
Izdaje i štampa: PUBLIKUM, Beograd, Slavka Rodića 6

Tiraž: 500

ISBN:

PETAR NASTASIĆ

Bolesti zavisnosti u adolescenciji

Beograd, 2011.

Recenzenti:

Prof. dr Jovan BUKELIĆ

Prof. dr Tomislav SEDMAK

Predgovor

Zloupotreba psihoaktivnih supstanci ugrožava zdravlje i život sve većeg broja mladih osoba. Tačno je da je sam život opasan po zdravlje, ali je baš zato neophodno da društvo organizovano procenjuje te opasnosti i da što organizovnije otklanja postojeće pa i neizbežne opasnosti. Jedan od tih organizovanih načina je i svaki oblik preventivne delatnosti društvenih i zdravstvenih organizacija koje, na jednoj strani obezbeđuju uslove za zdravi život, a na drugoj strani ukazuju na opasnosti po zdravlje. Suština organizovanog ukazivanja na opasnosti proizlazi iz postojećeg naučnoutvrđenog znanja o datoj opasnosti i pružanje prikladnih podataka.

Znanja o opasnostima koja proizlaze iz postojanja i korišćenja psihoaktivnih supstanci najpouzdanije se prikupljaju na osnovu sticanja uvida u izazvana oštećenja kod onih mladih ljudi koji su počeli da ih upotrebljavaju, ili ih upotrebljavaju duže, zatim, kod kojih je upotreba dobila obeležje zloupotrebe i konačno dostigla nivo pune zavisnosti. Takvo stanje pouzdano dobija obeležje bolesti i poremećenog ponašanja, sa izrazitim oštećenjima osećanja, mišljenja, ponašanja i delatnosti tog mladog čoveka. Takvi pojedinci prelaze put koji je veoma sličan za svakog pojedinca.

Uvek se radi o pojedincu koji na samom početku proba. Probati, ili bilo šta činiti prvi put, proizlazi iz radoznalosti i ekspanzivnih potencijala adolescentnog doba. Probanje se uvek odvija u uslovima kada socijalno okruženje obezbeđuje preduslove: prisutnost psihoaktivne supstance, postojanje ljudi koji već koriste psihoaktivne supstance, saopštavaju svoja doživljavanja koja smatraju povoljnim, nude, vrše grupni pritisak pa i prodaju. Adolescentna potreba za grupom i grupnim pripadanjem, potreba za poistovećenjem sa drugima u grupi, a često i potreba biti prvi, pa i najbolji u nečemu u toj grupi. U grupi, koja je usmerena prema korišćenju psihoaktivnih supstanci, onaj ko donese psihoaktivnu supstancu, ko je prvi koristi i ko saopšti privlačne podatke o sopstvenom doživljaju postaje

vođa i svi pripadnici grupe ispoljavaju težnju da se izjednače sa njim. Ovakva probanja se uvek ostvaruju bez prethodnog znanja o tome šta su psihoaktivne supstance, kakav je njihov efekat i kakav je put do konačne zavisnosti, koja se može otkloniti jedino intenzivnim lečenjem tela, korekcijom ponašanja, socijalnog funkcionisanja i osnovnim promenama ličnosti.

Prvo uzimanje psihoaktivne supstance u psihologiji adolescenata ima obeležje igre, preuzimanja koraka u nepoznato, spremnost da se pokaže hrabrost, i da se postigne viši nivo značajnosti za grupu kojoj se pripada. Međutim, ovako započeta „igra“ postaje opasnost za sve druge aktivnosti, a time i za sveukupnu raznovrsnost potreba, interesovanja, aktivnosti i zadataka koji stoje pred adolescentom, pred ličnošću na putu ka sazrevanju, ka osamostaljenju i psihosocijalnom oblikovanju razvoja. Tako psihoaktivna supstanca postepeno izbacuje iz igre radosti življenja i iz daljeg osmišljavanja sopstvenog života i psihosocijalne samoodređenosti.

Ova knjiga zasniva se na dugogodišnjem stečenom iskustvu i znanju. Autor, dr sci Petar Nastasić, je svoju višedecenijsku stručnu delatnost usmerio prema upoznavanju i lečenju svih oblika bolesti zavisnosti. Tako je stekao strukturi sano iskustvo i znanje u razumevanju uzroka nastanka tih bolesti i svih dostupnih metoda lečenja u svim fazama ispoljene zavisnosti. Međutim, za stvaranje ovog terapijskog priručnika još važnija je autorova dugogodišnja organizovana delatnost u prevencijama i osmišljenim programima čiji je on i autor i nosilac. Ovakvo iskustvo obezbeđuje premošćenje između saznanja o završnim fazama bolesti zavisnosti i biranje načina i metodologije u neposrednim kontaktima sa adolescentima i preadolescentima kojima je neophodno pružiti suštinske, tačne, razumljive informacije ne samo o prirodi i načinu delovanja psihoaktivnih supstanci, ne samo o nepovoljnom putovanju kroz faze do zavisnosti, koje postaju neizbežne, već i o zdravim oblicima života, organizovanim grupnim delatnostima koje, same po sebi, već isključuju mogućnost probanja i uzimanja psihoaktivnih supstanci.

Ovo je knjiga u kojoj se govori o početku i kraju, o probanju i o zavisnosti, i u potpunosti je prilagođena populaciji kojoj je namenjena. Sigurno je da sve ove informacije treba da stignu što pre do adolescentne populacije, a najbolje da stignu i pre no što dođe do probanja, i u vreme, kada uvid u moguće štetne posledice doprinesu svojevremenoj prekidu

započetog korišćenja tih psihoaktivnih supstanci. Pored neposredne usmerenosti adolescentima, ovaj priručnik može doprineti kvalitetnijem stavu, ponašanju i odnosu roditelja prema kćerkama i sinovima tokom razvoja, a posebno u kritičnim godinama preadolescencije i adolescencije.

Nastavnici, pedagozi i psiholozi u školama, i svi koji se bave mladima mogu doprineti širenju znanja o delovanju psihoaktivnih supstanci, uz usmeravanje prema zdravim oblicima života i pozitivnim ciljevima.

U takvom pristupu mladima ovaj priručnik obezbeđuje potvrđene naučne i iskustvene činjenice koje su izložene jasnim jezikom i razumljivim i ubedljivim tumačenjima.

Svojim sadržajem ovaj priručnik se u potpunosti uključuje u rastuću obavezu i potrebu društvenih i zdravstvenih organizacija da se smišljeno i organizovano posvete prevenciji bolesti zavisnosti. Na osnovu stručnih kvaliteta i celokupnog sadržaja knjiga je primenijiva u izvršavanju sve brojnijih projekata koji su usmereni prema poboljšanju kvaliteta života populacije mladih.

Prof. dr Tomislav Sedmak,
dr sci. neuropsihijatar

SINDROM ZLOUPOTREBE I/ILI ZAVISNOSTI OD VIŠE PSIHOAKTIVNIH SUPSTANCI KOD ADOLESCENATA

DEFINICIJA I KLASIFIKACIJA

Adolescenti koji koriste i zlorabljavaju psihoaktivne supstance ispoljavaju specifične probleme: poremećaje u ponašanju, imaju izražene emocionalne poremećaje, teškoće u učenju i procjeni obrazovnog procesa, zatim konflikte u porodici i ozbiljne poremećaje mentalnog zdravlja.

Koriscenje psihoaktivnih supstanci (alkohol, marihuana, amfetamini, benzodiazepini, heroin i dr.) u svakom slučaju, značajno nepovoljno utiče na tok odvijanja adolescencije, a zbog prisustva faktora rizika koji su u adolescenciji mnogobrojni, i nepovoljnih okolnosti u okruženju – mogu dovesti do stvaranja bolesti zavisnosti (adikcije) i svih posledica koje iz toga proisticu.

Empirijski podaci ukazuju da je zloraba i/ili zavisnost od psihoaktivnih supstanci u adolescenciji jedan vrlo heterogen sindrom, sa vrlo značajnim varijacijama u etiologiji, vremenu započinjanja i toku kao i u ispoljenim simptomima.

Ovim kliničkim sindromom obuhvaćeni su poremećaji emocija i poremećaji ponašanja kod adolescenata i mladih u uzrastu od 12 do 18 godina (po nekim autorima i do 20-21. godinu), a koji su jasno povezani sa korišćenjem dve ili više psihoaktivnih supstanci.

Izdvajanje ovog kliničkog sindroma nastalog u adolescenciji, smatramo nužnim, pre svega iz praktičnih razloga, zbog neophodnosti primene specifičnog terapijskog pristupa.

KLINIČKA SLIKA

Početak ispoljavanja kliničke slike je sasvim nespecifičan i teško prepoznatljiv, jer se prepliću simptomi poremećaja emocija i ponašanja kod dece i adolescenata sa simptomima korišćenja, zloupotrebe i zavisnosti od psihoaktivnih supstanci

a) Nespecifični poremećaji ponašanja i emocija

Roditelji sve jasnije stiču utisak da se dete nekako čudno promenilo – ili je postalo bojažljivo, tužno, uplašeno, nepoverljivo i vrlo često nestabilnog i promenljivog raspoloženja bez jasnih razloga, - ili, umorno, bezvoljno, apatično, kao da nema energije, ali razdražljivo, smanjenih interesovanja, neupešnije u školi, izbegava odlazak u školu ili beži sa časova. Napusta svoj hobi, ili započeto bavljenje sportom, želi da promeni ili napusti školu, napušta ranije prijatelje i drugove, a novi poznanici i drugovi izgledaju “drugačiji”, “sumnjivo”. Kad roditelj saopšti svoju sumnju, dete se uvredjeno buni po formuli: “ne možeš mi ti birati drugove”

Menja navike oko izlazaka i mesta na koje izlazi sa objašnjenjem “nisam više klinac/klinka”, promena ritma spavanja, ili predugo spavanje. Pesimistički “filozofira”, omalovažava sve društvene i životne vrednosti roditelja, iznoseći nihilističke ideje, grdi društvo, obezvređuje budućnost, negira moral, “prezire materijalizam i trku za novcem” ili sasvim suprotno, - veliča novac i bogatstvo, koje roditelji nemaju, odbija da uči ili radi. Ponašanje se sve više usmerava sa porodice na vršnjake koji se isto ponasaju, česte tuce sa “drugim grupama”.

Pojavljuje se tajanstvenost i neiskrenost, sve uočljivije su laži i manipulacije, praćene drskim ponašanjem, neposlušnošću i “raspravama” oko svega. Govor postaje vulgaran, stavovi u razgovorima praćeni apatijom ili bezosećajnošću. Dugi telefonski razgovori sa anonimnim sagovornicima ili drugovima koje “ne znaš”, šifrirani razgovori sa upotrebom “šatrovackih” ili “sleng” izraza, često potpuno nerazumljivih. Iznenadni, nenajavljani noćni izlasci, koje roditelji ne mogu sprečiti, dugo zadržavanje u kupatilu.

Nestanak stvari iz kuće koje pripadaju adolescentu (garderoba, plejeri, kasete, dragocenosti) sa vrlo čudnim objašnjenjima, a zatim nestajanje porodičnih stvari iz kuće (dragocenosti i novac).

Kontakt sa porodicom je potpuno promenjen ili prekinut, često su članovi porodice podeljeni ili sukobljeni zbog ovakvog ponašanja adolescenta.

U daljem toku bolesti, mogu se pojavljivati sve izrazitiji poremećaji socijalnog ponašanja obeleženi agresivnim istupima u kući ili u školi. Izostajanjem iz škole i napuštanjem obrazovnog procesa, čak upuštanjem u kriminalne aktivnosti (najčešće „dilovanje droge“, sitne krađe, razbojništva, prostituisanje i sl.).

b) Nespecifični telesni poremećaji

Ovi telesni simptomi su isprepletani sa nespecifičnim psihičkim simptomima. To su : vrtoglavice, glavobolje, nesvestice, ubrzani rad srca, zatim iscrpljenost, bledilo, gubitak na težini. Često su prisutni želudačni ili crevni poremećaji (bolovi u trbuhu, prolivi, povraćanja, odbijanje hrane). Zatim, čudan sjaj u očima ili zakrvavljene oči, kao čioda uske zenica. Poremećaji menstruacija kod devojčica, bezrazložna kontrola urina na graviditet, drhtanje ruku, srčane smetnje, često merenje pulsa

c) Specifični simptomi povezani sa zloupotrebom i/ili zavisnošću od pojedinih supstanci

Specifičnost ovih simptoma zasnovana je na činjenici o korišćenju ili zloupotrebi psihoaktivnih supstanci. Međutim, pošto se tokom vremena i tokom razvoja kliničke slike, broj supstanci povećava (najčešće dve ili više), teško je u svakom trenutku, raspoznati efekte pojedinačne supstance. Efekti su najčešće kumulirani, pomešani, pa je i simptomatologija heterogena

- **kod zloupotrebe marihuane** – Marihuana je najčešće korišćena supstanca i obično adolescenti se ne pojavljuju pred roditeljima dok su pod intenzivnim uticajem droge, ali ipak mogu se ponekad videti crvene, zakrvavljene oči, zbrkanost ili dezorijentacija u vremenu, teturanje bez mirisa alkohola. Posle dugotrajnijeg uzimanja marihuane uočavaju se promene u apetitu, slabo pamćenje pogotovo skorašnjih događaja, hronični kašalj, bol u grudima, umor, poremećaji uspavlivanja sa inverzijom spavanja, nebriga ili smanjenje brige o ličnoj higijeni, opšti pad u angažovanju oko učenja i efikasnosti u školi, karakterističan miris odeće i kože, pronalazak kapi za oči ili isitnjene suve, duvanu slične, trave.
- **kod zloupotrebe benzodiazepina, alkohola i drugih depresora CNS-barbiturati, tablete za spavanje.** Alkohol se i dalje vrlo često koristi u adolescenciji, ali nije toliko omiljena supstanca kod adolescenata. . Međutim, oni ga zbog veće tolerancije odraslih i bolje socijalne prihvatljivosti, često koriste kao način da zamaskiraju dejstva drugih droga. Simptomi su dobro poznati: teturanje, nerazumljiv govor, miris na alkohol u izdahnutom vazduhu. Slične simptome izaziva i korišćenje tableta bezodiazepina, ali bez mirisa na alkohol. Uz ove simptome mogu se videti prošire-

ne zenice, problemi sa koncentracijom, zapadanje u san u neprikladnim momentima, problemi sa koordinacijom pokreta, mutne i staklaste oči, uočljive promene u spoljnom izgledu lica i oblačenja.

- kod zloupotrebe stimulansa (metamfetamin, MDMA/ecstasy/, amfetamini, kokain) preterana gotovo ekstremna aktivnost od nekoliko dana, sa nespavanjem ili vrlo kratkim spavanjem, preterano uzbuđenje, ustreptalost pri govoru, euforija praćena logorejom i smehom ili razdražljivo raspravljanje oko svega, česta sumnjičavost, paranoidnost i agresivnost, proširene zenice, smanjenje apetita, povišenje krvnog pritiska i pulsa, pa zapadanje u san zbog iscrpljenosti.
- kod zloupotrebe halucinogena (LSD, artane, "magične pecurke") vizuelne obmane, iluzije, halucinacije u oblasti čula sluha, dodira ili ukusa i vida, povišenje krvnog pritiska i pulsa, tremor ruku.
- kod zloupotrebe opijata (heroin, metadon, trodon) opšta usporenost, pospanost, ali bez uspavljivanja, govor poremećen, pokreti usporeni, suva usta, uske zenice, vodnjikave oči, crvenilo lica ili jako bledilo, svrab po koži, šmrcanje.

MEHANIZAM NASTANKA ZAVISNOSTI

Celokupna klinička slika zloupotrebe i/ili zavisnosti od psihoaktivnih supstanci najvećim delom uslovljena je samovoljnim unošenjem dve ili više supstanci. Najčešće se koriste marihuana, alkohol, tablete benzodiazepina, trodon, amfetamin i metamfetamin, halucinogeni, kokain, heroin i sve redje kod nas inhalanti.

Na osnovu samoizveštaja koji su davali adolescenti u tretmanu tokom dvogodišnjeg praćenja formirana je tzv. **Guttman-ova skala**, koja potvrđuje postojanje regularnih faza formiranja zloupotrebe i/ili zavisnosti. U korišćenju psihoaktivnih supstanci adolescenti se kreću od alkohola i cigareta, preko marihuane i tableta prema tzv. težim drogama – MDMA, kokain, heroin

Termin **psihoaktivna supstanca** (droga, psihotropna supstanca) podrazumeva hemijsku supstancu, koja kada je uneta u organizam menja funkcije u telu, ponašanje i stanje svesti, pa čak i dublje strukture duševnog života (raspoloženje, mišljenje, rasudjivanje, ponašanje).

Svaka od navedenih supstanci ima predilekciono mesto svog delovanja u mozgu i specifične efekte dejstva, ali kombinovanje više supstanci i nepredvidljiv sastav "uličnih pakovanja droge" u velikoj meri smanjuju te specifičnosti i svode ih samo na potrebu i žudnju da se supstanca ponovo uzme.

Marihuana, odnosno njen ključni aktivni sastojak THC (delta-9-tetrahydro-cannabinol), ispoljava svoje delovanje preko tzv. kanabionidnih receptora koji su raspoređeni u onim delovima mozga, koji su zaduženi za kretanje, koordinaciju pokreta, zatim učenje i memorisanje, složenije kognitivne funkcije kao što su prosudjivanje, procena vremena, osećanje zadovoljstva. THC pojačava ćelijsku aktivnost u receptorima i osnovni efekat ima odlike povišenog raspoloženja. Međutim, i kratkotrajni efekti marihuane uključuju probleme sa pamćenjem, percepcijom realiteta, teskoćama u mišljenju, gubljenjem koordinacije i ubrzanim srčanim radom. Osnova adiktivnih svojstava marihuane nalazi se u tom "podizanju", ali i u promeni metabolizma dopamina koji je odgovoran za regulisanje motivacije i nagrade, čime direktno i indirektno utiče na ponovno unosenje marihuane i unosenje drugih ("teških") droga.

Prekid uzimanja marihuane dovodi do povećane aktivnosti sistema zaduženog za reagovanje na stres, tako da se pojavljuje pojačana anksioznost, teskoće u spavanju do nesanice, zatim pojačana razdražljivost i agresivnost što ima sve odlike apstinencijskog sindroma. Dakle, nesumnjivo je da THC ima adiktivne potencijale i da se unošenje kod velikog broja korisnika marihuane nastavlja i pored zapadanja u teskoće i poremećaje. Visoke doze unetog THC mogu dovesti do pojave akutne toksične psihoze sa halucinacijama, paranoidnim mišljenjem i pojavom fenomena depersonalizacije i derealizacije. Kod dugotrajne upotrebe marihuane može se razviti tzv. Amotivacioni sindrom, koji nalikuje sch. psihozi.

I ostale psihoaktivne supstance koje adolescenti uzimaju i kombinuju njihovo dejstvo, ispoljavaju svoje efekte na receptorsku aktivnost i aktivnost neurotransmitera u mozgu.

Stimulansi – amfetamini, metamfetamini, MDMA, kokain- imaju globalno uzevši tzv. podizajući ("high") efekat – povišeno raspoloženje, euforija, pričljivost, povećanje psihomotorne aktivnosti, smanjena potreba za spavanjem i uzimanjem hrane – što je najčešće praćeno ubrzanim radom srca, povišenim krvnim pritiskom, hipertermijom, a često i dehidracijom. Stimulansi proizvode svoje efekte delujući na metabolizam dopamina, tako što – ili, povećavaju oslobađanje dopamina iz nervnih ćelija (MDMA, metamfetamini) – ili, inhibiraju reapsorpciju dopamina u nervnu ćeliju (kokain). Povećanje nivoa dopamina je povezano sa osećajem zadovoljstva i sistemom nagrade što direktno uslovljava stvaranje psihičke i telesne zavisnosti, odnosno, uzimaje sve češće i sve veće doze psihoaktivne supstance.

Ovde treba naglasiti da MDMA-ecstasy, deluje na metabolizam tri neurotransmitera u mozgu (dopamin, norepinefrin, serotonin) povećavajući njihovo oslobađanje u sinaptičkim prostorima. Ekscesivno povećanje nivoa serotonina prouzrokuje intenzivno povišenje raspoloženja i pojačavajući psihomotornu aktivnost, ali je utvrđeno da je MDMA direktno toksičan za nervne završetke i dovodi do ekstremnog, često ireverzibilnog praznjenja depoa serotonina, čime se mogu

objasniti poremećaji ponasaja, depresivnost i često vrlo ozbiljni poremećaji u mentalnom funkcionisanju (kognitivne funkcije, emocije, motorika, koncentracija)

Halucinogeni – psilocibin, meskalin, dietilamid lizergične kiseline su supstance po strukturi slične serotoninu i nalaze se u “ulicnim pakovanjima” poznatim kao LSD, magične pecurke ili pejot. Njihovo dejstvo se ispoljava kroz prekidanje veze nervnih ćelija sa serotoninom čime se izaziva poremećaj serotoninergičkog sistema koji je povezan sa kičmenom moždinom i odgovoran je za kontrolu ponasanja, muskularnu kontrolu i kontrolu senzornih percepcija. Efekat su halucinacije i vizije uz neobicno, češće veselo raspoloženje, ali halucionacije mogu biti praćene strahom i “flash-back” efektima koji mogu biti mučni i ponekad ireverzibilni

Heroin, spada u droge sa najadiktivnijim potencijalima i vrlo teskim i neprijatnim telesnim apstinencijalnim sindromom. Heroin i drugi opijoidni analozi (trodon, metadon, meperidin) deluju tako sto se brzo vezuju za opioide receptore koji su raspoređeni u mozgu, ali i u drugim delovima organizma. . Brzo se stvara adicija koja postaje hronična zbog neurohemijskih i molekularnih promena u mozgu i karakterise se žudnjom, traženjem droge i kompulsivnim uzimanjem sve većih kolicina.

Ove supstance imaju osobinu da stvaraju stanje **psihičke i telesne zavisnosti** što se manifestuje kroz kontinuiranu upotrebu ovih supstanci i pored toga sto stvarju neprijatne i sve stetnije posledice po korisnika i na njegove odnose sa značajnim osobama i okolinom.

Psihička zavisnost predstavlja posebno emoconalno stanje koje se formira vec polse prvih nekoliko unosenja psihoaktivne supstance kroz procese uslovljavanja i socijalnog ucenja i kroz delovanje psihloških mehanizama odbrane (negacija, minimiziranje, potiskivanje, projekcija). Radi se o stvaranju posebnog mentalnog sklopa ili psihičkog stanja pojedinca u kojem dominira pulzija, želja, žudnja da se nastavi sa uzimanjem supstance.

Tolerancija se definiše kao potreba da se poveća količina unete supstance da bi se postigao očekivani, a ranije postignuti efekat. Drugim rečima, posle izvesnog vremena uzimanja supstance očekivani efekat se postiže povećanom količinom droge. U ovaj proces su osim psiholoških mehanizama uključeni i neurobiološki procesi zbog farmakoloskih – adiktivnih svojstava supstance. Kod marihuane, benzodiazepina, heroína, kokaina, amfetamina ovaj rast tolerancije je linearan i može dostići i višestruko veci nivo od toksične pa i letalne doze bez pojave pada tolerancije, koji postoji kod alkohola.

Ukrštena tolerancija se registruje izmedju opijata, alkohola, benzodiazepina i kanabinoida, sto znači da povišena tolerancija na jednu od ovih supstanci omogućuje povišenu toleranciju i na drugu. To suštinski označava postojanje ukrštene zavisnosti. Dakle, jedna zavisnost može biti zamenjena drugom (politoksikomanija)

Telesna (fizička) zavisnost nastaje kada se tokom kontinuirane upotrebe dogodi dalja neuroadaptivna promena, koja je po svojoj suštini biološka i ireverzibilna, a odvija se na nivou neurotransmiterskih receptorskih sistema u mozgu. Zbog toga se pri pokušaju da se prekine uzimanje supstance pojavljuju znaci tzv. apstinencijalnog sindroma koji su neprijatni: nervoza, strahovi, nesanice, depresivnost i lupanje srca, bolovi u trbuhu u mišićima i zglobovima, znojenje i sl. . Ponovno uzimanje supstance smanjuje ove simptome, pa se uzimanje produžuje da bi se izbegle neprijatne tegobe i da bi se pojedinac osećao koliko toliko “normalno”.

Kod adolescenata klinička slika apstinencijalnog sindroma nema ovu dramatičnost povezanu sa telesnom simptomatologijom, ali dominirajuća psihicka zavisnost se ispoljava kao anksioznost, razdražljivost, depresivnost, agresivno ponašanje i kompulsija za uzimanjem supstance ili više supstanci, pri čemu je značajan deo vremena i energije adolescenta usmeren i troši se na traženje i pronalaženje supstance i načina da je uzme, zatim na oporavljanje i prikrivanje dejstva “droge”.

Sve češće se tokom vremena ispoljava ključni simptom zavisnosti - **fenomen gubitka kontrole nad uzimanjem supstance** – što se opisuje kao uzimanje “droge” iznad nameravane količine. U početku se to događa redje i povremeno, a kasnije skoro pri svakom uzimanju. Vreme koje se provodi pod dejstvom droge je sve duže, a oporavak sve teži. To dalje vodi u smanjenje, izbegavanje ili potpuno odustajanje od važnih životnih aktivnosti, zapuštanje škole i dr.

Medjutim treba naglasiti da, dužina trajanja svih navedenih simptoma i znaci telesnog apstinencijalnog sindroma nisu obavezni deo dijagnoze zavisnosti kod adolescenata, jer relativna kratkotrajnost bolesti ne stvara tešku telesnu simptomatologiju kao kod odraslih zavisnika.

Kod adolescenata od mnogo većeg znacaja su **poremećaji ponašanja i emocija** koji se pojavljuju vrlo rano i gotovo kod svih adolescenata korisnika psihoaktivnih supstanci.

Zbog toga je kod adolescenata značajno otkriti korišćenje supstanci i prepoznati ranu simptomatologiju psihičke zavisnosti koja se definiše kao **zloupotreba (abusus) psihoaktivnih supstanci**. U definisanju bolesti zavisnosti termin zloupotreba se koristi kao odrednica početne faze zavisnosti (**pretoksikomanija**), ali kada su u pitanju adolescenti ona može imati značenje konacne dijagnoze, koja zahteva pružanje pomoći i neku vrstu tretmana adolescenta.

Halikas, (1990), naglasava sledeći stav: *u svrhu definisanja jednog ponašanja kao neprikladnog, štetnog i patološkog u socijalnom smislu, prihvatljivo je definisati svaku upotrebu alkohola ili bilo koje druge psihoaktivne supstance u adolescenciji kao zloupotrebu*

Ovakav stav zasnovan je na podacima da sve psihoaktivne supstance nedvosmisleno izazivaju štetne posledice, oštećenja i poremećaje kod dece i adolescenata i da zbog toga niko ne bi trebalo da ih uzima. U prakticnom pogledu, a

posebno sa aspekta indikovane primarne prevencije ovakvo stanovanje ima puno opravdanje. Naime, ako se ne prepozna i ne leči stvorena početna zavisnost od bilo koje pomenute psihoaktivne supstance, intenzitet zavisnosti će se povećavati, a bolest će neumitno napredovati ka sve težim oblicima sa sve težim, teže otklonjivim posledicama.

