

Razlozi za prekidanje apstinencije iz perspektive bivših ovisnika o drogama

Mišetić, Ana

Master's thesis / Diplomski rad

2024

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:162:070306>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-05**



Sveučilište u Zadru
Universitas Studiorum
Jadertina | 1396 | 2002 |

Repository / Repozitorij:

[University of Zadar Institutional Repository](#)



Sveučilište u Zadru
Odjel za psihologiju
Sveučilišni diplomski studij
Psihologija

Ana Mišetić

**Razlozi za prekidanje apstinencije iz perspektive
bivših ovisnika o drogama**

Diplomski rad

Zadar, 2024.

Sveučilište u Zadru
Odjel za psihologiju
Sveučilišni diplomski studij
Psihologija

Razlozi za prekidanje apstinencije iz perspektive bivših ovisnika o
drogama

Diplomski rad

Student/ica:

Ana Mišetić

Mentor/ica:

Izv.prof.dr.sc. Ivana Macuka

Zadar, 2024.



Izjava o akademskoj čestitosti

Ja, **Ana Mišetić**, ovime izjavljujem da je moj **diplomski** rad pod naslovom **Razlozi za prekidanje apstinencije iz perspektive bivših ovisnika o drogama** rezultat mojega vlastitog rada, da se temelji na mojim istraživanjima te da se oslanja na izvore i radove navedene u bilješkama i popisu literature. Ni jedan dio mojega rada nije napisan na nedopušten način, odnosno nije prepisan iz necitiranih radova i ne krši bilo čija autorska prava.

Izjavljujem da ni jedan dio ovoga rada nije iskorišten u kojem drugom radu pri bilo kojoj drugoj visokoškolskoj, znanstvenoj, obrazovnoj ili inoj ustanovi.

Sadržaj mojega rada u potpunosti odgovara sadržaju obranjenoga i nakon obrane uređenoga rada.

Zadar, 3. listopada 2024.

SADRŽAJ

1. UVOD.....	1
1.1. DSM-V klasifikacija-poremećaj konzumiranja supstanci.....	2
1.2. Razvoj ovisnosti o drogama	3
1.3. Problematika liječenja ovisnosti i prekidanje apstinencije.....	5
1.4. Faze relapsa	6
1.5. Teorije o relapsu.....	7
1.5.1. Dinamički model relapsa	7
1.5.2. Transteoretski model/ model promjene	10
1.6. Obiteljski odnosi i ovisnost	12
2. CILJ ISTRAŽIVANJA I ISTRAŽIVAČKI PROBLEMI	15
2.1. Istraživački problemi	15
3. METODA	17
3.1. Sudionici.....	17
3.2. Postupak istraživanja.....	17
4. REZULTATI I RASPRAVA.....	19
4.1. Prva tematska cjelina- Relaps	19
4.1.1. Motivacijski i emocionalni čimbenici koji vode prema relapsu.....	20
4.1.2. Socijalni čimbenici koji vode prema relapsu	24
4.1.3. Kognitivni čimbenici koji vode prema relapsu	27
4.1.4. Apstinencijska kriza kao čimbenik koji vodi prema relapsu	28
4.2. Druga tematska cjelina- Motivacija za apstinencijom	30
4.3. Treća tematska cjelina- Obitelji ovisnika	32
4.4. Četvrta tematska cjelina - Tretmani u RH	34
5. ZAKLJUČAK	38
6. LITERATURA.....	40

SAŽETAK

Ovisnost o drogama karakterizira povremeno ili trajno uzimanje droge, te uključuje značajne negativne posljedice za ovisnu osobu (tjelesne, psihičke, ekonomske, društvene), ali i za njenu okolinu. Dodatan problem se javlja kada osoba usprkos pokušajima ne uspijeva održati apstinenciju. U Republici Hrvatskoj se još uvijek ne bilježi značajan pad pojave ovisnosti, a problematika relapsa je još uvijek istaknuta zbog učestalosti javljanja tog događaja koji apstinenta vraća u ovisnost i na početak problema s kojim se suočava. U ovom istraživanju se kvalitativnom istraživačkom metodom nastojalo dobiti uvid u pogled na ovisnost, relaps i liječenje ovisnosti, od strane bivših ovisnika o supstancama. U RH nema zabilježenih istraživanja na temu relapsa kod ovisnika o drogama, a razumijevanje razloga prekidanja apstinencije može zasigurno pomoći u stvaranju boljih resocijalizacijskih programa. U ovom kvalitativnom istraživanju je u polustrukturiranom intervjuu ukupno sudjelovalo 13 apstinenata od droga, 2 žene i 11 muškaraca prosječne dobi 39 godina ($M = 38,9$ $SD=9,01$). U prikazu rezultata detaljno će se razmotriti istraživačke teme koje su se odnosile na istraživanje čimbenika koji vode prema relapsu, motiva za održavanje apstinencije, te obiteljske pozadine sudionika i iskustva s tretmanima ovisnosti u RH.

ABSTRACT

Drug addiction is characterized by occasional or permanent drug use and includes significant negative consequences for the addicted person (physical, psychological, economic, social), and also their environment. An additional problem arises when a person fails to maintain abstinence despite attempts. In the Republic of Croatia, there is still no significant decrease in the occurrence of addiction, and the problem of relapse remains prominent due to the frequency of this event, which returns the abstainer to addiction and the initial problem they are facing.

In this study, a qualitative research method was used to gain insight into the views of addiction, relapse and addiction treatment by former substance addicts. In the Republic of Croatia, there are no recorded studies on the topic of relapse among drug addicts, and understanding the reasons for breaking abstinence can certainly help in creating better resocialization programs. A total of 13 drug addicts, 2 women and 11 men (average age of 39 years ($M=38,9$, $SD=9,01$)) participated in this qualitative research through semi-structured interview. There are four main research topics: factors leading to relapse, motives for maintaining abstinence, and the family background of the participants and their experiences with addiction treatment in the Republic of Croatia, which will be discussed in detail.

1. UVOD

Američki Nacionalni institut za zloupotrebu droga (engl. *National Institute on Drug Abuse-NIDA*) definira poremećaj konzumiranja supstanci kao kronični recidivirajući poremećaj kojem su karakteristike kompulzivno traženje droge, opetovano konzumiranje usprkos negativnim posljedicama te dugotrajne promjene mozga. Smatra se istovremeno i kompleksnim poremećajem mozga i mentalnom bolešću. Ovisnost je krajnja i najteža forma unutar spektra poremećaja konzumiranja supstanci (2020).

Davno u prošlosti se smatralo kako je ovisnost isključivo problem pojedinca i manjka osobne volje pojedinca da prekine s konzumiranjem supstance. Danas se zahvaljujući brojnim istraživanjima, a posebno onima s područja neurobiologije takav stav može proglasiti pogrešnim. Istraživanja na životinjama i snimke ljudskog mozga pokazale su da konzumacijom psihoaktivnih tvari dolazi do djelovanja na sustav nagrade u limbičkom sustavu i uvjetovanja mozga. Uvjetovanje mozga se odnosi na to da mozak shvati efekte drogiranja kao biološki nagrađujuće i kao nešto općenito pozitivno (Crocq, 2007). Prvi koraci i eksperimentiranja sa supstancom ili supstancama se i mogu okarakterizirati kao izbor pojedinca, ali kasnije konzumiranje dovodi do značajnih promjena u mozgu i jednog začaranog kruga iz kojeg osobe ne znaju i ne mogu same izaći bez efikasnog tretmana. Snažni efekti droga su toliko jaki da naglo otpuštanje dopamina u nucleus accumbensu nadmašuje snagu i trajanje koje se pojavljuju pri nekim prirodno pozitivnim događajima poput hrane i seksa. Nadalje, novijim istraživanjima napušta se mišljenje da je ispuštanje dopamina samo po sebi nagrada zbog koje se razvija ovisnost. Tu djeluju i faktori očekivanja takve nagrade, ali i podražaji i promjene u okolini koje potiču uzbuđenje i izazivaju promjene ponašanja i pažnje. Ti faktori zajedno djeluju na motivaciju da se ponovno dostigne razina zadovoljstva pri konzumiranju te potiču uvjetovano učenje. Time se objašnjava i zašto ovisnici konzumiraju supstance i dalje iako efekti istih više nisu zadovoljavajući (Volkow i Li, 2004).

Danas se sve više pažnje nastoji usmjeriti na prevenciju poremećaja konzumiranja supstanci, razumijevanje zaštitnih i rizičnih faktora za njegov razvoj, ali i uložiti u programe rehabilitacije. Usprkos svim naporima, konzumiranje droga u Hrvatskoj ne bilježi značajniji pad. 21% učenika u dobi od 15-16 godina u Hrvatskoj navodi da su barem jednom u životu probali neku drogu. Također, primjećuje se i porast u konzumiranju marihuane koja je vrlo

često prva droga koju mladi probaju. Hrvatski učenici imaju i nešto veći prosjek od europskog u percepciji jednostavnosti nabavljanja supstanci (EMCDDA, 2020).

1.1. DSM-V klasifikacija-poremećaj konzumiranja supstanci

Prema DSM-V glavno obilježje poremećaja konzumiranja supstanci je klaster kognitivnih, ponašajnih i fizioloških simptoma koji upućuju na to da osoba nastavlja s konzumiranjem supstanci usprkos značajnim problemima povezanim s takvim ponašanjem. Pitanje je samo koliki je intenzitet poremećaja odnosno radi li se o blagom, umjerenom ili o ozbiljnom poremećaju konzumiranja supstanci. Poremećaj konzumiranja supstanci uključuje obrasce simptoma uzrokovane konzumacijom određene supstance koju pojedinac nastavlja konzumirati bez obzira na negativne posljedice. Nadalje, izdvaja se 11 kriterija za određivanje poremećaja konzumiranja supstanci. Kriteriji 1-4 se odnose na narušenu kontrolu, kriteriji 5-7 na socijalne probleme, kriteriji 8 i 9 se odnose na rizično konzumiranje te konačno kriteriji 10 i 11 koji spadaju u farmakološke.

1. Pojedinac konzumira sve veće količine supstance ili konzumira kroz periode duže od planiranih.
2. Kod pojedinca je prisutna trajna želja ili je već prošao kroz neuspješne pokušaje da prestane ili kontrolira količinu koju konzumira.
3. Pojedinac provodi veliki dio svog vremena kako bi nabavio supstancu te u njenom konzumiranju i oporavljanju od njenih nuspojava.
4. Žudnja, jaka želja ili poriv za konzumiranjem supstance.
5. Konzumiranje supstance dovodi do neuspjeha u obavljanju važnih obaveza kod kuće, u školi ili na poslu.
6. Pojedinac nastavlja s konzumiranjem supstance unatoč trenutnim ili dugotrajnim interpersonalnim ili socijalnim problemima koji su posljedica ili su pojačani zbog konzumiranja supstance.
7. Zbog konzumiranja supstance pojedinac smanjuje ili odustaje od važnih socijalnih, poslovnih ili rekreativnih aktivnosti.
8. Konzumiranje supstance i u situacijama kada to može biti fizički jako opasno.
9. Pojedinac nastavlja konzumiranje supstance unatoč saznanju da ima trenutne ili dugotrajne psihičke ili fizičke probleme koji su vjerojatno posljedica konzumiranja supstance ili su pojačani takvim ponašanjem.

10. Pojedincu je potrebna sve veća doza kako bi dostigao željeni efekt ili postiže značajno niži efekt kada se koristi uobičajena doza. Drugim riječima, razvila se tolerancija na drogu.
11. Pojedinaac prolazi kroz apstinencijsku krizu kada prestane s konzumacijom. Ta kriza zbog svojih simptoma nerijetko vodi do ponovne konzumacije kako bi se eliminirali simptomi krize.

Važno je dodatno naglasiti kako se simptomi apstinencijske krize ne očituju jednako za sve supstance te su kod nekih supstanci simptomi manje uočljivi (kokain, amfetamini, duhan i kanabis), a kod nekih supstanci apstinencijska kriza se uopće ne javlja (druge halucinogene droge, inhalanti i fenciklidin). Supstance kod kojih se javlja uočljivija apstinencijska kriza su alkohol, opiodi, sedativi, hipnotici i anksiolitici.

Za osobu koja zadovoljava jedan od navedenih kriterija smatra se da je pod rizikom za razvoj poremećaja konzumiranja supstanci, dva do tri kriterija označavaju blagi poremećaj konzumiranja supstance, a četiri do pet kriterija umjereni. Zadovoljavanje šest ili više kriterija smatra se ozbiljnim poremećajem konzumiranja supstance odnosno ovisnošću (APA, 2013).

1.2. Razvoj ovisnosti o drogama

Općenito, ovisnost nastaje postepeno. Njen potencijalni početak je pri prvom konzumiranju neke supstance. Postoji više faza nastanka ovisnosti (Stevens i Hsu, 2022). Prva faza je eksperimentiranje. Osoba najčešće upozna nekoga tko je već konzument ili pod vršnjačkim pritiskom odlučuje da će probati neku supstancu. Vršnjački pritisak i želja da budu prihvaćeni je najčešće prvi razlog zašto mladi probaju neku supstancu dok je drugi razlog opuštanje od stresa i anksioznosti. Kao što je već navedeno, najčešće je prva supstanca koju osoba proba marihuana.

Druga faza je faza češćeg korištenja odnosno zloupotrebe. Konzumiranje supstanci dobiva sve veću ulogu i važnost u životu pojedinca. U početku konzumirana supstanca je bila bijeg od stresa i dosade u životu, a sada postaje izvor stresa. Konzument počinje percipirati da

mu život nije jednako zanimljiv ili zadovoljavajući bez supstance te stvara opasnu naviku. Druženja više nisu zabavna bez droge, a hobiji koje je osoba prije voljela se zanemaruju.

