

Droge in mladostniki

Barbara Šegula Škoberne

Korespondenca:

Barbara Šegula Škoberne, dr.med., spec. psihiatrije, spec. otroške in mladostniške psihiatrije
Enota za adolescentno psihiatrijo
Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana
barabara.segula@psih-klinika.si

Počutiti se dobro, je bilo od nekdaj temeljno gonilo človeka, njegovega napredka in napredka sveta. Sredstva in načini za spreminjanje in uravnavanje počutja ob različnih doživljanjih neugodja in frustracij v povezavi z zadovoljevanjem osnovnih in drugih človeških potreb so različna. Med njimi ima svoje mesto tudi uporaba kemičnih substanc ali drog. Droga je bila v življenju človeka prisotna v vseh zgodovinskih obdobjih in tudi na vseh zemljepisnih območjih. Človek je drogo že od nekdaj uporabljal v medicinske, religiozne in družbene namene, predvsem pa zaradi težnje po občutkih prijetnega počutja.

Z izrazom droga opredeljujemo psihoaktivne snovi, ki imajo sposobnost spreminjati človekovo zavest, razpoloženje in razmišljanje.

V besedilu bom izraz droge uporabljala za vse zgoraj naštetih psihoaktivne snovi, ne zgolj za prepovedane droge.

Slovenska strokovna javnost, ki se ukvarja s problematiko drog, je izraz »uživanje« drog opustila in ga zamenjala z izrazom »uporaba« drog, ki ga uporablja tudi anglosaksonska jezikovna skupina (ang. drug use). Izraz »uporaba« je predvsem bolj ustrezen tudi z vidika semantike in metajezika, saj izraz »uživanje« nosi s sabo bistveno drugačen kontekst dojevanja kot izraz »uporaba«.

Ljudje ob besedi droga večinoma pomislijo na zasvojenost. A zasvojenost je širši pojem. Poleg uporabe drog, čemur rečemo razvoj kemične zasvojenosti, se da zavest spreminjati tudi nekemično, in to skoraj s katerimkoli početjem, v katerega se lahko umikamo pred realnostjo. Najpogostejši današnji načini nekemičnega omamljanja so hazardiranje, zabavna elektronika, delo(holizem), nakupovanje, spolnost...

Od odmikanja na začetku tega procesa, ki človeku prinaša občutek ugodja in mirnosti, se proces sčasoma razvije do kompulzivnosti – oseba enostavno mora nekaj vzeti ali nekaj početi, nima več kontrole nad lastnimi dejanji, se ne zna ustaviti. Takrat že govorimo o razviti zasvojenosti, ki ima tudi nevrobiološke komponente, saj se pojavijo motnje na ravni delovanja možganskega nagrajevalnega kroga. To je tudi razlog, da oseba po vzpostavitvi abstinence (od česar koli že) nekaj časa enostavno ne more najti užitka v nobeni aktivnosti.

Peta izdaja ameriškega klasifikacijskega sistema DSM-5 je zaradi velike zmede pri uporabi terminov odvisnosti in zasvojenosti uvedla enoten koncept motenj uporabe drog (ang. substance use disorder – SUD), v sklopu katerega se zloraba in odvisnosti uvrščata na spekter blagih, zmernih in hudih težav

zaradi uporabe drog. V samo poglavje motenj zasvojenosti je poleg uporabe drog vključeno tudi hazardiranje.

Če oseba, ki droge uporablja, ne izpolnjuje nobenega kriterija ali samo enega, še ne izpolnjuje pogojev za diagnozo, vendar je v tem primeru morda primerno razmišljati o »tveganem«, »problematičnem« ali »nevarnem« vzorcu uporabe in je potrebno nasloviti in slediti, predvsem pa preprečevati razvoj motnje v prihodnosti.

Mladostništvo ali adolescenca označuje življenjsko obdobje odraščanja med puberteto in zrelostjo, ki poteka med 12. in 18. letom. V tem obdobju se mora mladostnik prilagoditi na mnogo sprememb. Spremembe so pomemben vir stresnih dejavnikov in pri mladostniku vključujejo telesne in psihične spremembe, osamosvajanje od družine, oblikovanje tesnejših vezi z vrstniki in vstopanje v partnerske odnose ter pridobivanje izobrazbe in zaposlitve. Te razvojne naloge, katerih izpolnitev bi zagotavljala odraslost in zrelo osebnost, so kompleksne, težavne in zahtevne. Pospešeno osamosvajanje spremlja ambivalenca med potrebo po varnosti in ljubezni ter željo po samostojnosti in neodvisnosti.

Z vidika razvoja osebnosti je odraščanje povezano s sposobnostjo prepoznavanja posledic lastnih ravnanj in z zavestjo o perspektivi drugega. Prav v obdobju adolescence potekajo v telesu intenzivni biopsihološki procesi, ki jih zaznavamo kot uporništvo, pretiravanje, dokazovanje, preizkušanje, tveganje, egocentrizem in občutki neranljivosti, vendar so to pomembni mehanizmi za razvoj samostojnosti, avtonomije in individualnosti mladostnika znotraj vključenosti v ožjo in širšo družbo. Mladi poskušajo ugotoviti, kdo so, kam gredo in kaj si želijo. Zaradi nesorazmerja med biološkimi procesi, dinamično čustvenega razvoja in večjimi socialnimi preizkušnjami je v adolescenci najtežja integracija impulzov in teženj.

Kako voditi mladostnika, da bo na varen način lahko dosegel zrelost, samostojnost in izkušnje, ki mu bodo v življenju koristile? Odrasli se bolj zavedamo možnosti različnih negativnih posledic posameznih vedenj. V želji, da bi zaščitili mlade, jim preprečujemo srečanja s tveganji in učenje iz napak, kar je samo po sebi paradoks, ker s tem preprečujemo osnovni koncept odraščanja.

Čeprav nevarnosti (tudi droga) prežijo na vsakem koraku, zgolj stroga kontrola, omejitve in popoln nadzor nad mladostnikom niso dovolj in tudi niso priporočljive, saj slej ko prej pripeljejo do drugih

težav, ki so povezane z neustreznim prilagajanjem staršev na spremembe ob svojem odrasčajočem otroku.

Zahodna družba časti ideal materialnega bogastva in dokazovanja večvrednosti prek potrošništva, namesto ustvarjanja. Mladi imajo v tako naravnani družbi veliko težav z iskanjem lastnega, ki bi bilo hkrati sprejeto in podprto s strani družbe. Lastno, po navadi lažno, identiteto gradijo na podlagi novih vrednot potrošništva, ki so jim vsiljene prek poplave informacij in podob, s katerimi so v nenehnem stiku prek globalnega medmrežja. Bivanjska praznina in zanikanje svojih resničnih potreb vodita v nemir in tesnobo ter silita v neprestano lovljenje dobrih občutkov, ki jih hitro lahko omogoči tudi droga. Dejansko poglavitni problem ni droga, temveč človek in njegova nezmožnost poiskati mesto zase znotraj take družbe. Mladostniki so najšibkejši družbeni člen, ker zaradi naravnih razvojnih sil vstopajo v širši svet in vse, kar jim ponuja. Hkrati pa imajo prešibke mehanizme obrambe in premalo izkušenj, da bi lahko kljubovali tolikšnim negativnim vplivom.

V svetu že od sredine prejšnjega stoletja obvladovanje problematike drog postaja eno osrednjih vprašanj politike in različnih strok. Strategije, ki so se uveljavile, lahko razdelimo v več skupin. Ene so usmerjene v preprečevanje ponudbe in dostopa do drog, druge temeljijo na paradigmah preventivnega in terapevtskega dela. Tema dvema strategijama se je v osemdesetih letih prejšnjega stoletja pridružila še strategija zmanjševanja škode.

