

Učinkovite kombinacije psihosocijalnih i farmakoloških intervencija u tretmanu problematičnih korisnika droga

Želimorski, Franja

Master's thesis / Diplomski rad

2024

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Education and Rehabilitation Sciences / Sveučilište u Zagrebu, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:158:229067>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-18**



Repository / Repozitorij:

[Faculty of Education and Rehabilitation Sciences - Digital Repository](#)



Sveučilište u Zagrebu
Edukacijsko - rehabilitacijski fakultet

Diplomski rad

UČINKOVITE KOMBINACIJE PSIHOSOCIJALNIH I FARMAKOLOŠKIH
INTERVENCIJA U TRETMANU PROBLEMATIČNIH KORISNIKA DROGA

Studentica: Franja Želimorski

Zagreb, svibanj 2024.

Sveučilište u Zagrebu
Edukacijsko - rehabilitacijski fakultet

Diplomski rad

UČINKOVITE KOMBINACIJE PSIHOSOCIJALNIH I FARMAKOLOŠKIH
INTERVENCIJA U TRETMANU PROBLEMATIČNIH KORISNIKA DROGA

Studentica: Franja Želimorski

Mentor: izv.prof.dr.sc Dalibor Doležal

Sumentorica: prof.dr.sc. Ksenija Butorac

Zagreb, svibanj 2024.

Izjava o autorstvu rada

Potvrđujem da sam osobno napisao/napisala rad „Učinkovite kombinacije psihosocijalnih i farmakoloških intervencija u tretmanu problematičnih korisnika droga“ i da sam njegov autor/autorica.

Svi dijelovi rada, nalazi ili ideje koje su u radu citirane ili se temelje na drugim izvorima jasno su označeni kao takvi te su adekvatno navedeni u popisu literature.

Franja Želimorski

Zagreb, svibanj 2024.

Učinkovite kombinacije psihosocijalnih i farmakoloških intervencija u tretmanu problematičnih korisnika droga

Studentica: Franja Želimorski

Mentor: izv.prof.dr.sc Dalibor Doležal

Sumentorica: prof.dr.sc. Ksenija Butorac

Program/modul: Socijalna pedagogija/Odrasli (počinitelji kaznenih djela)

Sažetak

Zbog utjecaja zlouporabe droga na proces odrastanja i strukturiranja osobnosti, ovisnost je uvijek praćena promjenama u ponašanju na koje nije jednostavno terapijski utjecati. Kao odgovor na složenost problema, u dugom terapijskom postupku, uz specifičnu farmakoterapiju, potrebno je provoditi i psihoterapiju. Farmakološke intervencije koje se koriste u tretmanu problematičnih korisnika droga uključuju supstitucijsku farmakoterapiju, a najčešće se radi o metadonu (heptanonu) i suboksonu. Osim farmakoloških, kod liječenja problematičnih korisnika droga koriste se i psihosocijalne intervencije. Cilj ovog rada je dati pregled učinkovitih kombinacija psihosocijalnih i farmakoloških intervencija u tretmanu problematičnih korisnika droga te istražiti u kojoj mjeri interakcija farmakološkog liječenja i psihosocijalnih intervencija ima učinkovito međudjelovanje sa svrhom redukcije ili sprečavanja intoksikacije i smanjenja žudnje za drogom te jačanja motivacije za suočavanje s ovisnošću te poboljšanje kvalitete života. Neka od istraživanja koja su kombinirala psihosocijalne i farmakološke postupke potvrdila su uzajamno djelovanje ispitivanih terapija no potrebna su daljnja istraživanja o međudjelovanju tih intervencija koja će dodatno proširiti razumijevanje i provođenje najučinkovitijih kombinacija liječenja.

Ključne riječi: problematična uporaba droga, liječenje ovisnosti o drogi, učinkovite farmakološke i psihosocijalne intervencije, tretman problematičnih korisnika droga

Effective combinations of psychosocial and pharmacological interventions in the treatment of problem drug users

Student: Franja Želimorski

Mentor: Assoc. Prof. Izv.prof.dr.sc. Dalibor Doležal

Komentor: Full Prof. Ksenija Butorac

Programme/modul: Socijalna pedagogy/Adults (offenders)

Abstract

Due to the abuse of the influence of drugs on the process of growing up and structuring the personality, addiction is always accompanied by changes in behavior that are not easy to influence therapeutically. In response to the complexity of the problem, in a long therapeutic procedure, in addition to specific pharmacotherapy, it is necessary to conduct psychotherapy. Pharmacological interventions used in the treatment of problem drug users include substitution pharmacotherapy, most commonly methadone (heptanone) and suboxone. In addition to pharmacological interventions, psychosocial interventions are also used in the treatment of problem drug users. The aim of this work is to provide an overview of the effective combination of psychosocial and pharmacological interventions in the treatment of problem drug users and to investigate to what extent the interaction of pharmacological treatment and psychosocial interventions has an effective interaction with the purpose of reducing or preventing intoxication, drug cravings and strengthening the motivation to deal with addiction and improving the quality of life. Some studies that combined psychosocial and pharmacological approaches have confirmed the mutual interaction of the therapies under investigation, but further research is needed on the interaction of these interventions to further expand the understanding of the most effective treatment combinations.

