekcija pacijenata za tu vrstu terapije je stroga, jer se u vrlo kratkom vremenu mora provesti duboki proces u pacijentu i međusobnom odnosu pacijent-terapeut. Za ispitivanje podobnosti pacijenta koristi se psihoterapijski intervju prilikom kojeg se vrše pokusne konfrontacije i interpretacije radi procjene praga tolerancije na frustracije. Konfrontacijama se pomaže da pacijent dobije uvid u vlastiti konflikt i nesvjesno. Potičući pacijenta na razrješavanje emocionalnog konflikta, terapeut u njemu stvara sposobnost za buduće rješavanje konflikata (Leichsenring i sur., 2004). Blagys i suradnici (2000) identificirali su sedam područja koja se češće obrađuju ovom terapijom u usporedbi s KBT-om; afekt, otpori, identifikacija postojećih obrazaca (odnosa, osjećaja, ponašanja), prošla iskustva, interpersonalna iskustva, terapijski odnos, želje, snovi, fantazije. Indicirana je kod neurotičnih poremećaja, poremećaja raspoloženja i poremećaja osobnosti, provodi se individualno jednom na tjedan po 45 minuta u 10-30 seansi.

4.1.6. Učinkovite psihosocijalne intervencije za adolescente

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 ovisnosti o drogama 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 slijeđenja 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. Tretmani utemeljeni na dobro oblikovanim, randomiziranim kliničkim studijama uključuju: savjetovanje s CM tretmanom ponašanja, KB terapije kombinirane s terapijom pojačavanja motivacije grupne i individualne, obiteljske intervencije (kratku obiteljsku terapiju, funkcionalnu obiteljsku terapiju, multidimenzionalnu obiteljsku terapiju, multisistemska terapiju, obiteljsku suportivnu terapiju, obiteljsku terapiju ponašanja) (Anil Malhotra i sur., 2005). Obiteljske intervencije uključuju obitelj, školu, socijalnu službu i jedinstvene su za adolescente, a sadržavaju identifikaciju i mijenjanje neprilagođenih roditeljskih obrazaca koji pridonose uporabi supstanci, uz pomoć školskog i pravosudnog sustava te identifikaciju problema povezanih s prijateljima. Podaci utemeljeni na dokazima pokazali su da je bihevioralni obiteljski pristup učinkovitiji nego tretman koji ne uključuje obitelj (Waldron HB i sur., 2001) (Dennis M i sur., 2004). Adolescenti rjeđe dolaze na tretman samoinicijativno, a češće na zahtjev roditelja, škole i sudova. Većina adolescenata slabo je motivirana za prestanak uporabe droga i održavanje apstinencije, te ne smatraju uzimanje droga 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 relaps (Waldron HB i sur., 2008). Uključivanjem CM intervencija povećava se mogućnost poboljšanja ishoda. CM intervencije pružaju jasne nagrade za prestanak uzimanja supstance 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 učinkoviti su dodatak ili alternativa kliničkim oblicima tretmana. Psihosocijalni tretman za adolescente uključuje (Anil Malhotra i sur., 2005):

1. kratke intervencije - 1-4 individualne seanse, provode ih liječnici i zdravstveni suradnici, ali ne i specijalisti, najisplativije su, imaju umjerenu učinkovitost. Cilj je redukcija uporabe droga te se provode kod eksperimentatora. Radi se na motivaciji za promjenu navika putem informacija o rizičnosti ponašanja, ohrabriranjem za promjenu, savjetovanjem, upućivanjem na druge mogućnosti, povećanjem samopouzdanja.
2. duge intervencije - 5-12 individualnih ili grupnih seansi, provode ih 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 relapsa, suportivno-ekspresivnu psihoterapiju, koriste se kod komorbiditeta.

Kratke intervencije

4.1.6.1. Terapija jačanja motivacije uključuje strategiju poticanja brze unutrašnje motivacije za promjenu osobe. Prva seansa usmjerena je na uspostavu odnosa i poticanje razgovora o iskustvu uporabe droga kako bi se potaknula samomotivacija. U sljedećim seansama terapeut prati promjene, procjenjuje koriste li se strategije koje potiču prekid uzimanja droge te nastavlja ohrabrivati pacijenta na promjenu i postizanje apstinencije, a potiče osobu i da dovede nekog na seansu.

4.1.6.2. Individualno savjetovanje usmjereno je na redukciju ili prekid uzimanja droge, a uključuje i druga područja djelovanja kao što su zaposlenost, ilegalne aktivnosti, obiteljski i društveni odnosi te sadržaj i struktura oporavka. Pomaže osobi razviti strategiju nošenja s problemima tako što apstinira od droga i održava apstinenciju.

Duge intervencije

4.1.6.3. Tretman/terapija ponašanja za adolescente uključuje potpisivanje ugovora s definiranim željenim ponašanjem, praćenje napretka, te nagrade i privilegije ukoliko se dostigne zadani cilj. Redovito se provodi testiranje urina. Cilj terapije je dosezanje triju vrsta kontrole: kontrole emocija, kontrole okidača i kontrole društva.

Tjedni savjetodavni tretman ponašanja s CM-om (vaučeri za socijalne i rekreacijske aktivnosti) je intenzivni šestomjesečni tretman kojemu je cilj uspostava apstinencije dovoljno duge da osoba nauči nove životne vještine koje joj pomažu održati apstinenciju i reducirati zlouporabu droga.

Adolescenti dolaze jednom ili dvaput na tjedan na individualna savjetovanja, pri čemu se radi na poboljšanju obiteljskih donosa, uče se vještine za smanjenje uporabe droga, provodi profesionalno savjetovanje, uvodi rekreacija i socijalna mreža.

4.1.6.4. CM za adolescente (Prendergast i sur., 2006)

Studije utemeljene na dokazima i kliničkim istraživanjima pokazale su da se uporaba droge mijenja sustavnim primjenjivanjem nagrade i kazne. Literatura pokazuje da adolescenti u tretmanu zbog zlouporabe droga imaju bolji ishod od onih koji nisu u tretmanu, što sugerira da su bihevioralne intervencije učinkovite (Azrin i sur., 1994). CM pristup je samo mali dio na dokazima utemeljenih obiteljskih intervencija. Mnogobrojne studije opisuju procedure koje nalikuju CM-u kao dio intervencija, primjerice upute roditeljima da nagrađuju apstinenciju ili druge promjene ponašanja, ili upute terapeutima da ističu i pohvaljuju apstinenciju (Liddle HA i sur., 2001) (Henggler SW i sur., 2002) (Azrin i sur., 1994).

Azrin i suradnici opisali su detaljno svoj CM program koji je bio dio roditeljskog poticanja na zdrave aktivnosti (koje su roditelji kod kuće pratili), ali nije bio usmjeren apstinenciji. Postoji nekoliko primjera primjene CM-a kod pušenja adolescenata (Azrin i sur., 1994).

Krishan-Sarin i suradnici (2006) pronašli su da je sudjelovanje mladih u školi nepušenja, koji su dobivali nagrade za apstinenciju i CBT, veće nego apstinencija od cigareta kod mladih koji su dobivali samo KBT.

Goedley i suradnici opisali su CM intervencije za adolescente koji konzumiraju droge za vrijeme kontinuirane skrbi nakon tretmana u zatvorenom sustavu. Intervencije su uključivale tjedne seanse tijekom 12 tjedana i Fishbowl program za poticanje sudjelovanja u poželjnim aktivnostima i apstinenciji. Ukupno je 64 posto mladih izvršilo postavljene aktivnosti i to one koje su nagrađene (Godley i sur., 2008). U svrhu poboljšanja ishoda tretmana kod adolescenata sa zlouporabom droga razvijene su izvanbolničke CM intervencije (Kamon i sur., 2005) (Stanger i sur., 2011). Model ujedinjuje četiri na dokazima zasnovane intervencije:

1. Pojačavanje motivacije pomoću vaučera pri uključivanju u tretman zbog marihuane i drugih supstanci te motiviranje apstinencije. Vaučeri novčanih vrijednosti daju se za apstinenciju objektiviziranu testom urina i daha. Procedura je slična onoj kod odraslih.
2. CM program roditelja usmjeren je na motivaciju za uspostavu i održavanje apstinencije adolescenta te lakše rješavanje drugih problema ponašanja. Roditelji koji smatraju da je

konzumacija marihuane problem, obično su motivirani za sudjelovanje, no nemaju dovoljno vještina da promijene ponašanje adolescenta. Pažljivim uvježbavanjem, roditelji su odličan izbor za provođenje CM programa i također mogu pojačati motivaciju za apstinenciju. Program za roditelje uključuje dvije komponente: potpisivanje ugovora o praćenju uzimanja supstanci (definirane su pozitivne i negativne posljedice koje provode roditelji s obzirom na objektiviziranu apstinenciju) i obiteljsku terapiju (kojom se roditelje uči osnovnim načelima i vještinama za smanjenje problematičnog ponašanja i povećanje socijalno prihvatljivog ponašanja). Problem ponašanja često je komorbiditet kod adolescenata koji zlorabe droge, stoga rješavanje problema ponašanja pridonosi poboljšanju ishoda liječenja od uporabe supstanci. Suradnja roditelja u obiteljskom tretmanu pozitivno utječe na ishod tretmana.

3. CM za motivaciju roditelja za sudjelovanje u programu - uključanjem u program i provođenjem programa, roditelji ostvaruju nagrade.

4. Individualni tretman ponašanja adolescenata u svrhu pojačavanja motivacije i uvježbavanja socijalnih vještina usmjeren dostizanju i održavanju apstinencije.

Tretman ponašanja traje otprilike šest mjeseci, tijekom 14 tjedana provode se tjedne 90-minutne seanse (45 minuta za individualnu seansu adolescenta i 45 minuta za trening roditelja). Na kraju 14. tjedna obitelji se ponudi još 12 tjedana testiranja jednom u tjednu u svrhu pojačanja roditeljskog praćenja kao i druge društvene mogućnosti.

Kombinacija individualnog tretmana ponašanja, vaučera, obiteljskog treninga i nagrade za sudjelovanje roditelja, usmjerena je na povećanje motivacije adolescenta da postigne i održi apstinenciju, povećanje roditeljskih sposobnosti za adekvatno roditeljstvo (koje smanjuje uporabu supstanci i druge probleme ponašanja) i povećanje životnih vještina adolescenta (koje mu pomažu prihvatiti zdravi životni stil).

4.1.6.5. Individualne i grupne KB terapije pomažu u odluci o uspostavi apstinencije, mijenjaju podržavajuće ponašanje za uzimanje droge, uče vještinama rješavanja problema, uče nošenju s negativnim emocijama, poboljšavaju odnose i socijalnu podršku. Cilj je uspostava apstinencije, stabilnog funkcioniranja, prevencija relapsa, definiranje psihosocijalnih utjecaja i provođenje tretmana.

4.1.6.6. Prevencija relapsa istražuje pozitivne i negativne posljedice kontinuirane uporabe droga, samoanalizu prepoznavanja žudnje za drogom i identificiranje visokorizičnih situacija za

uzimanje, pomaže razviti strategije nošenja i izbjegavanja visokorizičnih situacija i želje za uzimanjem. Osnovno je prihvaćanje problema i pomaganje adolescentu u razvijanju učinkovitog načina nošenja s tim problemom.

4.1.6.7. Obiteljska i Suportivno-ekspresivna psihoterapija

Suportivno-ekspresivna psihoterapija ima dvije komponente; podržavanje pacijenta da se osjeća ugodno u razgovoru o vlastitim iskustvima i pomaganje pacijentu da identificira i radi na odnosima. **Obiteljske terapije** uključuju definiciju problema, uspostavu zdravog stila života, prestanak uporabe droga, nošenje s kriznim situacijama i stabiliziranje obitelji, reorganizaciju obitelji i oporavak (Stanton i sur., 1997).

Multidimenzionalna obiteljska terapija za adolescente uključuje individualne i obiteljske seanse. Tijekom individualne seanse radi se na načinu donošenja odluka, pregovaranju i razvijanju vještina rješavanja problema. Usporedo se provode seanse s roditeljima pri čemu se istražuje način odgoja, učenje razlikovanja utjecaja od kontrole i usvajanje odgovarajućeg utjecaja na djecu (Liddle i sur., 2001).

Multisistemska terapija uključuje definiranje čimbenika ozbiljnog društveno neprilagodnog ponašanja kod djece i adolescenata koji zlorabe droge. Usmjeren je na karakteristike adolescenta (stavu prema zlouporabi droga), karakteristike obitelji (slaba disciplina, obiteljski sukobi, roditeljska zlouporaba droga), društvo (pozitivni stav prema zlouporabi droga), školu (napuštanje, slab uspjeh), susjedstvo (kriminalna supkultura) (Cunningham i sur., 2002).

4.1.6.8. Matrix model se koristi u tretmanu adolescenata koji koriste stimulanse za uspostavu apstinencije. Osobu se uči o ovisnosti i relapsu, dobiva upute i podršku uvježbanih terapeuta, informira je se o programima samopomoći i prati se uzimanje droga testiranjem urina. Program uključuje edukaciju članova obitelji. Terapeut je istovremeno i učitelj i trener, pozitivnim ohrabrujućim odnosom s adolescentom potiče pozitivne promjene ponašanja. Interakcija terapeuta i pacijenta je realna i izravna, a ne konfrontirajuća i roditeljska. Terapeut je uvježban za provođenje seansi tako što potiče samopouzdanje, samopoštovanje i ponos. Pozitivni odnos je osnova za retenciju. Pristup uključuje prevenciju relapsa, obiteljsku i grupnu terapiju, psihoedukaciju i samopomoć.

4.1.7. Učinkovite psihosocijalne intervencije za žene ovisnice

U povijesnom pregledu pristupa tretmanu žena ovisnica u Americi od 1920. do 1996. (Kandall i Petrillo, 1996) nađeno je da su žene ovisnice bile zanemarivane u pogledu iznalaženja učinkovitih oblika tretmana, ali i da znanstvena istraživanja nisu bila spolno orijentirana u pristupu istraživanju problema ovisnosti o drogama. Naime, dugo se smatralo da žene ovisnice dolaze iz marginalnih skupina društva koje se bave kriminalom, prostitucijom i sličnim zanimanjima koja su izvan granica društveno prihvatljivog ponašanja, te samim tim nisu bile značajna tema stručnih institucija koje su se bavile tom tematikom. 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 et al., 1999). Budući da droge mogu narušiti zdravlje trudnice zbog moguće povrede fetusa i dodatnih komplikacija tijekom trudnoće, posebno veliki problem predstavlja uzimanje droga i psihoaktivnih supstanci kod žena trudnica ovisnica. Uzimanje droga u vrijeme trudnoće predstavlja vrlo velik rizik i za majku i za plod. Mnoga oštećenja uzrokovana uzimanjem droge za vrijeme trudnoće nisu vidljiva neposredno nakon rođenja djeteta, ali mogu kasnije uzrokovati poremećaje u ponašanju, teškoće koncentracije u učenju, jaki psihomotorni nemir, ili su takva djeca osjetljivija na bolesti i fizički slabija.

Stoga se trudnice ovisnice treba educirati o utjecaju droge na dijete te nastojati svesti uzimanje droga na najmanju moguću mjeru, pri čemu najveću ulogu ima psihosocijalni tretman.

Američka studija (*American Psychiatric Association* 1987) nalazi da među populacijom koja je ovisna o drogama i alkoholu, više od 50 posto je onih koji uz ovisnost imaju i neki drugi psihijatrijski poremećaj gdje prevladavaju anksiozni poremećaj, afektivni poremećaj i poremećaj osobnosti, te da su ti poremećaji, izuzev poremećaja osobnosti koji je uglavnom prisutan kod muškaraca ovisnika, u znatno većem postotku prisutni kod žena ovisnica. Žene ovisnice, 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 ovisnica odnosi se i na rizično vrijeme za pojavu ovisnosti, te je kod njih rizik za pojavu ovisnosti značajno dulji nego kod muških ovisnika i može se produljiti čak do srednjih godina života. Žene brže postaju ovisne unatoč uzimanju manjih količina droge 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. Sukladno navedenom, i tretmanske potrebe žena ovisnica su specifične te je uz psihosocijalni tretman ovisnosti u užem smislu, ovisnicama nužno ponuditi širok spektar usluga koje pokrivaju takve potrebe. Kod **liječenja** je primijećeno da je bolje imati posebne programe za žensku populaciju ovisnika koja ujedno ostaje duže u programu, iako ih je znatno teže motivirati za ulazak u program. Poseban izazov predstavlja i činjenica kako su ovisnice 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 za ovisnice.

4.1.8. Učinkovite psihosocijalne intervencije za dvojne dijagnoze

Primijećeno je da **ovisnost i konzumiranje droga i drugih sredstava ovisnosti vrlo često koegzistira zajedno s drugim psihičkim poremećajima** koji otežavaju ili čak onemogućavaju liječenje. Procjene o dvojnim dijagnozama kod ovisnika o psihoaktivnim sredstvima kreću se od vrlo niskih 10 posto do čak 65 posto. Najčešće psihičke bolesti koje su prisutne uz ovisnost su: shizofrenija, bipolarni poremećaj, afektivni poremećaj, depresija, anksioznost i poremećaj ličnosti. Tako je epidemiološka studija (Regier et al., 1990) pokazala da osobe koje imaju već dijagnosticiran psihijatrijski poremećaj imaju i povećan rizik da razviju i ovisnički poremećaj tijekom života. Također komorbiditet ovisnosti o psihoaktivnim drogama i psihičkog poremećaja povlači za sobom i niz drugih psihosocijalnih posljedica kao što su povećanje psihotičnih simptoma, slab učinak tretmana, nasilje, beskućništvo te povećan rizik od zaraznih bolesti. U literaturi se spominje nekoliko ključnih intervencija prema osobama koje uz ovisnost imaju i druge psihičke poremećaje, a to je procijeniti vrstu i stupanj psihičke bolesti i stanja uz ovisnost, potaknuti osobu na ostanak u tretmanu, raditi na povećanju motivacije i aktivnom sudjelovanju u tretmanu, provoditi edukaciju s ciljem povećanja spoznaja o interakciji sredstava ovisnosti sa simptomima psihičke bolesti te provoditi integrativni pristup tretmanu u sklopu kojeg se koriste farmakološke i psihosocijalne intervencije (NSW Health Guidelines, 2008).