V pričujočem sestavku bom poskušala odgovoriti na ključna vprašanja v zvezi s problemom uporabe drog med mladimi. Ali sploh obstaja problem

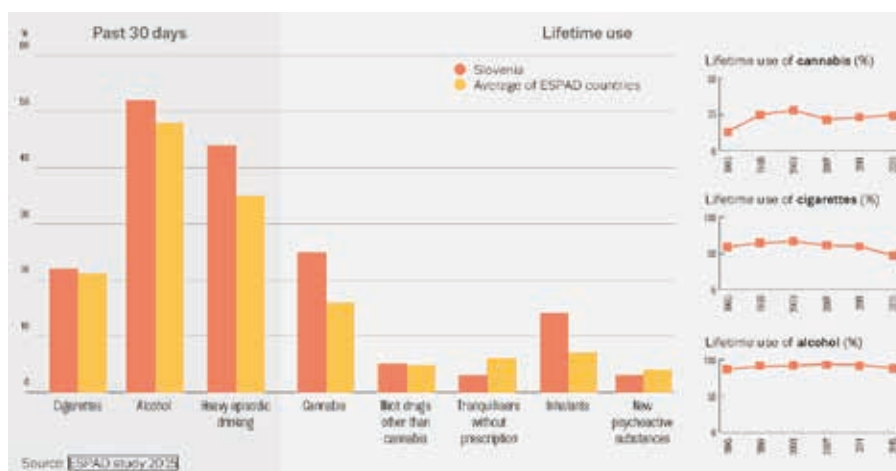
uporabe drog med mladostniki? In če obstaja, ali je to resnično problem in zakaj? Kakšne so nevarnosti, posledice? Zakaj mladi sploh uporabljajo droge? Kaj lahko naredimo, da jih ne bi uporabljali? In kaj lahko naredimo, če jih že?

Ali obstaja problem uporabe drog med mladimi?

Podatke o razširjenosti uporabe drog med populacijo v Sloveniji dobimo na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje (dalje NIJZ), ki vsako leto izda nacionalno poročilo Stanje na področju uporabe prepovedanih drog (1). V sklopu poročila so objavljeni tudi natančnejši podatki raziskave ESPAD za slovenske mladostnike. Zadnja raziskava je bila izvedena v letu 2015 in rezultati niso spodbudni. Kažejo, da se slovenski mladostniki po uporabi drog, alkohola in kajejnja uvrščajo nad evropsko povprečje.

Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami (dalje EMCDDA) je ena od agencij Evropske unije in glavni vir s splošno priznano osrednjo vlogo za vprašanja v zvezi z drogami v Evropi. Že več kot 20 let zbira, analizira in razširja znanstveno utemeljene informacije o drogah, zasvojenosti z njimi in njihovih posledicah, s čimer svoji ciljni javnosti zagotavlja z dokazi podprto sliko pojava drog na evropski ravni. Slovenija kot ena izmed 23 evropskih držav sodeluje z EMCDDA od samega začetka. Slovenska nacionalna kontaktna točka je del informacijske enote za prepovedane droge (IUID), ki se nahaja na NIJZ.

Slovenija je vključena tudi v Evropsko raziskavo o alkoholu in preostalih drogah med šolsko mladino – ESPAD, ki poteka po standardizirani mednarodni



Uporaba drog med 15-in 16-letniki v Sloveniji

Vir: http://www.emcdda.europa.eu/countries/drug-reports/2017/slovenia_en

metodologiji od leta 1995 v štiriletnih razmikih. Poglavitni cilj raziskave je zbrati primerljive podatke o uporabi različnih psihoaktivnih snovi med 15- in 16-letnimi dijaki v Evropi za spremljanje trendov v državah in med njimi. Spremljanje uporabe snovi med šolsko mladino zagotavlja pomemben vpogled v trenutna tvegana vedenja mladih in potencialne prihodnje trende (2). V okviru projekta ESPAD je bilo do zdaj opravljenih šest serij zbiranja podatkov, nazadnje 2015. Slovenija je sodelovala v vseh šestih do sedaj opravljenih raziskavah.

Tudi v ZDA redno letno spremljajo razširjenost in trende uporabe drog med mladostniki po vsej državi. Po najnovjših podatkih *U.S. Monitoring the Future Survey 2017*, ki zbira podatke v populaciji dijakov med 15. in 16. letom, je uporaba drog med mladimi v ZDA še vedno skrb zbujujoča, čeprav predvsem uporaba alkohola in kajenje kažeta trend upadanja (3).

Če primerjamo uporabo drog med šolsko mladino v Evropi in ZDA, ugotovimo, da se kajenje in uporaba alkohola med dijaki zmanjšujeta, medtem ko se zdi, da so trendi glede uporabe konoplje bolj stabilni.

Med anketiranimi evropskimi dijaki je bila uporaba konoplje v zadnjem mesecu približno za polovico manjša (8 odstotkov) od uporabe v ZDA (15 odstotkov). Stopnja uporabe tobaka v zadnjem mesecu je bila med dijaki v Evropi skoraj štirikrat višja (23 odstotkov) kot v ZDA, kjer je bila nizka in je znašala 6 odstotkov. Delež evropskih dijakov, ki so navedli uporabo alkohola v zadnjem mesecu, je bil več kot dvakrat večji (49 odstotkov) kot pri njihovih ameriških vrstnikih (22 odstotkov) (1). Približno petina dijakov v ZDA uporablja tudi zdravila (predvsem pomirjevala),

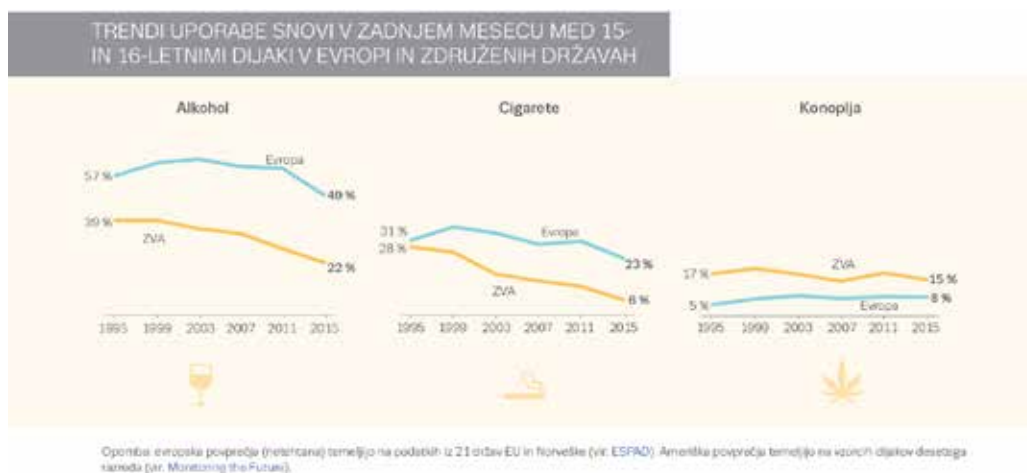
ki jim niso predpisana, v Evropi je delež take uporabe zdravil manjši (6 odstotkov) (4).

Nove psihoaktivne snovi

V zadnjem obdobju je na trgu EU vse več nereguliranih novih psihoaktivnih snovi (NPS). Informacije o teh snoveh zbirata in članicam EU pošiljata EMCDDA in Evropski policijski urad (EUROPOL) prek Evropskega sistema za zgodnje opozarjanje na pojav novih snovi. Omenjeni agenciji v zadnjih letih na trgu EU v povprečju zaznata vsaj eno do dve NPS na teden. Center EMCDDA je do konca leta 2016 spremljal več kot 620 novih psihoaktivnih snovi. Predvsem narašča število in raznolikost prijavljenih sintetičnih kanabinoidov, prav tako se je močno povečalo število prijavljenih sintetičnih katinonov.

Po podatkih Sistema za zgodnje opozarjanje na pojav NPS naraščanje njihovega števila po letu 2013 beležimo tudi v Sloveniji. Nacionalni forenzični laboratorij GPUMNZ je v letu 2014 analiziral 59 različnih NPS, od tega je bilo 38 takšnih, ki so se v Sloveniji pojavile prvič, v letu 2015 pa so analizirali NPS v več kot 100 primerih.

Po podatkih raziskave Eurobarometer 2014 je NPS že poskusilo 8 odstotkov mladih Evropejcev v starosti 15–24 let, v Sloveniji pa 13 odstotkov mladih v tej starostni skupini, v zadnjem letu 5 odstotkov, od tega v skupini 15- in 16-letnikov 3 odstotki. Med uporabniki sta dve najbolj priljubljeni skupini NPS sintetični kanabinoidi in sintetični katinoni. Sintetični kanabinoidi posnemajo učinke konoplje, sintetični katinoni pa učinke stimulativnih drog, kot sta kokain in amfetamin.



Vir: Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami (2017). Evropsko poročilo o drogah 2017: Trendi in razvoj, Urad za publikacije Evropske unije, Luksemburg.