Svojstvo psihoaktivnih supstanci da stvaraju psihičku zavisnost i pri tom menjaju strukturu psihičkog života, samo po sebi od suštinskog je, pre svega negativnog, uticaja na razvoj i sazrevanje dece i adolescenata, jer bitno menja njihov doživljaj realiteta i njihove emocionalne odnose sa znacajnim osobama, kao i njihov odnos sa idejama i vrednostima porodice i društva. Drugim rečima, njihov psihološki, emocionalni i socijalni razvoj se menja i /ili prekida.

UZROCI NASTAJANJA

Bolesti zavisnosti ili adicije, bez obzira na širok spektar psihoaktivnih supstanci koje se zloupotrebljavaju i na raznolikost kliničkih slika kroz koje se manifestuju, predstavljaju jedan kontinuum, čije je održavanje moguće sinhronizacijom sistemskih procesa u pojedincu i oko njega. Pojava korišćenja, zloupotrebe i zavisnosti od psihoaktivnih supstanci u adolescenciji i poremećaji emocija i ponašanja koja iz toga proističu deo su tog kontinuuma pa ih tako treba i sagledavati.

Naime, prva korišćenja psihoaktivnih supstanci počinju u preadolescenciji i adolescenciji. Tada započinje formiranje i postojanje tog **kontinuum**a, - iz prirodne apstinencije ili "nultog" korišćenja prelazi se u korišćenje (use), a zatim - s obzirom na prisustvo ili odsustvo rizičnih odnosno protektivnih faktora - osoba se kreće po ovom kontinuumu kroz fazu zloupotrebe (abuse) dostižući stepen sopstvenog odnosa prema psihoaktivnim supstancama koji kod mnogih ima odlike bolesti zavisnosti (adicije).

Postojanje i korišćenje psihoaktivnih supstanci je definitivna i nezaobilazna socijalna gotovo civilizacijska činjenica. Postoji mnoštvo odgovora zašto je to tako. Mnogobrojne legalne i ilegalne psihoaktivne supstance naše su svoje značajno mesto u svakodnevnom životu kao i sve ostale tekovine ljudske civilizacije.

Adolescencija je nezaobilazna biološka i psihološka činjenica, a od kraja XIX i početka XX veka - kada je izdvojena kao poseban stadijum biološkog razvoja između detinjstva i odraslog doba, - postaje i medicinska i socijalno-psihijatrijska činjenica. Često opisivana kao period "bure i stresa", kao "novo rođanje ličnosti", može se reći da se drama adolescencije najvećim delom odvija na sceni porodice. Zahvaljujući rastu i razvijanju bioloških potencijala i razvijanju formalnih kognitivnih i drugih psiholoških operacija, adolescent stavlja pod kritičku lupu

socijalnu realnost porodice. Naime, postepeno se formira kritičko misljenje, kreira se sopstveni referentni okvir i vrši se uporedjenje sa realnošću neposrednog socijalnog okruženja. Zbog potrebe za odvajanjem od porodice i formiranjem svog identiteta, adolescent je najotvoreniji za spoljno i novo.

U vanporodičnim odnosima on/ona usvaja i formira nove socijalne sve-tove. Isto tako teži da u porodicu unese ove novine. Zbog toga je porodica sa adolescentnom razvojno najvulnerablenija u odnosu na održanje svojih struktura i socijalnih konstrukcija. Ovo je utoliko izraženije, ukoliko je raskorak između porodičnog realiteta i socijalne realnosti koju adolescent želi da unese u porodicu, veliki. Kod porodica koje imaju bilo kakav oblik disfunkcionalnosti ovaj raskorak prerasta u simptom.

Na odlike i tok adolescencije utiču i mnogi vanporodični faktori pa je put prema psihosocijalnom sazrevanju istovremeno i put traženja identiteta ličnosti.

Po Erickson-u, na ovom putu sazrevanja neizbežne su krize. To su normativne krize, koje su reverzibilne i one su izraz sa jedne strane povećane ranjivosti, ali sa druge strane i povećanog potencijala, pa imaju značenje prekretnice ili raskrsnica. Uspešno prevladavanje kriza i prolaska kroz stadijume psihosocijalnog razvoja, vodi ka povećanom osećanju unutrašnjeg jedinstva i sposobnosti da se "čini dobro" (Erickson, 1976,) Ovaj proces stvaranja identiteta je i proces rastuće diferencijacije, koja postaje utoliko sveobuhvatnija ukoliko osoba postaje svesnija sirenja kruga drugih ljudi koji joj nesto znače, počev od roditelja, preko vršnjačke grupe, socijalnog okruženja do čovečanstva. Tako on/ona prolazi kroz proces selektivnog odbacivanja i uzjamane asimilacije sopstvenih identifikacija iz prošlosti i sadašnjosti.

Adolescent nužno treba da razreši ključna pitanja povezana sa osećanjem samopouzdanja i samosvesti, zatim da izađe iz konfuzije u percipiranju vremena (odlaganje ispunjenja), a posebno percepciju budućnosti, koja kao da ne postoji u poimanju adolescenata. Nužno je definisati uloge, definisati seksualnu polarizaciju, značaj i poziciju liderstva, zatim konfuziju autoriteta, ideolozku opredeljenost i vrednosne norme. Zbog težine zadatka i opasnosti koju oni donose mlada osoba, po Erickson-u dobija pravo na **"psihosocijalni moratorijum"** – koji sa jedne strane karakteriše popustljivost porodice i društva, a sa druge strane uzburkanost, provokativnost i razigranost adolescencije. Formira se period zakašnjenja u preuzimanju obaveza odraslog (fiksacija uloge, vremenska perspektiva, sticanje radno-profesionalnih znanja). Mnogi adolescenti i mladi probaju neke ekstremne oblike ponasja i funkcionisanja pre nego što se opredele za socijalnu funkciju i red. Ovi ekstremi mogu obuhvatiti i samorazorne, devijantne i delikventne tendencije.

Vršnjačke grupe u ovom periodu imaju izrazitu privlačnost i značaj, jer stvaraju kontekst za razvojne napredke u procesu stvaranja identiteta adolescenata. Njihova unutrašnja struktura oslanja se na principe adolescentne emocio-

nalnosti, a u nju se ugrađuju parametri iz grupe odraslih (hijerarhija, vrednosne odrednice moći, pravila napredovanja u grupi). Mnogi adolescenti vide grupu i "drugare iz grupe" - kao štit ili užu za spasavanje, pa je gubitak mesta u grupi ili zahtev roditelja za promenom "pratelja" za adolescente često zastrašujuća pomisao. . Medjutim deca i adolescent često nisu u mogućnosti da izvrše slobodan izbor vrsnjačke grupe. Može se dogoditi da budu odbijeni od povoljne ili "stret" grupe, pa se prihvatanje traži od devijantnih grupa. Često je to posledica konflikata u porodici i ovi adolescenti mogu imati velikih teškoca u uspostavljanju zdravog prijateljstva.

U živim sistemima promene su neminovnost, dakle, - pravilo, a ne izuzetak. Nužne promene koje se događaju u adolescenciji odvijaju se u porodici i ostvaruju se u sklopu razvojne funkcije porodice, koja tokom adolescencije deteta neminovno trpi i ostvaruje promene i time ostvaruje i svoju protektivnu funkciju u odnosu na sprečavanje samorazornih i devijantnih tendencija kod adolescenata (promena granica, redefinisane hijerarhije i autoritarnosti, olaksavanje diferencijacije i individucije)

Porodica se medjutim, prema mnogobrojnim istrazivanjima u uzorcima adolescenata koji su razvili adikciju, pojavljuje kao znacajan prerdisonirajući faktor za nastanak problema s korišćenjem psihoaktivnih supstanci

Pojava interesovanja za psihoaktivne supstance i početak njihovog korišćenja u adolescenciji, može se razmatrati i sa **pozicija socijalnog interakcionizma** (G. Patterson&all po Hrnčić.2000) .Imajući u vidu emocionalne osobenosti adolescencije i potrebe za vezivanjem, zatim razvoj cesto anatonisticke interakcije izmedju porodicne grupe i grupe vrsnjaka, prepoznaje se pojava jednog znacajnog konteksta u kojem funkcioniše adolescentova zavisnost od polja i snažni aspekti socijalnog učenja. Psihoaktivne supstance izranjaju iz tog konteksta. Vrsnjačke price i mitovi o dejstvima psihoaktivnih supstanci i snažna želja za pripadanjem grupi, uz "ponudjena očekivana dejstva" obezbeđuju i pripadnost grupi. Dakle, psihoaktivna supstanca se pojavljuje samo kao jedan od mnogobrojnih faktora koji će obezbediti odvijanje svih stadijuma socijalne interakcije iz koje će ishoditi poremećaj socijalnog ponašanja. Drugim rečima, radi se o sinhronizovanoj integraciji sekvenci adolescentovih porodičnih i socijalnih interakcija sa njegovim kognitivnim razvojem i posebno emocionalnim zbivanjima.

Dakle, simptom kao sto je zloupotreba ili zavisnost od psihoaktivne spstanice, se pojavljuje kao sistemska adaptacija adolescenta na njegov totalni kontekst, i ima funkciju održavanja homeostaze njegovog adolescentnog sistema. Taj sistem će održavati adoelescentov symptom, jer adolescent ispoljava odredjena simptomatska ponašanja i ima odredjena simptomatska mišljenja jer živi u svom komunikacionom sistemu u kojem su takve misli i ponašanja adekvatni I prihvatljivi. Prekidanje simptoma adolescentne disfunkcije nije moguće bez promene u tom komunikacionom sistemu. **Zbog toga, kad korišćenje i / ili zloupotreba psihoak-**

tivnih supstanci započne i traje – razvoj i stvaranje adolescentne zavisnosti ima predvidljiv tok, sa odlikama kontinuuma, ali nije uniformni fenomen, - odnosno postoje heterogene forme ispoljavanje kliničke slike zavisnosti

Kliničke implikacije koje proističu iz gore navedenih činjenica su: da postoji jedna snažna povezanost između normalnih tokova adolescencije i započinjanja zloupotrebe psihoaktivnih supstanci. Sa druge strane, korišćenje i zloupotreba psihoaktivnih supstanci značajno nepovoljno uplivišu na tok normalnog adolescentnog razvoja

Sasvim u skladu sa ovim je stav Baley-a, koji kaže: “Sva deca i adolescente su pod rizikom (za nastanak zloupotrebe supstanci), ali su neka od njih pod znatno većim rizikom nego druga” (citat po Schuckit, 2000). Taj povećani rizik povezan je sa postojanjem nekog primarnog psihijatrijskog poremećaja kod adolescente i odlikama porodičnog i sereg socijalnog okruženja.

Tarter, 2002,(prema Nastasicu, 2004) formulisao je hipotezu **o razvoju i o perspektivi u etiologiji** adolescentne zloupotrebe supstanci. . Na početku postoji nizak nivo afektivne samoregulacije i samokontrole ponašanja, koji je stvoren dokom detinjstva bilo primarno, ali najčešće u interakciji sa porodičnim, vršnjačkim i drugim eko-sistemskim faktorima, što uslovljava probleme u funkcijama i odnosima. Maturacioni procesi tokom adolescencije svakako obuhvataju i moždani i reproduktivno-endokrinoloski sistem, što dalje pogoršava nisku psihološku samoregulaciju stvorenu tokom detinjstva. Dalji tok povećava zainteresovanost za uzimaje supstanci i stvaranja zavisnosti. Osim intenziviranja unošenja Tarter istice i pojavu “ramifikacija” (raskrsnica) što je uslovljeno postojanjem sinhronizacije primarnih bioloških i psiholoških karakteristika adolescenta i osobenosti i zbivanja u okruženju.

Mnogobrojna istraživanja među adolescentima, koji su prihvatili lečenje zavisnosti u velikom procentu (60-80%) registruju se i drugi psihijatrijski poremećaji. Oni se mogu podeliti u dve velike grupe:

- antisocijalni poremećaji i
- poremećaji sa simptomima negativnog afektiviteta (major depresivni poremećaj, distimija, post-traumatski stresni poremećaj, anksiozni poremećaji)

ZNAČENJE DIJAGNOZE U ADOLESCENCIJI

Prema starom kliničkom pravilu Goodwin-a,- dijagnostikovanje ne bi trebalo da bude samo prikupljanje podataka i otkrivanje simptoma, znaka i određenih obrazaca poremećenog ponašanja koji se uklapaju u dijagnostičku šemu, već bi ona trebalo da **sadrži elemente i o prognozi i o vrsti tretmana** koji će se primeniti.

Imajući u vidu sve do sada izneto, može se reci da se nastanak zloupotrebe i zavisnosti od psihoaktivnih supstanci u adolescenciji u najvećem broju slučajeva, događa kao proizvod postojanja vrlo raznovrsnih, kako normativnih, dakle, fizioloških zbivanja, tako i niza patoloških ili nepovoljnih događaja i karakteristika ličnosti. Čitava scenografija je već postavljena, svi akteri kao da su zauzeli svoja mesta i predstava počinje. . Zapravo u najvećem broju slučajeva, započinje jedan kompleksan, sistemski proces sinhronizacije postojećih faktora i formira se čitav niz predvidljivih interakcija i zbivanja, koji vode ka sve češćem i intenzivnijem korišćenju psihoaktivnih supstanci i stvaranju **zavisnosti**.

Dalji razvoj kliničke slike, brzina i intenzitet stvaranja posledica i dodatnih oštećenja, zavisi od mnogobrojnih faktora koji su gore navedeni. Prema navodima Pandina-e (2000), koji takođe ističe postojanje kontinuumu u razvoju zavisnosti kod adolescenata, radi se o kumulativnoj interakciji protektivnih faktora i faktora rizika i procena ishoda je neizvesna i kompleksna. Otkrivanje tih faktora, njihova priroda, način dejstva i interakcije sa ostalim faktorima predstavljaju ne samo elemente dijagnostikovanja već i istovremenog terapijskog intervenisanja i prognostičkog razmatranja.

Prema mnogim kliničkim iskustivima može se jasno, gotovo kao parvilo, istaći postojanje faza u razvoju kliničke slike zavisnosti kod adolescenata. Klinički značaj ima i, već pomenuta, Gutmanova skala- po kojoj postoje tzv ulazne droge, odnosno droge koje se prve koriste, a zatim se pojavljuje određeni redosled njihovog uzimanja. Najcesce je to marihuana ili alkohol, a zatim metafetamini i MDMA ili tablete (bezodiazepini ili analozi opijata) i na kraju kokain, heroin. Uzimanje više od jedne supstance je pravilo. Ova regularnost je prepoznatljiva i u našoj klinickoj praksi

Postoji nekoliko klinickih studija (Mc Donald, 1984; Nowinsky 1990; Clarck, 1998;) u kojima se opisuju ove faze na relativno sličan način. Uglavnom se mogu izdvojiti četiri ili pet faza razvoja, a osnovno što naglasavaju svi autori je, da adolescenti prolaze brže, dakle, u kraćem vremenskom intervalu kroz ove faze, nego odrasli. Te faze su:

- **Eksperimentalna faza** - eksperimentisanje uzimanje iz radoznalosti ili zbog adolescentnog preuzimanja rizika, odnosno, “testiranja opasnosti”
- **Socijalna faza** - regularno korišćenje u “socijalnim” prilikama - izlasci, “žurke”, koncerti i slično. Najcesšce se to u početku događa tokom vikenda, a kasnije i češće “sa društvom”.
- **Instrumentalna faza** – traženje adekvatne supstance (“svoje droge”) kojom se postiže promena raspoloženja i ponašanja u svrhu “provoda” ili da se prevaziđe stres i neprijatni doživljaj ili negativno afektivno stanje (depresivnost, strah)
- **Habitualna faza** ili svakodnevna preokucija uzimanjem, prilagodje-

nost ponašanja i funkcija na redovno uzimanje supstanci. Ovo je prelazna faza ka zavisnosti ili početak kompletne zavisnosti.

- **Kompulsivna faza**, zavisnost, potpno prilagođavanje svakodnevnom uzimanju, promenjen životni stil, vrednosni sistem i karakterne osobine. To je faza u kojoj uzimanje supstance služi da bi se osećao/la “normalno”. Razvijena je i globalna disfunkcionalnost

Duzina trajanja svake pojedinačne faze i brzina kojom se formira klinička slika zavisnosti, u velikoj meri je uslovljena brzinom **dostizanja neurobioloških parametara zavisnosti**. Od značaja su naravno i **kvaliteti njegovog/njenog porodičnog i socijalnog sistema**.

Ishod zavisnosti i dalja karijera/sudbina adolescenta velikim delom je povezana sa njegovim/njenim **primarnim bio-psihološkim potencijalima** i eventualnim postojanjem dualn-dijagnoze

Dakle, u dijagnostičkom smislu neophodno je tačno utvrditi **primarnost odnosno sekundarnost** bolesti zavisnosti. Terapijski i prognostički je značajno jasno razlučiti da li proces zloupotrebe/zavisnosti od psihaktivnih supstanci **prethodi** pojavi mentalnih poremećaja, da li se odvija **istovremeno** ili zloupotreba **sledi** iza određenih poremećaja emocija i ponašanja.

OGRANIČENJA U DIJAGNOSTICI

Uspostavljanje dijagnoze zloupotrebe ili zavisnosti u adolescenciji i pored svega još uvek zamršen i izazovan proces. Definicija i dijagnostički kriterijumi zavisnosti istržuju se i postavljaju još od 1970 godine, ali još uvek nema opšte saglasnosti kada su u pitanju adolescenti. Naime, ni u jednoj od najnovijoj klasifikaciji (ICD-10; DSM-IV-R) još uvek nije napravljena disitinkcija o fenomenima zavisnosti sa aspekta uzrasta. U upotrebi su najčešće termini: **koriscenje**, (use), **zloupotreba** (abuse) i **zavisnost** (dependence), ali je očigledno da oni imaju globalno deskriptivno značenje za određivanje kvantitativnih i kvalitativnih dimenzija unošenja psihoaktivnih supstanci u jednom kontinuiranom i predvidljivom procesu.

Zatim, postoje i dodatna pitanja i dileme, koji ograničavaju jasnoću medicinskog i kliničkog pristupa:

- Da li se eksperimentisanje psihoaktivnim supstancama u adolescenciji može smatrati normativnim ponašanjem?
- Da li su i abstinenciju i korišćenje je privatna stvar adolescenta?
- Da li su postojeći testovi i upitnici dovoljno pouzdani i da li se mogu koristiti kao pouzdani elementi dijagnostičkog postupka?

- Kako rešiti ograničenja zbog neposotojanja dovoljnog broja tretmanskih institucija za lečenje maloletnika-adolescenata?
- Kako uskladiti prava adolescenata sa potrebom njihovog lečenja i legalnog delovanja?
- Da li je identifikacija i dijagnostikovanje adolescentnih zavisnosti - dužnost i obaveza medicinskih radnika?

Efikasno dijagnostikovanje ovih poremećaja kod adolescenata i mladih ljudi ne zavisi samo od dijagnostičkih kriterijuma, već i od kliničara i drugih profesionalaca koji se ovim bave. Od presudnog značaja **prikupljanje podataka** iz mnogobrojnih izvora i način na koje se to prikupljanje odvija. Kliničari neminovno rade **intuitivno**, pa dskle i stručnjaci za mentalno zdravlje i za savetodavni rad sa adolescentima treba da poseduju to intuitivno razumevanje zloupotrebe ili zavisnosti u adolescenciji, ali treba da poseduju veštinu za jedan **fleksibilni način intervjuisanja**, koji mora da pre svega obezbedi nastavak saradnje i novi razgovor.

Klinička slika i najuočljiviji simptomi mogu biti iz oblasti ozbiljnih emocionalnih teškoca i zdravstvenih oštećenja, sto olakšava pristup adolescentu i utiče povoljno na njegovu motivaciju za nastavak razgovora i prihvatanje pomoci.

Medjutim, negiranje i skrivanje podataka od strane samog pacijenta je sastavni deo ovog sindroma i predstavlja veliku teškocu u napredovanju prema dijagnozi i prepreku za pružanje adekvatne vrste pomoći. Prevladavanje ove prepreke, posebno kada su adolescenti u pitanju zahteva posebnu veštinu ili poseban način mišljenja, koji u svojoj suštini ima i verovanje i neverovanje kliničara u ono sto adolescent govori. Ova veština se uči, najbolje kroz rad i u timskom kontekstu. .

Poštovanje privatnosti adolescenta, ostaje uslov koji se mora ispuniti, mada postoji opravdano pitanje da li u ovim slučajevima pravo roditelja da zna preteže nad pravom deteta. Stepenn intruzivnosti koji primejuju roditelji i terapeuti, nešto je veci nego kada su u pitanju drugi poremećaji, ali konačan odgovor do koje mere treba "isterivati" objektivnu dijagnozu nastaje iz dobre procene stručnjaka ili čitavog tima o tome kolika će buduća samooštećenja adolescenta nastati ne uspostavljanjem dijagnoze I nezapočinjanjem lečenja. Naše iskustvo pokazuje da se kroz individualne razgovore adolescent može pridobiti da povрати poverenje u sebe i roditelje i da im sam/sama saopšti potrebu za tretmanom. Uspostavljanje dijagnoze se može ostvariti samo posle dobrog prikupljanja podataka iz svih izvora, dobrog analiziranja i integrisanja podataka

* * *

Koriscenje i zloupotreba supstanci prekida razvoj mlade osobe i smanjuje njegovu/njenu sposobnost da se suoči sa razvojnim zadacima. Stvaranje identiteta što je centralni zadatak adolescencije se skoro potpuno dovodi u pitanje. Vezanost za supstance utice i na druge razvojne zahteve i uloge koje se razvijaju u kasnijoj adolescenciji i u fazi mladog odraslog, kao što su uspostavljanje emocionalnih veza, obrazovni zadaci, izgradnja socijalnog okruženja, razvoj radnih vestina i izgradnja profesionalne karijere, brak, radjanje i odgajanje dece. Znacajno je oštećena sposobnost izražavanja osećanja, logičko misljenje i ostali kognitivni proces. Dakle, može se govoriti o ozbiljnom oštećenju i invalidiziranju mladih, ali da bi im se pružila pomoć – problem mora biti otkriven

Kako prepoznati da problem zaista postoji

Možda vam posle sagledavanja što je do sada napisano odgovor na ovo pitanje izgleda lak i jednostavan. Nije teško prepoznati zavisnost i probleme koji mogu da proisteknu iz toga. Međutim, činjenice iz kliničke prakse govore drugačije. Skoro svaka bolest zavisnosti traje i održava se po nekoliko godina, često neprepoznata. Ponekad se dogodi da posle dugog niza od nekoliko godina problemi postanu ozbiljni i „kućna dijagnoza“ bude postavljena, ali se onda pojavi potpuna nemoć da se lečenje započne. Dakle, u realnosti izgleda nije lako prepoznati zavisnost. Pogotovo ne u ranoj fazi.

O upotrebi droga i alkohola postoje mnoge pogrešne predstave, neznanje, a i ono što je najopasnije, postoje PREDRASUDE I ZABLUDE. Mišljenja sam da se problem ne može sagledati jasno i realno ukoliko se ne i roditelji i ostali učesnici u drmi adolescencije ne oslobode tih pogrešnih stereotipa o bolestima zavisnosti.

Najveći deo onoga što prosečni ljudi, mladi ili stariji, nauče o alkoholu, drogama i problemima vezanim za njih, saznali su i naučili putem filmova, televizije i kroz popularne časopise i novine.

Jedan način delovanja ovih medija na prosečnog čoveka je povezivanje droge i alkohola sa prijatnim slikama i sadržajima i sa poznatim ličnostima, koji su mladima često modeli za identifikaciju. Ovo je podloga koja služi za dopunjavanje „čarobne priče“ i kreiranje i širenje mita o slobodi i pravu na zadovoljstva i opuštanje, a onda i o „neverovatnim doživljajima“ pod dejstvom neke droge, o sve novim i novim „super“ i „fantastičnim“ delovanjima i „cool“ provodima. Stvaraju se mitovi i heroji.

Drugi način delovanja je kroz pružanje informacija o štetnim dejstvima droge i alkohola. Tačnost ovih informacija koje stižu putem štampe ili TV -a u poslednjih nekoliko godina je sve veća, ali je ipak konačan proizvod pogrešan i štetan! Kako je to moguće?

Informacije koje dobijamo putem štampe ili TV -a govore o dejstvima i posledicama koje se vide tek na kraju ili u odmakloj fazi bolesti. Ove informacije se dobijaju iz različitih izvora i ponavljaju se bezbroj puta u najrazličitijim varijantama i izgleda kao da je „sasvim lako“ shvatiti kako bolest izgleda i kako je prepoznati. Međutim, tako dobijena „crna“ slika baš zato je nepotpuna i nedovoljno tačna, najčešće i izaziva reakciju po tipu „ja nisam takav“ ili „mi nikada nećemo imati takav problem“. Drugim rečima, tako „crno“ predstavljanje problema stvara „slepu mrlju“ za prepoznavanje sopstvenog problema na vreme odnosno privid da problem zapravo i ne postoji. Zbog toga se kasni sa pravovremenim prepoznavanjem i dijagnostikovanjem.

Proces pomagaja i savetovanja mladih koji imaju problem sa uzimanjem supstanci i zloupotrebe ili zavisnosti od psihoaktivnih supstanci je postupak koji bi trebalo da ima sve elemente dobro osmišljenog, visestepenog i dugotrajnog procesa, koji se ne može završiti uz jedan ili dva razgovora sa pojedincem. Formalno to se odvija u nekoliko faza, koje su slivene i granice među njima samo su prividne. Te faze su:

- Identifikacija problema – podrazumeva prepoznavanje adolescenta koji može postati zavisnik i kome je potreban svetodavni ili terapijska pomoć. Izvori identifikacije mogu biti roditelji, školski sistem, legalni sistem, pedijatri, socijalni radnici i pedagozi, braca i sestre, grupe vršnjaka i događaji iz ustanova za urgentnu pomoć. Može se raditi o dugotrajnijem, ali neprepoznatom poremećaju zbog koriscenja supstanci, ali može biti u pitanju adolescent koji je samo u riziku. Ova faza trebalo bi da bude kratka i trebalo bi da se u kratkoj procesuri odredi postoji li problem ili ne, koliki je intenzitet problema i da li treba organizovati drugu fazu
- Evaluacija težine problema ili faza sveobuhvatnije procene problema. Podrazumeva kombinovanje svetodavnog i motivacionog rada usmerenog ka potvrđivanju zloupotrebe i zavisnosti od psihoaktivnih supstanci. Neophodno je okupljanje članova porodice i motivacija ili priprema za resavanje problema. To je postupak kojim se adolescent i njegova porodica pridobije i motivise za resavanje utvrđenog postojanja zloupotrebe ili zavisnosti od PAS u nekoj specijalizovanoj ustanovi
- Dijagnosticko – terapijski proces odvija se u specijalizovanoj ustanovi za adolescente. On podrazumeva specijalizovanu dijagnostiku i određivanje vrste lečenja prema karakteristikama poremećaja koji se razvio zbog zloupotrebe psihoaktivnih supstanci. Postupak se može odvijati u ambulantnim, dnevno bolničkim ili hospitalnim uslovima. Najcelishodnijim se pokazao program porodične terapije.