Treća faza je faza problematičnog konzumiranja i tolerancije. Pojedinaac ima sve manje kontrole nad konzumiranjem te su potrebne sve veće količine supstance i češće konzumiranje kako bi se zadovoljile potrebe za supstancom. Mozak se oslanja na supstance koje reguliraju razine hormona. Počinje se događati da supstanca sve više obuzima život, pa novac namijenjen za režije ili hranu odjednom može postati novac za drogu. Efekti konzumiranja supstance počinju se odražavati i na školovanje ili posao.

Posljednja faza je faza potpune ovisnosti. Ovisnik se privikao na to da su određena životna zadovoljstva nestala zbog supstance. Sav fokus je na tome kada će i kako ponovno doći do nje. Svi problemi koje je drogiranje napravilo ovisniku su očiti i jasni, ali ne zna kako se iz toga izvući. Primjerice, to može biti patnja roditelja uzrokovana tim ponašanjem, prestanak školovanja ili gubitak materijalnih stvari iz kuće. Ipak, ovisnost je veliki problem i teret u životu pojedinca tako da ovisnici uglavnom ponovno nastave s konzumiranjem čim osjete prve simptome apstinencije (Stevens i Hsu, 2022).

Apstiniranje od supstance je dodatno otežano ako se radi o supstanci koja, osim psihičke, stvara i fizičku ovisnost. Psihička ovisnost odnosi se na osjećaj zadovoljstva pri konzumiranju i želju za ponovnim uzimanjem supstance kako bi se ponovno dostigao taj isti osjećaj. Ipak, što je dulje osoba konzumirala supstancu taj osjećaj zadovoljstva se sve više gubi, ali ovisnik ga i dalje traži. Fizička ovisnost odnosi se na stanje organizma koji se potpuno privikao na konzumiranje te u nedostatku te supstance stvaraju se brojni simptomi apstinencije (Vidić, 2018). Neki od njih su mučnina, bolovi u stomaku, znojenje, drhtanje tijela, bolovi u mišićima i razdražljivost. Uz te bolove, ovisnik se treba nositi i s psihičkim pritiskom da jednostavno ode van i dođe do supstance. I to se najčešće i dogodi. Szalavitzmi i suradnici (2021) navode kako su supstance koje izazivaju fizičku ovisnost opijati (među kojima u konzumaciji prednjači heroin) i alkohol. Neki lijekovi kao primjerice antidepresivi također mogu izazvati fizičku ovisnost, ali se ne vezuju uz poremećaj konzumiranja supstanci već kao reakcija tijela na lijek koji se dugotrajno konzumira. Sve popularnija supstanca je kokain te se sve češće osobe javljaju na liječenje od istoga. Kokain izaziva snažnu psihičku ovisnost, ali ne i fizičku.

1.3. Problematika liječenja ovisnosti i prekidanje apstinencije

Kao što je već rečeno, ovisnost nije problem koji se odnosi isključivo na ovisnika i njegove obitelji. Ovisnost je problem čitavog društva. Što je ona više zastupljena u nekom području viši je i kriminal u tom mjestu. Češće su krađe i provale. Uz veću potražnju za nečim nužno je da dolazi i veća ponuda što znači više preprodaja droge i sukoba između skupina. Nadalje, u takvom okruženju onda rastu i mlađa djeca što povisuje i njihov rizik da će krenuti u nepoželjna ponašanja i samo produbiti već postojeći problem. Ovisnost o drogama je usko povezana s nekim društvenim i zdravstvenim problemima poput siromaštva, zaraznih bolesti, nezaposlenosti, delinkvencije, kriminaliteta, beskućništva, itd (Ivandić Zimić, 2009; EMCDDA, 2022).

U svijetu, ali i u Hrvatskoj najproblematičnija je ovisnost o opijatima, posebno heroinu. Razlog tome je njegova raširenost, ali i jaka psihička i fizička ovisnost koju stvara. Prema EMCDDA (2022) u Europskoj uniji ima oko jedan milijun visokorizičnih konzumenata heroina te se 28% od svih zahtjeva za liječenje odnosi na opioide. Osim toga, čak 74% slučajeva smrtonosnih predoziranja u Europskoj uniji se odnosi na opioide. Brojni slučajevi predoziranja se dogode baš nakon perioda apstinencije jer osoba konzumira svoju uobičajenu dozu supstance (najčešće heroina), a tokom apstinencije tolerancija se smanjila (Seal i sur., 2001, prema Marlatt i Donovan, 2005). Zadnjih godina se sve češće na liječenje javljaju i ovisnici o kokainu (oko 15% osoba navodi kokain kao primarnu supstancu), a zabrinjavajući su i podaci o rastu uporabe crack kokaina. Čistoća kokaina na ulicama se povećala tijekom posljednjeg desetljeća, a cijena je niža nego prije (EMCDDA, 2022).

Liječenje od ovisnosti traje dugo te od ovisnika zahtjeva veliku želju i trud za novim, zdravijim životom. Ipak, nerijetko se dogodi da nakon određenog perioda apstinencije ponovno počnu konzumirati supstance. To je situacija s kojom se jako teško nose i sami ovisnici, ali i njihova okolina. Prema jednim podacima oko 70% osoba unutar prve godine nakon liječenja prekine apstinenciju, a postotci su još i veći kada se radi o opijatima (Kadam i sur., 2017). Prevencija relapsa je jedan od velikih izazova u sklopu liječenja ovisnosti jer ako se pojedinac vrati starom načinu života cijeli proces započinje ispočetka što je jako teško i za samu osobu, ali i za već 'istrošenu' obitelj i okolinu. Problematika relapsa je izrazito kompleksna, dinamična i nije ju jednostavno predvidjeti. U idealnoj situaciji, nakon liječenja osoba bi trebala započeti sa zdravim načinom života. Ipak, to često nije slučaj jer im je najteže

zapravo suzdržati se od supstance (Javed i sur., 2020). Kako bi se smanjila vjerojatnost relapsa važno je istinski shvatiti njegovo pojavljivanje, obrasce i procese. Jako mali broj ovisnika uspije isprve održavati apstinenciju dulje vrijeme zbog čega bi se moglo reći da je relaps sveprisutan i da je jako važan faktor za istraživanja i tretmane ovisnosti. Danas se veliki broj istraživanja usmjerava baš na problematiku prekidanja apstinencije kako bi se došlo do rješenja kako povisiti postotak trajnog izlječenja ovisnosti kroz što manji broj ukupnih liječenja (DiClemente i Crisafulli, 2022).

Za početak, važno je definirati što je točno prekid apstinencije odnosno po anglizmu relaps. Kroz istraživanja se može naići na razne definicije iz kojih ponekad proizlaze veoma različiti podaci istraživanja. U nekim istraživanjima relapsom se smatra bilo koje konzumiranje supstance nakon perioda apstinencije, a u nekim drugim istraživanjima se razmatra količina i frekvencija konzumiranja kako bi se moglo definirati radi li se o relapsu ili lapsu. Lapsom se smatra jednokratno konzumiranje supstance nakon kojeg se osoba vraća apstinenciji. (Moe i sur., 2021).

1.4. Faze relapsa

Melemis (2015) tvrdi kako relaps nije samo događaj u kojem osoba nije uspjela održati apstinenciju već je to proces koji traje tjednima, a ponekad i mjesecima prije tog događaja, te se odvija kroz više faza: emocionalna faza, mentalna faza te fizička faza. Emocionalni relaps označava period kada osoba nakuplja u sebi previše neugodnih emocija, izolira se, ne ide više na sastanke podrške ili ne sudjeluje aktivno na njima, fokusira se previše na druge ili kako drugi utječu na njih, loše spava i loše se hrani. Dakle, emocionalni relaps označava period kada osoba ne brine dovoljno dobro o sebi u emocionalnom, psihološkom i fizičkom smislu. U ovom periodu osoba bi trebala zastati, razmisliti kako trenutno stanje može na nju utjecati i što može promijeniti.

Mentalna faza relapsa se nadovezuje na emocionalnu jer prijelaz između njih nije arbitran već posljedica dugotrajne nedovoljne brige o sebi. Kada takvi negativni osjećaji traju neko vrijeme pojedinac se ne osjeća više ugodno u svojoj koži te se javljaju osjećaji nesretnosti i iritabilnost, a bijeg od takvih osjećaja je u konzumiranju supstance. Tada se osoba bori između misli o konzumiranju i misli o apstinenciji te snaga za održavanjem

apstinencije slabi, a potreba za bijegom raste. Neki od znakova mentalnog relapsa su: žudnja za supstancom, razmišljanje o osobama ili mjestima koja se povezuju s prethodnim konzumiranjem, minimaliziranje posljedica ranijeg konzumiranja, cjenkanje sa samim sobom, laganje, razmišljanje o pravilima kako bolje kontrolirati konzumaciju, traženje prilike za relaps te njegovo planiranje. Cjenkanje se odnosi na razmišljanje o tome kada je opravdano koristiti supstancu, primjerice tijekom godišnjeg odmora, jednom ili dvaput godišnje i slično. Može se odnositi i na zamjenu jedne supstance s drugom. Nadalje, važno je i razlikovati povremene misli o konzumaciji, koje su posebno česte u početku apstinencije, od mentalnog relapsa.

Posljednja faza relapsa je fizički relaps koja označava konzumiranje supstance. Tada je moguće razlikovati laps od relapsa, ali treba imati na umu da čak i jedno konzumiranje supstance kao posljedicu može imati izražen mentalni relaps koji onda vodi prema novom fizičkom relapsu odnosno povratku na staro. Iz tog se razloga u terapiji treba ozbiljno shvatiti bilo kakvo ponovno konzumiranje supstance.

1.5. Teorije o relapsu

U istraživanjima relapsa postoji više teorijskih pogleda na problematiku relapsa i iz nekih teorija dobiveni su korisni tretmantski pristupi, ali nijedan zasada nije u potpunosti zadovoljavajući. Kao potpora toj tvrdnji mogu se uzeti izrazito visoki postotci relapsa unatoč različitim pristupima tretmanu. Nadalje, s obzirom na kompleksnost poremećaja konzumiranja supstanci jasno je da ovu problematiku nije moguće objasniti putem teorija koje se oslanjaju na samo jedan aspekt (npr. genetski, socijalni, teorija učenja..) već je potrebno uzeti u obzir širu sliku (DiClemente, 2018). Najčešće korišteni teorijski okviri u istraživanjima, ali i u rehabilitacijama su dinamički model relapsa i transteoretski model.

1.5.1. Dinamički model relapsa

Dinamički model relapsa koji proizlazi iz kognitivno bihevioralnog pristupa (Witkiewitz i Marlatt, 2004) bazira se na odgovoru pojedinca u visokorizičnim situacijama (npr. okolinski stresori, osobine ličnosti). U ovom modelu prekid apstinencije promatra se kao

kompleksni i nelinearni proces u kojem više čimbenika zajedno dovodi do relapsa te ti čimbenici određuju vrijeme i ozbiljnost relapsa, a čimbenici nisu na nijedan način hijerarhijski određeni. Na prekid apstinencije utječu tonični (stabilni) procesi i fazni (prolazni) procesi. Stabilni procesi uključuju distalne čimbenike odnosno prethodna životna iskustva, podršku okoline. Primjer za distalne rizike mogu biti rizični obiteljski čimbenici, neke osobine ličnosti i lošija podrška okoline. Osim distalnih rizika stabilni procesi uključuju i kognitivne procese poput samoefikasnosti i osobnih uvjerenja o apstinenciji te očekivanje ishoda vezano uz drogu. Moglo bi se reći kako stabilni čimbenici određuju samu osjetljivost pojedinca na prekid apstinencije dok se fazni procesi odnose na neposredno javljanje tog ponašanja ili kušnji. Dakle, fazni procesi određuju kada se prekid apstinencije događa. Fazni procesi uključuju zajedno kognitivna, emocionalna i fizička stanja te primjenu vještine suočavanja.

Ovaj model je dinamičan tako da uključuje i međudjelovanje stabilnih i faznih procesa. Distalni rizici mogu utjecati na prekid apstinencije i direktno i indirektno putem faznih procesa. Osim toga, moguće su i neke povratne veze pa tako povratak konzumiranju supstance može djelovati na afektivne i kognitivne čimbenike koji su prethodno vodili do prekida apstinencije. Nadalje, model pretpostavlja i da se prekid apstinencije može pojaviti naglo i ponekad neočekivano. U praksi, a prema ovom modelu, važno je da terapeut dobro ispita stanje pojedinca odnosno njegovu prošlost, obiteljsku pozadinu, osobine ličnosti, načine nošenja sa stresom, samoefikasnost te da pomogne i apstinentu da se bolje upozna sa samim sobom kako bi znao efikasno reagirati u visokorizičnim situacijama (Witkiewitz i Marlatt, 2004).

Steckler i suradnici (2013) opisuju da je slijed događanja u procesu relapsa takav da se kod osobe pojavi određeni okidač (engl. *trigger*) prilikom kojeg se nađe u visokorizičnoj situaciji. Postoje dva tipa visokorizičnih situacija, a to su visokorizične situacije s intrapersonalnim determinantama koje rezultiraju fizičkim ili psihološkim reakcijama pojedinca i one s interpersonalnim determinantama koje su izazvane drugim osobama ili socijalnim mrežama. Odgovor pojedinca na tu situaciju može biti efikasan što rezultira povećanim osjećajem samoefikasnosti i smanjenom vjerojatnošću lapsa ili neefikasan što dovodi do smanjenog osjećaja samoefikasnosti i povećanih pozitivnih očekivanja u slučaju konzumiranja supstance, i otvaranja vrata lapsu. Ukoliko osoba padne pred iskušenjem i

konzumira supstancu to može dovesti do efekta kršenja apstinencije što dalje izaziva osjećaje samookrivljanja i pada u percepciji kontrole svog ponašanja čime se povećava vjerojatnost relapsa.

