

# Psihosocijalni aspekti ovisnika u terapijskoj zajednici

---

**Popović, Antonia**

**Undergraduate thesis / Završni rad**

**2015**

*Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj:* **University of Split / Sveučilište u Splitu**

*Permanent link / Trajna poveznica:* <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:176:235203>

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

*Download date / Datum preuzimanja:* **2024-04-19**



Sveučilišni odjel zdravstvenih studija  
SVEUČILIŠTE U SPLITU

*Repository / Repozitorij:*

[Repository of the University Department for Health Studies, University of Split](#)



UNIVERSITY OF SPLIT



DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJ

SVEUČILIŠTE U SPLITU  
Podružnica  
SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA  
PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ  
SESTRINSTVA

**Antonia Popović**

**PSIHOSOCIJALNI ASPEKTI OVISNIKA  
U TERAPIJSKOJ ZAJEDNICI**

**Završni rad**

Split, 2015. godina

SVEUČILIŠTE U SPLITU  
Podružnica  
SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA  
PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ  
SESTRINSTVA

**Antonia Popović**

**PSIHOSOCIJALNI ASPEKTI OVISNIKA  
U TERAPIJSKOJ ZAJEDNICI**

**PSYCHOSOCIAL ASPECTS OF DRUG ADDICTS  
IN A THERAPEUTIC COMMUNITY**

**Završni rad / Bachelor's thesis**

Mentor:  
**doc. dr. sc. Boran Uglešić**

Split, 2015. godina

## **SADRŽAJ:**

|                                                                                                                        |          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| <b>1. UVOD .....</b>                                                                                                   | <b>1</b> |
| 1.1. OVISNOST .....                                                                                                    | 2        |
| 1.1.1. POVIJEST OVISNOSTI .....                                                                                        | 2        |
| 1.1.2. VRSTE OVISNOSTI .....                                                                                           | 3        |
| 1.1.3. FENOMENOLOGIJA OVISNOSTI.....                                                                                   | 4        |
| 1.1.4. ZLOUPORABA SREDSTAVA OVISNOSTI.....                                                                             | 5        |
| 1.2. TKO JE OVISNIK? .....                                                                                             | 5        |
| 1.3. TEORIJSKI PRISTUPI ISTRAŽIVANJU FENOMENA OVISNOSTI O<br>DROGAMA I ZLOUPORABE DROGE U SOCIOLOGIJI I PSIHOLOGIJI .. | 6        |
| 1.3.1. GENETIČKI I BIOLOŠKI PRISTUP .....                                                                              | 6        |
| 1.3.2. TEORIJSKI PRISTUP UVJETOVANJU .....                                                                             | 6        |
| 1.3.3. TEORIJA ADAPTACIJE.....                                                                                         | 7        |
| 1.3.4. BIOPSIHOSOCIJALNI PRISTUP .....                                                                                 | 7        |
| 1.3.5. TEORIJSKI PRISTUP DRUŠTVENOG PROBLEMA .....                                                                     | 8        |
| 1.3.6. INDIVIDUALNO REAGIRANJE NA DRUŠTVENU SITUACIJU<br>ANOMIJE.....                                                  | 8        |
| 1.3.7. DELIKVENTNA SUPKULTURA .....                                                                                    | 9        |
| 1.3.8. DELIKVENCija KAO SLOBODNI IZBOR I TEORIJA ETIKETIRANJA                                                          | 9        |
| 1.3.9. ZLOUPORABA DROGE I OVISNOSTI O DROGAMA KAO TENZIJA<br>MODERNOG DRUŠTVA .....                                    | 10       |
| 1.4. CIVILIZACIJA KORISNOSTI.....                                                                                      | 11       |
| 1.4.1. UTJECAJ VIRTUALNE DIKTATURE .....                                                                               | 12       |
| 1.4.2. DOMINANTNE OSOBINE RODITELJA .....                                                                              | 12       |
| 1.4.3. PRKOS KAO NORMA.....                                                                                            | 13       |
| 1.4.4. OBITELJ – EKSPRES LONAC .....                                                                                   | 14       |
| 1.4.5. RODITELJI – MORALNO SREDIŠTE .....                                                                              | 15       |
| 1.4.6. SAMOPOŠTOVANJE - PRIRODNI NUSPROIZVOD DOBROG ODGOJA<br>DJETETA .....                                            | 16       |
| 1.5. TERAPIJSKA ZAJEDNICA.....                                                                                         | 17       |
| 1.5.1. ZNAČAJKE OSOBE .....                                                                                            | 18       |
| 1.5.2. DROGA – SUSTAV VRIJEDNOSTI OVISNOSTI.....                                                                       | 18       |

|                                                                                   |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1.5.3. OVDJE I SADA .....                                                         | 19        |
| <b>2. CILJ RADA .....</b>                                                         | <b>20</b> |
| <b>3. RASPRAVA .....</b>                                                          | <b>21</b> |
| 3.1. PSIHO SOCIJALNA REHABILITACIJA .....                                         | 21        |
| 3.1.1. UČINKOVITE PSIHO SOCIJALNE INTERVENCIJE.....                               | 23        |
| 3.1.1.1. Savjetovanje .....                                                       | 24        |
| 3.1.1.2. Prihvat – filter za prvo vrednovanje i motivaciju korisnika .....        | 25        |
| 3.1.1.3. Grupna terapija .....                                                    | 27        |
| 3.1.1.4. Radna i okupacijska terapija.....                                        | 28        |
| 3.1.1.5. Samopomoć i uzajamna pomoć.....                                          | 28        |
| 3.1.1.6. Individualna terapija .....                                              | 28        |
| 3.1.1.7. Rad s obitelji.....                                                      | 29        |
| 3.1.1.8. Edukacija o zaraznim bolestima .....                                     | 30        |
| 3.1.1.9. Resocijalizacija.....                                                    | 30        |
| 3.2. NORME KAO SUSTAV VRIJEDNOSTI.....                                            | 31        |
| 3.2.1. ISKAZIVANJE EMOCIJA .....                                                  | 32        |
| 3.2.2. HIJERARHIJA I ODGOVORNOST .....                                            | 32        |
| 3.2.3. SUOČAVANJE .....                                                           | 32        |
| 3.2.4. FORMALNA I NEFORMALNE ZAJEDNICE .....                                      | 33        |
| 3.3. SESTRINSKA PRAKSA U RADU S OVISNICIMA.....                                   | 33        |
| 3.3.1. TERAPIJSKI ODNOS MEDICINSKA SESTRA – OVISNIK.....                          | 34        |
| 3.3.1.1. Zdravstveni djelatnici – karakteristike ovisnika.....                    | 34        |
| 3.3.1.2. Uloga medicinske sestre – terapeuta u terapijskoj zajednici .....        | 34        |
| 3.3.1.3. Rad medicinske sestre s obiteljima bolesnika .....                       | 35        |
| 3.3.1.4. Medicinska sestra i edukacija .....                                      | 35        |
| 3.3.1.5. Kompetencije medicinske sestre u radu s ovisnicima – resocijalizacija 36 |           |
| 3.3.1.6. Cilj – što duža apstinencija.....                                        | 36        |
| 3.3.1.7. Najčešće intervencije u sestrinskom radu.....                            | 37        |
| 3.3.1.8. Rezultat možda nije vidljiv, ali je tu i velik je.....                   | 37        |
| 3.4. MINI ISTRAŽIVANJE .....                                                      | 38        |
| 3.4.1. REZULTATI ISTRAŽIVANJA.....                                                | 38        |
| <b>4. ZAKLJUČAK .....</b>                                                         | <b>40</b> |

|                            |           |
|----------------------------|-----------|
| <b>5. LITERATURA .....</b> | <b>41</b> |
| <b>6. SAŽETAK .....</b>    | <b>42</b> |
| <b>7. SUMMARY .....</b>    | <b>43</b> |
| <b>8. ŽIVOTOPIS.....</b>   | <b>44</b> |

# 1. UVOD

Biljne droge, zbog njihovog neobičnog djelovanja da mijenjaju uobičajenu sliku svijeta, upotrebljavane su još u pretpovijesno doba. Iz prvih povijesnih zapisa vidljivo je da su narodi vjerovali u njihova natprirodna svojstva. Prema povijesnim podacima, pojedina sredstva ovisnosti bila su lijek, a danas su mnoga psiho farmakološka sredstva postala droge. Masovna upotreba droge u Europi počela je u prošlom stoljeću, a nakon Drugog svjetskog rata, ovisnost o drogama je počela biti sve veći medicinski i društveni problem i u razvijenim zemljama, i u zemljama u razvoju. Zadobila je obilježja fenomena koji je vezan za pripadajuće stilove življenja i supkulture a ne samo uz pojedince.

Danas su psihoaktivna sredstva izuzetno osjetljiv i aktualan društveni i znanstveni problem. Sve je više osoba koje upravo pomoću psihoaktivnih tvari pokušavaju rješavati svoje životne i druge probleme. Zloupotreba droge toliko je raširena da obuhvaća sve društvene grupe i slojeve neovisno o bilo kojem kriteriju njihove pripadnosti, a starosna granica među ovisnicima sve je niža. Bez obzira koliko pojedine države, ali i društvene zajednice, angažiraju sredstava i napora da se ovaj fenomen zaustavi, na globalnoj razini zloupotreba droga pobjeđuje. Kažemo pobjeđuje jer se sve više širi po broju korisnika, po vrstama koje se uvode u upotrebu, ali i po učestalosti uzimanja.

U ovom radu baviti ćemo se psihosocijalnim aspektom ovisnika u terapijskim zajednicama. Nećemo se upuštati u to kako sama droga utječe na organizam, jer bi se tada upustili u dijagnosticiranje i medicinski model liječenja, znači u prvom planu neće biti droga, već osoba. Govoriti ćemo o osobi koja je izabrala na umjetni način zadovoljavati svoje potrebe i koja je izgubila kontrolu nad drugim mogućnostima izbora.

„Ništa lakše nego u ime vanjske slobode uništiti unutrašnju slobodu čovjeka.”

R. Tagore

## **1.1. OVISNOST**

Ovisnost je duševno, a ponekad i tjelesno stanje koje nastaje međudjelovanjem živog organizma i sredstva ovisnosti. Obilježavaju ga ponašanje i drugi duševni procesi koji uvijek uključuju prisilu za povremenim ili redovitim uzimanjem sredstava ovisnosti u namjeri da se doživi njegov učinak na duševne procese ili da se izbjegne nelagoda zbog odsutnosti takvog sredstva. Ovisnost može biti: psihička, fizička ili kombinacija ova dva vida (1).

Riječ ovisnost je sastavnica prijedloga „o” i glagola „visjeti”, a označuje da se o nekome ili nečemu visi, da je vezan. Značenje te riječi je nesposobnost za slobodu, nemoć da se čovjek oslobodi. Ovisnost bilo koje vrste vezuje se za slobodu, biti ne – slobodan znači biti ovisan, gdje osobnost bez neke vanjske ili unutarnje prisile nema utjecaja u odlučivanju. To znači ne biti slobodan u cjelokupnoj interpretaciji svojih unutarnjih odnosa sa samim sobom, te sa svojom okolinom u svakodnevnoj nužnoj komunikaciji zajednice, vremena, epohe u kojoj čovjek pokušava ostvariti svoj smisao (2).

### **1.1.1. POVIJEST OVISNOSTI**

Otkad povijest pamti, svako je društvo upotrebljavalo droge koje su imale utjecaj na raspoloženje, mišljenje, osjećaje i doživljavanje samog sebe i okoline. Isto tako, uvijek je bilo pojedinaca koji se nisu slagali s opće prihvaćenim društvenim običajima o vremenu, načinu, količini i vrsti upotrijebljene droge. Društvo je pak svojim stavovima snažno utjecalo na ponašanje svojih članova, što jako varira od društva do društva, ali isto tako i unutar pojedinih zajednica istoga društva. Stavovi o tome što je dopušteno, a što je zabranjeno mijenjaju se od vremena do vremena unutar istog društva (3).