5. PREPORUKE PSIHOSOCIJALNIH INTERVENCIJA S OBZIROM NA OKRUŽENJE

5.1. Smjernice i vrste psihosocijalnih intervencija u zdravstvenom sustavu

5.1.1. Uvod

Unutar zdravstvenog sustava, tretman osoba koje konzumiraju droge ili su ovisnici o drogama podijeljen je na bolnički i izvanbolnički sustav liječenja i tretmana. Od bolničkog sustava, koji redovito skrbi o osobama koje zlorabe opojne droge, istaknuli bismo KBC Sestre milosrdnice, KB Vrapče, PB Jankomir, PB Rab, dok ostatak bolničkog sustava osobe koje zlorabe droge zbrinjava sporadično i iznimno u akutnim stanjima. Provođenje programa liječenja u bolnicama uključuje postupak detoksikacije (od opijata, metadona, buprenorfina, sedativa), testiranje podnošenja apstinencije s farmakoterapijom ili bez nje, testiranje adekvatne doze metadona, postupak transfera s nižih doza metadona na buprenorfin ili naltrekson, postupak transfera s visokih doza metadona na buprenorfin (pomoću privremene supstitucije s MST cont.), revidiranje terapije i psihičku stabilizaciju radi komorbiditetnih komplikacija te prevenciju relapsa. Terapijski program se provodi prema pravilima terapijske zajednice, radi se grupna i individualna terapija (psihoedukacija, motivacijski intervju, savjetovanje, suportivna i kognitivno-bihevioralna terapija) te obiteljska terapija (individualni i grupni način). Provođe se i psihološka testiranja.

Tretman u **bolničkom sustavu** treba osigurati za osobe koje zlorabe droge i koje žele uspostaviti apstinenciju, a imaju značajne fizičke i psihičke komorbiditete te socijalne probleme (problem smještaja). Osobi koja zlorabi droge treba omogućiti detoksikaciju u zatvorenim uvjetima, ako nije imala koristi od prethodnog izvanbolničkog tretmana.

Osobama koje zlorabe droge i imaju relaps uzimanja opijata tijekom ili nakon tretmana u zatvorenom sustavu, treba ponuditi pristup drugom izvanbolničkom ili zatvorenom sustavu tretmana, tretman u dnevnoj bolnici ili terapiju održavanja.

Izvanbolnički sustav liječenja čini 21 županijska izvanbolnička Služba za mentalno zdravlje, prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti u kojima godinama rade liječnici različitih specijalističkih grana, koji se kontinuirano stručno usavršavaju i čiji je rad pod stručnom supervizijom Referentnog centra Ministarstva zdravlja. Osim zdravstvenih radnika, liječnika i medicinskih sestara, u Službama rade i zdravstveni suradnici različitih profila, također s bogatim iskustvom i različitim dodatnim edukacijama, a čiji rad je pod supervizijom liječnika s kojima čine timove.

Djelatnici u zdravstvenom sustavu organizirani su u timove koje čine liječnik i/ili psihijatar, zdravstveni suradnik i medicinski tehničar:

- zdravstveni djelatnici - spec. obiteljske medicine, spec. javnog zdravstva, spec. školske medicine, spec. epidemiolozi, medicinske sestre/tehničari,
- zdravstveni suradnici - psiholozi, socijalni radnici, defektolozi, socijalni pedagozi, radni terapeuti,
- kliničari - psihijatri.

Jednaka razina psihosocijalnih intervencija treba biti dostupna u svim zdravstvenim ustanovama i za sve osobe koje zlorabe droge. Na dokazima utemeljene psihološke intervencije uključuju kratke intervencije (motivacijski intervju, savjetovanje), uobičajene psihološke intervencije prve razine (CM, tretman/terapiju ponašanja, individualni i obiteljski, koji uključuje psihoedukaciju, trening socijalnih vještina i prevenciju relapsa), uobičajene psihološke intervencije druge razine (KBT, psihodinamsku terapiju). Socijalne intervencije obuhvaćaju pomoć u osnovnim potrebama kao što su hrana, odjeća, smještaj i zapošljavanje, te osnovnu brigu o zdravlju, prijateljstvu, zajedništvu, sreći i grupe samopomoći (NICE Guideline, UK, 2007).

Osnovni cilj Smjernica u zdravstvenom sustavu je standardizacija usluga unutar sustava tretmana i poboljšavanje glavnih ishoda tretmana osoba koje zlorabe opojne droge, a to su uspostava i održavanje apstinencije, povećanje suradljivosti i pojačavanje učinkovitosti farmakoterapije, smanjenje učestalosti relapsa, retencija u tretmanu, promjena stila života, poboljšanje kvalitete života i prihvaćanje produktivnog životnog stila.

Tablica 1. Glavne preporuke psihosocijalnih intervencije za zdravstveni sustav

| Glavne preporuke psihosocijalnih intervencija | Učestalost i faze provođenja | Duljina provođenja | Razina dokaza o učinkovitosti | Prednosti | Rizici | Djelatnici zaduženi za provedbu | Mjesto - ustanova provedbe |
|---|---|---------------------------|---|---|---|--|--|
| Motivacijski intervju | 2 x 10-45 minuta | Tijekom godine | Umjereno učinkovit za sve supstance, u usporedbi s placebo skupinom ili skupinom bez tretmana | Poboljšava retenciju u tretmanu, posebno kod marihuane. | Besmislene ako se provode dugotrajno, to im nije svrha. | Liječnici, zdravstveni suradnici | Izvanbolnički sustav i bolnički sustav |
| Edukacija o bolesti ovisnosti i krvlju prenosivim virusima | 2 x 10-45 minuta | Tijekom godine | Malo do umjereno učinkovita | Edukacija o prirodi bolesti ovisnosti i mogućnostima tretmana - temelj je potpisivanja INFORMIRANOG PRISTANKA. | Ne dugotrajno | Liječnici, psihijatri | Izvanbolnički sustav i bolnički sustav |
| Savjetovanje individualno | 2 x 10-45 minuta (prosječno 30 minuta) | Tijekom godine | Umjereno učinkovito | Poboljšava dužinu apstinencije i retenciju. | Ne dugotrajno | Liječnici, zdravstveni suradnici | Izvanbolnički sustav i bolnički sustav |
| Savjetovanje obiteljsko | 2 x 10-45 minuta (prosječno 30 minuta) | Tijekom godine | Umjereno učinkovito | Uz individualno savjetovanje reducira uzimanje supstanci i povećava retenciju. | Ne dugotrajno | Liječnici, zdravstveni suradnici | Izvanbolnički sustav i bolnički sustav |
| CM-tretman ponašanja | Thc 10 x Opijati 25 x Kokain 35 x | 3-6 mjeseci | Najučinkovitiji (umjereno do visoko) od svih KB tehnika za sve supstance i za sve korisnike, kao i za dvojne dg. Značajno | Učinkovit za uspostavu apstinencije ali ne i održavanje, učinkovit za povećanje retencije u tretmanu i povećanje | Potrebna je edukacija djelatnika i reguliranje sustava nagrada. | Liječnici, zdravstveni suradnici, psihijatri | Izvanbolnički sustav i bolnički sustav |

| | | | | | | | |
|--|----------------|----------------|--|--|---|-----------------------------------|--|
| | | | učinkovit u odnosu na grupu bez tretmana. Usporedba CM-a i tretmana ponašanja pokazuje da je CM brže učinkovit, ali u praćenju su jednako djelotvorni. | suradljivosti, najvažniji je za thc i adolescente. | | | |
| Tretman/terapija ponašanja individualna i obiteljska (psihoedukacija, analiza slučaja, prevencija relapsa, trening socijalnih vještina) | 6 x 60 minuta | Tijekom godine | CM+tretman ponašanja najučinkovitiji u kombinaciji za sve supstance. Prevencija relapsa opće učinkovita, u usporedbi s tretmanom ponašanja i CM je nisko učinkovita, najučinkovitija za polisupstance, visokoučinkovita za proces psihosocijalne prilagodbe, učinkovita za sve supstance i u praćenju. | CM+terapija ponašanja produžava duljinu apstinencije. CM+PR poboljšavaju ishod kod kokaina. PR poboljšava proces psihosocijalne prilagodbe i najučinkovitiji je za duljinu apstinencije. | Potrebna dodatna edukacija pojedinih djelatnika o pojedinim dijelovima tretmana ponašanja | Liječnici i zdravstveni suradnici | Izvanbolnički sustav i bolnički sustav |
| Kognitivno bihevioralna terapija komorbiditeta | 12 x 60 minuta | Tijekom godine | Najučinkovitija u odnosu na druge tretmane za sve supstance osim polisupstanci, | Poboljšava ishode tretmana i suradnju kod komorbiditeta. | Terapiju komorbiditeta u zdravstvenom sustavu provode psihijatri, | Psihijatri | Izvanbolnički sustav i bolnički sustav |

| | | | | | | | |
|--|-------------------------|----------------|---|--|---|--|--|
| | | | visoko učinkovita u usporedbi s grupom koja nema tretman. | | tretman utemeljen na KBT-u provode suradnici. | | |
| Psihodinamska suportivno-ekspresivna terapija komorbiditeta | 10-30 puta 30-45 minuta | Tijekom godine | Učinkovita posebno kod dvojnih dg. | Poboljšava ishode tretmana i suradnju kod komorbiditeta. | Psihodinamsku terapiju komorbiditeta u zdravstvenom sustavu provode psihijatri. | Psihijatri | Izvanbolnički sustav i bolnički sustav |
| Suradnja sa zdravstvenim ustanovama | Prema potrebi | Tijekom godine | | Pisanje ekspertiza, ispunjavanje Pompidou upitnika, upućivanje na liječenje u druge ustanove, suradnja sa spec. medicine rada, suradnja s hepatolozima, suradnja s LOM | Potrebno je educirati spec. medicine rada i LOM o EBM tretmanu bolesti ovisnosti. | Zdravstveni suradnici, liječnici, psihijatri | Izvanbolnički sustav i bolnički sustav |
| Suradnja s obrazovnim ustanovama | Prema potrebi | Tijekom godine | | Pisanje obavijesti i izvješća na zahtjev obrazovnih ustanova | Potrebno je educirati djelatnike obrazovnih ustanova o mogućnostima ranog prepoznavanja i tretmana ovisnosti. | Zdravstveni suradnici, liječnici, psihijatri | Izvanbolnički sustav i bolnički sustav |
| Suradnja s pravosudnim i kaznenim tijelima te | Prema potrebi | Tijekom godine | | Pisanje ekspertiza, obavijesti i izvješća na zahtjev pravosudnih | Potrebno je educirati djelatnike zatvora o | Zdravstveni suradnici, liječnici, psihijatri | Izvanbolnički sustav i bolnički sustav |

| | | | | | | | |
|---|---------------|----------------|--|--|--|----------------------------------|--|
| probacijom | | | | ustanova, prihvataje tijekom služenja kazne i uvjetnog otpusta, provođenje mjera liječenja | ispunjavanju Pompidou upitnika, educirati sve u sustavu (probacija, zatvori) o EBM tretmanu ovisnika. | | |
| Suradnja sa socijalnim ustanovama | Prema potrebi | Tijekom godine | | Upućivanje u ustanove radi reguliranja novčane pomoći, prehrane, smještaja, osiguranja, upućivanje radi uključivanja u projekt resocijalizacije, upućivanje u grupe samopomoći, upućivanje na tretman u TZ | Ograničena sredstva za reguliranje novčane pomoći, prehrane i smještaja, nemotiviranost korisnika za školovanje, nemotiviranost korisnika za samopomoć, nemotiviranost korisnika za tretman u TZ-u. Potrebno je educirati djelatnike EBM-a o tretmanu ovisnosti. | Suradnici, liječnici, psihijatri | Izvanbolnički sustav i bolnički sustav |
| Pomaganje u rješavanju zdravstvenih potreba osobe koja zlorabi droge | Prema potrebi | Tijekom godine | | Pomoć u traženju obiteljskog liječnika i pomoć u rješavanju konflikata, reguliranje farmakoterapije, pomoć u | Nedovoljna educiranost LOM i motiviranost za tretman osoba koje zlorabe droge, zakonskim | Liječnici, psihijatri | Izvanbolnički sustav i bolnički sustav |

| | | | | | | | |
|---|---------------|----------------|--|--|---|----------------------------------|--|
| | | | | ostvarenju prvog kontakta s hepatologom | podaktima potrebno je regulirati supstitucijsku terapiju, potrebno je donijeti pravilnik za popunjavanje očevidnika droga | | |
| Uključivanje u Projekt resocijalizacije | Prema potrebi | Tijekom godine | | Završetak školovanja važan je za traženje posla, posao je dio rehabilitacije. | Nezainteresirano st korisnika, nedovoljna motiviranost stručnjaka u svim sustavima za uključenje korisnika u Projekt resocijalizacije | Liječnici, psihijatri | Izvanbolnički sustav i bolnički sustav |
| Pomoć u strukturiranju slobodnog vremena | Prema potrebi | Tijekom godine | | Rad na uvođenju kvalitetnih životnih sadržaja i razvijanju kreativnog mišljenja putem sporta, hobija, vještina | Nezainteresirano st, nedostatak financijskih sredstava | Suradnici, liječnici, psihijatri | Izvanbolnički sustav i bolnički sustav |

5.1.2. Preporuke (protokoli) za provedbu smjernica u zdravstvenom sustavu

Uobičajene psihološke intervencije prve razine pružaju liječnici, zdravstveni suradnici i psihijatri, u skladu sa svojim kompetencijama, svim osobama koje zlorabe droge te članovima obitelji.

Tretman počinje **potpisivanjem informiranog pristanka** o tretmanu i skrbi, kojem treba prethoditi objašnjenje osoblja o mogućnostima tretmana usmjerenog apstinenciji, tretmanu održavanja ili tretmanu smanjenja štete (Gazdek, 2011). Osoblje mora raspraviti s osobama koje zlorabe droge o tome žele li uključiti članove obitelji i partnere u liječenje, te im osigurati pravo na diskreciju. Sve intervencije osobama koje zlorabe droge treba pružati kompetentno osoblje uz odgovarajuću superviziju. Osobama koje zlorabe droge treba biti pružena jednaka skrb, poštovanje i diskrecija kao i bilo kojoj drugoj osobi.

Druga faza je **identifikacija i procjena uporabe droga, izrada terapijskog plana**. Osoblje u sustavu koje skrbi za osobe koje zlorabe droge mora ih pitati rutinski o sadašnjoj uporabi droga. Pitanja trebaju biti; jesu li koristili drogu i ako jesu kada, koje vrste i na koji način, u kojoj količini, koliko često. Kada se radi procjena i dogovaranje terapijskog plana, osoblje treba razmatrati medicinske, psihološke, socijalne i radne potrebe, povijest bolesti ovisnosti, iskustva s prethodnih tretmana ako postoje, cilj u odnosu na uporabu droge, prioritete tretmana.

Osoblje koje je odgovorno za provođenje i praćenje dogovorenog plana tretmana treba;

- uspostaviti i održavati podržavajući odnos s osobama koje zlorabe droge - suport,
- pomoći osobama koje zlorabe droge identificirati situacije ili stanja kada je rizičan za uporabu droge i istražiti alternativne strategije samokontrole - prevencija relapsa,
- osigurati da osobe koje zlorabe droge imaju pristup različitim službama tretmana - dostupnost,
- osigurati da održavanje kontakta osobe koja zlorabi droge sa službom bude središte terapijskog plana - retencija,
- održavati dobru suradnju s drugim službama za tretman - suradnja.

Nadalje, zdravstveni djelatnici, medicinske sestre/tehničari, moraju se koristiti **biologijskim testovima** (npr. testovima urina ili sline) kao dijelom uobičajene procjene uporabe droga, ali se ne trebaju samo pouzdati u testove kao jedinu metodu dijagnoze i procjene. Nadalje, u tretman treba biti uključen **tretman podrške obitelji i partnera - psihoedukacija i savjetovanje** (6 puta 60 min.). Osoblje treba s obitelji i partnerom raspraviti o utjecaju uzimanja droge na njih i druge članove obitelji uključujući i djecu. Osoblje također treba ponuditi članovima obitelji i partnerima

procjenu njihovih osobnih, socijalnih i zdravstvenih potreba, provesti informiranje i savjetovanje o utjecaju uporabe droga na osobe koje zlorabe droge te na obitelj i partnere. Kada su identificirane potrebe obitelji i partnera osobe koja zlorabi droge, osoblje treba ponuditi **psihoedukaciju** koja se obično sastoji od jedne seanse, pružiti **informacije o suportivnim grupama** kao što su grupe samopomoći posebno usredotočene na definiranje potreba obitelji i partnera, te poticati na kontakt s njima. Kada obitelji pacijenata nisu voljne koristiti grupe samopomoći i/ili suport grupe, a i dalje imaju probleme, osoblje treba ponuditi individualne obiteljske savjetovanišne sastanke koji trebaju pružiti informacije i edukaciju o uporabi droga, pomoći identificirati izvore stresa vezane za uporabu droga, istražiti i uvesti učinkovita ponašanja samokontrole, a trebaju se sastojati od barem pet tjedana seansi.

1. Contingency Management - tretman ponašanja nagradom i kaznom (3-6 mjeseci)

Službe koje imaju u tretmanu osobe koje zlorabe droge trebaju uvesti **CM program** kao dio standardnog programa za tretman uporabe opijata, stimulansa, marihuane, kako bi reducirali uporabu droga, unaprijedili apstinenciju i/ili poboljšali suradnju sa službama.

Osoblje koje provodi CM programe treba osigurati da;

1. je cilj dogovoren u suradnji s osobom,
2. se nagrađivanje provodi neprestano i vremenski određeno,
3. je osobi potpuno jasan odnos između cilja tretmana i nagrade,
4. nagrađivanje ima smisao podupiranja zdravog stila života bez droge.