Drugi deo ove knjige predstavlja detaljan opis delovanja psihoaktivnih supstanci, posledica korišćenja, zloupotrebe i zavisnosti. Isto tako, sadrži praktična uputstva za prepoznavanje problema i opis događaja u lečenju

* * *

Šta su ustvari droge?

Mada naučnici tačno znaju šta su droge, po svom hemijskom sastavu i po svakom aspektu njihovog pojedinačnog delovanja na svaki deo ljudskog organizma, nije lako opisati rečima - **šta su droge?**

Pre svega, postoji nekoliko naziva koji se koriste. To su: droga, opojna droga i noviji i po mom mišljenju najtačniji termin - **psihoaktivna supstanca** (PAS) ili samo **supstanca**. U ovoj knjizi ravnopravno će se koristiti sva tri termina.

Najjednostavnija naučna definicija šta su droge glasi:

Droge su hemijske supstance koje unete u organizam menjaju telesne funkcije i duševni život, menjaju stanje svesti i izazivaju psihičku ili i telesnu (fizičku) zavisnost.

Zvuči tačno, ali i pomalo suvoparno! Pokušaću drugačije...

Droge su hemijske supstance koje unete u telo putem krvotoka nađ usvoj put do mozga i tu ispoljavaju svoje dejstvo. Ono što ih čini tako „poželjnim“ i „čarobnim“ je činjenica da one menjaju ono što osećamo mislimo u periodu njihovog delovanja -npr. izazivaju osećanje gladno ili vrtoglavice (koji neke u početku strašno plaši), zatim, menjaju nivo emocionalnog doživljavanja ili raspoloženja bilo ka „plusu“ (dižu) ili ka „minusu“ (spuštaju), ponekad smanjuju osećanje telesnog bola (anesteziraju ili otupljuju), ili pojačavaju opažanje okoline (do haluciniranja).

Prvi doživljaji često su realno neprijatni i daleko od zadovoljstva. Međutim, iz mnogih razloga pokušava se ponovo, uzima se ista droga ili „nešto drugo“. **Konačni rezultat** tog dejstva je neki, ko zna kakav, „željeni“ ili „očekivani“ efekat. On se, pre svega, stvara, pod uplivom očekivanja ili predviđanja osobe koja uzima supstancu i dovodeći je do osećanja zadovoljstva ili uklanjanja osećanja nezadovoljstva, neprijatnosti ili nelagodnosti.

Kada neko počne da vrednuje taj doživljaj, da ga smatra važnim iz bilo kog, samo njemu poznatog razloga uzeće drogu ponovo i ponovo. Može se dogoditi da nastavi da je uzima UPRKOS ceni koju mora da plati - bilo da je u pitanju novac, izgubljeno vreme, neprijatne posledice u porodici, školi ili na poslu, čak i postojeće oštećenje zdravlja pa i ličnog dostojanstva.

Droge mogu biti biljnog i mineralnog porekla, potiču iz prirode, ali mogu biti i sintetizovane, što je sve češći slučaj u eri razvoja savremene tehnologije. Pojavljuju se u vidu praha, smole, tečnosti, ali i cigareta, čajeva, tableta i kapsula. U organizam se unose na različite načine.

Nadam se da je sada jasnije ...

Kako droge nađu svoj put do mozga?

Kao što sam rekao, sve droge svoje glavne aktivnosti sprovode u mozgu. Način na koji se one transportuju kroz telo i kroz otok da bi stigle do mozga je različit i utiče na to koliko BRZO i INTENZIVNO će delovati i koliko DUGO će trajati njihovo dejstvo. Svaki tip unošenja droge u telo nosi sobom posebne opasnosti.

Droge se mogu inhalirati ili pušiti

Ovaj način unošenja vrlo je rasprostranjen. Zbog bogate plućne cirkulacije pušenje i inhaliranje (udisanje) dovode do najbržeg, za samo nekoliko sekundi, transporta droge u mozak.

Pušenjem se najčešće unose kanabinoidi (marihuana, hašiš), kod nas nešto rede heroin, kokain i amfetamini. Nekada je tako unošen i opijum.

Inhaliranjem se unose lepkovi i isparijivi rastvarači, ali i heroin (tzv. „hvatanje zmajeva“).

U poređenju sa intravenskim unošenjem (i.v.), pušenje i udisanje je manje rizično, ali i ovaj put unošenja ima svoje posledice: lokalno nadraživanje i oštećenje pluća i bronhija, što se manifestuje kao hronični suv kašalj, hronični bronhitis, ali i značajnija oštećenja plućnog tkiva.

Droge se mogu uneti putem „igle“ (i.v.)

Neke od psihoaktivnih supstanci su lako rastvorljive, i ako se unesu putem „igle“ - kao injekcioni rastvor putem šprica i igle, ubodom u venu one se onda lako

apsorbuju i nađu put do mozga. Moguće je i potkožno „ubadanje“, što je ređi put unošenja. Na ovakav način (i.v.) najčešće se unosi heroin, a kod nas ređe kokain i amfetamini. Intravenskom primenom droga se unosi direktno u krvotok i praktično za nekoliko minuta kroz srce i pluća droga dospeva u mozak. Pošto se na taj način veća količina droga unosi direktno u mozak, efekat je brz i intenzivan, pri čemu je i nivo intoksikacije (trovanja) veliki. Opasnosti kod i.v. unošenja su zastrašujuće, čak i kada je igla potpuno čista i sterilna. Naime, i.v. unete velike količine droge (pre svega heroína) mogu izazvati ozbiljna oštećenja mozga ili smrt zbog kolapsa ili spazma krvnih sudova mozga. Mogućeje i neposredno delovanje droge na vitalne centre u mozgu (za disanje, cirkulaciju ili termoregulaciju), bilo putem hiperstimulacije ili putem depresije (blokiranja) tih centara, što takođe može rezultirati smrtnim ishodom (skok krvnog pritiska, poremećaj rada srca, skok telesne temperature ili smrtonosne konvulzije), kao i direktno delovanje na disajni centar sa sličnom simptomatologijom.

Ako igla ili špric nisu sterilni opasnost se dodatno povećava zbog moguće bakterijske ili virusne infekcije. Ukoliko je količina virusa velika mogući su i fatalni ishodi, pre svega, usled infekcije jetre (hepatitis B i C). S druge strane, bakterije se mogu sakupiti i na srčanim zaliscima i tako izazvati akutni ili subakutni bakterijski ednokarditis ili perikarditis (zapaljenje srčane kese) sa mogućnošću razvoja ozbiljnog hroničnog oštećenja srca u celini.

Zajedničko korišćenje igle više osoba još više povećava šansu za infekcije, pre svega AIDS-om. U velikim gradovima 80% i.v. korisnika imaju realne šanse da budu zaraženi HIV virusom. Ovo ne dovodi samo do smrtnog ishoda kod zavisnika već i kod seksualnog partnera.

Droga se može unositi ušmrkivanjem

Izvestan broj droga može se lako apsorbovati u telo preko sluzokože, a zatim dalje putem krvnih sudova do mozga. Sluzokože dobro snabdevene krvnim sudovima su sluzokoža nosa, usne duplje i grla. Zbog toga se heroin i amfetamin (ređe) i kokain, u vidu praha mogu uzimati ušmrkivanjem kroz nos. Tako se obezbeđuje relativno brza apsorpcija i dejstvo, mada sporije nego pušenjem ili i.v. injekcijom.

Ovakvim načinom unošenja rizikuju se oštećenja nosne sluzokože i stvaranje apscesa (gnojnog zapaljenja) nosne pregrade i njena potpuna degeneracija i atrofija. Znatno su češće prisutne stalne infekcije nosne sluzokože sa upadljivim curenjem ili zapušenjem nosa („šmrcanje“ - kao kod kijavice).

Droge se mogu unositi gutanjem

Unošenje psihoaktivnih supstanci oralnim putem takođe je vrlo često, a njihova apsorpcija odvija se preko sluzokože želuca i creva. Veliki broj supstanci uzima se na ovakav način: pre svega alkohol ali i sve vrste tableta - stimulansi, uključujući i amfetamin, zatim ecstasy, razni oblici benzodiazepina, Artane, Trodon, Metadon, LSD.

Ovo je sporiji način postizanja efekta. U zavisnosti od vrste supstance, efekat se postiže za desetak minuta do nekoliko sati. Dejstvo nastupa sporije, ali se odvija postepeno i traje dosta duže. Ovaj način unošenja je manje opasan, ali ga mnogi zavisnici ne vole upravo zbog sporog nastupanja dejstva i sporijeg oporavljanja od dejstva što otežava prikrivanje uzimanja droge.

Poznati su i drugi načini unošenja: npr. LSD, *subungualno* (ispod jezika) ili putem rektalne ili vaginalne sluzokože i sl.

Kakve promene droge stvaraju u mozgu?

Odgovor na ovo pitanje nije lako dati na jednostavan način. Uzrok tome je prvo, kompleksnost mozga kao najznačajnijeg ljudskog organa, ali i činjenica da droge deluju vrlo različito, ponekad čak suprotno. Neke droge u manjim dozama deluju na jedan način, a u većim na potpuno suprotan. Zatim, droge deluju na različite delove mozga u isto vreme. Dalje, treba imati u vidu da je „čistoća“ droga vrlo različita, često krajnje sumnjiva i što je najopasnije, često se u „uličnim pakovanjima“ nalaze razne i nepredvidljive kombinacije više supstanci.

Zbog toga, mislim da opisivanje svih poznatih pojedinačnih dejstava i detaljnih mehanizama, čak i nije od neke velike koristi.

Zašto?

Zato što se kod zavisnosti od neke supstance radi o hroničnoj (dugotrajnoj) intoksikaciji datom supstancom (ili sa više supstanci) i zbog toga nastaju dugotrajno izmenjeni biohemijski i neurofiziološki procesi, koji dovode do promena u funkcionisanju mozga i ostalih organa. Ta činjenica daje dejstvu droga sasvim drugi oblik i kvalitet i neko konačno doživljeno dejstvo droga u suštini daleko je od teorijskih opisa. Mnogo je značajnije da se razume i zapamti činjenica o dugotrajnosti unošenja i nepredvidljivosti tačnog doziranja i tačnog sadržaja „paketa“, pa samim tim i nejasnom efektu na pojedinca.

Ipak, krenimo redom ...

Neke droge deluju na membranu nervne ćelije

Ljudski organizam se sastoji od ogromnog broja raznovrsnih ćelija. Osnovne ćelije nervnog sistema su neuroni koji funkcionišu kao sve ostale ćelije ljudskog organizma. Određenim hemijskim elementima i jedinjenjima, kao što su natrijum, hloridi, kalcijum, dozvoljavaju da ulaze u ćeliju, a nekim drugim da izlaze iz ćelije. Te procese ulaska i izlaska reguliše ćelijska membrana (opna), koja kao neka vrsta kože omotava ćeliju.

Alkohol je droga koja svoj efekat ispoljava upravo na ćelijskoj opni. On pokreće hemijske procese na opni i kao krajnji efekat nastaje povećanje propustljivosti ćelijske opne. Time menja funkcionisanje u unutrašnjosti nervne ćelije što dovodi do osećanja opijenosti i promene ponašanja.

Alkohol takođe deluje i na metabolizam dopamina o čemu će kasnije biti reči. Međutim, za dejstvo alkohola zbog delovanja na više delova u mozgu ne važi pravilo „jedna droga jedno dejstvo“.

Neke droge menjaju strukturu tzv. receptora

Receptori su strukture, koje su uslovno rečeno „prikačene“ na ćeliju. Naime, neuroni ne naležu apsolutno jedan na drugi. Između njih postoji jedan sasvim uzak prostor koji se naziva **sinapsa**.

Postojanje ove sinapse omogućuje povezivanje među ćelijama i prenošenje fizioloških i nervnih impulsa. To se obavlja brzim oslobađanjem specijalnih hemikalija koje ulaze u taj prostor i svojim dejstvima, omogućuju to povezivanje ćelija u njihovim funkcijama. Te specijalne hemikalije se vezuju za fine, vrlo sitne strukture - gore pomenute **receptore**. Njih treba zamisliti kao fine pipke ili antenice.

Opisane hemikalije stimulišu ili inhibišu (smiruju) receptore i izazivaju željenu promenu (nadraživanje ili smirivanje) i prenos informacije u drugu ćeliju. Postoji mnogo vrsta ovih receptora i mnogo ovih hemikalija, tzv. **neurotransmitera**. Zašto postoji toliko velika količina neurotransmitera i receptora? Upravo zbog potrebe pojedinca za raznovrsnim aktivnostima i reagovanjima organizma.

Droge koje deluju mi menjanje strukture receptora su opijati - heroin, opijum zatim metadon, trodon i druga sredstva protiv bolova koja u sebi sadrže opijate. Na isti način deluju i benzodiazepini (Bensedin, Lexilium, Lorazepam i dr.). Delujući na specifične receptore jedan deo svog dejstva ispoljavaju i marihuana i hašiš. Pretpostavlja se da na određene vrste receptora deluju i PCP-fenilciklidin („andeoski prah“) i LSD.

Pri svemu tome, nije značajno i opasno samo ovo direktno i jednokratno delovanje pomenutih droga na receptore. Bitno je razumeti postojanje promena

koje nastaju kod ponovljene i dugotrajne upotrebe opijata i benzodiazepina. Naime, ovakvim unošenjem stvaraju se promene u mozgu i telu koje vode ka stvaranju potrebe za sve većim dozama i sve dugotrajnijem uzimanju. Time se trovanje pojačava, jer se unošenjem sve većih doza mozak sve više oštećuje, a kada se želi prekinuti ili samo umanjiti doza javljaju se neprijatni, čak i opasni simptomi (v. apstinencijalni sindrom).

Neke droge deluju direktno na hemikalije u mozgu

Postoji otprilike stotinak prirodnih hemikalija u mozgu tzv. **neurotransmiteri**, koje se oslobađaju iz nervnih ćelija i putuju kroz uski prostor sinapsi povezujući jednu ćeliju sa drugom. Neki od njih su slični adrenalinu i povećavaju aktivnost mozga (stimulišu), drugi pak, imaju, zadatak da snize moždane aktivnosti (inhibišu), stvarajući smirenost ili osećanje umora ili opuštenosti.

Mehanizam delovanja nekih droga koje se zloupotrebljavaju i stvaraju zavisnost upravo je povezan sa mehanizmom delovanja ovih prirodnih hemikalija, tj. ispoljavaju svoje dejstvo direktnim delovanjem na neurotransmitere.

Tako deluju kokain i amfetamini. Oni direktno menjaju nivo neurotransmitera koji se zovu **norepinefrin** i **dopamin**.

Marihuana takođe deluje na nivo **dopamina**, u početku izazivajući porast tog neurotransmitera, a kod hronične upotrebe dovodi do pada dopamina što izaziva poznata stanja apatije i depresivnosti.

Ecstasy dejstvuje neposredno menjajući nivo **dopamina** i **serotonina**, što ga čini posebno opasnim, jer osim euforije i iscrpljenosti deluje i halucinogeno, a takođe utiče i na krvni pritisak i rad srca. Druge droge tzv. depresori u koje spadaju alkohol i benzodiazepini ispoljavaju svoje delovanje tako što menjajući nivo sedirajućeg neurotransmitera **GABA** (gama amino buterna kiselina). Alkohol deluje i na nivo dopamina i serotonina u mozgu, čime dovodi do pražnjenja depoa neurotransmitera i produbljuje depresivnost kod dugotrajnog unošenja povećanih količina.

Sve u svemu, treba razumeti da ljudski mozak ima svoje prirodne kapacitete i mehanizme da ispuni svoj zadatak - da reguliše sve raznovrsne nonnalne aktivnosti iz dana u dan i iz noći u noć. Uzimanjem droga kao da se „okrene prekiđač“ i tada postaje vrlo teško sve te stvari držati u dobroj ravnoteži. Mozak silno trpi. Posledice se ispoljavaju kao razdražljivost, neobjašnjiva nervoza, promene ritma budnosti i spavanja (inverzija sna ili teške nesanice), ili kao neočekivane promene raspoloženja, češće u pravcu depresije, zatim, netačne procene realiteta i ljudi u njoj, strahovi. Pored toga moguće su i promene u drugim organima tela (srce, jetra, žlezde koje luče hormone). Sve to nastaje kao posledica promena u mozgu koji i sam zbog toga ne može da funkcioniše na optimalan način.

PROMENE KOJE NASTAJU UNOŠENJEM DROGA SASVIM SU PREDVIDLJIVE!

Droge izazivaju razne promene raspoloženja ali, u stvari postoji jedan ograničen broj tih efekata. Naime, savim je ograničen „repertoar dejstava“ ili „onog“ kako se neko može osećati pod dejstvom droge. Psihoaktivne supstance ili droge mogu nekog učiniti veselim ili tužnim, opuštenim, ali i vrlo razdražljivim i zbrkanim do te mere da se pojavljuju halucinacije.

Treba znati da sav taj „repertoar“ dejstava supstanci predstavlja samo o d r e đ e n i (veći ili manji) s t e p e n š t e t n i h d o g a đ a - n j a i promena u biohemizmu mozga koji se ispoljavaju na ćelijskoj membrani, na receptorima ili u dejstvu neurotransmitera.

Dakle, nije u pitanju nikakva posebna čarolija ili misterija. Pre bi se reklo da je u pitanju često tragična lakomislenost i neznanje.

Faze u razvoju zavisnosti su zaista sasvim predvidljive Sve već navedene promene omogućavaju da se stvori klinička slika zavisnosti ili bolesti zavisnosti. Radi boljeg razumevanja ovog procesa, on se može podeliti u faze koje su sasvim predvidljive.

Psihološka zavisnost

Da bi upotreba bilo koje psihoaktivne supstance postala problematična ona pre svega, mora za onog ko je uzima da ima neko poželjno dejstvo, tačnije rečeno mora da ima dejstvo koje osoba vrednuje kao zadovoljstvo ili „nagradu“. Istini za volju da to nije tako, ljudi ne bi nastavljali sa uzimanjem droge. Bez neke vrste doživljaja „nagrade“ ili „dobitka“ niko ne bi ponovo uzimao drogu i čak činio napore, smišljao načine da ponovo dođe do droge. Zvuči logično?

Ali na tome se i zasniva ono što je ključna tačka u stvaranju bolesti, a naziva se psihička zavisnost od droge ili supstance.

Šta to znači?

To znači da kad neko doživi „povoljno“ ili nagrađujuće iskustvo, vrlo brzo će uhvatiti sebe kako želi ili traži da „uzme ponovo“ drogu. Ova želja može se ponekad javiti iste noći, a nekad tek za dve-tri nedelje. Rezultat je na kraju isti. Pošto je droga dobila određenu važnost ili „vrednost“, osoba će uskoro biti spremna da plati neku cenu da bi ponovo doživela isto iskustvo. Ako „proceni“ da je cena relativno mala ili da ta supstanca donosi samo neke „male“ opasnosti, nastaviće uzimanje. Kad je osoba spremna da potroši znatne količine novca, da se

iscrpljuje i izlaže opasnostima da bi došla do supstance i uzela je, ako je spremna da doživi i velike neprijatnosti u porodici ili probleme u školi, na poslu, očigledno je postala kompletno psihički zavisna.

Definicija psihičke zavisnosti

Psihička ili psihološka zavisnost je po svojoj prirodi psihološki proces ili psihološko stanje koje se ispoljava kao želja, navika, pulzija ili mentalna “potreba” da se droga uzme zbog osećanja za dovoljstva, rasterećenja ili otklanjanja osećanja nelagodnosti.

U proces stvaranja i ispoljavanja psihološke zavisnosti upletena su i **farmakološka svojstva droge**, ali i **osobine ličnosti** i njeni psihološki **mehanizmi odbrane** i, na kraju i ono što je najznačajnije, **proces uslovljavanja i socijalnog (pogrešnog) učenja**. Na taj način se uobličava, u početku jedno prolazno emocionalno stanje, a potom posebno stanje čitavog mentalnog sklopa pojedinca. Ovo stanje se vidi kao želja, pulzija, ili navika da se nastavi za uzimanjem droge ili alkohola. Biohemijski osnov ovog procesa nalazi se u delovanju dopamina, a uključen je i opioidni receptorski sistem.

Svaka od psihoaktivnih supstanci koja je do sada pomenuta ili će biti pomenuta, irna kapacitete da pod određenim uslovima i okolnostima stvori neki stepen psihičke zavisnosti. Dok je psihička zavisnost manjeg intenziteta, postoji nekakva mogućnost odupiranja ili bar većeg odlaganja. Ali kako intenzitet psihičke zavisnosti više raste, utoliko je manja volja za odupiranjem, a veće prepuštanje uzimanju i problemima koji iz toga proističu. Zavisnost postaje tako velika da počinje samozavaravanje, a potom i negiranje problema, samo da bi se supstanca opet uzela. Ovaj proces negiranja (poricanja) dovodi do toga da se spisak problema povećava, život postaje težak ili gotovo nemoguć, ali se sa uzimanjem nastavlja. Kad se uz adiktivna svojstva droge dodaju i psihološki mehanizmi odbrane, simptomi psihičke zavisnosti mogu biti vrlo tvrdokorni i destruktivni za psihičko funkcionisanje ličnosti. **Dakle, psihička zavisnost stvara se na sve droge.**

Telesna zavisnost

Telesna zavisnost se pojavljuje kada posle dužeg ponavljano uzimanja telo počne da reaguje na iste doze tako da su efekti droge manji ili sporije nastupaju. Brojne promene na ćelijskim membranama, na receptorima ili u nivou transmitera poremetile su funkcionisanje mozga i stvara se utisak „normalnog

funkcionisanja“ samo kada je droga u telu. Smanjivanje doze ili pokušaji prekidanja dovode do neprijatnih stanja i simptoma. Dakle, kada se dođe do tačke da, samo neka povećana količina droge i samo redovno uzimanje stvara „zaštitu“ od telesnih tegoba i/ili psihičkih simptoma to je znak da se razvila telesna zavisnost.

Definicija telesne (fiziološke) zavisnosti

Telesna ili fiziološka zavisnost je stanje nenormalne adaptacije celog organizma na drogu. Posebno je poremećen proces neuroadaptacije. To je znak da je droga upletena u transmitterske i receptorske sisteme mozga. Ona se nalazi u osnovi „potrebe“ da se droga ponovo uzme da bi se izbegne ponekad vrlo neprijatne pojave i tegobe. Ovaj stepen zavisnosti označava se i kao m e t a b o l i č k a zavisnost.

Neprijatni psihički doživljaji, telesne tegobe i simptomi koji se pojavljuju kada se prekine uzimanje droge ili kada se značajnije smanji uneta doza, nazivaju se **apstinencijalne tegobe** ili **sindrom**. Ovaj sindrom rezultat je nesposobnosti organizma da funkcioniše normalno ukoliko nije u njemu prisutna droga u dovoljnim količinama. U suštini radi se o komplikovanom procesu ili pokušaju adaptiranja tela na funkcionisanje bez droge. Intenzitet ovog sindroma varira. Ponekad je potrebna i neka vrsta lekarske pomoći. Nažalost, u takvim situacijama mnogi „reše“ problem uzimanjem novih količina droge. Tegobe doduše prestaju, ali to vodi u još veće „zahuktavanje“ zavisnosti i u još veće probleme.

Telesna zavisnost se može stvoriti na tri vrste, tj. grupe psihoaktivnih supstanci:

1. opijate (heroin, metadon) i tablete protiv bolova koje sadrže opijate (trodon),
2. depresore (alkohol, benzodiazepini, barbiturati),
3. stimulanse (kokain, amfetamin).

Najuopštenije govoreći, u apstinencijalnom sindromu nalaze se simptomi koji predstavljaju suprotnost od dejstva supstance koje je postojalo na početku uzimanja.

- **Kod opijata:** proliv, bolovi u celom telu uključujući i mišiće i zglobove, problemi sa spavanjem, curenje iz nosa, suv kašalj.
- **Kod depresora:** napetost, nesanica, drhtanje ruku, ubrzan rad srca, porast telesne temperature.
- **Kod stimulanasa:** pospanost, pojačan apetit, depresivnost, grčevi u mišićima.

Telesna zavisnost se ne može razviti ako prethodno nije postojala psihička zavisnost, tj. ako prethodno nije postojalo dovoljno dugo uzimanje povećanih doza supstance.

Tolerancija

Tolerancija ponekad predstavlja prvi znak telesne zavisnosti. Dakle, tolerancija i telesna zavisnost razvijaju se paralelno. Radi se o tome da se telo adaptiralo na povećane doze supstance, tako da iste doze droge počinju da stvaraju manji efekat. Zbog toga se uzimaju sve veće doze da bi se postigao nekadašnji efekat droge. Opasnost od povećanja tolerancije nastaje upravo zbog toga što se unose sve veće količine droge, pa te jako povećane doze ugrožavaju organizam, pre svega zbog povišenja krvnog pritiska i ubrzanja srčane frekvencije.

Definicija tolerancije

Tolerancija je promena reagovanja organizma na unetu drogu. Ispoljava se kao potreba da se poveća doza, da se poveća količina unete droge da bi se postigao željeni efekat koji se ranije dobijao sa manjom dozom, manjom količinom droge.

Kod zavisnosti od alkohola registruje se fenomen **pada tolerancije**, kao svojevrsni „odbrambeni mehanizam“. U poodmakloj ili završnoj fazi alkoholizma događa se da manje doze alkohola počinju da stvaraju znakove opijenosti i simptom „prekida filma“. To ukazuje na značajno oštećenje bubrega, jetre i samog moždanog tkiva.

Kod zavisnosti od opijata i stimulansa ovaj pad tolerancije ne postoji. Naime, tolerancija na ove supstance raste do samog kraja uzimanja. Ovi zavisnici mogu uneti i doze koje su nekoliko puta veće od letalne (smrtne) doze. Time je naravno intoksikacija - kontinuirano samotrovanje organizma - znatno veća, pa su i oštećenja veća.

Zbog međusobnih interakcija mnogih psihoaktivnih supstanci i sličnosti mesta njihovog delovanja u mozgu može se razviti i tzv. **ukrštena tolerancija**. To znači da postignuta tolerancija za jednu drogu „važi“ i za neku drugu, tj. podrazumeva postojanje tolerancije i na neku drugu drogu. Poznato je da ukrštena tolerancija postoji između opijata, alkohola, benzodiazepina i kanabinoida, što znači da jedna vrsta zavisnosti može biti zamenjena drugom zavisnošću i dovesti do „ukrštenog“ dejstva i znakova predoziranja.

* * *

Postojanje svih ovih simptoma - psihička zavisnost, tolerancija, telesna zavisnost - pouzdano ukazuje na to da je došlo do vrlo ozbiljnog stanja ili do tačke kada nije nimalo lako, može se reći da je nemoguće samovoljno ili samoinicijativno prekinuti sa drogom. Data obećanja ili neke čvrsto „zadate reči“ nisu od velike koristi. Razvila se *zavisnost, adikcija ili bolest zavisnosti*.