Prema povijesnim podacima, pojedina sredstva ovisnosti su bila lijek, a danas su mnoga psiho farmakološka sredstva postala droge. Masovna upotreba droga u Europi počela je tek u prošlom stoljeću. 1804. godine izumljen je injekcijski pribor, a 1943.



godine halucinogena droga LSD. Opijum i hašiš se na Zapadu pojavljuju tek početkom 19. stoljeća, a javnost ih je počela upoznavati kroz književnost esteta i pjesnika koji su bili u potrazi za novim senzacijama. Nakon tog književnog razdoblja znatiželje uslijedilo je razdoblje psihološkog i medicinskog interesa. 1840. godine francuski psihopatolog Moreau iz Toursa je objavio važan rad o halucinacijskim i mentalnih poremećajima koje uzrokuje hašiš. 1909. godine uviđajući opasnost koju siju droge učinjen je pokušaj da se na svjetskoj razini suzbije to zlo, te je osnovana Međunarodna opijumska komisija, koja je utvrdila načela o kontroli opojnih droga. 1912. godine donošenjem Haške konvencije pokušalo se zaustaviti širenje opijata i drugih sredstava ovisnosti. To isto se usvojilo na Ženevskoj konvenciji 1925. godine i na drugim konvencijama 1931., 1936. i 1948. godine. Nakon drugog svjetskog rata, ovisnosti o drogama počinju biti sve veći društveni i medicinski problemi u razvijenim zemljama, ali i u zemljama u razvoju. Od 1946. godine djeluje stalna Komisija za narkotike u sklopu Ujedinjenih Naroda. Droga je nakon drugog svjetskog rata počela zadobivati obilježja masovnog fenomena koji nije vezan samo uz pojedince nago za određene supkulture i pripadajuće stilove življenja (3).

### **1.1.2. VRSTE OVISNOSTI**

Droga – postoji više tipova droge koji na čovjeka djeluju na različite načine. Neke droge ostavljaju lakše, neke teže posljedice, ali nema bezopasnih! Pogotovo kada se izrode u naviku i ovisnost. Postoji više vrsta droga, a isto tako i više načina uzimanja droge. Droga se može konzumirati pomoću ušmrkavanja, pušenjem ili injekcijom.

Alkohol – se često ne smatra drogom, uglavnom zato što se koristi u društvene i religijske svrhe u većini krajeva svijeta. Alkohol je droga, te prinudno i prekomjerno pijenje je postalo jedan od ozbiljnih problema modernog društva. Efekti pijenja ne ovise o tipu alkoholnog pića, nego o količini konzumiranog alkohola.

Kad čujemo riječ ovisnost, prva asocijacija je ovisnost o drogama, alkoholu, cigaretama ili kavi. U novije vrijeme, počinje se govoriti o ovisnicima o adrenalina, ovisnicima o seksu itd., ali ipak ne treba pretjerivati i neke uobičajene svakodnevne aktivnosti nazivati ovisnostima.

Razvoj tehnologije donosi i pojavu drugačijih oblika ovisnosti. Tako, primjerice, danas imamo ovisnike o televiziji, ovisnike o video-igrama, ovisnike o telefonima i mobitelima, ovisnike o računalima i mnoge druge slične ovisnosti. To su ovisnosti, ne o tvarima, već o tehničkim uređajima i onome što se pomoću njih postiže. Temeljna razlika je u tome što u organizam ne unosimo nikakve tvari već uporabom određenih tehničkih sredstava postizemo određeni stupanj zadovoljstva i ugone. Razlika je i u tome što se kod “tehnološke” ovisnosti ne stvara fiziološka ovisnost, kao kod alkoholizma ili narkomanije, već samo psihološka, ali ima štetne posljedice.

Ovisnost o kockanju – ovisnici o kocki i o bilo kojem drugom obliku riskiranja, zapravo su ovisni o učinku raznih hormona koji djeluju na mozak tijekom upražnjavanja ovisnosti. Ako ne postoji mogućnost većeg dobitka i gubitka, ovisnički se mozak ne aktivira u dovoljnoj mjeri. No, kad je u igri novac ili neka druga znatnija vrijednost, dolazi do snažnih elektrokemijskih procesa u mozgu već pri razmišljanju o predstojećem kockarskom činu.

Sve vrste ovisnosti su bolest same po sebi, te nam ne mogu donijeti ništa dobro. Svaka ovisnost je opasna, i za ovisnika i za ljude oko njega. Ljudi postaju ovisni, a da toga nisu ni svjesni (1).

### **1.1.3. FENOMENOLOGIJA OVISNOSTI**

Istina je da se fenomenologija narkomanije značajno promijenila u zadnja tri desetljeća. Dok se u šezdesetim i sedamdesetim godinama 20. stoljeća ona mogla promatrati kao socijalni i društveni protest mladih protiv moralnih i društvenih normi danas to nije slučaj. U to vrijeme mladi su odbacivali ustaljene norme ponašanja, te zadovoljstvo otpora protiv onih koji su imali moć u svojim rukama. Danas je situacija znatno drugačija, razlozi uzimanja droge su drugačiji, te ona više nije sredstvo borbe protiv društva (1).

#### **1.1.4. ZLOUPORABA SREDSTAVA OVISNOSTI**

Kada govorimo o zlouporabi droga, mislimo na društveno neprihvatljivu uporabu ilegalnih sredstava ovisnosti (droga), koji zbog svojih psihoaktivnih učinaka mogu izazvati štetne posljedice za pojedinca i društvo (4).

### **1.2. TKO JE OVISNIK?**

Ovisnik o drogi je osoba koja pokazuje znake tjelesne i psihičke ovisnosti o drogi, kao i znake tolerancije. Stanje u kojem tijelo traži drogu nazivamo tjelesna ovisnost. Ovdje trebamo napomenuti da tijelo nije u stanju prepoznati hoće li ga zadovoljenje ove potrebe na dulji rok uništiti. Stanje u kojemu se osoba prisjeća blagotvornog utjecaja droge i uvijek kad se nađe u situaciji nezadovoljene potrebe to se sjećanje javlja kao moguće rješenja za povratak u to stanje naziva se psihička ovisnost. Uvijek kad postoji raskorak između onoga što želi (idealni svijet) i onoga što ima (realni svijet), ovisniku se javlja slika droge kao sredstva koje će, iako kratkotrajno uspostaviti tu ravnotežu (5).

Stanje u kojemu osoba mora uzeti veću količinu droge da bi postigla jednaki rezultat naziva se tolerancija.

Pitamo se kakva je struktura ovisnika? To je obično osoba koja prije nego li počne uzimati drogu već dugo nije zadovoljna svojim životom. Uzroci mogu biti različiti: od osamljenosti, zatvorenosti u sebe, nepostignutih ciljeva, dosade, frustriranosti zbog razočarenja, neprihvaćenosti u društvu. Osim toga ljudi koji ulaze u svijet ovisnosti obično nemaju obitelj u pravom smislu riječi. Njihove obitelji su ili prezaposlene, ili nepotpune, ili se ne brinu za njihove osjećaje, ili nema dovoljno dijaloga i ljubavi, ili bliskost „kupuju” i zamjenjuju materijalnim stvarima.

Cjelokupno i novostvoreno ponašanje osobe koja uzima drogu je destruktivno, ali ona ga vidi kao djelotvorno i najbolje u tom razdoblju (5).

### **1.3. TEORIJSKI PRISTUPI ISTRAŽIVANJU FENOMENA OVISNOSTI O DROGAMA I ZLOUPORABE DROGE U SOCIOLOGIJI I PSIHOLOGIJI**

Poznati su teorijski pristupi istraživanju fenomena ovisnosti o drogama i zloporabi droge u sociologiji i psihologiji. Četiri pristupa koja su karakteristična za psihologiju su: genetički i biološki pristup, teorijski pristup uvjetovanja, teorije adaptacije i bio psihosocijalni pristup (6). Ostalih šest su doprinos sociologa: teorijski pristup društvenog problema, individualno reagiranje na društvenu situaciju anomalije, delikventna supkultura, delikvencija kao slobodan izbor, teorija etiketiranja i zloporaba droge i ovisnost o drogama kao izraz tenzija modernog društva.

#### **1.3.1. GENETIČKI I BIOLOŠKI PRISTUP**

Oni koji koriste ovaj pristup smatraju da je poremećaj u metaboličkom funkcioniranju organizma osnova za nastajanje ovisnosti o drogama. Pretpostavljaju da ovisnici imaju manjak endorfina što ih čini osjetljivijima na bol, te da su takvi ljudi skloniji aktivnostima koji jače pobuđuju središnji živčani sustav. Smatra se kako neke droge mogu stimulirati centre u mozgu koji se označavaju kao centri za nagrađivanje. Biološki defekt kao podloga uzimanja droge. Ova teorije ne poznaje i ne respektira utjecaj psiholoških i socijalnih činitelja (6).

#### **1.3.2. TEORIJSKI PRISTUP UVJETOVANJU**

Teorijski pristup uvjetovanju počiva na pretpostavci da je droga za ovisnika biološka nagrada i ima jaku potkrepljivačku snagu. Ritual uzimanja heroina se shvaća kao svojevrsna nagrada, pa se teži ponavljanju tog postupka. Solomonov model oponentnih procesa – poslije nekoliko izlaganja djelovanju droge osjećaji ugodnih

doživljaja slabe i daljnje uzimanje je motivirano izbjegavanjem neugode, a ne željom za ugodom. Važan je i model kognitivnog uvjetovanja unutar ove teorije – bolesnici koji kroz dulje vrijeme primaju narkotike ne postaju ovisnici jer očekivanja vezana uz narkotik povezuju sa svojom bolešću, a ne sa osjećajem sigurnosti. Očekivanja utječu na doživljavanje i ponašanje, iako stvarnih učinaka i ne mora biti (npr. placebo efekt) (6).

### **1.3.3. TEORIJA ADAPTACIJE**

Teorije adaptacije ovisnost tumači i kao naučeno ponašanje koje pojedincu olakšava prilagodbu socijalnoj sredini. Jedna od poznatijih teorija je Bandurina teorija socijalnog učenja koja naglašava važnost subjektivnog shvaćanja i doživljavanja potkrepljenja. U razdoblju adolescencije uzimanje droge može biti pokazatelj neadaptiranosti (nedorasli), a može biti motivirano i pokušajem pojedinca da se adaptira na stres. Teorije adaptacije smatraju da ovisnost i je način prilagođavanja, mada samo uništavajući. Ove teorije ne uključuju moguće biološke činitelje (6).

### **1.3.4. BIOPSIHOSOCIJALNI PRISTUP**

Bio psihosocijalni pristup je najsveobuhvatniji od psihologijskih pristupa. Objašnjava sljedeće značajke za ovisnost o drogama: vještine suočavanja sa stresom, vještine opiranja pritisku skupine vršnjaka da se uzme droga, te biologijski činitelji. Vjerojatnost da će adolescent početi s konzumiranjem droga (model za određivanje):  $\text{rizik} = \text{stres/privrženost} + \text{vještine sučeljavanja} + \text{resursi}$ . Stupanj rizika raste ako su mehanizmi obrane nedovoljno razvijeni. Privrženost je odnos prema roditeljima i pozitivnim modelima iz okoline. Vještine sučeljavanja su uspješne interakcije s vršnjacima i odraslima, te uspješnost sučeljavanja sa stresom. Resursi podrazumijeva kako šira okolina utječe na adolescenta: škola, slobodno vrijeme i dr. Biološki činitelji

utječu jer se ljudi razlikuju po optimalnoj razini pobuđenosti mozga, isti podražaji dovode do različite razine pobuđenosti u različitim osoba (6).

### **1.3.5. TEORIJSKI PRISTUP DRUŠTVENOG PROBLEMA**

Teorijski pristup društvenog problema je karakterističan za funkcionalističko teorijsko usmjerenje u sociologiji. Društveni problemi prepoznaju se i moralnim vrednovanjem ponašanja ostalih ljudi, a sami društveni problemi imaju tri obilježja: da se u javnosti ocjenjuje kao nepoželjan, da je raširen, te da se može spriječiti. Oni koji koriste ovaj pristup polaze od ocjene da je zlouporaba droge pojava koja izaziva zabrinutost, koja obilježava ponašanje većeg broja ljudi, te protiv kojeg se zajednica može boriti organiziranom akcijom. Korištenje ove teorije smanjuje mogućnost omalovažavanja problema, a najveći problem je što u društvu ne postoji usuglašeni kriterij moralnog djelovanja, a ni vrijednosti (6).