CM usmjeren na reduciranje uporabe droga treba biti temeljen na sljedećim principima;

1. program treba nuditi nagrade (vaučere koji se mogu mijenjati za hranu ili nešto drugo prema izboru osobe ili privilegiju blažeg režima metadonske terapije kod kuće, u zatvorenom sustavu uvesti pogodnosti, kod maloljetnika moguće ga je provoditi u suradnji s roditeljima) zaslužene svakim negativnim testom na droge, pozitivnom promjenom ponašanja,
 2. ako se koriste vaučeri, trebaju imati novčanu vrijednost koja najmanje iznosi 5 kuna i povećava se s dodatnim kontinuiranim razdobljem apstinencije,
 3. analiza urina treba biti najčešća metoda testiranja
- opijati - učestalost testiranja treba biti 2 puta na tjedan u prva 2 tjedna - 4 puta ukupno, potom jedanput tjedno sljedećih 5 mjeseci - 20 puta ukupno, zatim jednom u dva tjedna kada je postignuta stabilna apstinencija (24 puta u 6 mjeseci),

- stimulansi - učestalost testiranja treba biti 3 puta na tjedan u prva 3 tjedna - 9 puta ukupno, potom 2 puta tjedno sljedeća 3 tjedna, jednom u tjednu kada je postignuta stabilna apstinencija, (ukupno 33 puta u 6 mjeseci),

- marihuana - učestalost testiranja treba biti jednom u tjednu u prva 4 tjedna - 4 puta ukupno, potom jedanput u 10 dana sljedećih mjesec dana, jednom u dva tjedna kada je postignuta stabilna apstinencija (10 puta ukupno u 3 mjeseca).

CM za poboljšanje fizičkog zdravlja (ograničeno - jedanput). Za osobe s tjelesnim zdravstvenim problemima (uključujući prenosive bolesti), koji su rezultat uporabe droga, trebaju se uvesti materijalne nagrade (npr. vaučeri za kupnju u vrijednosti 50 kuna) kako bi se poduprlo smanjenje štete. Nagrađivanje treba biti ograničeno, nagrađivati završetak svake intervencije; testiranje na hepatitis B i C i na HIV, cijepljenje protiv hepatitisa B, testiranje na tbc.

Uvođenje CM-a

Službe za tretman osoba koje zlorabe droge trebaju osigurati uvježbavanje osoblja kako bi se osposobilo za testiranje i provođenje CM-a kao dijela njegova uvođenja. CM treba uvesti u službe za tretman osoba koje zlorabe droge kao dio programa vođenog od MZ-a, pri čemu se uvježbavanje osoblja i njegovo provođenje temeljito evaluira. Ishod evaluacije treba se koristiti kao informacija o stupnju implementacije CM-a.

2. Tretman/terapija ponašanja - individualni i obiteljski (12 x 60 minuta)

Treba se provoditi kod svih osoba koje zlorabe droge te kod onih koje su u bliskoj vezi sa zdravim partnerima i dolaze na tretman zbog uporabe marihuane, stimulansa ili opijata.

Intervencije trebaju biti usredotočene na pacijentovu uporabu, moraju uključivati psihoedukaciju, analizu slučaja i prevenciju relapsa, trening socijalnih vještina za poboljšanje vještina nužnih u socijalnim i interpersonalnim situacijama putem vježbanja definiranja i kontrole emocija, vježbanja vještina komunikacije, treninga asertivnosti, razvijanja samokritičnosti i razvijanja kreativnosti, te moraju imati barem 12 tjedana seansi.

Uobičajene psihološke intervencije **druge razine pružaju psihijatri** prema svojim kompetencijama osobama koje zlorabe droge i imaju komorbiditet, u skladu s drugim postojećim smjernicama kod osoba s uporabom kanabisa ili stimulansa, za one koji apstiniraju i stabilni su u opijatskom tretmanu održavanja, a uključuju KB terapije komorbiditeta (12-14

tjedana po 60 minuta) i psihodinamsku (suportivno-ekspresivnu) psihoterapiju (prema potrebi 30-45 minuta).

Tretman u bolničkom sustavu treba osigurati za osobe koje zlorabe droge i koje žele uspostaviti apstinenciju, a imaju značajne fizičke i psihičke komorbiditete te socijalne probleme (probleme smještaja). Osobi koja zlorabi droge treba omogućiti detoksikaciju u zatvorenim uvjetima, ako nije imala koristi od prethodnog izvanbolničkog tretmana. Osobama koje zlorabe droge i imaju relaps uzimanja opijata tijekom ili nakon tretmana u zatvorenom sustavu treba ponuditi pristup drugom izvanbolničkom ili zatvorenom sustavu tretmana, tretman u dnevnoj bolnici ili terapiju održavanja.

Zdravstveni djelatnici su liječnici različitih specijalističkih grana koji od samog početka osnivanja Službi rade u njima. To su specijalisti obiteljske medicine, javnog zdravstva, školske medicine, epidemiologije i psihijatri kao voditelji timova ili konzultanti.

Zdravstveni djelatnici, medicinske sestre i/ili tehničari, su dio timova.

Zdravstveni suradnici čine dio timova, po struci su psiholozi, socijalni radnici, socijalni pedagozi.

PRVI DOLAZAK

1. liječnički i/ili psihijatrijski pregled (prvi) sa somatskim pregledom, motivacijskim intervjuom i psihoeducacijom o bolesti ovisnosti i mogućnostima tretmana,
2. medicinski tehničar/sestra provodi testiranje urina i/ili sline na droge i krvlju prenosive viruse, zdravstveni suradnik provodi motivacijski intervju i popunjava Pampidou upitnik, liječnik/psihijatar popunjava Pampidou upitnik,
3. liječnik/psihijatar vrši analizu slučaja s procjenom uporabe droga, određivanjem tipa i intenziteta uporabe droga (klinički upitnik, samoprocjena), razmatranjem osobne povijesti bolesti, potreba, prijašnjih iskustava, ciljeva i težnji,
4. liječnik/psihijatar u dogovoru s pacijentom određuje cilj tretmana (apstinencija, održavanje, smanjenje štete),
5. definira se uključivanje obitelji u tretman,
6. liječnik/psihijatar vodi tretman uz izradu plana tretmana (savjetodavni ili psihijatrijski) i potpisivanje informiranog pristanka,
7. socijalne intervencije

- pomaganje u rješavanju zdravstvenih potreba - pomoć u reguliranju zdravstvenog osiguranja i reguliranje farmakoterapije,
- suradnja s drugim zdravstvenim ustanovama - pomoć u traženju obiteljskog liječnika i ispunjavanje Pampidou upitnika,
- suradnja sa socijalnim ustanovama - upućivanje u ustanove radi reguliranja novčane pomoći, prehrane, smještaja, zdravstvenog osiguranja,
- suradnja s pravosudnim i kaznenim tijelima te probacijom - prihvata tijekom služenja kazne i uvjetnog otpusta, provođenje mjera liječenja te pisanje obavijesti o tijeku na zahtjev pravosudnih ustanova.

KONTROLNI DOLAZAK

1. liječnički i/ili psihijatrijski pregled (kontrolni) sa somatskim pregledom,
2. medicinski tehničar/sestra provodi testiranje urina i/ili slina na droge i prema potrebi na krvlju prenosive viruse,
3. savjetodavni psihosocijalni tretman provodi liječnik ili suradnik, započeo ga je motivacijskim intervjuom i psihoedukacijom o bolesti ovisnosti i mogućnostima tretmana, a slijedi 1-2 puta savjetovanje individualno i obiteljsko te ako je potrebno, psihoedukacija o krvlju prenosivim virusima, zatim slijedi CM ovisno o kojoj supstanci se radi traje 3-6 mjeseci i tretman ponašanja naizmjenično individualni i obiteljski, otprilike 12 puta po 60 minuta (utemeljen na kognitivno-bihevioralnoj tehnici koja uključuje prevenciju relapsa i trening vještina).
4. psihijatrijski psihosocijalni tretman počinje psihoedukacijom o bolesti ovisnosti i mogućnostima tretmana, slijedi, ako je potrebno, psihoedukacija o krvlju prenosivim virusima, potom CM tijekom 3-6 mjeseci ovisno o supstanci i terapija ponašanja naizmjenično individualna i obiteljska 12 puta po 60 minuta (utemeljena na kognitivno-bihevioralnoj tehnici koja uključuje prevenciju relapsa i trening vještina). U terapiji komorbiditeta koriste se KB terapija (12 puta 60 minuta) i psihodinamska suportivno-ekspresivna terapija (10-30 puta po 30-45 minuta).
5. socijalne intervencije
 - pomaganje u rješavanju zdravstvenih potreba - pomoć u reguliranju zdravstvenog osiguranja i reguliranje farmakoterapije,

- suradnja s drugim zdravstvenim ustanovama - pomoć u rješavanju konflikata s obiteljskim liječnikom, pomoć u ostvarenju prvog kontakta s hepatologom, pisanje ekspertiza, obavijesti i izvješća na zahtjev drugih zdravstvenih ustanova,
- suradnja sa socijalnim ustanovama - upućivanje u ustanove radi reguliranja zdravstvenog osiguranja, upućivanje radi uključivanja u Projekt resocijalizacije, upućivanje u grupe samopomoći, upućivanje u terapijske zajednice,
- zapošljavanje - uključenje u Projekt resocijalizacije, zaštićene uvjete rada i praćenje apstinencije tijekom rada,
- pomoć u strukturiranju slobodnog vremena - uključuje jačanje sposobnosti osobe koja zlorabi droge da sudjeluje i uživa u aktivnostima prema vlastitom odabiru,
- suradnja s obrazovnim ustanovama - pisanje ekspertiza, obavijesti i izvješća na zahtjev obrazovnih ustanova,
- suradnja s pravosudnim i kaznenim tijelima te probacijom - pisanje ekspertiza, obavijesti i izvješća na zahtjev pravosudnih ustanova, prihvataje tijekom služenja kazne i uvjetnog otpusta, provođenje mjera liječenja.

5.2. Smjernice i oblici psihosocijalnih intervencija u sustavu socijalne skrbi

5.2.1. Uvod

Sustav socijalne skrbi prolazi kroz promjene koje obilježava pomak prema aktivnoj socijalnoj državi koja treba djelovati na suzbijanju siromaštva, socijalne ugroženosti i isključenosti. U novom pristupu, socijalni radnici i druge profesije koje djeluju u sustavu socijalne skrbi trebaju se pripremiti za novu ulogu u kontekstu aktivne socijalne države. Socijalni radnici i druge profesije u sustavu socijalne skrbi se bave promicanjem socijalnih promjena, rješavanjem problema u međuljudskim odnosima te osnaživanjem ljudi u svrhu promicanja njihove dobrobiti. Posljednjih godina došlo je do značajnih promjena u razvoju socijalnih usluga, kako u svijetu tako i u Republici Hrvatskoj, posebno u pristupu korisnicima usluga te u metodama koje se koriste u socijalnom radu. Izmjene zakonskih okvira postupanja, orijentacija na korisničku perspektivu te usmjerenost ka deinstitutionalizaciji - glavne su značajke tih promjena koje su se zasigurno odrazile i u području predmetne problematike. U sustavu socijalne skrbi prema rizičnoj skupini djece i mladih poduzimaju se mjere obiteljsko-pravne zaštite, savjetodavni rad s

roditeljima, mjere i aktivnosti na uvođenju, nastavku ili širenju grupnih preventivnih programa koji su obuhvaćali rad s djecom i roditeljima. Preventivno djelovanje sustava provodi se ponajviše putem Centara za socijalnu skrb. U borbi protiv ovisnosti o alkoholu i drogama potrebno je istaknuti i ulogu tih centara u provođenju posebnih obveza, osobito posebne obveze uključivanja u postupak odvikavanja od droge ili druge ovisnosti koju može odrediti državni odvjetnik ili sudac. Također, važnu ulogu u provedbi programa prevencije ovisnosti imaju Obiteljski centri kojih je od 2006. do 2011. godine osnovano ukupno 19 - za 18 županija i Grad Zagreb, a pružaju usluge savjetovanja i pomaganja obitelji te preventivnog rada. U odnosu na odrasle ovisnike, Centri za socijalnu skrb nemaju osmišljene posebne psihosocijalne intervencije nego su oni najčešće u tretmanu zbog različitih drugih razloga, te sukladno izraženim potrebama ostvaruju neka prava i usluge što uključuje i pomoć u rješavanju stambenih pitanja i *popravljanju* u pravilu narušenih obiteljskih odnosa. Ako su ovisnici ujedno i roditelji, u pravilu se uključuju u savjetodavni rad, nerijetko uz izricanje mjera obiteljsko-pravne zaštite. Također Centri za socijalnu skrb uključuju ovisnike u mjere školovanja i zapošljavanja iz Projekta resocijalizacije. Osim centara, i domovi za djecu bez odgovarajuće roditeljske skrbi te domovi za djecu s poremećajima u ponašanju kroz svoje redovite odgojne aktivnosti uključuju sadržaje koji se odnose na utjecaj zlorabe droga te promicanje zdravog načina života, povremeno u suradnji s udrugama. U Republici Hrvatskoj, osim bolničkog i izvanbolničkog liječenja i psihosocijalnog tretmana ovisnika o drogama koji se provode u zdravstvenom sustavu, već dugi niz godina pojedini oblici psihosocijalnog tretmana ovisnika provode se i u terapijskim zajednicama i domovima za ovisnike, ali i u sklopu pojedinih udruga koje pružaju različite oblike psihosocijalne pomoći i tretmana ovisnicima i njihovim obiteljima. 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 ponašanja odnose se na promjene nepoželjnog ponašanja i uvođenje novih oblika djelovanja, te promjene odluka.

Cilj ovih smjernica je, između ostalog, osigurati da se unutar centara za socijalnu skrb, domova za djecu bez roditeljske skrbi i odgojnih domova omogući uspostava programa psihosocijalnog tretmana djece i mladih konzumenata i ovisnika o drogama, te pružanje psihosocijalnih

intervencija koje su prepoznate kao učinkovite. Jedan od prioriteta u sustavu tretmana ovisnika o drogama, koji je definiran u proteklom razdoblju, jest unaprjeđenje kvalitete tretmana i psihosocijalne rehabilitacije u terapijskim zajednicama, stručnih i etičkih načela rada u njima, kao i stvaranje mreže terapijskih zajednica u Republici Hrvatskoj, koja će biti dio cjelokupnog sustava skrbi o ovisnicima i konzumentima droga. Veliki broj djelatnika, posebice onih koji rade s mladima i obiteljima, završio je i dodatne edukacije, no većina ih nema edukacije iz područja ovisnosti pa je to standard koji bi u budućnosti trebalo usvojiti. Kognitivno-bihevioralne tehnike kod uporabe supstanci uključuju nekoliko različitih intervencija koje mogu biti individualne ili grupne: motivacijske intervencije, psihoedukaciju, tretman ponašanja (CM pristup, intervencije usredotočene na analizu, prevenciju relapsa, trening vještina - vježbanje definiranja i kontrole emocija, vježbanje vještina komunikacije, trening asertivnosti, razvijanje samokritičnosti i kreativnosti). Cilj im je oblikovanje stajališta prema drogama i poboljšavanje odnosa prema samome sebi. Centri za socijalnu skrb, obiteljski centri, domovi za djecu i mladež s poremećajima u ponašanju i domovi za djecu bez odgovarajuće roditeljske skrbi provode socijalne i kratke psihološke intervencije. Domovi za ovisnike, udruge i terapijske zajednice, uz specifičnu i/ili supstitucijsku psihofarmakoterapiju provode i socijalne te kratke i uobičajene psihološke intervencije prve razine.