NPS so postale svetovni pojav in hkrati problem, na katerega se še išče primeren pravni odziv. Pojavljajo se zelo hitro, prodaja NPS se povečuje zaradi izmenjave informacij prek spleta in zato postajajo NPS izredno hitro in splošno dosegljive. Hkrati je zelo malo informacij o njihovih učinkih in škodi, ki jo povzročajo. NPS, vključno z novimi sintetičnimi kanabinoidi, sintetičnimi katinoni in sintetičnimi opioidi, povzročajo v zadnjih letih številne resne težave v Evropi. Najpogostejši zapleti ob uporabi NPS so nezavest, epileptični napad, vročinski udar, edem možganovine, serotoninški sindrom in psihotična stanja. Skrb zbujajočiso pojavi NPS z zelo močnim učinkom (fentanili in sintetični kanabinoid MDMB-CHMICA), ki so bile povezane z več deset smrtnimi primeri in primeri hudih zastrupitev.

V Sloveniji je v okviru nevladnih organizacij vzpostavljenih devet testirnih točk NPS, kamor lahko uporabniki prinesejo in anonimno oddajo vzorce novih psihoaktivnih snovi v testiranje. Te točke so v Ljubljani (DrogArt in Stigma), Kranju (Labirint), Kopru (Svit), Novi Gorici (Šent), Celju (JZ Socio), Mariboru (Zdrava Pot in Infopeka) ter na Ptuju (ArsVitae).

Ali je uporaba drog med mladostniki problem in zakaj? Kakšne so posledice?

Novejša spoznanja nevroznanosti nam odstirajo popolnoma nov pogled na mladostniško obdobje. Nevrobiološke spremembe, na katerih temelji ta zapleten razvojni proces, prispevajo k mladostnikovemu pogumnemu raziskovanju in odkrivanju sveta okrog sebe. Zdi se, kot da je narava sama poskrbela, kako bo mladostniku omogočila trganje iz družinskih spon in pomagala najti samega sebe. Kot da so »biološko programirani«, da raziskujejo nove priložnosti in prevzemajo tveganja, z namenom, da poiščejo in izoblikujejo svojo lastno identiteto. Različne oblike in stopnje tveganega vedenja so v tem obdobju pogoste, z njimi preizkušajo in dokazujejo svoje sposobnosti in občutijo zadoščenje ob premagovanju ovir. Pogosto se nevarnosti, v katere se podajajo, ne zavedajo v popolnosti in je njihovo vedenje lahko povsem brez samouničevalnega motiva.

Možgani se od otroštva do mlade odrasle dobe razvijajo in dozori do približno 25. leta (5). Siva možganovina, ki vključuje predvsem telesa živčnih celic in dendrite, se v obdobju adolescence zmanjšuje predvsem na račun trebljenja sinaps in sprememb v zunajceličnem matriksu (6). Sočasno se poveča volumen in integracija bele možganovine, kar omogoča učinkovitejšo in hitrejšo komunikacijo med možganskimi regijami (7).

Možganske regije zorijo v specifičnem časovnem zaporedju, in sicer najprej zorijo nižje sensorimotorične regije, kasneje, v adolescenci in mladi odrasli dobi, pa regije višjega reda, povezane s kognitivnim delovanjem (frontalne in subkortikalne možganske regije) (8).

Limbični sistem, ki obsega hipotalamus, amigdalo, hipokampus in akumbensovo jedro, je do mladosti že precej razvit. Funkcije limbičnega sistema vključujejo spomin, čustveni odziv, motivacijo in krepitev vedenj. Predvsem akumbensovo jedro se močno odziva na dopamin in ustvarja občutke ugodja. Možgani so namreč opremljeni s sistemom nagrajevanja ob doseganju ugodja, z namenom utrjevanja življenje ohranjajočih aktivnosti in potreb, tako na ravni posameznika kot tudi vrste.

V primerjavi z otroki in odraslimi so mladostniki še posebej nagnjeni k eksperimentiranju in iskanju ugodja. V mladostniških možganih so dopaminski sistemi reorganizirani, z manj dopamina v striatalnih strukturah, kot je akumbensovo jedro (9).

Dopaminski primanjkljaj nadomestijo vsakodnevne aktivnosti, ki povzročajo ugodje. Druženje s prijatelji, poslušanje glasbe, športne aktivnosti ali druge pomembne aktivnosti mladostnika so nagrajene v obliki sproščanja dopamina, ki pa je pomemben tudi pri spodbujanju ponavljanja in utrjevanju vedenj, ki prispevajo k učenju, zdravju, dobremu počutju in utrjevanju socialnih vezi (10).

Medtem pa se prefrontalna skorja in njene povezave z ostalimi možganskimi regijami šele razvijajo. Obdobje adolescence je ključno za razvoj prefrontalne skorje možganov, ki je odgovorna za izvršilne funkcije, torej presojo situacij, sprejemanje razumnih odločitev, kontrolo čustev in impulzov, načrtovanje in pozornost. V tem času se razvije tudi sposobnost abstraktnega mišljenja in razumevanja zakonov ter pravil medčloveških interakcij.

V tem kritičnem času mladostnikovo presojo in odločitve tako usmerjajo možganske regije, ki motivirajo slediti ugodju, vendar brez ustreznega presojanja tveganj in sprejemanja preiščenih odločitev, saj regije možganov, ki so povezane z nadzorovanjem čustev in impulzov ter sposobnostjo za natančno oceno tveganja in konstruktivne odločitve, običajno še niso zrele (11).

Zdrav razvoj možganov med adolescenco je nujen. Že manjše spremembe v razvoju lahko pomembno vplivajo na vrsto kognitivnih, čustvenih in vedenjskih funkcij (12, 13). Kadar se v mladostništvu pojavi uporaba drog, moti normalno dozorevanje možganov

ter vpliva na ključne razvojne biopsihosocialne procese.

Uporaba drog v mladosti je povezana z upadom izvršilnih funkcij (14). Večji, rednejši in zgodnejši kot so odmerki uporabljene droge, večji je upad (15). Tudi pri tistih, ki so dosegli remisijo in dolgotrajno abstinenco, so izvršilne funkcije še vedno slabše kot pri vrstnikih, ki niso uporabljali drog v adolescenci (16). Redna dolgotrajnejša uporaba konoplje v adolescenci privede do trajnega upada inteligenčnega kvocienta, ki je nepovraten tudi ob popolnem prenehanju uporabe (17). Slabša sposobnost koncentracije, razmišljanja, pomnjenja, težave z vidno-prostorsko zaznavo, koordinacijo in druge kognitivne težave, ki jih povzroča uporaba drog, lahko pomembno vplivajo na socialni in izobraževalni razvoj mlade osebe ter ga ovirajo skozi celotno življenje.

Vse droge, od tobaka do heroina, povzročajo določen, po intenzivnosti različen občutek ugodja in tako povečajo sproščanje dopamina v limbičnem sistemu. V prisotnosti nenormalno visokih količin dopamina ob uporabi drog se možgani prilagodijo tako, da zmanjšajo njegovo naravno produkcijo. Tako postanejo odvisni od zunanjega vnosa snovi, ki omogoča ohranjanje tiste ravni dopamina, s katero je povezan močan občutek ugodja.

Zasvojljiva lastnost dopamina v kombinaciji z njegovo pomembno vlogo pri razvoju možganov je ravno v času adolescence kritična pri razvoju in utrjevanju vedenj, povezanih z uporabo drog. Ker vpliva tudi na spremembe v ključnih prefrontalnih regijah, ki so odgovorne za presojo in samokontrolo, še dodatno onemogoča posameznikovo zmožnost, da bi tako vedenje imel pod nadzorom ali ga ustavil. To je vzrok, da zgolj močna volja po navadi ni dovolj, da premagamo zasvojenost, saj droga moti delovanje tistih delov možganov, ki nam pomagajo reči »ne«.

Vendar pa niso vsi mladostniki sami po sebi nagnjeni k enakemu tveganju za razvoj zasvojenosti. Različni dejavniki, med drugimi podedovane genetske predispozicije in neugodne izkušnje v zgodnjem življenju, povečujejo tveganje za uporabo drog in razvoj zasvojenosti. Izpostavljenost hujšemu stresu (na primer fizični ali čustveni zlorabi) v otroštvu senzibilizira možgane nanj in krepi iskanje olajšanja na kakršen koli način. Tako programirani možgani so zelo dovzetni za bližnjice do sprostitve in ublažitve stresa, tudi v obliki jemanja drog. Tudi osebni lastnosti, kot sta impulzivnost in agresivnost, sta lahko povod za uporabo drog kot zunanjega, v telo vnesenega pomirjevala ob nezmožnosti

učinkovitega endogenega umirjanja in samokontrole na ravni možganov.