Kriterijumi za utvrđivanje zavisnosti:

- jaka žudnja ili osećanje prinude da se droga uzme,
- otežana kontrola nad ponašanjem u vezi sa uzimanjem supstance,
- simptomi apstinencijalnog sindroma,
- ubedljivi podaci o povećanoj toleranciji,
- provođenje sve više vremena u traženju, uzimanju i oporavljanju od droge,
- progresivno zanemarivanje drugih zadovoljstava i interesovanja,
- nastavljnje uzimanja i pored jasnih činjenica o direktnim i indirektnim štetnim dejstvima i posledicama uzimanja supstance.

* * *

Postoji još jedan način kako se može opisati predvidljivost promena koje se događaju kod uzimanja psihoaktivnih supstanci i kako stvaranje zavisnosti napreduje. Ovaj model proistekao je iz kliničkih iskustava koja ukazuju na to, da se mladi znatno brže „kreću“ i „napreduju“ kroz sledeće opisane faze nego odrasli. Preciznije rečeno, što je uzrast kod prvog uzimanja mladi, utoliko je prolazak kroz faze brži, dakle, za kraće vreme.

1. **EKSPERIMENTALNA FAZA** najčešće nastupa kao posledica radoznalosti. Zapravo, pre prvog uzimanja mladi, tj. tinejdžeri, ne znaju STVARNE (realne) osobine droga!

Kako to?

Evo kako. Među njima se „šire“ priče, izmišljaju „dobra“ dejstva ove ili one droge, stvaraju mitovi o supstancama i o onima koji ih konste. Korisnici su često i poznate ličnosti iz sveta muzike, filma i drugi idoli mladih. Eksperimentisanju pridonose i reklame koje droge i alkohol predstavljaju u svetlu dobrog

raspoloženja, opuštenosti, uspešnosti i dobrog provoda. Svakako da i stavovi društva i ponašanje značajnih odraslih osoba iz okoline olakšavaju započinjanje eksperimentisanja. Tako, se dogodi da prvo uzimanje, pa možda i nekoliko sledećih biva motivisano radoznalošću i praćeno ubeđenjem da se time nešto „dobija“, a ništa ne gubi, da se nešto postiže i dokazuje, npr., hrabrost da se uzme ilegalna supstanca. Svako misli da to nije mnogo opasno, da će stvari „ostati pod kontrolom“. Trajanje ove faze zavisi od mnogo stvari, ali i od toga koliko su i koje droge dostupne i koje su vrste „u trendu“ na određenom području gde se mladi kreću. Najčešće „ulazne droge“ su alkohol i marihuana, a rede tablete benzodiazepina.

2. **SOCIJALNA FAZA**, karakteriše se uzimanjem supstanci u tzv. socijalnim prilikama. Razvoju ove faze značajno doprinose „**novi običaji**“ i pravila o provođenju slobodnog vremena mladih. To podrazumeva i vreme (po pravilu, do kasno u noć), **mesta** (žurke, koncerti, festivali, diskoteke, kafići) i **povode** (rođendani, posebno „punoletstva“, ekskurzije, maturske večeri) i načine opuštanja u slobodno vreme. Te socijalne prilike su veoma česte i spadaju u regularne socijalne obrasce druženja i provođenja slobodnog vremena, ali su nažalost, skoro sasvim iskrivljene i izgubile pravu svrhu i smisao. Često je obrazac uzimanja povezan sa vikend izlascima. Obavljaju se posebne pripreme, troši se vreme na nabavljanje velikih količina „za sve“ i za razne „ukuse“, ugovaraju se tajne „šifre“ i „šeme“, određuju „dobavljači“, do detalja se razrađuje „maskiranje“ dejstva droge posle korišćenja (kapi za oči, žvakaće gume, energetski napici i sl.).

Zbog uklopljenosti ovih socijalnih rituala mladih u tzv. normalne oblike druženja i „provoda“, uzimanje supstanci se toleriše, i ne prepoznaje, ponekad čak i podržava i olakšava od strane odraslih. Zbog toga i ova faza može da prođe sasvim neprimećeno.

Međutim, znaci psihičke zavisnosti mogu već u ovoj fazi da imaju visok intenzitet, a mogući su i prvi problemi u školi ili u porodici.

3. **INSTRUMENTALNA FAZA** obuhvata traženje i odabiranje „najbolje“ i „najpogodnije“ supstance, ili „najbolje kombinacije“ više supstanci da bi se postigao efekat u menjanju raspoloženja, tj. u „lelujanju“ emocija (veselost, otkaćenost, smanjenje inhibicije ili stida), ili za željeno ponašanje (povećanje samoinicijative, duhovitosti, hrabrosti ili agresivnosti), ili jednostavno samo radi „boljeg provoda“ uključujući i seksualne aktivnosti. Često ovako ostvareni seksualni kontakti imaju odlike vrlo rizičnih seksualnih ponašanja, kako u smislu čestog menjanja seksualnog partnera, tako i u smislu mogućnosti seksualnog zlostavljanja ili silovanja, posebno kada su u pitanju devojke. Drugi oblik instrumentalizacije droge, tj. nalaženja „razloga“ za njeno uzimanje je:

da bi se tinejdžer oslobodio ili izborio sa ozbiljnijim stresom, strahovima, depresijom ili sa drugim oblicima neprijatnih ili neprihvatljivih psihičkih doživljaja (impulsivnost, depresivnost, agresivnost i sl.).

4. **HABITUALNA FAZA** je već faza navike, čak i redovnog uzimanja dve ili više psihoaktivne supstance, što se sve više uključuje u celokupni obrazac mišljenja i ponašanja mlade osobe. Dakle, čitavo ponašanje, pa i stil života se sasvim prilagođavaju uzimanju supstanci. Kao da droge i uzimanje postaju sastavni deo svakodnevnog života ne samo kao način za dobru zabavu i provođenje slobodnog vremena, već i za prevladavanje raznih psihičkih tegoba. Sada već droga i aktivnosti vezane za drogu zamenjuju ranija interesovanja koja se polako smanjuju ili su sasvim izgubljena. Pojavljuju se i prvi stvarno ozbiljni problemi i već počinje da se plaća neka potpuno neplanirana cena. Stvari su se sasvim izmakle kontroli.
5. **KOMPULSIVNA FAZA** je faza u kojoj postoji prisila ili žudnja da se supstanca unese. Prilagođavanje tinejdžera i njegovog tela drogi ili drogama je dosta odmaklo ili je već završeno. Može se reći da je adolescent **transformisan u neku novu ličnost**, često potpuno neprepoznatljivu i za porodicu i za školu, a i za neke svoje prijatelje. Već se jasno mogu videti znaci propadanja i telesnog, pa i psihičkog, gotovo redovno praćeni „popuštanjem“ u školi ili čak napuštanjem ili izbacivanjem iz škole. Mogu se pojaviti neprijatna, često agresivna ponašanja najpre u kući, a zatim i delikventna ponašanja izvan kuće. Celokupno funkcionisanje je ugroženo ili uništeno do ozbiljnih razmera.

Prelasci iz jedne faze u drugu nisu sasvim jasni, kao ni vreme trajanja pojedine faze. Može se reći da je prelazak iz štetne upotrebe (zloupotrebe) u zavisnost negde između druge i treće faze, ali može se dogoditi da pojedinac „pronade“ svoju supstancu i „zalepi“ se za nju već u drugoj fazi i već tada razvije znakovite kompletne zavisnosti. Treća i četvrta faza su faze u kojima je već očigledno razvijena psihička zavisnost, a peta faza je očigledno faza sa već razvijenom i psihičkom i telesnom (fizičkom) zavisnošću.

Kada su u pitanju vrlo mladi ljudi, adolescenti ili tinejdžeri (12 do 18 godina) neophodno je razjasniti još neke termine.

Prvi termin je **zloupotreba (abuzus)** psihoaktivnih supstanci. Koristi se i termin **štetna upotreba** (prema 10. međunarodnoj Klasifikaciji bolesti SZO), a označava isto stanje. Zloupotreba droge najčešće predstavlja samo jednu od faza u razvoju prave zavisnosti. Dakle, postoji redovno korišćenje supstanci, razvili su se određeni problemi i posledice, ali se ne registruju klinički znaci telesne zavisnosti. Međutim, važno je razumeti pravo značenje ovog termina zbog mogućnosti ranog otkrivanja problema i pravovremenog započinjanja rešavanja problema

ilečenja. Među lekarima koji se bave lečenjem zavisnosti preovladava sledeće stanovište:

Kad se radi o **adolescentima (12-18 godina)** da bi se tačno definisalo neko njihovo ponašanje, kao neprikladno, štetno i patološko u psihičkom i socijalnom smislu, ima ozbiljnih razloga da **se svaka upotreba alkohola ili bilo koje druge droge u periodu od 12 do 18 godina definiše i dijagnostikuje kao *z l o u p o t r e b a* PAS**. Simptomi i znaci psihičke zavisnosti postoje skoro kod svih pacijenata kod kojih se registruje zloupotreba.

Ovo se može smatrati utoliko tačnijim, kada se uzmu u obzir i sagledaju poremećaji ponašanja, koji proističu iz zloupotrebe supstanci, a koji mogu biti toliko štetni i teški da dovode do značajnih promašaja i ispada u porodičnim odnosima, u školi, pa i u socijalnom okruženju. To često i rezultira dovođenjem adolescenata u medicinske ustanove još u fazi zloupotrebe (abuzusa).

Postoji još jedan termin ili dijagnoza. To je **zloupotreba više psihoaktivnih supstanci** ili **politoksikomanija** ili **poliadikcija**, kako se još naziva ovaj poremećaj. Kao što je već rečeno, i ovaj se poremećaj, pre svega, može smatrati zajedničkom odlikom kada su u pitanju adolescenti. Kriterijumi za postavljanje ove dijagnoze su precizni -utvrđivanje korišćenja najmanje tri ili više psihoaktivnih supstanci, pritom nijedna od njih ne dominira, tj. ni od jedne ne postoje znaci telesne zavisnosti.

Međutim, ovde treba naglasiti da, ako uz korišćenje tri ili više supstanci postoji telesna zavisnost od jedne, onda se to dijagnostikuje kao **zavisnost** od dotične supstance, a preostale supstance i njihovo korišćenje razmatraju se sa aspekta postojeće dominantne zavisnosti.

Pojava uzimanja više psihoaktivnih supstanci sa odrednicom - zloupotrebe i zavisnosti od više psihoaktivnih supstanci postaje sve značajnija i kod ostalih kategorija zavisnika, a ne samo kod adolescenata. Pogotovo, postaje značajno kada započne proces lečenja i kada na osnovu dobijenih podataka treba odrediti preciznu dijagnozu, kao i stepen oštećenja pacijenta. Tek kada se tačno odredi da li kod korišćenja više supstanci postoji i telesna zavisnost od jedne ili više njih, tek tada je moguće odrediti tačan terapijski plan i pravila lečenja. Dakle, neophodno je uzimanje detaljne istorije korišćenja psihoaktivnih supstanci.

Ono što su do sada kliničari i istraživači u oblasti bolesti zavisnosti do sada registrovali u vezi sa uzimanjem više psihoaktivnih supstanci može se sažeti u sledećih nekoliko tačaka:

- Zavisnici od heroina ili metadona često uzimaju i velike doze benzodiazepina ili alkohola, sa mogućnošću stvaranja „duple“ zavisnosti i ukrštene tolerancije;
- Zavisnici od marihuane, takođe, vrlo često kombinuju marihuanu sa benzodiazepinima, alkoholom, ecstasyem ili nekim drugim „uličnim specijalitetom“;
- Česte su dugotrajne i udružene upotrebe alkohola i kokaina, pri čemu se stvara jedna nova supstanca nazvana -coccaethylen. Zatim, se često kombinuju kokain i heroin u i.v. obliku, što je poznato kao -“speedball“, a izuzetno je opasno jer otežava i detoksikaciju, a pogotovo ozbiljnije lečenje i takođe stvara mogućnost „duple“ zavisnosti.

Postoje dve mogućnosti za objašnjenje korišćenja više supstanci.

Prema **prvom** objašnjenju, radi se o ranom započinjanju unošenja droge (sa 12 do 14 godina) i kasnijem redovnom nastavljanju sa korišćenjem više droga, pre svega kod osoba sa **antisocijalnim poremećajem ličnosti (ASPL)**. Dakle, poremećaj se iz detinjstva nastavlja u odraslom dobu. Uz korišćenje više droga pojačava se i impulsivno i antisocijalno ponašanje zbog čega osoba dolazi sve više u sukob sa društvenim normama i zakonom.

Drugo objašnjenje je povezano sa konceptom „prirodne istorije“ zavisnosti. Naime, zbog blagonaklonih stavova društva prema alkoholu, zatim zbog „legalizacije“ povećane i raširene upotrebe raznih tableta „za sve i svašta“, pa i za smirenje, zbog sve izraženijeg stava prihvatanja uzimanja marihuane kao „prolazne faze“ „lake droge“ u adolescenciji, **prosečni i zdravi mladi ljudi** počinju vrlo rano sa korišćenjem 1 ili 2 ili 3, različitih „prihvatljivih“ supstanci (alkohol, duvan, marihuana, itd.). Iza toga sledi sve redovnije korišćenje više supstanci -marihuane, ecstasya, pa čak i LSD, što na početku ne mora da dovede do stvaranja velikih problema niti stvaranje telesne zavisnosti. Međutim, posle iskustva sa uzimanjem 2 do 3 ili više supstanci, teško je zaustaviti se na tome. Ubrzo će, vrlo verovatno, biti stvorena psihička zavisnost, što vodi u dalji „napredak“. Sledi intenziviranje unošenja, odabiranje jedne „glavne“, a nastavljanje i sa ostalim pojavljuju se sve veći problemi. Zavisno od toga da li je i koja je „glavna“ droga dostupna, prelazi se na heroin, kokain, amfetamine ili se stvara zavisnost od alkohola. Kada se pojave znaci telesne zavisnosti i problemi u porodici, nedostatak novca i slično, otklanjanje nelagodnih posledica postaje urgentna potreba i zavisniku je sve manje značajno šta će da uzme i koju vrstu droge. Uzima supstancu koja je u tom periodu dostupna. Kad ni nje nema uzima se „nešto treće“ i tako u krug. Tako se može razviti **multipla** (višestruka) **zavisnost**.

Svakako da utvrđivanje zloupotrebe ili zavisnosti od više psihoaktivnih supstanci značajno utiče na pristup u lečenju.

Vrste droga - sličnosti i razlike

Podaci iz stručne i naučne literature govore da postoji veliki broj hemijskih jedinjenja koja imaju svojstvo da utiču na svest i osećanja kod ljudi. Prema jednom. stručnom izvoru postoji preko 250 raznih psihoaktivnih supstanci. Neke su „od pamtiveka“, a neke su proizvod najnovijih tehnologija u ilegalnim laboratorijama.

Droge postoje i opstaju najvećim delom zbog toga što mnogi ljudi žele da se osećaju drugačije od onoga kako se osećaju, da nešto „poprave“ u svom ponašanju i emotivnom doživljavanju ili da se oslobode nelagodnih osećanja. Kao da žele da budu neko drugi ili nešto drugo.

Teoretski gledano naučnici mogu da pretpostave i tačno utvrde kako svako od tih hemijskih jedinjenja deluje. Ali, praktično, sve psihoaktivne supstance koje ljudi uzimaju i zloupotrebljavaju nisu čisti laboratorijski primerci. U pitanju su supstance koje najvećim delom predstavljaju neku kombinaciju, koja se nabavlja „na ulici“ i doprema „podzemnim kanalima“. Kombinuju se „glavne“ droge i mešaju sa svim i svačim. ***U svakom pojedinačnom slučaju niko ne može sa potpunom sigurnošću da tvrdi šta osoba tačno unosi u svoj organizam očekujući ovakvo ili onakvo „željeno“ dejstvo*** koje će ih promeniti, nešto popraviti ili učiniti boljim.

Ono što još dodatno komplikuje situaciju je činjenica da ***jedna ista droga može kod istog pojedinca izazvati različite efekte u zavisnosti od mnogih, često neuhvatljivih karakteristika organizma, trenutnih okolnosti i razloga, pa čak kada je u pitanju samo različita doza iste droge.***

Svrha ove knjige i nije detaljno opisivanje svakog mogućeg pojedinačnog efekta svake droge. Ideja je da ova knjiga pruži neke osnovne informacije o psihoaktivnim supstancama i njihovim dejstvima koja imaju klinički značaj, boljem spoznavanju radi uspešnijeg rešavanja problema ili lečenja.

Kanabinoidi (marihuana, hašiš)

Ove droge kao aktivnu supstancu svog delovanja sadrže delta-9-tetrahydro-cannabinol (THC). Pošto se ova droga dobija iz biljke *Cannabis sativa*, jedne vrste konoplje, količina THC zavisi od toga koji se deo biljke koristi, pa čak i od područja na kojem je rasla. Otuda potiče i razlika u imenu. U hašišu se nalazi nešto veća koncentracija THC, pa je njegovo dejstvo „jače“ 3 do 10 puta.

Uobičajeno dejstvo je stvaranje euforije, smejanje bez pravih razloga (ble-skasto ponašanje) i osećanje kao da vreme sporije prolazi. Veće doze mogu izazvati uznemirenost, konfuznost, pa čak i halucinacije (viđenje svetlosti ili geometrijskih figura). Ponekad uz to ide i osećanje straha, lupanje srca, pa i prava panična reakcija („paranoja“). Neverovatno je da čak i vrlo neprijatni efekti kod prva dva-tri uzimanja ne zaustave neke tinejdžere da pokušaju ponovo i ponovo. Očigledno je za njih važnije da „uđu u krug posvećenih“, nego realan „dobar“ efekat marihuane.

Kod duge upotrebe većih doza pojavljuje se sporije donošenje odluka, slabija koncentracija i oslabljeno pamćenje, nesposobnost rešavanja složenijih zadataka koji se odvijaju u više faza, značajno umanjenje i sposobnosti za vožnju automobila. Često su ovi kognitivni poremećaji povezani sa sve lošijim školskim uspehom, bežanjem iz škole i sl.

Ne tako retko pojavljuju se poremećaji u mišljenju u vidu sumnjičavosti, osećaj „opasnog“ posmatranja od strane drugih ljudi, čak i sistematizovanog proganjanja.

U opštoj kliničkoj slici hronične upotrebe marihuane dominiraju:

- teturav, nesiguran hod,
- zakrvavljene oči,
- suv kašalj,
- izmršavelost,
- osećanje umora,
- poremećaj spavanja,
- neredovne menstruacije kod devojaka,
- nebriga ili smanjenje brige o ličnoj higijeni,
- česta zbrkanost i dezorijentacija u prostoru,
- opšti pad efikasnosti i interesovanja za školu i učenje, pa čak i sport.

Moguća je i pojava tzv. amotivacionog sindroma o čemu će biti reči kasnije.

Depresori CNS (alkohol, benzodiazepini i barbiturati)

U ovoj grupi nalaze se supstance koje se dosta razlikuju po rasprostranjenosti korišćenja, ali imaju vrlo slična dejstva. Tu spada **alkohol** koji koristi gotovo 90% ljudi širom sveta.

Zatim, jedna velika grupa lekova - **benzodiazepini** - koju lekari masovno propisuju, ali koja se dosta i zloupotrebljava (oko 6% opšte populacije) kako od strane samih pacijenata, tako i od strane onih kojima ti lekovi nisu prepisani. Tu spadaju bensedin, lexilium, loram i mnogi drugi. Postoji oko 2000 benzodiazepinskih jedinjenja.

Na kraju - **barbiturati**, lekovi za epilepsiju i lečenje nesanica - čija je zloupotreba sada znatno smanjena, pogotovo na našim prostorima. Depresori se unose oralnim putem, gutanjem, pijenjem, a delovanje nastupa za 30-ak minuta.

Psihofarmakološki efekat benzodiazepina i alkohola umnogome je sličan, mada ne sasvim isti. Efekat se doživljava kao opuštanje, „podizanje“ raspoloženja, „otkačenost“ u mišljenju i ponašanju, sa pojavom pospanosti i zapadanja u san. Kod hronične (zlo)upotrebe većih doza dolazi do pojave nametljivosti, agresivnosti ili razdražljivosti, svađalačkog ponašanja, uz osećanje veće snage i moći, i na kraju sve do manje sposobnosti jasnog mišljenja i gubitka koordinacije pokreta i govora. Veće doze alkohola dovode do mogućnosti stvaranja problema i incidenata, pre svega tuče i vožnje u pijanom stanju. Još veće doze mogu izazvati komu i smrt.

Na benzodiazepine i alkohol stvara se psihička, ali i veoma jaka telesna zavisnost sa razvojem apstinencijalnog sindroma.

Moguće su i česte *medicinske* (hepatosis, polineuropatija, oštećenja srca, pankreasa i drugih organa) i *psihijatrijske* (delirijumi, epilepsije, psihoze, demencije) *komplikacije*.

Kada su u pitanju ove supstance putevi stvaranja zavisnosti su različiti. Pošto je alkohol „legalna droga“ široko dostupna odraslima, i mladi ga koriste kao dokaz odrastanja, često i uz blagonaklonost i podršku odraslih. Mladi, međutim sve češće alkohol kombinuju sa marihuanom.

Alkoholizam kao zavisnost ima svoj „prirodni tok“ koji je dug i na kraju ostavlja teške posledice. Ako pijenje alkohola nije praćeno uzimanjem drugih psihoaktivnih supstanci do lečenja se stiže sa 35-40 godina života, uglavnom zbog izraženih psihičkih, porodičnih, a ređe zbog zdravstvenih problema. Ako do lečenja ne dođe a nastavi se sa pijenjem alkohola, uz postojanje telesne zavisnosti, prosečno vreme umiranja je između 55. i 60. godine („prirodna istorija alkoholizma“).

Stvaranje zavisnosti od benzodiazepina odvija se na nekoliko načina, a najčešće u sklopu sa korišćenjem nekoliko supstanci (alkohol, marihuana, heroin) ili pri pokušaju „skidanja“ sa alkohola ili heroina. Zloupotreba benzodiazepina i

stvaranje „čiste“ zavisnosti najčešće se sreće kod žena u srednjim godinama kao posledica pokušaja „samolečenja“ depresije ili nekih drugih stresnih okolnosti u životu žene (razvod, bolest, gubitak).

Treba znati da dugotrajna zavisnost od ovih tzv. depresora može stvoriti zaista ozbiljnu kliničku sliku depresije, pa to uz sve ostale posledice može predstavljati ozbiljan problem čak i mogućnost za pojavu pokušaja suicida (samoubistva).

Opijati (heroin, metadon, trodon)

U ovoj grupi nalaze se supstance na koje se vrlo brzo stvara teška zavisnost.

U hemijskom pogledu one potiču od opijuma, pa je otuda ostao njihov naziv, mada se prirodni opijum sve manje koristi, pogotovo na našim prostorima, još samo kao čaj od opijuma i to vrlo retko.

Osim heroina, koji nema nikakvu medicinsku upotrebnu vrednost, nalaze se i medikamenti koji se koriste kao sredstva protiv bolova (metadon, trodon).

Uopšteno govoreći, dejstvo opijata ispoljava se kao stvaranje srednjeg stepena pospanosti, tromosti i opšte usporenosti govora, pojavu uskih zenica. Kod duže upotrebe izaziva i suvoću ustiju, opstipaciju (zatvor), usporeno disanje, vodnjikave oči, a pojavljuje se i crvenilo lica i svrab po koži. Stvaraju se i promene u raspoloženju, a vrlo brzo i povećana tolerancija. Veće doze opijata mogu prouzrokovati ozbiljna oštećenja, pa i smrt.

Kod uobičajenih doza heroina stvara se neki osećaj lebdjenja i euforije. Hlago podrhtavanje mišića i grčevi u mišićima. Sledi pospanost i opšta usporenost govora i pokreta, usporeno disanje („stond“). Posle 2-6 sati prestanka delovanja, zavisno od stepena zavisnosti, počinju da se pojavljuju ili apstinencijske tegobe ili određeni psihički problemi kao posledica duže upotrebe. Kod i.v. unošenja, posle tzv. fleša, dolazi do ozbiljnijeg usporenja disanja i rada srca, a u slučaju predoziranja i do prestanka disanja i rada srca.

Najčešći put ulaska u zavisnost od heroina je tzv. **sociogeni put**, tj. kroz nastavak započetog „eksperimentisanja“ sa alkoholom, marihuanom ili nekim stimulanom (ecstasy ili amfetamini). Kod osobe kod koje je već postignut neki stepen intenzivnije psihičke zavisnosti od drugih supstanci, heroin se pojavljuje kao „nova“ droga. Zbog tog dejstva heroina one ponekad imaju drugačije karakteristike i uglavnom izgledaju kao „otklanjanje“ raznih tegoba (razdražljivosti, nesanice, depresivnosti), što se od zavisnika imenuje kao tzv. „spuštanje“. Od heroina se vrlo brzo stvara teška zavisnost i pojavljuju se apstinencijske tegobe. To vodi u redovnu, svakodnevnu upotrebu, čak i više puta dnevno, sa daljim povećanjem tolerancije, što zahteva sve veće doze. Potrebno je sve više novca, to vodi u kriminogeno ponašanje i stvaraju se sve veći problemi poput krađa, razbojništva, prostitucije i sl.

Studije pokazuju da više od 25% mladih heroinomana umire rano (predoziranje, AIDS, obračuni sa policijom, saobraćajni udesi, samoubistva).

Na našim prostorima česta pojava je stvaranje zavisnosti od **t r a m a d o - l a** (Trodon), leka protiv bolova koji sadrži opijate. Put stvaranja ove zavisnosti je takođe „socijalni put“ u sklopu „eksperimentisanja“ sa alkoholom, marihuanom ili ecstasyem, ali služi i kao „rezervna“ droga kod heroinomana u slučaju nedostupnosti ili pokušaja „skidanja“ sa heroina. Apstinencijalni simptomi su slični kao i kod ostalih opijata, s tim što su nešto blaži, ali se kod zavisnosti od trodona često mogu pojaviti epileptični napadi.

Slična je situacija sa **m e t a d o n o m** koji je takođe registrovan kao lek protiv bolova. Specifičnosti stvaranja zavisnosti na metadon povezane su sa oštrijom kontrolom nad ovim lekom i sa činjenicom da se koristi kao lek za održavanje apstinencije kod zavisnosti od heroina („metadonski program“). To stvara ozbiljne kriminogene situacije zbog postojanja „cmog tržišta“ ovog medikamenta, u koje su, nažalost, ponekad uključene apotekarske ustanove i neki zdravstveni radnici. Međutim, dobro osmišljeni „metadonski program“ ima svoje mesto u lečenju heroinomana.

Drugi, ali znatno ređi način stvaranja zavisnosti od opijata je tzv. medicinski put. Naime, kod osoba koje su zbog nekih medicinskih razloga uzimale sredstva protiv bolova može se stvoriti zavisnost koja dovodi do sličnih komplikacija, kao prethodno opisani put. Postoji mogućnost stvaranja zavisnosti od opijata i među zdravstvenim radnicima kojima su ovi lekovi dostupni u sklopu njihovog redovnog posla.