Tablica 2. Preporuke psihosocijalnih intervencija za sustav socijalne skrbi

| Glavne preporuke psihosocijalnih intervencija | Učestalost i faze provođenja | Duljina provođenja | Razina dokaza o učinkovitosti | Prednosti | Rizici | Djelatnici zaduženi za provedbu | Mjesto - ustanova provedbe |
|---|------------------------------|---|--|--|--|--|---|
| Motivacijski intervju (za prevladavanje ambivalencije prema promjeni i uključivanje u odgovarajuće oblike tretmana; savjetovališta, terapijske zajednice, zdravstvene ustanove, grupe samopomoći i slično) | 2 puta 10-45 minuta | Tijekom godine - na početku tretmana i prema potrebi tijekom tretmana | Umjereno učinkovit za sve supstance i obrasce ponašanja u usporedbi s placebo skupinom ili skupinom bez tretmana | Poboljšava retenciju u tretmanu posebno kod marihuane. Ranijim upućivanjem u tretman sprječava se razvoj ovisnosti i neželjenih obrazaca ponašanja, posebno kod adolescenata. Pruža se informacija o rizičnosti ponašanja, ohrabrivanje za promjenu, ulazak u tretman, smanjenje intenziteta konzumacije, psihofizička rehabilitacija, zaštita obitelji i djece. | Potrebno je educirati djelatnike zbog nedovoljne osnovne educiranosti iz područja prepoznavanja i tretmana ovisnosti. Kratkotrajnu intervenciju ne treba primjenjivati više od dva puta. | Socijalni radnici, socijalni pedagozi, psiholozi, defektolozi, liječnici, drugi stručnjaci s visokom stručnom spremom koji imaju dodatne edukacije iz područja psihološkog i psihosocijalnog savjetovanja ili psihoterapije. | Centri za socijalnu skrb (CZSS), odgojne ustanove, domovi za djecu, terapijske zajednice (TZ), udruge |
| Individualno i | Prema | Tijekom | Umjereno | Poboljšava | Nedovoljna | Socijalni radnici, socijalni | Centri za socijalnu |

| | | | | | | | |
|---|-------------------------|-------------|--|--|--|---|---|
| obiteljsko savjetovanje | potrebi 10-45 minuta | godine | učinkovito | duljinu apstinencije i retenciju. Obiteljsko savjetovanje reducira uzimanje supstanci i povećava retenciju. Podizanje razine znanja korisnika i članova obitelji, usvajanje zdravih obrazaca ponašanja, razvijanje sposobnosti kvalitetnije komunikacije, usvajanje konstruktivnog načina rješavanja problema. Usmjereno je kvalitetnijem rješavanju problema ovisnosti. | motiviranost obitelji za savjetovanje, nespremnost na suradnju | pedagozi, psiholozi, defektolozi, 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 terapeuti u terapijskim zajednicama koji imaju srednju stručnu spremu i završenu dodatnu edukaciju za rad s ovisnicima. | skrb, odgojne ustanove, domovi za djecu, terapijske zajednice, udruge |
| CM - sustav nagrade i kazne željene promjene ponašanja | Kontinuirano | 3-6 mjeseci | Najučinkovitiji (umjereno do visoko) od svih KB tehnika za sve | Učinkovit za uspostavu apstinencije i željenog ponašanja, ali ne | Potrebna je edukacija djelatnika i reguliranje sustava | Socijalni radnici, socijalni pedagozi, psiholozi, defektolozi, radni terapeuti, zdravstveni radnici (liječnici/medicinske | Odgojne ustanove, domovi za djecu, TZ-i, udruge |

| | | | | | | | |
|---|---|----------------|--|--|--|--|---|
| | | | korisnike, kao i za dvojne dg. Značajno učinkovit u odnosu na grupu bez tretmana. Usporedba CM-a i tretmana ponašanja pokazuje da je CM brže učinkovit, ali u praćenju su jednako djelotvorni. | i održavanje, učinkovit za povećanje retencije u tretmanu i povećanje suradljivosti, najvažniji je za thc i adolescente. | nagrada. | sestre), drugi stručnjaci s visokom stručnom spremom koji imaju dodatne edukacije iz područja psihološkog/psihosocijalnog savjetovanja ili psihoterapije, te terapeuti u terapijskim zajednicama koji imaju srednju stručnu spremu i završenu dodatnu edukaciju za rad s ovisnicima. | |
| Tretman ponašanja individualni, obiteljski i grupni (psihoedukacija, prevencija relapsa, trening vještina) | Jednom na tjedan po 60 minuta na početku tretmana, potom jednom mjesečno po 60 minuta | Tijekom godine | CM+tretman ponašanja najučinkovitiji u kombinaciji za sve supstance. | CM+terapija ponašanja produžava apstinenciju i željeno ponašanje. CM+PR poboljšavaju ishode tretmana. | Potrebna edukacija djelatnika o pojedinim dijelovima tretmana ponašanja | Socijalni radnici, socijalni pedagozi, psiholozi, defektolozi, radni terapeuti, zdravstveni radnici (liječnici/medicinske sestre), drugi stručnjaci s visokom stručnom spremom koji imaju dodatne edukacije iz područja psihološkog/psihosocijalnog savjetovanja ili psihoterapije. | Odgojne ustanove, domovi za djecu, TZ-i, udruge |
| Psihoedukacija individualna ili grupna | 1-2 puta 10-45 minuta | Tijekom godine | Malo do umjereno učinkovita | Podizanje razine znanja korisnika o drogama i rizičnim ponašanjima, kao i o mogućnostima | Kratkotrajna intervencija koja se primjenjuje do dva puta. Potrebno je educirati | Socijalni radnici, socijalni pedagozi, psiholozi, defektolozi, radni terapeuti, zdravstveni radnici (liječnici/medicinske sestre), drugi stručnjaci s visokom stručnom | Odgojne ustanove, domovi za djecu, TZ-i, udruge |

| | | | | | | | |
|--|---|----------------|--|--|--|---|----------------------|
| | | | | tretmana kroz njima prihvatljiv i zanimljiv sadržaj. Primjenjuje se u adaptacijskom razdoblju pri smještaju korisnika, služi podizanju razine znanja i jačanju samopouzdanja. | djelatnike o bolesti ovisnosti i mogućnostima tretmana. | spremom koji imaju dodatne edukacije iz područja psihološkog/psihosocijalnog savjetovanja ili psihoterapije. | |
| Prevenција recidiva individualna ili grupna | Jedanput u tjednu do jedanput na mjesec 60 minuta, ovisno o fazi tretmana | Tijekom godine | Prevenција relapsa je opće učinkovita. U usporedbi s tretmanom ponašanja i CM-a je nisko učinkovita, najučinkovitija je za polisupstance, visoko učinkovita za proces psihosocijalne prilagodbe, učinkovita za sve supstance i u praćenju. | PR poboljšava proces psihosocijalne prilagodbe i najučinkovitiji je u duljini apstinencije. Istražuje pozitivne i negativne posljedice kontinuirane uporabe droga, samoanalizu prepoznavanja žudnje za drogom i identificiranje visokorizičnih situacija za uzimanje, razvijanje strategije nošenja i izbjegavanja | Nužno je da je provode educirani VSS djelatnici, stoga je potrebno provesti edukaciju. | Socijalni radnici, socijalni pedagozi, psiholozi, defektolozi, radni terapeuti, zdravstveni radnici (liječnici/medicinske sestre), drugi stručnjaci s visokom stručnom spremom koji imaju dodatne edukacije iz područja psihološkog/psihosocijalnog savjetovanja ili psihoterapije. | Terapijske zajednice |

| | | | | | | | |
|---|---|----------------|---|---|--|---|---|
| | | | | visokorizičnih situacija i želje za uzimanjem. | | | |
| Trening vještina individualni ili grupni (teme radionica: "nenasilna komunikacija", "zajedničko donošenje odluka", "razumijevanje konflikata", "predrasude", "izgradnja povjerenja", "posredovanje u konfliktima", "izražavanje emocija", "međusobna tolerancija") | Jedanput u tjednu do jedanput na mjesec 60 minuta, ovisno o fazi tretmana | Tijekom godine | Visoko učinkovit za proces psihosocijalne prilagodbe, učinkovit za sve supstance i neželjena ponašanja i u praćenju | Vježbanje definiranja i kontrole emocija, vježbanje vještina komunikacije, trening asertivnosti, razvijanje samokritičnosti i kreativnosti. Korisnici uče kako kvalitetno razriješiti konfliktne situacije. | Nužno je da ga provode educirani VSS djelatnici. | Socijalni radnici, socijalni pedagozi, psiholozi, defektolozi, radni terapeuti, zdravstveni radnici (liječnici/medicinske sestre), drugi stručnjaci s visokom stručnom spremom koji imaju dodatne edukacije iz područja psihološkog/psihosocijalnog savjetovanja ili psihoterapije. | Odgojne ustanove, domovi za djecu, TZ-i, udruge |
| Socijalna anamneza i psihodijagnostika | Jednom u početnoj fazi tretmana | Tijekom godine | | Dobivanje cjelovite slike profila korisnika | Nedostatak psihologa, odbijanje suradnje korisnika | Socijalni radnici, psiholozi | Odgojne ustanove, domovi za djecu, TZ-i, udruge |
| Suradnja sa zdravstvenim ustanovama | Prema potrebi | Tijekom godine | | CZSS, OD, DD, udruge - upućivanje na tretman u zdravstvene i druge socijalne ustanove, | Nedostaje u zdravstvenom sustavu stručnjaka za tretman djece i adolescenata, | Stručni suradnici (psiholozi, socijalni radnici, socijalni pedagozi) | CZSS, odgojne ustanove, domovi za djecu, TZ-i, udruge |

| | | | | | | | |
|---|---------------|----------------|--|--|--|--|---|
| | | | | informiranje putem telefonskih kontakata, sastanci, pisanje uputnica TZ - popunjavanje Pompidou upitnika, pomoć u reguliranju osiguranja, pomoć u traženju obiteljskog liječnika, upućivanje na testiranje krvlju prenosivih bolesti, upućivanje radi preporuke hepatologu, upućivanje na tretman u zdravstvene ustanove | kao i smještajnih kapaciteta za djecu i adolescente. | | |
| Suradnja s pravosudnim i kaznenim tijelima te probacijom | Prema potrebi | Tijekom godine | | CZSS, odgojni domovi, dječji domovi, udruge - pisanje izvještaja, obavijesti, telefonski kontakti, sastanci, odlasci | Nedostatak kvalitetne komunikacije nedovoljno međusobno poznavanje djelatnika i kompetencija . | Socijalni radnici, socijalni pedagozi, psiholozi, defektolozi, radni terapeuti, zdravstveni radnici (liječnici/medicinske sestre), drugi stručnjaci s visokom stručnom spremom koji imaju dodatne edukacije iz | CZSS, odgojne ustanove, domovi za djecu, TZ-i, udruge |

| | | | | | | | |
|---|---------------|----------------|---|--|--|---|--|
| | | | | na sud, suradnja tijekom brakorazvodnih parnica i dodjela djece, prihvata po odsluženju kazne, predlaganje sudu izricanja mjere liječenja TZ - provođenje tretmana u sklopu mjere liječenja | | područja psihološkog/psihosocijalnog savjetovanja ili psihoterapije, te terapeuti u terapijskim zajednicama koji imaju srednju stručnu spremu i završenu dodatnu edukaciju za rad s ovisnicima. | |
| Suradnja s drugim ustanovama u sustavu | Prema potrebi | Tijekom godine | Zatvori, sudovi, odvjetništvo, probacija, zdravstvene ustanove, druge ustanove u sustavu socijalne skrbi, udruge - pisanje izvještaja, obavijesti, uputnice, telefonski kontakti, sastanci, suradnja i zajedničko praćenje korisnika, upućivanje na tretman u druge socijalne ustanove, | Nedovoljno međusobno poznavanje djelatnika i kompetencija nedovoljni kapaciteti za adolescente, kao i stručni kadar, nevoljkost korisnika da se pridruže grupi samopomoći, ograničena sredstva za reguliranje prehrane i novčane pomoći, ograničene mogućnosti | Socijalni radnici, socijalni pedagozi, psiholozi, defektolozi, 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 terapeuti u terapijskim zajednicama koji imaju srednju stručnu spremu i završenu dodatnu edukaciju za rad s ovisnicima. | CZSS, odgojne ustanove, domovi za djecu, TZ-i, udruge | |

| | | | | | | | |
|---------------------------------|---------------|---|--|--|---|--|---|
| | | | | upućivanje u grupe samopomoći TZ - upućivanje radi reguliranja prehrane, smještaja i novčane pomoći, upućivanje radi uključenja u Projekt resocijalizacije, upućivanje na procjenu radne sposobnosti | smještaja, nemotivirano st za školovanje, nedovoljna educiranost djelatnika o bolesti ovisnosti i krvlju prenosivim bolestima te utjecaju na radnu sposobnost | | |
| Radna terapija | Kontinuirano | Tijekom tretmana ovisno o programu, a prema individualnoj procjeni svakog korisnika | | Stvaranje radnih navika, odgovornosti, učenje praktičnih vještina, priprema za resocijalizaciju | Mogućnost prijevremeno g napuštanja programa, nedostatak stručnih djelatnika | Socijalni radnici, socijalni pedagozi, psiholozi, defektolozi, radni terapeuti, te terapeuti u terapijskim zajednicama koji imaju srednju stručnu spremu i završenu dodatnu edukaciju za rad s ovisnicima. | Terapijske zajednice, domovi za ovisnike, domovi za djecu |
| Projekt resocijalizacije | Prema potrebi | Tijekom godine | | Uključenje tijekom procesa rehabilitacije u pravosudnom, socijalnom ili zdravstvenom sustavu, informiranje i motiviranje za doškolovanje i prekvalifikaciju, | Nedovoljna angažiranost djelatnika uključenih u projekt, nedovoljna informiranost i motiviranost korisnika, upitna | Socijalni radnici, socijalni pedagozi, psiholozi, defektolozi, radni terapeuti, zdravstveni radnici (liječnici/medicinske sestre), terapeuti u terapijskim zajednicama koji imaju srednju stručnu spremu i završenu dodatnu edukaciju za rad s ovisnicima. | Centri za socijalnu skrb, terapijske zajednice, domovi za ovisnike, domovi za djecu |

| | | | | | | | |
|--|--------------|----------------|--|--|--|--|---|
| | | | | priprema dokumentacije, savjetovanje pri pronalaženju posla | perspektiva nakon završetka školovanja | | |
| Rad na strukturiranju slobodnog vremena – uključivanje u strukturane sadržaje organizirane u lokalnoj zajednici, uključivanje korisnika u izvanškolske aktivnosti i sekcije | Kontinuirano | Tijekom godine | | Razvijanje navika kvalitetnog i zdravog načina provođenja slobodnog vremena, stjecanje pozitivne slike o sebi, razvijanje samopouzdanja i specifičnih vještina, uspostava zdravog sustava vrijednosti i stila života | Nestručno vođenje aktivnosti, nedostatak financijskih i materijalnih preduvjeta, nedostatak podrške obitelji | Socijalni radnici, socijalni pedagozi, psiholozi, defektolozi, radni terapeuti, zdravstveni radnici (liječnici/medicinske sestre), terapeuti u terapijskim zajednicama koji imaju srednju stručnu spremu i završenu dodatnu edukaciju za rad s ovisnicima. | Centri za socijalnu skrb, odgojne ustanove, domovi za djecu, TZ-i, udruge |

5.2.2. Preporuke (protokoli) za provedbu smjernica u sustavu socijalne skrbi

U provedbi Smjernica u sustavu socijalne skrbi naglasak je nužno staviti na korisnike usluga, promicanje neovisnosti korisnika, njihovo sudjelovanje u normalnom životu i prirodnom društvenom okruženju te posebno poštivanje njihovih građanskih i socijalnih prava. Stručnjaci koji provode psihosocijalne intervencije u ustanovama socijalne skrbi su: socijalni radnici, socijalni pedagozi, psiholozi, defektolozi, radni terapeuti, zdravstveni radnici (liječnici/medicinske sestre), drugi stručnjaci s visokom stručnom spremom koji imaju dodatne edukacije iz područja psihološkog/psihosocijalnog savjetovanja ili psihoterapije. U terapijskim zajednicama i domovima za ovisnike, pojedine psihosocijalne intervencije mogu provoditi i bivši ovisnici sa završenom dodatnom edukacijom za provedbu psihosocijalnog tretmana.

Kratke psihološke intervencije provode svi djelatnici u sustavu socijalne skrbi (socijalni radnici, psiholozi, defektolozi, socijalni pedagozi u centrima za socijalnu skrb, obiteljskim centrima, terapijskim zajednicama i domovima za ovisnike) u početnim kontaktima s osobom koja zlorabira droge, a to su:

1. Motivacijski intervju s ciljem poticanja brze motivacije za promjenu osobe i rješavanje njezine ambivalencije vezane za promjenu. Prvi susret je usmjeren uspostavi odnosa i poticanju razgovora o iskustvu uporabe droga radi poticanja samomotivacije osobe. U sljedećim susretima prati se promjena, procjenjuje koriste li se strategije koje potiču prekid uzimanja supstance, te nastavlja ohrabrivati osobu za promjenu i postizanje apstinencije.

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. Pomaže osobi razviti strategiju nošenja s problemima tako da apstinira od droga i održava apstinenciju. Obiteljsko savjetovanje pomaže članovima obitelji i bračnim partnerima u shvaćanju problema ovisnosti, u shvaćanju bolesnog člana, pružanju podrške u tretmanu, motiviranju članova obitelji za uključivanje u grupe samopomoći.

Uobičajene psihološke intervencije prve razine provode stručni djelatnici u terapijskim zajednicama, domovima za ovisnike i domovima za djecu. U tim ustanovama provode se kognitivno-bihevioralne tehnike koje uključuju nekoliko različitih intervencija (individualnih ili

grupnih): motivacijske intervencije, psihoedukaciju, CM pristup, intervencije usredotočene na analizu slučaja, prevenciju relapsa, trening vještina (vježbanje definiranja i kontrole emocija, vježbanje vještina komunikacije, trening asertivnosti, razvijanje samokritičnosti i kreativnosti). Cilj im je oblikovanje stava prema drogama i poboljšanje odnosa prema sebi i široj društvenoj sredini. Psihosocijalni tretman za adolescente provode djelatnici u skladu sa svojim kompetencijama u centrima za socijalnu skrb, domovima za djecu bez roditeljske skrbi i odgojnim domovima te terapijskim zajednicama za djecu. Kratke intervencije za adolescente uključuju motivacijske intervencije i savjetodavni tretman (individualni, obiteljski ili grupni), dok duge intervencije obuhvaćaju prevenciju relapsa, tretman/terapiju ponašanja, trening socijalnih vještina. U sustavu socijalne skrbi, osim psiholoških intervencija, trebaju se provoditi i socijalne intervencije kao što su omogućavanje zdravstvene zaštite i suradnja s nadležnim zdravstvenim ustanovama, suradnja s pravosudnim tijelima, rješavanje socijalnih pitanja, stanovanja, higijene, prehrane, obrazovanje, prevencija zaraznih bolesti, zaštita općeg zdravlja, uključivanje u grupe samopomoći, organiziranje slobodnog vremena i uključivanje u kulturne, zabavne i radne aktivnosti. Opći standardi provedbe psihosocijalnog tretmana u sustavu socijalne skrbi su:

- dostupnost informacija o mogućnostima tretmana,
- dostupnost i primjerenost usluga,
- povezivanje i suradnja među različitim sektorima (održavanje socijalnih mreža),
- procjena i planiranje,
- osiguravanje potrebnog osoblja, rad volontera, studenata na praksi i vježbenika,
- pristupačnost okoline, uvjeti prilagođeni korisnicima, zdravlje, sigurnost i zaštita,
- privatnost i povjerljivost,
- odlučivanje i samoodređenje,
- sigurnost od iskorištavanja,
- mogućnost prigovora i žalbe,
- poboljšanje psihosocijalnog tretmana maloljetnika ovisnika,
- supervizija provođenja tretmana,
- inspekcijski nadzor.