Genetski in epigenetski vplivi so bolj povezani z zlorabo in zasvojenostjo z drogami, medtem ko so okoljski bolj povezani z eksperimentiranjem in rekreativno uporabo drog pri mladostniku (18).

Uporaba drog pri mladostnikih sega od normativnega zgodnjega eksperimentiranja in rekreativne uporabe do resnejših in zelo tveganih vzorcev uporabe in zlorabe. Večina mladih, ki uporabljajo snovi, ne postane zasvojenih. Razsežnost uporabe drog pa je še vedno precej skrb zbujajoča, saj 15 odstotkov mladih izpolnjuje diagnostična merila za zlorabo alkohola in 16 odstotkov za zlorabo drugih drog, predvsem marihuane, do starosti 18 let (19). Verjetnost razvoja zlorabe in zasvojenosti se znatno poveča, če mladostnik začne uporabljati droge v adolescenci. Mladi, ki začnejo uporabljati droge (ne glede na vrsto) pred 15. letom, imajo štiri do šestkrat večjo verjetnost razvoja zasvojenosti kadarkoli v življenju, v primerjavi s tistimi, ki pričnejo uporabljati droge šele po 21. letu (20). Večina zasvojenih odraslih, ki je začelo uporabljati droge pred 18. letom starosti, je razvilo zasvojenost do 20. leta (21). Zgodnejši kot je pričetek uporabe, večja je verjetnost, da se bo pri nekom razvila zasvojenost (22). Konoplja je velikokrat tudi pomemben predhodnik uporabe drugih prepovedanih drog (23).

V primerih, ko mladostnik razvije vzorec tvegane uporabe, ki je po navadi del vzorca drugih tveganih vedenj (nevarna spolnost, vožnja pod vplivom drog ter druge tvegane aktivnosti), se poveča možnost za resnejše zdravstvene in socialne posledice:

- Upad šolskega uspeha, nedokončano izobraževanje
- težave v odnosih z družino in prijatelji
- izguba zanimanja za druge, zdrave aktivnosti
- težave z duševnim zdravjem
- težave s telesnim zdravjem
- povečano tveganje za nalezljive bolezni (hepatitis, HIV, druge spolno prenosljive okužbe)
- visoko tveganje za prezgodnjo smrt zaradi predoziranja, zastrupitev, nesreč, samomora
- težave s policijo in pravosodnim sistemom (24, 25).

Depresivno razpoloženje je močno povezano z uporabo različnih drog, tako pri mladostnikih kot tudi pri odraslih. Večinoma so uporabo drog povezovali bolj s principom samozdravljenja ob depresiji. Vendar raziskave spreminjajo pogled na enosmerno povezavo med depresijo in uporabo drog. Večina

mladostnikov z depresivno motnjo nima povečane stopnje uporabe drog, čeprav je depresija pomemben dejavnik tveganja (26). Uporaba nikotina, alkohola in konoplje v mladostništvu je pomemben napovedni dejavnik za depresijo in anksiozne motnje predvsem v odrasli dobi (27, 28, 29). Zgodnja uporaba konoplje predstavlja povečano tveganje za razvoj shizofrenije pri ranljivih posameznikih (30).

Mladostniki, ki uporabljajo droge, imajo slab uvid v sočasne težave z duševnim zdravjem, ki so morda celo prispevale k samemu začetku uporabe drog, vendar pa nanje ne smemo pozabiti, in so pomemben del celostne ocene in kasneje tudi obravnave. Pri manj kot tretjini mladostnikov, ki so vključeni v obravnavo zaradi uporabe drog, sočasno poteka tudi obravnava spremljajočih duševnih motenj (31).

Zakaj mladostniki uporabljajo droge?

Številni dejavniki prispevajo k pričetku in nadaljevanju uporabe drog med mladostniki. Biološke in psihične predispozicije posameznika se prepletajo s socialnimi dejavniki ter farmakodinamskimi lastnostmi drog ter ustvarjajo kompleksen mozaik, zaradi katerega je mladostnik vedno bolj ogrožen. V grobem lahko dejavnike razdelimo na tri osnovne skupine: družinske, socialne in individualne.

Kaj lahko naredimo, da mladi drog ne bi uporabljali?

Vlada Republike Slovenije vsaki dve leti sprejme akcijski načrt na področju prepovedanih drog za dvoletno obdobje. V akcijskem načrtu so podrobneje opredeljeni posamezni cilji, načini uresničevanja ter konkretne naloge posameznih nosilcev, ki sodelujejo v njem. Vsebinska podlaga za pripravo akcijskega načrta je Resolucija o nacionalnem programu na področju drog za določeno obdobje. Krovni cilj Resolucije o nacionalnem programu Slovenije na področju drog za obdobje 2014–2020 je zmanjšati in omejiti škodo, ki jo za posameznika, družino in družbo predstavlja uporaba prepovedanih drog (32).

Slovenija je priključena obsežnemu delovanju evropske politike na področju drog, ki vključuje preventivo, zmanjševanje tveganj in škode, povezane z uporabo drog, psihosocialno obravnavo, rehabilitacijo, socialno reintegracijo in zdravljenje ter nadzor nad ponudbo. Zajema tako programe zmanjševanja povpraševanja po drogah kot programe zmanjševanja ponudbe prepovedanih drog.

Preventiva na področju drog predstavlja vsakršno aktivnost, katere namen je preprečevanje ali zmanjševanje uporabe drog in njenih negativnih posledic v splošni populaciji ali posameznih skupinah

Zakaj mladostniki uporabljajo droge?

- disfunkcionalnost staršev in družine
- pomanjkljiv nadzor, starševska odsotnost in neustrezne oblike vzgoje
- prezahtevni starši ali permissivna, vsedopuščajoča vzgoja
- prisotnost duševne bolezni ali uporabe drog pri starših
- grobo ravnanje z otrokom, zanemarjanje, zloraba v družini
- starševska prepričanja v neškodljivost psihoaktivnih substanc



- dostopnosti drog v ožji in širši okolici
- kultura in prepričanja družbe glede uporabe posameznih drog predvsem mladostnikova
- vpetost v medvrstniško družbo, odnosi z vrstniki ter različni vrstniški vplivi:
- Vrstniški pritisk in občutek popularnosti,
- Vključenost v skupino vrstnikov, ki uporabljajo droge (-slaba družba-)
- Pripadnost deviantnim vrstniškim skupinam, tolпам
- Vrstniško nasilje (ang. bullying)

- nevrobiologija razvijajočih mladostniških možganov
- osebne lastnosti
- podedovana genetska ranljivost,
- predobstoječe duševne motnje v otroštvu in mladostništvu: depresija, motnja pozornosti s hiperaktivnostjo (oz. ADHD), motnje vedenja
- številne stresne situacije ter travmatske izkušnje (anksiozne motnje)
- dekleta, ki zgodaj vstopijo v puberteto in tudi hitreje telesno dozoriijo

prebivalstva. Za preventivne dejavnosti je pomembno, da se izvajajo ves čas, saj so določeni segmenti družbe nenehno izpostavljeni tveganju. Najbolj učinkovita je, če so je deležni že otroci in mladostniki in če se izvaja skozi vsa življenjska obdobja.

Glavni cilj večine preventivnih aktivnosti, namenjenih otrokom in mladostnikom, je običajno v preprečevanju uporabe oziroma čim kasnejši uporabi drog, saj zgodnja uporaba pomeni tudi večje tveganje za kasnejšo problematično rabo drog in razvoj zasvojenosti.

Preventivni programi so v slovenskem prostoru zelo razširjeni. Potekajo na lokalni in državni ravni in ciljano delujejo v različnih okoljih: šolskem, družinskem, delovnem, lokalnem in v okoljih za preživljanje prostega časa (33).

Največji delež preventivnih programov poteka na lokalni ravni, in sicer v vzgojno-izobraževalnih ustanovah, del pa tudi zunaj njih. Pomembno vlogo pri izvajanju preventivnih dejavnosti imajo poleg pedagogov in strokovnjakov iz drugih javnih institucij predstavniki nevladnih organizacij in lokalne akcijske skupine.

Podobno kot druge evropske države se tudi v Sloveniji srečujemo s težavo, da preventivni programi niso evalvirani, zato njihovi realni učinki niso znani. Resolucija o nacionalnem programu na področju drog za obdobje 2014–2020 kot enega svojih ciljev zastavlja tudi razvoj metodologije za vrednotenje učinkovitosti in uspešnosti preventivnih programov ter učinkovit sistem za spremljanje in zagotavljanje kakovostnih preventivnih programov na področju drog.