Stimulansi (kokain, amfetamini)

Dejstvo stimulansa ispoljava se u vidu stvaranja osećanja energije, snage, smanjene potrebe za spavanjem i dobrog raspoloženja. Zbog toga korisnici sti-mulansa izgledaju vrlo, gotovo ekstremno aktivni, preterano uzbuđeni, sa usplamtelošću pri govoru do logoreje (patološka govorljivost) sa raspravljanjem oko svačega. Često se pojavljuje paranoidno st i agresivnost. Pri tom su zenice proširene, smanjena je potreba za unošenjem hrane i postoji povišen krvni pritisak i ubrzan rad srca.

Kokain se „na ulici“ pojavljuje kao beli prah, koristi se za užmrkivanje i za i.v. unošenje. Postoji i tzv. **b a z a**, koja se koristi za pušenje. S obzirom na visoku cenu kokaina na „uličnom tržištu“ stepen čistoće zbog raznih „dodataka“ je vrlo problematičan što stvara dodatne i velike opasnosti po zdravlje.

Amfetamini se pojavljuju u vidu tableta, ali postoje i forme pušenje i i.v. primenu. Bez obzira na način unošenja dejstvo nastupa sporije i traje duže nego kod kokaina (vreme poluraspada 7 do 19 h). Znaci predoziranja amfetamin ima su: groznica, pojava proliva, preznojavanje, glavobolja, tremor i grčevi u telu, poremećaj koordinacije pokreta, povišen krvni pritisak, moguće halucinacije (vidne i slušne), smanjeno rasuđivanje, strahovi i agresivnost.

Osobine stimulansa su takve da se relativno brzo stvara psihička, a potom i fiziološka zavisnost. U početku ritam uzimanja može biti na 2 do 4 dana, a kasnije

sve učestaliji (jer se u fazi apstinencije pojavljuju neprijatni simptomi pospanosti, depresivnosti i pojačanog apetita uz tremor ruku i grčenje u mišićima). Gотово 75% korisnika stimulansa ispoljava simptome paranoidnosti i halucinacija, a veliki procenat uz kokain koristi i alkohol. Poprimaju elemente antisocijalnog ponašanja i stvaraju se veliki problemi u porodici i na poslu.

Ono što posebno karakteriše zavisnost od kokaina su izražena psihička zavisnost i značajna psihička oštećenja. Prosečne doze uzimanja su od 20 do 100 mg, ali se zbog rasta tolerancije povećavaju čak i do 300 mg, što može dovesti do teških zdravstvenih oštećenja i iscrpljenosti. Lečenje je tada nužno. Inače, smrtnost među kokainom animama je velika. Smatra se da je oko deset puta veća nego u opštoj populaciji.

Halucinogeni (LSD, Ecstasy, Artane, PCP)

U ovu grupu spadaju raznorodne supstance, ali im je zajedničko svojstvo da izazivaju intenzivne halucinacije (boje, zvukovi, dodirivanje) i intenzivna emocionalna doživljavanja povezana sa njima. To zavisnici nazivaju „trip“ - putovanje, ali postoji i „bad trip“ - kada su halucinacije neprijatne, praćene strahom i agresijom, a ponekad mogu prerasti u sumračno stanje.

Tipičan predstavnik ove grupe je LSD.

Neke od ovih supstanci izazivaju i osećanje neumornosti, ogromne energije i euforije (ecstasy - MDMA, PCP-phenyl-cyclidin).

PCP izaziva i stanja teške konfuznosti i uznemirenosti, tako da njegovo uzimanje kao pojedinačne droge nije rašireno, ali ga u ilegalnim laboratorijama mešaju sa marihuanom i hašišem da bi se „pojačalo“ njihovo dejstvo, što dodatno povećava opasnost od korišćenja marihuane.

Ecstasy zasluзуje dodatni opis, pre svega zato što se sve više upotrebljava, mada nije tipičan halucinogen, već ima, dvojako dejstvo. Pošto je po hemijskoj strukturi metamfetamin (MDMA), on utiče na povećanje metabolizma serotonina, vrlo značajnog neurotransmitera u mozgu. Izaziva snažne, ali i opasne efekte. U roku od 30 do 90 minuta izaziva euforiju, veselo raspoloženje sa osećajem bliskosti sa svakim, aktivnost i energija su povećani. Dejstvo traje nekoliko sati, a u tom periodu može se pojaviti i konfuzija, napetost, a potom nesanica. U većim količinama dovodi do grča u mišićima, posebno viličnim mišićima, moguća je i pojava škrgutanja zubima, preznoјavanje, mučnina, ubrzano lupanje srca i povišen krvni pritisak. U osnovi ovih simptoma nalazi se povišen krvni pritisak u samom mozgu, pa su moguća i ozbiljna oštećenja moždane mase.

* * *

Među droge svrstavaju se i tzv. **i n h a l a n t i** (lepkovi, rastvarači i aerosoli), koji se, mada sve ređe, koriste za stvaranja izmenjenog stanja svesti praćeno vrtoglavicom, nesvesicom, pojavom pogrešnog prepoznavanja realnosti i iluzijama, često i agresivnim ispadima.

Droge nisu “šaljiva priča”

Ljudi uzimaju droge jer smatraju da ove supstance mogu da učine da se „osećaju dobro“ ili da im se smanje razna „loša osećanja“. Bez obzira što je to faktički nemoguće postići, nažalost, to je tako od pamtiveka.

Kod prvog uzimanja neke supstance svako je ubeđen da je droga dovoljno čista, da doza nije velika, da on/ona imaju snažnu sposobnost da „stvari drže pod kontrolom“, „užeće samo jednom“, da se „ništa ne gubi“ i da su opasnosti sasvim male. Svi se ponašaju kao daje u pitanju besplatan ručak i da ne može biti nikakvih problema. Međutim, droge nisu „džabe klopa“.

Neka cena mora da se plati!

Ovo će biti poglavlje o posledicama.

Kao što je već rečeno, kada se droge unesu u telo one relativno lako i brzo dospevaju u krvotok i tako stižu do mozga gde izazivaju brz efekat. Sve one na neki način dovedu do toga da se čovek „oseća bolje“ ili „manje grozno“. Upravo zbog toga zna se da

SVE DROGE IZAZIVAJU ODREĐENI STEPEN PSIHIČKE ZAVISNOSTI!

To znači da postoje uslovi da se jednom započeto uzimanje droge nastavi sa sve češćim uzimanjem i redovnom upotrebom. Redovno uzimanje neke droge dovodi do toga da droga postane „objekt želje“ za pojedinca i tada su mnogo veće šanse da se nastavi s uzimanjem nego da se prekine. To smo već naučili u prethodnom poglavlju.

Nije uvek slučaj da se za stvorenu zavisnost plati velika cena.

N a žalost, mnogo češće jeste!

Nastavljanje ili kontinuirano i dugotrajno uzimanje (hronično unošenje) psihoaktivnih supstanci prouzrokuje veliki broj teškoća i problema, uključujući i

razne medicinske posledice ili bolesti. Osim psihičke i telesne zavisnosti, što je već samo za sebe problem, to uključuje i stvaranje poremećaja u funkcionisanju mozga (u pamćenju, raspoloženju, stvara se napetost i razdražljivost), zatim psihoze, stanja intenzivne depresivnosti ili napetosti i strahova čak u vidu fobnog celovitog psihijatrijskog poremećaja.

S obzirom na obavezno stvaranje psihičke zavisnosti kod upotrebe bilo koje droge, gotovo je obavezno pojavljivanje medicinskih teškoća i prolaznih psihičkih poremećaja, bez obzira koja je droga u pitanju.

Međutim, verovatnoća da će se razviti psihoza („ludilo“), intenzivna depresija ili strahovi sasvim je različita za različiti tip droga. Može se reći da mogu nastati zajednički (opšti) i specifični problemi povezani sa određenom vrstom droge.

I. Zajednički (opšti) problemi

Medicinski problemi

Na samom početku treba naglasiti -unošenje bilo koje psihoaktivne supstance u dozi koja se unosi da bi se postigao „efekat“ nije prirodno za naše telo, kao što bi npr. bilo unošenje vitamina ili minerala. Dakle, droge su za organizam „strane“, „tuđe“ supstance i svaki organ u telu poseduje svoj način da se izbori sa „tuđincem“. Jetra, bubrezi, pluća moraju da ulažu veliki „napor“ da bi eliminisali sve veće količine droge iz tela. Unošenje bilo koje od do sada navedenih supstanci prouzrokuje na organima neku vrstu „nereda“, „modrice“ ili „rupe“, koje treba da se izleče i izgube. Pokušajte da zamislite kako to u stvari izgleda kada organi doživljavaju pOllavljajle „udarce“ velikiIll dozatna droge! Naravno, nelnillovno je stvaranje oštećenja, ponekad vrlo velikih i trajnih.

Predoziranje („overdose“)

Predoziranje znači da je do mozga dopremljena prevelika količina droge ili alkohola, koja se ne može uspešno eliminisati sa postojećim fiziološkim kapacitetima i procesima organizma. Zbog toga je ugroženo disanje, održavanje krvnog pritiska na normalnom nivou, održavanje normalnog rada srca i regulacija temperature tela. Dakle, ugrožene su sve vitalne funkcije. Ponekad se kod predoziranja mogu pojaviti i konvulzije i serijski epileptični napadi.

Teoretski, sve droge mogu izazvati smrtonosno predoziranje. Međutim, najčešće se to događa sa drogama iz grupe depresora (alkohol, benzodiazepini, barbiturati), zatim sa opijatima (heroin, metadon) i sa stimulantnim drogama (kokain, amfetamini, ecstasy). Smrt može nastupiti za nekoliko minuta.

Tretman se sastoji u pomaganju da se održi disanje, krvni pritisak i da se popravi funkcija bubrega kako bi se ubrzala eliminacija droge koja je dospela u mozak.

Simptomi unošenja prevelikih doza opisani su kod svake pojedinačne supstance.

Posledice intravenskog unošenja droge

Kao što je na početku već rečeno, i.v. način unošenja droge je najopasniji način, pre svega zbog mogućnosti da igla ili špric budu nesterilni. Praktički je moguće da se na taj način čitav organizam preplavi bakterijskom infekcijom i da se u pojedinim organima pojave kolekcije gnoja koje se nazivaju **apse**. Velika i ne tako retka infekcija može da zahvati srčane zaliske - tzv. **bakterijski endokarditis**, koji može da izazove fatalno oštećenje srca.

Osim bakterija, špricom i iglom mogu da se unesu i virusi.

Najpre treba pomenuti virusom izazvani **sindrom imunološkog deficita (AIDS)** ili kako se kod nas naziva SIDA. Ova bolest izazvana je virusom koji napada imunološki sistem organizma (sistem za odbranu), stvarajući smrtonosnu neotpornost organizma na infekcije i kancere.

Naime, ljudski organizam u stanju je da normalno kontroliše ove opasnosti od infekcije kroz funkcionisanje imunološkog sistema. Ali, kada je telo zaraženo HIV virusom, imunološki sistem nije u stanju da vrši prepoznavanje opasnosti koje nose sa sobom bakterije, virusi i drugi patološki agensi (kancerogeni).

Kada je u pitanju HIV infekcija, virus može biti prisutan u telu mesecima ili godinama nakon infekcije, u krvi se mogu pronaći tzv. antitela na HIV i osoba se smatra inficiranom, ali bez znakova bolesti. Takva osoba se naziva „HIV pozitivnom“. Dakle, ona nosi infekciju, ali nema znakova bolesti.

Najraniji znak opšteg imunog problema, tj. deficita je smanjenje jednog vrlo značajnog tipa belih krvnih zrnaca, tzv. „T-ćelija“. Kada se potpuno razvije sindrom AIDS-a registruju se česte infekcije organizma i tzv. Kapošijev sarkom. Kasnije se pojavljuju „obične“ infekcije kao što su pneumonije, ali i kanceri, koji mogu biti smrtonosni.

Sledeća vrlo teška bolest koja može nastati kao posledica i.v. unošenja droga je virusna infekcija jetre - **hepatitis tip B i tip C**, koja se može preneti i putem seksualnog odnosa. Kod alkoholičara pojavljuje se oštećenje jetre nešto blažeg stepena poznato kao **alkoholičarska masna jetra** ili hepatoza, koja može da preraste u mnogo teži oblik oštećenja tzv. **ciroza jetre**.

Ostali medicinski problemi koji mogu nastati kao posledice dugotrajnog uzimanja psihoaktivnih supstanci nisu specifični, mada mogu biti mnogobrojni i moraju se konkretno sagledati i individualno tretirati.

Psihičke posledice

Spisak psihičkih posledica koje nastaju zbog zloupotrebe i zavisnosti od psihoaktivnih supstanci je veliki. Ovi poremećaji mogu biti različitog intenziteta, od umereno teških i prolaznih, do intenzivnih i dugotrajnih poremećaja, koji ponekada mogu biti i trajnog karaktera. Tu spadaju:

- apstinencijalni sindromi,
- konfuzna stanja i delirijumi,
- anksioznost,
- depresivnost,
- kognitivni (saznajni) poremećaji,
- konvulzije (epileptički napadi),
- psihoze („ludila“),
- demencija (izlapelost).

Posebno treba naglasiti promene koje se označavaju kao **poremećaji ponašanja** povezani sa postojanjem zavisnosti koji mogu značajno da izme ne organizaciju, strukturu i karakter ličnosti. O njima će biti više reči kasnije.

II. Specifični problemi

Ovde će biti opisani oni poremećaji i oboljenja koji su specifični za pojedine tipove psihoaktivnih supstanci.

Opijati

u ovu grupu spadaju heroin i sredstva protiv bolova koja sadrže opijate (Metadon, Trodon). Ove supstance spadaju u vrlo opasne droge, sa moćnim kapacitetima za brzo stvaranje zavisnosti. Posledice koje opijati stvaraju su predvidljive i vrlo zastrašujuće, pogotovo kod i.v. uzimanja, što je već opisano.

Sindrom telesne zavisnosti može se vrlo brzo razviti, već posle nekoliko uzimanja.

Simptomi kod prekidanja uzimanja heroina mogu da se pojave već posle 4 sata od poslednjeg unošenja. Dakle, heroin ski zavisnik je „morao“ da uzima drogu redovno, što znači da se već od buđenja suočavao sa željom za ponovnim uzimanjem. Osim jake razdražljivosti pojavljuju se bolovi u čitavom telu, posebno u mišićima i zglobovima, osećaj hladnoće i naježenosti, proširene zenice,

suženje očiju. Nervoza i razdražljivost rastu, javlja se nesanica ili nesposobnost da se kvalitetno spava, zatim bolovi u stomaku udruženi sa proliv ima i povraćanjem. Bolovi se pojačavaju i može da se pojavi osećaj da čak i „koža boli“. Dolazi do pada temperature, groznice, curenja iz nosa i suvog kašlja.

Heroinski apstinencijalni sindrom najintenzivniji je prvog ili drugog dana, a već posle toga intenzitet se polako smanjuje do negde 4-5 dana.

Ako se apstinencija produži još neko vreme postoje i produženi apstinencijalni simptomi. Faza rane apstinencije obuhvata period od 4 do 10 nedelja i praćena je blagim povećanjem krvnog pritiska, telesne temperature i frekvencije disanja.

U daljem toku održavanja apstinencije ovi simptomi nestaju, ali se još uvek održavaju simptomi neurovegetativne nestabilnosti (oko godinu dana). Simptomi uznemirenosti i napete nelagodnosti, kao i brze promene raspoloženja ostaju nekoliko meseci.

Faza produžene apstinencije od heroina više se odlikuje poremećajima u ponašanju i ponašanjima u kojima dominiraju „krize“ depresivnosti, a manje panična stanja ili noćne more. Problemi sa spavanjem više su posledica starog ponašanja.

Kad je u pitanju **metadon** situacija je nešto drugačija. To je lek čije dejstvo ne nastupa tako brzo, niti tako brzo prolazi. On se u organizmu zadržava satima, a posle dugotrajnije zloupotrebe i danima, pošto je vreme poluraspada ovog medikamenta 15 do 30 sati. Ako se razvila zavisnost od metadona apstinencijalni simptomi su drugačiji. Pre svega ne počinju tako brzo po prekidanju unošenja, već posle 7-8 dana imaju mnogo manji intenzitet i traju 3-4 nedelje.

Za sve opijate, pored navedenih opasnosti, značajno je pomenuti i **stanja konfuznosti** (zbrkanosti, zbunjenosti, dezorijentacije), koji se mogu pojaviti u vreme uzimanja (kada su relativno stabilni vitalni znaci), ali i u fazama prekidanja uz pojavu ostalih znakova apstinencijalnog sindroma. Tada su praćene fazama depresivnosti i napetosti i željom da se droga uzme.

Kanabinoidi

Ovde spadaju marihuana i hašiš. Uz alkohol marihuana je najrasprostranjenija droga širom sveta. I pored raširenog verovanja da ona nije mnogo štetna i opasna, registruju se ozbiljni problemi i poremećaji povezani sa korišćenjem ove droge.

Pošto se ona ne uzima i.v., niti su česta fatalna predoziranja marihuanom, prisutna je, i što je najžalosnije, vrlo raširena zabluda o malim opasnostima od marihuane. Velikim delom i zbog toga što se marihuana najčešće uzima dugo vremena i u kombinaciji sa drugim drogama. Baš zbog te dve činjenice broj postojećih medicinskih problema nije uopšte beznačajan.

Pre svega to su iritacija pluća i bronhija. Velika je i vrlo raširena zabluda da dim marihuane nije štetan za pluća, čak ima i mišljenja da poboljšava stanje kod bronhijalne astme! Naprotiv, stanje astme se pogoršava, a kancerogena svojstva marihuanskog dima su višestruko veća (4 do 10 puta) nego duvanskog dima, kada su u pitanju kancer usta, grla i pluća.

Dodatni problem povezan sa upotrebom ove droge je **umereno opadanje telesnog imuniteta**, kao i smanjivanje sposobnosti organizma da produkuje određene hormone, uključujući i hormone značajne za seksualni razvoj.

Poremećaj koji se pojavljuje kod „teških“ pušača marihuane, a ima odlike mešovitog psihofizičkog poremećaja je tzv. **amotivacioni sindrom**. Karakterističan je po apatičnosti, opadanju samosvesti, poremećenoj proceni socijalnog realiteta i smanjenju, pa čak i potpunom padu motivacije za ostvarivanje bilo kakvih ličnih ciljeva i dostignuća. Objašnjenje za ovakve simptome može se pronaći u trajnom deficitu kognitivnih (saznajnih, intelektualnih) funkcija i organskih oštećenja mozga, koja se mogu čak i objektivizirati kod „teških“ pušača marihuane, skenerom. Drugo objašnjenje je povezano sa hormonainim deficitima. Ovakve osobe podređuju svaku vrstu interesovanja i ciljeva hroničnoj upotrebi droge, apatično napuštaju skoro sva druženja i želju za bilo kakvim pozitivnim dostignućima.

Treba istaći još jednu opasnost koju sa sobom nosi dugotrajno (ponekad i kratkotrajno) pušenje marihuane. To je smanjenje procene realiteta i zbivanja u njemu i smanjenje koordinacije pokreta uz produženje vremena reagovanja. Ovo bitno utiče na smanjenje sposobnosti upravljanja automobilom. Pošto se glavni sastojak marihuane tetrahidro-canabinol (THC) veoma dugo zadržava u telu, ta smanjena sposobnost može trajati i više sati, čak preko 8 sati. Opasnost je utoliko veća, jer je i spoznavanje sopstvenog stanja u tom periodu potpuno smanjeno. Podaci govore da se dosta često seda za volan pod dejstvom marihuane, što izaziva veliki broj saobraćajnih udesa i povreda, čak i smrtnih ishoda.

Što se tiče psihičkih oštećenja zbog uzimanja marihuane, u prvi plan se stavljaju **oštećenja kratkoročnog pamćenja**, tj. otežano rešavanje zadataka za koje je potrebno duže angažovanje u više povezanih faza. Ova oštećenja mogu biti prolazna, ali kod duže i intenzivnije upotrebe marihuane mogu ostati i **trajna kognitivna oštećenja**.

Prolazna psihotična stanja koja se karakterišu parano-idnim poremećajem mišljenja, sumnjicavoscu i osećanjem ugroženosti od ljudi, čak i uz pojavu slušnih halucinacija, često se viđaju kod korisnika marihuane.

Izgleda da se sa korišćenjem marihuane mogu povezati i **trajni psihotični poremećaji**, ali još uvek nema pouzdanih podataka da oni nastaju kao direktna posledica unošenja THC, već se pretpostavlja da marihuana podstiče, ubrzava ili pogoršava psihoze kod osoba sa predispozicijom. To se odnosi na pojavu depresivne psihoze, paničnih stanja i shizofrenije.

Vrlo neprijatna i zastrašujuća posledica uzimanja marihuane su i tzv. **flešbekovi** - doživljaj iznenadnog vraćanja osećanja „nadrogiranoosti“ nekoliko dana posle prekida uzimanja. Oni su praćeni pojavom straha i napetosti ili čak pojavom „slika“ iz faze dejstva droge. Razlozi za ovu pojavu mogu biti različiti: dejstvo preostale količine THC, postojanje stresa i panike, mogućeg razvijenog poremećaja moždanog funkcionisanja. Ponekad flešbekovi mogu biti uvod u ozbiljnije psihijatrijske probleme, ali najčešće nestaju posle nekoliko nedelja ili meseci.

Halucinogeni

U ovu grupu spadaju različiti tipovi supstanci: **L S D**, dietilamid lizergične kiseline, **E c s t a s y**, (MDMA-metilen-dioksi-met-amfetamin), **A r t a n e**, trihexy phenidyl (navedeni su samo oni halucinogeni koji se kod nas koriste).

Ecstasy je najznačajniji po medicinskim oštećenjima koja može da izazove. Po efektima je i stimulans i halucinogen. U periodu neposredno posle uzimanja, pošto su iscrpljeni depoi serotonina može se pojaviti depresija, nesanica, iscrpljenost. Posle duže upotrebe ili unošenja većih količina, dan ili dva posle korišćenja može se razviti i sindrom teške dehidracije (gubitka tečnosti) i problemi sa krvnim pritiskom i srčanim ritmom (tahiaritmija), ali i oštećenja mozga (moždani infarkti) i insuficijencija bubrega. Posle duže intenzivne upotrebe opisuju se retka, ali vrlo opasna destrukcija mišića, sindrom povišene telesne temperature i konvulzije.

S obzirom da MDMA svoje dejstvo ispoljava u neuronima bogatim serotoninom upotreba ove droge izaziva oštećenja kognitivnih funkcija i logičkog mišljenja. Osim toga, posle duže zloupotrebe pojavljuju se dugotrajnija razdražljivost i neraspoloženje, jača depresivnost i poremećaji spavanja.

Ostali tipični halucinogeni ne izazivaju tako često ozbiljnija psihijatrijska oštećenja. Međutim, ono što je često su pojave intenzivnih napada strahova, napetosti i intenzivne depresije. Česti su i flešbekovi, kao priviđanje svetlosti, boja ili nepravilnih figura. Kao i kod marihuane ovo može imati prolazni karakter, ali kod određenih osoba sa predispozicijom može se razviti trajni poremećaj.

Stimulansi

Stimulansi takođe stvaraju slične medicinske probleme kao i opijati, a to su mogućnost predoziranja i iste one komplikacije koje se mogu pojaviti zbog i.v. unošenja. Isto tako i na stimulans e se može razviti sindrom telesne (fiziološke) zavisnosti.

A p s t i n e n c i j a l n i s i n d r o m ili sindrom prekidanja kod kokaina, počinje da se razvija sličnom brzinom kao i kod heroina (posle nekoliko sati)

i dostiže maksimum tokom prvih nedelju dana. Simptomi su, međutim, sasvim drugačiji. Nema značajnih telesnih simptoma osim nespecifičnih trzaja i grčeva u mišićima, ali su psihički znaci veoma izraženi. Tokom prvih 9 do 14 sati pojavljuje se tzv. „crash“ (slom, padanje), koji se odlikuje intenzivnom željom da se uzme droga, praćen jakom uznemirenošću, osećanjem depresije, smanjenjem apetita i jakim umorom, ali i izraženom nesanicom. To sve vodi u iscrpljenje, posle čega se pojavljuje apetit i vraća se spavanje.

Loše psihičko stanje i problemi sa spavanjem mogu trajati od 1 do 10 nedelja, a depresivnost, gubitak energije, želja za uzimanjem kokaina i povećana potreba za spavanjem i do 6 meseci.

Stimulansi, najčešće od svih droga, mogu izazvati **psihotična stanja** (kokainska ili amfetaminska psihoza) i **druge psihičke poremećaje**.

Kokainska ili amfetaminska psihoza (ludilo) obuhvata pojavu sumnjivosti i ideju proganjanja pri bistroj svesti (očuvana orijentacija u prostoru i vremenu), praćena sa slušnim ili taktilnim halucinacijama (kao da nešto gmiže ispod kože i sl.). Ovakav tip poremećaja se može pojaviti posle nekoliko uzimanja, ali je češći kod pojedinaca koji dugotrajno zloupotrebljavaju kokain ili amfetamin. Kod amfetamina se može pojaviti čak i samo posle jedne uzete velike doze. Kao rani znaci ove psihoze može se pojaviti osećanje da ga neko posmatra ili priprema neku opasnost ili čitavu zaveru protiv nje/njega. To se može rapidno razvijati u pravcu mišljenja i ubeđenja da postoji realna opasnost po život. Ovo ponekad može biti tako ozbiljno stanje da se može pogrešno dijagnostikovati kao shizofrenija.

Depresija je gotovo obavezno prisutan psihički poremećaj posle dužeg uzimanja stimulansa. Ako je dužina uzimanja bila veća i ako se razvila teška zavisnost, depresija može biti veoma intenzivna i duboka sve do pokušaja samoubistva. Međutim, ona može imati i prolazni karakter. Ipak, jedan stepen tuge, praznine i napetosti ostaje još nekoliko meseci.

Napetost i razdražljivost su takođe skoro obavezno prisutni simptomi koji nastaju posle duže zloupotrebe stimulansa. Ova napetost je praćena ubrzanim radom srca, visokim krvnim pritiskom i drhtanjem ruku, što može izazvati dodatne osećaje straha. Strah može postati tako izražen da se razvija pravi **panični poremećaj**.

Depresori centralnog nervnog sistema (alkohol, benzodiazepini)

u ovoj grupi raznovrsnih supstanci najznačajniji je alkohol, kako zbog raširenosti uzimanja, tako i zbog mogućnosti stvaranja intenzivne telesne zavisnosti, ali i zbog značajnih telesnih i psihijatrijskih oštećenja. Alkohol u velikim količinama može da izazove tešku intoksikaciju, stanje kome, pa i smrt.

Alkohol deluje na „sve organe i sve sisteme u ljudskom organizmu“ i može da stvori značajan broj oštećenja, pa i bolesti.