Kao determinatne relapsa u dinamičkom modelu izdvajaju se, kako je već rečeno, intrapersonalne determinante (samoeфикаsnost, očekivanje ishoda, žudnja, motivacija, stil suočavanja, emocionalna stanja) i interpersonalne determinante. Samoeфикаsnost se kroz više istraživanja pokazala kao čimbenik koji je pozitivno povezan s vremenskim trajanjem apstinencije. Očekivanje ishoda odnosi se na to kako pojedinac vidi ishode (posljedice) eventualnog ponašanja. Primjerice, ukoliko pojedinac smatra da će se konzumiranjem supstance smiriti i osjećati bolje veća je vjerojatnost da će doći do lapsa. Što se tiče žudnje, pokazalo se da ovisnici koji na liječenje dolaze s intenzivnom žudnjom za supstancom imaju i veću vjerojatnost da će kasnije relapsirati. Motivacija se može povezati s relapsom na dva različita načina. Jedan se odnosi na motivaciju za promjenom na bolje odnosno na motivaciju za promjenom koja potiče osobu da ustraje u tretmanu, a drugi na motivaciju za konzumiranjem koja smanjuje vjerojatnost uspješnog tretmana. Stilovi suočavanja mogu se promatrati kao kognitivni ili bihevioralni ili kao pristupajući ili izbjegavajući. Pokazalo se da osobe s pristupajućim stilom suočavanja smatraju sebe kao glavne odgovorne za svoje postupke dok se oni s izbjegavajućim stilom više baziraju na okolinu što ostavlja veću vjerojatnost za pojavljivanje (re)lapsa. Emocionalno stanje odnosi se posebno na neugodna emocionalna stanja poput anksioznosti, depresivnosti i agresije koja je važno tretirati kako bi se smanjila vjerojatnost relapsa. Interpersonalne determinante odnose se na sustav socijalne podrške, razinu percipirane emocionalne podrške i pritiske okoline za konzumacijom supstance. S obzirom da su ljudi socijalna bića utjecaj socijalne okoline na tretman ovisnosti je neosporiv (Steckler i sur., 2013).

Hunter-Reel i suradnici (2009) u navedeni model dodali su još i interpersonalni aspekt koji nije prvotno detaljnije obrađen. Specificirali su ga za osobe s poremećajem alkoholizma, ali je primjenjiv i na ovisnosti o drogama. Navode kako su više razine socijalne podrške povezane s manjom vjerojatnošću relapsa te kako su stupanj dostupne podrške od najbliže osobe i broj kvalitetnih odnosa koje osoba ima značajni prediktori apstinencije.

Za početak, razdvojeni su konstrukti socijalne podrške i interpersonalnog funkcioniranja. Socijalna podrška svrstana je i pod stabilne i pod fazne faktore te se promatra kao faktor iz okoline. Interpersonalno funkcioniranje definira se kao pojedinačno ulaganje u socijalnu mrežu odnosno kao sposobnost pojedinca da gradi i koristi se svojom socijalnom mrežom. Također, interpersonalno funkcioniranje promatra se kao individualni faktor. Ističu i kako je nepobitno da su ta dva konstrukta u snažnom međudnosu. Nadalje, smatraju kako se interpersonalni aspekt provlači kroz svaki od procesa opisanih u dinamičkom modelu. Primjerice, okolina može poticati pojedinca da održava apstinenciju i povećavati mu samoeфикаsnost, ali može i rušiti njegovo samopouzdanje i poticati ga na konzumiranje supstanci te mu tako i snižavati samoeфикаsnost. Što se tiče individualnog funkcioniranja osoba primjerice može tražiti društvo i izlaziti s društvom koje podržava ili ne podržava održavanje apstinencije.

1.5.2. Transteoretski model/ model promjene

Transteoretska teorija (DiClemente, 2018) odnosno model promjena također je koristan u deskriptivnom pojašnjenju razvoja ovisnosti, ali i promjene tog ponašanja. Prema tom modelu, osoba prolazi kroz nekoliko stadija u kojima iskazuje različita ponašanja te različito i poima ozbiljnost svog stanja. Hoće li osoba postati ovisna o nekoj supstanci ili započeti apstinenciju ovisi o interakciji između pojedinca i zaštitnih i rizičnih čimbenika koji utječu na njeno pojavljivanje odnosno prestanak. Stadiji kroz koje osoba prolazi na tom putu su: stadij pretkontemplacije, stadij kontemplacije, stadij pripreme, stadij akcije te stadij održavanja. Kada se stadiji opisuju izgleda kao da su oni linearni te uvijek slijede jedan za drugim, ipak njihov tijek bi se trebao zamišljati spiralnim jer je praćen progresijom, regresijom te je na jedan način i kaotičan. Također, ukoliko recimo stadij pripreme nije u cijelosti eфикасно obavljen on će vjerojatno rezultirati manjim uspjehom u stadiju akcije. Ono što osobi omogućava da prelazi iz jednog stadija u drugi su procesi promjene koji se odnose na internalna i eksternalna iskustva i aktivnosti poput razine svijesti, podrške okoline, samoevaluacije, procjene okoline, itd.

Tijekom stadija pretkontemplacije osoba je zadovoljna s trenutnim stanjem ili barem nema želju za prekidanjem trenutnog ponašanja. Dakle, nema namjeru promijeniti ponašanja u datom trenutku ili u skoroj budućnosti. U principu, dokle god osoba svoje ponašanje

percipira funkcionalnim te ne vidi niti jedan važan razlog za promjenu osoba se nalazi u tom stadiju. Teoretski to može trajati i cijeli život, ali ipak životne situacije su te koje pojedinca tjeraju na dublje promišljanje o promjenama u nekim ponašanjima. U stadiju prekontemplacije cilj bi bio da osoba kritički sagleda negativne i pozitivne strane svog ponašanja i poželi ga promijeniti.

Idući stadij je stadij kontemplacije. Taj stadij kod pojedinca dovodi do određene nestabilnosti jer je pod pritiskom da jedno ponašanje zamijeni s drugim. Tada je pred njim zadatak da razmotri i pozitivne i negativne strane trenutnog ponašanja, ali i ponašanja kojim bi se eventualno zamijenilo trenutno ponašanje. Općenito, promjena bilo kojeg ponašanja od osobe zahtjeva izuzetan trud, želju i ustrajnost zbog čega razlozi za promjenu moraju biti snažni kako bi se postigao uspjeh. Namjera i odluka da se promijeni ponašanje označava početak stadija pripreme.

Stadij pripreme odnosi se na stvaranje plana i obveze prema samome sebi da se ponašanje promijeni. Osoba tada treba uložiti puno vremena i truda u osmišljavanje strategija, ali i imati hrabrosti za pokrenuti promjenu. Jedan od čestih razloga neuspjeha je baš u tome što se nije posvetilo dovoljno vremena na pripremu i strategije. Kada se krene u provođenje plana, nastupa stadij akcije.

Stadij akcije je onaj koji uključuje temeljnu promjenu, a odnosi se na primjenu svih prethodno osmišljenih planova i strategija. To je početni bihevioralni korak prema zamjeni jednog ponašanja drugim. Stari obrazac ponašanja je i dalje privlačan pojedincu te je uvijek lakše vratiti se njemu nego ustrajati u usvajanju novog obrasca ponašanja zbog čega je važna motivacija. Cilj pojedinca u ovom stadiju je da ustraje u strategijama osmišljenim za usvajanje novog ponašanja ili ih mijenja kako bi bile još efikasnije. Ukoliko uspije u tome, dolazi do stadija održavanja.

Stadij održavanja se odnosi na to da pojedinac strategije koje su mu bile najefikasnije nastavi primjenjivati i pretvori ih u naviku time stvarajući novi životni stil. Ipak, i tokom faze održavanja postoji opasnost da se osoba vrati starim obrascima ponašanja. Novo ponašanje smatra se usvojenim onda kada osoba ulaže minimalan ili nikakav trud u njegovo održavanje. Tada se može reći da je promjena završena i da je osoba kročila u novu stabilnost kada ponovno nema izraženu želju za promjenom trenutnog ponašanja.

U ovom modelu relaps nije zaseban stadij već proces/pojava koja se može pojaviti tijekom bilo kojeg stadija i izazvati povratak na neki od prethodnih stadija. Primjerice, netko može prekinuti apstinenciju i završiti na samom početku odnosno na stadiju pretkontemplacije ili kontemplacije dok netko drugi nakon tog događaja može biti ponovno u stadiju pripreme spremajući se za novi pokušaj. Također, relaps se ne definira kroz određeni broj dana konzumiranja supstance nakon apstinencije ili kroz količinu koja je konzumirana već kao događaj kada pojedinac odustane od svog određenog cilja odnosno odustaje od promjene. S obzirom na učestalost relapsa, može ga se smatrati i prilikom za učenje gdje se pogriješilo i zbog čega, kako bi kasniji pokušaji bili konkretniji i uspješniji. Kao jedan od razloga za relaps navodi se i stigmatizacija ovisnika koju oni mogu i uočiti od strane okoline, ali i svojih terapeuta te čak i mogu internalizirati stigmatizirajuće stavove koji ih onda vuku prema novom relapsu. Također i sumnja terapeuta u uspjeh klijenta može pokrenuti efekt samoispunjavajućeg proročanstva zbog čega se ističe da terapeuti ne rade s klijentima u koje nemaju dovoljno povjerenja (DiClemente i Crisafulli, 2022).

1.6. Obiteljski odnosi i ovisnost

Obitelj je jako teško definirati s obzirom na suvremene promjene u pogledu na obitelj. Obitelj formira pojedinca u svakom obliku razvoja te je ona prvi i najvažniji kontekst razvoja pojedinca. Prema jednom od shvaćanja obitelji ona se promatra kao sustav. Svaki član obitelji u obiteljskom sustavu ima svoje vlastite, jedinstvene karakteristike, ali i pripada jedinstvenom obiteljskom sustavu. Obitelj oblikuju i svi odnosi među članovima – odnos između roditelja, odnos između braće i sestara te odnosi između svakog roditelja i djeteta pojedinačno, ali i širi društveni kontekst (Berk, 2015). Općenito, obitelj može biti funkcionalna ili disfunkcionalna te ovisno o tome obitelj može biti zaštitni ili rizični faktor za razvoj nepoželjnih ponašanja.

Karpowitz (2001) navodi kako su funkcionalne obitelji one u kojima je prisutna otvorena komunikacija i međusobno razumijevanje. Važno je da oba roditelja daju svoj doprinos kako bi obitelj pravilno funkcionirala. Granice su jasne kao i položaj svakog člana obitelji – roditelji imaju veću moć, a djeca su svjesna svog doprinosa obitelji, ali i manje moći. U funkcionalnoj obitelji dijele se emocije i brige, ali i potiče autonomija svakog člana. Roditelji se koriste autoritativnim odgojnim stilom. Među roditeljima su češći dogovori i

kompromisi, a rjeđi su sukobi. Djeca žive sretnije i opuštenije te stvaraju pravilnu sliku o obitelji kao sigurnoj zajednici.

Disfunkcionalne obitelji su potpuna suprotnost. Roditelji su pretežno zaokupljeni vlastitim problemima i životnim izazovima pa se nemaju ni kada ni kako usmjeriti na djecu i biti im oslonac u postizanju svog punog potencijala. Roditelji najčešće primjenjuju permisivni ili autoritarni odgojni stil. U takvim obiteljima česti su konflikti, a posljedično je niža i kvaliteta života te zadovoljstvo životom. Roditelji se sami nisu izgradili kao osobe i ne prihvaćaju sami sebe pa ni ne mogu djelovati funkcionalno i pravilno usmjeravati dijete u život. U disfunkcionalnim obiteljima nerijetko je prisutno nasilje koje traumatizira djecu neovisno o tome radi li se o nasilju među roditeljima ili nasilju nad samom djetecom. Ukoliko je prisutna i ovisnost roditelja dijete pati još više. Problem se dodatno produbljuje time što osobe odrasle u disfunkcionalnim obiteljima nemaju resurse za biti funkcionalan roditelj čime se problematika prenosi dalje (Fine i Wardle, 2001). Disfunkcionalna obitelj sama po sebi je rizični čimbenik za razvoj ovisnosti, a što je obitelj disfunkcionalnija više je i rizičnih čimbenika unutar nje. Dijete iz takve obitelji traži bijeg i ispušni ventil, a ukoliko se čimbenici poklope da naiđe na vršnjake konzumente tada pronalazi i sebi odgovarajuće društvo. S obzirom na svoje konfuzne obitelji mladi ne mogu razmišljati o isto tako konfuznoj budućnosti pa se usmjeravaju na kratkoročne ciljeve i izvore ugone odnosno nepoželjna ponašanja što često uključuje konzumaciju supstanci (Sakoman, 2009).

Jasno je da ovisnici češće dolaze iz disfunkcionalnih obitelji nego iz funkcionalnih. Ivandić Zimić (2010) provela je istraživanje o obiteljima ovisnika. Prema rezultatima istraživanja, obitelji ovisnika su prema svojim karakteristikama razvrstane u pet klaster grupa. Obiteljski rizični čimbenici utvrđeni su u četiri klaster grupe u visokom postotku što upućuje na jako važnu ulogu obitelji u pojavnosti ovisnosti. Rijetko koja disfunkcionalna obitelj olako prihvaća ovisnost svog djeteta, ali obitelji uglavnom nedostaje zdravih karakteristika i znanja za borbu protiv ovisnosti što im onemogućava da djetetu budu kvalitetna podrška i oslonac jednog dana kada krene u terapijski tretman. Mowen i Visher (2015) ističu važnost obiteljske atmosfere i podrške tijekom i nakon liječenja. Obiteljska podrška može biti i prediktor uspješnosti liječenja. Kada se bivši ovisnik vraća u lošu obiteljsku atmosferu punu konflikta može se osjećati ponovno kao i na samom početku razvoja ovisnosti kada je tražio bijeg iz

obiteljske situacije, i na kraju prekinuti apstinenciju. Pozitivna obiteljska atmosfera djeluje podržavajuće i potiče bivšeg ovisnika da i dalje apstinira.