5.3. Smjernice i oblici psihosocijalnog tretmana ovisnosti o drogama u zatvorskom sustavu i probaciji

5.3.1. Uvod

5.3.1.1. Psihosocijalni tretman u zatvorskom sustavu

Zatvorski sustav odgovoran je prema članovima društva koji se nalaze na izdržavanju kazne zatvora, no najmanje jednako toliko odgovoran je i prema široj društvenoj zajednici, prema svim onim članovima društva koji žive u skladu sa zakonskim normama. Zaštita društva jedna je od osnovnih zadaća zatvorskog sustava. Ova je zadaća sadržana u samoj svrsi izvršavanja kazne zatvora kako je definira Zakon o izvršavanju kazne zatvora: Glavna svrha izvršavanja kazne zatvora jest, uz čovječno postupanje i poštovanje dostojanstva osobe koja se nalazi na izdržavanju kazne zatvora, njegovo osposobljavanje za život na slobodi u skladu sa zakonom i društvenim pravilima. Uz navedeno, većem broju ovisnika u zatvorskom sustavu izrečena je sigurnosna mjera obveznog liječenja od ovisnosti sa svrhom da se primjenom te mjere otklone opasnosti i uvjeti koji omogućuju ili poticajno djeluju na počinjenje kaznenog djela.

Zatvorenici ovisnici razlikuju se po osnovi:

- Formalno-pravnog statusa (zatvorenici na izdržavanju kazne zatvora, zatvorenici u istražnom zatvoru, zadržani, kažnjenci (na izdržavanju kazne zatvora izrečene u prekršajnom postupku i kazne zatvora kojom je zamijenjena novčana kazna izrečena u prekršajnom postupku), maloljetnici na izvršavanju odgojne mjere, maloljetnici na izdržavanju maloljetničkog zatvora)
- (Predvidive) duljine boravka u zatvorskom sustavu
- Stupnja zlouporabe ilegalnih droga (od eksperimentiranja do teške ovisnosti)
- Vrste konzumiranih droga
- Individualnih karakteristika zatvorenika (kriminaliziranosti, intelektualnih sposobnosti, osobina ličnosti, obrazovanja, radnih navika, dobi, obiteljskih prilika, zdravstvenog stanja i dr.).

Rehabilitacijski koncept, u sklopu kojeg je 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 pedagoških, radnih, zdravstvenih, psiholoških, socijalnih i sigurnosnih postupaka primjerenih osobinama i potrebama zatvorenika te vrsti i mogućnostima kaznenog tijela. Ovim programom utvrđuje se smještaj na odjel, rad, korištenje slobodnog vremena, posebni postupci (obvezno liječenje od ovisnosti, socijalna, psihološka i psihijatrijska pomoć, skupni i pojedinačni rad), strukovno usavršavanje i izobrazba, dodir s vanjskim svijetom, pogodnosti, posebne mjere sigurnosti i program pripreme za otpust te pomoć nakon otpusta.

Psihosocijalni tretman ovisnika u zatvorskom sustavu naziva se **posebnim programom tretmana ovisnika** i predstavlja osnovu za rehabilitaciju i resocijalizaciju te kategorije zatvorenika. Posebni program tretmana ovisnika usmjeren je na ublažavanje i otklanjanje dinamičkih kriminogenih čimbenika i ostvarivanje pretpostavki za pozitivne promjene u ponašanju, stavovima i vrijednostima. Na taj način posebni program tretmana ovisnika izravno utječe na ostvarivanje svrhe izvršavanja kazne zatvora.⁶ **Osnovni cilj** Smjernica u zatvorskom sustavu je razvijanje i propisivanje standarda za pružanje psihosocijalnog tretmana zatvorenicima ovisnicima sukladno njihovim individualnim rizicima i potrebama.

Osnovne vrste tretmana koje se pružaju zatvorenicima ovisnicima su: farmakoterapija, zdravstveno zbrinjavanje, edukacija, savjetovanje, individualna i grupna suportivna terapija te modificirana terapijska zajednica. Različita kaznena tijela pružaju razne mogućnosti tretmana: održavanje na supstitucijskoj terapiji i programi detoksikacije formiraju se u zatvorima i u posebnim odjelima zatvorenih kaznionica, "drug-free" je dostupan u svim kaznenim tijelima, a osnovni i preporučeni oblik tretmana u poluotvorenim i otvorenim kaznionicama te odgojnim zavodima i maloljetničkom zatvoru. Zatvorenike se tijekom izdržavanja kazne i po otpustu povezuje s institucijama i udrugama u zajednici koje se bave tretmanom ovisnosti. Za vrijeme izdržavanja kazne, a osobito po povratku s pogodnosti izlazaka, zatvorenici ovisnici podvrgavaju se kontrolama apstinencije.

Uz posebni program tretmana ovisnosti, zatvorenicima ovisnicima dostupni su i tzv. opći programi tretmana u koje se ubrajaju rad, izobrazba i organizirano provođenje slobodnog vremena te tzv. mali rehabilitacijski programi primarno usmjereni na razvoj vještina (odgovorno

⁶ Dostupno na stranicama Ministarstva pravosuđa (<http://www.mprh.hr/Default.aspx?sec=292>)

roditeljstvo, komunikacijske radionice i sl.) koji također predstavljaju dio psihosocijalnog tretmana ovisnika u širem smislu. Navedeni programi dostupni su zatvorenicima ovisno o mogućnostima pojedinog kaznenog tijela, potrebama i interesima zatvorenika te o sigurnosnoj procjeni.

5.3.1.2. Psihosocijalni tretman u probaciji

Probacijski poslovi obavljaju se s ciljem zaštite društvene zajednice od počinitelja kaznenog djela, njegove resocijalizacije i reintegracije u zajednicu utjecanjem na rizične čimbenike koji su povezani s činjenjem kaznenih djela (čl. 2. Zakona o probaciji, Narodne novine, broj 143/12). S obzirom da profesionalna probacijska služba u Hrvatskoj postoji tek nekoliko godina, ključnim se čini istaknuti značaj suradnje probacijske službe s pružateljima različitih usluga u zajednici, naročito kada su u pitanju počinitelji kaznenih djela koji konzumiraju droge. 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 zlorabe droge (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.

Tablica 3.a Glavne preporuke psihosocijalnih intervencije za zatvorski sustav

| Glavne preporuke (vrsta intervencije) | Učestalost i faze provođenja | Duljina provođenja (trajanje intervencije) | Razina dokaza o učinkovitosti | Prednosti | Rizici | Djelatnici zaduženi za provedbu | Mjesto-ustanova provedbe |
|---|--|--|------------------------------------|--|---|--|--------------------------|
| Motivacijski intervju | Prije uključivanja u psihosocijalni tretman, odnosno u početku tretmana te prema potrebi tijekom kazne | Minimalno 2x 10-45 minuta | Umjereno učinkovit | Detektiranje razine ovisnosti i spremnosti na promjenu, podizanje razine spremnosti na promjenu. Omogućuje usklađivanje potreba i rizika s odgovarajućim intervencijama. | Stručnjaci koji rade s ovisnicima u zatvoru nemaju posebnu edukaciju o vođenju motivacijskog intervjua pa poznavanje ove metode ovisi o temeljnom obrazovanju i iskustvu. | Službenici tretmana – socijalni pedagozi, psiholozi, socijalni radnici | Kaznena tijela |
| Kratke KBT intervencije (individualno) | Prema potrebi tijekom izdržavanja kazne/mjere | Prema potrebi | Umjereno učinkovite | Dostupnost klijenata i osiguravanje retencije u tretmanu, izrazito teška dostupnost ilegalnih droga u kaznenim tijelima | Nedovoljan broj educiranih stručnjaka odgovarajućih profila, ograničena mogućnost testiranja ponašanja u realnoj situaciji | Službenici tretmana – socijalni pedagozi, psiholozi, socijalni radnici | Kaznena tijela |
| Individualna suportivna terapija | Tijekom cijele kazne/mjere ili prema potrebi | Prema potrebi | Malo do umjereno učinkovita | Dostupnost klijenata i osiguravanje retencije u tretmanu, izrazito teška dostupnost ilegalnih droga u kaznenim tijelima | Nedovoljan broj educiranih stručnjaka odgovarajućih profila | Službenici tretmana – socijalni pedagozi, psiholozi, socijalni radnici | Kaznena tijela |
| Grupna suportivna | Tijekom cijele kazne/mjere ili | Jedanput u tjednu po 45- | Malo do umjereno | Dostupnost klijenata i osiguravanje | Nedovoljan broj educiranih stručnjaka | Službenici tretmana – socijalni pedagozi, | Kaznena tijela |

| | | | | | | | |
|---|--|---|--------------------------------------|---|---|--|----------------|
| terapija (kroz tzv. grupe liječenih ovisnika) | prema potrebi | 60 minuta | učinkovita | retencije u tretmanu, izrazito teška dostupnost ilegalnih droga u kaznenim tijelima | odgovarajućih profila, nedostatak prostornih uvjeta | psiholozi, socijalni radnici | |
| Modificirana terapijska zajednica | Tijekom cijele kazne/mjere | Jedanput u tjednu po 45-60 minuta | Umjereno do visoko učinkovita | Dostupnost klijenata i osiguravanje retencije u tretmanu, izrazito teška dostupnost ilegalnih droga u kaznenim tijelima | Nedovoljan broj educiranih stručnjaka odgovarajućih profila, nedostatak prostornih uvjeta, ograničena mogućnost organizacije života u zatvoru prema načelima terapijske zajednice | Službenici tretmana – socijalni pedagozi, psiholozi, socijalni radnici | Kaznena tijela |
| Strukturirani grupni tretman zasnovan na KBT principima i prevenciji relapsa | Tijekom izdržavanja kazne/mjere | Jedanput u tjednu tijekom 4 mjeseca, odnosno tijekom 10 mjeseci | Umjereno do visoko učinkovit | Dostupnost klijenata i osiguravanje retencije u tretmanu, izrazito teška dostupnost ilegalnih droga u kaznenim tijelima | Nedovoljan broj educiranih stručnjaka odgovarajućih profila, nedostatak prostornih uvjeta, ograničena mogućnost testiranja ponašanja u realnoj situaciji | Službenici tretmana – socijalni pedagozi, psiholozi, socijalni radnici | Kaznena tijela |
| Prevencija relapsa | Tijekom izdržavanja kazne/mjere, intenzivno tri mjeseca prije otpusta na slobodu | Minimalno 3 x 45 minuta | Umjereno učinkovita | Dostupnost klijenata i osiguravanje retencije u tretmanu, izrazito teška dostupnost ilegalnih droga u kaznenim tijelima | Nedovoljan broj educiranih stručnjaka odgovarajućih profila, ograničena mogućnost testiranja ponašanja u realnoj situaciji | Službenici tretmana – socijalni pedagozi, psiholozi, socijalni radnici | Kaznena tijela |
| Contingency Management – | Tijekom cijele kazne/mjere | Kontinuirano i prema potrebi | Visoko učinkovit | Penološka rehabilitacija zasniva | ----- | Službenici tretmana – socijalni pedagozi, | Kaznena tijela |

| | | | | | | | |
|--|--|---|---------------------------|--|--|--|----------------|
| sustav promjene ponašanja primjenom nagrade i kazne | | | | se na ovom pristupu te kaznena tijela imaju dobro razrađen ovakav sustav i prema ovisnicima. Dostupan je širok spektar mogućih nagrada i kazni (pogodnosti kroz sustav pogodnosti i stegovnih mjera). | | psiholozi, socijalni radnici | |
| Terapijski ugovor | Napredna faza tretmana kada je zatvorenikov tretman ovisnosti moguće procijeniti na najvišoj razini. | 1 x 45 minuta, te prema potrebi u slučaju izmjene | Malo učinkovito* | Podizanje razine odgovornosti zatvorenika ovisnika u vlastitom tretmanu kroz ugovorni odnos, mogućnost poticanja zatvorenika kroz odobravanje terapijskog izlaska | Zloupotreba pogodnosti terapijskog izlaska | Službenici tretmana – socijalni pedagozi, psiholozi, socijalni radnici | Kaznena tijela |
| Psihijatrijski tretman (kod komorbiditeta) | Tijekom izdržavanja kazne/mjere, prema potrebi | Kontinuirano i prema potrebi | Umjereno učinkovit | Dostupnost klijenata i osiguravanje retencije u tretmanu, mogućnost sveobuhvatnog pristupa u Zatvorskoj bolnici u Zagrebu kada je riječ o dvojnoj dijagnozi koja uključuje ovisnost (psihijatar, psiholog, socijalni pedagog + radno-okupacijska terapija) | Nedovoljan broj psihijatara u kaznenim tijelima (osim Zatvorske bolnice) | Psihijatri | Kaznena tijela |
| Trening vještina (zapošljavanje, | Tijekom izdržavanja | Sukladno programu | Umjereno do visoko | U dijelu kaznenih tijela takvi programi | Ograničena dostupnost programa | Službenici tretmana – socijalni pedagozi, | Kaznena tijela |

| | | | | | | | |
|---|--|--|-------------------------|--|---|---|----------------|
| roditeljstvo, komunikacijske vještine i sl.) | kazne u sklopu provedbe PPIKZ | pojedine intervencije (npr. vještine roditeljstva – jedanput u tjednu po 60-90 minuta kroz 12 tjedana) | učinkovit | se provode kroz redoviti rad Odjela tretmana. | u pojedinim kaznenim tijelima, poteškoće u ostvarivanju suradnje s državnim tijelima i institucijama u provedbi takvih programa (npr. Obiteljski centri, Hrvatski zavod za zapošljavanje i dr.) | psiholozi, socijalni radnici, ponegdje u suradnji s vanjskim suradnicima | |
| Mjere pripreme poslijepenalnog prihvata | Tijekom izdržavanja kazne, a najkasnije tri mjeseca prije otpusta na slobodu | Individualno, prema potrebi | Malo učinkovite* | Povezivanje sa županijskim službama za mentalno zdravlje i prevenciju ovisnosti (mogućnost uključivanja obitelji u tretman), povezivanje s CZSS | Skromne zakonske i praktične mogućnosti u rješavanju stambenog pitanja, zapošljavanja i sl. | Službenici tretmana u suradnji sa službenicima probacije, centrima za socijalnu skrb i sucem izvršenja | Kaznena tijela |
| Radni angažman-radno-okupacijska terapija | Tijekom cijele kazne/mjere, a sukladno mogućnostima kaznenog tijela | Do 8 sati dnevno radnim danom | Malo učinkovit* | Mogućnost razvoja životnih vještina i radnih navika kroz radni angažman u zatvoru, mogućnost pozitivne afirmacije, razvoj samopouzdanja i samopoštovanja | Nedostatna ponuda radnih mjesta i mogućnosti radno-okupacijske terapije za zatvorenike, nedovoljna senzibiliziranost dijela strukovnih učitelja za ovisničku populaciju | Službenici odjela za rad i strukovnu izobrazbu – strukovni učitelji | Kaznena tijela |
| Izobrazba/prekvalifikacija | Tijekom kazne prema potrebi, a sukladno mogućnostima kaznenog tijela | Sukladno programu izobrazbe | Malo učinkoviti* | Mogućnost korištenja vlastitih resursa u izobrazbi zatvorenika (Lepoglava, Turopolje), Projekt resocijalizacije koji | Nedostatak financijskih sredstava, slaba suradnja s vanjskim učilištima, otežano provođenje izobrazbe | Službenici tretmana, službenici odjela za rad i strukovnu izobrazbu i vanjski suradnici (ovisno o unutaršnjem | Kaznena tijela |

| | | | | | | | |
|---|--|--|-------------------------|---|---|--|----------------|
| | | | | je uvelike poboljšao mogućnosti izobrazbe ovisnika u zatvorskom sustavu. | izvan kaznenih tijela iz sigurnosnih razloga | ustrojstvu pojedinog kaznenog tijela) | |
| Organizirano provođenje slobodnog vremena | Svaki dan tijekom izdržavanja kazne/mjere, a sukladno mogućnostima kaznenog tijela | Do 2 sata na dan | Malo učinkovito* | Održavanje tjelesne kondicije, očuvanje zdravlja, mogućnost pozitivne afirmacije, razvoj kreativnosti, samopouzdanja i samopoštovanja i dr. | Nedostatak financijskih sredstava, prostora i opreme, manjak stručnog kadra za organizaciju slobodnog vremena zatvorenika | Službenici tretmana, stručni suradnici za organizaciju slobodnog vremena, vanjski suradnici (ovisno o unutarnjem ustrojstvu pojedinog kaznenog tijela) | Kaznena tijela |
| Pomaganje u rješavanju zdravstvenih potreba (od liječenja hepatitisa do popravka zuba) | Prema potrebi | Tijekom godine | Malo učinkovito* | Dostupnost osoba koje zlorabe droge za liječenje bolesti povezanih s uporabom droge | Nedovoljan broj liječnika, nedostatna educiranost | Službenici odjela zdravstvene zaštite zatvorenika (liječnici i medicinski tehničari) | Kaznena tijela |
| Edukacija o ovisnosti i krvlju prenosivim bolestima | U kaznenom tijelu sukladno organizaciji i planu edukacije | Jednokratno ili višekratno, individualno ili grupno – ukupno do 120 minuta | Malo učinkovito* | Ekonomičnost: individualno samoedukacija kroz literaturu i informiranje, grupno je moguć obuhvat većeg broja zatvorenika | Edukacija sama po sebi nema velik preventivni potencijal, osobito kod odrasle populacije. | Službenici tretmana i službenici odjela zdravstvene zaštite | Kaznena tijela |
| Uključivanje u Projekt resocijalizacije | U kaznenom tijelu sukladno predviđenim financijskim sredstvima u Projektu | Tijekom godine | Malo učinkovito* | Završetak školovanja, odnosno prekvalifikacija povećavaju prilike za uspješnu resocijalizaciju. | Nedostatak financijskih sredstava | Službenici tretmana i psiholozi zaduženi za selekciju i pripremu za provedbu vanjske obrazovne ustanove | Kaznena tijela |

