

## PREVENCIJA OVISNOSTI S ASPEKTA TEORIJE SOCIJALNOG UČENJA I KOGNITIVNE PSIHOLOGIJE

Ljiljana Pačić-Turk  
KBC Zagreb, Klinika za neurokirurgiju  
Kišpatićeva 12, 10000 Zagreb  
ljiljana.pacic-turk@zg.t-com.hr

Gordan Bošković  
Psihijatrijska bolnica Rab  
Kampor 2, 51280 Rab  
gordan.boskovic@ri.t-com.hr

### Sažetak

S obzirom na posljedice koje uzrokuju pojedincima, obiteljima i čitavoj zajednici, zlorabu psihoaktivnih sredstava kao i ovisnost o psihoaktivnim sredstvima treba držati vrlo ozbiljnim javno-zdravstvenim, ali i socijalno-patološkim problemom u suvremenom svijetu. Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije najmanje 15,3 milijuna ljudi ima problema sa zlorabom ovisnosti, intravenozno uzimanje droge zabilježeno je u 136 zemalja svijeta, od kojih u 93 postoje izvješća o HIV infekcijama u ovoj populaciji. Nelegalna trgovina drogom ugrožava milijune života kako u razvijenim tako i u manje razvijenim zemljama svijeta. Prema podacima UN-a 3,1% svjetske populacije ili 4,3% ljudi u životnoj dobi od 15 i više godina konzumiralo je neko od sredstava ovisnosti devedesetih godina. Također prema podacima UN-a, 147 milijuna ljudi u svijetu konzumira kanabis, 33 milijuna ljudi konzumira stimulanse (amfetaminski tip, uključujući 7 milijuna ljudi koji konzumiraju ecstasy), 13 milijuna ljudi uzima kokain i 13 milijuna ljudi uzima opijate, od čega je 9 milijuna onih koji uzimaju heroin. Najzad, i svakako ne najmanje važno, za svaki dolar investiran u tretman odvikavanja uštedi se 7 dolara u sustavu zdravstva i socijalne skrbi.

**Ključne riječi:** ovisnost, preventivne intervencije, socijalno učenje, kognitivna psihologija

### UVOD

Ovisničko ponašanje, zloraba psihoaktivnih tvari i ovisnost stari su koliko i ljudsko društvo i nose značajan zdravstveni rizik, ali i prekršajno-pravne odnosno kazneno-pravne sankcije, posebice ako su udruženi s distribucijom sredstava ovisnosti.

Prema DSM-IV klasifikaciji (Američka psihijatrijska udruga, 1996) poremećaji vezani uz psihoaktivne tvari u osnovi se dijele na dvije kategorije. Prva se naslanja

na uporabu psihoaktivne tvari (ovisnost o psihoaktivnim tvarima ili zloraba psihoaktivnih tvari), a druga na poremećaje koji su prouzročeni psihoaktivnim tvarima kao što su intoksikacija, sustezanje, delirij, perzistentna demencija, perzistentni amnestički poremećaj, psihotični poremećaj, poremećaj raspoloženja, anksiozni poremećaj, seksualne smetnje i, u konačnici, poremećaji spavanja, a koji su posljedica uzimanja psihoaktivne tvari.

Kriterije za zlorabu psihoaktivnih tvari prema DSM-IV klasifikaciji (Američka psihijatrijska udruga, 1996) predstavljaju A) neprilagođeno ponašanje zbog uporabe psihoaktivne tvari koje vodi značajnim kliničkim oštećenjima ili subjektivnim problemima, a javlja se kao: 1. ponavljano uzimanje psihoaktivne tvari koje vodi neuspjehu u ispunjavanju značajnih obveza na poslu, u školi ili kod kuće; 2. ponavljano uzimanje psihoaktivne tvari u situacijama u kojima je to opasno za život; 3. ponavljani problemi sa zakonom zbog uzimanja psihoaktivne tvari; 4. nastavljanje s uzimanjem psihoaktivne tvari usprkos ponovljenom javljanju društvenih ili međuljudskih problema izazvanih ili otežanih učincima psihoaktivne tvari; i B) simptomi nisu nikad zadovoljili kriterije za ovisnost o psihoaktivnim tvarima za određenu kategoriju psihoaktivne tvari.

Nadalje, temeljni kriteriji za ovisnost o psihoaktivnim tvarima prema DSM-IV klasifikaciji pored neprilagođenog ponašanja vezanog uz uporabu psihoaktivnih tvari koje vodi značajnom oštećenju organizma ili subjektivnim problemima uključuju tri ili više od sljedećih odrednica, ako se pojave bilo kada u razdoblju od jedne godine: 1. tolerancija koju, s jedne strane, određuje potreba za značajno uvećanim količinama psihoaktivne tvari kako bi se postigao željeni učinak, a, s druge strane, značajno smanjenje učinka kod uzimanja iste količine psihoaktivne tvari; 2. sustezanje ako se pojavljuje kao sindrom sustezanja ili kao uzimanje iste ili srodne psihoaktivne tvari kako bi se smanjili ili izbjegli simptomi sustezanja; 3. psihoaktivna tvar često se uzima u većim količinama ili tijekom dužeg razdoblja nego je prvotno bilo namjeravano; 4. prisutna je trajna težnja ili neuspješno nastojanje da se smanji ili kontrolira uzimanje psihoaktivne tvari, najveći dio vremena provodi se u aktivnostima vezanim uz nabavljanje i uporabu psihoaktivne tvari ili oporavak od njenih učinaka; 6. prekidaju se ili reduciraju važne društvene, poslovne ili druge aktivnosti zbog uporabe psihoaktivne tvari; 7. psihoaktivna tvar se nastavlja uzimati usprkos znanju o postojanju trajnog ili ponavlanog fizičkog i psihičkog problema koji je vjerojatno izazvan ili pogoršan njenom uporabom.

Ovisničko ponašanje je skup ponašajnih obrazaca koji su autodestruktivni, koji imaju apetitivnu prirodu, opsesivno-kompulzivnu kvalitetu, značajnu fiziološku ili biološku komponentu – žudnju, a koji se doživljavaju teško prilagodljivim i gotovo nezaustavljivim (Orford, 1985). Sljedeća komponenta ovisničkog ponašanja je nedostatak ili nemogućnost kontrole žudnje koja se nastavlja usprkos negativnim povratnim informacijama o štetnosti uzimanja ili zlorabe sredstava ovisnosti. (Jessor i Jessor, 1980) Prema tome je ovisnost nesumnjivo i bolest mozga (Sakoman, 2004).

Potkrepljivači koji dovode do ovisničkog ponašanja su izrazito jaki. Često se ovisničko ponašanje ili ovisnost postavljaju iznad svih drugih osobnih vrijednosti, pa čak i iznad života pojedinca, a često postoje i dominantni, naravno, potpuno pogrešni, načini suočavanja. Potkrepljivači nisu samo fiziološki, oni su i psihološki i sinergijom kreiraju vrlo moćan sustav nagrađivanja, koji priječi svjesnost o posljedicama koje redovito ima ovisničko ponašanje, te ga je zbog toga teško promijeniti, iako se promjena ponašanja pozicionira kao antiteza ovisničkom ponašanju (DiClemente, 2003).

Tijekom povijesti eksplicitno ili implicitno razvijale su se različite pretpostavke s aspekta ovisničkog ponašanja i ovisnosti koje su bile osnovom u razvoju različitih preventivnih strategija, a s ciljem smanjenja ili eliminacije zlorabe sredstava ovisnosti, posebice unutar populacije mlađe životne dobi (Jones, 1990). Koliko smo civilizacijski u tome uspjeli, vrlo je upitno s obzirom na to da broj liječenih ovisnika iz godine u godinu raste.