2. CILJ ISTRAŽIVANJA I ISTRAŽIVAČKI PROBLEMI

Pretragom istraživanja na području Republike Hrvatske o prekidanju apstinencije od droga nije pronađen niti jedan rad. Naime, postoje istraživanja koja su proučavala karakteristike ovisnika, njihovu obiteljsku pozadinu, tretmane ovisnosti ili uspoređivale ovisnike s obzirom na spol, ali niti jedan rad se nije bavio problematikom relapsa. Stoga se otvaraju pitanja o učestalosti relapsa u Hrvatskoj, o eventualnim problemima u pristupu liječenju ili tijekom resocijalizacije nakon tretmana, a koji mogu potencijalno utjecati na pojavu relapsa.

Istraživanja ukazuju da se nakon završenog liječenja oko 70% osoba ponovno vrati konzumiranju droga unutar prve godine (Kadam i sur., 2017), a ovisnici ponekad prolaze i kroz više pokušaja liječenja. Iz tih razloga istraživanja u području ovisnosti o drogama trebaju se usmjeriti na otkrivanje razloga koji su u pozadini prekidanja apstinencije. Stoga je cilj ovog istraživanja kvalitativnom istraživačkom metodom steći dublji uvid u pojavu relapsa kod ovisnika. Primjenom polustrukturiranog intervjua pokušali su se otkriti najčešći razlozi koji dovode do relapsa kako bi se u budućnosti moglo efikasnije djelovati na njegovu prevenciju. Ispitali su se zasebno i motivi za održavanjem apstinencije, obiteljske pozadine te postoje li specifični problemi na našem području u pristupu tretmanu ovisnosti. Cilj je bio evidentirati ključne probleme kod ovisnika kako bi se uvele promjene koje bi bile učinkovitije u liječenju ovisnika.

2.1. Istraživački problemi

Utvrđiti čimbenike koji dovode do relapsa kod ovisnika o supstancama te ispitati iskustva u tretmanima ovisnosti kao i motive za održavanjem apstinencije.

Sudionicima su se prvo postavila pitanja o razvoju njihove ovisnosti te obiteljskoj pozadini pa tek onda o relapsima i čimbenicima koji su dovodili do istih, te odnosima u obitelji i mogućnostima liječenja. Istraživačka pitanja postavljena bivšim ovisnicima bila su podijeljena u četiri tematske cjeline:

- *Relaps* - Ako ste ikada samostalno pokušavali prekinuti s drogiranjem, možete li opisati na koji način ste to pokušali? Možete li detaljnije opisati

situacije i kako ste se osjećali kada ste odustajali od apstinencije? Što biste vi istaknuli kao glavne razloge koji su doveli prekida apstinencije?

- *Motivacija za apstinencijom* – Što vas motivira da apstinirate i borite li se i dalje s kušnjama?
- *Obitelji ovisnika* - Kako biste opisali svoju obitelj i odrastanje? Možete li opisati kako se vaša obitelj odnosila prema vašoj ovisnosti i kakvu podršku ste od njih imali?
- *Tretmani u Republici Hrvatskoj* - Možete li nabrojati institucije u kojima ste se liječili od ovisnosti i opisati njihove pristupe iz vaše perspektive?

3. METODA

3.1. Sudionici

U provedenom istraživanju dobrovoljno je sudjelovalo ukupno 14 osoba (2 žene i 12 muškaraca). Jedan sudionik je tokom intervjua iznio da zapravo ne apstinira te zbog toga njegovi podaci nisu korišteni u daljnjem istraživanju. Ukupno je konačni uzorak ovog istraživanja činilo 13 bivših ovisnika (11 muškaraca i 2 žene) prosječne dobi 39 godina ($M = 38,9$ $SD=9,01$) u rasponu od 21 do 52 godine. Uzorak sudionika je prikupljen putem društvenih mreža, preko udruga i tretmanskih zajednica za ovisnike i poznanstava istraživača. Sudionici su naveli da dolaze iz različitih dijelova Republike Hrvatske. Vezano uz obrazovanje, tri sudionika navela su da su završila osnovnu školu, osam sudionika srednju stručnu spremu i dva sudionika višu stručnu spremu. Devet sudionika su naveli da su samci, dvoje ih je rastavljeno, a dvoje u braku. Sudionici su supstancu koju navode kao temelj svoje ovisnosti u prosjeku počeli konzumirati s 19 godina ($M=19,62$, $SD= 6,31$) s rasponom od 14 do 36 godina. Sudionici većinom ističu heroin i kokain kao glavne supstance ovisnosti, ponekad i te dvije supstance u kombinaciji, a rjeđe tablete, alkohol i amfetamine. Sudionici su većinom bili na dva liječenja ovisnosti ($M=1,92$, $SD=1,26$) s rasponom od 0 do 5 liječenja. Trenutno trajanje apstinencije sudionika je u prosjeku 3 godine ($M=3,17$, $SD=4,94$) u rasponu od 3 mjeseca do 18 godina.

3.2. Postupak istraživanja

U svrhu dubljeg razumijevanja problematike relapsa kod ovisnika o drogama provedeno je kvalitativno istraživanje primjenom polustrukturiranog intervjua. Polustrukturirani intervju je među najčešće korištenim metodama u kvalitativnim istraživanjima. Okvirna pitanja koja uvode u ključne teme postavljena su unaprijed, a dodatna pitanja proizlazila su iz daljnjeg tijeka razgovora. Polustrukturirani intervju je pogodan za istraživanja na manjim uzorcima kao i za dublje razumijevanje problematike o kojoj nema mnogo podataka (Stanić, 2015) te je iz tih razloga odabran za istraživačku metodu u ovom istraživanju. Intervjue je vodila autorica ovog rada, a istraživanje je provedeno tijekom rujna 2023. godine. S obzirom da su dobrovoljni sudionici ovog istraživanja iz različitih dijelova RH, intervjui su provedeni online putem Zoom platforme u unaprijed dogovorenim terminima

koji su dogovarani individualno putem poruka ili u dogovoru s terapijskom zajednicom u koju su neki sudionici bili uključeni. Sudionici su prije provedbe upoznati s ciljem istraživanja, osigurana im je anonimnost te su upućeni da u bilo kojem trenutku mogu odustati od sudjelovanja u istraživanju. Provedba istraživanja odobrena je od strane Etičkog povjerenstva Odjela za psihologiju Sveučilišta u Zadru. Za vrijeme trajanja intervjua sudionici su bili ili kod svoje kuće ili u uredu terapijske zajednice. Intervjui su snimani diktafonom te su trajali između 25 minuta i 65 minuta, a u prosjeku 30 minuta. Razgovori su vođeni po unaprijed strukturiranim pitanjima. Nakon provedbe intervjua izrađeni su originalni transkripti koji su se koristili u daljnjoj obradi podataka.

4. REZULTATI I RASPRAVA

U ovom dijelu rada prikazat će se kvalitativna analiza intervjua s apstinentima kroz četiri tematske cjeline: relaps, motivacija za apstinencijom, obitelji ovisnika i tretmani u RH. Prvo će se u Tablici 1 prikazati o kojim supstancama su sudionici istraživanja bili ovisni.

Tablica 1. Tabela prikaz frekvencija supstanci koje su sudionici istraživanja koristili (N = 13)

Supstanca	Frekvencija	Postotak
Heroin	7	53,85%
Kokain	7	53,85%
Tablete	3	23,07%
Alkohol	2	15,38%
Amfetamini	3	23,07%

U Tablici 1 prikazane su frekvencije konzumiranja supstanci koje su okosnica ovisnosti sudionika istraživanja. Očekivano, heroin i kokain su najčešće spomenute supstance ovisnosti. Ostale supstance poput tableta, alkohola i amfetamina rjeđe su istaknute kao okosnice ovisnosti. 2 sudionika koja su navela alkohol istaknula su i neku od droga kao okosnicu ovisnosti.

Kvalitativna obrada podataka provedena je postupkom tematske analize. Kvalitativni pristup uključuje detaljan i cjelovit pristup manjem broju slučajeva s ciljem dostizanja dubljeg uvida i stjecanja novih spoznaja iz perspektive sudionika istraživanja. U prvoj fazi analize iz audiozapisa razgovora izrađeni su transkripti. U drugoj fazi analize obrađeni su transkripti i generirani kodovi te su naknadno formirane i kategorije i odabrani su detaljni i živopisni citati. U ovom dijelu istraživanja prikazat će se analiza dobivenih podataka u četiri tematske cjeline: relaps, motivacija za apstinencijom, obitelji ovisnika i tretmani u RH.

4.1. Prva tematska cjelina- Relaps

Odgovori sudionika istraživanja na pitanja o samostalnim pokušajima uspostavljanja apstinencije, njihovim osjećajima i okolnostima u situacijama kada se relaps dogodio mogu se

svrstati u četiri kategorije: motivacijski i emocionalni čimbenici, socijalni čimbenici, kognitivni čimbenici i apstinencijske krize te su detaljnije prikazani u Tablici 2.

Tablica 2. Čimbenici pojave relapsa

Kategorije	Pojmovi
Motivacijski i emocionalni čimbenici	Nedostatak motivacije (10*) Neugodne emocije i stres (9) Emocionalne teškoće (5) Prekid veze (4)
Socijalni čimbenici	Okolina i društvo (7) Socijalne teškoće (1)
Kognitivni čimbenici	Cjenkanje sa samim sobom i razmišljanje o pravilima kontrolirane konzumacije (5) Preveliko samopouzdanje (5) Smanjena samokontrola pod utjecajem alkohola (2)
Apstinencijska kriza	Fizička i/ili psihička kriza (6)

Legenda: *- brojka u zagradama označava frekvenciju navedenog pojma

4.1.1. Motivacijski i emocionalni čimbenici koji vode prema relapsu

Na temelju uvida u različite čimbenike koji su prikazani u Tablici 2. može se vidjeti da se nedostatak motivacije istaknuo kao najčešće spominjani čimbenik koji vodi prema relapsu. Sudionici ovog istraživanja istaknuli su kako u određenom periodu svog života više nisu htjeli biti ovisnici i željeli su promjenu, ali im je tada još nedostajalo motivacije i snage, što je vodilo i brojnim neuspješnim održavanjima apstinencije. S druge strane, ovisnici nerijetko odu na liječenje pod pritiskom obitelji ili zakona čime je njihova motivacija manja i stoga vrlo brzo odustanu. U tim slučajevima se radi o ovisnicima koji se još uvijek nalaze u pretkontemplacijskoj fazi.

Navedeno jasno potvrđuju i izjave koje su zabilježene u intervjuu (brojevi u zagradama su oznake sudionika prema redosljedu sudjelovanja)

„Uzima san ectasy zato šta me starci testiraju na heroin. I testiraju me sve do mog ulaska u brak, a onda iman svoju ženu, ne žele se mišat u moj život i tako se ja vraćan na heroin.“ (2)

„Bio sam uvjetovan od strane roditelja. Roditelji su me vani potjerali iz kuće na neki period pa sam se vratio kući. Skupili su mi sve stvari u dve vreće i rekli su ideš sad u komunu, dosta je toga. I ništa, reko ajde idem probat ću. I naravno, čim sam malo došo sebi, kad me lupila realnost nije mi se uopće stalo tamo. I to ti je to, eto. Bio sam tamo dva dana i pokupio se ća.“ (4)

Kao što je već opisano, Marlatt i Witkiewitz (2004) navode kako se kod ovisnika razlikuju dvije vrste motivacije, motivacija za promjenom te motivacija za konzumacijom. Kod nekih sudionika je jasno i iz ovih citata kako nije ni postojala motivacija za promjenom već samo za konzumacijom, ali su uslijed roditeljskog pritiska pokušali apstinirati. Međutim, takva motivacija za promjenom nije dovoljno snažna i sudionici nisu bili spremni za održavanje apstinencije već je ipak prevladala motivacija za konzumacijom. Bivšim ovisnicima se dogodi i da imaju izraženiju motivaciju za promjenom od ove opisane, ali svejedno ne uspiju u održavanju apstinencije. Prema modelu promjene, možda apstinenti nisu dovoljno dobro prošli kroz stadij pripreme te posljedično nije ni moguće zadržati se u stadiju održavanja (DiClemente, 2018; Ferreira i sur., 2016). Tada motivacija za promjenom slabi, a raste motivacija za konzumacijom. Kako je jedan sudionik istraživanja istaknuo:

„Fali volje na prvom mjestu, strpljenja i volje, fali volje puno. Nekako lakše je ić linijom manjeg otpora nego se potruditi. Znete ono, težim putem pa ne da mi se pa šta ak postoji lakši put pa ovo pa ono. Fali puno volje, vjere u sebe. To jednostavno jednom kad vas uzme, teško je to riječima opisat, jednostavno to više niste vi i ko da je neko drugi u vama. Ne možete ni ocijenit to što radite, što pričate. A znate da je to loše, a opet to radite. Zašto? Probat ću i ja sad saznat...“ (8). Za dugotrajnije izlječenje je nužno da je ovisnik svjestan dubine problema, ali i da prepozna sve svoje slabe točke i nauči kako ih nadjačati (DiClemente, 2018).

Neugodne emocije i stres također su često istaknuti čimbenici relapsa. Različite stresne životne situacije, periodi anksioznosti ili uobičajeni obiteljski sukobi za apstinenta od droge mogu biti okidač ili put prema relapsu. Bitno je naglasiti kako je početni put ovisnika prema ovisnosti nerijetko popločan neugodnim emocijama i obiteljskim problemima što jasno

pokazuje izjava jednog sudionika: „Kad bi ja posta bahat, on (otac) bi posta fizički nasilan, ja još bahatiji, on još nasilniji. Onda ja kažem ma pusti me, idem ja negdi sa svojom ekipicom 5 dana dok imam resursa pa ćemo pušiti travu, pit pive i isprobat kako djeluje ectasy.“ (5) Iz navedenog primjera jasno je kako se sudionik izbjegavanjem nosio s obiteljskim sukobima i neugodnim emocijama. Za ovisnike je uobičajeno da potiskuju emocije i životne probleme konzumacijom supstanci te se isto može smatrati lošom strategijom regulacije emocija (Witkiewitz i Wu, 2010). Kasnije, kada dođu do životne faze gdje apstiniraju i trude se živjeti neovisničkim životom moraju pronaći druge načine za iznijeti neugodne emocije i stres. U nekim situacijama taj izazov bude pretežak i apstinent relapsira (Ferreira i sur., 2016):

„Ali, desilo se, evo primjer banalan neki dan je bio, na poslu me par stvari izživciralo. Bili su i neki međuljudski odnosi koji su me mučili di sam si ja reko stat ću sad, otići vidjeti se s prijateljem ili sam otići, pivu popiti, karikiram sada. Kad sam to napravio onda je slijedeći dan opet nešto i tako dalje sve dok ne dođemo do težih stvari, a tu naravno pričamo o kokainu.“ (12)

„Uvik bi se dešavale problematične stresne situacije u obitelji i to bi meni bio okidač za pasti. Tipa konflikti s majkom. Majka mi je dosta turbulentna, verbalna i ja bi se povlačila radi mira u kući, patila i onda opet posegla za nečim.“ (13).