### **1.3.6. INDIVIDUALNO REAGIRANJE NA DRUŠTVENU SITUACIJU ANOMIJE**

Robert Merton analizirao je odnos socijalne strukture i društvene anomije (situacije bez normi), te društvene devijacije. On ocjenjuje da su u američkom društvu kulturalni ciljevi dominantno naglašeni vrijednošću uspjeha, bogatstva. Njima se pridaje veći značaj nego sredstvima za postizanje uspjeha, a to dovodi do prisutnosti beznormnosti u društvu. Tako se stvara pet osnovnih tipova reagiranja na društvenu situaciju anomije: konformisti (prihvaćaju se ciljevi, ali ne i sredstva njihova ostvarenja), inovatori (prihvaćanje ciljeva, ali ne i sredstava njihova ostvarenja, sredstvo postaje devijacija, kriminal), ritualisti (odustajanje od ciljeva ocjenjujući ih kao nedostupni, ali prihvaćanje normativnih sredstava), buntovnici (neprihvaćanje ni ciljeva, ni sredstava za njihovo ostvarivanje, te usvajanje novih ciljeva i normativnih sredstava (npr. terorizam)), povlačenje (rijetko prisutno, kada su ciljevi i sredstva ranije

bili prihvaćani, ali institucionalni putovi nisu bili učinkoviti, to rezultira konfliktom: prihvaćanje institucionalnih sredstava sukobljava se s pritiscima za pribjegavanje nedozvoljenim sredstvima, pa ja pojedinac odvojen i od legitimnih sredstava i od učinkovitih sredstava, tu pripadaju ovisnici). Kritika ove teorije – devijantno reagiranje nije samo individualno, već ima i karakteristike kolektivnog čina (6).

### **1.3.7. DELIKVENTNA SUPKULTURA**

Delinkventna supkultura polazi od određenih Mertonovih teza (pojedinci nižih klasa nemaju mogućnosti za ostvarenje ciljeva uspjeha), ali usmjeravaju interes na kolektivnu prirodu fenomena delinkventnosti mladih. Cohen ocjenjuje kako delinkventna supkultura preuzima norme iz šire kulture, ali ih okreće naglavce. Ispitivanjem utvrđeno da se uzimanje droga zbiva u sklopu neformalnih grupa, te da to uzimanje za pripadnike te grupe ima simboličko značenje. Prepoznaju tri supkulturna tipa reagiranja mladih: zločinačka supkultura, konfliktna supkultura i supkultura povlačenja. Kritika – procjenjuje se značaj neformalnih grupa na ponašanje mladih, prenaplašeno delikvenciju povezuje s mladima koji pripadaju nižoj radničkoj klasi (6).

### **1.3.8. DELIKVENCija KAO SLOBODNI IZBOR I TEORIJA ETIKETIRANJA**

Delikvencija kao slobodan izbor ukazuje kako su delikventi slični ostalim mladima, te da delikvenata ima i među mladima srednje klase. Mladi delikventi se ne razlikuju bitnije od ostalih građana, a specifičnost je u tome što oni samo otvorenije izražavaju vrijednosti koje su prisutne i među starijima, tumačeći konzumiranje droge kao izraz vrijednosti hedonizma koja je inače prisutna u društvu, te tako izražavaju svoj slobodni izbor. Smatra da je devijantno ponašanje adolescenata ustvari nekonvencionalno izražavanje konvencionalnih tradicija. Prigovori ovoj teoriji je isticanje da ne uočava posebnost devijanta u odnosu prema ostalim mladima.

Teorija etiketiranja je doprinos sociologa interakcionističkog usmjerenja – interakcija između devijanata i društvene skupina koja ih definira kao devijantne. Devijantan je onaj kome je uspješno zakačena ta etiketa, devijantno ponašanje je ono ponašanje koje ljudi tako etiketiraju. Proces stvaranje devijantnosti ima više stupnjeva ”napredovanja”: početni konformistički čin, odnos s drugim nekonformistima, ”hvatanje na djelu” i javno etiketiranje, mijenjanje javnog identiteta devijanta i stereotipizirano uopćavanje devijantne uloge od strane okoline. U toj situaciji devijant pribjegava nelegitimnim načinima funkcioniranja, kida veze s ”normalnom” okolinom i uključuje se u grupu devijanata. Etiketirani nerijetko prilagođava svoje ponašanje etiketi (etiketirajuća reakcija policije često utječe na to da uzimanje droge od manje važne životne aktivnosti postane središnjom). Kritike – romantiziraju devijante, zanemaruju žrtve ponašanja devijanata. Važnost – stigmatizirajući, reakcija okoline nije samo posljedica nego nerijetko i uzrok postajanja ovisnikom o psihoaktivnim tvarima (6).

### **1.3.9. ZLOUPORABA DROGE I OVISNOSTI O DROGAMA KAO TENZIJA MODERNOG DRUŠTVA**

Predstavnici ove teorije promatraju ovisnost i zlouporabu kao tenziju modernog društva, te kako taj fenomen izvire iz napetosti koje nastaju zbog visokih zahtjeva koje to društvo pojedincu postavlja. Stvara se umjetan način proizvodnje pojedinca, mogućnost da se pojedinac osobno konfrontira sa svijetom bez napuštanja svog privatnog skloništa. Smatraju da će drogiranje u budućnosti postati potpuno individualna praksa, jer će zahtjevi društva za pojedinca postati preteški, a društveni sustav zaštite nedjelotvoran. Kritike ovoj teoriji zanemarivanje kolektivne uvjetovanosti, trendova, kulture mladih i dr. (6).



## 1.4. CIVILIZACIJA KORISNOSTI

Kultura je sve što činimo, radimo i mislimo. Kultura u kojoj živimo nekako je više sklona smrti nego životu. Današnji napredak na području znanosti doveo je čovjeka do stava kako sve zna i sve može. Zahvaljujući tehnici čovjek je radikalno izmijenio sliku svijeta, izokrenuo je stare vrijednosti i umjesto njih stvorio svoje nove ideale. Na prvo mjesto stavio je ono racionalno. Stoga razumjeti svijet za njega znači kvantitativno opisati ga, a to znači zagospodariti s njime. Znanstveni um poglavito je usmjeren prema stvarima pa čovjek tako može postati žrtvom ne samo raznih ideologija nego i žrtvom vezanosti za stvar.

Tako strojevi pomalo zamjenjuju ljude. S takvim strojevima započela je novovjekovna kultura bogatstva. Važni su novac, korist, profit, stvari... U takvoj kulturi čovjek se ne vrednuje time što on jest nego time što on ima (7).

Posljednjih je desetljeća moralna kriza uznapredovala, sve smo manje sigurni u vlastite sudove i ponašanja. Današnji je čovjek dezorijentiran. Ne zna više što je dobro a što zlo, niti kojim će to kriterijima razlučiti? Moderni svijet je razvio civilizaciju korisnosti a ne civilizaciju ljubavi. Bitna je učinkovitost, ljepota, fizički užitak, dok se sve drugo odbacuje. Čovjek je reagirajući na takav način razvio duh sebičnosti, a time nam automatski drugi postaje neprijatelj. Svatko želi nadići drugoga, zagospodariti drugim.

Takvo stanje stvorilo je osjećaj ništavnosti, nemoći i otuđenosti. Današnji čovjek se grčevito bori za samog sebe. Suština je nadmetanja, a to nas vodi do bezosjećajnosti i bezobzirnosti za druge. Znanost je prije služila kao nadzor čovjekove stvarnosti, ali danas tu istu čovjekovu stvarnost uvjetuje, jer je počela manipulirati i samim životom čovjeka (8).

Djeca naizgled funkcioniraju na prihvatljivom spoznajnom i društvenom stupnju, ali je očito da nisu razvili čvrst centar moralne i emocionalne kontrole čim se mogu okrenuti protiv vlastitih vršnjaka, roditelja i osoba koji u njihovom životu predstavljaju autoritet (9).

#### **1.4.1. UTJECAJ VIRTUALNE DIKTATURE**

Nismo ni svjesni „da današnja bumerang generacija mladih živi u okruženju virtualne diktature sofisticirane tehnologije, koja pripomaže gubitku orijentacije, otuđenja i beznađa. Aktualne krize autoriteta, odgojne atrofije škole, krize državnih institucija, obiteljske drame...pogoduju procesima „razdržavljenja države” (10).

U današnjem društvu su prisutni osjećaji straha pred budućnosti, osjećaj besmisla, napuštenosti, osamljenosti... Jako često ljudi ne znaju za koga ili zbog čega žive? Svijet je pun suprotnosti: siromašni – bogati, dobro – zlo, kultura života – kultura smrti. Površno živimo i površno shvaćamo svoje živote. Dozvoljavamo da drugi manipuliraju njima, ne znamo ili ne želimo razlikovati dobro od zla, prijateljstvo od interesa, činiti dobro od iskorištavanja...i sve to prenosimo na djecu kao nešto najnormalnije. Od najranijih godina učimo ih kako upaliti kompjuter, kako igrati igrice i hvalimo se s tim. Nema više izleta u prirodu, šetnje po rivi... Sate i sate provode uz igrice i kompjuter i to uz dozvolu roditelja, bez nadzora i kontrole.

Danas roditelji žele biti „in”, a biti „in” znači živjeti u svijetu relativizma, gdje je sve dozvoljeno, gdje dijete postaje roditelj, gdje dijete ima „slobodu” izbora, gdje je u redu da dijete radi ono što želi, gdje roditelj više nije roditelj već prijatelj vlastitom djetetu, gdje se gube tradicijske uloge.

#### **1.4.2. DOMINANTNE OSOBINE RODITELJA**

Ako ”okrenemo pogled” unatrag sigurno će svatko od nas sjetiti nekoga iz grupe u vrtiću, u školi, u društvu tko je bio izvrnut nekorektnom ponašanju od strane vršnjaka. Sigurno da tada nismo to shvaćali ozbiljno, jer riječi kao ”kukavica”, ”ženskica” i sl. nismo doživljavali tragično. Međutim, danas kada razmislimo o tome, to nije ništa drugo nego nasilje. Ismijavanje, ruganje tuđim manama i treniranje vlastite nadmoći, koje često prerasta u agresivnije oblike ponašanja. Često se u takvim situacijama i roditelji i odgojitelji u vrtiću krivo postave, pa su uobičajene fraze: „Ma

pusti, to su djeca; to je normalno....”. Sve dok „to je normalno” ne počne poprimati šire razmjere.

Postoje tri dominantne osobine roditelja čije je dijete izmaklo kontroli:

1. Nesigurnost – ako i sami niste sigurni u svoja vlastita uvjerenja onda će veće rasprave o problemima kao što su izlasci, seks i alkoholiziranje biti isprazne i neodređene. Time ćete stvoriti još veći prezir i otpor djeteta. Kad znate što hoćete za svoje dijete, i kad to proizlazi iz vašeg dubokog uvjerenja, dijete će se većinom prilagoditi ograničavanjima koja mu postavljate.
2. Nevjerodostojnost – kada donosite odluke ne smijete dopustiti da vas povuku neka mutna, simbolična, politički korektna shvaćanja, već mislite na to jesu li te odluke dobre za vaše dijete. Kad se radi o vašoj obitelji i vašim vrijednostima, ne dopustite da vas zavedu neki popularni stavovi. Zastanite i razmislite o tome što zaista smatrate važnim.
3. Krivnja – ako oklijevate da se sukobite sa svojim djetetom i da mu postavite pitanja koja vas zanimaju, onda nemojte očekivati dobar rezultat (9).

#### **1.4.3. PRKOS KAO NORMA**

Današnji roditelji su, izgleda, potpuno uvjereni u to da život njihove djece mora – radi izražavanje vlastite ličnosti – teći potpuno glatko i bez ikakvih frustracija. Međutim, stvaranjem atmosfere koja mu je u svakom trenutku ugodna, svojem djetetu samo odmažemo. Vrlo je zanimljivo to što je i Anna Freud, kći Sigmunda Freuda koja je i sama bila uvažena teoretičarka dječje psihoanalize, prepoznala opasnosti koje donosi “novi” način odgoja. U briljantnoj studiji *Sekularni um*, doktor Robert Coles kaže da je Anna Freud bila zabrinuta zbog toga što opsesivno nastojanje roditelja da njihova djeca ne osjete pretjeranu krivnju ili razočarenje dovodi do sve češće pojave onoga što danas zovemo “narcističkom ličnošću”. Ona je smatrala kako oni ljudi koji se bore da svojoj djeci omoguće udobno djetinjstvo vjerojatnije uvijek govore “da” i da će njihova djeca premalo naučiti o značenju riječi “ne”.

Kada na to gledate iz tog ugla, nije teško vidjeti kako rasadnik epidemije ima svoje korijene još u ranom djetinjstvu. Ne postavljanje odgovarajućih granica

predstavlja zanemarivanje momenata podučavanja u kojima, bez sumnje, odgajate i štitite dijete.

Mnoga od današnje djece dobivaju poruku da će se njihovi ustrašeni, krivnjom opterećeni roditelji, predati samo ako im se dovoljno snažno odupru. Zato se ona, umjesto da pokušaju udovoljiti roditeljima, zatim, suprotstavljaju, nastoje ih iritirati; njihovi roditelji, opet, reagiraju dodvoravanjem, pokoravanjem i sustezanjem od prigovora. Kontrola je zamijenila ljubav i privrženost djece, skrenula je razvoj situacije u abnormalnom pravcu, koji postaje sve uobičajeniji.