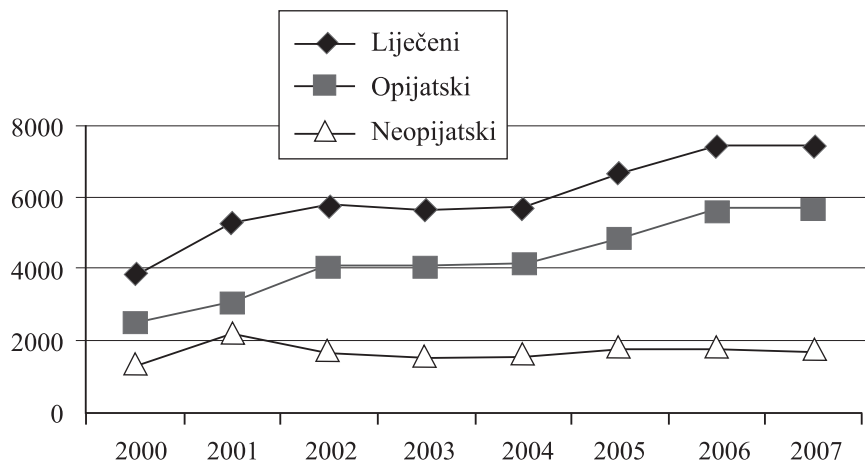
Nesumnjivo je da bi bilo bolje spriječiti ovisnost kroz učinkovite programe primarne prevencije. No, čini se da se pri tome previše luta i ide u širinu pretvarajući prevenciju u beskraj pristupa, komercijalnih projekata i medijskih kampanja, pa se gotovo sve što se i inače radi u interesu djece počinje svoditi pod nazivnik prevencije. Time se udaljavamo od cilja rasipajući nepotrebno velike resurse (Sakoman, 2004).

## ANALIZA DOSTUPNIH PODATAKA

U grafikonu 1. prikazan je broj osoba liječenih od opijatskog tipa ovisnosti i broj osoba liječenih od neopijatskog tipa ovisnosti u zdravstvenim ustanovama u Republici Hrvatskoj u promatranom razdoblju. Tijekom 2007. godine ukupno su od ovisnosti liječene 7464 osobe u odnosu na 3899 liječenih osoba tijekom 2000. godine, što predstavlja porast od 91,43% više liječenih osoba u posljednjih sedam godina. Broj liječenih osoba opijatskog tipa povećava se iz godine u godinu tijekom promatranog razdoblja, a 2007. godine bio je 2,26 puta veći nego 2000. godine. Slično tome, broj osoba liječenih od neopijatskog tipa ovisnosti također bilježi porast, uz povremena odstupanja tijekom promatranog razdoblja, a 2007. godine broj osoba liječenih od neopijatskog tipa ovisnosti bio je za 27% veći nego 2000. godine.

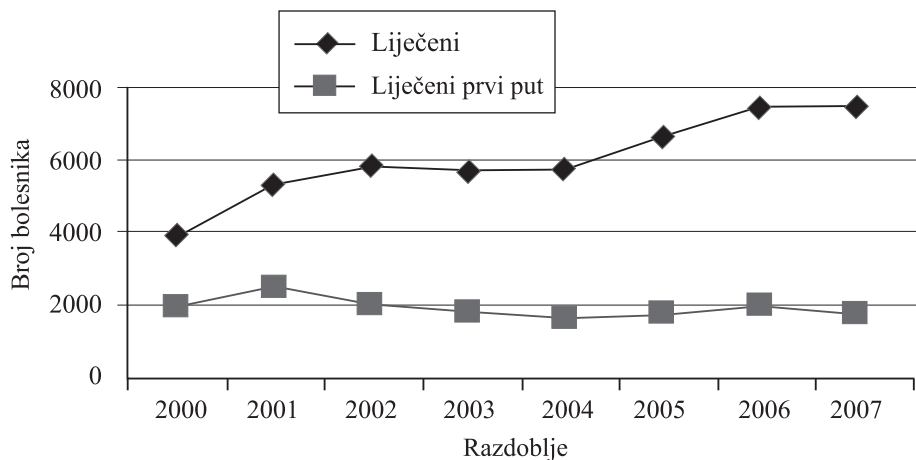
Uporaba "klupskih droga" odnosno neopijatskih kao što su MDMA, GHB, LSD, kokain i slično, raste već više od dvadeset godina. Rekreativna uporaba ovih psihoaktivnih tvari nema posljedice kao što ima uporaba opijata; šteta od uporabe je prividno daleko manja od uporabe opijatskih psihoaktivnih tvari, društvo je manje senzibilizirano na štetnost uporabe neopijatskih psihoaktivnih tvari, a krajnje posljedice kao npr. stopa smrtnosti itd. nisu ni izdaleka visoke kao kod uporabe opijatskih psihoaktivnih tvari (Degenhardt, Copeland, Dillon, 2005).

U grafikonu 2. prikazan je omjer broja liječenih osoba od ovisnosti i broja novoliječenih osoba odnosno osoba koje su liječene prvi put u razdoblju od 2000. do



Prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo

Grafikon 1. Prikaz ukupno liječenih osoba, osoba liječenih od opijatskog tipa ovisnosti i osoba liječenih od neopijatskog tipa ovisnosti od 2000. do 2008. godine



Prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo

Grafikon 2. Broj liječenih ovisnih osoba i broj novoliječenih ovisnih osoba od 2000. do 2008. godine

2008. godine. Tijekom 2000. godine broj novoliječenih osoba iznosio je 51,96% od ukupnog broja liječenih osoba, a tijekom 2007. godine taj je omjer iznosio 23,83% od ukupnog broja liječenih osoba od ovisnosti. U promatranom razdoblju broj no-

Tablica 1. Liječene osobe prema tipu ovisnosti u razdoblju od 2000. do 2008. godine

Tip	2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		Index 07/00
	Br	%	Br	%	Br	%	Br	%	Br	%	Br	%	Br	%	Br	%	
F 11	2520	67,87	3067	63,08	4061	69,88	4087	71,98	4163	72,17	4867	72,99	5611	75,55	5703	76,41	226,31
F 13	110	2,96	129	2,65	106	1,82	112	1,97	108	1,87	96	1,44	126	1,70	145	1,94	131,82
F 14	13	0,35	17	0,35	20	0,34	25	0,44	24	0,42	63	0,94	109	1,47	147	1,97	1130,77
F 12	872	23,49	1295	26,64	1377	23,70	1243	21,89	1283	22,24	1449	21,73	1071	14,42	992	13,29	113,76
F 15	53	1,43	70	1,44	96	1,65	98	1,73	111	1,92	106	1,59	392	5,28	355	4,76	669,81
F 16	14	0,38	16	0,33	6	0,10	8	0,14	2	0,03	2	0,03	7	0,09	1	0,01	7,14
F 18	14	0,38	10	0,21	14	0,24	13	0,23	10	0,17	8	0,12	14	0,19	12	0,16	85,71
F 19	117	3,15	258	5,31	131	2,25	92	1,62	67	1,16	77	1,15	97	1,31	109	1,46	93,16
Ukupno	3713	100	4862	100	5811	100	5678	100	5768	100	6668	100	7427	100	7464	100	201,02

Prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo

Legenda:

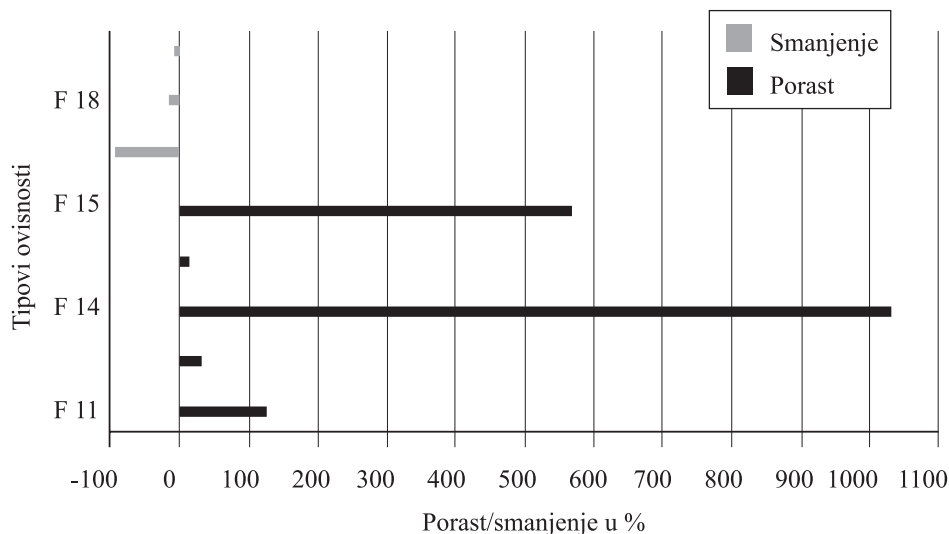
F 11 – poremećaji vezani za opijate; F 13 – poremećaji vezani uz sedative, hipnotike ili anksiolitike; F 14 – poremećaji vezani uz kokain;  
F 12 – poremećaji vezani uz kanabis; F 15 – poremećaji vezani uz amfetamin; F 16 – poremećaji vezani uz halucinogene; F 18 – poremećaji vezani uz hlapljiva otapala; F 19 – poremećaji vezani uz druge ili nepoznate tvari

voliječenih osoba od ovisnosti sustavno se smanjuje, a smanjenje u promatranom razdoblju iznosi 12,2%. Prema dobivenim podacima čini se da se tijekom 2006. i 2007. godine broj liječenih osoba od ovisnosti stabilizirao, pa se može pretpostaviti da se liječene osobe vrlo vjerojatno zadržavaju duže kako u hospitalnom tretmanu, tako i u tretmanu sustava izvanbolničke skrbi.

U tablici 1. prikazan je broj liječenih osoba prema tipu ovisnosti. Prema dostupnim podacima najviše je liječenih osoba zbog poremećaja uzrokovanih opijatima, zatim od poremećaja uzrokovanih kanabisom. Treba naglasiti progresivno povećanje broja liječenih osoba zbog poremećaja uzrokovanih kokainom koji najčešće ipak ne dolaze na liječenje. Uporaba tzv. “klupskih droga” kao i kokaina događa se kod (još) relativno dobro socijalno integriranih adolescenata i odraslih, pa je i socijalno manje stigmatizirajuća te se njena uporaba moguće marginalizira (Van der Poel, Rodenburg, Dijkstra, Stoele, Van de Mheen, 2009).

Grafikon 3. prikazuje porast odnosno smanjenje broja osoba prema tipu ovisnosti u promatranom razdoblju tijekom kojega je razvidan porast broja liječenih osoba u svim tipovima ovisnosti, osim u tipovima vezanim uz halucinogene, zatim vezanim uz hlapljiva otapala kao i vezanim uz druge ili nepoznate tvari, gdje se bilježi smanjenje broja liječenih osoba u promatranom razdoblju.

Tablica 2. prikazuje broj liječenih osoba prema dobnim razredima u promatranom razdoblju. Prema podacima uočava se da se tijekom promatranog razdoblja najveći broj liječenih ovisnika nalazi u dobnim razredima od 20 do 24 godine, od 25 do 29 godina i u dobnom razredu od 30 do 34 godine.



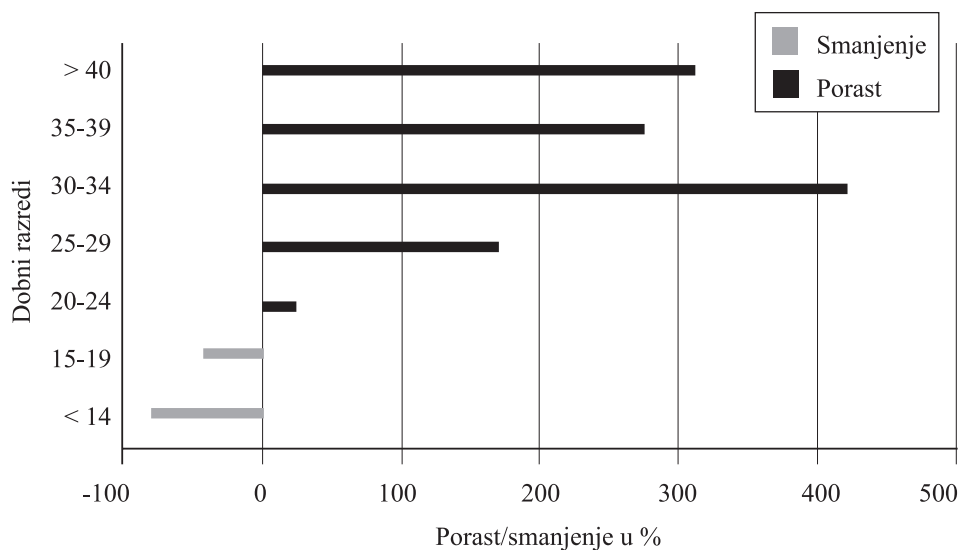
Prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo

Grafikon 3. Porast/smanjenje broja liječenih osoba prema tipu ovisnosti

Tablica 2. Broj liječenih osoba prema dobnim razredima u razdoblju od 2000. do 2008. godine

Dob	2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		Index 07/00
	Br	%	Br	%	Br	%	Br	%	Br	%	Br	%	Br	%	Br	%	
< 14	58	1,56	89	1,83	67	1,15	10	0,18	8	0,14	10	0,15	10	0,13	11	0,15	18,97
15-19	1002	26,99	1457	29,97	1419	24,42	914	16,10	703	12,19	722	10,83	711	9,57	568	7,61	56,69
20-24	1143	30,78	1464	30,11	1581	27,21	1505	26,51	1576	27,32	1653	24,79	1608	21,65	1422	19,05	124,41
25-29	744	20,04	927	19,07	1319	22,70	1470	25,89	1488	25,80	1756	26,33	2031	27,35	2016	27,01	270,97
30-34	335	9,02	397	8,17	617	10,62	839	14,78	973	16,87	1267	19,00	1572	21,17	1750	23,45	522,39
35-39	226	6,09	260	5,35	421	7,24	450	7,93	488	8,46	1160	17,40	1369	18,43	850	11,39	376,11
> 40	205	5,52	268	5,51	387	6,66	490	8,63	532	9,22	100	1,50	126	1,70	847	11,35	413,17
Ukupno	3713	100	4862	100	5811	100	5678	100	5768	100	6668	100	7427	100	7464	100	201,02

*Prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo*



Prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo

Grafikon 4. Porast/smanjenje broja liječenih osoba prema dobnim razredima u razdoblju od 2000. do 2008. godine.

U grafikonu 4. prikazan je porast odnosno smanjenje broja liječenih osoba prema dobi iz kojeg se uočava da se javlja smanjenje broja liječenih osoba dobi do 19 godina, a povećava broj liječenih osoba starijih od 19 godina.