Shiffman i Waters (2004, prema Witkiewitz i Wu, 2010) istraživali su relapse kod apstinenata od duhana ekološkom metodom trenutne procjene te utvrdili da uobičajene dnevne promjene u raspoloženju nisu predviđale relaps već intenzivne negativne promjene raspoloženja. Dakle, ovisnici su tijekom svog života i ovisnosti najčešće razvili izbjegavajuće stilove suočavanja s problemima te bi tijekom procesa oporavka od ovisnosti trebali raditi na efikasnijim i na problemu usmjerenim stilovima suočavanja kako ne bi pribjegli konzumiranju supstanci zbog stresnih i neugodnih događaja (Levy, 2008).

Emocionalne teškoće najviše su isticali sudionici koji navode da imaju izrazito disfunkcionalne obitelji i koji za sobom vuku određene traume iz djetinjstva. Obitelj ima velik utjecaj na pojedinca i njegov razvoj, a ovisnici češće dolaze iz disfunkcionalnih obitelji te imaju i manju podršku obitelji što ih čini podložnijima relapsu. Jednom sudioniku je i djevojka umrla od predoziranja što je kod njega pokrenulo vrtlog emocija, ali nažalost i novi val intenzivnog konzumiranja supstanci. S obzirom na važnost obitelji u životu svakog

pojedince obitelj se i u ovom kvalitativnom istraživanju izdvojila kao zasebna tematska cjelina te će se emocionalne teškoće proizašle iz disfunkcionalnih obitelji detaljnije obraditi.

U ovom istraživanju jedan sudionik (6) prolazio je kroz teška zlostavljanja od strane roditelja što ga je učinilo jako nesigurnim, zatvorenim te mu je postalo teško i komunicirati s drugima i izjasniti svoje potrebe i osjećaje: „*Počea san ne biti čvrst, počea san popuštati. One stvari koje san triba reći mora san ih reći, a ja san misli onako znaš, iman ja to u sebi. Nisan reagira kad je trebalo i tu se počela rušiti moja kula. Pustiš ovo, pustiš ono, ne kažeš ono. Plus te neke veze koje su bile u međuvremenu koje nisu iskomunicirane do kraja, a sveukupno, život. Što cure, što posa, što druženje, što obitelj. Jednostavno je moja čvrstina počela nestajati i počeo san popuštati. Otiša san na doček Nove godine u Zagreb sa rođakom, iša san raditi sezonu, 'potegnua' i pa prvi put. Podsvjesno san se iša opustiti. Previše san si nabi pritisak i opet san traži bocu, a kad nađeš bocu otvori ti se sve živo. Na kraju opet završio na partijima do podne.*“

Nadalje, prekid veze je izrazito stresno i emocionalno turbulentno razdoblje. Uobičajeno je da osoba u tom periodu tuguje, pokrene neke promjene u životu, više ili manje izlazi, itd. Kada se prekine ljubavna veza osoba se osjeća izdano, odbačeno i nije neuobičajeno da u tom periodu vlada depresivno i anksiozno raspoloženje (Field, 2017). Za apstinente to također može značiti i povratak konzumiranju supstanci (Levy, 2008; Devi i Singh 2023). Bartels i Zeki (2000, prema Field, 2017) utvrdili su kako osobe koje proživljavaju prekid veze prolaze simptome koji se mogu povezati s kokainskom ili opiodskom krizom, a neki od njih su anksioznost, depresivnost, plakanje, gubitak apetita i iritabilnost. Osim toga, poveznica između apstinencijske krize i prekida ljubavne veze može se uočiti u naglom snižavanju razina dopamina. Pilowsky i suradnici (2013) u svom istraživanju s bivšim alkoholičarima utvrdili su kako je prekid veze ili razvod u prethodnih 12 mjeseci značajan prediktor relapsa tijekom trogodišnjeg perioda. Oni koji su doživjeli prekid dvostruko češće su relapsirali.

Navedeni primjeri izjava sudionika istraživanja potvrđuju kako takve krize čine osobe ranjivijim i podložnijim ponovnom konzumiranju supstanci:

„Ima sam tu jednu vezu i nakon tog prekida...to me je totalno, diga san ruke skroz i totalno se prepustia. Tu san počea udarat onako do kraja šta se kaže...“ (8)

„Dvije godine sam bio dobar, al kažem, uvijek sam imo te neke strahove, al što ja znam, taj prekid s curom me je opet razočaro da sam odbačen od društva i to. Onda sam vrlo brzo završio opet na psihijatriji zbog predoziranja lijekovima tko zna kakvim, alkoholom i drogom.“ (11).

4.1.2. Socijalni čimbenici koji vode prema relapsu

Okolina i društvo odnosno visokorizične situacije u interpersonalnim odnosima su također istaknut čimbenik relapsa. Ponekad je dovoljan samo jedan poziv prijatelja ovisnika, šetnja određenim ulicama ili susret s nekim da se u apstinenta uvuče nemir i želja za konzumacijom. Svaka situacija ili događaj u kojoj se apstinent nađe, a da povećava vjerojatnost relapsa smatra se visokorizičnom situacijom.

Navedeni primjeri jasno ukazuju na socijalne čimbenike kao okidače za relaps:

„Uspila bi misedana, možda misedan ipo maksimum i onda bi krenilo sve po staron. To je isti krug ljudi, isto neko pošalje poruku, nešto“... „Mislin da je teško kad si loše, kad si u tome definitivno da okolina utječe loše. I da ne možeš usred okoline s kojom se družiš i vidaš bit dobro.“ (1)

„Stigme ima ko u priči. Puno predrasuda, puno očekivanja, naravno da si ono, da svi prstom upiru u tebe. Osjećao sam i da me to gura dalje u problem, kako ne, da. Dok to čovjek ne osvijesti gura te u problem, a kad osvijestiš onda više nije problem.“ (9)

„I onda je jedan dan doša jedan moj prijatelj i reka amo vani, idemo na nekakvi party i onda je počelo ponovno drogiranje, party droge, s time da san imala problema i s užasnin migrenama i doktorica mi je prepisala tramal i na tramal san se navukla.“ (13)

Jedan od sudionika vrlo je detaljno i živopisno prepričao svoju borbu s kušnjama kada je došao na tzv. 'verificu' iz terapijske zajednice. Verifica je period od najčešće tjedan ili dva dana kada osoba odlazi iz terapijske zajednice kući i kasnije se vraća u terapijsku zajednicu i nastavlja tretman. Cilj koji se verificom želi postići je da osoba dobije uvid u svoj napredak, uvidi na kojim poljima još treba raditi, osjeća li još uvijek kušnje ili ne te da vidi svoju obitelj

i bližnje. Sudionik je izdržao kušnje i nije poklekao, a s *verifitse* se vratio ranije u zajednicu zbog straha od relapsa: „Prvi dan, dala mi je familija neki dinar da si kupin hrane, mobitel neki da iman. Prvi dan napravia san si neki cjeloviti doručak, iša san se okupat, rekreirat, navečer san iša spavat ka i u komuni, uredno sve. Drugi dan san se diga i počea san sam sebi već kalkulirat s idejon da oden malo u kockarnicu, a iman problem i sa aparatima nažalost. Isto problem težak. I da si otvorin pedesetak eura da si uzmen malo kokaina, nađen neku prostitutku. Pa san počea sam sebe uvjeravat da nisan sposoban za spolni odnos ikakav bez crtice kokaina ili nešto tako. I onda je to već otišlo... Možda ja ne bi tih sedan dana napravia nikakav recidiv, možda bi, možda ne bi, al svakako bi sebe psihički skroz satra, a to mi je nepotrebno. Nakon nekog vrimenta prihvatiš da je to takva bolest mozga, da su receptori debelo narušeni. Podsjećaju me znači ulice kroz koje moran proć do svoje kuće. Svaka me podsjeća tamo negdi na početak stoljeća i 2003., 2004., 2005. kad san se skroz intenzivno zabavlja s heroinon. Od stana san isto napravia ruglo. Ima jedan prozor sa predivnin pogledon doli na centar grada. Tu san ja stavia neki radni stol da se mogu tu drogirat intravenozno, držat noge na stolu, pit pivu i gledat grad i kljucat. Sad san eto doša opet u te uvjete s čistin mozgon, uspostavia san apstinenciju, super san samome sebi. Totalno iman drugačiji pogled i na život i na samog sebe i na neku budućnost blisku. I sve dobro... ali opet podsvjesno kad ti sidneš u tu istu fotelju i ono, napravin si dobar ručak. Ok, volin jest otkad se ne drogiran. Ne pušin cigare, ne pijen alkohol, al opet. Stanen tu popit kavu i opet me sve podsvjesno vraća u taj glupi film tako da nije uopće jednostavno.“

Iz navedenih citata može se uočiti koliki utjecaj imaju okolina i društvo na apstinenta. Kidorf i suradnici (2016) u svom istraživanju ističu važnost imanja prijatelja i obitelji koji nisu ovisnici niti učestali konzumenti supstanci. Kada apstinent ima socijalnu mrežu sastavljenu od osoba koje nisu ovisnici i koje žive zdravim i pozitivnim stilom života, prognoze liječenja su bolje i manja je vjerojatnost relapsa. Učestala interakcija s osobama koje su konzumenti za apstinenta znači i veću vjerojatnost relapsa (Stout i sur., 2012, prema Kidorf i sur., 2016). Gledano kroz model promjene moglo bi se reći kako apstinenti koji nisu dovoljno dobro odradili stadij pripreme ne uspijevaju održati apstinenciju zbog prijatelja ovisnika ili podražaja vezanih uz okolinu. Osobe koje su dobro prošle kroz stadij pripreme većinom pronalaze druge izvore za ispunjenje socijalnih potreba čime se minimalno izlažu visokorizičnim situacijama i uspješni su u stadiju održavanja. Witkiewitz i Marlatt (2004) navode i kako se dio tretmana ovisnika treba sastojati od rada na tome kako se ponašati u

datim situacijama odnosno da se apstinenta uči efikasnim strategijama suočavanja za situacije kada se primjerice nađe u društvu gdje je supstanca ponuđena, kada sretne bivšeg prijatelja ovisnika i slično. Iz prethodno istaknutog citata sudionika 5 vidi se koliko je njegova borba bila intenzivna i teška. Ipak, odolio je kušnjama i odmaknuo se iz visokorizične situacije jer ju je prepoznao i djelovao efikasno. Tijekom vremena nadjačao je kušnje i izbjegao relaps. Hunter-Reel i suradnici (2009) istaknuli su važnost socijalne podrške i kvalitetne odnose s drugima van ovisničkog društva kao značajne prediktore apstinencije. Nadalje, istaknuli su i da okolina može djelovati na pojedinca tako da mu povećava ili naruši osjećaj samoeфикаsnosti, odnosno može biti i poticajna i apstinentu otvarati nove poglede na život i aktivnosti ili ga poticati na ponovnu konzumaciju. Spomenuti sudionik istraživanja nažalost ima jako tešku obiteljsku situaciju te samo jednog člana obitelji koji nije iz ovisničkog kruga i nijednog prijatelja van tog kruga zbog čega se odlučio slijedeći put ići na 'verificu' sa zaposlenikom terapijske zajednice kako bi mu bio zdrava podrška i društvo. Takvo djelovanje je efikasno te označava razmišljanje unaprijed o rizičnim čimbenicima i osmišljavanje strategija kako ih eliminirati. Osim toga, na tom primjeru se vidi i važnost već spomenute socijalne podrške koja dolazi van kruga ovisnosti. Takva socijalna podrška je još snažnija ukoliko se radi i o članovima obitelji te ukoliko osobe pozitivnog utjecaja žive u blizini apstinenta (Kidorf i sur., 2016). Best i suradnici (2016) ističu i važnost smanjivanja broja osoba iz kruga konzumenata kod adolescenata, a ne samo povećavanje pozitivnih odnosa.

Hunter-Reel i suradnici (2009) istaknuli su i važnost interpersonalnog funkcioniranja u prevenciji relapsa. Socijalne teškoće za sudionika 11 su vrlo važan faktor koji ga vodi prema relapsu. Sudionik ima problema sa socijalnim funkcioniranjem i kada osjeti prevelik teret posegne za supstancama: „*Nisam se od malena prihvaćo, nisam se volio, uvijek sam na sebi htio nešto drugačije. Gledao sam kako drugi, gledao sam brata, uvijek mi je stvaralo neki kompleks da su drugi bolji u nečemu. Uvijek neki prekidi, razočaranje. Cijeli život nešto mi ne ide, eto...*“ Ovaj sudionik ima narušenu sliku o sebi koja uglavnom ovisi o odobrenjima drugih u svojoj okolini. Sudionik je izrazito kritičan prema samome sebi te se svaki njegov relaps odnosi na situacije kada nije osjećao odobravanje od strane okoline. Moe (2023) također ističe kako su socijalni stresori, kako trenutni tako i kronični, mogući razlozi za relaps.