Najčešća su:

- oboljenja jetre (alkoholičarska masna jetra, a u odmakloj fazi i ciroza jetre, često i hepatitis B iC);
- oboljenja pankreasa (akutni i hronični pankreatit, šećerna bolest);
- oštećenja srca i krvnih sudova (slabost srčanog mišića, hipertenzija);
- oštećenja želuca i jednjaka (katar i kanceri);
- oštećenje perifernog nervnog sistema (polineuropatija);
- opadanje imuniteta i anemija;
- neurološka oštećenja (atrofija malog i velikog mozga, Wernicke Korsakoff - psihoza).

Alkoholizam je najrasprostranjenija bolest zavisnosti (10-15% opšte populacije) i u značajnoj meri utiče na morbiditet stanovništva i povećanu smrtnost. Prema već pomenutoj „prirodnoj istoriji alkoholizma“ proističe da je životni vek zbog alkoholizma sveden na 55 do 60 godina (kod prosečnog nelečenog alkoholičara). Kada se svemu ovome dodaju posledice zbog saobraćajnih udesa u alkoholisanom stanju, kao i zbog tuča i drugih vrsta, još težih agresivnosti pod dejstvom alkohola, slika postaje još teža.

Apstinencijalni sindrom kod alkoholizma me že da bude blag ili srednje izražen, ali i vrlo težak i dramatičan. Prvi znaci se pojavljuju tokom prvih 48 sati, vrhunac simptomatologije dostiže se do 72 sata i tada se simptomi smanjuju postepeno do 4-5 dana. Počinje kao znojenje, drhtanje ruku, rast temperature, ubrzan rad srca i rast krvnog pritiska, napetost, nesanica. Moguće su i komplikacije apstinencijalnog sindroma kao što su **delirijum tremens** (dezorijentacija, optičke halucinacije, visoka temperatura) i **alkoholna padavica** (epileptični napadi, konvulzije).

Kod alkoholizma moguće su i ozbiljne psihijatrijske posledice, kao što su:

- alkoholna psihoza, najčešće paranoidnog tipa ili kao patološka ljubomora;
- alkoholna halucinoza, psihoza sa slušnim halucinacijama slična Sch;
- depresija;
- oštećenja kognitivnih funkcija, sve do pojave izlapelosti;
- poremećaji ponašanja („alkoholičarsko ponašanje“).

Benzodiazepini (bensedin, librium, loram, lexilium, xanax, i dr.) imaju veoma izražene potencijale za stvaranje tolerancije i teške zavisnosti, tako da se razvoj zavisnosti i apstinencijalne tegobe mogu stvoriti i lako, pa i veoma brzo (ponekad i od 3 do 4 uzimanja, ali pouzdano posle nekoliko nedelja kontinuiranog uzimanja).

Apstinencijalni simptomi mogu biti u vidu napetosti, glavobolje, nesanice, smanjene sposobnosti koncentracije, ali i pojave tremora ruku, zujanja u ušima, znojenja i poremećaja u opažanju.

Slično kao kod alkoholizma nagli prekid uzimanja kod većih doza benzodiazepina može dovesti do pojave **delirijuma**, ponekad do **psihotičnih simptoma i epilepsije**.

Psihičke posledice dugotrajne zloupotrebe i zavisnosti od benzodiazepina mogu se ispoljiti kao **poremećaji pamćenja** (anterogradna amnezija ili „prekid filma“, ali takođe i kao izlupelost), **stanja konfuzije, depresivni poremećaji**, dugotrajna stanja **anksioznosti i strahova**.

Poseban značaj benzodiazepina u bolestima zavisnosti je u činjenici da se oni vrlo često uzimaju kao „pomoćna“ droga kada nedostaje „glavna“ ili, što je još češće, kombinuju se sa ostalim supstancama. Njihov veliki potencijal za stvaranje teške zavisnosti pogoršava, ubrzava i komplikuje sliku i posledice ostalih zavisnosti.

Poremećaji ponašanja povezani sa zavisnošću od psihoaktivnih supstanci

Ovo poglavlje. o posledicama i komplikacijama bolesti zavisnosti obuhvata i temu o poremećajima ponašanja koji nastaju zbog zavisnosti od droga i alkohola.

U okviru ove teme treba razmotriti dve grupe problema ili poremećaja:

1. antisocijalni poremećaj ličnosti
2. antisocijalni elementi u ponašanju zavisnika.

1. **Antisocijalni poremećaj ličnosti (ASPL)**, u psihijatrijskoj klasifikaciji označava se kao uobličen psihijatrijski poremećaj i kao posebna dijagnoza. Dakle, u odnosu na bolesti zavisnosti on bi mogao da ima isti značaj kao i ostali psihijatrijski poremećaji (major depresija, manija ili shizofrenija), koji se u retkim slučajevima pojavljuju kao mogući uzrok zavisnosti od droga i alkohola.

Nije sasvim jasno kakvi su koreni nastanka ovog poremećaja. Poznato je da ASPL može biti veoma dramatičan problem koji, kada se udruži sa prekomernim uzimanjem droge ili alkohola, daje sliku agresivnog, nasilnog i gotovo beskrupuloznog ponašanja. Obično se prvi poremećaji ponašanja kod ASPL javljaju još u predtinejdžerskom uzrastu kao veliki problem ponašanja u odnosu sa drugim ljudima, čak i sa porodicom i grupom vršnjaka, u vidu ozbiljnog kršenja socijalnih normi ponašanja što se već u tim godinama odražava na sve oblasti života.

Naime, znatno pre nego što i započnu sa teškom zloupotrebom droga ili alkohola, pojedinci sa ASPL već su imali neke probleme u ponašanju i zapadali

u školske probleme ili u probleme u porodici, sa vršnjacima, ili sa zakonom i policijom.

Ključni problem je loša samokontrola, tj. impulsivni postupci, koji ove osobe čine bez obzira što su protiv nekog uobičajenog reda ili zakona, ili mogu da nanesu patnju drugim ljudima. Oni naravno ne dobijaju simpatiju niti razumevanje drugih ljudi, već naprotiv. Ali oni „teraju u po svome“, bez obzira na posledice da to što čine može biti vrlo nametljivo ili nasilno prema drugim ljudima. Obično je početak u 10-12. godini.

2. Oblici antisocijalnog ponašanja kod zavisnika uslovno se mogu označiti i kao „**alkoholičarsko ponašanje**“ ili kao „**narkomansko ponašanje**“. Nisu slučajno navedeni ovi termini, bez obzira što oni u sebi imaju jedan pežorativni (pogrdni, postidjući) prizvuk. Radi se o onim oblicima ponašanja koji u sebi imaju elemente neodgovornosti, egocentričnosti, bezosećajnosti i nepoštovanja osnovnih socijalnih normi, a koji se često sreću kod zavisnika od droga ili alkohola.

Ponašanjem upravlja „princip zadovoljstva“ umesto „principa realiteta“. Ponekad to ponašanje može ići do stepena koji je veoma blizu ponašanjima osobe sa već opisanim ASPL.

I zavisnici često mogu da povređuju druge osobe, često najbliže i značajne za samog zavisnika, ali i nepoznate osobe (fizička agresija ili zlostavljanje, laži i optuživanje drugih, česte su krađe, pa čak i razbojništva).

Koreni nastanka ovakvog oblika „zavisničkog“ ponašanja jednim delom leže u mehanizmima negacije (poricanja) i projekcije (optuživanja drugih), sa ciljem da se „zaštiti“ i „opravda“ zavisnost kako bi se produžilo uzimanje droge. Ponekad su to vrlo precizno smišljene taktike („šeme“) ili čitave dugoročne strategije kako da se dođe do droge ili da se „drogiranje“ sakrije i „zaštiti“.

Takva ponašanja mogu se odlikovati velikom dozom bezobzirnosti i bezosećajnosti, nebrigom za neprijatnosti i oštećenja koja se nanose drugim ljudima, pa čak ni prema teškom povređivanju osećanja i ponosa svojih najbližih srodnika. Tu spadaju i problemi sa školom i zakonom, pa čak i beskrupulozne „kućne krađe“ često najvećih porodičnih dragocenosti. Posebno su „impresivne“ tehnike zavaravanja porodice glumljenjem ljubavi i „ulagivanjem“, ali i ozbiljne, krupne laži i prevare, „izmišljanja“, pa i beskrupuloznog optuživanja svojih najmilijih bez ikakvog realnog razloga, sa agresivnim nasrtajima da bi se „odbranili“ od „groznih“ roditelja, braće i sestara.

Kada se uzme u obzir stepen psihičke i telesne zavisnosti, kao i dužina trajanja zavisnosti, koja uglavnom iznosi nekoliko godina, onda je jasno da ovakvo ponašanje može postati „svakodnevna praksa“. Na taj način zavisnik, upetljan u klupko sopstvenih laži i prevara i proces samozavaravanja, poprima nepovoljne karakterne crte ličnosti i to kao da postaje njegova „druga priroda“. On, u stvari, kao da postaje baš takav i kad nije pod dej-

stvom droge, pa čak i kada uspostavi nešto dužu apstinenciju. **Ličnost trpi vrlo nepovoljne i duboke promene.** Striktno psihijatrijski gledano, to se ne može izjednačiti sa ASPL, ali je očigledno da su spoljni, vidljivi oblici ponašanja vrlo slični, a katkad i isti.

To je upravo onaj stil života ili stil ličnosti povezan sa zloupotrebom droga i alkohola, koji je često vrlo neprijatan i težak i vrlo se teško i sporo menja. To je onaj stil života koji ne nailazi na prihvatanje i simpatije ni porodice ni društvenog okruženja i koji se ružno i pežorativno etiketira kao „narkomansko ponašanje“, ili još gore kao „džanki“ filozofija. Suštinski gledano to jeste „tvrd“ i dosta fiksiran obrazac mišljenja i ponašanja, ali nije nepromenljiv.

Proces stvaranja zavisnosti od psihoaktivnih supstanci kod **devojčica i devojaka** ima, naravno, manje više sve odlike do sada opisanih procesa, ali ima i neke svoje specifičnosti. Za opisivanje ovih razlika treba mnogo više prostora nego što ova knjiga nudi. Međutim, pre svega treba istaći prirodne polne razlike koje se pojavljuju u procesu rasta i sazrevanja.

Dakle, treba znati da promene koje počinju da se odvijaju u pubertetu, preadolescenciji i adolescenciji, kod devojčica počinju i završavaju se ranije, prosečno dve godine ranije. Te promene su suštinski veće i dramatičnije i nastupaju u ranijem uzrastu. Samo ta **biološka činjenica** uslovljava značajne razlike i u biološkom i u emocionalnom životu devojčica i dečaka, pa i u odnosu prema uzimanju psihoaktivnih supstanci.

Ranije pojavljivanje hormonalnih promena i razvoj sekundarnih seksualnih odlika i seksualnih impulsa, znatno ranije stvara nestabilnost koja je i veća i teža za savladavanje. Izgleda da je to jedan od razloga koji uslovljava da devojčice počnu ranije da uzimaju psihoaktivne supstance, ako uopšte počnu da uzimaju. To se, pre svega, u našim ispitivanjima, pokazalo u odnosu na alkohol, duvan i marihuanu.

Kulturološke i socijalne razlike koje postoje u odnosu prema polovima, kod devojčica uslovljavaju pojavu dva moguća načina reagovanja i ponašanja. Može da se razvije buntovnički odnos prema društvenim i kulturološkim normama i ponašanje kojim se ili negira sopstvena polnost ili se ona kvazi-superiorno zloupotrebljava, čime se takođe na neki način negira. Drugi mogući oblik je trpljenje socijalnih pritisaka koji inhibiraju, osujećuju i koče razvoj ličnosti devojke. Visok stepen frustracija može usloviti pojavu samopotcenjivanja, povlačenja i depresivnosti kod adolescentkinja. U oba slučaja psihoaktivne supstance mogu da se pojave kao „rešenje“ i tada počinje kaos.

Promene koje nastaju u ličnosti adolescentkinja koje uzimaju psihoaktivne supstance, značajno su povezane sa smanjivanjem ili čak gubitkom inhibicije u ponašanju, ali i sa masivnim, jakim psihološkim mehanizmima odbrane koji mogu vrlo brzo postati neuspešni i razviti ozbiljne psihičke tegobe, poremećaji ponašanja, pa čak i psihijatrijski poremećaji

Kako u stvari izgleda prirodni tok stvaranja zavisnosti kod „prosečne“ osobe

Dakle, postalo je sasvim jasno da svako može da postane zavisan, da ne postoje ni neumitno predodređene osobe za to, niti da postoji bezbedna zaštita da se to ne dogodi.

Rečeno je već da je prosečan zavisnik bliži po opštim karakteristikama prosečnoj osobi, nego što se to tvrdi i pretpostavlja. Stvaranje zavisnosti u mnogo čemu ima predvidljiv tok i regularan sled događaja koji se pokreću uzimanjem droge. U ovaj proces uključena su svojstva same droge, a sa druge strane psihološki procesi i mehanizmi odbrane pojedinaca.

Bilo ko, kad počne da uzima neku drogu ili da pije alkohol, duboko veruje da je to bilo beznačajno, prolazno „samo sad“. Mnogi doživевši prve neprijatne tegobe ili posledice, čak kažu sebi „nikad više“. Svi misle, ali baš svi, da to NIKADA neće postati problem, ali zaista misle NIKADA!

Međutim, uskoro (nekad brže, nekad kasnije) se pojavljuju manji problemi, svađe i ubeđivanja da se nije baš tako dogodilo, da „ne znači to što ti ili vi misliš/te“, „pa dobro, neće se to više nikad ponoviti“ i sl. Stvari se malo smire. Ipak, počinje da se sve više vremena provodi u nekim „novim“ aktivnostima, na „žurkama“. Ili kad treba da se bude U školi ili na poslu „desi se provod“. Sve to još uvek izgleda kao nešto „što se svakom događa“ i kao „ništa strašno“. Ali, upravo to nastavljanje ili ponovno počinjanje novog uzimanja supstance, uprkos problemima koji se pojavljuju je „ključ“ ili opasna smicalica.

Naravno, što vreme duže protiče na taj način, problemi postaju sve učestaliji i ozbiljniji. Nesporazumi i svađe sa roditeljima, bračnim partnerom ili prijate-

ljima su sve dublji. Droga ili alkohol sve negativnije utiču na međusobne odnose, bilo zbog neispunjenih obaveza, bilo zbog zanemarivanja, bilo zbog trošenja novca i sl. Sada su već mogući i veći problemi, saobraćajni udesi ili ozbiljno „popuštanje“ u školi, čak možda i prekidi prijateljstava ili ozbiljnijih emotivnih veza, pretnje razvodom.

Problemi se naravno ne pojavljuju svaki dan. Nailaze periodi mira i usklađenih odnosa.

Paradoksalno zvuči, ali upravo to otežava prepoznavanje prave suštine i punog smisla problema, jer između problematičnih događaja protekne ponekad mesec ili više dana u miru i slozi. Dakle, može izgledati kao da je „sada sve uredu“.

Ipak, obrazac zavisnosti, psihološke u svakom slučaju, već se razvio i ciklus se neumitno ponavlja i vodi ka sve nižem nivou pojedinačnog funkcionisanja i međusobnih odnosa.

Negiranje problema ubrzava razvoj bolesti

Osobe koje uzimaju droge ili alkohol reaguju na krize i probleme na različite načine. Neki misle da to nije problem jer mogu da prekinu ili misle da „uspešno drže stvari pod kontrolom“. Neki priznaju da je problem nastao, ali za to ne „optužuju“ drogu ili alkohol. U svakom slučaju, pojavljuje se neka forma nepriznavanja istine ili zamagljivanja uzroka, što suštinski znači negiranje problema. Tako uspostavljeni obrazac negiranja omogućuje nastavljjanje i problemi neizbežno i dalje stižu.

Tu negde se nalazi ključna tačka u definisanju zavisnosti:

**Nastavljanje sa uzimanjem supstanci i onda kada ono pro-
uzrokuje životne probleme ukazuje na to da su droge i uzi-
manje od većeg značaja za onog ko uzima nego posledice i
gubici koji nastaju.**

Dakle, upravo to pridavanje većeg značaja drogama i stavljanje uzimanja supstance ispred ili iznad nekih drugih važnih vrednosti i aktivnosti je **s r ž** ili **j e z g r o** zavisnosti.

Ovakvo **surovo menjanje ili gubljenje skale vrednovanja** podržavano je negiranjem kao destruktivnim psihološkim mehanizmom odbrane. Kad se dostigne ova faza u razvoju zavisnosti, ostala zbivanja su prilično predvidljiva ili možda bolje reći neizbežna. Teškoće čak i ne moraju da se pojavljuju brzo, ali kada uzimanje supstanci postane važnije od mnogo čega, problemi se neumitno pojavljuju skoro na „svakom ćošku“.

Smatram da je upravo zbog toga korisno da malo bolje upoznamo te psihološke mehanizme odbrane.

Mehanizam negacije ili poricanja je opšte prisutan psihološki mehanizam odbrane. Prosečni zavisnik nije bio ništa manje moralan ili brižan, pre stvaranja zavisnosti, od prosečne osobe svog uzrasta. Zbog toga, kad ga zavisnost načne, zapašće jedno vreme u „sukob motiva“ ili „sukob“ nespojivih uloga, odlagaće ili prekidati uzimanje, vraćaće se porodici ili poslu. Ali, u jednoj tački pribegne negiranju. Da bi mogao da nastavi sa uzimanjem mora prosto da porekne, da precrta nešto što je neprijatno i što je očigledno povezano sa drogom i nastavi sa uzimanjem. Nekad to izgleda kao obično laganje, međutim, u pitanju nisu puke laži, češće je to čitavo „osmišljavanje“. Prepoznajući svoj lični neuspeh ili kršenje moralnih normi, osoba traži prividno „dobar razlog“, **racionalizuje**, opravdava i objašnjava svoje ponašanje. To se ponekad pretvori u vrlo složen sistem „objašnjenja“. Ako jedna racionalizacija ne uspe koristi se druga. Jedna od najčešćih je „svi to rade“, „ima i gorih od mene, pa njih niko ne dira“ (**socijalna komparacija**).

. Mreža varljivih samoobmana vodi ka sve većim odustajanjima od ranijih vrednosti i neuspesima u realističnom pristupu problemima. Realne činjenice vezane za zavisnost mogu da budu kristalno jasne i granica postaje sve oštija, ali zavisnik ulaže sve veći napor da opravda sebe. Postaje čak i emocionalno uznemiren, agresivan ili odbojan i povlači se, kad mu se postavljaju pitanja o njegovim neubedljivim objašnjenjima. Roditelji ili drugi članovi porodice tada mogu da reaguju „popuštanjem“ ili „prihvatanjem“ često iskonstruisanih dokaza i „svedoka“. Ponekad zavisnik napravi ustupak, obeća, pa se problem „reši neka-ko“, ali traje i dalje.

Uskoro se negiranje i racionalizacije pokazuju kao nedovoljno uspešne u odbrani zavisnosti i problema koji su nastali. Ne deluju više ubedljivo, čak ni „duboko u sebi“, jer više ni pred sobom, neuspeh ne može da porekne. Teškoća je u tome što zavisnik ne može ni da prihvati taj neuspeh, a ne može ni da ga prizna, veruj ući ili da ga uopšte nema ili da će ga „sam rešiti kad dođe vreme“. Spoznavanje realiteta i prepoznavanje pravog RAZLOGA je vrlo iskrivljeno. Pribegava se još jednom mehanizmu odbrane. To je:

Mehanizam projekcije ili optuživanje drugih, odbrana koja je tesno povezana sa neuspehom negacije. Dakle, pošto je spoznajna slika realnosti već prilično iskrivljena onda se sopstveno loše osećanje zbog neuspeha ili krivice „projektuje“, prebaci na nekog drugog. Neka sopstvena ponašanja, osećanja i osobine osoba ne može da prihvati, niti da vidi kao deo sopstvene ličnosti, već ih vidi kod drugih koji je „mrze, proganjaju i nepravedno optužuju“. Projekcija se po definiciji više javlja kod onih osoba koje su više n e s v s n e n e p o ž e l j - n i h c r t a u s e b i. Međutim, pošto mlađi zavisnici najčešće „biraju“ roditelje za osobe u koje će se „projektovati“, a da se roditelji vrlo lako „uklapaju“ i

počinju da reaguju „povoljno“ (popuštanjem, traženjem sopstvene krivice) nije sasvim sigurno da su ove projekcije zasnovane na tako dubokoj neosvešćenosti pravog smisla i značenja ovog mehanizma odbrane. Verovatnije je da one više imaju ulogu „odbrane droge od krivice“. Drugim rečima, optužuje se bilo ko i bilo šta (samo ne droga ili alkohol) za životne probleme, teškoće i neuspehe koje pojedinac ima i oseća.

Ovaj mehanizam je posebno značajan, jer bitno utiče na odnose sa bliskim osobama i dovodi do sukoba u porodici, do problema u braku i na poslu ili do prekida prijateljstva. Ono što posebno može da održava i pojačava projekcije zavisnika je nesvesno prihvatanje tih projekcija od strane drugih članova porodice koji mogu imati svoje nerazrešene konflikte (npr. u braku), pri čemu se mogu formirati vrlo čvrsti „paktovi“ ili „zavere“ sa zavisnikom. Naime, za nastajanje i postojanje problema okrivljuju se i napadaju upravo te najbliže osobe, pa droga i alkohol služe za spasavanje od „strogih i groznih roditelja, koji me ne razumeju“, „od pokvarene devojke/momka koji me samo iskorišćava“, „od ludog profesora koji me mrzi“. To onda služi kao povod za mnoge rasprave, optužbe, pregovore i „ultimatume“ i čitav niz komplikovanih procesa u čitavoj porodici. Neretko se dogodi, da ove projekcije posluže za međusobno optuživanje članova porodice ili za „uključivanje“ roditelja u istu projekciju (npr. na devojku ili profesora), čime se nesvesno „legalizuje“ dalje uzimanje droge ili alkohola.

Konačno, svi ovi mehanizmi mnogo doprinose značajno poremećenim odnosima zavisnika, skoro sa svim i svakim, i značajno doprinose „haosu“ koji se stvara u porodici.

Nažalost, ova „gužva“ i gomila problema i nesporazuma ponekad može biti tako velika, a posledice na sve ostale tako teške da jedino ozbiljno i dugotrajno lečenje može da dovede do oporavka i sređivanja odnosa.

Možda najteža stvar kroz koju treba da prođe pojedinac i njegova porodica je da se suoči sa istinom i da dođe do sledećeg stava:

Problem postoji i one je objektivnotu, u našem životu. Ko je za to kriv uopšte nije važno. Najvažnije pitanje je kako da ga rešimo?

Sta je prouzrokovalo čitav ovaj „haos“?

Često pitanje koje svi postavljaju je „šta je uzrok zavisnosti“?

Zašto se to dogodilo?

Nažalost, traženje uzroka ponekad izgleda kao traženje krivca, čega se treba čuvati.

Ovo pitanje uzroka i ne mora da bude toliko značajno, ako se prihvati gore proklamovani stav da istinski nije važno, šta je uzrok ili ko je kriv. Važno je rešenje!

Svaka pojava u realitetu ima neke svoje uzroke. Neminovno je da uzrok dakle postoji i kada je u pitanju nastajanje bolesti zavisnosti.

Da, ali kad su u pitanju zavisnosti od supstanci radi se o više uzroka, a ne samo o jednom. Osim toga, što je još važnije, oni se nalaze daleko u vremenskom smislu, u prošlosti i na njih se ne može uticati u sadašnjosti, pogotovo se ne može uticati pre nego što se problem zaustavi i ne započne njegovo rešavanje, tj. lečenje.

Naime, u tački vremena, koja se zove „sadašnjost zavisnika“, u z r o k svih postojećih problema je uzimanje droge ili alkohola. Na taj uzrok se može delovati, i to odmah. Dok se to ne uradi ne вреди razgovarati o drugim uzrocima. Zamislite kardiologa koji bi' svom pacijentu koji ima infarkt i vitalno je ugrožen, prvo počeo da uzima podatke o tome šta jede, da li se bavi sportom, da li ima srčanih bolesnika u porodici, a tek potom počeo da mu daje odgovarajuće lekove. Nije logično.

Ipak pređimo na „priču“ o uzrocima bolesti zavisnosti.

Prema sadašnjem stručnom i naučnom znanju, ti uzroci mogu biti mnogobrojni i raznovrsni, ali često i sasvim nejasni. U tome se slažu svi stručnjaci širom sveta.

Ovde ću sasvim kratko izneti stavove kojih se držimo u „Beogradskoj školi“ objašnjavanja i lečenja bolesti zavisnosti. U svojoj osnovi „Beogradska škola“ ima teoriju sistema primenjenu u psihijatriji, a koja se primenjuje i razvija već skoro 30 godina u Institutu za mentalno zdravlje.

Polazno stanovište je da ne postoji samo jedan uzrok, niti da bilo koji mogući uzrok pojedinačno, sam za sebe, može da bude dovoljan i izazove nastanak, razvoj i trajanje neke bolesti zavisnosti. Uzrok svakog pojedinačnog slučaja bolesti zavisnosti nalazi se u „t r o u g l u“ uzroka ili faktora koji čine:

- 1. Socijalno okruženje ili društveni faktori**
- 2. „Faktor čovek“ ili biološki faktori**
- 3. „Faktor droga“ ili farmakološka svojstva samih droga i njihovog dejstva**

Međuigra i kombinacija sva tri faktora, međusobni uticaji jednih na druge i njihova sinhronizacija (uklapanje), specifično u svakom pojedinačnom slučaju, dovode do konačnog ishoda ili rezultata koji ima odlike bolesti i naziva se **z a v i s n o s t** (adikcija).

U celom tom, često dugom i kompleksnom **PROCESU** izdvajaju se faze ili potprocesi :

- započinjanje uzimanja
- pojačavanje uzimanja
- održavanje zavisnosti
- spasavanje.

Još jednom želim da naglasim da su u pitanju procesi, koji se odvijaju u kraćem ili dužem vremenskom intervalu, a ne pojedinačni i kratkotrajni događaji. Ovo je neophodno razumeti, jer se rešenje ne nalazi samo u otklanjanju pojedinačnog događaja ili samo jednog uzroka u nekom kratkom periodu.

Kako započinje uzimanje?

Vreme započinjanja je u adolescenciji. To je period značajnih promena u telu i psihi, koje su često bume, velike i praćene osećanjem nelagode i strepnji. To je vreme izazova i eksperimentisanja.

Mnogi mladi ljudi svoju **s p r e m n o s t** da probaju i „eksperimentišu“ sa drogama i alkoholom formiraju kroz stavove društva, ili preciznije rečeno, kroz stavove svoje društvene sredine, tj. prijatelja, vršnjaka, ali i porodice i rođaka. Dakle, kroz stavove njemu poznatih, bliskih i značajnih osoba iz društvenog okruženja. Ako mu „okruženje“ pokazuje da je prihvatljivo piti alkohol, pušiti ili „eksperimentisati“, „koketirati“ sa marihuanom i drugim supstancama, ako se tome daje „logistička podrška“ kroz filmove, časopise i TV, onda je verovatnoća

da će „mladi čovek“ započeti neku vrstu uzimanja supstanci veoma realna. U pojedinačnim slučajevima to započinjanje će se dogoditi, čak ako i neki pojedinačni u okruženju, npr. vršnjak ili više njih govore da je to neprihvatljivo i glupo.