Jedan od mogućih razloga ovome je svakako činjenica da se prosječna dob prvog uzimanja opijatskih psihoaktivnih sredstava nalazi izvan ove dobne kategorije, kao i činjenica da u RH ne postoji dovoljno kapaciteta za hospitalni tretman maloljetnih osoba-ovisnika, te se oni najčešće nalaze u izvanhospitalnom tretmanu.

Iz tablice 3. uočava se prosječna dob liječenih osoba u značajnim segmentima tijeka razvoja ovisnosti u razdoblju od 2002. do 2008. godine iz čega je razvidno da se granica za prvo uzimanje bilo kojeg sredstva ovisnosti nalazi ispod 16. godine života, a da se prosječna dob prvog uzimanja heroina kreće oko 20. godine života.

To znači da početno eksperimentiranje počinje značajno prije, i da upravo u razdoblju od početnog eksperimentiranja treba prepoznati sindrom ovisnosti ili ovisničko ponašanje i iznaći primjerene preventivne intervencije kako bi se zaustavio ili ublažio razvoj daljnjeg ovisničkog ponašanja. Podaci pokazuju da tijekom ovisnosti u prosjeku traje 9,5 godina do prvog javljanja na liječenje, kad je klinička slika i sama ovisnost već u završnoj fazi, pa se kao ključno pitanje nameće kako postići svjesnost pojedinaca koji su krenuli u svijet ovisnosti o potrebi ranijeg javljanja na liječenje ili tretman, kao i pitanje u kojoj dobi započeti s intenzivnim preventivnim intervencijama kako prosječna dob prvog uzimanja bilo kojeg sredstva ovisnosti ne



Tablica 3. Prosječna dob liječenih osoba u razdoblju od 2002. do 2008. godine

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Prosječna dob uzimanja bilo kojeg sredstva	16,0	16,0	16,1	16,1	15,9	15,9
Prosječna dob prvog uzimanja kanabinoida	16,1	16,1	16,1	16,2	16,4	16,6
Prosječna dob prvog javljanja na tretman	18,9	19,0	19,3	19,6	19,8	20,5
Prosječno vrijeme od prvog uzimanja do prvog javljanja na tretman	2,9	3,1	3,3	3,5	3,5	3,9
Prosječna dob prvog uzimanja heroina	19,9	20,0	20,0	19,9	20,0	20,0
Prosječna dob prvog intravenoznog uzimanja	20,4	20,5	20,8	20,8	20,8	20,8
Prosječna dob prvog javljanja na tretman	24,9	25,0	27,3	27,4	25,5	25,7
Prosječno vrijeme od prvog uzimanja do prvog javljanja na tretman	8,9	9,0	11,2	11,3	9,6	9,8

Prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo

Tablica 4. Najčešće pridruženi poremećaji kod osoba liječenih od opijatskih i neopijatskih tipova ovisnosti u 2007. godini

Kod MKB-10	Opis	Opijatski		Neopijatski	
		Broj	%	Broj	%
F – 60	Specifični poremećaj ličnosti	160	35,96	67	22,87
F – 10	Duševni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani alkoholom	45	10,11	54	18,43
F – 43	Reakcije na teški stres i poremećaji prilagodbe	43	9,66	20	6,83
F – 32/33	Depresija	41	9,21	26	8,87
B – 18.2	Kronični virusni hepatitis C	34	7,64	1	0,34
F – 20	Shizofrenija	25	5,62	25	8,53
F – 10.0	Akutna intoksikacija alkoholom	20	4,49	12	4,10
G – 40	Epilepsija	17	3,82	6	2,05
F – 23	Akutni i prolazni psihotični poremećaj	12	2,70	20	6,83
F – 21	Shizotipni poremećaj	10	2,25	9	3,07
Z – 91.5	Pokušaj suicida	8	1,80	3	1,02
F – 41	Ostali anksiozni poremećaji / Miješani anksiozno-depresivni poremećaji	5	1,12	10	3,41
F – 62	Trajne promjene ličnosti	3	0,67	11	3,75
F – 63	Poremećaj navika i nagona / Patološko kockanje	1	0,22	1	0,34
K – 70/71	Alkoholna bolest jetre / Toksična bolest jetre	1	0,22	3	1,02
K – 74	Fibroza i ciroza jetre	1	0,22	0	0,00
X – x	Ostalo	19	4,27	25	8,53
Ukupno		445	100,00	293	100,00

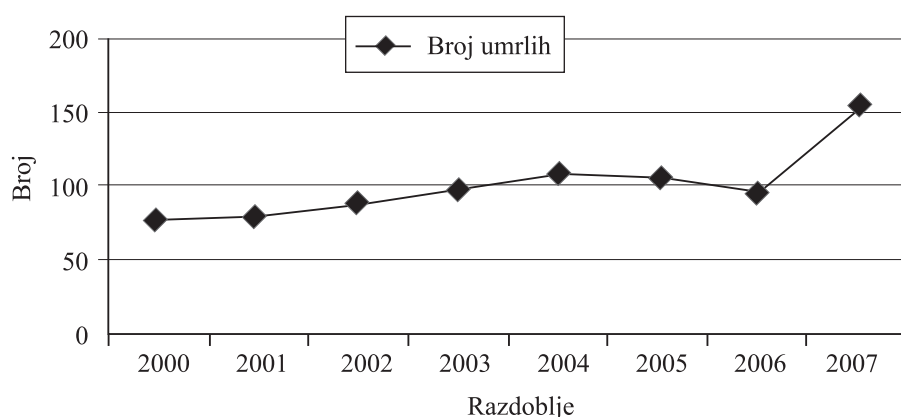
Prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo

bi bila sve niža. Isto tako, na razini zdravstvenog sustava javlja se potreba za većom integracijom primarne zdravstvene zaštite u prevenciji ovisnosti.

Dobra pozicioniranost i educiranost primarne zdravstvene zaštite u prepoznavanju sindroma ovisnosti kao zloporabe ovisnosti te znanje o komorbiditetnim čimbenicima i rizicima koji se javljaju u ovoj populaciji kao što su, između ostaloga, depresija, anksiozni poremećaji, poremećaj pažnje/hiperaktivni poremećaj, mogle bi imati pozitivan efekt u suzbijanju zloporabe psihoaktivne tvari ili suzbijanju ovisnosti o psihoaktivnim tvarima prije nego što ona eskalira. (Griswold, Aronoff, Kernan, Kahn, 2008)

U pridruženim poremećajima koje se prate u registru osoba liječenih zbog zloporabe sredstava ovisnosti razvidno je da je najučestaliji komorbiditetni čimbenik specifični poremećaj ličnosti i to kako u grupi opijatskih ovisnika (35,96%) tako i u grupi neopijatskih ovisnika (22,87%). Na drugom su mjestu duševni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani alkoholom. Kod opijatskih ovisnika na trećem je mjestu značajan komorbiditetni čimbenik postraumatski stresni poremećaj, a kod neopijatskih ovisnika depresija. Uočava se sličnost psihičkih poremećaja i poremećaja ponašanja kod opijatskih i kod neopijatskih ovisnika, s tim da skupina opijatskih ovisnika ima više komorbiditetnih čimbenika u anamnezama.

Komorbiditet između ovisnosti i drugih psihijatrijskih poremećaja je dvojak. S jedne strane postoji visok rizik u osoba s mentalnim poremećajima za zloporabu psihoaktivnih tvari ili razvoj ovisnosti, a s druge strane postoji i visoka učestalost psihopatoloških entiteta kod kojih je uporaba sredstava ovisnosti bila inicijalni čimbenik (Volkov, N.D., 2001). Takva problematika dobro je poznata pod terminom



Prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo

Grafikon 5. Smrtnost osoba liječenih zbog uzimanja sredstava ovisnosti u RH u razdoblju od 2000. do 2008. godine

“dvojne dijagnoze” i predstavlja jednu od preventivski i terapijski najzahtjevnijih kategorija (Drake, Wallach, McGovern, 2005).