Čuo sam kako mnogi roditelji sa svojom djecom razgovaraju na tako smiješan način. Izvještačene, sladunjave, nestvarne izjave stvaraju umjetnu situaciju prijateljstva koje djetetu daje mogućnost kontrole. Ne postoji gotovo ni jedna normalna situacija u kojoj biste trebali tražiti dopuštenje od svog djeteta. Vi ste ta osoba koja bi trebala donositi odluke (9).

#### **1.4.4. OBITELJ – EKSPRES LONAC**

Koja je cijena uspjeha? Vrijedi li on toliko da zbog njega žrtvujemo zdravlje, međuljudske odnose i sreću? Ljudi generacijama sami sebi postavljaju to pitanje; na žalost, došlo je vrijeme da se zapitamo i ovo: Koju cijenu moraju naša djeca platiti zbog toga? Došli smo do točke kad su se naši naponi da djeci pružimo sve što se može pružiti ispriječili njihovu napretku i dobrobiti. Roditelji su pod pritiskom, zbog čega pretjerano brinu o budućnosti svoje djece, pa se te tjeskobe rješavaju tako da su djeca izložena sve većem pritisku kako bi sve ispalo onako kako su zamislili. No, ako dijete fokusirate zbog toga što vas na to navodi bojazan da će mu život biti pretežak, onda sve završi tako da ga naučite pretjerano se bojati naizgled opasnog svijeta.

Naše se društvo u izrazitoj mjeri okrenulo vrednovanju života i uspjeha koje je individualističko i zasnovano na potrošačkom mentalitetu. Obitelji teže privilegiranom položaju u društvu koji se manifestira posjedovanjem sve više novca i moći. Obrazovanje se više ne smatra izvorom znanja već sredstvom za postizanje financijske sigurnosti.

Jurnjava i nadmetanje ruši utočište koje je nekoć spadalo u dragocjenu domenu ranog djetinjstva. Zbog toga su djeca postala potrošna roba koju neprekidno prodajemo nekoj novoj školi ili nekoj novoj aktivnosti koja bi im mogla povećati konačnu cijenu. Ta potraga je toliko snažno utjecala na obitelj da se u njoj stvorila atmosfera slična onoj u ekspres loncu – pogubna za roditelje, koji troše mnogo vremena trčeći s jedne strane na drugu, kao i za samu djecu, koja osjećaju snažan pritisak neprekidne potrebe da budu uspješna (9).

#### **1.4.5. RODITELJI – MORALNO SREDIŠTE**

Djeca naizgled funkcioniraju na prihvatljivom spoznajnom i društvenom stupnju, ali je očito da nisu razvili čvrst centar moralne i emocionalne kontrole čim se mogu okrenuti protiv vlastitih vršnjaka, roditelja i osoba koji u njihovom životu predstavljaju autoritet (9).

Zar je moguće da roditelji nisu primijetili nešto u promjeni njihove djece? Zar je moguće da ta djeca ranije nisu davali nikakve signale, da to nitko nije mogao primijetiti?

S druge strane, i njihovi roditelji su žrtve – žrtve društva u kojem je uobičajeno to da se djeci ne pruža ona vrsta nadzora koja bi roditeljima omogućila da svojoj djeci budu model onoga što misle i osjećaju kad je riječ o životu. Mnogi ljudi su ponosni na svoju permisivnost i na svoju sposobnost da budu fleksibilni. Pa ipak, bez nadzora ne postoji uzajamno djelovanje u obitelji, tako da djeca nemaju priliku vidjeti kako njihovi roditelji iskazuju vlastiti moralni stav. Djeca trebaju čvrsto moralno središte, neku vrstu sidrišta koje će im pomoći da odaberu prave prijatelje, donesu ispravne odluke i na druge ljude gledaju s empatijom. Bez toga, oni postaju lak plijen sredstava ovisnosti. (9).

#### **1.4.6. SAMOPOŠTOVANJE - PRIRODNI NUSPROIZVOD DOBROG ODGOJA DJETETA**

Čitav problem samopouzdanja, popularno nazvan pokretom samopoštovanja, dobio je pomodan, gotovo kulturni, politički status. Roditelji žele da im netko predloži tehnike kojima će ojačati samopoštovanje svoje djece, no samopoštovanje se ne može podići nikakvim „tehnikama“. Samopoštovanje je prirodan nusproizvod zdravog, produktivnog života kojim žive potpuno razvijena djeca. Pružite djeci emocionalnu potporu potrebnu za njihov rast i napredak – solidno iskustvo povezanosti, ograničenja koja proizlaze iz ljubavi, mogućnost da budu produktivna i da sudjeluju u životu obitelji – i samopoštovanje će se razviti samo od sebe. To je zaista zadnja stvar o kojoj moraju brinuti roditelji koji su dobro obavili svoj posao. A ako samopoštovanje izostane, onda moramo potražiti istinski uzrok te pojave, a ne posezati za najnovijim trendovima, kao što je obilato i pretjerano hvaljenje svakodnevnog dobrog ponašanja. Posjedovanje istinski visokog stupnja samopoštovanja predstavlja nešto više od jednostavnog mišljenja da smo dobri u svemu što činimo – radi se i o tome da znamo koja su naša ograničenja i da se s tim pomirimo ne osjećajući se poraženima.

Samopoštovanje kakvim ga prikazuje današnja generacija popularnih psihologa nije ništa drugo nego samoljublje, narcizam.

Ne tvrdim da za naše bolesti treba okrivljavati samo nekritične zlatne zvijezde i postere na kojima piše „Ti si poseban“. No sve upućuje na to da smo stvorili generaciju predodređenu za to da bude promašena.

Ako smo išta naučili iz ovog teoretskog natezanja konopca, onda je to činjenica da samopoštovanje proizlazi iz osjećaja da smo važni kao osoba a ne samo iz toga da nam netko neprekidno laska. Ona je nusproizvod sposobnosti izgrađene na nezavisnosti i uspješnom funkcioniranju. Međutim, kvaka je u tome da današnja djeca imaju premalo prilike da steknu te sposobnosti (9).

## 1.5. TERAPIJSKA ZAJEDNICA

Terapijska zajednica je institucionalni oblik psihosocijalnog tretmana i pružanja pomoći ovisnicima o opojnim drogama tijekom određenog vremenskog perioda, unutar kojeg se koriste metode rada terapijske zajednice zasnovane na hijerarhiji, precizno strukturiranom programu s jasno definiranim principima povlastica i ograničenja, te promoviranju metode samopomoći odnosno aktivnog sudjelovanja ovisnika o drogama u terapijskom programu (12).

Terapijske zajednice tijekom zadnjih desetljeća pokušavaju dati odgovor na pojave i problematike droge, alkohola i drugih ovisnosti. Tijekom vremena obogaćivani su programi i sama metodologija stalnim inovacijama koje su u stanju formulirati nove terapijske pravce, pristupajući individualno problematici. Unutar terapijske zajednice danas se koriste različiti instrumenti: od medicinskog pristupa do individualnih i grupnih psiholoških dinamika s neposrednim iskustvima suživota, usmjeravanja prema vrijednostima i iskustvima duhovnog djelovanja, te priznatim sredstvima u postupku mijenjanja načina ponašanja, osjećaja i socijalizacije.

Terapijska zajednica je jedan model rehabilitacije koja sadrži različite tehnike i terapije, pri čemu ne trebamo izgubiti iz vida i ostale modele. Svaki od modela ima svoje prednosti i nedostatke. Terapijska zajednica nije nikakav spasonosni lijek, već samo sredstvo, odnosno mogućnost donošenja odluke o drugačijem načinu života.

Terapijska zajednica je jedna od veoma važnih faza rehabilitacije, na njoj je težište terapijskog rada, ali nije nužna za sve korisnike. Na to su utjecali i različiti činitelji poput promjene fenomenologije narkomanije, oblika života, društvenog stava prema drogi, načina uporabe droge i dr.

Osnovno načelo rada je dobrovoljnost, što znači da nitko nije prisiljen raditi terapijski program i da je slobodan napustiti ga u bilo kojem trenutku. Prije svega, treba znati da se problem droge ne može riješiti i eliminirati kroz kratko vrijeme ni iskorijeniti jednom zauvijek. Nije to kao zub kojeg kad boli izvadimo, nije ni dug koji se može otplatiti, a ni predmet koji se može kupiti i posjedovati. Riječ "zauvijek" i "nikada više" isključene su iz rječnika onih koji se trude da bi nekoga riješili problema droge (7).

Ovakvo stajalište ne znači da se treba predati prihvaćajući bilo kakav kompromis u suživotu sa ovisnicima. Naprotiv, treba znati da je borba protiv droge i oporavak ovisnika dug i mukotrpan posao čiji se rezultati vide tek nakon dugo vremena. Upravo zato treba djelovati odlučno, ali na duge staze, spremni na uvijek nova razočarenja s uvjerenjem da na kraju dolazi siguran uspjeh. Eto zbog čega ne smijemo to previše emocionalno gledati, nepotrebno je previše vjerovati u brze rezultate, jer ukoliko do njih ne dođe podliježemo frustraciji.

#### **1.5.1. ZNAČAJKE OSOBE**

Značajke osobe – psihološki vakuum, reakcija na otuđenost koju uzrokuju kultura i civilizacija. Upravo je nedavno preminuli Papa Ivan Pavao II. upozoravao na strašan “vakuum vrijednosti”, “uvjerenje da više ništa nema smisla, pa stoga nema smisla ni živjeti”.

I tip mladih – ne reagiraju na otuđenost, prepuštaju se struji. To je zdrava mladež koja se ne drogira, ali se ne bavi ni teškim društvenim, religioznim i političkim pitanjima; “štreberi” i “karijeristi”.

II tip mladih – to su oni koji ne priznaju autoritet, na otuđenost reagiraju tako da je odbacuju, redovito su originalni i samostalni, žele graditi bolje sutra, nastoje ići naprijed, žele poštenje, a ako su vjernici, motiv nalaze u vjeri u Boga.

III tip mladih – ne primaju otuđenost pasivno, u sebi su labilni, afektivno neizgrađeni, nesposobni da preuzmu ozbiljne dužnosti, frustrirane su i ne bore se, nemoćno se prepuštaju porazima (3).

#### **1.5.2. DROGA – SUSTAV VRIJEDNOSTI OVISNOSTI**

Potrebe su urođene sile koje nas nagone na ponašanje. One su upisane u naše genetske upute i nismo ih u stanju izbaciti. Potrebe, ako nisu zadovoljene, šalju poruku: zadovolji me! Kako to postići, ovisi o našem sustavu vrijednosti. Vrijednosti su sile koje



nam govore na koji način zadovoljiti naše urođene potrebe (5). One nam nisu urođene, već ih usvajamo tijekom života, te se od njih sastoji naš svijet kvalitete. Ni ponašanje nam nije urođeno, njega također stječemo. I vrijednosti do kojih držimo i naše ponašanje vrednuju ljudi oko nas, naša okolina.

Kao i drugi ljudi i ovisnici se žele osjećati dobro. Uzimanjem droge oni imaju taj osjećaj. Svaki čovjek „sprema” u svoj mozak sve ono što mu pomaže da zadovolji svoj svijet kvalitete pa tako ovisnik uzimanje droge pohranjuje kao sredstvo koje mu pomaže da se osjeća dobro. Ta slika utječe i na njegovo ponašanje, te pokreće njegov sustav koji je spreman na sve kako bi nabavio drogu. I upravo sve dok ta slika dominira nad svim ostalim slikama i nalazi se vrhu u sustavu vrijednosti kao jedino sredstvo koje mu pomaže da zadovolji svoje potrebe i osjeća se dobro ovisnik ostaje ovisnik. Tek kada osoba odluči zamijeniti sustav vrijednosti možemo govoriti o rehabilitaciji i tretmanu (5).

### **1.5.3. OVDJE I SADA**

Iako se tijekom programa u terapijskoj zajednici razmatraju problemi iz prošlosti, ipak je ona vezana uz situaciju – ovdje i sada. To znači da se veže uz to na koji način iskustva iz prošlosti utječu na sadašnje ponašanje, na život, na način zadovoljavanja potreba sada. U samim počecima, terapijske zajednice bile su pretjerano nestvarne i umjetne, međutim to je bila greška, jer terapijska zajednica mora što je više moguće raditi u realnom ambijentu sa stvarnim poteškoćama. Kako je bitno ovdje i sada korisnika, isto tako je bitno i ovdje i sada aktualnog društva (5).