Tablica 3.b Glavne preporuke psihosocijalnih intervencije za probaciju

| Glavne preporuke (vrsta intervencije) | Učestalost i faze provođenja | Duljina provođenja (trajanje intervencije) | Razina dokaza o učinkovitosti | Prednosti | Rizici | Djelatnici zaduženi za provedbu | Mjesto - ustanova provedbe |
|--|--|--|-------------------------------------|---|---|---------------------------------|----------------------------|
| Motivacijsko intervjuiranje | Inicijalno i prema potrebi | 45 minuta | Umjereno učinkovito | Obveza klijenta da surađuje s probacijskim službenikom određena od suda, državnog odvjetništva ili zatvorskog sustava | Odbijanje suradnje od strane klijenta, nedostupnost | Službenici probacije | Probacijski uredi |
| Kratke intervencije utemeljene na postavkama kognitivno-bihevioralne terapije | Prema potrebi | 45 minuta | Umjereno učinkovite | Dulje trajanje rada s klijentom koje omogućava više intervencija prema potrebi | Ograničen učinak ovakvih intervencija | Službenici probacije | Probacijski uredi |
| Contingency Management – sustav promjene ponašanja primjenom nagrade i kazne | Tijekom rada s počiniteljem kaznenog djela | Kontinuirano i prema potrebi | Umjereno do visoko učinkovit | Rad s klijentima u sklopu probacije u velikoj se mjeri temelji na ovom pristupu. | Ograničen opseg nagrada i kazni | Službenici probacije | Probacijski uredi |

5.3.2. Preporuke (protokoli) za provedbu smjernica za psihosocijalni tretman u zatvorskom sustavu

5.3.2.1. Učinkovite psihosocijalne intervencije u zatvorskom sustavu

NIDA (National Institute on Drug Abuse, SAD) je 2006. godine objavila 13 načela tretmana ovisnika u kaznenopravnom sustavu:

- Ovisnost o drogama je bolest mozga koja utječe na ponašanje.
- Oporavak od ovisnosti zahtijeva učinkovit tretman.
- Tretman treba trajati dovoljno dugo da stvori stabilne promjene u ponašanju.
- Procjena je prvi korak u tretmanu.
- Pružanje usluga u skladu s potrebama pojedinca važan je dio učinkovitog tretmana.
- Zlouporebu droge tijekom tretmana treba pažljivo pratiti.
- Tretman treba uključiti čimbenike koji su bitni za kriminalno ponašanje.
- Kaznenopravna supervizija treba biti uključena u plan tretmana za osuđene ovisnike, a voditelji tretmana trebaju biti svjesni nužnosti supervizije.
- Kontinuitet skrbi je ključan za ponovno uključivanje ovisnika u zajednicu.
- Ravnoteža između nagrada i sankcija potiče prosocijalna ponašanja i sudjelovanje u tretmanu.
- Osuđeni s prisutnim komorbiditetom ovisnosti i mentalnih problema često zahtijevaju integrirani pristup tretmanu.
- Lijekovi su važan dio tretmana za određen broj osuđenih ovisnika.
- Planiranje tretmana za osuđene ovisnike, koji žive u zajednici ili se ponovno vraćaju u zajednicu, treba uključivati strategije za prevenciju i tretman ozbiljnih, kroničnih bolesti kao što su HIV/AIDS, hepatitis B i C i tuberkuloza (www.nida.nih.gov).

Procjena ovisnikovog stupnja rizika (rizika od recidiva) predstavlja prvi korak u determiniranju tijeka tretmana te vrsti i intenzitetu usluga koje će mu biti ponuđene unutar zatvorskog sustava. Važno je istaknuti da su ovisnici izuzetno heterogena skupina i da je vrlo bitno pravilno i točno procijeniti stupanj kriminogenih rizika i potreba te težinu ovisnosti, ali i stupanj oporavka pojedinog ovisnika, kako bi mu se ponudio adekvatan program tretmana koji će ciljati upravo na njegove potrebe (Lowenkamp i Latessa, 2005). Nakon procjene rizičnosti potrebno je identificirati kriminogene potrebe, odnosno deficite koji utječu na kriminalno ponašanje.

Kriminogene potrebe nas upućuju na to u kojem smjeru će se kretati program. Istraživanja sugeriraju osam kriminogenih potreba: povijest antisocijalnog ponašanja, antisocijalne osobine ličnosti, antisocijalni obrasci razmišljanja, druženje s osobama antisocijalnog ponašanja, obiteljski i bračni problemi, problemi na poslu/u školi, niska razina zadovoljstva s antikriminalnim provođenjem slobodnog vremena, zlouporaba alkohola i droga (Andrews i Dowden, 2006; Lowenkamp, Latessa i Smith, 2006). Nakon identificiranja kriminogenih rizika i potreba, ovisnika je potrebno uključiti u program koji odgovara njegovim kriminogenim potrebama i dakako stupnju rizika.

Kod tretmana ovisnika, posebna se pozornost mora posvetiti razini ovisnosti na kojoj se ovisnik nalazi, odnosno stupnju oporavka kako to nazivaju Prochaska i DiClemente (1994), te širokom spektru bio-psiho-socijalnih dodatnih potreba (npr. potreba za liječenjem od HIV-a, trening životnih i roditeljskih vještina, psihijatrijski tretman i drugo) (Belenko i Peugh, 2005; Jolley i Kerbs, 2010). Da bi se smanjio rizik od ovisničkog i kriminalnog povrata kod ovisnika, nije dovoljno samo smanjiti žudnju za psihoaktivnim sredstvom nego je nužno dovesti do promjena u stilu života. Ovisnika je potrebno naučiti novim obrascima mišljenja i ponašanja čijom internalizacijom dolazi do postupne promjene u vrijednosnom sustavu. Tek na ovoj razini možemo govoriti o realnom smanjivanju rizika od ovisničkog, a time i kriminalnog povrata.

Recentne znanstvene studije daju dokaze o velikom napretku u tretmanu počinitelja kaznenih djela ovisnika o ilegalnim drogama kroz **model kriminogenih rizika i potreba**. Tako jedan od najpoznatijih svjetskih kriminologa Frances Cullen (2004:16) ističe da „evolucija tretmana ovisnika o drogama počiva na razvoju modela kriminogenih rizika i potreba, odnosno teoriji penološke rehabilitacije utemeljene na primjeni tzv. principa učinkovite intervencije“.

Mnoge zemlje, kao što su SAD, Kanada, Engleska, Wales, Škotska i Australija, ali i mnoge druge, implementirale su model kriminogenih rizika i potreba u svoje nacionalne strategije te se on koristi u tretmanu ovisnika na slobodi, a posebice u tretmanu ovisnika koji se nalaze na izdržavanju kazne u zatvorima i/ili kaznionicama (Hannah-Moffat, 2006; McSweeney, Turnbull i Hough, 2008; Jolley i Kerbs, 2010).

Pregled znanstvene i stručne literature pokazuje da programi za ovisnike utemeljeni na principima kriminogenih rizika i potreba smanjuju recidivizam za 25 do čak 60 posto (Gendreau, 1999; Andrews i Dowden, 2006). Također, istraživanja visokorizičnih ovisnika, koji su bili uključeni u intenzivne programe, potvrdila su znatnu redukciju recidivizma kod ove skupine

počinitelja (Andrews i sur., 1990; Andrews i Dowden, 2006). Ovime se posebno potvrđuje nužnost i važnost dobre i točne procjene rizika. U vezi s procijenjenim rizicima i potrebama zatvorenika ovisnika koji se uključuju u tretman, vrlo je bitno imati na umu **generalnu (opću) responzivnost i specifičnu responzivnost na tretman. Generalna responzivnost** (*eng. general responsivity*) podrazumijeva usklađivanje programa i intervencija za ovisnike utemeljenih na dokazima (evidence-based programs and interventions) s njihovim kriminogenim potrebama (Ferguson, 2002; Joley i Kerbs, 2010). Znanstveno dokazani modeli tretmana za ovisnike o drogama koji znatno pridonose smanjenju recidivizma su različite kognitivno-bihevioralne strategije i modeli socijalnog učenja, te bi takvi modeli trebali biti usklađeni s kriminogenim potrebama ovisnika kako bi tretman bio učinkovit (Andrews i sur., 1990; Andrews i Dowden, 2006; Jolley i Kerbs, 2010).

Specifična responzivnost (*eng. specific responsivity*) odnosi se na kreiranje generalnih modela tretmana i intervencija učinkovitih za skupinu ovisnika (kog.-bih. strategije, socijalno učenje), koji su usklađeni sa specifičnim potrebama ovisnika kao što su stilovi učenja, razina motivacije, osobnost, jake strane ovisnika (Andrews i Dowden, 2006; Andrews, Bonta i Wormith, 2006). Jolley i Kerbs (2010) smatraju da specifična responzivnost uključuje i usklađivanje karakteristika počinitelja i terapeuta te usklađivanje karakteristika terapeuta i tipa intervencije, što se za uspješan tretman također smatra vrlo važnim čimbenikom.

Od ostalih oblika tretmana ovisnika u zatvorima značajno je zastupljen i **model terapijskih zajednica**. U SAD-u djeluju mnoge terapijske zajednice koje postižu pozitivne rezultate u smanjenju stope recidivizma i zlouporabe droge. Značajni su, primjerice, programi Key/Crest u Delawareu, Cornerstone u Oregonu i Amity program (Inciardi i Lockwood, 1994; Prendergast, Hall i Wexler, 2003; NIDA, 2006).

Uspješnim u tretmanu ovisnika pokazali su se i **kognitivno-bihevioralni programi**. Tako su Pearson, Lipton, Cleland i Yee (Prendergast i sur. 2006 prema Pearson i sur., 2002) objavili meta-analizu 69 studija o učinkovitosti bihevioralnog i kognitivno-bihevioralnog tretmana u smanjenju recidivizma osuđenih. Rezultati su pokazali pozitivne učinke takvih pristupa u smanjenju recidivizma. Ovakvi učinci uglavnom ne vrijede za pristupe koji se temelje samo na bihevioralnoj terapiji, nego većinom kod programa koji kombiniraju kognitivne i bihevioralne tehnike.

Kognitivno-bihevioralna terapija u tretmanu ovisnika temelji se na načelu da je ovisnost naučeno ponašanje koje je moguće modificirati. Kognitivni pristup primarno je usmjeren na promjenu ovisničkog ponašanja kroz promjenu pogrešne kognicije (npr. disfunkcionalna uvjerenja) koja održava ponašanje, ili kroz promicanje pozitivne kognicije (npr. samoeфикаsnost) ili motivacije za promjenu ponašanja (Drummond i Perryman, 2007 prema Beck i dr., 1993).

Često korišteni pristupi su **kognitivna terapija, prevencija relapsa i terapija motivacijskog osnaživanja (*motivational enhancement*)**. Bihevioralni pristupi primarno su usmjereni na promjenu ponašanja kroz uvjetovano učenje - klasično i operantno uvjetovanje. Takvih je pristupa mnogo i međusobno su različiti, no uključuju intervencije kojima se nastoji ukloniti klasično uvjetovani odgovor (npr. izloženost podražaju i prevencija odgovora) ili se zasnivaju na instrumentalnom uvjetovanju (npr. osnaživanje za zajednicu - *community reinforcement*) ili **upravljanju poželjnim ponašanjem stimulacijom nagradom i kaznom (contingency management)** pri čemu se pozitivna ponašanja "za neuzimanje droge" pozitivno potkrjepljuju (Drummond i Perryman, 2007).

Probacija

Za mnoge osobe kojima je potreban tretman zbog ovisnosti, kontakt s kazneno-pravnim sustavom je njihova prva prilika za uključivanje u psihosocijalni tretman (Peters i Wexler, 2005). Ključan je prvi korak - identificirati počinitelje kaznenih djela koji trebaju tretman te pokušati uključiti počinitelja u tretman što ranije (Peters i Wexler, 2005). Tijekom provođenja određene sankcije ili mjere u zajednici prema načelima upravljanja slučajem (*eng. case managementa*) (Keetley i Weaver, 2004), probacijski službenici trebaju surađivati s državnim odvjetnicima i sudovima, ali i s pružateljima različitih oblika psihosocijalnog tretmana u zajednici u sklopu zdravstvenog i socijalnog sustava u svrhu osiguravanja počiniteljima kaznenih djela potrebnih usluga, nadzora i koordinacije te osiguravanja pravodobne intervencije u slučaju povećanja vjerojatnosti ponovnog počinjenja kaznenog djela (na primjer, odustajanje od tretmana, više uzastopnih pozitivnih testova). Nužna je dobra suradnja i s pružateljima psihosocijalnog tretmana u sklopu zatvorskog sustava u svrhu razmjene informacija i planiranja intervencija kada osuđenik nakon rada u probaciji „ulazi“ u zatvorski sustav ili ako iz zatvora, odnosno kaznionice, „dolazi“ u probacijski sustav, tj. u zajednicu. Posebnu je pozornost potrebno posvetiti motiviranju počinitelja kaznenog djela pri čemu se kod počinitelja kaznenih djela koji koriste droge učinkovitim pokazuje

motivacijsko intervjuiranje (*engl. motivational interviewing*) (Norton, 2012). Kako se u radu s ovisnicima učinkovitim pokazuje sustav nagrade i kazne (*eng. contingency management*), osim detektiranja propusta i prekršaja i u nedostatku materijalnih sredstava (vaučeri i sl.), a radi poticanja ustrajnosti počinitelja tijekom izvršavanja sankcija i mjera u zajednici, probacijska služba treba dodatno naglasak staviti na poticanje, priznanje i pohvalu za postignuti svaki napredak. Poseban problem u probacijskom radu predstavljaju tzv. „tehnička kršenja“ kao što su nedolazak na tretman ili pozitivan test na droge, što često dovodi do realizacije zatvorske kazne ili povratka u zatvor (Burke, Gelb i Horowitz, 2007). O poteškoćama je potrebno proslijediti informaciju ovlaštenom tijelu, a pozitivan test treba sagledavati u sklopu cjelokupnog rada s osuđenikom i njegovog dosadašnjeg napretka, te sukladno tome i formulirati preporuku probacijske službe.

5.3.2.2. Dijagnostika, procjena rizika i potreba

Pretpostavke za određivanje adekvatnih psihosocijalnih intervencija za svakog pojedinog zatvorenika ovisnika su: kvalitetna dijagnostika, procjena kriminogenih čimbenika i tretmanskih potreba te određivanje terapijskih ciljeva, odnosno terapijskog plana.

Dijagnoza ovisnosti postavlja se za vrijeme boravka u Centru za dijagnostiku, na temelju multidisciplinarnе obrade (psihijatar u suradnji s liječnikom opće medicine, psihologom, pravnikom-kriminologom, socijalnim pedagogom, socijalnim radnikom). U zatvorima za zatvorenike koji izdržavaju kaznu do 6 mjeseci te u odgojnim zavodima i maloljetničkom zatvoru, dijagnozu ovisnosti postavlja liječnik/psihijatar u suradnji s odjelom tretmana. Za postavljanje dijagnoze ovisnosti nužno je prethodno utvrditi postojanje povijesti ovisnosti (na temelju nalaza i odgovarajuće dokumentacije te iskaza zatvorenika).

U Centru za dijagnostiku, nakon utvrđivanja dijagnoze ovisnosti potrebno je izvršiti procjenu rizičnosti zatvorenika (klinička procjena i/ili instrumentarij za procjenu rizičnosti). Procjena ovisnikovog stupnja rizika (rizika od recidiva) predstavlja prvi korak u determiniranju tijeka tretmana, te vrste i intenziteta intervencija koje će osobi biti ponuđene unutar zatvorskog sustava. U zatvorima za zatvorenike koji izdržavaju kaznu do 6 mjeseci, procjenu rizičnosti obavlja socijalni pedagog, psiholog ili socijalni radnik, odnosno druga stručna osoba odjela tretmana, na temelju kliničke procjene i/ili instrumentarija za procjenu rizičnosti.

Nakon identificiranja kriminogenih rizika i potreba, ovisnika je potrebno uključiti u program koji odgovara njegovim kriminogenim potrebama i stupnju rizika.

Pojedinačnim programom izvršavanja kazne zatvora utvrđuje se uključivanje u program tretmana. Osoba zadužena za provedbu posebnog programa - psihosocijalnog tretmana ovisnosti, tzv. terapeut (socijalni pedagog, psiholog, socijalni radnik) u suradnji s drugim članovima terapijskog tima (liječnik, psihijatar, stručni savjetnici za tretman) zajedno sa zatvorenikom utvrđuje terapijske ciljeve i terapijski plan. Terapijski plan obuhvaća predviđene intervencije i metode tretmana ovisnosti, odnosno modul u koji će se zatvorenik uključiti, i upisuje se u osobnik zatvorenika. Terapijski ciljevi i terapijski plan revidiraju se svakih 6 mjeseci, a prema potrebi i češće.

5.3.2.3. Psihosocijalni tretman kroz tri modula

Radi usklađivanja psihosocijalnog tretmana s individualnim rizicima i potrebama svakog pojedinog zatvorenika ovisnika te radi sprječavanja daljnje zlouporabe farmakoterapije opijatskim agonistima,⁷ tretman ovisnika u zatvorskom sustavu treba se provoditi kroz tri modula:

Modul 1: Za ovisnike o opijatima s terapijskim ciljem trajnog održavanja na supstitucijskoj terapiji (zatvorenici i zatvorenice)

Modul 2: Za ovisnike o opijatima koji su u postupku kratke ili spore detoksikacije s terapijskim ciljem uspostave apstinencije (zatvorenici i zatvorenice)

Modul 3: Drug-free - za ovisnike o svim vrstama ilegalnih droga (uključujući opijatske ovisnike) s terapijskim ciljem trajnog održavanja apstinencije (zatvorenici, zatvorenice i maloljetnici).