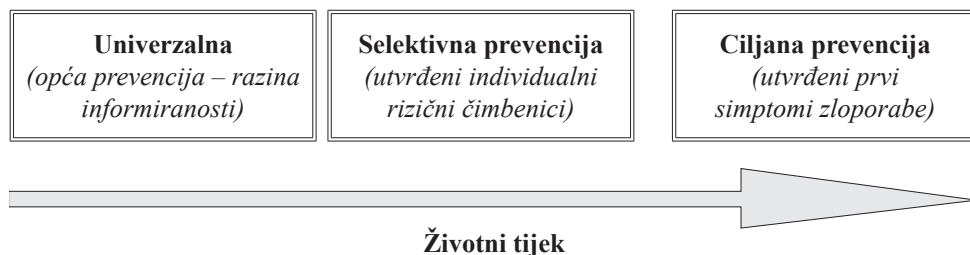
Na grafikonu 5. prikazan je broj umrlih osoba liječenih od uzimanja psihoaktivne tvari u razdoblju od 2000. do 2008. godine, koji je u konstantnom porastu. U 2007. godini zabilježena su 154 smrtna ishoda zbog uzimanja sredstava ovisnosti, što u odnosu na 2000. godinu kada je zabilježeno 75 smrtnih ishoda zbog uzimanja sredstava ovisnosti, predstavlja više od dvostrukog porasta. Uzrok smrti je u ovom razdoblju u najvećem broju slučajeva bilo predoziranje opijatima, u prosjeku u 70 osoba liječenih od uzimanja sredstava ovisnosti godišnje kao posljedica predoziranja opijatima dogodi se smrtni ishod.

## RASPRAVA

Potreba za prevencijom ovisnosti determinirana je raširenošću pojave. Više od polovine učenika u višim razredima srednje škole u Americi izvještavaju da su uzimali ili probali neko sredstvo ovisnosti – najčešće marihuanu; svaki pedeseti srednjoškolac probao je heroin, a svaki deseti probao je kokain (Miller, 2000). Porast zloporabe kokaina u gradskim četvrtima u Americi pokazuje progresiju od 1990. godine nadalje (Mathias, 2000). Nedopuštena uporaba lijekova kao što su barbiturati, amfetamini, sedativi itd. postaje ozbiljna forma ovisnosti među učenicima srednjih škola i studentima u Americi (Zielbauer, 2000).

Analize stanja u pogledu povećanja broja ovisnika u Republici Hrvatskoj tijekom posljednjih nekoliko godina upućuje na progresivan porast broja osoba liječenih od ovisnosti u razdoblju od 2000. do 2008. godine, porast broja osoba liječenih od opijatskog kao i neopijatskog tipa ovisnosti, te spuštanje donje dobne granice pri prvom uzimanju nekog od sredstava ovisnosti kao i predugo prosječno vrijeme koje protekne od prvog uzimanja do prvog javljanja na liječenje ili uključivanje u tretman. Budući da tzv. tamni broj ovisnika može biti i do pet ili sedam puta veći od broj liječenih osoba, čini se da se ovisnost i zloporaba ovisnosti nameće kao jedan od najvažnijih javnozdravstvenih problema u RH.

S incidencijom od najmanje 1500 novih heroinskih ovisnika koja se bilježi u RH proteklih godina, te nastavkom takvog trenda, kod nas bi svaka trideseta osoba u kohorti rođenih postala u prosjeku u 22. godini života teški, kronični i u velikom broju slučajeva neizlječivi heroinski ovisnik, u 60% slučajeva zaražen hepatitisom B ili C tipa. Daljnjih tisuću do dvije mladih postaje svake godine ovisno o drugim vrstama sredstava ovisnosti ili u kombinaciji s alkoholom. K tome svaki petnaesti adolescent pokazuje ozbiljne znakove socijalne disfunkcije bez razvijene ovisnosti (poremećaji u ponašanju, školski neuspjeh, problemi sa zakonom itd., a zbog omeštene socijalizacije, maturacije i oštećenja funkcija mozga uzrokovanog zloporabom sredstava ovisnosti (Sakoman, 2002).



Shema 1. Opća shema preventivnih intervencija

U shemi 1. prikazano je područje pojedinih preventivnih aktivnosti s obzirom na ciljanoj populaciju i stupanj utvrđenosti rizičnih čimbenika. Iako preventivne aktivnosti mogu biti univerzalne kada je njihov cilj informiranost opće populacije ili dijela opće populacije kod koje nisu utvrđeni individualni rizični čimbenici, zatim selektivne preventivne aktivnosti koje se provode na užoj, specifičnoj populaciji kod koje su utvrđeni individualni rizici za razvoj ovisnosti i ovisničkog ponašanja mnogo viši nego u općoj populaciji, te indicirane ili ciljane kada se preventivne aktivnosti upravljaju prema pojedincima kod kojih su identificirani prvi znaci ili simptomi zlorabe sredstava ovisnosti, ali još uvijek bez kriterija za upućivanje na tretman ili liječenje, čini se da prikazani pokazatelji unutar zdravstvenog sustava ipak upućuju i na promišljanje o kvalitetnijim, efikasnijim i produktivnijim preventivnim aktivnostima.

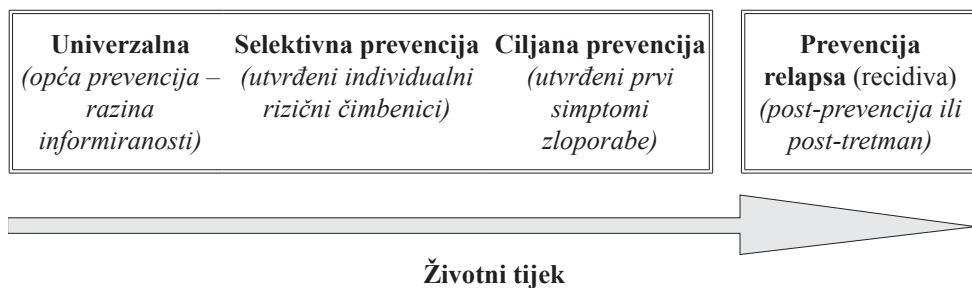
Nesumnjivo se o prevenciji može razmišljati s razine mjesta provođenja pa se tako može govoriti o prevenciji na razini predškolskih i školskih ustanova, studijskih grupa, ili kao o prevenciji u obitelji, u užoj i široj društvenoj zajednici itd.

Tipovi strategija su se povećavali i postajali složeniji, u mjeri u kojoj su istraživanja potvrdila široki raspon čimbenika koji su utjecali na zlorabu sredstava ovisnosti. Tako su se u čimbenike koji olakšavaju pristup sredstvima ovisnosti ubrajali dostupnost, mobilnost, karakteristike skupina, socijalni utjecaj, socijalni pritisak, socijalna prihvatljivost, obiteljska klima, pa sve do nekih karakteristika i osobina obiteljskih interakcija, ali i karakteristika i osobina ličnosti pojedinca s izraženim ovisničkim ponašanjem.

Sukladno tome sadržajni aspekt preventivnih intervencija u području ovisnosti upućuje na najmanje dva tipa preventivnih intervencija koje se moraju sustavno provoditi u određenom vremenu, a s obzirom na donošenje odluke pojedinca da se uključi u svijet ovisnosti čak i bez obzira na determinirajuće čimbenike pri donošenju odluke koji mogu biti slučajni, više ili manje svjesni, psihopatološki itd.