## **2. CILJ RADA**

Cilj ovog završnog rada jest proširiti znanje o ovisnosti, ovisnicima, psihosocijalnim aspektima ovisnika, te rehabilitaciji istih unutar terapijskih zajednica. Opisane su učinkovite psihosocijalne intervencije, te značaj terapijskih zajednica u terapiji ovisnosti. Također je opisana uloga medicinske sestre u radu s ovisnicima kroz terapijski odnos zdravstveni radnik - terapeut i uloga medicinske sestre koja je dio multidisciplinarnog tima.

### **3. RASPRAVA**

Iz svega navedenog evidentno je da je ovisnost o drogama vrlo kompleksna bolest. Kompleksnost se očituje u njezinoj etiologiji, životno ugrožavajućim tjelesnim stanjima, moralnim propadanjem, otuđenjem, poremećajem obiteljskih i društvenih odnosa, radnom nesposobnošću, skraćanjem vijeka života i najdrastičnijom posljedicom – smrti.

Psihosocijalne intervencije su temelj rehabilitacije ovisnika. Glavna odlika im je da su uvijek usmjerene na unapređenje interpersonalnih odnosa i životne situacije. Iako se naglasak godinama mijenjao, psihosocijalni pristup je dosljedno prepoznavao važnost unutarnjih psiholoških procesa te izvanjskih socijalnih i fizičkih uvjeta i njihovog uzajamnog djelovanja. Psihosocijalno ističe dinamiku odnosa između psiholoških i socijalnih utjecaja pri čemu svaki od njih kontinuirano utječe na onaj drugi. Psihosocijalni tretman podrazumijeva istodobno zauzimanje i za pojedinca i za njegovo socijalno okruženje. Viša medicinska sestra kao medicinski obrazovana osoba ima stručne kvalifikacije da korisno sudjeluje u pojedinim intervencijama uz prethodnu dodatnu edukaciju i psihološke značaje da može raditi taj posao, da ima ispravnu motivaciju i da je zainteresirana (14).

#### **3.1. PSIHOSOCIJALNA REHABILITACIJA**

Kada ovisnik usvoji neke osnovne norme ponašanja i pokaže motivaciju za promjenom, te počne polako gubiti „ulični stil” slijedi druga faza terapijskog programa. To je faza produbljivanja i ponovna razrada terapijskog puta.

Moramo biti svjesni da zlouporaba opojnih sredstava predstavlja patnju osobe, što znači da poprima ulogu aktivnog bijega od vlastitog emotivnog i društvenog života osobe (15). Ali, takav bijeg ima svoje duboko korijenje, čiji je simptom ovisnost, nedostatak smisla života. Upravo zato terapijska zajednica u svom radu pokušava

združiti najnovija psihološka saznanja, koja drže da su svijest i osobnost neposredno povezane s dinamikom ranog vezivanja, i kršćansku antropologiju. Pristup liječenja je usmjeren prema osobi u njenoj ukupnosti. Od korisnika se uz pomoć individualnog i grupnog rada traži da iskaže sve svoje traume, poteškoće, želje, potrebe. Pristup uključuje metodu od pomoći do samopomoći. Nikada se ne daju gotova rješenja, već se potiče korisnik da sam nađe rješenje i odgovore na svoje stanje, kako bi se osposobio u budućnosti biti koristan član društva, te prepoznati što je u životu vrijedno i kvalitetno.

U drugom dijelu ove faze korisnik piše „životnu priču”, te s jednom od osoba iz stručnog tima sagledava uzroke koji su ga doveli do ovisnosti. Upoznavanje uzroka svoje ovisnosti daje prvenstveno osjećaj sigurnosti i kontrole nad tom pojavom. Moramo biti svjesni da ovisnik često puta koristi uzroke zbog kojih se drogirao kao izgovor da bi izbjegao odgovornost.

U ovoj fazi, za razliku od prihvata gdje je moguće tolerirati nepoštovanje određenih pravila, prihvatiti ih kao granice koje ovisnik može kriomice prekoračiti da bi na taj način dokazao svoju slobodu, to nije dopušteno. Jednostavno se podvlači činjenica da treba poštivati i dati do znanja da, ako se netko ponaša drugačije po svojim pravilima i uvjetima - slobodan je napustiti program.

Tijekom same rehabilitacije slabi snaga droge kao načina zadovoljavanja potreba, a jačaju drugi načini. Potrebna je radikalna promjena u načinu života, a ne samo ispravljanje. Ako se ne osjećamo „moćnim” a to je u našem svijetu kvalitete jako bitna i izražena vrijednost, to će stvarati određeni pritisak na nas da nešto učinimo kako bismo to postigli. Kad je osoba u apstinencijskoj krizi potiskuje sve ostale potrebe i traži samo drogu, a potiskuje sve ostale potrebe. U tjelesnim trenutcima ovisnosti, dostojanstvo više nije važno, jer nedostatak droge u potpunosti uništava tu potrebu. Kada osoba posegne za uzimanjem droga obično govori da se osjeća slobodna, međutim moramo znati da je to tip slobode od socijalnih obveza i društvenih normi s jedne strane i potpuno robovanje drogi s druge strane.

U ovoj fazi se različitim tehnikama uči zadovoljavanje potreba na zdrav i djelotvoran način. Naravno da to nije moguće ako sam korisnik u tome aktivno ne sudjeluje.

Korisnik mora ojačati da može kontrolirati sam sebe, jer mora biti svjestan da sutra kada izađe vani nije moguće otkloniti ostale ovisnike, niti kontrolirati druge.

Rad s ovisnicima nije nimalo lak, jer on tijekom programa često optužuje da mu se ne vjeruje, da ga se ne voli, da ga se uništava, da je sve nepodnošljivo i da nema smisla; upravo zato osoba koja provodi terapiju mora biti načistu sam sa sobom. Nema mjesta popuštanju, niti uvjetovanju, važan je autoritet.

Najjača snaga programa se temelji na poštenju i suodgovornosti i ta načela vrijede za sve sudionike programa: roditelje, korisnike, odgajatelje. Poželjno je uvijek dopustiti korisniku da sam iznese svoje propuste, ali i istovremeno mu dati do znanja da ćemo to mi učiniti ako ih ne iznese sam. To je jedini način da izađemo iz kontraproduktivne igre prikrivanja i suodgovornosti s negativnim posljedicama.

Važno je napomenuti i činjenicu da bi program rehabilitacije bio djelotvoran, u svakom slučaju se mora stalno prilagođavati potrebama korisnika i njihovim promjenama (13).

### **3.1.1. UČINKOVITE PSIHOSOCIJALNE INTERVENCIJE**

Psihosocijalne intervencije su obvezni, redoviti i sastavni dio tretmana, a utemeljene su na procjeni psihičkog statusa i socijalnog funkcioniranja osobe. Nema tretmana osobe koja zlorabiti droge bez psihosocijalnih intervencija. U tretman se obvezno uključuje i obitelj i partner. Psihosocijalne intervencije obuhvaćaju različite intervencije na psihološkoj i socijalnoj razini. Psihološke intervencije koje su se pokazale učinkovite prema osobama koje zlorabe droge su: motivacijski intervju, različiti oblici savjetovanja, analiza i rad na slučaju, prevencija relapsa, trening životnih vještina. Osim navedenog primjenjuju se i različiti oblici psihoterapije (11). Postoje mnogi izazovi u tretmanu poremećaja zlorabe droge, koji su kočnica uspješnom tretmanu. Stoga su socijalne intervencije često preduvjet za učinkovit tretman ovisnosti o drogama. Socijalne intervencije imaju za cilj poboljšati socijalno funkcioniranje osobe. One koje su se pokazale učinkovite su slijedeće: trening zapošljavanja, smještaj, slobodno vrijeme, grupe samopomoći, omogućavanje zdravstvene zaštite, rješavanje socijalnih pitanja, stanovanja, higijene, prehrane, obrazovanja, programi usmjereni na kvalitetu života i zdravlje ovisnika.

### 3.1.1.1. Savjetovanje

Nije lako jednoj obitelji primijetiti da njihovo vlastito dijete uzima drogu, a još je teže prihvatiti tu činjenicu. Prva reakcija je obično šok i negiranje. Nakon toga slijedi razdoblje depresije i pitanja: da li je to stvarno moguće, da li se to događa nama, pa gdje smo pogriješili? Nakon pomirenja sa stvarnošću, za razliku od situacija kada obitelj sazna za neku drugu bolest, obično prođe jedan period stagnacije. U tom periodu obitelj pokušava sakriti tu činjenicu od prijatelja, susjeda. U njima prevladava sram, neznanje, doživljavaju to kao vlastitu pogrešku i pokušavaju na sve načine to zadržati unutar svoja četiri zida. Upravo to razdoblje je naročito teško za obitelj, jer s jedne strane žele izlječenje oboljelog člana, a s druge strane se ne poduzimaju potrebni koraci. Vrlo često smatraju da mogu sami izaći na kraj s tim problemom, podcjenjuju ga, te promatraju ga površno. Na žalost, zbog takve situacije izgubi se puno vremena prije nego li obitelj odluči potražiti pomoć.

Ni prva savjetovanja obično ne urode plodom upravo zbog same ličnosti ovisnika koji svim snagama pokušava obmanuti sve oko sebe, laže i manipulira, obećava da će se sam prestati drogirati, da je to zadnji put itd. a sve samo s jednim ciljem: dobiti novac da se može nastaviti drogirati. Obitelj se nada da će biti sve u redu i da će sve prestati samo od sebe, ali uskoro počinje „začarani krug” laži, svađa i optuživanja. I nema kraja ukoliko obitelj ne odluči poduzeti radikalne korake.

Moramo računati s tim, da su kada dođu u savjetovalište obično već svi članovi obitelji isfrustrirani i samo je jedan korak od toga da se raspadne. Najčešće i taj prvi dolazak u savjetovalište nije volja samog ovisnika. Jako mali broj ovisnika koji dođe u savjetovalište stvarno su odlučili promijeniti svoj život i prekinuti s uzimanjem droge. U većini slučajeva iza toga stoji: prijetnja obitelji da će ga izbaciti na ulicu, sudski prekršaji, neimanje drugog izbora. Isto tako, trebamo znati da sve osobe nisu za smještaj u terapijsku zajednicu, te je osobito važno napraviti dijagnostičku sliku ovisnika. To se radi u suradnji sa psihijatrima i psiholozima. U koliko je ovisnik štićenik Centra za socijalnu skrb traži se i njegova socijalna anamneza, a ukoliko je nema, izrađuje se u savjetovalištu na osnovi razgovora s ovisnikom i obitelji. U tim prvim razgovorima u savjetovalištu trebamo imati na umu da i sam ovisnik i njegova obitelj teže ublažiti situaciju, te prikazati stvari ljepše nego li su u stvarnosti. Za to je veoma važno da

savjetodavni radnik osim zajedničkih razgovora, vodi i posebne individualne razgovore s ovisnikom i članovima obitelji. Naročite poteškoće se događaju oko pitanja vezanih uz pravosuđe, gdje članovi obitelji imaju tendenciju prekriti stvarno stanje, dok je ovisnik iskreniji po pitanju istoga. U posljednje vrijeme čest problem u savjetovalištu s ovisnicima je i komorbiditet, odnosno dvojne dijagnoze. Dok je prije dvadesetak godina bilo uobičajeno da ovisnik koristi samo jednu vrstu droge, danas je raširena poli toksikomanija, odnosno ovisnost o više različitih sredstava. Upravo to je razlog da današnji ovisnici u većini slučajeva, osim ovisnosti imaju još jednu dijagnozu. Stoga ni u kom slučaju ne smije izostati suradnja s psihijatrom već od prvog kolokvija s ovisnikom u savjetovalištu pa do kraja samog terapijskog programa. Na samom početku zbog postavljanja točne dijagnoze i mišljenja o smještaju u terapijsku zajednicu, a ulaskom u program zbog praćenja ovisnika i njegovog stanja, te prepisivanja potrebne psiho farmakološke terapije. Osim toga u savjetovalištu se vrši utvrđivanje motivacije.

Osobe koje dolaze u savjetovalište s namjerom da uđu u terapijsku zajednicu trebaju se pridržavati pravila savjetovališta, a pravila su slijedeća: poštovati dogovoreno vrijeme dolaska u savjetovalište, te dogovorenih telefonskih poziva; na prvi kolokvij mogu doći i sami, a na svaki slijedeći (ukoliko drugačije nije dogovoreno) s roditeljima. Ta pravila su postavljena isključivo iz razloga da se od ovisnika, koji su drogiranjem izgubili svaku vrstu odgovornosti, zatraži barem minimum odgovornosti prema dogovorenim obvezama.