⁷ Statistički podaci o počinjenim stegovnim prijestupima, pronađenim stvarima i tvarima u kaznenom tijelu i/ili stvarima i tvarima pronađenim pri pokušaju unosa te testiranja zatvorenika na psihoaktivna sredstva upućuju da hrvatski zatvorski sustav za sada nema ozbiljnih problema s prisutnošću ilegalnih droga u kaznenim tijelima (Godišnja izvješća o stanju i radu kaznionica, zatvora i odgojnih zavoda za 2010., 2011., 2012. godinu). Međutim, kao vrlo ozbiljan problem javlja se zlouporaba psihofarmakoterapije od strane ovisnika o drogama i drugih zatvorenika, i to osobito terapije opijatskim agonistima, zbog čega se ne samo dovodi u pitanje učinkovitost liječenja opijatskih ovisnika nego se unutar zatvora i kaznionica stvara crno tržište lijekova koje generira nastanak novih ovisnika – ovisnika o buprenorfinu. Pritom valja napomenuti da je često riječ o osobama kod kojih po dolasku na izdržavanje kazne nije utvrđena opijatska ovisnost, pa čak ni ovisnost o drogama uopće.

Za uključivanje u modul 1 i 2 uvjet je dijagnoza ovisnosti o opijatima. Za uključivanje zatvorenika u modul 3 nije nužna dijagnoza ovisnosti, nego se uključuju i zatvorenici kod kojih su prisutni drogom uzrokovani poremećaji.

Konačnu odluku o uključivanju u Program tretmana ovisnika – modul 1, 2 ili 3, odnosno o prelasku iz jednog u drugi modul, donosi upravitelj kaznenog tijela na prijedlog stručnog tima.

Prije uključivanja u pojedini modul, stručni savjetnik za tretman provodi motivacijski intervju sa zatvorenikom ovisnikom.

U Modulu 1 dostupne su sljedeće intervencije, ovisno o razini rizika i potreba:

- supstitucijska i druga psihofarmakoterapija (održavanje) uz primjenu *Informiranog pristanka*,
- zdravstveno zbrinjavanje i liječenje bolesti povezanih s ovisnošću (hepatitis, HIV i dr.),
- smještaj odvojen od ovisnika uključenih u druge module (osobito modul 3) sukladno mogućnostima kaznenog tijela,
- edukacija,
- individualna suportivna terapija i savjetovanje,
- strukturirani program psihosocijalnog tretmana koji se temelji na kognitivno-bihevioralnom pristupu i prevenciji relapsa,
- redovite i izvanredne kontrole apstinencije,
- uključivanje u rad, obrazovanje i aktivnosti slobodnog vremena sukladno sposobnostima zatvorenika i mogućnostima kaznenog tijela,
- upravljanje poželjnim ponašanjem pozitivnim i negativnim potkrjepljenjem (CM): procjenjivanje uspješnosti provedbe pojedinačnog programa sukladno realizaciji utvrđenih terapijskih ciljeva, odobravanje pogodnosti sukladno uspješnosti provedbe pojedinačnog programa (uvažavajući procjenu rizičnosti),
- povezivanje s vanjskim institucijama i udrugama koje se bave tretmanom i liječenjem ovisnosti,
- uključivanje obitelji u tretman kroz povezivanje s vanjskim institucijama i udrugama koje se bave tretmanom i liječenjem ovisnosti,
- priprema poslijepenalnog prihvata i prevencija relapsa.

U Modulu 2 dostupne su sljedeće intervencije, ovisno o razini rizika i potreba:

- kratka detoksikacija do mjesec dana, spora detoksikacija kroz razdoblje od jednog do šest ili više mjeseci, uz primjenu *Informiranog pristanka*,
- zdravstveno zbrinjavanje i liječenje bolesti povezanih s ovisnošću (hepatitis, HIV i dr.),
- smještaj odvojen od ovisnika uključenih u druge module (osobito modul 1) sukladno mogućnostima kaznenog tijela,
- edukacija,
- individualna suportivna terapija i savjetovanje s naglaskom na motiviranje zatvorenika na uspostavu apstinencije i promjenu životnog stila,
- strukturirani program psihosocijalnog tretmana koji se temelji na kognitivno-bihevioralnom pristupu i prevenciji relapsa,
- redovite i izvanredne kontrole apstinencije,
- uključivanje u rad, obrazovanje i aktivnosti slobodnog vremena sukladno sposobnostima zatvorenika i mogućnostima kaznenog tijela,
- upravljanje poželjnim ponašanjem pozitivnim i negativnim potkrjepljenjem (CM): procjenjivanje uspješnosti provedbe pojedinačnog programa sukladno utvrđenim terapijskim ciljevima, odobravanje pogodnosti u skladu s uspješnosti provedbe pojedinačnog programa uvažavajući procjenu rizičnosti,
- povezivanje s vanjskim institucijama i udrugama koje se bave tretmanom i liječenjem ovisnosti,
- uključivanje obitelji u tretman kroz povezivanje s vanjskim institucijama i udrugama koje se bave tretmanom i liječenjem ovisnosti,
- *booster grupe* (grupe podrške) kroz modificiranu terapijsku zajednicu ili grupe liječenih ovisnika,
- priprema poslijepenalnog prihvata i prevencija relapsa.

U Modulu 3 dostupne su sljedeće intervencije, ovisno o razini rizika i potreba:

- zdravstveno zbrinjavanje i liječenje bolesti povezanih s ovisnošću (hepatitis, HIV i dr.),
- fizičko odvajanje od ovisnika uključenih u modul 1 (dijelom 2) sukladno mogućnostima kaznenog tijela,

- edukacija,
- individualna suportivna terapija i savjetovanje s naglaskom na motiviranje zatvorenika na održavanje apstinencije i na promjenu životnog stila,
- strukturirani program psihosocijalnog tretmana koji se temelji na kognitivno-bihevioralnom pristupu i prevenciji relapsa,
- redovite i izvanredne kontrole apstinencije,
- uključivanje u rad, obrazovanje i aktivnosti slobodnog vremena sukladno sposobnostima zatvorenika i mogućnostima kaznenog tijela,
- terapijski ugovor,
- upravljanje poželjnim ponašanjem pozitivnim i negativnim potkrjepljenjem (CM): procjenjivanje uspješnosti provedbe pojedinačnog programa u skladu s utvrđenim terapijskim ciljevima, odobravanje pogodnosti sukladno uspješnosti provedbe pojedinačnog programa uvažavajući procjenu rizičnosti,
- povezivanje s vanjskim institucijama i udrugama koje se bave tretmanom i liječenjem ovisnosti,
- uključivanje obitelji u tretman kroz povezivanje s vanjskim institucijama i udrugama koje se bave tretmanom i liječenjem ovisnosti,
- booster grupe (grupe podrške) kroz modificiranu terapijsku zajednicu ili grupe liječenih ovisnika,
- priprema poslijepenalnog prihvata i prevencija relapsa.

Sukladno postavljenim terapijskim ciljevima (koji se revidiraju prema potrebi, a obvezno svakih 6 mjeseci, odnosno svaka 3 mjeseca za kazne do 1 godine) razmatra se usklađenost intervencija s potrebama zatvorenika i rezultatima njegova tretmana, te eventualna potreba za promjenom modula. **O promjeni modula odlučuje se isključivo na sastanku stručnog tima kaznenog tijela, a odluka se upisuje u osobnik.** Po dolasku na izdržavanje kazne utvrđuju se kratkoročni terapijski ciljevi (do 6 mjeseci), a dugoročni sukladno mogućnostima, odnosno prema stručnoj procjeni. Nakon ostvarenih pozitivnih rezultata u tretmanu (npr. uspješnost provedbe pojedinačnog programa, redovito i aktivno sudjelovanje na grupnim sastancima u sklopu posebnog programa tretmana ovisnosti, testiranje stabilnosti apstinencije kroz izvanzavodske pogodnosti i sl.), u suradnji sa zatvorenikom određuju se dugoročni terapijski ciljevi. **Razine**

intervencije usklađuju se s razinom potreba (responzivnost). Sukladno navedenom, neće se prema svakom zatvoreniku za kojeg je predviđen određeni modul primijeniti sve intervencije i programi koje taj modul predviđa, ali se nikako neće primjenjivati intervencije koje tim modulom nisu predviđene. U slučaju potrebe za intervencijom koja nije predviđena modulom, predložit će se promjena modula sukladno utvrđenoj proceduri na sastanku stručnog tima kaznenog tijela.

5.3.3. Preporuke (protokoli) za provedbu smjernica u probaciji

Pri obavljanju probacijskih poslova, probacijske službe svakako bi trebale pravodobno prepoznati povezanost činjenja kaznenih djela i korištenja droga, tako da uz adekvatnu preporuku tijelu koje donosi odluku, budu i adekvatno tretirana. Probacijski službenici trebaju biti educirani za prepoznavanje simptoma zlorabe droga čak i kad sam počinitelj ne navodi problem ili ga zbog različitih razloga negira. U svom radu probacijski službenici također trebaju biti informirani o cijelom dijapazonu dostupnih različitih oblika psihosocijalnih oblika tretmana u zajednici, kako bi mogli kvalitetno ocijeniti mogućnosti ostanka počinitelja u zajednici kod dostave izvješća državnom odvjetniku ili sucu. Probacijski službenici ne provode psihosocijalni tretman ovisnika, već samo pojedine intervencije usmjerene na uključivanje ovisnika u postojeće oblike psihosocijalnog tretmana u zdravstvenom i socijalnom sustavu te u svrhu motiviranja počinitelja kaznenog djela za ustrajnost u tretmanu. U osiguravanju potrebnih oblika psihosocijalnog tretmana korisnicima droga, probacijska je služba stoga prvenstveno usmjerena na usku suradnju sa svim pružateljima različitih oblika psihosocijalnog tretmana namijenjenih ovisnicima u sklopu zdravstvenog i socijalnog sustava

6. STANDARDI I PRINCIPI ZA PROVEDBU SMJERNICA

6.1. Standardi kvalitete za provedbu smjernica

Psihosocijalne intervencije imaju tri aspekta:

- kompetenciju za provođenje,
- trening i superviziju,
- smatraju se nadogradnjom standardnog tretmana.

Psihosocijalni tretman mogu provoditi zdravstveni djelatnici, zdravstveni suradnici, djelatnici u sustavu socijalne skrbi, zatvorskom sustavu i probaciji te djelatnici i volonteri u terapijskim zajednicama, vodeći računa o njihovoj razini stručnih znanja i kompetencije. Za učinkovito

provođenje psihosocijalnih intervencija i unaprjeđenje njihove kvalitete nužni su sljedeći **standardi kvalitete**:

1. Edukacija osoblja

Kao minimum, **svatko tko provodi psihosocijalni tretman osoba koje zlorabe droge** treba sudjelovati u treningu definiranog programa, u organizaciji odgovarajuće stručne i/ili znanstvene institucije. Edukacija u odgovarajućoj stručnoj i/ili znanstvenoj instituciji trebala bi biti zasnovana prema temeljnom obrazovanju, popraćena adekvatnim popisom literature za učenje i informiranje o važećim pravnim propisima i aktima koji su osnova rada s osobama koje zlorabe opojne droge. Na temelju toga bi se stjecalo ovlaštenje za rad s osobama koje zlorabe opojne droge i narkoticima, a dobivalo bi se u obliku dokumenta po završenoj edukaciji.

2. Evaluacija i supervizija tretmana kao mjerilo kvalitete

Osobama u tretmanu zbog zlorabe droga nužno bi bilo ponuditi odgovarajuće psihosocijalne intervencije te je potrebno redovito provoditi evaluaciju tretmana i psihosocijalnih intervencija (procesnu, evaluaciju učinka i evaluaciju zadovoljstva klijenta). Također svim osobama koje provode psihosocijalni tretman potrebno je omogućiti odgovarajuću superviziju, a trebalo bi osnovati i koordinativne supervizijske timove koji će vršiti superviziju cjelokupnih smjernica.

3. Fizičko okruženje - psihosocijalne intervencije moraju se pružati u odgovarajućim prostornim uvjetima koji nude pacijentima sigurno i konstruktivno okruženje te zaštitu privatnosti. Maloljetnici i odrasle osobe koje konzumiraju droge 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).

4. Etička načela - osoblje koje pruža usluge psihosocijalnog tretmana treba se pridržavati profesionalnog i etičkog kodeksa sukladno svojoj struci te poštivati privatnost, dostojanstvo i vrijednost svake osobe bez obzira na njegovo podrijetlo, nacionalnost, vjersku pripadnost, rasu ili bilo koje drugo obilježje, i bez obzira na njegov trenutačni društveni položaj ili status.

5. 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

zdravstvenih djelatnika (liječnika, medicinskih sestara) i zdravstvenih suradnika, odnosno pomažućih struka, kao i međuresorna suradnja zdravstvenih ustanova, ustanova socijalne skrbi i zatvorskog sustava te suradnja s terapijskim zajednicama i organizacijama civilnog društva. Uz to potrebno je osigurati i unaprijediti međusobnu suradnju različitih ustanova unutar istog sustava (zdravstvenog, socijalnog i zatvorskog), pa bi zbog toga trebalo razmotriti uspostavljanje sporazuma (protokola) o suradnji među različitim dionicima.

6.2. Definiranje državnih tijela i/ili stručnih institucija koje će usvojiti Smjernice i vršiti nadzor nad njihovom provedbom

Smjernice će biti dostavljene na mišljenje relevantnim strukovnim organizacijama i stručnim institucijama, ovlaštenim državnim tijelima te stavljene na internetsku stranicu Ureda za suzbijanje zlouporabe droga radi javne rasprave. Nakon što se usklade s primjedbama zainteresirane stručne javnosti i mišljenjima relevantnih državnih tijela psihosocijalnog tretmana ovisnika, Smjernice će na prijedlog Ureda usvojiti Povjerenstvo za suzbijanje zlouporabe droga Vlade Republike Hrvatske i mjerodavna ministarstva:

1. Ministarstvo zdravlja
2. Ministarstvo socijalne politike i mladih
3. Ministarstvo pravosuđa.

Superviziju i nadzor Smjernica u zdravstvenom sustavu, socijalnom i zatvorskom sustavu provodit će ovlaštene stručne službe navedenih ministarstava. Svako od mjerodavnih ministarstava trebalo bi samostalno ili u suradnji s Uredom za suzbijanje zlouporabe droga organizirati edukacije za sve djelatnike koji sudjeluju u provedbi psihosocijalnog tretmana. Ministarstva i ovlaštene službe u pojedinim resorima samostalno odabiru stručne i/ili znanstvene ustanove ili samostalne stručnjake koji će provoditi edukacije o pojedinim oblicima psihosocijalnog tretmana i psihosocijalnih intervencija. Ured za suzbijanje zlouporabe droga zadužen je za predstavljanje Smjernica te organiziranje edukacija o njima.

7. DODACI

7.1. Literatura

1. Ajduković, M. i Janković, J. (1995). *Prevenција poremećaja u ponašanju kod djece stradalnika rata*. Zagreb: Ministarstvo rada i socijalne skrbi, Unicef i Društvo za psihološku pomoć.
2. Ajduković, M., Radočaj, T. i suradnici (2008). *Pravo djeteta na život u obitelji*. Zagreb: Ured UNICEF-a za Hrvatsku.
3. Andrews, D. A. i Bonta, J. (2006). *The Psychology of Criminal Conduct (4th ed.)*. Newark, NJ: LexisNexis.
4. Andrews, D. A. i Dowden, C. (2006). Risk Principle of Case Classification in Correctional Treatment: A Meta-Analytic Investigation. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*. 50:88-100.
5. Andrews, D. A., Bonta, J. i Wormith, S. J. (2006). The Recent Past and Near Future of Risk and/or Need Assessment. *Crime and Delinquency*. 52:7-27.
6. Andrews, D. A., Zinger, I., Hoge, R. D., Bonta, J., Gendreau, P. i Cullen, F. (1990). Does Correctional Treatment Work? A Clinically Relevant and Psychologically Informed Meta-Analysis. *Criminology*. 28(3):369-404.
7. Azrin, N. H., Donohue, B., Besalel, V. A., Kogan, E. S., i Acierno, R. (1994). Youth Drug Abuse Treatment: A Controlled Outcome Study. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 3:1-15.
8. Azrin, N. H., McMahon, P. T., Donohue, B., Besalel, V. A., Lapinski, K. J., Kogen 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.
9. Baron, J. (2001). Confusion of Group-Interest and Self-Interest in Parochial Cooperation on Behalf of a Group. *Journal of Conflict Resolution*. 45(283-296).
10. Belenko, S. i Peugh, J. (2005). Estimating Drug Treatment Needs among State Prison Inmates. *Drug and Alcohol Dependency*. 77:269-281.
11. Belenko, S. i Peugh, J. (2005). Estimating Drug Treatment Needs among State Prison Inmates. *Drug and Alcohol Dependency*. 77:269-281.

12. Blagys, M. D. i Hilsenroth, M. J. (2000). Distinctive Features of Short-Term Psychodynamic-Interpersonal Psychotherapy: A Review of the Comparative Psychotherapy Process. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 7(2):167-188.
13. Blumenthal, S. J. (2008). Women and Substance Abuse: A New National Focus Drug Addiction. *NIDA Research and the Health of Women*. Posjećeno 14. kolovoza 2008. na internet stranici: /www.nida.nih.gov/PDF/DARHW/013-032_Blumenthal.pdf
14. Buddy, T. (2012). *Cognitive Behavior Therapy for Addiction*. About.com Guide.
15. 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.
16. Burke, P., Gelb, A. i Horowitz, J. (2007). When Offenders Break the Rules: Smart Responses to Parole and Probation Violations. *Public Safety Police Brief*. 3:1-8.
17. Burke, P., Gelb, A. i Horowitz, J. (2007). When Offenders Break the Rules: Smart Responses to Parole and Probation Violations. *Public Safety Police Brief*. 3:1-8.
18. Carroll, K. M. (1998). *Therapy Manuals for Drug Addiction – A Cognitive-Behavior Approach: Treating Cocaine Addiction*. Maryland: National Institute on Drug Abuse.
19. Carroll, K. M., Ball, S. A., Martino, S., Nich, C., Babuscio, T. A. i Rounsaville, B. J. (2009). Enduring Effects of a Computer-Assisted Training Program for Cognitive Behavioral Therapy: A 6-Month Follow-up of CBT4CBT. *Drug and Alcohol Dependence*. 100(1-2):178-181.
20. Crits-Christoph, P. (1992). The Efficacy of Brief Dynamic Psychotherapy: A Meta-Analysis. *The American Journal of Psychiatry*. 149(2):151-158.
21. Cullen, F. (2004). „Rehabilitation and Treatment Programs“. U: Wilson, J. Q. i Petersilia, J. (ur.): *Crime: Public Policies for Crime Control*. Oakland: Institute for Contemporary Studies. 253-290.
22. Cullen, F. (2004). Rehabilitation and Treatment Programs. U: Wilson, J. Q. i Petersilia, J. (ur.) *Crime: Public Policies For Crime Control Oakland*. California: Institute for Contemporary Studies, 253-290.
23. Cunningham, P. B., Donohue, B., Randall, J., Swenson, C. C., Rowland, M. D., Henggeler, S. W. (2002). *Integrating Contingency Management into Multisystemic Therapy*. Charleston: Family Services Research Center, Medical University of South Carolina.