Ova dva sadržajna aspekta prikazana su u shemi 2.

Prva je opća ili psihosocijalna prevencija koja za cilj ima sprječavanje ulaska u svijet ovisnosti i ovisničkog ponašanja i provodi se na potencijalno još uvijek zdravoj ili pak rizičnoj populaciji, a koja može biti locirana kao rana preventivna



Shema 2. Preventivne intervencije s obzirom na donošenje odluke

intervencija već u predškolskoj dobi kako bi se identificirala potencijalno rizična ponašanja za razvoj eventualnog ovisničkog ponašanja kao što su agresivno ponašanje, siromašne socijalne i komunikacijske vještine, poteškoće učenja itd. (Webster-Stratton i sur., 2001), ili pak kako bi se identificirali rizični čimbenici koji mogu dovesti do ovisničkog ponašanja. Druga je prevencija relapsa ili recidiva koja se mora sustavno provoditi na populaciji koja je relativno uspješno završila program odvikavanja od ovisnosti ili liječenje od ovisnosti. Na taj način prevencija ovisnosti poprima oblik cjeloživotne prevencije, što s obzirom na progresiju i raširenost pojave nikako nije zanemarivo. Prevencija relapsa kod spomenutih dvojnih dijagnoza predstavlja dodatni izazov (Drake, Walach i Mc Govern, 2005).

U ovako shvaćenoj (cjeloživotnoj) prevenciji ovisnosti uloga psihologa i psihologijske struke može biti višestruko značajnije naglašena nego je to aktualno, posebice zbog snage metodoloških i terapijskih intervencija u području teorija socijalnog učenja i kognitivne psihologije.

Vjerojatno najbolje artikulirana teorija, do sada dostupna za program prevencije ovisnosti, je s područja teorije socijalnog učenja. Socijalno-kognitivna teorija temelji se na ideji da je ljudsko ponašanje rezultat složenih i recipročnih interakcija između osobnih i okolinskih čimbenika. Prema ovoj teoriji, osobna uvjerenja, razmišljanja (kognicije) i emocije, uzete zajedno, predstavljaju komponente stava koji je pod utjecajem vanjske okoline, a određeno ponašanje rezultat je, prema tome, složene interakcije okolinskih stavova i stavova pojedinca (Bandura, 1986, 1989). Dakle, čak i kada su stavovi pojedinca stabilni (a to je prilično rijetko, osobito kada je pojedinac još u fazi rasta i razvoja), različita okruženja i različite situacije mogu rezultirati vrlo različitim ponašanjima istog pojedinca (Botvin i Griffin, 2003).

Ova teorija jasno pokazuje zašto samo promjena stava pojedinca nije dovoljna za učinkovito i trajnije izbjegavanje ovisnosti (Bandura, 1986, 1989). Interes u korištenju provjerenih teorija ponašanja u kreiranju programa prevencije, koji je rastao paralelno s uvažavanjem složenosti čimbenika koji utječu na ljudsko ponašanje, potaknuo je razvoj istraživanja u socijalnoj i kognitivnoj psihologiji (Donaldson, 1996; Johnson, Farquhar i Sussman, 1996; Sussman, Stacy, Dent, Simon, Galaif,

Moss, Craig i Johnson, 1995) koja su korištena kako bi se planirao novi pristup prevenciji ovisnosti. Isto tako, istraživanja unutar razvojne psihologije pokazala su da "normalan" razvoj progresivno usmjerava djecu u uključivanje u grupe vršnjaka i rast prema adolescenciji, ali isto tako da je zloraba sredstava ovisnosti snažno povezana sa zlorabom među prijateljima i grupama vršnjaka u socijalnom kontekstu (Andrews, Tildesley, Hops i Li, 2002).

Preventivne intervencije osnovane na modelu socijalnog utjecaja, kao polaznu točku imaju da je zloraba sredstava ovisnosti za mlade prije svega i primarno socijalno ponašanje, snažno determinirano socijalnim motivima, uključujući i otvoren i prikriveni pritisak prijatelja i vršnjaka prema potvrđivanju norme (Schinke i Gilchrist, 1983). Potreba da se uklapaju i da budu prihvaćeni od strane vršnjaka izuzetno je snažna u mladosti. Kao socijalni kontekst promjene, svi mladi, ne samo oni s deficitom samopoštovanja ili deficitom u vještini donošenja odluka, osjetljivi su na socijalni utjecaj ili pritisak kroz aktualnu ili zamišljenu grupnu normu, pa i onu vezanu za zlorabu sredstava ovisnosti, i to bez obzira na prethodne negativne stavove prema zlorabi (Bandura, 1977; Kazdin, 1975).

Općenito, preventivne strategije razvijene prema teorijama socijalnog utjecaja u osnovi imaju sljedeće komponente: 1. informacije o neposrednim, negativnim, socijalnim i fiziološkim posljedicama zlorabe sredstava ovisnosti; 2. razvoj vještina za prepoznavanje otvorenog i prikrivenog pritiska za zlorabu sredstava ovisnosti, uključujući i vještine prepoznavanju utjecaja od strane vršnjaka, roditelja i masmedija; 3. korekciju pogrešnih uvjerenja o prevalenciji zlorabe sredstava ovisnosti u grupi vršnjaka; 4. trening bihevioralnih vještina, koji uključuje modeliranje, probu te osnaživanje vještina za otpor zlorabi sredstava ovisnosti; 5. osiguranje javne potpore mladim ljudima u isprobavanju novih bihevioralnih vještina izvan učionice ili samog treninga (Arkin, Roemhild, Johnson, Luepker i Murray, 1981; Battjes, 1985).

Evaluacija pristupa prevencije prema modelu socijalnog utjecaja pružila je relativno ohrabrujuće rezultate, posebice kada je treningu kognitivnih i bihevioralnih vještina pridruženo učenje prepoznavanja i suočavanja s pritiscima grupe vršnjaka (Tobler, 1986). Međutim, evaluacija je pokazala i to da preventivni pristup, koji uključuje razvoj kognitivnih i bihevioralnih vještina i trening vještina, u praksi postiže relativno kratkoročan uspjeh u ukupnom smanjenju stope zlorabe sredstava ovisnosti, ali na uzorku onih koji nisu dugotrajni korisnici sredstava ovisnosti (Battjes, 1985). Bez redovitih nastavaka programa ili novih osnaživanja, učinci "uspješne škole" temeljene na ovom pristupu gube se nakon jedne do dvije godine (Iverson i Kolbe, 1983).

Nadalje, preventivne strategije nastavljaju se na prepoznavanje važnosti socijalnog konteksta ili utjecaja okoline u oblikovanju i održavanju ponašanja pojedinca, što naglašava važnost cjeloživotnih preventivnih intervencija. Ovaj pristup nazvan je ekološkim pristupom ili modelom, a pored psihologijskog aspekta uključuje i značajan javno-zdravstveni aspekt, pa su u njega uključene i spoznaje teorije

društvenog marketinga, razvojno-organizacijske teorije, teorije organizacije u zajednici, difuzije inovacijskih teorija, itd. (Bracht, 1990; Glanz, Lewis, Rimer, 1990; Lefebvre, Flora, 1988).