Preventivo na področju uporabe drog je mogoče razdeliti na različne ravni, ki se dopolnjujejo. Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami opredeljuje posamezne vrste: okoljsko, univerzalno, selektivno in indicirano.

Zgodnje prepoznavanje in čim hitrejša obravnava je pomembna zaradi negativnih vplivov, ki jih imajo droge na razvijajoče se možgane, hkrati pa povečuje možnosti za uspešen izid obravnave. Zato je zelo pomembna interdisciplinarnost, torej tesno sodelovanje med zdravstvenimi, šolskimi, socialnimi ter drugimi mladinskimi službami. V okviru sistema javnega in zasebnega zdravstvenega varstva obravnave izvajajo klinični psihologi, psihoterapevti ter otroški in

Okoljska preventiva

Na državni (makro) ravni ali celo na ravni EU:

- popolna ali delna prepoved kajenja,
- dodatna obdavčitev alkohola in tobaka,
- predpisi na področju trženja in oglaševanja
- nadzor nad prodajo alkohola ali tobaka mladoletnim osebam.
- davki (trošarine), ki jih določa država,
- javna sporočila, ki so jim posamezniki izpostavljeni (npr. delovanje medijev, tržno komuniciranje ipd.)
- razpoložljivost/dostopnost alkohola, tobaka in prepovedanih drog.

Univerzalna preventiva

Programi, namenjeni večjim skupinam brez predhodne selekcije glede tveganja za uporabo drog:

- **Preventiva v šolah:** preventivni program **Vzgoje za zdravje**, program t.i. **Zdravih šol. Izštekani**, ...
- **Preventivni družinski programi:** v obliki predavanj, seminarjev in delavnic za starše: **Neverjetna leta**, program **Krepitev družin**, ...

Selektivna preventiva

Usmerjena v različne specifične podskupine populacije z večjim tveganjem za uporabo ali zlorabo drog npr.

- otroci staršev z odvisnostjo, duševno motnjo,
- zanemarjani otroci,
- mladi storilci kaznivih dejanj, učenci, ki neupravičeno izostajajo od pouka,
- marginalizirane etnične skupine, socialno prikrajšane skupine ipd.
- V okviru nevladnih organizacij širom Slovenije: **Projekt Človek, Stigma, FreD Goes Net, Mladinski center Brežice, Mladinski center Podlaga Sežana, društva Up, Lipa - Celje, Pot, Drevo življenja, Krma, Svit, Projektno učenje za mlajše odrasle (PUM), Naj mladih ne vzgaja ulica, Žoga skače, DrogArt.**

Indicirana preventiva

Preprečevanje začetkov uporabe ali redne uporabe drog TER preprečiti razvoj zasvojenosti.

Usmerjena na posameznike, pri katerih je zaznano povečano tveganje za razvoj zasvojenosti v kasnejšem življenju:

- spremembe v vedenju brez znanega vzroka – npr. se umika, je pogosto utrujen ali depresiven, ali celo sovražen
- nova vrstniška družba
- manj pozornosti namenjeno higieni in oblačilom
- upad šolske uspešnosti
- zamujanje ali manjkanje v šolo
- upad interesa za najljubše dejavnosti
- spremembe v prehranjevalnih in spalnih vzorcih
- vse slabši odnosi z družino in prijatelji.

MDT obravnava/zdravljenje

Z dokazi podkrepljeni učinkoviti pristopi obravnave mladostnikov, ki uporabljajo droge, ki temeljijo na prepoznavi njihovih specifičnih potreb.

Celovita diagnostična ocena.

Celosten in individualiziran načrt obravnave.

Vključevanje v različne oblike podpornih mrež, ki zmanjšujejo možnost relapsa, utrjujejo zdrav življenjski slog ter naslavlajo pomembne odnose znotraj družine in družbe.

mladostniški psihiatri. Vse obravnave mladostnika vključujejo tudi starše.

Kaj lahko naredimo, če mladi droge že uporabljajo?

Za obravnavo mladostnikov, ki uporabljajo droge, so na voljo številni pristopi, katerih uspešnost temelji tudi na dokazih. Ne glede na to, ali obravnava poteka v ambulantnem ali bolnišničnem okolju, učinkovito zdravljenje v prvi vrsti sestoji iz izpeljav vedenjske in motivacijske terapije in vključujejo tako posameznika kot tudi družino.

Medtem ko so posamična zdravila za zdravljenje odvisnosti učinkovita in jih uporabljamo pri zdravljenju odraslih, jih za mladostnike običajno ne uporabljamo. Predpisovanje zdravil naj bo omejeno na lajšanje abstinencijske krize, zdravljenje pridružene psihiatrične motnje in kot pomožno sredstvo pri vzdrževanju abstinence v posamičnih primerih v sklopu celostnega in individualnega načrta obravnave.

Za uspeh obravnave je pomembno, da je posameznik motiviran in da v njem vztraja dovolj dolgo. Vključevanje mladostnika v obravnavo je le del

dolgotrajnega in zapletenega procesa okrevanja (34).

Obravnava nikoli ne zajema zgolj ozke problematike uporabe drog ter ne poteka po določenem univerzalnem načrtu, pač pa mora upoštevati potrebe posameznika, ki temeljijo na individualni diagnostični in psihosocialni oceni. S pomočjo celostne ocene je možno zastaviti integriran terapevtski načrt, ki vzporedno in v kontekstu obravnave uporabe drog obravnava pomembne dejavnike, ki so privedli do težav, vključuje širši multidisciplinarni tim, sodelovanje z drugimi institucijami (center za socialno delo, policija, sodišče, šola in drugi), postavi tudi načrt prednostnih intervenc in intervenc, ki bodo sledile v kasnejši obravnavi.

Iz pregleda ameriških, kanadskih, avstralskih in britanskih smernic za obravnavo mladostnikov, ki uporabljajo droge, predstavljam ključne povzetke in poudarke, na katerih naj sloni obravnava (35, 36, 37, 38).

Presoditi je tudi treba, kakšno stopnjo intenzivnosti in obliko obravnave potrebuje mladostnik.

Obravnava naj poteka v najmanj možnem restriktivnem okolju, razen v primerih, ko se manj restriktivna okolja izkažejo za neučinkovita ali ko je to edini



način zaščite mladostnika pred sabo in/ali drugimi.

Stopnjo intenzivnosti obravnave določimo glede na šest področij, ki vključujejo:

- ogroženost zaradi intoksikacije in odtegnitve tako trenutno kot v preteklosti
- trenutne in pretekle telesne bolezni
- duševne motnje, vključno s čustvenimi, vedenjskimi in kognitivnimi težavami
- motiviranost mladostnika za spremembo vedenja
- tveganje za ponovitev in verjetnost nadaljevanja uporabe drog
- primernost okolja za okrevanje, vključno z družino, prijatelji in bivalnimi pogoji (39).

Na podlagi ocene mladostnika, ki se vključuje v obravnavo, uvrstimo v ambulantno, intenzivno ambulantno zdravljenje, dnevno bolnišnično, bolnišnično ali intenzivno bolnišnično zdravljenje, ki pa med seboj lahko prehajajo glede na trenutno stanje in potrebe(4). Pri hospitalizaciji je potrebno upoštevati starost, razvojno stopnjo, spol, spolno pripadnost, kulturo ter vedenjske, čustvene ali druge posebnosti posameznika in mladostnikov, ki so že vključeni v hospitalno zdravljenje, zaradi interakcij, ki bi lahko vplivali na zdravljenje.

Načrt zdravljenja

Individualni načrt zdravljenja na podlagi informacij, zbranih v okviru celovite ocene, je potrebno izdelati v sodelovanju z mladostnikom, ki ga je potrebno usmerjati in spodbujati v prepoznavanju prednosti, potreb in posebnosti.

Načrt zdravljenja mora vključevati vsa področja, na katerih so se težave pojavile (vključno z duševnim zdravjem, izobraževanjem, družino, zdravstveno oskrbo, pravosodnimi vprašanji), in tudi opredeliti komplementarne institucije, potrebne za razreševanje teh težav.

Terapevtski pristopi in obravnavo morajo biti prilagojeni spolu, starosti in kognitivni opremljenosti. Načrt zdravljenja mora vključevati realne cilje v realno dosegljivem času, v dogovoru z mladostnikom, njegovo družino, zdravstvenim timom in drugimi institucijami, vključenimi v doseganje zastavljenih ciljev. Vsebovati mora tudi cilje za izboljšanje in krepitev telesnega zdravja.