24. *Definition of Motivational Interviewing* (2013). Posjećeno 01. srpnja 2013 na internet stranici <http://www.motivationalinterview.org/Documents/>
25. DeMatteo, D. S., Marlowe D. B. i Festinger D. S. (2006). Secondary Prevention Services for Clients Who are Low Risk in Drug Court: A Conceptual Model. *Crime & Delinquency*. 52:114-134.
26. 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.
27. *Drug Misuse: Psychosocial Interventions* (2007). NICE clinical guideline 51. London: National Institute for Health and Clinical Excellence.
28. Drummond, D. C. i Perryman, K. (2007). *Psychosocial Interventions in Pharmacotherapy of Opioid Dependence: A Literature Review*. Geneva: Background document prepared for third meeting of Technical development group (tdg) for the WHO "Guidelines for Psychosocially Assisted Pharmacotherapy of opioid dependence", 17-21 september 2007.
29. Dutra, L., Stathopoulou, G., Basden, S. L., Leyro, T. M., Powers, M. B. i Otto, M. W. (2008). A Meta-Analytic Review of Psychosocial Interventions for Substance Use Disorder. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 165:179-187.
30. *EMCDDA online glossary* (2013). European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Posjećeno 01. srpnja 2013. godine na internet stranici: www.emcdda.europa.eu.
31. Farabee, D., Prendergast, M. L., Cartier, J., Wexler, W., Knight, K. i Anglin, M. D. (1999). Barriers to Implementing Effective Correctional Treatment Programs. *The Prison Journal*. 79(2):150-162.
32. Ferguson, J. L. (2002). Putting the "What Works" Research Into Practice: An Organizational Perspective. *Criminal Justice and Behavior*. 29:472-492.
33. Gazdek, D. (2011). *Informirani pristanak u liječenju ovisnosti o opijatima* (doktorska disertacija). Zagreb, Medicinski fakultet.
34. Gendreau, P. (1999). Rational Policies for Reforming Offenders. *ICCA Journal on Community Corrections*. 9:16-20.
35. Gendreau, P. (1999). Rational Policies for Reforming Offenders. *ICCA Journal on Community Corrections*. 9:16-20.

36. Glover, I. (2013). *Counseling Psychology Phd. and MA Degree*. Walden Univeristy. Posjećeno 02. srpnja 2013. na internet stranici: <http://international.waldenuniversity.com/walden-programs/psychology/doctoral/ph-d-in-psychology/>.
37. Godley, S.H., Godley, M.D., Wright, K.L., Funk, R. R. i Petry, N. M. (2008). Contingent Reinforcement of Personal Goal Activities for Adolescents with Substance Use Disorders During Post-Residential Continuing Care. *The American Journal on Addictions*. 17(4):278-286.
38. 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.
39. Griffith, J. D., Rowan-Szal, G. A., Roark, R. R. i Simpson, D. D. (2000). Contingency Management in Outpatient Methadone Treatment: A Meta-Analysis. *Drug and Alcohol Dependence*. 58(1-2):55-66.
40. *Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence* (2009). WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
41. *Guidelines for the Treatment of Drug Dependence: A European Perspective* (2011). European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
42. Hannah-Moffat, K. (2006). Pandora's Box: Risk/Need and Gender-Responsive Corrections. *Criminology and Public Policy*. 5(1):183-192.
43. Harrel, A. i Roman, J. (2001). Reducing Drug Use and Crime among Offenders: The Impact of Graduated Sanctions. *Journal of Drug Issues*. 31(1):207-232.
44. Iniciardi, J. A. i Lockwood, D. (1994). Delaware Treatment Program presents promising results. *Corrections Today*. 56(1):34-39.
45. Iniciardi, J. A. i Lockwood, D. (1994). Delaware Treatment Program Presents Promising Results. *Corrections Today*. 56(1):34-39.
46. Institute of Medicine (2011). *Developing Evidence-Based Standards for Psychosocial Interventions for Mental Disorders*. Washington: Institute of Medicine, 2011.

47. 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.
48. Janković J. i Koren Mrazović, M. (2012). *Male kreativne socijalizacijske skupine 1982-2012*. Zagreb: Udruga Poticaj.
49. Janković, J. i Bašić, J. (2001). *Rizični i zaštitni čimbenici u razvoju poremećaja u ponašanju djece i mladih*. Zagreb: Povjerenstvo Vlade RH za prevenciju poremećaja u ponašanju djece i mladeži i zaštitu djece s poremećajima u ponašanju.
50. Jolley, J. M. i Kerbs, J. J. (2010). Risk, Need and Responsivity: Unrealized Potential for the International Delivery of Substance Abuse Treatment in Prison. *International Criminal Justice Review*. 20(3): 280-301.
51. Kamon, J. L., Budney, A. J. i Stanger, C. (2005). A Contingency Management Intervention for Adolescent Marijuana Abuse and Conduct Problems. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 44(6):513-521.
52. Kandall, S. i Petrillo, J. (1996). *Substance and Shadow: Women and Addiction in the United States*. Cambridge: Harvard University Press.
53. Kandall, S.R. (2008). Women and Addiciton in the United States-1920 to the Present. U: Wetherington, C. Lee. *Drug Addiciton Research and the Health of Women*, 54-73. Rockville: National Institutes of Health NIDA.
54. Keetley, K. i Weaver, T. (2004). „*Evaluation of the Drug Interventions Programme: Literature Review of Case Management*“, unpublished paper. Centre for Research on Drugs and Health Behaviour. London: Imperial College.
55. Keetley, K. i Weaver, T. (2004). *Evaluation of the Drug Interventions Programme: Literature Review of Case Management*, unpublished paper. Centre for Research on Drugs and Health Behaviour. London: Imperial College.
56. Krishnan-Sarin, S., Duhiq, A. M., McKee, S. A., McMahon T. J., Liss, T., McFetridge, A. i Cavallo, D. A. (2006). Contingency Management for Smoking Cessation in Adolescent Smokers. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*. 14(3):306-310.
57. Leichsenring, F. i Leibing, E. (2003). The Effectiveness of Psychodynamic Therapy and Cognitive Behavior Therapy in the Treatment of Personality Disorders: a Meta-Analysis. *The American Journal of Psychiatry*. 160(7):1223-1232.

58. Leichsenring, F.(2001).Comparative Effects of Short-Term Psychodynamic Psychotherapy and Cognitive-Behavioral Therapy in Depression: a Meta-Analytic Approach. *Clinical Psychology Review*. 21(3):401-419.
59. Lemieux, C. M. (1998). Determinants of Expectation of Treatment Efficacy among Incarcerated Substance Abusers. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*. 42(3):233-245.
60. Lemieux, C. M. (1998). Determinants of Expectation of Treatment Efficacy Among Incarcerated Substance Abusers. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*. 42(3):233-245.
61. Liddle, H. A., Dakof, G. A., Parker, K., Diamond, G. S., Barrett, K. i Tejada, M. (2001). Multidimensional Family Therapy for Adolescent Drug Abuse: Results of Randomized Clinical Trial. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*.
62. Lowenkamp, C. T. i Latessa, E. J. (2005). Increasing the Effectiveness of Correctional Programming Through the Risk Principle: Identifying Offenders for Residential Placement. *Criminology & Public Policy*. 4(2):263-290.
63. Lowenkamp, C. T., Latessa, E. J. i Smith, P. (2006). Does Correctional Program Quality Really Matter? The Impact of Adhering to the Principles of Effective Intervention. *Criminology & Public Policy*. 5:575-594.
64. Lussier, J. P., Heil, S. H., Mongeon, J. A., Badger, G. J. i Higgins, S. T. (2006). A Meta-Analysis of Voucher-Based Reinforcement Therapy for Substance Use Disorders. *Addiction*. 101(2):192-203.
65. Malhotra, A., Basu, D. i Gupta, N. (2005). Psychosocial Treatment of Substance Use Disorders in Adolescents. *JAICAM*. 1(1):1-13
66. Marlowe, D. B. (2002). Effective Strategies for Intervening with Drug Abusing Offenders. *Villanova Law Review*. 47:989-1026.
67. McGovern, M.P. i Carroll, K. M. (2003). Evidence-Based Practices for Substance Use Disorders. *Psychiatric Clinics of North America*. 26: 991-1010.
68. McSweeney, T., Turnbull, P. J. i Hough, M. (2008). *The Treatment and Supervision of Drug-Dependent Offenders: A Review of the Literature Prepared for the UK Drug Policy Commission*. London: Institute for Criminal Policy Research, King's College London, UK Drug Policy Commission.

69. Messina, N., Burdon, W., Hagopian, G. i Prendergast, M. (2006). Predictors of Prison TC Treatment Outcomes: A Comparison of Men and Women Participants. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 32(1):7-28.
70. Messina, N., Burdon, W., Hagopian, G. i Prendergast, M. (2006). Predictors of Prison TC Treatment Outcomes: A Comparison of Men and Women Participants. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 32(1):7-28.
71. Mumola, C. J. i Bonczar, T. P. (1998). Substance Abuse and Treatment of Adults on Probation, 1995. *U. S. Department of Justice: Bureau of Justice Statistics Special Report*. 1-15.
72. *Nacionalna strategija suzbijanja zlouporabe droga u Republici Hrvatskoj za razdoblje od 2012. do 2017. godine* (2012). Zagreb: Narodne novine 122/12.
73. *Nacionalni akcijski plan suzbijanja zlouporabe droga u Republici Hrvatskoj za razdoblje od 2012. do 2014.* (2012). Zagreb: Ured za suzbijanje zlouporabe droga Vlade RH.
74. *NIDA Research - The Sixth Triennial Report to Congress (2000)*. National Institute on Drug Abuse. Posjećeno 16. studenog 2000. godine na internet stranici: <http://archives.drugabuse.gov/STRC/STRCIndex.html>.
75. *NIDA Research- The Sixth Triennial Report to congress* (2000). Posjećeno 16. studenog 2000. na mrežnoj stranici NIDA <http://www.nida.nih.gov/STRC/Role4.html>
76. *NIDA Research: Report Series-Therapeutic Community (2002)*. National Institute on Drug Abuse. Posjećeno 28. veljače 2003. godine na internet stranici: <http://www.drugabuse.gov/>.
77. Nikolić, S. (1991). *Psihijatrija dječje i adolescentne dobi*. Zagreb: Školska knjiga.
78. Norton, S. (2012). Motivational Interviewing: An Appropriate Model for Engaging Clients with Drug Abuse Problems in the Probation Service. *Irish Probation Journal*. 9:132-142.
79. *NSW Health, Drug and Alcohol Psychosocial Interventions: Professional Practice Guidelines* (2008). Sydney: Mental Health and Drug and Alcohol Office. NSW Department of Health.
80. Obiteljski zakon. *Narodne novine*, 116/03, 17/04, 136/04, 107/07, 61/11.
81. Opća skupština UN-a (1989). *Konvencija o pravima djeteta*. Dostupno na stranici www.unicef.hr

82. Peters, R. H. i Wexler, H. K. (2005). *Substance Abuse Treatment for Adults in the Criminal justice System. A Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 44*. Rockville: U.S. Department of Health and Human Services.
83. Peters, R. H., Hunt, W. M., Moore, K. A., Hills, H. A. i Young, M. S. (2007). Strategies for Implementing Evidence-Based Practice in Community: Substance Abuse Treatment Settings. *Journal of Drug Addiction, Education and Eradication*. 3(1):1-20.
84. Petran, Đ., Čarija, M., Habdija Šorša, A., Knežević, D., Orešković, S., Petrović, G., Radić, A., Ratkajec Gašević, G., Streha, J., Štengl, M. i Matutinović, A. (2012). *Prijedlog standarda kvalitete i smjernica u provedbi posebne obveze uključivanja u individualni ili grupni psihosocijalni tretman u savjetovalištu za mlade*. Posjećeno 7. prosinca 2012. godine na internet stranici: <http://centar.erf.unizg.hr/wp-content/uploads/2012/05/radna-verzija-standarda-kvalitete-pos-a.pdf>.
85. Petry, N. M. (2011). Contingency Management: What It Is and Why Psychiatrists Should Want to Use It. *Psychiatrist*. 35(5):161-163.
86. Petry, N. M. i Martin, B. J. (2002). Low-Cost Contingency Management for Treating Cocaine and Opioid Abusing Methadone Patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 70(2):398-405.
87. 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.
88. 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.
89. Pozaić, V., Hotujac, Lj., Sakoman, S., Jukić, I., Fuček, I. (1993). *Droga od beznade do nade*. Zagreb: Tipotisak.
90. *Pravilnik o vrsti i djelatnosti doma socijalne skrbi, načinu pružanja skrbi izvan vlastite obitelji, uvjetima prostora, opreme i radnika doma socijalne skrbi, terapijske zajednice, vjerske zajednice, udruge i drugih pravnih osoba te centra za pomoć i njegu u kući* (2009). Zagreb: Narodne novine 64/09.
91. Prendergast M. L. i sur. (2006). Contingency Management for Treatment of Substance Use Disorders: A Meta-Analysis. *Addiction*. 101(11):1546-1560.

92. Prendergast, M. L., Hall, E. A. i Wexler, H. K. (2003). Multiple Measures of Outcomes in Assessing a Prison-Based Drug Treatment Program. *Journal of Offender Rehabilitation*. 37(3/4):65-94.
93. 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.
94. *Principles of Drug Abuse Treatment for Criminal Justice Populations: A Research-Based Guide* (2006). Rockville: National Institute on Drug Abuse; NIH Publication.
95. *Principles of drug abuse treatment for criminal justice populations: A research-based guide* (2006). National Institute on Drug Abuse (NIDA), Rockville: NIH Publications, U.S. Department of Health and Human Services.
96. Rawson, R. A., McCann, M. J., Flammio, F., Shoptaw, S., Miotto, K., Reiber, C. i Ling, W. (2006). A Comparison of Contingency Management and Cognitive-Behavioral Approaches for Stimulant-Dependent Individuals. *Addiction*. 101(2):267-274.
97. Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L . L., et al. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: Results from The Epidemiologic Catchment Area Study. *Journal of the American Medical Association*, 264 , 2511-2518.
98. Robins, L.N. i Regier, D.A. (1991). *Epidemiologic Cachment Area (ECA)*. Psychiatric Disorders in America. New York: National Institute of Mental Health. Division of Clinical Research.
99. Stanger, C., Budney, A. J., Kamon, J. L. i Thoestensen, J. (2011). A Randomized Trial of Contingency Management for Adolescent Marijuana Abuse and Dependence. *Drug and Alcohol Dependence*. 105(3):240-247.
100. Stanton, D. M. i Shadish, W. R. (1997). Outcome, Attrition, and Family-Couples Tretmante for Drug Abuse: A Meta-Analysis and Review of the Controlled, Comparative Studies. *Psychological Bulletin*. 122(2):170-191.
101. Stranger, C. i Budney, A. J. (2010). Contingency Management Approaches for Adolescent Substance Use Disorderers. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 19(3):547-562.

102. Svartberg, M. i Stiles, T. C. (1991). Comparative Effects of Short-Term Psychodynamic Psychotherapy: a Meta-Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 59(5):704-714.
103. Šarić, J., Sakoman, S. i Zdunić, D. (2002). Zlouporaba droga i uključenost u kriminalno ponašanje. *Društvena istraživanja*. 11(2-3):58-59.
104. Tatalović Vorkapić, S., Antičević, V. i Dadić Hero, E. (2010). Mjerenje ovisnosti i kriminaliteta kod opijatskih ovisnika primjenom EPQ R/A. *Kriminologija i socijalna integracija*. 18(1):1-11.
105. Taxman, F. S. i Thanner, M. (2006). Risk, Need and Responsivity (RNR): It All Depends. *Crime & Delinquency*. 52:28–51.
106. Taxman, F. S., Perdoni, M. L. i Harrison, L. D. (2007). Drug Treatment Services for Adult Offenders: The State of the State. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 32(3):239-254.
107. Volpp, K. G., John, L. K., Troxel, A. B., Norton, L., Fassbender, J. i Loewenstein, G. (2008). Financial Incentive-Based Approaches for Weight Loss: A Randomized Trial. *JAMA*. 300(22):2631-2637.
108. 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.
109. 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.
110. Werner, M. J., Joffe, A., G., Antonette, V. (1999). Screening, Early Identification, and Office-based Intervention with Children and Youth living in substance-abusing Families. *Pediatrics*. 3. 1099-1112.
111. Wilson, D. B., Mitchell, O. i MacKenzie, D. L. (2006). A Systematic Review of Drug Court Effects on Recidivism. *Journal of Experimental Criminology*. 2:459-487.
112. Wilson, D. B., Mitchell, O. i MacKenzie, D. L. (2006). A Systematic Review of Drug Court Effects on Recidivism. *Journal of Experimental Criminology*. 2:459-487.
113. Wolff, N. (2005). Community Reintegration of Prisoners with Mental Illness: A Social Investment Perspective. *International Journal of Law and Psychiatry*. 28:43-58.

114. Woods, M. i Hollis, F. (2000). *Casework: A Psychosocial Therapy, 5th. Edition.*
New York: McGraw-Hill.
115. Zakon o socijalnoj skrbi. *Narodne novine*, 33/12.
116. Zakon o sudovima za mladež. *Narodne novine*, 84/11.