Keywords: problem drug use, drug addiction treatment, effective pharmacological and psychosocial interventions, treatment of problem drug users

SADRŽAJ

1. UVOD	1
2. PODJELA DROGA I ZLOUPORABA DROGA U SVIJETU	3
2.1. Depresivi	3
2.1.1. Produkti kanabisa (marihuana i hašiš).....	4
2.1.2. Opijati i opiodi.....	5
2.2. Stimulansi	6
2.2.1. Kokain.....	7
2.2.2. Amfetamin i metamfetamin.....	7
2.2.3. MDMA.....	8
2.3. Halucinogeni	9
2.3.1. LSD.....	10
2.3.2. Psilocibin („čarobne gljive“).	11
2.4.1. Sintetički kanabinoidi.....	12
2.4.2. Sintetički katinoni.....	13
3. UČINKOVITE FARMAKOLOŠKE INTERVENCIJE U TRETMANU PROBLEMATIČNIH KORISNIKA DROGA	15
3.1. Supstitucijska terapija metadonom	17
3.2. Supstitucijska terapija buprenorfinom	19
3.3. Nedopuštena uporaba droga – zloporaba supstitucijske terapije	21
4. UČINKOVITE PSIHOSOCIJALNE INTERVENCIJE U TRETMANU PROBLEMATIČNIH KORISNIKA DROGA	22
4.1. Kognitivno-bihevioralna terapija (KBT)	23
4.1.1. Motivacijsko intervjuiranje.....	24
4.1.2. Prevenција recidiva.....	26
4.1.3. Sustav nagrade i kazne (Contingency Management).....	26
4.2. Kratke intervencije	27
4.3. Program „12 koraka“	28
4.4. MATRIX Model	29
4.5. Grupna terapija	31
5. UČINKOVITE KOMBINACIJE PSIHOSOCIJALNIH I FARMAKOLOŠKIH INTERVENCIJA U TRETMANU PROBLEMATIČNIH KORISNIKA DROGA	32
5.1. Kombinacija psihosocijalnih intervencija i održavanja metadonom i disulfiramom	34
5.2. Kombinacija održavanja metadonom i buprenorfinom uz primjenu sustava nagrade i kazne	36
5.3. Kombinacija farmakoterapije i kognitivno-bihevioralne terapije	37

6. PRISTUP TRETMANU PROBLEMATIČNIH KORISNIKA DROGA U REPUBLICI HRVATSKOJ	38
7. ZAKLJUČAK	41
LITERATURA	43

1. UVOD

Ovisnost o psihoaktivnim tvarima problem je koji nanosi značajnu štetu javnom zdravstvu i stvara ozbiljne zdravstvene i ekonomske štete, kao i troškove represivnih tijela koji se mjere u stotinama milijarda dolara (Reimer, Wright, Somaini, Roncero, Maremmani, McKeganey, Littlewood, Krajci, Alho i D'Agnone, 2016). Uvid i rješavanje problema povezanih s ovisnošću je prijeko potrebno, ali često teško ostvarivo. Problematici korisnici droga često teško prihvaćaju svoj problem s upotrebom psihoaktivnih tvari. Da bi se potaknula njihova suradnja u programima liječenja, potrebno je probiti kroz snažno poricanje, umanjivanje problema ili racionalizaciju. Često je ključno uključiti članove obitelji, prijatelje, poslodavce i druge kako bi se prevladali patološki obrambeni mehanizmi. Osim toga, problematici korisnik droge suočava se s mogućim gubitkom posla, oštećenjem odnosa s obitelji i ozbiljnim narušavanjem zdravlja (Buljan, Bundalo-Vrbanac i Gelo, 2013).