Drugi faktor koji doprinosi započinjanju je, uz prethodno navedeni, laka dostupnost supstanci, čak i relativno niska cena koštanja, pre svega alkohola i cigareta, a u većim gradovima prilično su dostupne i marihuana i ostale supstance.

„Pečat“ na prethodna dva daje, često preovlađujući društveni stav (ne samo kod nas) da uzimanje i „eksperimenti sanje“ predstavlja pravi put i način da se dostigne određeni „status“ u grupi ili u društvu, kao što su: biti odrastao, biti hrabar, „slobodan“, „in“, ili „badža“ ili „savremena devojka“, „popularan/na“, „uspešan/na“ ili bilo koju drugu „etiketu“ koja se u određenom društvu vrednuje i nagrađuje.

Kako zavisnost napreduje?

Kada je „eksperimentisanje“ postalo regularno ili sastavni deo zajedničkog iskustva sa „prijateljima“, put ka stvaranju problema je sve otvoreniji. Sad se „u igru“ uključuju faktori koji ubrzavaju i pojačavaju „napredovanje“ u uzimanju.

Prvi od tih faktora **su svojstva i potentnost droge**, koja se uzima tj. „priroda tog čudovišta“. Stimulansi (amfetamini i kokain) i opijati (heroin, trodon), prouzrokuju značajnije promene u mozgu i stvaranje zavisnosti je brže, čak i u malim dozama. Kod ostalih droga nije od značaja toliko njihova snaga, već činjenica koliko se često uzimaju.

Sve je to opet povezano sa stavovima i „ideološkim“ opredeljenjima i „navikama“ grupe prijatelja sa kojima se to radi. Ako „pravila grupe“ i „grupni mitovi“ to odrede, povećava se učestalost unošenja i značajno rastu šanse za stvaranje psihičke zavisnosti, i raznih problema u školi, ili u porodici. Zbog fenomena psihičke zavisnosti, ne samo da se nestrpljivo očelfuje susret sa „frendovima“ ili „ekipom“ već se sve više očekuje i želi „duvanje“ ili „ušmrkivanje“.

Dodatni faktori „ubrzavanja“ u ovoj fazi, koji utiču na dalji tok, su iz grupe **bioloških faktora**. To su biološke predispozicije, tj. specifičnost reagovanja pojedinca na unetu supstancu. To su faktori povezani sa specifičnostima fiziologije i metabolizma datog pojedinca. Neke osobe zbog svojih bioloških predispozicija „traže“ (mogu da podnesu) veće doze alkohola ili neke druge supstance, jer na „uobičajene“ doze reaguju dostizanjem „slabog“ ili „srednjeg“ efekta. Žalosna je činjenica da se ta predispozicija kroz etiketu „supennena“ u grupi kao bumerang vraća u vidu stvaranja visokog stepena zavisnosti i težih oštećenja od droge.

Dalje, u fazi „pojačavanja“ izgleda da imaju značaja i pojačani **opšti životni stresovi**, koji menjajući psihičke kapacitete umanjuju dobru i realnu procenu štete i opasnosti koje nastaju uzimanjem droge ili alkohola. Time umanjuju spremnost za odupiranje uzimanju ili za prekidanje uzimanja.

Određeni **genetski faktori**, takođe mogu biti od značaja u ovoj fazi, ali ni oni se ne pokazuju kao odlučujući i ne mogu da razjasne uzroke nastanka sami za sebe. Samo jedan prilično mali broj ljudi razvija probleme sa alkoholom ili drogama zato što su prethodno imali neko psihijatrijsko oboljenje (tzv. **sekundarna zavisnost**). Mnogo je veći broj onih koji razvijaju zavisnost od alkohola ili droga, a da pri tom ne postoje podaci o prethodno postojećem psihijatrijskom oboljenju ili poremećaju kod njih (tzv. **primarna zavisnost**).

Zašto zavisnost tako dugo traje?

Na početku ovog poglavlja rečeno je da postoji i faza održavanja zavisnosti, dakle, bolest se održava uprkos velikim i često vrlo uočljivim problemima.

Kako se to objašnjava?

Naše stanovište je da, upravo činjenica da postoje brojni faktori koji deluju i prouzrokuju kompleksno stvaranje bolesti zavisnosti, bitno doprinosi dužini trajanja, odnosno **održavanja problema**.

Dakle, već pomenuto uklapanje i međuigra tri ključne grupe faktora, njihovo međusobno preplitanje kao da pojačava dejstvo svakog od njih i problem se „učvršćuje i stabilizuje“.

Kao što sam rekao, nijedan od njih sam za sebe nije dovoljan da prouzrokuje bolest, isto tako i otklanjanje samo jednog od njih nije dovoljno da se proces zaustavi. Čaki prekid unošenja droge na neko vreme nije dovoljan da se proces trajno prekine. Zbog toga se i pojavljuju ciklusi poboljšanja i pogoršanja i zbog toga postoji pojava prekidanja i ponovnog započinjanja uzimanja droge ili alkohola. Ne može se pojednostavljeno i šematizovano tvrditi koji je faktor najpresudniji i najvažniji. Da li baš svi moraju da budu prisutni i da dejstvuju po tačno utvrđenom redosledu. Kod nekih pojedinaca je važniji jedan sklop faktora, kod drugih, neki drugi.

Slikovito rečeno to znači, da na svom putu stvaranja zavisnosti niko ne putuje „istim ulicama“. Postoje određene sličnosti, mogu se izdvojiti neke specifične podgrupe, ali skoro svaka zavisnost je „priča za sebe“ i svako mora da nađe svoj put rešavanja svog „haosa“ uz pomoć specifičnog programa. Prethodni redovi i redovi koji slede trebalo bi upravo tome da posluže, da svako pronade svoj specifični put ulaska u zavisnost i iz toga svoj specifični program izlaska iz svog „haosa“.

Procesi održavanja zavisnosti u porodici

Prema svemu što je do sada napisano postaje sve jasnije da porodica zavisnika ima važno mesto u kompletiranju „cele slike“ zavisnosti svog člana. Još jednom ću naglasiti da veliki broj zavisnika ima očuvanu porodicu, ne žive sami

i nisu beskućnici. U tom podatku nalazi se jedna loša i jedna dobra vest.

„**Loša vest**“ je da je zavisnik u porodici i pored nominalno objektivnih i samosvesnih članova svoje porodice nastavljao sa uzimanjem droge ili alkohola, zapadajući u sve veće probleme i oštećenja. Porodica kao da je na neki način „s učestvovala“ u zavisnosti. Zvuči teško i iznenađujuće, ali, prema teoriji sistema, to je sasvim moguće. Čak to ima i svoje objašnjenje i ime - ***procesi održavanja ili homeostatski procesi***.

Izgleda paradoksalno, ali to znači, da su nekim svojim stavovima i ponašanjima članovi porodice doprinosili trajanju problema, mada su želeli i hteli sasvim suprotan rezultat.

Američki stručnjaci koriste tennin **ko-zavisnost** (co-dependency), za objašnjenje ovog „paradoksa“, ali nikada nije do kraja definisano niti tačno određeno šta taj tennin označava i koje su to „ko-zavisničke“ osobine.

Naša, „Beogradska škola“ kod sistemske terapije bolesti zavisnosti jasno naglašava postojanje procesa i tri faze u tom procesu:

- 1. Faza zajedničkog negiranja i projekcije**
- 2. Faza pseudo-rešenja**
- 3. Faza zajedničkog dna zavisnika i porodice**

Već je rečeno da su važni mehanizmi odbrane, koje tokom bolesti koristi zavisnik, negiranje problema, racionalizacije i projekcije. Suočeni s tim destruktivnim odbranama, članovi porodice i prijatelji se izgleda ne ponašaju racionalno. Kada problemi počnu da se pojavljuju, oni u cilju smanjivanja tenzije i „mira u kući“, da bi izbegli svađe i konflikte, ne ispoljavaju ljutnju i pokušavaju da minimiziraju ili čak prikriju problem i „prežive uprkos teškoćama“, na sličan način kao i zavisnik. Često čine zavisniku „medveđe usluge“ sakrivajući i pravdajući mu izostanke iz škole ili sa posla, spasavajući ga od suda ili zatvora. Ioni kao da odustaju od ranijih sistema vrednosti i sopstvenih moralnih principa. Time nesvesno daju „dopuštenje“ za nove negacije i manipulacije. Jednom rečju, učestvuju u igri „učini to za mene“, „neću više nikad“ i dr. Dakle, i oni koriste iste mehanizme odbrane. Pritisnuti racionalizacijama i optužbama (projekcijama) zavisnika ili drugih članova porodice počinju i oni da „veruju“ (projektuju) kako bi zbilja sve bilo drugačije „samo da ...“ nije bilo ovo ili ono, ili da je bilo ovako ili onako. Prihvatajući optužbe na svoj račun, menjaju svoje ponašanje prilagođavajući ga stavovima i potrebama zavisnika čime još više pogoršavaju situaciju. Često se udružuju sa svojim zavisnim članom u traženju, pa i napadanju krivca čime opravdavaju zavisnikovo ponašanje, misleći da će tako rešiti problem (faza pseudo-rešenja).

Život se odvija pod pritiskom sve većih teškoća i stresa koji donosi dalji razvoj bolesti, članovi porodice sve više ispoljavaju nedosledno, često nelogično ponašanje, praćeno samooptuživanjem i međusobnim optužbama. Sanse da se

„stvar preseče“ objektivnim konfrontacijama i da se zavisnik „osvesti“ postaju sve manje. Problemi se umnožavaju, atmosfera u porodici postaje teška i haotična, tako da porodica i zavisnik stižu do „zajedničkog dna“ - do neke teške situacije, konflikta ili intervencije izvan porodice što dovodi do neophodnosti za lečenjem.

„Dobra vest“ je da je i pored svega porodica sačuvala neku svoju strukturu, a pre svega međusobne emocije i potrebu da se problem reši i stvari unutar porodice poprave.

Dakle, porodica može i treba da ima značajno mesto u lečenju, kao i pri rešavanju problema proisteklim iz zavisnosti, i njen angažman može da bude od presudnog značaja za konačni uspeh u rešavanju problema zavisnosti.

Lečenje

Prema lečenju bolesti zavisnosti postoje mnoge predrasude i mistifikacije, koje često dovode do toga da se lečenje odlaže ili se o njemu uopšte ne razmišlja na ozbiljan i konstruktivan način. Po pravilu, dodatni, još veći problem, stvara činjenica da kod samog pacijenta ne postoji motivacija da sam traži lečenje, tj. nema dobrovoljnosti ili spontanog traženja lečenja. Izgleda da su predrasude o lečenju i nedostatak motivacije samih pacijenata tesno povezane, što još više pogoršava situaciju.

Stvaraju se nepotrebni strahovi i često se događa da, kada pacijent i prihvati neku vrstu pomoći u zdravstvenoj ustanovi, uporno teži ka nekoj drugoj varijanti od one ponuđene. Bilo u smislu skraćivanja lečenja, bilo u vidu odbijanja ovih ili onih lekova, uslovljavanjem prihvatanja lečenja „ublažavanjem“ ili odbijanjem nekih elemenata programa. Sve su to otpori i manevri pacijenata da se izbegne konačni „raskid sa drogom“.

Takođe, i kod članova porodice postoje osećanja nelagodnosti i strepnje pred nepoznatim i „mističnim“ ustanovama i lekarima, ili pred nečim što samo oni znaju, o čemu imaju predstave koje ih plaše. Neke od ovih zastrašujućih predstava i predrasuda povezane su sa strahovima od apstinencijalnog sindroma i raširenih „mitova“ da su „bolovi strašni“, „nesanice jezive“ itd.

Ipak, najtvrdje su **predrasude zbog sramote i „poniženja“** koje će se po njihovom mišljenju dogoditi zbog lečenja. Naime, opšte je poznat fenomen da mnogi ljudi imaju paradoksalno ponašanje kad prepoznaju da je zbog nekih razloga njihov život krenuo nizbrdo i da nisu u stanju da kontrolišu teške posledice. Umesto suočavanja sa problemom i traženja rešenja uz pomoć drugih, javljaju se iracionalni strahovi (ili stid) šta će se dogoditi kad prizna i javno izgovori da problem zaista postoji. Mnogi potencijalni pacijenti se plaše da će prijatelji o njima

razmišljati kao o „slabiću“ ili „bolesniku“, „da će svi znati da je narkoman“, da će izgubiti poštovanje „svih živih“, da mnogi neće hteti „ni da čuju za njega“, da više neće moći da ide „uzdignute glave“.

Članovi porodice, roditelji i supružnici, često su na sličan način „pritisnuti“ istim tim osećanjem stida, mada nešto manje. Tome doprinose opisane predrasude i nedovoljno znanje.

Sve je to ljudski, prirodno i razumljivo, ali pogrešno. Dakle, ne treba tako i da ostane. Ako se ostane na takvom razmišljanju i stavu, gube se iz vida važne objektivne činjenice.

Pre svega, najvećem broju poznanika i drugih manje značajnih ljudi oko pacijenta nije nužno govoriti da se posećuje lekar ili da je započet neki vid formalnog tretmana. Zašto? Sa velikim brojem osoba postoji distanciran odnos, pa nije potrebno ni menjati tu distanciranost pokazivanjem nekog „lekarskog izveštaja“ ili „pokazivanjem otpusne liste“. Kako mi lekari kažemo „ne treba sada da nosiš transparent na kome piše da se lečiš“. Mnoge ljude zaista ne interesuje da li neko „ima problem“. Mnogi su zaokupljeni svojim problemima i time kako da ih reše, pa nisu mnogo ni zainteresovani za tuđe probleme.

Ali, s druge strane, možda je sada stvarno krajnje vreme da se prekine jedna glupa i smešna igra. Možda je sada stvarno krajnje vreme da zavisnik prestane da se „pravi Toša“ ili jače rečeno, da „pravi budalu od sebe“ i od svojih bližnjih. Šta hoću da kažem?

Zavisnik treba da prestane da smatra da ljudi sa kojima ima bliske odnose ne vide i ne znaju da „nešto krupno nije u redu“. Oni su mogli jedno vreme smatrati da postoji nervoza ili neraspoloženje, mogli su lako da „progutaju“ po neku nelogičnost, pa i izvestan haos. Ali su isto tako mogli sasvim jasno da shvate da su povremeni „izleti“ i simptomi jasno povezani sa unošenjem droge ili alkohola.

Oni koji su zbilja bliski sasvim sigurno neće izgubiti poštovanje i ljubav za dotičnog pacijenta i sigurno će na pravi način odreagovati na započeto preduzimanje koraka za rešavanje problema. Najzad će biti jasno da problemi u odnosima sa njima i neka „glupa“ i teška ponašanja nisu zlonamerna, već su posledica zavisnosti, da se odnosi mogu izmeniti i popraviti.

Najzad, mnogi ljudi kad prestanu da uzimaju droge ili alkohol iznenadiće se kad shvate koliko je mnogo bliskih prijatelja ili rođaka znalo, i pre započinjanja lečenja, da nešto „krupno nije u redu“, i da je bila „droga u pitanju“, ali su izbegavali da to otvoreno kažu ili ponude pomoć. Mnogi koji su započeli lečenje bili su iznenađeni koliko ljudi ima koji ih zaista vole i koji su ponosni i srećni da je lečenje počelo i da kod pacijenta postoji spremnost da se „oslobodi“ od problema („da se spasiš od droge“).

Naravno, za pacijenta koji je započeo lečenje, neki ljudi će ipak biti izgubljeni!!!

Pre svega, to je „staro društvo“ sa kojima je zajedno uzimao drogu ili pio alkohol. Za ovu „ekipu“ započeto lečenje zbilja će biti veliki „gubitak“ i stvoriće im veliko „uznemirenje“. Ipak, moguće je da kada im pacijent otvoreno kaže da je shvatio da ima probleme i da hoće da „prestane s tim“ da bi rešio svoje životne teškoće, da se bar neki od njih, takođe, suoče sa činjenicom da i oni imaju iste takve probleme, pa možda neko prihvati neku vrstu pomoći za sebe. Neki od njih će pokušati da ubede pacijenta da on nema problem, da je „to lečenje glupost“, nudiće „sarađnju“ da se „zavrnu matorci“ i sl. Tu kompromisa nema!

„Staro društvo“. su nažalost grupe mladih ljudi koji u stvari imaju vrlo površne i neiskrene međusobne odnose. Ljudi unutar takve grupe su uspostavljali i održavali odnose uglavnom samo zbog uzimanja droge. Sa tim ljudima u takvim grupama neprekidno su se događale razne vrste problema, konflikata, pa čak i teških problema. Ti odnosi se ne mogu dovesti u red i oni su **apsolutno neiskoristljivi za novu sadašnjost i budućnost**. Oni su po pravilu zaista izgubljeni za pacijenta. Faktički, jedino je moguće te odnose prekinuti, koliko god to izgledalo bolno ili grozno.

Za neke pacijente možda ovo osećanje stida i doživljaj poniženja zbog lečenja i nije tako veliki problem kako je to ovde prikazano. Ali, razmotrimo to još jednom!

Priznanje o postojanju bolesti i nesposobnosti da se stvari drže pod kontrolom nije prijatno ni lako. Međutim, doživljaj stida i briga o tome potpuno su nekorisni, tačnije rečeno štetni su. Ako je zbog tog priznanja napravljena neka šteta i ako su poremećeni neki odnosi, sada je gotovo! Neki ljudi će nesumnjivo biti izgubljeni a neki odnosi defmitivno nepopravljivi.

Međutim, sigurno je da zbog toga ima mnogo više koristi. Treba stvari gledati i sa druge strane, optimistički. Potrebno je osloniti se na podršku i povećano poštovanje koje je dobijeno od zaista bliskih ljudi iz porodice i od pravih prijatelja sa kojima se može izgraditi nov i realan život.

Sve već navedene predrasude i mistifikacije vezane za bolest i lečenje su među najčešćim uzrocima gubitka vremena i produbljivanja bolesti i zato ih treba, što je pre moguće, razrešiti i prihvatiti lečenje.

Ciljevi lečenja

Iz onoga što je do sada napisano u ovoj knjizi svakako je postalo jasno da postoje velike različitosti i neujednačenosti u težini ispoljavanja bolesti, u vrsti i intenzitetu simptoma, ali ne postoji razlika u suštini i prirodi bolesti. Razlike nastaju samo zbog većeg ili manjeg zakašnjenja u lečenju.

Dakle, može se prepoznati i da postoji puno zajedničkih problema. U izvesnom smislu, na početku lečenja svi koji započinju „bitku protiv droge“ gotovo su isti. Zbog toga su isti ključni ciljevi:

- **Uspostaviti apstinenciju** - prekinuti sa uzimanjem droge ili droga, odnosno, uspostaviti apstinenciju od svih vrsta psihoaktivnih supstanci („očistiti se“, „skinuti se na nulti nivo“). Ovo se u nekom suštinskom smislu i ne može smatrati nekim ciljem. Tačnije je reći da se radi samo o **ključnom preduslovu** da bi se dostigli ostali, viši ciljevi. Najčešća, a samim tim i najopasnija greška je razmišljanje da je samo „skidanje“ dovoljno, a da će posle toga „sve doći na svoje mesto“, „osim uzimanja droge drugih problema i nemam“. U ovu grešku upadaju i članovi porodice, ali i neki stručnjaci za lečenje bolesti zavisnosti.
- **Redukovati ili sasvim sanirati medicinske (zdravstvene) probleme**
- **Redukovati ili sanirati psihičke tegobe i veće psihijatrijske poremećaje**
- **Rešiti socijalne, profesionalne i druge probleme svakodnevnog života (škola, posao, problemi sa zakonom i sl.)**
- **Popraviti porodične odnose**
- **Popraviti odnose sa okolinom.**

Ovo su tzv. *opšti ciljevi*, jer gotovo svi zavisnici imaju teškoće i posledice koje su njima obuhvaćeni. To su oni problemi za koje kažemo da se „vide i iz aviona“, pa ih i najmanje „osvešćeni“ pacijenti ne negiraju. Postizanje ovih ciljeva i rešavanje većine ovih problema ponekad i ne zahteva mnogo vremena (4-6, maksimum, 8 nedelja), pa ne zahteva ni mnogo motivacije ili „istinske čvrste rešenosti“. Često pacijent prihvata lečenje samo da bi se oslobodio zbilja teških tegoba i velikih problema. To se označava kao „**startna motivacija**“ ili „**prinudna motivacija**“. Ponekad na početku ne postoji stvarna i jasna ideja o „konačnom obračunu sa drogom“, tj. nije fonirana čvrsta rešenost i spremnost za radikalne promene. Nije stvorena tzv. suštinska motivacija. Tu leže mnoge opasnosti i zamke za pacijente, njihove porodice, pa i za terapeute. **Potpuno je nerealno očekivati i nemoguće je rešiti sav taj stvoreni „haos“ i gomilu nakupljenih problema samo detoksikacijom i uspostavljanjem „gole“ apstinencije!!!**

Naime, oni najvidljiviji problemi ponekad čak i ne moraju biti tako intenzivno izraženi. Čak ako i jesu intenzivni i značajni, medicinska znanja i medikamenti koji danas stoje na raspolaganju su dovoljno efikasni i za saniranje takvih problema na početku lečenja. Zbog toga se i teže apstinencijaine krize uspešno razrešavaju i to je dobro. Međutim, tu ni izdaleka nije kraj lečenja. To još ni izdaleka nije realan uspeh.

Nažalost, svi problemi mogu munjevitno da se vrate, čak da se i pogoršaju, ako se ne ušpe sa suštinskim ciljem i zahtevom - **ostati čist i trezan**.

Da bi se ovaj cilj dostigao neophodno je napraviti korenite promene. Dakle, lečenje podrazumeva pravljenje promena (l e č e n j e = p r o m e n a). Le-

čenje treba da bude neka vrsta male „lične i porodične revolucije“, što na neki način znači da ništa ne može da bude „po starom narkomanskom principu“.

Cilj nije samo prekinuti sa uzimanjem droge, već nešto još važnije i teže, a suštinski lepše i vrednije, a to je **ne početi ponovo**, ostati „čist“ i trefan, oporaviti se i fonnirati nov način života, zdraviji i kvalitetniji. Taj terapijski zahtev u suštini predstavlja **podsećanje na zaboravljene moralne principe i zaboravljenu skalu vrednosti i interesovanja koja je postojala pre nastajanja zavisnosti**.

Da bi se ostvario taj visoki cilj treba prepoznati međuciljeve, a to su:

- promeniti celokupni obrazac ponašanja koji je postojao u vreme uzimanja droge ili alkohola. Naime, tokom trajanja zavisnosti fonnira se jedan karakterističan i upadljiv stil ponašanja, koji se pre svega, odlikuje postojanjem tzv. principa zadovoljstva i egocentrizma, a ispoljava se negiranjem svojih grešaka, nedostatkom samodiscipline, neprihvatanjem odgovornosti i obaveza, optuživanjem drugih za svoje propuste i postupke itd. (vidi poglavlje o zavisničkom ponašanju);
- promeniti stil komuniciranja i navike u interpersonalnim odnosima, pre svega u porodici, a zatim i prema drugim ljudima. Dakle, ne samo poboljšanje odnosa i prekid konflikata nego i zdraviji, funkcionalniji način međusobnog komuniciranja;
- nadoknaditi i uspešno okončati propuštene školske, fakultetske, profesionalne i druge obaveze (porodične, legalne, finansijske) u skladu sa sopstvenom ulogom čestitog, pristojnog i zdravog ljudskog bića;
- formirati nove navike i sisteme vrednosti u planiranju i provođenju slobodnog vremena;
- promena etičkih vrednosti.

Drugim rečima to znači formirati jedan NOVI ŽIVOTNI STIL u skladu sa ličnim duhovnim i kulturnim opredeljenjima i kapacitetima. Naravno, to ne mora da podrazumeva građenje svega ispočetka, niti izgradnju neke do tada nepostojeće ličnosti. Naime, često se događa da je zavisnost samo prekinula neki vrlo dobro započeti razvoj ličnosti, i samo prigušila neke dobre osobine i navike pojedinca. Zavisnost kao da je nametnula neke destruktivne misli, osećanja i navike na dobru osnovnu strukturu i solidne kapacitete ličnosti. Međutim, ponekad to i jeste stvaranje nove ličnosti, pre svega kod onih mladih ljudi koji su vrlo rano započeli sa uzimanjem droga ili alkohola, sa 12-16 godina. Pravilo je da se razvoj ličnosti prekida i zaustavlja u onom uzrastu u kojem je počela zloupotreba droge, pa su ti tinejdžeri propustili mnoge „lekcije“ iz socijalizacije i osnovnog sazrevanja.

Zbog svega toga, dužina lečenja se meri u mesecima i godinama. Treba biti pošten, i reći - oporavak i lečenje ne mogu trajati kratko, ako se želi pun uspeh.

Vrste i metode lečenja

Postoje dve osnovne vrste lečenja:

1. **Van bolničko lečenje** je koje podrazumeva **ambulantni oblik** u vidu poseta u ordinaciji i lečenje u **dnevnoj bolnici**, kada se terapijske aktivnosti jednim delom obavljaju u zdravstvenoj ustanovi, dok se spavanje i ostatak dana provodi kod kuće.

2. **Bolničko lečenje**, koje se kompletno (24 sata) odvija na stacionarnom odeljenju.

Vanbolnički (ambulantni) i dnevno-bolnički načini lečenja imaju određene prednosti (svakako da je priyatnije biti u svojoj kući, okružen bliskim osobama i kućnim komforom), ali taj tretman nije podesan niti dovoljno efikasan za svakog pacijenta. Bolničko lečenje ima mnogo više smisla i uspeha u sledećim slučajevima:

- kada je pacijent već pokušao ambulantni ili dnevno-bolnički tip lečenja, pa to nije imalo dobre rezultate. Zbog toga je mnogo realnije očekivati uspeh u jednom obliku lečenja koje je intenzivnije i sa više stručne podrške i koncentrisanosti na pacijenta tokom 24 sata, što se obezbeđuje bolničkim programom lečenja;
- kad postoje srednje teški i teški medicinski problemi koji zahtevaju više nege i stručne medicinske pomoći i dijagnostičkih procedura, a što se ne može adekvatno pružiti u vanbolničkim uslovima, npr. srčani problemi, oštećenje jetre, infekcije i sl.;
- kada je nivo depresivnosti, razdražljivosti ili konfuznosti i psihotičnog mišljenja zbog upotrebe droge ili alkohola tako intenzivan da se ne može osigurati bezbedno lečenje u vanbolničkim uslovima;
- kada je socijalna ili porodična situacija tako haotična i nestabilna, da se ne može obezbediti dalje pojedinačno ili zajedničko funkcionisanje, pa ni osnovni uslovi za apstinenciju, bez velike stručne pomoći;
- kada je mesto stanovanja udaljeno od mesta na kojem se odvija terapijski program, pa se ne može obezbediti redovno posećivanje sastanaka i učešće porodičnih saradnika.