Nakon pripreme korisnika za prijem u zajednicu korisnik se upućuje u odgovarajući terapijski program, te se vrši prihvrat korisnika i priprema obitelji ovisnika za suradnju u programu rehabilitacije. Prije ulaska u terapijsku zajednicu ovisniku se objašnjavaju pravila ponašanja koja vrijede u zajednici, te on potpisuje suglasnost (13).

### **3.1.1.2. Prihvrat – filter za prvo vrednovanje i motivaciju korisnika**

Kada osoba prođe fazu pripreme u savjetovalištu i ocijeni se da je spremna za ulazak u terapijsku zajednicu, tada slijedi prva faza – prihvrat ovisnika. To je početna faza jednog dugotrajnog procesa. Već na samom početku je bitno da korisnik zna što smije, a što ne smije raditi, koje je dozvoljeno ponašanje, te što treba izbjegavati.

Korisnici se u prihvatu primaju u kriznim situacijama te se od njih traži prilagodba okruženju, te poštivanje drugih korisnika. U samom prihvatu koji traje od 3 – 6 mjeseci, zavisno od osobe, traži se od njega poštivanje normi, a stručni tim koji se sastoji od socijalnog radnika, rehabilitatora i psihologa vrši monitoring njegovog cjelokupnog ponašanja: osjećaja, mišljenja i djelovanja. Procjenjuju se potrebe, svijet kvalitete i ponašanje korisnika. Obraća se pažnja na intenzitet različitih potreba u korisnika i na način kako ih zadovoljavaju, te da li pri tome štete drugima.

Svijet kvalitete je različit od čovjeka do čovjeka, a sastoji se od: ljudi s kojima želimo biti, stvari koje nam život znače, sustava vrijednosti po kojima određujemo naša ponašanja (5).

Na žalost taj svijet kvalitete u ovisnika je narušen jer je sve bilo u funkciji droge, stoga se posebna pažnja obraća na dijelove iz svijeta kvalitete koji su narušeni. Ponašanje nije ništa drugo, već označavanje načina na koji netko vlada sa sobom. Ovisnici u većini slučajeva nemaju aktivan odnos prema ljudima i situacijama u blizini, te nemaju djelotvornu kontrolu, što znači da ne znaju odabrati ponašanje koje bi ih dovelo do zadovoljavanja potreba ili do kvalitetnih odnosa. Stručni tim promatra i razgovara s ovisnikom o njegovim osjećajima, potrebama, potiče korisnika da uvidi posljedice svoga ponašanja, te da razmišlja o reorganizaciji sustava vrijednosti. Od korisnika se traži da počne preuzimati odgovornost za svoje postupke, te da doprinese kvalitetnijim odnosima u zajednici. U fazi prihvata se vrši individualna dijagnostička obrada, te se izrađuje individualni terapijski plan. Terapijske grupe u ovoj fazi su vezane uz sukob prihvaćanja pravila i konkretnog ponašanja.

Odustajanje je česta pojava u ovoj fazi rehabilitacije ovisnika što ne začuđuje jer je odustajanje već odavno postalo dijelom njihovog stila života. Prije svega moramo imati na umu da se radi o ljudima koji su već davno odustali od svojih želja i snova, od škole, radnih i moralnih vrijednosti; od svega u što je potrebno uložiti napor. I naravno, ne smijemo zaboraviti da će za to uvijek imati opravdanja i izgovore (5).



### 3.1.1.3. Grupna terapija

Grupna terapija se odvija na sastancima na kojima se raspravlja na svemu što se događa u zajednici i s njom ima veze: o pravilima, planovima, individualnim problemima, konfliktima i sl. Njih predvodi voditelj zajednice.

U radu s grupom najviše se potencira osjećaj grupne pripadnosti. Naravno, terapijske grupe ovise i o stupnju tretmana ovisnika. Ako se nalazi u prihvatilištu prije svega se odnose uz konkretno ponašanje i sukob prihvaćanja pravila. U drugoj fazi se ulazi sve dublje u sam život pojedinca, u sukob življenja prošlosti u sadašnjosti. Istraživa se njegova obiteljska sfera, seksualna sfera, shvaćanje prijateljstva, ljubavi, rada. Pridaje se pažnja ispoljavanju skrivenih osjećaja, iskustvu realnosti, smanjivanju napetosti, prihvaćanju sebe, razvijanju komunikacijskih vještina. Radi se na socijalnom i emocionalnom sazrijevanje osobe. Rješavaju se praktični problemi i konflikti, te na prijenos pažnje i brige sa samog sebe na ostale članove. Moramo znati da je ovisnik u periodu uzimanja droge bio usmjeren samo na sebe, te je postao egocentričan. Svaki član mora na određeni način biti i suodgovoran za druge. Obično sudionici sjede jedan pored drugog, te razgovaraju otvoreno. Svi se mogu slobodno izražavati i preuzeti odgovornost za izrečeno. Najvažnije je otkriti samog sebe pred drugima i osjećati se prihvaćen i jednak drugima. Važan element grupnog rada je i osjećaj odgovornosti za ostale članove kao i za sve što se događa u grupi. Što se osoba nalazi na većem stupnju terapijskog puta to je intenzitet odgovornosti veći. Na početku programa korisnici sudjeluju između sebe prije svega na racionalnoj osnovi, a što se više zbližuju počinju dijeliti i emocije.

Grupni oblik rada štedi ujedno mnogo energije, jer suočavanjem jedne osobe s izvršavanjem pravila i obveza, na jedan način prisiljava i ostale članove na samoprocjenu. U grupi se često javlja u osobi i osjećaj krivnje, međutim kada uslijedi priznanje za koju je potrebna snaga i odluka i osjećaj krivnje prestaje. Na taj način grupa dobiva na snazi i svi usmjeravaju snagu u dogovorenom smjeru.

Grupa u kojoj se izražavaju osjećaji jako je efikasna jer pridonosi rasterećenju svih korisnika, a činjenica je da neiskazani osjećaji dovode do somatskih oboljenja, a isti nas u budućnosti mogu dovesti do nedjelotvornog ponašanja (13).

#### **3.1.1.4. Radna i okupacijska terapija**

Uključivanje u radnu terapiju u terapijskoj zajednici bitno je po mogućnošću što ranije, a cilj joj je poboljšavanje socijalne efikasnosti (5). Pod radnom terapijom i radno-okupacijskim aktivnostima podrazumijeva se rad na razvijanju radnih i higijenskih navika, osposobljavanje za rad i usvajanje novih vještina i znanja, poticanje kreativnosti, organizirano provođenje slobodnog vremena, športske, kulturne, zabavne i druge društvene aktivnosti. Pustite ovisnika da ništa ne radi tijekom dana i upitajte ga o čemu će razmišljati?

#### **3.1.1.5. Samopomoć i uzajamna pomoć**

Oblici samopomoći i uzajamne pomoći su jedni od terapijskih instrumenata koji se primjenjuju u terapijsko-odgojnom radu zajednice. Oni su temelj djelotvornog rada zajednice. Na korisnicima je odgovornost, a oni su ujedno i glavni nositelji svoje promjene. Odgajatelji su tu da im to omoguće, a s tim ciljem se trebaju i samo procjenjivati u svezi toga što su učinili ili nisu učinili da bi korisnici to postigli. To ne znači da tim treba sebe kriviti ukoliko dođe do neuspjeha, ali preispitivati se – to da (13).

#### **3.1.1.6. Individualna terapija**

U individualnim razgovorima je bitno da odgojitelj zna kakvo treba biti njegovo ponašanje. Tu se postavlja pitanje što raditi: kako se odnositi prema korisniku, biti mu prijatelj i razumjeti ga, ne obraćati pozornost na njegove poteškoće i dr. Odgojitelj treba znati granicu između prihvaćanja i zahtjevnosti, prije svega se ne smije stavljati u ulogu spasitelja. Npr. ako osoba nešto ne želi, odgajatelj ga ne može na to prisiliti niti ga spasiti realnih posljedica. Odgajatelj u svakom trenutku toga mora biti svjestan i s tim treba biti načisto. Treba imati jasno da se uvijek prihvaća osoba, ali ne uvijek i njeno

ponašanje, u tome odgojitelj mora biti dosljedan. To je jedini način da korisnik u odgajatelju prepozna osobu koja ga istodobno razumje iako je zahtjevnija i ne prihvaća opravdanje, izgovore i manipulaciju.

Individualni razgovori vode se u svrhu ohrabriranja, podrške i poticanja. Često ovisnik pokušava opravdati sadašnje ponašanje svojom prošlošću. Odgajatelj ne prihvaća ove izgovore, već ga suočava sa stvarnim stanjem. Prije svega ga potiče da napor koji je prije ulagao u nabavu droge ulaže sada u sebe i svoju sadašnjost. Naravno, istodobno je važno pomoći ovisniku da prije svega sam sebi razjasni što želi. Odgojitelj treba voditi korisnika da izađe iz uloge žrtve i pravdanja, da prihvati stvarnost i promijeni životnu perspektivu. Potrebno je da korisnik prizna i prihvati nezrelost svojih prijašnjih izbora, ali ni slučajno kao alibi za učinjene greške nego kao početni korak prema promjeni. Ovo je moguće ako je odgojitelj u stanju suzdržati se od moralnih prodika.

Individualni razgovori, kada se radi na životnoj priči korisnika i koji su vezani uz prošlost nemaju za cilj istraživanje prošlosti, već povezivanje sa sadašnjim ponašanjem i načinom života. Osvještavanje različitih djelovanja i ponašanja u prošlosti je dobar poticaj za stvarnu odluku o promjeni ponašanja u budućnosti. Na ovim sastancima se produbljuju mnogi odnosi: obiteljski, prijateljski, seksualni i sl.; te izlaze na površinu duboke i intimne stvari, iskustva i strahovi. Ovaj način rada mnogim korisnicima pomaže da se oslobode i preuzmu potrebnu kontrolu nad svojim životom (13).

### **3.1.1.7. Rad s obitelji**

Roditelji su kao i sami ovisnici aktivni nositelji programa. Međutim, često ne prihvaćaju tako lako tu ulogu i radije bi da se oni sami izliječe, ozdrave i vrate u obitelj; te pružaju otpor prema takvom načinu rada. I od roditelja se traže jasne obveze i pravila ponašanja, i oni moraju prebroditi sram, osloboditi se osjećaja krivnje, a često i prekinuti „poremećenu” vezu s djetetom u koju ih je ono uvelo svojom manipulacijom. Na samom početku se od njih traži da prihvate neke vrijednosti, ali kasnije se od njih traži da ne prihvate to samo verbalno već i konkretnom provedbom. Kada se primijeti

da se droga uvukla u obitelj najčešće je potrebna kompletna promjena od tadašnje situacije, ne zauvijek, ali za dosta dugo vrijeme. Čitav obiteljski život treba preurediti jer se problem vlastitog djeteta ne može zanemariti povjeravajući ga nekom drugom bez suradnje.

Roditelji i njihovi stavovi su i te kako bitni kada se korisnik vrati kući s rehabilitacije, oni tu imaju ulogu da mu pomognu da se uključi u društvo, ali bez olakšica. Ni u kom slučaju ga se ne smije napustiti, ali ni prisiljavati; oni su ti koji bi mu trebali omogućiti da bude on sam pokretač svoje sudbine (5).

#### **3.1.1.8. Edukacija o zaraznim bolestima**

Zbog korištenja nesterilnog pribora za injektiranje, većina heroinskih ovisnika boluje od hepatitisa B i C. Hepatitis C je bolest koja se izuzetno teško i dugotrajno liječi, a ukoliko se ne liječi može doći do ciroze i (ili) karcinoma jetre (14). Ni AIDS nije rijetka pojava među ovisnicima. Terapijska zajednica brine se o zdravlju korisnika i organizira korištenje zdravstvenih usluga, te u suradnji sa stručnjacima vrši edukaciju korisnika i njihovih obitelji u svrhu informiranosti, liječenja, te sprječavanja širenja zaraznih bolesti (14).

#### **3.1.1.9. Resocijalizacija**

U treću fazu, odnosno fazu resocijalizacije osoba prelazi nakon vrednovanja od strane stručnog tima u pogledu njenog sazrijevanja. Sam prelazak u tu fazu korisniku daje osjećaj napretka i dinamičnosti. Za izlazak iz terapijskog programa treba se detaljno pripremiti i organizirati, te dopustiti osobi više slobode i inicijative.