Napredek pri zdravljenju je treba redno spremljati, evalvirati in prilagoditi na vsakih šest mesecev ali po potrebi prej, če se med zdravljenjem spremenijo ali na novo pojavijo specifični dodatni dejavniki.

V okviru vseh oblik in intenzivnosti obravnave lahko uporabljamo široko paleto terapevtskih pristopov. Večina mladostniških programov uporablja eklektični pristop, ki vključuje individualno, družinsko in skupinsko obravnavo, v osnovni naravnosti pa temelji na vedenjski paradigmi. Skupen poudarek je na osvajanju spretnosti ustreznega odzivanja na sprožilce, povezane z uporabo drog, obravnavi pomembnih življenjskih tem, ki so verjetno prispevale k začetku in vzdrževanju uporabe drog (na primer travma, duševno zdravje, izobraževanje, prestopniško vedenje, družinska problematika...). Terapevt ob delu z mladostnikom vzpostavlja odnos, zaupanje in občutek varnosti, krepi njegovo motivacijo za sodelovanje v obravnavi, prepoznava mladostnikove vire moči in sposobnosti ter mu nudi pomoč pri doseganju uspehov.

Individualna obravnavo zajema sprejemanje in evalvacijo doseženih ciljev načrta zdravljenja, obravnavo intimnejših tem, o katerih mladostnik ne zmore govoriti na skupinskih terapijah, krizne intervence ter načrtovanje nadaljevanja obravnave po končanem zdravljenju.

Skupinska psihoterapevtska obravnavo, po možnosti s podobno strukturo po starosti in problematiki, tudi spolu, se v glavnem osredotoča na poučevanje in krepitev novih spretnosti, vedenj in načinov razmišljanja ter spopadanja s težavami z namenom zmanjševanja problematičnega vedenja, kot je uporaba drog. Pomembno je, da mlade učimo o zdravem načinu življenja, prepoznavanju in izražanju čustev, ustrežnejšemu sporazumevanju, reševanju konfliktov, sprejemanju odločitev, ki pripomorejo k večji samozavesti, občutku lastne vrednosti in k boljši samopodobi. Končni cilj je okrepiti ustrežno vedenje in odpraviti nezaželene ali maladaptivne vzorce. Edukativne skupine obravnavajo teme, kot so HIV in druge prenosljive bolezni (spolno prenosljive bolezni, tuberkuloza, hepatitis), spolnost, partnerstvo, načrtovanje starševstva, preprečevanje nasilja, samostojno življenje, prehrana, prenehanje kajenja in podobno.

Družinske intervence in sistem podpore

Učinkovito zdravljenje mladih skoraj vedno vključuje družino. Učinkovitost vključevanja družine je bila obširno raziskana in potrjena kot bistven dejavnik uspešnosti zdravljenja otrok in mladostnikov. Kadar je le mogoče, naj starši oziroma skrbniki sodelujejo v vseh fazah zdravljenja svojega otroka. Potrebno je identificirati družinsko dinamiko, vključiti in spodbuditi družino k sodelovanju v obravnavi čim prej (po možnosti že med začetnim ocenjevanjem) ter poskrbeti za individualno družinsko svetovanje, vključenost v skupine za starše in delavnice starševskih veščin.

Med dejavnike, ki otežujejo delo s starši in posledično vplivajo tudi na mladostnikovo okrevanje, sodijo nerazumevanje staršev, usmerjenost vase in preplavljenost z lastnimi reakcijami, skrhan odnos med starši in mladostnikom, neprimerne starševske reakcije, duševne motnje staršev in socioekonomski dejavniki tveganja v družini.

Namesto siljenja mora obravnava stremeti k ustvarjanju novih priložnosti za spravo in razvijanje ustrežnejših odnosov med družinskimi člani in drugimi odraslimi, ki jih bodo še naprej spremljali v njihovem življenju, tako med zdravljenjem kakor tudi kasneje.

Obravnava mora mladim pomagati tudi pri razvijanju širšega sistema podpore, ki bi pripomogel h krepitvi osvojenih ciljev med zdravljenjem in zagotavljal stalno podporo, tudi z namenom preprečevanja ponovitve težav.

Šolanje in zaposlovanje

Šolanje in izobraževanje sta pomembna temelja za nadaljnje življenje in prihodnost mladostnika. Obravnava mora naslavljati in omogočati možnost dostopa do pouka in/ali učenja med zdravljenjem. V sklopu multidisciplinarnih timske obravnave se je potrebno povezati z matično izobraževalno institucijo ter omogočiti sodelovanje za razreševanje težav, povezanih s šolanjem, ki bo mladostniku pomagalo k uspešni vrnitvi in zaključku šolanja.

Pri tistih, ki se ne izobražujejo, pa se je potrebno posvetiti tudi poklicnemu svetovanju, načrtovanju kariere in delovnemu usposabljanju v sodelovanju z lokalnimi pristojnimi institucijami in poklicnimi programi.

Terapevtske dejavnosti v sklopu obravnave

Tako pri ambulantni kot tudi bolnišnični obravnavi je pomembna tudi možnost raznolikih terapevtskih dejavnosti, ki vsaka na svoj način nagovorijo, motivirajo in spodbujajo mladostnika v procesu zdravljenja.

Terapevtske dejavnosti vključujejo likovno terapijo, glasbeno terapijo, gibalno-izrazno terapijo, skupino za krepitev socialnih spretnosti, psihodramo in druge, pomembne so tudi rekreacijske dejavnosti, ki vključujejo šport, igre in nadzorovane izhode.

Testiranje prisotnosti alkohola in drog

Večinoma mladostniki v obravnavi hitro zmanjšajo in/ali prenehajo uporabljati drogo, toda redko dosežejo dolgotrajno abstinenco – recidiv je med zdravljenem pogost (40, 41).

Med obravnavo so zato potrebna tudi testiranja prisotnosti alkohola in drog v telesu. Pogostost testiranja se določa individualno, lahko je napovedana ali nenapovedana, predvsem pa mora biti mladostnik predhodno seznanjen z možnostjo tovrstnega načina kontrole in tudi smiselnostjo takih preverjanj. Rezultati testov pomagajo pri diagnosticiranju, potrjujejo klinični vtis, pomagajo pri načrtovanju zdravljenja in spremljanju zastavljenih ciljev. Nikoli pa ne smejo biti edini vir informacij, na podlagi katerih sprejemamo klinične odločitve.

Načrtovanje zaključevanja zdravljenja

Trajanje zdravljenja se razlikuje glede na trajanje, vrsto in količino uporabe drog in sočasne oziroma posledične težave. V sodelovanju z mladostnikom in družino je ob zaključevanju zdravljenja potrebno pregledati in ovrednotiti dosežene cilje ter zastaviti konkreten načrt, ki bo mladostniku še naprej pomagal pri vzdrževanju osvojenih in doseganju novih ciljev.

Nadaljevanje obravnave

Po zaključku zdravljenja je pomembno poskrbeti za nadaljnjo vključenost mladostnika v različne rehabilitacijske, socialnovarstvene programe ali programe nevladnih organizacij, ki pomagajo mladostniku preprečevati recidiv in spodbujajo njegov prehod v zdravo in zadovoljno življenje. V take programe se lahko vključi tudi mladostnikova družina, povezujejo pa se tudi z vsemi drugimi institucijami, ki so del mladostnikovega življenja. Raziskave so pokazale, da se učinki zdravljenja sčasoma zmanjšujejo, takrat se povečuje možnost za relaps (42, 43). Relapsa nikoli ne smemo obravnavati kot znak neuspešnega zdravljenja, temveč kot priložnost za dodatno ali drugačno zdravljenje. Preprečevanje in odkrivanje relapsa vključuje spremljanje mladostnika s strani staršev, učiteljev ter izvajalcev nadaljevalne obravnave. Čeprav podporni programi niso nadomestilo za formalno zdravljenje na podlagi dokazov, lahko

nekaterim mladostnikom pomagajo ohranjati pozitiven in produktiven način življenja brez drog, ki spodbuja pomembne in koristne odnose ter povezave z družino, vrstniki in skupnostjo.

Zaključek

Razširjenost uporabe drog med mladimi je globalen problem, s katerim se soočajo države po vsem svetu. Glede na razširjenost uporabe drog v tej starostni skupini in glede na edinstveni biopsihosocialni kontekst, se družbe vedno bolj osredotočajo na opredeljevanje, preprečevanje in obravnavo uporabe drog v mladostništvu.