Intervencije osnovane na ovom modelu su multikomponentne i namijenjene su kako pojedincima tako i kreatorima socijalne politike, društvenih normi i standarda, koji imaju snažan utjecaj na pojedinca i zajednicu. U ove intervencije spadaju brojne aktivnosti: širenje informacija o drogama, kognitivne i bihevioralne vještine obuke za mlade, roditelje i profesionalce, programiranje u masmedijima, razvoj interesnih grupa građana, učenje vođenja i upravljanja u zajednicama, učenje dužnosnika, analiza socijalne i zdravstvene politike te reprogramiranje ciljeva, kao i mnoge druge aktivnosti. Ove aktivnosti uključuju u različitom vremenu na različite načine ciljne grupe u sveobuhvatnu kampanju protiv ovisnosti, na osnovi pretpostavke da određene promjene u društvenom okruženju mogu proizvesti promjene u ponašanju pojedinca te da je podrška pojedinaca u populaciji neophodna za postizanje promjene u okružju (Guo, Hill i sur., 2002).

Druga razina koja pretpostavlja izrazito važnu ulogu psihologa u prevenciji ovisnosti je prethodno spomenuta prevencija relapsa ili recidiva. Upravo je prevencija relapsa ili povratka nakon uspješnog liječenja ili uspješnog tretmana odvikavanja u svijet ovisnosti ili ovisničko ponašanje važan dio ukupnih preventivnih aktivnosti. U tom smislu razvili su se različiti modeli prevencije relapsa (Dimeff, Marlat, 1998).

S pozicija socijalno kognitivne psihologije i bihevioralno-kognitivnih teorija naglašava se da je prevencija relapsa kontinuirani proces koji se događa u određenom vremenu (Annis, 1986). Prema ovim socijalno-kognitivnim konceptima prevencija relapsa može se smatrati kontinuiranim liječenjem ili post-tretmanom, a sastoji se od identifikacije potencijalnih visokorizičnih događaja i situacija pojedinca, osnaživanja protektivnih i redukcije rizičnih čimbenika (Hawkins, Catalano, i Arthur, 2002), kao i od čitavog seta strategija koje pojedincu mogu pomoći da izbjegne takve situacije i događaje ili mu pomoći da nauči nove i konstruktivne načine suočavanja s visokorizičnim situacijama i događajima. U tu svrhu vrlo uspješno se koriste tehnike kognitivno-bihevioralnog tretmana (Kadden, Carroll, Donovan, Cooney, Monti, Abrams, Litt i Hester, 1995). Da bi prevencija relapsa bila uspješna, ona zahtijeva određeni vremenski kontinuum u kojem se provodi, zatim edukaciju ljudskih resursa koji će je provoditi, ali mora biti prepoznata i od strane osiguravatelja zdravstvenih usluga.

Kada zajednica prihvati neki program koji može zadovoljiti njene potrebe, norme itd., tada takav program mora biti dobro strukturiran, organiziran i isplaniran, mora imati jasan sadržaj i razrađene strategije koje će koristiti u određenom vremenskom kontinuumu, mora biti pažljivo implementiran, a svakako ne smije izostati evaluacija programa (Spath, Redmond, Trudeau i Shin, 2002). Istraživanja pokazuju da su preventivni programi uspješniji kada se kombiniraju dvije ili više različite

prevencijske intervencije (Battistich, Solomon, Watson, i Schaps, 1997) kao i kada koriste više interaktivnih tehnika (Botvin, Baker, Dusenbury, Botvin i Diaz, 1995; Botvin i Griffin, 2003).

## ZAKLJUČAK

Bez obzira na brojne i različite teorije i strategije prevencije, preventivne intervencije u području ovisnosti zahtijevaju široku društvenu akciju. Ona se sastoji od nekoliko aktivnosti, od kojih su samo neke psihosocijalne ili medicinske. S druge strane psihosocijalnog ili medicinskog aspekta stoji i isključiva socijalna prevencija, koja se sastoji u mjerama društvene kontrole nad distribucijom, u donošenju različite prekršajno-pravne i kazneno-pravne regulative, u uvođenju taksi na tzv. dopuštena sredstva ovisnosti itd., ukoliko, tu spadaju ukupni društveni naponi da se spriječi, suzbije i obeshrabri zloraba sredstava ovisnosti. Tijekom povijesti sve se preventivne metode pokazuju s jedne strane pozitivne, s aspekta pojedinca ili društvenih grupa; međutim, progresivni porast ovisnosti u gotovo svim zemljama svijeta upućuje na drugu, negativnu stranu takvih pristupa, jer na razini pojedinih društava ili u današnjem vremenu na razini globalnog društva, upozorava na relativni neuspjeh u prevenciji ovisnosti, možda upravo zbog izostanka sinergičnog djelovanja svih društvenih aktivnosti istovremeno.

Već s aspekta doprinosa psiholoških teorija i istraživanja u području prevencije ovisnosti, problematika prevencije ovisnosti zahtijeva neposredno uključivanje psihologa kako u preventivne aktivnosti tako i u kreiranje modela prevencije u dijelu koji se može nasloniti na opisane preventivne intervencije, posebice s područja kognitivne, socijalne i razvojne psihologije te s područja bihevioralno-kognitivnih tretmana. U tom smislu kroz različite razvojne faze pojedinca od predškolske dobi pa do adolescencije, ali i kasnije u tzv. cjeloživotnoj prevenciji psiholozi mogu dati značajan doprinos u prevenciji ovisnosti. Posebice treba podsjetiti na značenje školskog programa prevencije (ŠPP) koji sa svojih 10 točaka može biti implementiran kao integralni dio odgojno-obrazovnog procesa. ŠPP predstavlja specifičan i složen skup aktivnosti koji bi trebao biti sastavni dio plana i programa svake školske i predškolske ustanove (Sakoman, 2001). To, međutim, zahtijeva dodatni neposredni angažman, između ostaloga, i psihologa, kako u odgojno-obrazovnim sustavima, gdje ih je vrlo mali broj, tako i u sustavima primarne zdravstvene zaštite, zavodima za mentalno zdravlje, itd., gdje ih danas gotovo uopće nema.

## LITERATURA

Andrews, J.A., Tildesley, E., Hops, H., Li, F. (2002). The influence of peers on young adult substance use. *Health Psychology*, 21, 349-357.



- Annis, H.M. (1986). A relapse prevention model for treatment of alcoholics. U Miller, W.R., Heather, N. (ur.), *Treating Addictive Behaviors: Processes of Change*, 407-433. New York: Plenum Press.
- Arkin, R.M., Roemhild, H.F., Johnson, C.A., Luepker, R.V., Murray, D.M. (1981). The Minnesota smoking prevention program: A seventh-grade health curriculum supplement. *Journal of School Health*, 51, 611-616.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*, 44, 1175-1184.
- Battistich, V., Solomon, D., Watson, M., Schaps, E. (1997). Caring school communities. *Educational Psychologist*, 32, 137-151.
- Battjes, R.J. (1985). Prevention of adolescent drug abuse. *The International Journal of the Addictions*, 20, 1113-1134.
- Botvin; G.J., Griffin, K.W. (2003). Drug abuse prevention curricula in schools. U Z. Sloboda, W.J. Bukoski (Ur.), *Handbook of Drug Abuse Prevention; Theory, Science and Practice*, 45-74. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers
- Botvin, G., Baker, E., Dusenbury, L., Botvin, E., Diaz, T. (1995). Long-term follow-up results of a randomized drug-abuse prevention trial in a white middle class population. *Journal of the American Medical Association*, 273, 1106-1112.
- Bracht, N. (1990). *Health promotion at the community level*. London: Sage Publications.
- DiClemente, C.C. (1993). Changing addictive behaviors: A process perspective. *Current Directions in Psychological Science*, 2, 101-106.
- Dimeff, L.A., Marlatt, G.A. (1998). Preventing relapse and maintaining change in addictive behaviors. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 5, 513-525.
- Degenhardt, L., Copeland, J., Dillon, P. (2005). Recent trends in the use of "club drugs": an Australian review. *Substance Use & Misuse*, 40, 1241-1256.
- Donaldson, S.I., Sussman, S., MacKinnon, D.P. Severson, H.H. Glynn, T. Murray, D.M., Stone, E.J. (1996). Drug abuse prevention programming – Do we now what content works? *American Behavioral Scientist*, 39, 868-883.
- Drake, R.E., Wallach M.A., McGovern, M.P. (2005). Future Directions in Preventing Relapse to Substance Abuse Among Clients With Severe Mental Illnesses. *Psychiatric Services*, 56, 1297-1302.
- Glanz, K., Lewis, F.M., Rimer, B.K. (Ur) (1990). *Health behavior and health education: Theory, research, and practice*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Griswold, K.S., Aronoff, H., Kernan, J.B., Kahn, L.S. (2008) Adolescent substance use and abuse: recognition and management. *American Family Physician*, 77, 331-336.
- Guo, J.; Hill, K.G.; et al. (2002). A developmental analysis of sociodemographic, family, and peer effects on adolescent illicit drug initiation. *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 838-845.
- Hawkins, J.D., Catalano, R.F., Arthur, M. (2002). Promoting science-based prevention in communities. *Addictive Behaviors*, 90, 1-26.