Resocijalizacija je zadnja faza terapijskog programa za koju je karakteristična suradnja sa socijalnim, zdravstvenim i drugim ustanovama radi uključivanja rehabilitirane osobe u društvenu sredinu nakon završenog programa. U njoj se korisnici pripremaju za povratak u društvo. Imaju više slobode glede samostalnog kretanja, te je

vrijeme u kojem se vrše provjere izbora i odluka u svezi budućnosti. U ovoj fazi osoba bi već trebala biti zrela i sposobna „uzeti život u svoje ruke”, odnosno postići odgovarajući stupanj samostalnosti. Osoba je slobodnija, osjeća pripadnost i osjeća više moći. Ima slučajeva da se osobe u ovoj fazi uzdignu, te osjećaju kao heroji, neranjivi, ali to su opasni stavovi za sve a naročito za one koji se poslije rehabilitacije vraćaju u istu sredinu iz koje su otišli. Korisnik mora biti svjestan da će naići na bezbroj problema: od traženja posla, dokazivanja drugima da si sada u redu i sl. Biti toga svjestan znači biti oprezan. To ne znači nemati straha. Dosta mladića koji razmišljaju: mogu posjećivati dileru, susretati staro društvo, jer sam završio terapijski program i recidivira. Završiti terapijski program nije uvjet dobrog života. Osoba u programu mijenja samog sebe, svoj način razmišljanja, ponašanja. Budućnost nakon promjene je nepoznata, nepredvidiva i nije uvijek poželjna. Korisnik na to mora računati, a voditelj je dužan ukazivati na opasnosti (13).

### **3.2. NORME KAO SUSTAV VRIJEDNOSTI**

Norme ponašanja u terapijskoj zajednici moraju postojati, te služe kako bismo postigli određene vrijednosti i postigli postavljene ciljeve i trebaju biti postavljene u funkciji istih. Ona sama po sebi nemaju vrijednost, niti bi imala vrijednost u nekom drugom kontekstu. Međutim, u kontekstu rehabilitacije su važna jer ovisnici poštivajući njih postupno počinje preuzimati odgovornost. Na samom početku pravila ponašanja su im nametnuta, a oni su ih na jedan način prisiljeni prihvatiti. Kao mala djeca koja trebaju razlikovati što smiju, što ne smiju, što je dobro za njih, a što ne tako i ovisnik uči pravila. Katkada ih pokušavaju izbjeći, međutim u terapijskoj zajednici vrijedi načelo - kada se netko pravilo prekrši mora se nešto i dogoditi. Ukoliko se ništa ne dogodi daje se jasna pravila da nije važno, a samim tim se ne mora ni poštovati. Pravila nikako ne smijemo miješati i poistovjećivati sa zabranama, jer pravila su za razliku od njih smjernice za ponašanja i poželjan rad svih članova.

Ovisnici obično na samom početku ne vjeruju u pravila i ona su im besmislena, ali nitko od njih ne traži da vjeruju u njih, već da ih se pridržavaju. Ona su uvjet da se

nastavi program, te svi korisnici koji se uključe u terapijski put moraju poštovati osnovne principe na kojima je utemeljeno funkcioniranje i rad terapijske zajednice (5).

Pravila zaštićuju vrijednosti, a prema sustavu vrijednosti zajednice dobivaju smisao.

### **3.2.1. ISKAZIVANJE EMOCIJA**

Iskazivanje emocija je važan element rada u terapijskoj zajednici. Često se ovisnici osjećaju loše, ne znaju zadovoljiti potrebe; a sve to maskiraju na različite načine: zanemarivanjem, depresijom, odvrćanjem pažnje. Međutim, jako je bitno je razmišljati o nezadovoljenim potrebama, lošem osjećaju, te povezivanju lošeg osjećaja s nedjelotvornim ponašanjem. Upravo iskazivanjem emocija osoba dolazi do drugačijeg mišljenja, djelovanja, a time i ponašanja (13).

### **3.2.2. HIJERARHIJA I ODGOVORNOST**

Važno je naglasiti da hijerarhijska struktura u terapijskoj zajednici nije cilj, niti ideologija, već je jednostavno sredstvo koje pomaže korisnicima u socijalnom učenju. Novopridošli korisnik obično kreće od najjednostavnijih poslova, a onda na sve složenije i odgovornije poslove (13).

### **3.2.3. SUOČAVANJE**

Svi oblici terapijskog rada, bilo da se radi o individualnim razgovorima, o grupnom obliku rada, sastanku za roditelje se temelje na suočavanju. Možemo ga definirati kao djelotvorno sredstvo kod uzajamne pomoći. Suočavanju onoga što se ima u stvarnosti, što se želi i što se radi da bi se postiglo to što se želi. Kako se zanimanje za

nekoga osjeća na emocionalnoj razini, sučeljavanja su često emocionalno obojena. Važna su kako bi korisnik procijenio svoje ponašanje, a i uvidio da li su njegova odabrana ponašanja u skladu s vrijednostima za koje navodi da su mu prioritet (13).

### **3.2.4. FORMALNA I NEFORMALNE ZAJEDNICE**

Unutar svake terapijske zajednice postoji jedna formalna zajednica za koju stručni tim zna i koja je vidljiva, odnosno ona koju korisnici žele prikazati. Uz to postoje neformalne zajednice koje su vezane interesima i koje korisnici žele prikriti. To i nije samo po sebi abnormalna pojava, ali može postati ukoliko se članovi takve grupe počnu udaljavati od ciljeva, a ako ima više takvih grupa događa se netrpeljivost. Najbolje rješenje je sazvati sastanak i jasno iznijeti problem. Uvijek postoji rizik da netko od korisnika u tijeku ovakvog sastanka napusti zajednicu, ali bez obzira na rizik takve grupe treba što prije otkloniti (13).

### **3.3. SESTRINSKA PRAKSA U RADU S OVISNICIMA**

Liječenjem ovisnika o drogama bave se bolnički i izvanbolnički timovi za prevenciju i liječenje bolesti ovisnosti. Gotovo svaki tim u svom sastavu ima medicinsku sestru. Medicinska sestra je najčešće osoba koja uspostavlja prvi kontakt s ovisnikom. Posebno je uključiti posebnu pažnju u komunikaciji s ovisnicima koji dolaze prvi put i kojima je uglavnom potrebno mnogo vremena i snage za odluku da potraže stručnu pomoć. Ta je odluka najčešće slaba i vrlo upitna te je dovoljan samo jedan "krivi korak", "krivo pitanje", povišen ton da odustanu, a trebat će im mnogo vremena da skupe snagu i donesu odluku da se ponovo jave (16). Obzirom na tu činjenicu, medicinska sestra ima značajnu ulogu u prihvatanju ovisnika.

### **3.3.1. TERAPIJSKI ODNOS MEDICINSKA SESTRA – OVISNIK**

Terapijski odnos medicinska sestra – ovisnik se odvija kroz profesionalni odnos: prihvaćanje, podršku, povjerenje, savjetovanje, edukaciju, a uključuje i testiranje urina, testiranje na hepatitis C i HIV, terapiju, uključivanje obitelji u liječenje te upućivanje u rješavanje sekundarnih zdravstvenih problema (16). Nakon dobivanja podataka potrebno je napraviti procjenu psihičkog, fizičkog i obiteljskog statusa te kapacitet pacijenta za ulazak i ostanak u programu liječenja.

#### **3.3.1.1. Zdravstveni djelatnici – karakteristike ovisnika**

Kao što je svaki čovjek osoba za sebe, sa jedinstvenim osobinama, tako je i svaki ovisnik jedinstven sa svojom osobnošću. Ipak, postoje određene karakteristike koje su zajedničke za ponašanje velikog broja ovisnika. Brzina, spretnost, oštroumnost, snalažljivost pozitivne su osobine većine ovisnika, ali najčešće usmjerene prema negativnim radnjama koje na kraju završavaju zlorabom sredstava ovisnosti. Od negativnih osobina visoko na ljestvici će se naći sklonost manipuliranju (16). Zdravstveni djelatnici, pa tako i medicinske sestre koje rade s ovisnicima imaju zadatak da spriječe ovisnike u navedenim ponašanjima i oduzmu im prostor za manipulaciju.

#### **3.3.1.2. Uloga medicinske sestre – terapeuta u terapijskoj zajednici**

Medicinska sestra – terapeut mora aktivno sudjelovati u procesu edukacije, koristiti principe savjetovanja i podučavanja, djelovati didaktički i davati objektivne informacije o problemima ovisnosti. Uloga medicinske sestre – terapeuta u terapijskoj zajednici je da ukaže bolesniku kako je njegovo ponašanje odstupanje od socijalnih normi te mu pomoći u spoznaji psihičke i tjelesne ovisnosti o drogama kao i stvaranje



odnosa u kojem će ovisnika prihvatiti kao bolesnika i čovjeka te mora upotrijebiti svoje stručno znanje i edukacijske kompetencije kako bi educirala bolesnike i njihove obitelji (16).

#### **3.3.1.3. Rad medicinske sestre s obiteljima bolesnika**

Ovisnost o psihoaktivnim sredstvima uzrokuje promjene unutar obiteljskog sustava pri čemu se mijenjaju uloge pojedinih članova obitelji i remete se odnosi među njima. Sve to dovodi do disfunkcionalnosti obitelji. Osnovni cilj obiteljske terapije je jačanje osobnih mogućnosti svakog člana, jačanje i poboljšanje kvalitete međusobnih odnosa i stvaranje skladnog i čvrstog obiteljskog sustava. Jednu od važnijih uloga u tom procesu obiteljske terapije ima educirana medicinska sestra – terapeut. Bolesnik i njegova obitelj moraju u medicinskoj sestri – terapeutu osjetiti zainteresiranost za njihove probleme bez osuđivanja a time ona preuzima na sebe veliku odgovornost. Njezina uloga je objasniti obitelji bolesnika da je obiteljska terapija usmjerena više na sadašnjost koja se može doživjeti, na budućnost koja se može planirati, a ne na prošlost kojoj se ne smije stalno vraćati (16). Medicinska sestra u radu s obitelji primjenjuje stečeno znanja i iskustvo te radi u grupi ljudi. To je iznimno složen i zahtjevan posao.

#### **3.3.1.4. Medicinska sestra i edukacija**

Medicinska sestra ima važnu ulogu u edukaciji ovisnika o psihoaktivnim tvarima kako bi bolesnici stekli određene spoznaje i usvojili znanja koja su temelj za njihovu resocijalizaciju (16). Stoga, medicinska sestra – terapeut mora imati određena saznanja o psihoaktivnim tvarima kako bi i sama mogla kvalitetno, stručno i profesionalno educirati bolesnike.

### **3.3.1.5. Kompetencije medicinske sestre u radu s ovisnicima – resocijalizacija**

Medicinska sestra koja radi s ovisnicima mora posjedovati slijedeće kompetencije:

- adekvatna edukacija o ovisnosti o psihoaktivnim tvarima
- iskustvo i adekvatno obrazovanje u radu s ovisnicima o psihoaktivnim tvarima
- emocionalne kompetencije (samosvijest, samopouzdanje, empatija)
- socijalne vještine
- vještine savjetovanja i konzultacije
- razvijene komunikacijske vještine
- sposobnost uspostave kvalitetnih međuljudskih odnosa
- organiziranosti i fleksibilnost u radu
- sposobnost brzog učenja i prilagodbe radu terapijske zajednice. (16)

### **3.3.1.6. Cilj – što duža apstinencija**

Osnovni cilj koji želimo postići u liječenju osoba ovisnih o psihoaktivnim sredstvima je trajna, odnosno što duža apstinencija. Ovisnost o psihoaktivnim sredstvima je kompleksna bolest te je jednako tako kompleksan i sam proces resocijalizacije. Glavna uloga medicinske sestre – terapeuta je da započne s oživljavanjem i mijenjanjem najosnovnijih elemenata ponašanja u svakodnevnici, npr. ukazivanje bolesniku na potrebu poboljšanja osobne higijene, promjene u komunikaciji s terapijskim osobljem i dr. U resocijalizaciji, medicinska sestra treba posebnu pažnju posvetiti ponašanju bolesnika u obitelji, terapijskoj zajednici, te radnoj sredini.

Rad u resocijalizaciji ovisnika zahtijeva od medicinske sestre znatno više specifičnog, stručnog obrazovanja. Potrebno stalno usavršavanje i edukacija usmjerava kako najučinkovitije primijeniti sestrinsko znanje u daljnjem radu i postizanju zamijećenih sestrinskih postignuća u području rada s ovisnicima o psihoaktivnim sredstvima tijekom resocijalizacije i rehabilitacije.

Uspješnost sestrinske skrbi uključuje razumijevanje ljudskog ponašanja, poznavanje psihijatrijskih sestrinskih principa, permanentnost i sposobnost prilagodbe

na različite funkcije i zahtjeve sestrinske uloge u svrhu dobrobiti pacijenta kao i pažljivu upotrebu komunikacijskih vještina i otvorenost za pacijentove osjećaje i stavove (16).