4.1.3. Kognitivni čimbenici koji vode prema relapsu

Cjenkanje sa samim sobom i razmišljanje o pravilima kontrolirane konzumacije odražavaju mentalnu borbu koju apstinenti prolaze (Melemis, 2015). S jedne strane su svjesni da treba prekinuti život u ovisnosti, a s druge strane još uvijek prolaze žudnje za supstancom te se tada javljaju misli kako zadovoljiti 'obje strane'. Moglo bi se reći kako u ovim situacijama samokontrola odlučuje daljnji tijek događaja što bi ponovno istaknulo važnost na vježbanju prevencije relapsa (Douaihy i sur., 2007). Jedan sudionik (5) je pričao o situaciji kada je preuranjeno izašao iz jedne komune: *„Kad su mi dali 30-ti dan telefon da se javim svojim kući samo san reka ej bog ja dolazin sutra. I ništa, ok, popričali su s menon, doli isto jedan operater, isto jedan bivši ovisnik koji razumi to sve iz prve ruke. Pokuša je s menon razgovarat, ne ide ne ide. U glavi mi je bilo povuć ću malo kokaina, pušit ću hašiša povremeno, pojist, popit, aparate izbjegavat, metadon ne, heroin ovisi o kvaliteti robe. Takav mi je bia totalno neodređen film u glavi.“... „Nije bilo apstinencije jer san izaša s tin nekin planon-ove ću stvari konzumirat, a ove neću. Nekakav životni plan di ću radit, od čega ću živit, šta ću radit u slobodno vrime, to nije postojalo ni u tragovima...“* Više sudionika je iznijelo slične priče kako su izlazili prerano iz terapijskih zajednica misleći kako sada mogu kontrolirati situaciju te kako im je bilo dovoljno da „pročiste tijelo“ ili da je njima osobno kratki boravak bio dovoljan za izliječiti ovisnost. U ovom primjeru sudionik je popustio pred mentalnim relapsom i izašao iz terapijske zajednice te prešao u fizički relaps, odnosno konzumirao je supstance. Osim toga, može se uočiti kako je sudionik iz trenutne perspektive svjestan kako tada nikako nije mogao uspjeti jer osim toga što je prolazio kroz kušnje nije imao nikakav plan kako živjeti neovisnički život. Preuranjeni odlasci s liječenja mogu se, prema modelu promjene, promatrati kao prekidanja stadija akcije, a u tim okolnostima apstinenti nisu uspjeli proći kroz dovoljnu pripremu sa stručnim službama zbog čega je pitanje relapsa više pitanje trenutka. Nadalje, DiClemente i Crisafulli (2022) s obzirom na učestalost, gledaju na relaps kao na priliku za učenje, odnosno da ovisnici iz svojih neuspješnih pokušaja mogu dobiti uvid u pogreške i ispraviti ih u narednim pokušajima. Navedeno se može uočiti u prethodno istaknutom citatu gdje je sudionik kasnije ipak uočio svoje pogreške.

Preveliko samopouzdanje za apstinente znači da misle da su snažniji nego što jesu, da ignoriraju neke znakove da je relaps moguć te da trebaju biti oprezniji, tj. opuštenije se izlažu

rizičnim situacijama, itd. Hossain i Chowdhury (2008) u svom kvalitativnom istraživanju su također istaknuli preveliko samopouzdanje kao jedan od čimbenika relapsa. Jedan sudionik je je govorio o sličnim iskustvima: „*Vrlo kratko bi to trajalo da sam čist i nikad to nije završilo dobro. Vrlo brzo mislite da ste pametniji pa tu dolaze neka ostvarenja pa velika razočarenja. I ako nisi dovoljno čvrst u glavi, a ja nisam bio jednostavno popustite ponovo i ponovo i ponovo i ponovo.*“ (8)

Drugi sudionik je pričao o svom preuranjenom izlasku iz komune: „*Ajmo reć da sam nakon jako malo vremena u komuni počeo osjećat nekakvu sigurnost i smatrao sam da sam u principu poprilično spreman nastaviti život. Samouvjeren sam bio da bez problema mogu opet.*“ (12)

Kao razlog za relaps dva sudionika su istaknula smanjenu samokontrolu pod utjecajem alkohola. Sudionik 3 taj čimbenik ističe kao glavni i jedini za svoja dva relapsa: „*Meni je oba puta bilo zbog alkohola, tu je bilo pijanstvo veliko i bilo je ponuđeno. Pa opet isto. Dok nisan uvea 3 pive i 5 gemišta. Ne mogu ja sad znat da se skroz opijen šta bi bilo.*“ Iako je u slučaju ovog sudionika upitno ima li problem i s alkoholom, on navodi da ima moć kontrole alkohola te je otkrio kako kontrolirati situaciju da ne posegne za kokainom. Općenito, smanjena samokontrola može biti čimbenik koji vodi prema relapsu te se u tretmanima ovisnosti uvijek treba usmjeriti na ojačavanje samokontrole da apstinent kada se nađe u visokorizičnoj situaciji ima dovoljnu samokontrolu da ne relapsira (Sun i sur., 2024). Ovdje se također može uočiti i preplitanje čimbenika gdje se uočavaju interpersonalni čimbenici odnosno društvo koje konzumira supstancu ovisnosti, ali i intrapersonalni čimbenik samokontrole. Nadalje, važno je i na koje čimbenike se apstinent više usmjerava. Ukoliko se apstinent prepušta interpersonalnim čimbenicima i traži uzroke za konzumaciju van sebe samog povećava se vjerojatnost kasnijeg relapsa te se snižava samoeфикаsnost. Ukoliko apstinent smatra sebe odgovornim za svoje postupke tada se osjeća kako može vladati situacijom i povećava se osjećaj samoeфикаsnosti i kontrole.

4.1.4. Apstinencijska kriza kao čimbenik koji vodi prema relapsu

Apstinencijska kriza dijeli se na fizičku i psihičku, a obje su jako teške za apstinate. Sudionici su na različite načine opisivali krize i njene posljedice, a ukupno ih je šest istaknulo krizu kao čimbenik koji je prethodio relapsu.

„U nekoj završnoj fazi kad već znaš da si ovisnik. Kad te đava tira da nešto uzmeš i kad uzmeš, svaćaš da si uzeo i da si opet na početku, boli te duša i plače ti se.“ (2)

„Ja san tamo moga doć na terapiji, mislin da je još tako. I zato san iša tamo, da me postepeno skidaju. Tako je i bilo... U 4 miseca san doša na nulu. I kako san proša jednu operaciju tamo san iša svaki drugi dan u bolnicu na previjanje. I tamo san ja, ostavila me samog ovog doktorica, medicinska i ja san tamo ukra lijekove. Zbuksa ih i kad me vratilo tamo konzumira dok nisu skužili. I onda su me izbacili.“ ... „Glava, totalno, ne znaš šta ćeš sebi sa tijelom, najradije bi sebi iščupa kožu, ono, to, baš je jako grub osjećaj. Ja san taman tad taj period prolazi, bi san na nuli možda koji dan. Tako da kad san ja to vidi tamo, odma san potegnu za tin. Da smirin tijelo, da smirin sebe.“ (6) U ovoj opisanoj situaciji isprepliću se čimbenici visokorizične situacije zbog dostupnosti supstance, ali i djelovanje apstinencijske krize.

„To je teško opisat taj osjećaj, to vas reže na komade. I u biti jedva čekate da uzmete nešto i da bol prestane. A od kokaina su jako teške psihičke krize. To poslije uzrokuje i zaboravljanje i probleme u normalnom funkcioniranju. Ali krize su strašna stvar.“ (8)

Sudionica 13 se izjasnila kako je fizička kriza glavni razlog zašto nije uspijevala prije održati apstinenciju. Njeno dijete se rodilo u neonatalnom apstinencijskom sindromu te je nakon tog događaja uspjela postići dugotrajniju apstinenciju: *„To je nešto, ja nisan osjećala porođajne bolove od krize odnosno kad san rodila kasnije jer je bia carski. Uopće nisan osjetila bol od carskog koji je užasan koliko san se ja tresla, al sama san sebi rekla dosta je.“*

Apstinencijska kriza je prvi izazov koji osoba koja želi prestati konzumirati supstance mora proći. Kriza je jako bolna i zahtjevna za izdržati te traje oko mjesec dana, a prva dva tjedna su fizički najzahtjevnija. Neki od simptoma su: tremori, nesаница, mučnina ili povraćanje, proljev, znojenje, jaki bolovi u tijelu, anksioznost, uznemirenost, promjene u apetitu. Psihička kriza je specifičnija za stimulanse te se ona odnosi na depresivno i anksiozno stanje te opću bezvoljnost i iritabilnost (West i Gossop, 1994). Simptomi fizičke krize su toliko intenzivni da osobi može opasti motivacija za promjenom, a porasti motivacija za konzumacijom zbog svijesti o tome da će simptomi i svi bolovi prestati onog trenutka kada uzme supstancu.

4.2. Druga tematska cjelina- Motivacija za apstinencijom

Kako bi ovisnici uopće došli do toga da apstiniraju trebaju imati određen motiv za uspostaviti apstinenciju, ali i motiv koji im daje snagu za borbu protiv ovisnosti. U Tablici 3 navedeni su motivi za apstinencijom koje su spominjali sudionici.

Tablica 3. Tabela prikaz motiva za apstinencijom (N = 13)

Kategorija	Frekvencija	Postotak
Želja za običnim životom	9	61,54%
Dostizanje dna	9	61,54%
Obitelj i djeca	4	30,77%
Zdravstveni problemi	2	15,38%
Vjera	1	7,7%
Nejasni motiv	3	23,08%

Želja za običnim životom i dostizanje dna istaknuli su se kao najveći motivi ovisnicima za prestanak konzumiranja. Kada je osoba ovisna o nekoj supstanci cijeli život te osobe bazira se na nabavljanju i konzumiranju supstanci tako da se u konačnici zažele tipičnog života u kojem supstance nisu temelj: „I kako san išla starija samo mi je bia san da želin bit normalna, definitivno. I to se kosilo sa svin mojin da želin bit ka i drugi, izać, radovat se suncu, misecu, kiši i nekako sa životon se nosit sa svin stvarima sa kojima se nose normalni ljudi.“ (1). Neki sudionici su bili ovisnici dugi niz godina, pa čak i desetljeća te su opisali kako su postali iscrpljeni od ovisnosti pa je sudionik 8 rekao: „Sad već toliko imam ožiljaka na sebi, svaki boli strašno i sad se više ne bi mogo ni pogodit iglom tako da dosta je. Dosta je više. Ne mogu više.“ Sudionik 5 također je opisao kako je dostigao dno i postao iscrpljen od ovisnosti: „Iman dva broja od dva stara narkomana i od jednog balavca koji ima ovako ambiciju postat nešto poput mene i na to mi se svelo sve. I bilo je ili prominit sve iz temelja ili krepat ko pas.“ Sudionici 5 i 8 su razvili i zdravstvene probleme zbog pretjerane konzumacije supstanci što im je onemogućavalo daljnje konzumiranje supstanci. U kategoriji dostizanja dna bitno je naglasiti da je to vrlo individualan dojam odnosno da ono što je za jednu osobu dostizanje dna drugoj može biti uobičajeni životni stil. Međutim, kada ovisnik dostigne svoje osobno dno tada osjeća potrebu za liječenjem i liječenje smatra nužnim i svojom voljom se

priključuje tretmanskoj zajednici što je vrlo važno za početnu motivaciju u liječenju (Chen, 2018).

Za sudionika 3 glavni motiv je obitelj: *„Dica su motiv, da nema dice ja ne znan kako bi ja proša. Kad bi pa mučila bi me velika grižnja savjesti. Svjestan si da upropaštavaš obitelj. Nije meni do mene, ali imaš dvoje male dice koji su mali, koji se tribaju odgojit. Imaš tu ženu koja ti je potpora i šta sad, s ovin ćeš samo sve to rasturit. Obitelj mi je bila veliki motiv, da dica imaju lipo djetinjstvo.“* Djeca su općenito u životu veliki motiv za pozitivne promjene i samo njihovo postojanje roditelje potiče u ispunjavanju raznih ciljeva. Svijest da mogu ostati bez djece bilo rastavom bilo oduzimanjem djece za roditelje je teška i potiče ih u održavanju apstinencije.

Za sudionika 2 glavni motiv je vjera: *„Otiša san na duhovnu obnovu, upozna san gori jednoga svećenika i on me uvea u sobu di se radia egzorcizam i kad san vidia to šta se radi, to skrikanje, vrištanje, dernjava, nešto gore nego u svin mogućin filmovima. Tada, jednostavno više nisan u životu ništa uzea. Reka san neću više služit zlu...Vratia san se kući iz tabora i očekiva san fizičku krizu. I nisan je ima, ni fizičku ni psihičku.“* Religioznost se općenito smatra zaštitnim faktorom od ovisnosti, ali i jakim motivom za održavanje apstinencije. Vjera ovisnicima daje smisao te im pomaže u održavanju apstinencije. Ely i Mosqueiro (2021) navode kako su viši rezultati na mjerama religioznosti povezani s višom procjenom samoefikasnosti za apstinencijom. Sudionik 2 čak je naveo kako se osjeća kao da je samo zamijenio heroin i vjeru.

Kod tri sudionika motiv za apstinencijom je nejasan. Slijedi citat jednog od njih: *„Uvijek bi se vraćo tome, valjda nisu još prošle te godine. Nisam ja u tome 20 godina pa da osjećam neko zasićenje, dosta je toga strast i želja da opet ću ja to isto samo manje. To je bilo barem u nekom početnom periodu kad sam tek došao u komunu. Trebalo je vremena da se promijeni taj sklop u glavi i da počnem na neke stvari gledati drugačije.“* (4)

Dva sudionika s nejasnim motivom za apstinencijom su jako mlada te su u terapijsku zajednicu ušli pod pritiskom zakona i/ili obitelji čime je upitna i njihova motivacija za promjenom. Preostali sudionik je vrlo pasivan, slabo se koristi svojom socijalnom mrežom i nema životni plan. Kod navedena tri sudionika iz razgovora se ne uočavaju iskreni i konkretni motivi za apstinencijom već više puko nabranje kako ovisnost nije dobra.