Mladostništvo je obdobje mnogih stresnih situacij, ki so za mladostnika neizogibne pri oblikovanju njegove osebne identitete. Nevrobiološke spremembe, na katerih temelji zapleten razvojni proces adolescence, mladostnike naredijo bolj dovzetne za nove izkušnje in tvegana vedenja, kamor žal sodi tudi uporaba drog.

Uporaba drog pri mladostnikih se razlikuje od tiste pri odrasli populaciji. Med mladimi je veliko višji odstotek tistih, ki uporabljajo marihuano. Pri pitju alkohola gre po navadi za popivanje (ang. binge-drinking, torej 5 ali več pijač v vrsti ob eni priložnosti). Zelo pogosto uporabljajo tudi več drog naenkrat. Zanje je bolj značilno skrivanje uporabe drog, opozorila in pritožbe ljudi v okolici zaradi uporabe drog ter nadaljevanje z uporabo kljub konfliktom ali težavam s policijo. Mladostniki imajo manj težav z odtegnitvenimi simptomi, z izgubo kontrole uporabe drog ter manj občutijo zdravstvene in druge posledice. To seveda ne pomeni, da niso prisotne, ampak jih glede na krajšo dobo uporabe drog in večjo odvisnost od staršev zgolj manj izkusijo. Tako tudi v nasprotju z odraslimi ne čutijo, da je njihova uporaba drog problem, zaradi katerega bi potrebovali pomoč in je po navadi ne iščejo sami od sebe. Motivacija za spremembo in uvid do potrebe po obravnavi je večinoma odvisna od števila in stopnje izraženosti negativnih posledic.

Čeprav je uporaba drog normativno obnašanje med mladimi, še zdaleč ni nenevarna. Poleg tveganja za zasvojenost uporaba drog v mladosti lahko vpliva na doseganje ključnih socialnih in razvojnih mejnikov ter ogroža tudi kognitivni razvoj. Povezana je z vrsto težav. Med drugim predstavlja enega najpogostejših vzrokov smrti v tej starostni skupini. Poleg tega povzroča težave v telesnem in duševnem zdravju, težave v izobraževanju, težave v odnosih in s pravosodnim sistemom.

Obstaja mnogo zunanjih in notranjih dejavnikov, ki vplivajo na uporabo drog pri mladostnikih: dostopnost drog v ožji in širši okolici, prepričanja o neškodljivosti, radovednost, želja po vznemirjenju in ugodju, pomanjkanje prijetnih doživetij, želja po sprejetosti v družbo ali po potrjevanju pred vrstniki, iskanje spodbude za pogum ali večjo družabnost, poskus odpravljanja čustvene napetosti, potrnosti in tesnobe, težnja po sprostitvi, brezbržnosti ali pomirjenju, izogibanje neprijetni ali boleči stvarnosti, nenazadnje tudi podedovana genetska ranljivost. Pri mnogih mladostnikih gre pogosto za preplet več dejavnikov hkrati.

Spodbujanje k rekreativnim dejavnostim, krepitev družinskih vezi, izboljšanje samopodobe, občutek kompetentnosti, dobre socialne veščine in širjenje izkušenj so najučinkovitejše strategije za preprečevanje uporabe drog in drugih tveganih vedenj med mladimi. So tudi dobra in izpopolnjujoča zdrava alternativa drogam in kriminalu. V takih pogojih ima tudi rizična populacija mladostnikov možnost obrniti krmilo življenja v pravo smer.

Čeprav je preventivna dejavnost temelj dela z mladostniki, je današnja realnost, da obstajajo med mladostniki, ki uporabljajo droge, tudi takšni, ki potrebujejo resneje zastavljeno obravnavo. Postopen odmik od bližnjih, brezvoljnost, brezcilnost, upad šolskega uspeha, nezanimanje za kakršnokoli dejavnost ali opuščanje le-teh, spremembe videza ali zanamarnost še ne pomenijo nujno vzroka za rdeči alarm, so pa nedvomno znak, da se z mladostnikom dogaja nekaj pomembnega, nekaj, čemur verjetno ne bo kos brez pomoči.

Zaradi nevarnosti razvoja resnih in nepopravljivih zdravju škodljivih posledic je potrebno mladostnika, ki uporablja droge na tvegan ali škodljiv način, čim prej prepoznati in mu omogočiti pomoč in obravnavo. Velikokrat so pri takih mladostnikih prisotne tudi druge duševne motnje, ki jih je potrebno zdraviti.

Obravnava mladostnikov mora biti multidisciplinarna, z med seboj povezanimi različnimi strokovnimi profili, ki kompleksen problem uporabe drog rešujejo celostno. Že od samega začetka je potrebno vključiti družino in širši socialni sistem, v katerega je mladostnik vpet (šole, dijaški domovi, stanovanjske skupine, center za socialno delo...). Vključenost družine v obravnavo, reparacija družinskih odnosov in funkcioniranja so bistveni dejavniki, ki vplivajo na uspešnost obravnave.

Večina mladostnikov ni motivirana za obravnavo, ker je nočejo ali pa mislijo, da je ne potrebujejo.

Le 10 odstotkov mladostnikov, ki potrebuje ustrezno obravnavo, jo tudi sprejme. Če jo že, so razlogi za zdravljenje po navadi drugačni kot pri odraslih. Večinoma se za to ne odločajo sami, ampak jih k temu prisilijo starši, šole ali pravosodni sistem. Pogosto zelo pozno, šele takrat, ko postanejo že zelo moteči za okolico in ko je vzorec uporabe drog že utrjen. So slabo motivirani in pripravljani zares sodelovati v procesu obravnave. Motiviranje mladostnika je pogosto ena od prvih intervenc v obravnavi.

V zadnjih letih se razvijajo z dokazi podkrepljeni učinkoviti pristopi obravnave mladostnikov, ki uporabljajo droge; ti temeljijo na prepoznavi njihovih specifičnih potreb. Pred tem so bili programi za mladostnike zgolj variacija zdravljenja zasvojenih odraslih in kot taki posledično veliko manj uporabni in uspešni. Celosten in individualiziran načrt obravnave, v katerem je potrebno upoštevati mladostnikove zmožnosti in nasloviti njegove širše potrebe in ne zgolj njegove uporabe drog, kakor tudi soobolevnosti na področju telesnega in duševnega zdravja, so tiste prvine, ki usmerjajo obravnavo mladostnikov. Glavni cilj psihoterapevtskega dela je razkrivanje in razumevanje dejavnikov, ki so pripeljali do uporabe drog, postopno spreminjanje bolečih občutij in razpoloženj, sprejemanje realnosti, učenje veščin za premagovanje ovir in osvajanje zastavljenih ciljev.

Obravnava mora biti dovolj dolga in kontinuirana, dosežene spremembe so le prvi del poti, ki se mora nato še utrditi ob dolgoročnem sledenju. Cilj vsekakor ni zgolj abstinenca od drog, temveč izboljšana kvaliteta življenja. Pogosto se v obravnavi srečamo z relapsom, ki ga ne sme enačiti z neuspešno obravnavo, temveč kot potrebo po dodatni ali drugačni obliki pomoči. Zavedanje, da v poteku zdravljenja obstaja možnost relapsa, narekuje potrebo po rednem spremljanju ter vključevanju v različne oblike podpornih mrež, ki zmanjšujejo možnost relapsa, utrjujejo zdrav življenjski slog ter naslavlja pomembne odnose znotraj družine in družbe. Ne glede na obliko programa ali podporne službe je za mladostnikovo pot k okrevanju najpomembnejša dobra podpora v družini, med vrstniki, ki ne uživajo drog, ter v šoli in širšem okolju.

Mladostnikom je potrebno pomagati osvojiti veščine in znanja, ki so povezane s konstruktivnim izpolnjevanjem njihovih potreb, predvsem pa omogočiti pozitivne izkušnje potrjevanja v interakciji s svetom. Pomagati jim je treba razviti osebno avtonomijo in sposobnost premišljenih odločitev, s katerimi bodo v odraslosti prevzeli odgovornost za ravnanja ter za življenjske izbire. Odgovornosti za uporabo drog pa ne moremo preložiti le na mladostnike, ki sami niso dovolj sposobni sprejemati tako pomembnih odločitev.