#### **3.3.1.7. Najčešće intervencije u sestrinskom radu**

Najčešće intervencije koje susrećemo u sestrinskom radu s ovisnicima o psihoaktivnim sredstvima su slijedeće: zdravstvena njega ovisnika u detoks programu, primjena propisane medikamentozne terapije, testiranje urina, testiranje na hepatitis i HIV prema odredbi liječnika, uključivanje obitelji u proces liječenja, pomoć u rješavanju sekundarnih bolesti u okviru kompetencija medicinske sestre, te pomoć u odlasku na rehabilitacijski program (16).

Potrebno je naglasiti kako puno pažnje treba posvetiti visokorizičnim sestrinskim dijagnozama. Najčešće od njih su: visok rizik za manipulaciju, visok rizik za agresivnost, visok rizik za infekcije, visok rizik za kriminogeno ponašanje, te visok rizik za trombozu, oštećenje kože, spolne bolesti, recidiv, predoziranje i suicid.

#### **3.3.1.8. Rezultat možda nije vidljiv, ali je tu i velik je**

Zbog težine i složenosti bolesti ovisnosti, karakteristike ovisnika, te sestrinske prakse u radu s ovisnicima jasno je vidljiv rezultat neadekvatno liječenih ili neliječenih ovisnika za njih same, njihovu obitelj i zajednicu u kojoj žive (16). Ukoliko medicinska sestra u svom radu pomogne ponekom ovisniku da povрати bar na neko vrijeme dostojanstvo, i omogući nekoliko mirnih dana i noći, napravljeno je dobro djelo. To će se odraziti i na zajednicu, ali i na obitelj ovisnika. Rezultat možda nije vidljiv, ali je tu i velik je.

### **3.4. MINI ISTRAŽIVANJE**

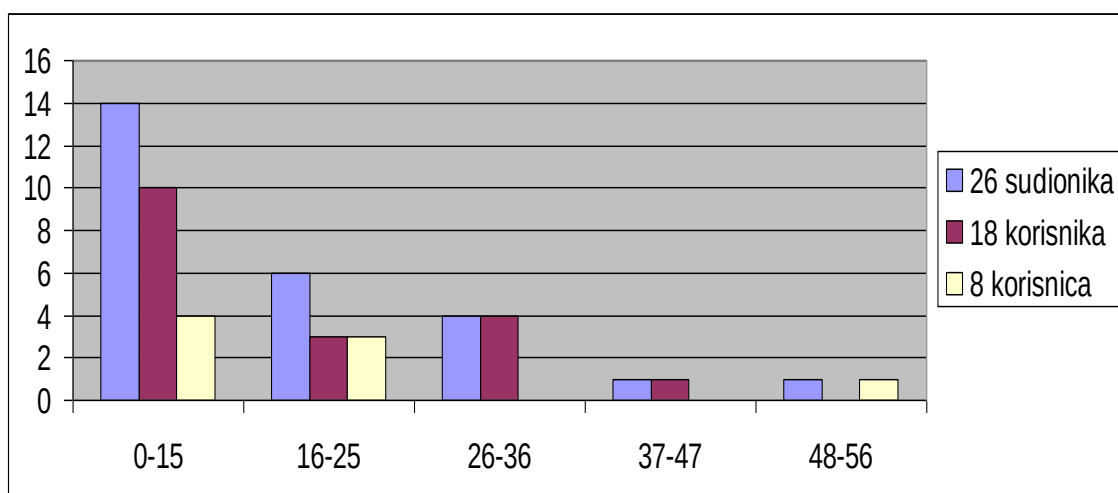
Istraživanje je provedeno u Terapijskoj zajednici „Pape Ivana XXiii”. U njemu je sudjelovalo 26 korisnika različitih dobnih i spolnih skupina. Od toga 18 korisnika muškog spola i 8 korisnica ženskog spola. Najmlađi korisnik imao je 18, a najstariji 50 godina. Istraživanje je provedeno putem upitnika, a korištena je Beckova skala depresivnosti, najčešće korišteni instrument za utvrđivanje depresije u svijetu. Sadržaj njegovih čestica usklađen je s kriterijima za dijagnozu depresije iz DSM-IV priručnika. Upitnik se sastoji od 21 čestice, a svaka čestica je lista od 4 izjave poredane po težini određenog simptoma depresije. Zadatak korisnika terapijske zajednice bio je da od ponuđene četiri tvrdnje odabere jednu koja najbolje opisuje način na koji se osjećao/la protekla dva tjedna, uključujući i dan ispunjavanja. Cilj istraživanja bio je ispitati prisutnost depresije u korisnika terapijske zajednice, te spolne i dobne razlike u izraženosti simptome depresije. Ispitivanje je provedeno grupno.

#### **3.4.1. REZULTATI ISTRAŽIVANJA**

Od 26 sudionika u istraživanju njih 14 je imalo od 0 - 15 bodova. Šestero ih je imalo od 16 - 25 bodova. Četvero ih je imalo od 26 – 36 bodova, jedan 42 boda, a jedan 56 bodova. Iz istoga možemo zaključiti da 53 % ispitanika nema znakova depresije. Oni nisu obeshrabreni u pogledu svoje budućnosti, ne osjećaju se promašeni kao osobe, te nisu izgubili interes za druge ljude. Među tim ispitanicima je 10 osoba muškog spola i 4 ženskog. Dobna skupina ovih ispitanika je od 18 – 27 godina. Šestero ispitanika koji su imali od 16 – 25 bodova, odnosno 23 % ispitanika, 3 su muškog a 3 ženskog spola. Samo jedna osoba ima 24 godine, a ostale imaju od 27 – 34 godine. Najčešći zaokružene tvrdnje kojim iskazuju blagu prisutnost depresije su: osjećam se obeshrabreno u pogledu budućnosti, dobar dio vremena patim od osjećaja krivnje, stalno se okrivljujem zbog svojih pogrešaka, kad se osvrnem na svoj život vidim samo mnogo neuspjeha, imam većih teškoća u donošenju odluka nego ranije. Četvero ispitanika koji su imali od 26 – 36 bodova, odnosno 15 %, muškog su spola, a svi imaju

od 34 - 50 godina. Najčešće zaokružene tvrdnje su: gadim se sam sebi, stalno se osjećam razdraženo, moj interes za seks je sada značajno manji. Jedna osoba koja je imala 56 bodova ženskog je spola, a ima 43 godine. Kod nje su izrazito prisutni znakovi depresivnosti: osjećam da je budućnost beznadna i da se stvari ne mogu popraviti, mrzim samog sebe, neprestano se osjećam krivim, mislim da izgledam ružno.

Iz ovog istraživanja je vidljivo da su kod osoba mlađe dobi manje prisutni ili nisu uopće prisutni znakovi depresivnosti dok su kod osoba starije dobi ti znakovi češći. Najvjerojatnije je to vezano i uz njihova nadanja i očekivanja u budućnosti. S obzirom na spolnu skupinu možemo primijetiti da tu nema prevelike razliku, osim što je kod ovog istraživanja osoba ženskog spola pokazala najveći stupanj depresivnosti. Ipak, rezultati su ohrabrujući jer više od polovice ispitanika osjeća zadovoljstvo svojim životom, vjeruje u sebe, te polaže nade u svoju budućnost. Također možemo zaključiti da su osobe s najviše bodova upravo osobe koje su u trenutku smještaja u zajednicu imale uz dijagnozu ovisnosti još jedan komorbiditet.



**Slika 1. Grafikon bodovnog stanja korisnika po Beckovoj skali depresivnosti (spol)**

## 4. ZAKLJUČAK

1. Ovisnost o drogama je značajan javnozdravstveni problem.
2. Ovisnost i konzumiranje droga i drugih sredstava ovisnosti vrlo često koegzistira zajedno s drugim psihičkim poremećajima koji otežavaju ili čak onemogućavaju liječenje. Stoga je vrlo važan multidisciplinarni pristup i uključivanje svih relativnih institucija i sudionika u rehabilitaciju ovisnika. Potrebna je uska suradnja zdravstvenih ustanova i terapijskih zajednica, naročito kod osoba koje uz ovisnost imaju i druge psihičke poremećaje, zbog procijene vrste i stupnja psihičke bolesti i stanja uz ovisnost. Danas je to postala jedna od ključnih intervencija.
3. Potrebno je raditi na povećanju motivacije, te provoditi edukacije s ciljem povećanja spoznaja o interakciji sredstava ovisnosti sa simptomima psihičke bolesti te provoditi integrativni pristup tretmanu u sklopu kojeg bi se koristile farmakološke i psihosocijalne intervencije.

„Oni vele meni: Ako vidiš roba gdje spava, ne budi ga, jer možda sanja o slobodi. Ja velim njima. Ako vidite roba gdje spava, probudite ga i objasnite mu slobodu.”

K. Gibran

## 5. LITERATURA

1. Wikipedija, (Internet), Posjećeno 14. 7. 2015. na mrežnoj stranici:  
<http://hr.wikipedia.org/w/index.php?title=Ovisnost&oldid=4091664>
2. Ovisnost, (Internet), posjećeno 20. 7. 2015. na mrežnoj stranici:  
<http://www.anst.hr/ovisnost.html>
3. Povijest uzimanja droga, (Internet), Posjećeno 23. 6. 2105. na mrežnoj stranici:  
[http://www.oocities.org/droge\\_info/Povijest.htm](http://www.oocities.org/droge_info/Povijest.htm)
4. Ovisnost o drogama, (Internet), posjećeno 20. 6. 2015. na mrežnoj stranici:  
<http://psihijatrija.forumhr.com/t273-ovisnost-o-drogama>
5. Klapež B., Živjeti bez droge, Alinea, Zagreb, (2004).
6. Lalić D., Nazor M., Narkomani: smrtopisi, Alinea, Zagreb, (1991).
7. Jukić J., Automatiziran čovjek, u: Crkva u svijetu, 2 (1970).
8. Tomašević L., Građansko društvo izazov kršćanstvu, u: Služba Božja, 3 (2000).
9. Shaw R. i Wood S., Epidemija popustljivog odgoja, V. B. Z. d.o.o., Zagreb (2009).
10. Miliša Z., Anarhizam, prosvjed i odgoj, biblioteka Skalić, (2011).
11. Vlada Republike Hrvatske – Ured za suzbijanje zlouporabe droga, „Zarazne bolesti“. Posjećeno 15. 11. 2012. na mrežnoj stranici:  
<http://www.uredzadroge.hr/ovisnost/>
12. Ovisnost i terapijska zajednica, (Internet), posjećeno 19. 6. 2015. na mrežnoj stranici: <http://forum.narkomanija.ba/viewtopic.php?f=10&t=414>
13. Zajednica Pape Ivana XXiii, Rehabilitacija, Sempre, Rimini, (1996).

## 6. SAŽETAK

Ovisnost o psihoaktivnim sredstvima je jedan od značajnih problema suvremene medicine.

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 terapijskim zajednicama. 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 multidisciplinarni 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 očuvanja zdravlja. U ovom završnom radu autor govori o aspektima upravo navedenog u terapijskoj zajednici.



## **7. SUMMARY**

Dependence on psychoactive substances is one of the important problems of modern medicine.

In Croatia, except for hospital and outpatient treatment of drug addicts which is being implemented in the health system, are conducted and different measures of psychosocial treatment in therapeutic communities. The goals of treatment and all procedures and methods used during treatment must be directed to change the attitude towards social values comparing to the use of drugs. However, in the overall treatment of the important role of psychosocial treatment and intervention. Therefore, in treatment of drug addicts, especially in the psychosocial treatment, a multidisciplinary approach is necessary for a comprehensive and more efficient treatment and rehabilitation and the reintegration of rehabilitated addicts in the community. Psychosocial interventions to persons who abuse drugs are professional and practice-based processes directed to achieving a socially acceptable and adapted to support the functioning and maintenance of health. In this final article, the author talks about the aspects just mentioned in a therapeutic community.

## 8. ŽIVOTOPIS

### Osobni podaci:

**Ime i prezime:** Antonia Popović

**Datum i mjesto rođenja:** 30.05.1993., Dubrovnik

**Adresa:** Orah 83, Vrgorac

**Mobitel:** 099/592-6534

**E-mail:** [antonia.popovic12@hotmail.com](mailto:antonia.popovic12@hotmail.com)

### Obrazovanje:

2000.-2008.g. Osnovna škola, Vrgorac

2008.-2012.g. Srednja škola "Tin Ujević", Vrgorac

2012.-2015.g. Sveučilišni odjel zdravstvenih studija, Split