Donošenje odluke za prihvatanje određenog načina lečenja, ili terapijskog programa, često je opterećeno i neracionalnim zahtevima i razlozima samog pacijenta ili njegove porodice. Vanbolnički, dnevno-bolnički i bolnički (hospitalni) programi u suštini imaju više sličnosti nego što imaju nekih bitnih razlika. Ne može se napraviti neka velika greška pri opredeljivanju ili prihvatanju predloga lekara. Nije važno da li je program vanbolnički ili bolnički, dugačak ili kratak, u mestu stanovanja ili izvan njega. Najvažnije je započeti i prihvatiti pomoć i lečenje.

Najvažnije je da se krene!

Jedna kineska poslovice kaže: „I najduži put počinje prvim korakom.“

Ključne faze u terapijskom programu

Manje-više, svaki terapijski program za lečenje bolesti zavisnosti nužno je podeljen po fazama i odvija se u etapama. „Beogradska škola“ sistemske terapije bolesti zavisnosti strukturisala je program koji se odvija po sledećim fazama:

I. Intenzivna faza

U toku ove faze obavlja se **detoksikacija** i rešavaju se **apstinencijalne tegobe** da bi se postigla bezbedna apstinencija od svih vrsta droge. Paralelno s tim odvija se proces detaljne *medicinske* i *psihijatrijske* procene koja obuhvata:

- neophodne psihijatrijske i neurološke preglede,
- intemističke preglede,
- laboratorijske analize,
- druge dijagnostičke procedure.

Kod dotičnog pacijenta uspostavlja se sve postojeće dijagnoze (psihijatrijske, neurološke, intemističke) i započinje se sa razrešavanjem postojećih telesnih i psihičkih poremećaja i oštećenja.

Dužina trajanja ove faze umnogome zavisi od stepena utvrđenih oštećenja i intenziteta tegoba. U ovoj fazi mnogo toga se rešava medikamentima i intenzivnim angažovanjem lekara i osoblja, ali, kada stanje pacijenta to dozvoljava, i psihoterapijskim metodama podrške.

Svi navedeni elementi intenzivnog i koncentrisanog pristupa neophodni su i značajni (a mogu se izvesti i u vanbolničkim uslovima), bez obzira koliko je pacijent mlad ili otporan, jer velike doze droge ili alkohola mogu kod svakog da naprave oštećenje mozga i drugih organa (srce, pluća, jetra, pankreas, itd.).

Osim dobre procene stanja pacijenta i adekvatne medikacije, potrebno je omogućiti i dovoljno vremena da se telo oporavi kroz apstinenciju samu po sebi, i kroz dobru ishranu i primenu većih doza minerala i vitamina.

Potreban je i određen protok vremena da bi se precizno odredio oblik daljeg lečenja. Naime, mnogi poremećaji mozga su privremeni, tj. prolazni, pa na samom početku mogu izgledati veliki, teški, a tek kroz određeni protok vremena (ponekad 1 do 3 meseca) mogu se do kraja razumeti i tek tada odrediti adekvatan *plan tretmana* zavisnosti.

Kada se u fazi početne apstinencije postigne određeno *optimalno funkcionisanje*, što se obično dogodi pri kraju prve nedelje, nekada i ranije, započinje proces **psihoedukacije**, tj. učenja o samoj bolesti i o načinu i pravilima lečenja u koji je pacijent uključen. Ova edukativna faza odvija se strukturisano i paralelno sa procesom uspostavljanja novog ritma svakodnevnog života. Zapravo, neophodno je uspostaviti sve elemente zdravog i prirodnog ritma svakodnevnog života, i to:

- spavanja i budnosti,
- uzimanja obroka,
- aktivnosti i odmora tokom dana,
- samodiscipline i tačnosti,
- planiranja aktivnosti.

To je period kada se iz magle i haosa aktivnog uzimanja supstance, kroz fazu apstinencijalnog sindroma, polako ulazi u sopstveni realni svet. U njemu sada nema droge. Ali u njemu pacijent sada nije sam, prepušten krizama i strahovima, depresijama ili nekontrolisanim impulsima koje je ranije imao kada je pokušavao da prekine sa uzimanjem, ili kad je odmah po buđenju morao da „sn. isli“ kako da napravi „šemu“, šta da slaže, kako da se pravd~. Pored njega su sada članovi njegovi porodice, medicinsko osoblje i najzad, osobe koje imaju isti problem i istu ideju o lečenju. Zbog toga se ova faza naziva **f a z a s a d a š - n j o s t i**.

U ovom periodu radi se na proceni sadašnjih kapaciteta pacijenta i njegove porodice, da prihvate tu i takvu sadašnjost i da je učine sve boljom i boljom. Zajednički se, u stvari, procenjuju kapaciteti za promenu, odnosno z~ učenje, za prihvatljivo psihičko i socijalno funkcionisanje, za bolje međusobne komunikacije među članovima porodice - “ovde i sada“. To je faza kada su među članovima porodice **zabranjeni** razgovori o prošlosti. Neophodno je da se svi skoncentrišu na sadašnjost i probleme u njoj, tj. u učenju, ponašanju i komuniciranju, sa prevashodnim ciljem da se registrovani problemi, uz pomoć terapeuta zajedničkim snagama rešavaju. Dakle, radi se na učenju nove sadašnjosti i savladavanju teškoća u njoj. U ovoj fazi je neophodno i sasvim konkretno učenje o bolesti, a postoji i strukturisana provera naučenog i ispravljanje grešaka kroz neku vrstu „kolokvijuma“ ili „edukacija“. Neophodno je savladati „gradivo“ i položiti četiri kolokvijuma, a na kraju **ispit** iz poznavanja bolesti.

Cilj ovih edukativnih aktivnosti može se razumeti kroz formulu „*Upoznaj neprijatelja da bi ga pobedio*“. Učenje suštinski doprinosi osvešćivanju i suočavanju sa realitetom koji’ je donela bolest, ali i sa realitetom kapaciteta za borbu protiv bolesti. Čvrstina početnih motiva je kratkog veka i neophodno je kroz detaljno upoznavanje bolesti i prepoznavanje mogućih rešenja *povećati motivaciju* za trajnu apstinenciju, a ne za privremeno prekidanje, što su često neki pacijenti mogli i bez lečenja.

Uspostavljanje duže ili kraće apstinencije pre lečenja služilo je pacijentu da dokaže sebi ili drugima da on u stvari i nema problema, po obrascu „Mogu da prekinem dakle, nisam zavisan!“

Sada se jasno saznaje da nije ključni uspeh postići apstinenciju u nekom periodu u prošlosti. Domet koji se sada traži i kome se teži je **postizanje neprekidnosti i trajnosti samokontrole u svakom periodu (u svakoj jedinici) vremena**.

Na ovom mestu potrebno je naglasiti nužnost apstiniranja od svih vrsta droga, pa i alkohola (o čemu će biti reči kasnije).

Dobri terapijski programi odvijaju se u obliku **grupne terapije**.

Uobičajena prva reakcija na ovu informaciju je osećanje nelagodnosti pri pomisli da se pred drugim osobama govori o svom problemu. Nije cilj ove knjiga da detaljno obradi elemente i prednosti grupne terapije. O tome postoji mnogo kompetentnih knjiga i postoji duga klinička praksa primene grupne terapije. Dakle, ne radi se ni o kakvoj pomodnoj inovaciji kakvih često ima u medicini. To je proveren terapijski metod i u bolestima zavisnosti ima prednost nad individualnim psihoterapijskim metodama.

Međutim, ono što treba razumeti je da grupna terapija pruža mogućnost da se **od drugih ljudi čuje kako su se borili sa problemom** koji je zapanjujuće sličan problemu u porodici zavisnika. Na taj način postojeći strahovi i sumnje koje pacijent ili njegova porodica imaju nisu prisutni samo kod njih niti su tako strašni i ponižavajući. Osim što se čuje da neko ima „isti problem“, čuje se da za taj problem postoji i rešenje. Dakle, kroz vodeći princip grupne terapije, princip „ovde i sada“, otvoreno se govori o posledicama uzimanja droge ili alkohola, o „ceni koja je plaćena“, ali i o povredama i šteti koja je naneta drugima. Prema „Beogradskoj školi“ to je tzv. **veliko predstavljanje**, uslovno rečeno neka vrsta „moralnog inventara“ ličnosti ili „samokritične autobiografije“. U psihoterapijskom smislu ono ima sve odlike uvida ili razjašnjavanja i osveščivanja svojih pogrešnih misli, osećanja, odnosno, svog ponašanja i njegovih posledica. Ovaj deo terapijskog procesa simbolično se naziva **faza prošlosti**. Cilj je analiza i realno sagledavanje prošlosti, a nikako „borba za bolju prošlost“, nikakvo traženje krivca, već najtačnije rečeno preuzimanje odgovornosti za neku rđavu i besmislenu prošlost i preuzimanje odgovornosti za bolju sadašnjost. Taj posao nije lak i potrebno je potrošiti dosta vremena da se taj uvid izgradi i saopšti grupi (2 -3 nedelje).

Na kraju ove faze pravi se „**rezime**“ postignutih rezultata i poboljšanja kod pacijenta. Ovo je **faza budućnosti**. Ono što je važno je da se govori o planovima za budućnost i vrlo konkretnim strategijama za ostvarenje novog životnog stila i sistema vrednosti. Posebno je značajno realno prepoznavanje preostalih slabosti „u sistemu“ i kako ih prevazići i rešiti.

U terapijskoj grupi svaki pacijent prilično brzo „nađe sebe“ u otvorenim i iskrenim pričama drugih pacijenata. Pre svega, oseti i shvati da se nalazi u realnoj ljudskoj grupi. Počne da oseća da je našao „sigurno mesto“ gde može da iznese i podeli sa drugima svoje „loše iskustvo“ i da sam uradi ono što su drugi već uspeali. U takvim grupama najbolje se može shvatiti i zapamtiti zašto je apstinencija tako nedvosmisleno važna za izgradnju novog, kvalitetnijeg načina života. U takvoj grupi se na najbolji način dobija podstrek za ispunjenje važnog socijalnog motiva pripadanja „kad su mogli drugi da uspeju moći ću i ja“, „zašto bih se ja razlikovao od drugih“.

U toku ove faze pacijent treba da oseti i shvati da nije sam u lečenju, a opet, s druge strane, članovi porodice treba da dođu do saznanja da bez obzira što je njihov zavisnik dobrovoljno i samoinicijativno uzimao drogu, ne može sam da se iz toga „izvuče“, ne može sam da reši nagomilane probleme. Potrebna mu je pomoć porodice.

Isto tako treba znati da nije dovoljna samo pacijentova apstinencija i njegove ili njene promene. Potrebno je mnogo promena u porodici.

Članovi porodice zaista retko, spontano i samostalno dolaze do saznanja šta je dovelo do razvoja zavisnosti i drugih problema u porodici, mada su sebi i drugima bezbroj puta postavljali to pitanje. Još ređe razumeju ono što se naziva „moj/naš doprinos“ tom razvoju. Isto tako, ne razumeju koliko je realno „**težak posao**“ stvarno prekinuti, ali zbilja prekinuti uzimanje droge uprkos istinskim i najboljim željama pacijenta.

Istinska i adekvatna podrška je neophodna. Zbog toga je važno da članovi porodice takođe nauče i razumeju specifičnosti o bolestima zavisnosti i o samom načinu lečenja. Dobri terapijski programi sadrže zajedničke sastanke porodice sa terapeutom i pacijentom, pa i sa ostalim članovima terapijskog tima. To podrazumeva i učešće u edukativnim grupama na kojima se kroz predavanja i savetovanja stiču znanja kako da najbolje pomognu svom članu porodice koji ima problem, ali i sebi!

Dakle tokom ove faze radi se na konstruktivnom uključivanju porodice i formuliše se neformalni „terapijski ugovor“. To je u stvari oblik usaglašavanja stavova između svih učesnika u „poslu“ koji se zove terapijski program (pacijent, porodica, terapeut) o oblicima i stepenu učešća u programu lečenja i rehabilitacije.

Da li je zaista moguće prekinuti sa svim drogama?

Da! I moguće je i neophodno.

Tokom intenzivne faze lečenja, uz pomoć terapeuta i terapijske grupe, od samog početka se uče i odmah primenjuju pravila uspešnog lečenja, koja u stvari postaju **pravila novog načina življenja**.

Pravila uspesne apstinencije:

- 1. Izbegavati mesta, društvo, situacije koje povećavaju šansu da se uzme neka supstanca - promeniti stil života) takođe izbaciti i određenu muziku, npr, tehno, trens itd.);**
- 2. Izgraditi zdravu društvenost;**
- 3. Svaki dan bez droge - dan više lepšeg života**
- 4. Ako se pojavi kriza odbranite se naučenim sistemom;**
- 5. Govorite o sebi kao o politoksikomanu;**
- 6. Ako se javi recidiv, što pre se javiti lekaru i nastaviti lečenje.**

Ključna stvar koju treba znati i prihvatiti je:

Strašno je važno, kompletno *izbegavati* sva ona mesta i sve one situacije koje povećavaju šansu da se uzme bilo koja droga ili alkohol.

Već sam ranije pisao o tome koliko različitih faktora doprinosi nastanku i trajanju zavisnosti od droga ili alkohola. Posebno je istaknuto neizbežno stvaranje i trajanje psihičke zavisnosti od svih psihoaktivnih supstanci. Ovo se u fazi bolesti ispoljava u obliku želje ili žudnje (eng. craving) da se ponovo uzme neka droga. Pojava ovog simptoma ili psihičkih tegoba, apstinencijalnih simptoma i dr. psihičkih stanja, pretvarala se u uzimanje supstance u određenom okruženju, u određenim situacijama i okolnostima. Uzimanje „droge“ se povećavalo, pojačavalo i održavalo upravo u tom okruženju, u tim okolnostima i situacijama.

U fazi apstinencije sve to deluje kao najjači „okidač“ za nastanak simptoma. Neki pacijenti to nazivaju „rovac“. To je ključni elemenat zavisnosti ili medicinski rečeno, to je vodeći simptom bolesti. Zato ga treba sprečavati.

Sasvim je izvesno i predvidljivo da kad se dođe u neku od ranije „poznatih“ situacija, javlja se simptom koji neki nazivaju žudnja, a terapijskim jezikom rečeno provocira se o t v o r e n a k r i z a, odnosno misao i želja da se ponovo uzme bilo koja supstanca ili čak ona „glavna“.

Dalje, stvar postaje još gora kada se uzme neka, bilo koja „druga supstanca“ (uopšte nije značajno koja je u pitanju). Neka od onih „starih“ (uslovno rečeno bolesnih) osećanja povezanih sa uzimanjem „glavne“ droge neminovno će povećati šansu da se ponovo uzme ona „glavna“ koja je prouzrokovala problem. Dodatni problemi mogu nastati zbog „ukrštene“ tolerancije što čitavu stvar samo ubrzava i pogoršava.

To govore iskustva iz svih terapijskih programa širom sveta!!!

Naime, razmišljanje o uzimanju i pojava želje za nekom „drugom“ drogom stvara velike teškoće i umanjuje šanse da se ostane stvarno „čist“ i stvarno oporavljen.

Šta se zapravo događa i kako se odvija taj proces?

Pojava želje ili uzimanja neke „druge“ droge (npr. zavisnik od heroina ili kokaina uzme alkohol ili bensedine), smanjuje osećanje sposobnosti za samokontrolu. To stvara zbunjenost, strepnju i pad koncentracije, povećava se razdražljivost i impulsivnost, moguće su i druge promene u raspoloženju. Ono što se tada jasno ispoljava je tzv. **ZATVORENA KRIZA**. Ako se to ne prepozna, to naknadno povećava šansu da se uzme neka „sporedna“ ili „glavna“ droga što može stvoriti nove probleme, ili kako kaže narodna poslovice „ode mast u propast“.

S obzirom na prirodu bolesti jasno je da samo psihički odnosno socijalni stimulusi (nadražaji) pokreću biokemijske procese u mozgu povezane sa uzimanjem droge. Ne postoji mogućnost da neko ima „sertifikat“ o zavisnosti samo od jedne tačno određene droge, a da od neke druge nije zavisan. Bez obzira čak i na neke razlike u njihovim dejstvima, mehanizmi stvaranja krize, tj. želje ili žudnje

vrlo su slični. Potvrdu ovog stava nalazimo u činjenicama iz realiteta. Podaci o uzimanju nekih drugih droga uz „glavnu“ uopšte nisu retkost (vidi poglavlje o zloupotrebi i zavisnosti od više supstanci). Na primer, paralelno uzimanje marihuane i alkohola vrlo je učestala pojava. I zavisnici od heroina bi smanjili nepovoljne efekte heroina, ili u situacijama kada im heroin nije dostupan u vreme trajanja bolesti, često uzimaju alkohol sa pojavom visoke tolerancije na njega, ili tablete Trodona i sl.

Razmišljanje i eksperimentisanje sa „drugim“ drogama u fazi lečenja je „kupovina karte u pogrešnom pravcu“. To je direktan rad protiv sebe samog i bitno umanjuje šanse za „povratak u zdravlje“.

Dakle, sada se može reći da su razjašnjena dva ključna pravila:

- Izbegavati sva „stara“ mesta i „staro“ društvo, kao i sve situacije u kojima može da dođe do uzimanja supstance;
- Isključena je upotreba bilo koje psihoaktivne supstance. To se u terapijskim programima u SAD i Velikoj Britaniji označava kao „drug free“ program ili program potpuno očišćen od svih droga.

Postupak u rešavanju krize:

- 1. Neophodno je prepoznati pojavu krize (naročito važno za porodicu),**
- 2. Prihvatiti da se kriza pojavila (naročito pacijent),**
- 3. Odbiti prvi nalet krize - primeniti stečena znanja i ne dozvoliti da ispliva stari obrazac ponašanja,**
- 4. Razgovarati sa saradnikom (porodicom) o krizi i analizirati ponašanje u poslednje vreme kako bi se otkrio uzrok krize,**
- 5. Ako se kriza i pored toga nastavi, potražiti pomoć od nekog člana grupe, odnosno ako se i dalje nastavlja javiti se svom lekaru.**

II. Rehabilitaciona faza

Ova faza počinje obično posle 6 -8 nedelja od uspostavljanja apstinencije. Tokom ove faze ide se ka suštinski važnom cilju koji se formuliše kao *izgradnja životnog stila bez droge i alkohola*.

Posle završenih predavanja i drugih oblika učenja koji su se odvijali u intenzivnoj fazi, stečena su mnoga važna saznanja o bolesti. Kroz grupno iskustvo i zajednički rad sa porodicom obavljen je jedan veliki deo posla u intenzivnoj fazi. Došlo se do saznanja koliko su droge i alkohol doneli posledica i bola i sa koliko se napora došlo do poboljšanja i prvih uspeha, ali i do saznanja koliko još proble-

ma nije rešeno i koliko teškoća još treba da se savlada u suočavanju sa **realnim svetom** i životom u njemu. Dobijeno je i jedno novo iskustvo, a to je da u svemu tome čovek više nije sam i bespomoćan, ostavljen ili „sam protiv svih“.

Koji su to problemi koji treba da se rešavaju u daljem toku lečenja? Najjednostavnije i konkretno rečeno to je **problem svakodnevnog življenja**. Na primer:

- Kako provoditi slobodno vreme,
- Šta raditi pre škole ili posle škole,
- Kako provesti vikend,
- Kako da se uspostave i razvijaju odnosi u porodici,
- A kako sa drugim ljudima,
- Kako prevazići osećanje krivice ili ljutnje,
- Kako planirati svoje aktivnosti,
- Kako izbeći greške,
- I drugi mogući problemi i zadaci svakodnevnog života.

To su funkcije i problemi sa kojima se susreću **i svi drugi ljudi na ovom svetu**.

Ali, oni nisu imali problem sa drogom!

Da, ali oni nemaju svoju terapijsku grupu niti mogućnost da toliko iskrenih prijatelja i istomišljenika učestvuje i pomaže u rešavanju njihovih problema.

Mnogi terapijski programi su pokazali i dokazali vrednost i uspešno st ove faze u lečenju.

Ove dodatne, tzv. **produžne terapijske grupe** neophodne su da bi se našao najbolji put za bolje funkcionisanje u svojoj životnoj ulozi.

Osim terapijske grupe korisne su i povremene individualne ili seanse sa celom porodicom koje imaju svrhu kontinuiranog savetovanja, pogotovo u kriznim situacijama.

Ova druga faza traje dodatnih najmanje 6 meseci, a prema stavovima „Beogradske škole“ i godinu dana.

III. Faza stabilizacije

Zar još nešto treba da se događa, pitaće mnogi.

Zar nije dovoljna jedna godina lečenja?

Probajte da postavite to pitanje na drugačiji način: zar je dovoljna jedna godina dobrog života? Da li se za kvalitet života isplati „investirati“ sebe? Da li je već posećivanje grupne terapije samo po sebi kvalitet života?

O čemu se radi?

Ako ste dobro pročitali ovu knjigu onda ćete se setiti osnovnih psihobioloških zakonitosti koje postoje u razvoju bolesti zavisnosti. Setićete se da unošenje velikih doza droga i alkohola prouzrokuje velike probleme *kod svakog*, setićete se da nema povlašćenih.

Ta činjenica iz mnogih razloga ostavlja neku vrstu ranjivosti ili (pre)osetljivosti da se ponovo stvori zavisnost. Dakle, na neki način radi se o posebnom stanju organizma, koje sa sobom nosi izrazito **visok rizik** da se eventualno opet razvije težak problem ako dopustite sebi da ponovo uzmete drogu ili alkohol (o tome je pisano kod objašnjenja krize i pojave tzv. recidiva).

Dakle, radi se samo o tome. Ni o čemu drugom! Sve ostalo je sasvim OK! Dakle, možeš sve, samo ne droge ili alkohol. U šali se može reći: „To ti je kao da nemaš mali prst na ruci. I šta gubiš? Ne možeš da čačkaš nos tim prstom! Uostalom to je nepristojno. Ali zato možeš milion drugih stvari. „

Isto tako tačna, ali manje šaljiva varijanta istine, da je neophodna i ova faza u lečenju i rehabilitaciji: **promenu životnog stila nije lako postići!**

Samo započinjanje sa promenama je već dosta teško, a održavanje postignutih promena i poboljšanja još teže. Ali nije neizvodljiva.

Tu istinu znaju ljudi koji moraju da promene životni stil zbog šeceme bolesti i preležanog srčanog infarkta, kao i one osobe koje žele ili moraju da smanje svoju telesnu težinu. Po istom principu i ljudi koji žele da svedu na minimum rizik od ponovnog uzimanja psihoaktivnih supstanci, ponovnog razvoja zavisnosti i stvaranja teških problema koji iz toga proističu, takođe moraju istrajno da rade na promeni svog životnog stila.

Centralna tema oko koje se odvijaju terapijske aktivnosti u ovoj fazi je tzv. **staro ponašanje**, jer se staro ponašanje teško menja. Stalno treba učiti i učvršćivati (stabilizovati) nove oblike ponašanja i novi način rešavanja životnih problema.

Kad se mnogi problemi reše, a postojeće posledice otklone, javlja se proces „zaboravljanja“. Zaboravljaju se muka i patnje iz vremena kriza i bolesti. To je univerzalni ljudski mehanizam, ali to je samo donekle dobra stvar. Taj mehanizam samozaštite, „zaboravljanje“ neprijatnosti, teškoća i bola može dovesti do toga da se pamte samo dobre stvari i stekne utisak da u stvari veliki problem nikada nije ni postojao ili da rešavanje i nije tako teško (to se u rečniku terapeuta i pacijenata naziva „lažno samopouzdanje“ i smatra se najopasnijom zamkom u lečenju).

„Spoljna pomoć“. stalno podsećanje na teškoće. ne samo na svoJe nego i ostalih članova grupe, na stalnu potrebu za napredovanjem i poboljšanjem svog ponašanja i odnosa sa drugima vrlo je delotvorna neophodna.

Naravno. terapijske aktivnosti u ovoj fazi su mnogo manje intenzivne. Mogu se organizovati po konceptu **kluba** ili **grupe samopomoći**, ali je osnova svega toga održavanje kontinuirane povezanosti sa terapijskom grupom ili ustanovom u kojoj se lečenje odvija. Ritam može da bude jednom nedeljno, ili jednom u dve nedelje, a kasnije jednom mesečno.

Dobra ideja je ostati čvrsto povezan sa jednim terapeutom ili članom terapijskog tima. Ta osoba može biti od velike pomoći za pacijenta i njegovu porodicu, kad l;e prepoznaju i pojave problemi ili nasluti opasnost od iskliznuća.

Literatura

1. Bukelić J.: Droga u školskoj klupi, Velarta, Beograd, 1997.
2. Bukelić J.: Deca pakla, Velarta, Beograd, 1998.
3. Bukelić J., Veličković R.: Akutne intoksikacije psihoaktivnim supstancama, Jugoslovenski tematski simpozijum HPM, Zbornik radova, 2000.
4. Bukelić J., Ramah A., Veličković R.: Zavisnost od psihoaktivnih supstanci PAS (Zloupotreba lekova), poglavlje u knjizi „Skrining u medicini“, Jugoslovenska fondacija protiv raka, Beograd, 2001.
5. Derksen J.: Personality Disorders, Wiley, 1995.
6. Elkin M.: Families Under the Influence, W.W. Norton, 1994.
7. Gačić B.: Alkoholizam bolest pojedinca i društva, Filip Višnjić, Beograd, 1985.
8. Gačić, B.: Belgrade systemic Approach to the Treatment of Alcoholism: Principles and interventions Journal of Family Therapy, 1992;14; 2: 103-122
9. Nastasić P.: Alkoholizam i međugeneracijsko prenošenje, Tehniss, Beograd, 1998.
10. Nastasic P.: Sindrom zloupotrebe/zavisnosti od vise psihoaktivnih supstanci kod adolescenata. U: Milovanovic D., Sakoman S., Dimitrijevic I.:urednici, Bolesti zavisnosti, ECPD, Beograd, 2004, p.186-199
11. Nastasic P.: Zavisnost – bolest, poremećaj, lečenje. U: Coric B., urednik, Covek i lek, Institut za mentalno zdravlje, Beograd, 2004, p.127-139.
12. Coric B., Sedmak T., Nastasic P.: Uloga specijalnog/socijalnog pedagoga u savremenoj socijalnoj psihijatriji. U: Radovanovic D., urednik, Poremećaji ponasanja i prerstupnistvo mladih: Socijalno pedagogski diskurs. Centar za izdavačku delatnost FASPER, 2007, p.109-131
13. Hrnčić J. Delinkvent ili pacijent, studija porodičnog neuspeha. Beograd: Zadužbina Andrejević; 1999.
14. Hrnčić J. Prestupništvo mladih: rizici, tokovi i ishodi. Beograd: Institut za kriminološka i sociološka istraživanja; 2009.
15. Gurman AS, Kniskern DP. Handbook of family therapy. Vol. 2 New York: Brunner Mazel; 1991.
16. Nikolić S.: Psihijatrija dečije i adolescentne dobi, Školska knjiga, Zagreb, 1982.
17. Schuckit M.A.: Drug and Alcohol Abuse, Kluwer Academic Plenum Publ., 2000

CIP -