- Iverson, D.C., Kolbe, L.J. (1983). Evolution of the national disease prevention and health promotion strategy: Establishing a role for the schools. *Journal of School Health*, 53, 294-302.
- Jessor, R., Jessor S. (1980). A social-psychological framework for studying drug use. In U.S. Department of Health and Human Services, *Theories on drug abuse: Contemporary perspectives*. NIDA research Monograph No. 30, 102-109; DHHS Publication No. ADM 89-967 – Washington.
- Johnson, C.A, Farquhar, J.W. Sussman, S. (1996). Methodological and substantive issues in substance abuse prevention research. *American Behavioral Scientist*, 39; 935-942.
- Jones, R.M. (1990). Merging basic with practical research to enhance the adolescent experience. *Journal of Adolescent Research*, 5, 254-262.
- Kadden, R.M., Carroll, K., Donovan, D., Cooney, N., Monti, P., Abrams, D., Litt, M., Hester, R. (1995). *Cognitive-Behavioral Coping Skills Therapy Manual*. Project MATCH Monograph Series, edited by Mattson, M.E. Rockville, MD: U.S.D.H.H.S., P.H.S., N.I.H., NIAAA.
- Kazdin, A.E. (1975). *Behavior modification in applied settings*. Homewood, IL: Dorsey Press.
- Lefebvre, R.C., Flora, J.A. (1988). Social marketing and public health intervention. *Health Education Quarterly*, 15, 299-315.
- Mathias, R. (2000). Cocaine, marijuana and heroin abuse up, methamphetamine abuse down. *NIDA notes*, 15, 4-5.
- Miller, A. (2000). Growing up in the new family. *Newsweek Special Issue*, 80-84
- Orford, J. (1985). *Excessive appetites: A psychological view of Addictions*. New York: Wiley.
- Sakoman, S. (2001) *Društvo bez droga? Hrvatska nacionalna strategija*. Institut društvenih znanosti Ivo Pilar, Zagreb.
- Sakoman, S., Brajša-Žganec, A., Glavak, R. (2002). Indikatori ranog prepoznavanja visokorizične populacije hrvatske mladeži u odnosu na zlorabu sredstava ovisnosti. *Društvena istraživanja*, 2-3, 291 -310.
- Sakoman, S. (2004). Država i obitelj u prevenciji ovisnosti, I Narkomanija – prevencija i kontrola. *Zbornik II Ovisnosti – prevencija i kontrola – Zbornik radova*, Pula, 56 – 70.
- Schinke, S.P., Gilchrist, L.D (1984). Preventing cigarette smoking with youth. *Journal of Primary Prevention*, 5, 48-56.
- Spoth, R.L., Redmond, D., Trudeau, L., Shin, C.(2002). Longitudinal substance initiation outcomes for a universal preventive intervention combining family and school programs. *Psychology of Addictive Behaviors*, 16, 129-134.
- Sussman, S. Stacy, A.W., Dent, C.W., Simon, T.R., Galaif, E.R., Moss, M.A., Craig, S., Johnson, C.A. (1995). Continuation high schools: Youth at risk for drug abuse. *Journal of Drug Education*, 25, 191-209.
- Tobler, N.S. (1986). Meta-analysis of 143 adolescent drug prevention programs: Quantitative outcome results of program participants compared to a control or comparison group. *Journal of Drug Issues*, 16, 535-567.
- UN Office on Drugs and Crime (2008). *Principles of Drug Dependence Treatment*, Discussion Paper, WHO, Geneva, Switzerland, 1-31.

- Van der Poel, A., Rodenburg, G., Dijkstra, M., Stoele, M., Van de Mheen, D., (2009). Trends, motivations and settings of recreational cocaine use by adolescents and young adults in the Netherlands. *International Journal of Drug Policy*, 20, 143-151.
- Volkov, N.D. (2001). Drug Abuse and Mental Illness: Progress in Understanding Comorbidity. *The American Journal of Psychiatry*, 158, 1181-1183.
- Webster-Stratton, C., Reid, J., Hammond, M. (2001). Preventing conduct problems, promoting social competence: A parent and teacher training partnership in Head Start. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30, 282–302.
- WHO (2006). *Disease control priorities related to mental, neurological, developmental and substance abuse disorders*. Geneva, Switzerland, 4 Ed.
- WHO (2006). *Expert Committee on Drug Dependence: thirty-fourth report*. Geneva, Switzerland
- Zielbauer, P. (2000) New campus high: Illicit prescription drugs. *New York Times*, A1-B8.
- Američka psihijatrijska udruga (1996). Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, Četvrto izdanje, Međunarodna verzija. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2001). *Statistički ljetopis za 2000. godinu*. Zagreb.
- Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2002). *Statistički ljetopis za 2001. godinu*. Zagreb.
- Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2003). *Statistički ljetopis za 2002. godinu*. Zagreb.
- Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2004). *Statistički ljetopis za 2003. godinu*. Zagreb.
- Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2005). *Statistički ljetopis za 2004. godinu*. Zagreb.
- Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2006). *Statistički ljetopis za 2005. godinu*. Zagreb.
- Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2007). *Statistički ljetopis za 2006. godinu*. Zagreb.
- Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2008). *Statistički ljetopis za 2007. godinu*. Zagreb.

## PREVENTION OF DRUG DEPENDENCE FROM THE ASPECT OF SOCIAL LEARNING THEORY AND COGNITIVE PSYCHOLOGY

### Summary

Considering the consequences for individuals, families and society, drug abuse or drug addiction become both serious public health and socio-pathological problems all over the world. According to information from the World Health Organization, at least 15.3 million persons have serious behavioral and psychopathological problems with drug abuse or drug addiction; injecting drug use is reported in 136 countries, of which 93 report HIV infection among this population. The illicit drug trade threatens millions of lives in both developed and developing countries. The UN estimates that 3.1% of the global population or 4.3% of people aged 15 years and above were consuming drugs in the late 1990's. Therefore the UN estimates that 147 million people were consuming

cannabis, 33 million consuming stimulants (amphetamine type, including 7 million consumers of ecstasy), 13 million people taking cocaine and 13 million people abusing opiates, including 9 million heroin abusers. Last but not least, for every dollar invested in drug treatment, 7 dollars are saved in health and social care system.

**Key words:** drug addiction, prevention interventions, social learning theory, cognitive psychology