1. <http://www.nijz.si/sl/publikacije/stanje-na-podrocju-prepovedanih-drog-v-sloveniji-2016>
2. Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami. Evropsko poročilo o drogah 2017: Trendi in razvoj. Urad za publikacije Evropske unije 2017; Luksemburg.
3. Miech RA, Schulenberg JE, Johnston LD, Bachman JG, O'Malley PM & Patrick ME. (2017). National press release, »National Adolescent Drug Trends in 2017: Findings Released.« Monitoring the Future: Ann Arbor MI 2017.
4. Johnston LD, O'Malley PM, Miech RA, Bachman JG & Schulenberg JE. (2016). Monitoring the Future national survey results on drug use, 1975–2016: Overview, key findings on adolescent drug use. Ann Arbor 2016: Institute for Social Research, The University of Michigan.
5. Giedd JN. (2004). Structural magnetic resonance imaging of the adolescent brain. *Annals of the New York Academy of Sciences*; 1021: 77–85.
6. Stiles J & Jernigan TL. (2003). The basics of brain development. *Neuropsychology Review*, 20, 327–348. Chambers, R.A., Taylor, J.R., Potenza, M.N. Developmental neurocircuitry of motivation in adolescence: A critical period of addiction vulnerability. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1041–1052.
7. Lebel C, Gee M, Camicioli R, Wieler M, Martin W & Beaulieu C. (2012). Diffusion tensor imaging of white matter tract evolution over the lifespan. *Neuro Image*; 60: 340–352.
8. Stiles J & Jernigan TL. (2010). The basics of brain development. *Neuropsychology Review*; 20: 327–348.
9. Chambers, R.A., Taylor, J.R., Potenza, M.N. (2003). Developmental neurocircuitry of motivation in adolescence: A critical period of addiction vulnerability. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1041–1052.
10. Somerville, L.H., Jones, R.M., & Casey, B.J. (2010). A time of change: Behavioral and neural correlates of adolescent sensitivity to appetitive and aversive emotional cues. *Brain and Cognition*, 72, 124–133.
11. Casey, B.J., & Jones, R.M. (2010). Neurobiology of the adolescent brain and behavior: Implications for substance use disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49, 1189–1201.
12. Casey, B.J., Jones, R.M., & Hare, T.A. (2008). The adolescent brain. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1124, 111–126.
13. Nagy, Z., Westerberg, H., & Klingberg, T. (2004). Maturation of white matter is associated with the development of cognitive functions during childhood. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 16, 1227–1233.
14. Nguyen-Louie, T.T., Castro, N., Matt, G.E., Squeglia, L.M., Brumback, T., & Tapert, S.F. (2015). Effects of emerging alcohol and marijuana use behaviors on adolescents' neuropsychological functioning over four years. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 76, 738–748.
15. Jacobus, J., Squeglia, L.M., Infante, M.A., Castro, N., Brumback, T., Meruelo, A.D., & Tapert, S.F. (2015). Neuropsychological performance in adolescent marijuana users with co-occurring alcohol use: A three-year longitudinal study. *Neuropsychology*, 29, 829–843.
16. Hanson, K.L., Medina, K.L., Padula, C.B., Tapert, S.F., & Brown, S.A. (2011). Impact of adolescent alcohol and drug use on neuropsychological functioning in young adulthood: 10-year outcomes. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 20, 135–154.
17. Meier, M.H.; Caspi, A.; Ambler, A.; Harrington, H.L.; Houts, R.; Keefe, R.S.E.; McDonald, K.; Ward, A.; Poulton, R.; and Moffitt, T.E. (2012). *Persistent cannabis users show neuropsychological decline from childhood to midlife. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*; 109(40):E2657–E2664.
18. M. Rutter, J. K. Cohen, B. Maughan. (2006) Continuities and discontinuities in psychopathology between childhood and adult life. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 47:3/4, 276–295
19. Swendsen, J., Burstein, M., Case, B., Conway, K.P., Dierker, L., He, J., & Merikangas, K.R. (2012). Use and abuse of alcohol and illicit drugs in US adolescents: Results of the National Comorbidity Survey-Adolescent Supplement. *Archives of General Psychiatry*, 69, 390–398.

20. Grant, B.F., & Dawson, D.A. (1997). Age at onset of alcohol use and its association with DSM-IV alcohol abuse and dependence: Results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. *Journal of Substance Abuse*, 9, 103–110.
21. Dennis, M., Babor, T.F., Roebuck, C., & Donaldson, J. (2002). Changing the focus: The case for recognizing and treating cannabis use disorders. *Addiction*, 97(s1), 4–15.
22. Copeland, W.E., Shanahan, L., Costello, E.J., & Angold, A. (2009). Childhood and adolescent psychiatric disorders as predictors of young adult disorders. *Archives of General Psychiatry*, 66, 764–772.
23. Fergusson, D.M., & Horwood, L.J. (2000). Does cannabis use encourage other forms of illicit drug use? *Addiction*, 95, 505–520.
24. E. J. Costello, B. Maughan, (2015). Annual Research Review: Optimal outcomes of child and adolescent mental illness, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56; 324–341
25. McLaughlin, K.A., Green, J.G., Gruber, M.J., Sampson, N.A., Zaslavsky, A.M., & Kessler, R.C. (2010). Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey Replication I: associations with persistence of DSM-IV disorders. *Archives of General Psychiatry*, 67, 124–132.
26. Fombonne, E., Wostear, G., Cooper, V., Harrington, R., & Rutter, M. (2001). The Maudsley long-term followup of child and adolescent depression. *British Journal of Psychiatry*, 179, 210–217.
27. Frojd, S., Ranta, K., Kaltiala-Heino, R., Marttunen, M. (2011). Associations of social phobia and general anxiety with alcohol and drug use in a community sample of adolescents. *Alcohol and Alcoholism*, 46, 192–199.
28. Harrington, R., Fudge, H., Rutter, M., Pickles, A., & Hill, J. (1990). Adult outcomes of childhood and adolescent depression. *Archives of General Psychiatry*, 47, 465–473.
29. Georgiades, K., & Boyle, M.H. (2007). Adolescent tobacco and cannabis use: young adult outcomes from the Ontario Child Health Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 724–731.
30. McLaughlin, K.A., Green, J.G., Gruber, M.J., Sampson, N.A., Zaslavsky, A.M., & Kessler, R.C. (2010). Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey Replication I: associations with persistence of DSM-IV disorders. *Archives of General Psychiatry*, 67, 124–132.
31. Chan, Y.F.; Godley, M.D.; Godley, S.H.; and Dennis, M.L. (2009). Utilization of mental health services among adolescents in community-based substance abuse outpatient clinics. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, Special Issue 35(1):35–51.
32. Resolucija o Nacionalnem programu na področju prepovedanih drog 2014-2020 <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=DRUG3915#>
33. http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/stanje_na_podrocju_prepovedanih_drog_v_sloveniji_2016.pdf
34. National Institute on Drug Abuse. *Drugs, Brains, and Behavior: The Science of Addiction*. (2010). NIH Pub. No. 10-5605. Available at: <http://www.drugabuse.gov/publications/science-addiction>.
35. The National Institute on Drug Abuse (NIDA). (2017). *Principles of Adolescent Substance Use Disorder Treatment: A Research-Based Guide*.
36. Canadian Centre on Substance Abuse. (2011). *Strengthening Our Skills: Canadian guidelines for youth substance abuse prevention family skill programs*. Ottawa, ON: Canadian Centre on Substance Abuse
37. NSW Ministry of Health (2014). *Substance use and young people framework*.
38. Quality Network for Community CAMHS (QNCC) (2012). *Practice standards for young people with substance misuse problems*.
39. American Society of Addiction Medicine. *The ASAM criteria: treatment criteria for addictive, substance-related, and co-occurring conditions*. (2014) Available from: <http://www.asam.org/publications/the-asam-criteria>.

40. Dennis, M., Godley, S.H., Diamond, G., Tims, F.M., Babor, T., Donaldson, J. & Funk, R. (2004). The Cannabis Youth Treatment (CYT) Study: Main findings from two randomized trials. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27, 197–213.
 41. Hogue, A., Henderson, C.E., Ozechowski, T.J., & Robbins, M.S. (2014). Evidence base on out patient behavioral treatments for adolescent substance use: Updates and recommendations 2007-2013. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 43, 695–720.
 42. Cornelius JR, Maisto SA, Pollock NK. (2003). Rapid relapse generally follow streatment for substance use disorders among adolescents. *Addict Behav*, 28:381–386.
 43. Winters KC, Botzet AM, Fahnhorst T, Stinchfield R, Koskey R. Adolescent substance abuse treatment: a review of evidence-based research. In: Leukefeld C, Gullotta T, Tindall MS. (2009). *Adolescent Substance Abuse: Evidence-Based Approaches to Prevention and Treatment*. New York, NY, USA: Springer Science + Business Media;
-