4.3. Treća tematska cjelina- Obitelji ovisnika

Iako nisu svi sudionici istaknuli obiteljske čimbenike direktno kao prethodnike relapsu, iz intervjua s njima i njihovih obiteljskih pozadina uočljivi su efekti istih na njihov razvoj ovisnosti i teškoće pri pokušajima održavanja apstinencije. Obiteljska pozadina kao potencijalni rizični obiteljski faktor spominje se i u dinamičkom modelu relapsa kao distalni rizik relapsa (Witkiewitz i Marlatt, 2004). U ovoj kategoriji će se detaljnije opisati obiteljska pozadina sudionika istraživanja.

Ukupno su se četiri ispitanika od njih trinaest izjasnila kako dolaze iz funkcionalne obitelji: roditelji u braku te da u obitelji nije prisutno nikakvo nasilje ili ovisnost. Devet obitelji je (69,23%), prema opisima sudionika, disfunkcionalno. Da bi se bolje stekao uvid u problematičnost pojedinih obiteljskih okolnosti i situacija ukupni zbroj rizičnih obiteljskih čimbenika prikazat će se u tablici zasebno za svakog sudionika.

Tablica 4. Tabela prikaz prisutnosti rizičnih obiteljskih faktora

Obiteljski rizični Čimbenici	Sudionik/ca													Postotak
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
Rastava roditelja				+	+		+							23,08%
Ovisnost roditelja			+	+	+		+	+	+	+				53,85%
Fizičko nasilje			+		+	+		+	+	+				46,15%
Emocionalno nasilje	+				+	+	+	+	+	+				53,85%
Zanemarivanje	+				+		+		+	+				38,46%
Rana smrt roditelja								+	+					15,38%
Odsustvo roditelja					+	+				+				23,08%
Ukupno rizičnih faktora	2	0	2	2	6	3	4	4	5	5	0	0	0	

Iz Tablice 4 vidljivo je kako je većina sudionika prolazila kroz različite oblike zlostavljanja u obitelji ili da kod njih postoje neki drugi obiteljski rizični čimbenici. Četiri sudionika (30,77%) su se izjasnila kako su njihove obitelji funkcionalne.

Dodatno, kod dva sudionika je obitelj izrazitije disfunkcionalna pa su tako kod jednog od sudionika fizičko nasilje i ovisnost u obitelj eskalirali do te mjere da je usmrtio vlastitu majku, također ovisnicu, a drugi sudionik je proveo čitavo djetinjstvo po domovima i institucijama odnosno izuzet je iz obitelji. Oca je vidio svega dva puta u životu.

Problematične obiteljske okolnosti u kojima su odrastali sudionici opisane su u narednim citatima:

„Ja u biti mamu nisan ni imala. Ono čega se sićan je da kad san krenila u školu, niko se nije diza s menon, pravila mi marendu, pita me kako mi je u školi.“ ... „Imali smo domaći napisat sastav opiši svoju mamu. I ja san to napisala u doslovno dvi rečenice i dobila san dva. I meni je to bilo užasno. Niko nije dolazia na primanja, mama nije mogla, tata je bia ajme, al to su valjda bila takva doba di se o tome nije pričalo.“ (1)

„Koliko god to sad izgleda drukčije meni iz te perspektive bilo mi je normalno doć iz škole, rućat, zapalit s njima joint, popit kavu i svak o svon poslu. Tad je to meni sa 13,14 godina izgledala skroz normalna stvar. Pušiš sa svojima travu, ne furate se, ne kuvate heroin u stanu, ali takva atmosfera mogu reć da mi je bila prirodna.“ (5)

„Pustiš, prepustiš se, sve te to u biti zatvara. I onda ideš u sobu i normalno da ćeš zapalit travu ili nešto, tako se olakšava stvari privremeno.“ (6)

„Što se tiće obiteljskog đira, to je bilo katastrofa. Emotivna hladnoća u svim pogledima...Uspio bi apstinirat kratko, jako mali period. Konstantno taj način života te vraća, tako da ono.. Problem su ožiljci emotivni prije. To je neki temelj zbog čega sam i ušo u ovisnost. A onda ovisnost je jaća od čovjeka. To reže volju, želju za životom.“ (9)

„Nisu oni baš brigu o meni vodili. Ja sam bio po domovima, po institucijama. Nisu se imali kako postaviti kada nisu vodili brigu o meni.“ (10)

Ovi citati su samo dijelovi priča iz teških djetinjstva koje su opisivali sudionici te je očigledno kako su odrastanja u takvim okolnostima morala ostaviti traga na životni put pojedinca. Već je u uvodu opisano kako neki mladi iz disfunkcionalnih obitelji traže svoje mjesto pripadanja u društvu i završe na putu ovisnosti: *„I onda je tu krenilo kako ću se ja uklopiti u ekipu, u kući se ne osjećaš da si prihvaćen. A u društvu ako nisan bila dobra u školi u šta ću se uklopiti. Morala san nać neki svoj kut, a uklopila san se u lošije jer je to bilo najlakše.“ (1)*

Nažalost, teret svoje disfunkcionalne obitelji ovisnici nose sa sobom i dalje tijekom ovisnosti, ali i onda kada se trude apstinirati. Obitelj bi, prema svojoj funkciji, trebala služiti kao zaštitni čimbenik mladima da ne konzumiraju supstance, ali neke obitelji svojom disfunkcionalnošću guraju mlade prema problematičnim ponašanjima (Sakoman, 2009). Neki

roditelji čak ignoriraju znakove ovisnosti i puštaju da dijete tone sve dublje. Jedan sudionik je priča o zajedničkom konzumiranju supstanci s majkom i očuhom čime je dijete dobivalo poruku da je konzumiranje supstanci dozvoljeno, i u najmanju ruku, da takvo ponašanje nije negativno. Mercandagi i suradnici (2023) navode kako je pojavnost relapsa pozitivno povezana s traumatskim iskustvima odnosno različitim tipovima zlostavljanja i težinom proživljenih traumatskih iskustava. U ovom istraživanju osam sudionika prolazilo je kroz barem jednu vrstu zlostavljanja unutar obitelji. Prethodno je u ulomku o društvu i okolini kao faktoru relapsa naglašena važnost podrške i imanja osobe koja nije iz ovisničkog kruga. Apstinentima je potrebna struktura i od velikog značaja im je imati nekoga tko će ih uputiti u život koji ne uključuje ovisnost. Ukoliko apstinent dolazi iz stabilne obitelji, obitelj je uglavnom sposobna pružiti apstinentu podršku, ohrabriti ga, nadzirati, ali i izazvati osjećaje krivnje zbog ovisnosti i dužnosti da apstinira i dalje (Maehira i sur., 2013, prema Xia i sur., 2022). U ovom istraživanju čak 7 sudionika odnosno 53,85%, barem jednog svog roditelja opisalo je kao ovisnika o alkoholu ili drogama. Roditelj ovisnik zasigurno ne može brinuti o djetetovim potrebama s obzirom na svoje probleme ovisnosti. Ovisnici se o djeci često skrbe neadekvatno, nedosljedno, s malim količinama novca jer većina novca ide na supstance, koristeći se lošom komunikacijom i bez pružanja dovoljne emocionalne podrške. U takvim obiteljima su češći i svi oblici zlostavljanja (Wang i Lee, 2022). Posljedično, dijete ovisnika i samo postane ovisnik jer nažalost 'ne zna za drugačije'. Nadalje, kada dijete ovisnik iz ovisničke obitelji pokuša apstinirati pred sobom ima više prepreka od apstinenta iz funkcionalne obitelji: financijske teškoće, neriješeno stambeno pitanje ili nužnost povratka u ovisničko okruženje, nedostatak podrške, ali nosi sa sobom i posljedice odgoja i odrastanja uz ovisnike.

4.4. Četvrta tematska cjelina - Tretmani u RH

Sudionici ovog istraživanja ispitani su o iskustvima tretmana u RH koje su prošli. Njihovi odgovori poprilično su slični; imaju slične strahove, dvojbe, razmišljanja i očekivanja o tretmanima. Kako bi se detaljnije razumjela ova problematika iz perspektive ovisnika njihova iskustva iznijet će se kroz jedinstveni tekst, a prvo će se prikazati citati o iskustvima prethodnih tretmana.

Jedan sudionik je usporedio tretmansku zajednicu u kojoj je prethodno boravio sa sadašnjom: „Ambijent je svakako drukčiji nego ovaj koji san zateka ode. Bilo je dosta ljudi sa psihičkim oboljenjima nevezano uz ovisnosti, nisu samo ovisnost narkomanija. Bilo je dosta tableta, i psihijatrijskih. I mučilo me nespavanje, ok mučilo me i tu jedno pola godine, ali ovaj uspia san. Međutin nisan ni naiša na neku baš poticajnu sredinu“ ... „Još san ja tad ovakav znatiželjan kakav jesan po sebi uspia izvuć od psihijatra priko videopoziva da mi da lijek koji se koristi za liječenje ADHD-a. Izvuka san lijek za ADHD, neku Concertu da bi je moga zloupotrebljavat u malin količinama. Minja san zapravo jednu terapiju za tu i to je meni razbucalo receptore totalno. Dobia san samo neku lažnu sigurnost u sebe.“ (5)

O svom dojmu boravka u terapijskoj zajednici jedan sudionik je rekao: „A ovo vam je, jedan skroz drugi svijet. Ja na ovo uopće nisam navikao. Da ti neko uskače, pomaže, da te uopće prihvati takvog kakvi jesi, znači to u nekom mom svijetu vani tog nije bilo i nije postojalo. I meni je ovo tu novo sve, al jednostavno mi je postalo dobro. I u biti mi paše to, takav način razmišljanja, takav način komunikacije. Odlično, zbilja odlično“... „I ako se ono što se tu usvoji prenese na vanjski život ljudi mogu još nešto i napraviti od sebe.“ (8)

O centrima u kojima se dobije metadon jedan sudionik je rekao: „U centru dobivaš legalne supstance i jednostavno, to je tako, ti se drogiraš i to je to. To je tako. Nema tu liječenja. Za mene bar, mislim. To je produživanje agonije. Samo povisuješ terapiju. Na kraju postaje više gore nego bolje.“ (10)

Jedan sudionik je opisao svoje iskustvo s resocijalizacijskim periodom unutar terapijske zajednice: „Ideš u grad, radiš, obavljaš neke stvari, znači izlaziš van iz komune. I kako to biva, ovi što su dobivali terapiju ne bi nekad tili pa bi stavili u džep pa bi dali drugima za koju cigaru više. U komuni sam tako možda par puta s nekim uzeo, nisam puno. I onda kad sam ušao u tu resocijalizaciju svaki moj izlazak je bio konzumacija.“ (9)

U RH kada se ovisnik prijavi doktoru kao ovisnik dobiva mogućnost supstitucijske terapije. Dakle, ovisnik ide kod psihijatra na razgovore te dobiva terapiju najčešće metadonom ili suboksonom koja bi trebala zadovoljiti potrebe za supstancom. U idealnom scenariju ovisnik ne uzima dalje supstancu, najčešće heroin, već supstitucijsku terapiju koju u fazama zajedno s psihijatrom smanjuje i dolazi na nulu bez prolaženja intenzivne apstinencijske krize kao kada prolazi tzv. 'skidanje na suho'. U realnosti, ovisnici iskorištavaju prilike koje im nudi sustav, odnosno priliku da dobiju kako sami kažu 'legalnu drogu'-metadon. Nerijetko i od psihijataru traže daljnja povećanja doze tvrdeći kako im ta doza nije

dovoljna dok u stvarnosti kombiniraju metadon s drugim supstancama ili ga preprodaju za neku drugu supstancu. Metadon je jako adiktivan pa je i značajan broj sudionika u ovom istraživanju istaknuo kako su se u konačnici na detoksikaciji skidali i sa metadona te kako ga ne smatraju korisnim u vidu uspostavljanja apstinencije. Ipak, u fazi kada se jave psihijatru biraju prije metadon nego blaži subokson zbog želje da postignu efekte što sličnije heroinu. Niti jedan sudionik ne smatra da mu je metadon pomogao.

Kada se ovisnik odluči na konkretniji korak prema apstinenciji odnosno odlazak u terapijsku zajednicu najčešće prvo ide na detoksikaciju na psihijatriju. Sudionici ovog istraživanja većinom su išli na Vrapče. Drugim riječima, po odluci psihijatara dobivaju supstitucijske terapije i stvaraju plan kako postepeno doći do toga da ne uzimaju nikakve supstance. Na odjelu uglavnom provedu nekoliko tjedana nakon čega idu u terapijsku zajednicu unutar koje, ovisno o pravilima zajednice, dalje mogu smanjivati supstitucijsku terapiju do nule ili moraju doći bez ikakve terapije. S obzirom da se ovisnici jako boje apstinencijske krize često biraju terapijske zajednice unutar kojih se mogu kroz dulji period postepeno skidati s terapije. Ipak, neki sudionici iznijeli su svoja iskustva gdje su izmanipulirali psihijatre unutar zajednice kako bi dobili neke tablete i tako podržavali svoju ovisnost i unutar zajednice. Nadalje, neke terapijske zajednice kod nas uključuju i osobe koje su tamo radi drugih psihičkih oboljenja te su sudionici to iznosili kao jedan od razloga za preuranjene odlaske iz zajednice. Osim toga, terapijske zajednice koje nude kavu i cigarete, zbog svog blažeg pristupa, smatraju sredinom između ovisnosti i apstinencije pa su ih skloni birati kada osjećaju potrebu za apstinencijom, ali nisu još potpuno motivirani, ili kada se boje apstinencijskih kriza.

Resocijalizacijski period unutar nekih komuna sudionici smatraju korisnim, ali i nedovoljno kontroliranim zbog čega je više sudionika tijekom tog perioda pokleknulo i konzumiralo supstance. Tijekom tog perioda, apstinent je i dalje u zajednici, ali odlazi u obližnje mjesto ili grad na posao i vraća se u zajednicu. Po pitanju fizičkog rada sudionici su zauzeli rednji stav. Mišljenja su kako je rad nužan kako bi im protekao dan i kako bi se osjećali korisnima, ali i da se u nekim zajednicama osjećaju iskorištenima zbog zahtjeva pred njima. Također, sudionici smatraju jako važnom atmosferu koja vlada unutar zajednice i posebno ističu osjećaj zajedništva i nova prijateljstva. Osim toga, ističu i važnost individualne

i grupne psihoterapije koja im je vrlo značajna u razrješenju prethodnih trauma, ali i otkrivanju uzroka ovisnosti.

Na kraju je potrebno istaknuti ograničenja ovog istraživanja, a neki od nedostataka su prigodnost uzorka i mali broj sudionica. S obzirom da se radi o kvalitativnom istraživanju važan element je dobrovoljnost odnosno da je osoba voljna otvoreno i opširno razgovarati o svojoj ovisnosti. Bilo je planirano usporediti i perspektive bivših ovisnika s obzirom na spol, ali se uzorak sastojao od tek dvije žene i jedanaest muškaraca. S obzirom da je ovaj uzorak svakako specifičan bilo je prezahtjevno tražiti sudionice i dalje. Osim toga, još jedan nedostatak je provođenje intervjua online, a tako su provedeni zbog okolnosti mjesta prebivališta sudionika istraživanja. Naime, u nekim trenucima veza se prekidala pa je trebalo čekati ponovno uspostavljanje veze ili poziva, što je zasigurno izmijenilo prvotne riječi i misli. Također, zbog trajanja videopoziva nisu dobiveni možda jednako opširni odgovori za iskustva u tretmanima kao što su primjerice za čimbenike relapsa. Videopozivi su imali vremensko ograničenje, ali i to pitanje je postavljano zadnje kada su sudionici već bili zasićeni razgovorom.

5. ZAKLJUČAK

Problematika ovisnosti u RH ne bilježi značajan pad, a istraživanja na temu relapsa koja apstinenta vraća u ovisnost uopće nema. S obzirom na rijetka kvalitativna istraživanja usmjerena na iskustva ovisnika, ovim se istraživanjem nastojalo doprinijeti boljem razumijevanju upravo razloga za relaps. Razgovor s ovisnicima podijeljen je u četiri tematske cjeline: relaps, motivacija za apstinencijom, obitelji ovisnika i tretmani u RH. Iz rezultata provedenog istraživanja može se zaključiti kako razlozi za prekidanjem apstinencije dolaze iz različitih sfera života ovisnika, od njihovih osobnih misli i borbi koje vode sami sa sobom, trauma koje su iskusili u životu do utjecaja društva i šire okoline. Također, unutar tematske cjeline o razlozima relapsa utvrđeni su i elementi modela promjene i dinamičkog modela relapsa. Naime, model promjene dobro je potvrdio stanje svijesti i ulaganje truda u apstinenciju, ali je utvrđeno i više čimbenika relapsa iz dinamičkog modela relapsa. Čimbenici relapsa podijeljeni su u četiri kategorije: motivacijski i emocionalni čimbenici, socijalni čimbenici, kognitivni čimbenici i krize. Motivi za održavanjem apstinencije kod većine sudionika su čvrsti (želja za običnim životom, dostizanje 'dna', obitelj, zdravstveni problemi i vjera), ali troje sudionika ovog istraživanja nije istaknulo jasan motiv. Uloga obitelji istaknula se kao važna u svakoj fazi ovisnosti pojedinca, kako u njenom nastanku tako i u procesu pokušaja održavanja apstinencije. Više od polovice sudionika ovog istraživanja dolazi iz disfunkcionalnih obitelji u kojima je bila prisutna ovisnost roditelja zbog čega nisu imali niti adekvatnu roditeljsku skrb tijekom odrastanja niti potrebnu podršku u periodu apstinencije. Unutar tematske cjeline tretmana u RH istaknuta je važnost percepcije ozbiljnosti terapijske zajednice. Osim toga, ovisnici se boje krize zbog čega preferiraju terapijske zajednice koje im omogućuju postepeno skidanje sa supstanci. Terapiju metadonom u svrhu uspostavljanja apstinencije sudionici ovog istraživanja ne smatraju efikasnom te navode kako takva terapija često potiče ovisnost i o metadonu.

Na temelju ovog kvalitativnog istraživanja otvaraju se dodatna pitanja o proživljenim obiteljskim traumama i zlostavljanjima kroz koja su prolazili ovisnici, te je potrebno istaknuti važnost pravovremenog djelovanja na ista kako bi se prevenirao nastanak ovisnosti što bi bila primarna prevencija. Osim toga, bilo bi korisno detaljnije ispitati kakav tip podrške tijekom održavanja apstinencije bi bio važan apstinentima koji nemaju adekvatnu podršku unutar postojeće socijalne mreže, a kasnije i razviti upitnik kojim bi se dobio uvid u to koja podrška nedostaje apstinentu. Što se tiče intrapersonalnih čimbenika ističe se važnost osnaživanja

pojedince i stvaranja sigurne i realne slike o svojim mogućnostima suočavanja sa rizičnim situacijama, a na tome se treba raditi tokom boravka u tretmanskoj zajednici. Bilo bi korisno da kod nas postoji upitnik o samoprocjeni svojih mogućnosti za borbu protiv čimbenika relapsa, kao i za samoprocjenu motivacije za apstinencijom. Takvi upitnici bi, naravno uz daljnje statističke provjere, potencijalno mogli biti prediktori relapsa i služiti u probiru najrizičnijih apstinenata. Također, obe sudionice u ovom istraživanju su postale majke tokom perioda ovisnosti te konzumirale supstance tokom trudnoće što je rezultiralo time da se jedno dijete rodilo u neonatalnom apstinencijskom sindromu. Potrebno je dalje ispitati ovu specifičnu problematiku.

6. LITERATURA

1. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th edition).
2. Berk, L.A. (2015). *Dječja razvojna psihologija*. Naklada Slap
3. Best, D., Irving, J., Collinson, B., Andersson, C. i Edwards, M. (2016). Recovery networks and community connections: identifying connection needs and community linkage opportunities in early recovery populations. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 35(1), 2-15.
4. Chen, G. (2018). Building recovery capital: the role of 'hitting bottom' in desistance and recovery from substance abuse and crime. *Journal of psychoactive drugs*, 50(5), 420-429.
5. Crocq, M.A. (2007). Historical and cultural aspects of man's relationship with addictive drugs. *Dialogues in clinical neuroscience*, 9(4), 355-361.
6. DiClemente, C. (2018). *Addiction and change: How Addictions develop and addicted people recover* (2nd edition). The Guilford Press.
7. DiClemente, C. i Crisafulli, M.A. (2022). Relapse on the road to recovery: learning the lessons of failure on the way to successful behavior change. *Journal of Health Service Psychology*, 48(2), 59-68.
8. Devi, S. i Singh, S. (2023). Relapse in drug addiction: A review. *Indian Journal of Health and Well-being*, 14(3), 405-409.
9. Douaihy, A., Stowellm K.R., Park, K.R. i Daley, D.C. (2007). Relapse prevention: Clinical strategies for substance use disorders. U: Witkiewitz, K.A. Marlatt, G.A. (Ur.) *Therapist's guide to evidence-based relapse prevention*, 37-71. Elsevier Academic Press.
10. Ely, A. i Mosquero, B.P. (2021). Religiosity/spirituality, motivation and self-efficacy in the treatment of crack users. *Archives of Clinical Psychiatry*, 48(1), 36-44.
11. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2020). *ESPAD report 2019: results from the European school survey project on alcohol and other drugs*. Publications Office of the European Union.
12. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2022). *European drug report 2022: trends and developments*, Publications Office of the European Union.

13. . Ferreira, A.C.Z., Czarnobay, J., Borba L.O., Capistrano, F.C., Kalinke, L.P., Maftum, M.A., (2016). Intra and interpersonal determinants for relapse in drug addicts. *Revista Electronica de Enfermagem*, 18, 1-12.
14. Field, T. (2017). Romantic breakup distress, betrayal and heartbreak: A review. *International Journal of Behavioral Research & Psychology*, 5(2), 217-225.
15. Fine, M.J. i Wardle, K.F. (2001). Is acting in part as a „good“ and responsible parent by expressing acceptance of each member, clearly defining expectations, and clarifying. U: Fine, M.J. i Lee, S.W. (Ur.). *Handbook of diversity in parent education: The changing faces of parenting and parent education*, 1-14. Academic Press.
16. Hossain, M.S. i Chowhury, K.U.A. (2008). High risk situations as determinant of relapse in drug addiction: bangladesh perspective. *Bangladesh Psychological Studies*, 18, 67-78.
17. Hunter- Reel, D., McCrady, B. i Hildebrandt, T. (2009). Emphasizing interpersonal factors: An extension of the Witkiewitz and Marlatt relapse model. *Addiction*, 104(8), 1281-1290.
18. Ivandić Zimić, J. (2010). *Obiteljski rizični čimbenici pojave ovisnosti o drogama*. Doktorska dizertacija, Pravni fakultet, Sveučilište u Zagrebu, Studijski centar socijalnog rada Zagreb.
19. Javed, S., Chungtai, K. i Kiani, S. (2020). Substance abuse: from abstinence to relapse. *Life & Science*, 1(2), 68-71.
20. Kadam, M., Sinha, A. Nimkar, S., Matcheswalla, Y. i De Sousa, A.(2017). A comparative study of factors associated with relapse in alcohol dependence and opioid dependence. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 39(5), 627-633.
21. Karpowitz, D.H. (2001). American families in the 1990s and beyond. U: Fine, M.J. i Lee, S.W. (Ur.). *Handbook of diversity in parent education: The changing faces of parenting and parent education*, 1-14. Academic Press.
22. Kidorf, M., Latkin, C. i Brooner, R.K. (2016). Presence of drug free family and friends in the personal social networks of people receiving treatment for opioid use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 70, 87-92.
23. Levy, M.S. (2008). Listening to our clients: The prevention of relapse. *Journal of Psychoactive Drugs*, 40(2), 167-177.
24. Marlatt, G.A. i Donovan, D.M. (2005) *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (2nd edition). The Guilford Press.

25. Melemis, S.M. (2015). Relapse prevention and the five rules of recovery. *The Yale journal of biology and medicine*, 88(3), 325-332.
26. Mercandagi, E. Yazici, A.B. i Yazici, E. (2023). How do traumatic experiences affect relapse in alcohol and substance use disorders? *Tourkish Journal of Clinical Psychiatry*, 26, 132-142.
27. Moe, F.D. (2023). *Some psychological and social factors in relapse after long term abstinence in substance use disorder*. Doktorska dizertacija. Sveučilište Stavanger.
28. Moe, F.D., Moltu, C., McKay, J.R., Nesvag, S., Bjornestad, J. (2022). Is the relapse concept in studies of substance use disorders a 'one size fits all' concept? A systematic review of relapse operationalisations. *Drug and Alcohol Review*, 41(4), 743-758.
29. Mowen, T.J. i Visher, C.A. (2015). Drug use and crime after incarceration: The role of family support and family conflict. *Justice Quarterly*, 32(2), 337-359.
30. NIDA(2020, 13.srpnja). Drug Misuse and Addiction:
<https://nida.nih.gov/publications/drug-brains-behavior-science-addiction/drug-misuse-addiction>
31. Pilowsky, D.J. Keyes, K.M., Geier, T.J. , Grant, B.F. i Hasin, D.S. (2013). Stressful life events and relapse among formerly alcohol dependent adults. *Social Work in Mental Health*, 11(2), 184-197.
32. Sakoman, S. (2009). Uloga obitelji u razvoju ovisničkih ponašanja. *Medicus*, 18(2), 193-204.
33. Stanić, M. (2015). *Priručnik za strukturirani i polustrukturirani intervju*. Diplomski rad, Sveučilište u Rijeci, Ekonomski fakultet, Rijeka
34. Steckler, G., Witkiewitz, K. i Marlatt, G.A. (2013). Relapse and Lapse. *Principles of Addiction*, 1, 125- 132.
35. Stevens, A. i Hsu, P.C. (2022, 5.rujna). The Four Stages of Addiction.
<https://www.ascendantny.com/four-stages-addiction/>
36. Sun, C, Li, H., Wang, X., Shao, Y., Huang, X., Qi, H., Zhang, Z. i Su, G. (2024). Self-control as mediator and social support as moderator in stress- relapse dynamics of substance dependency. *Scientific Reports* 14(1).
37. Szalavitz, M. Rigg, K.K. i Wakeman, S.E. (2021). Drug dependence is not addiction- and it matters. *Annals of Medicine* 53(1).
38. Vidić, M. (2018). *Psihološki aspekti ovisnosti o psihoaktivnim tvarima*. Diplomski rad, Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, Zagreb

39. Volkow, N.D. i Li, T.K. (2004). Drug addiction: the neurobiology of behaviour gone away. Nature review. *Neuroscience*, 5(12), 963-970.
40. Wang, L.J. i Lee, S.Y. (2022). Relapse rates in substance misuse and the role of family. U: Patel, V.B. i Preedy, V.R. *Handbook of Substance Misuse and Addiction*. Springer
41. West, R. i Gossop, M. (1994). Overview: a comparison of withdrawal symptoms from different drug classes. *Addiction* 89(11), 1483-1489.
42. Witkiewitz, K. i Marlatt, G.A. (2004). Relapse prevention for alcoholand drug problems: that was Zen this is Tao. *The American Psychologist*, 59(4), 224-235.
43. Witkiewitz, K. i Wu, (2010). Emotions and relapse in substance use: Evidence for a complex interaction among psychological, social and biological processes. U: Kassel, J.D. (Ur.) *Substance Abuse and Emotion* (1.izdanje), 171-188. American Psychological Association.
44. Xia, Y., Gong, Y., Wang, H., Li, S., Mao, F. (2022). Family function impacts relapse tendency in substance use disorder: mediated through self-esteem and resilience. *Frontiers in Psychiatry*, 13.