Farmakološki pristupi još su uvijek primarna opcija liječenja zlorabe psihoaktivnih tvari, ali psihosocijalne intervencije predstavljaju važan element cjelokupnog liječenja (National Institute for Health and Care Excellence, 2007). Metadon i buprenorfin, dva opioidna supstitucijska lijeka, odobreni su od strane Svjetske Zdravstvene organizacije. Lijekovi za opioidnu supstitucijsku terapiju (OST), kao što su metadon i buprenorfin, kontrolirani su lijekovi za medicinsku i znanstvenu upotrebu i mogu se dobiti samo na liječnički recept. Supstitucijska terapija metadonom ili buprenorfinom uvelike poboljšava život problematičnih korisnika droga koji su na liječenju smanjujući rizik od smrti, posebice smrtnog ishoda kao posljedice predoziranja opioidima (Kimber, 2015). Ovisno o zemlji, liječnici specijalisti (npr. psihijatri ili ovlaštene liječnice) ili nespecijalizirani liječnici (npr. liječnici opće prakse) mogu propisati ove lijekove (Europski centar za praćenje droga i ovisnosti o drogama - EMCDDA, 2019).

Psihosocijalne intervencije su metode izbora za liječenje problematičnog korištenja droga. One uključuju savjetovanje, motivacijsko intervjuiranje, kognitivno bihevioralnu terapiju, sustav nagrade i kazne (*Case Management*), grupnu i obiteljsku terapiju, prevenciju recidiva i druge. Ove intervencije podržavaju korisnike u upravljanju i prevladavanju problema s drogom. One su glavni oblik liječenja koji se pruža korisnicima stimulansa - kokaina i amfetamina. Također se pružaju korisnicima opioida u kombinaciji sa supstitucijskim liječenjem. U mnogim zemljama odgovornost za izvanbolničko psihosocijalno liječenje dijele javne ustanove i nevladine organizacije (EMCDDA, 2023). Psihosocijalne intervencije postižu uspjeh kada se

usredotoče na temeljne razloge za konzumaciju droga koje stvaraju ovisnost. Individualna terapija, terapija parova, obiteljska terapija, grupna terapija i terapijske zajednice samo su neki od pristupa koji se koriste u provođenju ovih intervencija (Buljan i sur., 2013).

Usluge liječenja ovisnosti mogu se pružati u različitim izvanbolničkim i bolničkim okruženjima: specijalističke jedinice za liječenje; primarna zdravstvena zaštita i klinike za mentalno zdravlje; bolničke stambene jedinice i specijalizirani stambeni centri; jedinice ili odjeli u zatvoru. Većina liječenja ovisnosti u Europi provodi se izvanbolnički ili ambulantno, a dva su glavna modaliteta izvanbolničkog liječenja u Europi: supstitucijsko liječenje opijata i psihosocijalne intervencije (EMCDDA, 2023). Manji dio liječenja ovisnosti u Europi provodi se u bolničkim uvjetima. Bolničko ili rezidencijalno liječenje zahtijeva od korisnika da žive u ustanovi za liječenje od nekoliko tjedana do nekoliko mjeseci, kako bi im se omogućilo da se suzdrže od upotrebe droga. Preduvjet za ulazak može biti detoksikacija, kratkoročna, medicinski nadzirana intervencija usmjerena na smanjenje i prestanak uporabe supstanci, uz pruženu podršku za ublažavanje simptoma ustezanja ili drugih negativnih učinaka (EMCDDA, 2023). Detoksikacija se obično provodi kao medicinska intervencija u bolnicama i drugim rezidencijalnim ustanovama, specijaliziranim centrima za liječenje ili stambenim ustanovama s medicinskim ili psihijatrijskim odjelima. U stacionarnim uvjetima korisnici primaju individualno strukturirane psihosocijalne tretmane i sudjeluju u aktivnostima rehabilitacije i reintegracije u društvo. Često se koristi pristup terapijske zajednice koja u širem smislu uključuje sastanak terapijske zajednice, psihoterapijske i socioterapijske grupe, strukturirani dnevni raspored te jasna pravila i granice koje se primjenjuju na korisnike (Štrkalj-Ivezić, 2014). Javne ustanove, privatni sektor i nevladine organizacije uključeni su u pružanje bolničke skrbi u Europi. Također, širok raspon intervencija za prevenciju i liječenje ovisnosti o drogama sve se više nudi online. Intervencije temeljene na internetu mogu proširiti doseg i zemljopisnu pokrivenost programa liječenja na ljude koji imaju problema s uporabom droga, a koji inače ne bi mogli pristupiti specijalističkim službama za droge (EMCDDA, 2023).

2. PODJELA DROGA I ZLOUPORABA DROGA U SVIJETU

„Droga je svaka tvar prirodnoga ili umjetnoga podrijetla, uključujući psihotropne tvari, uvrštene u popis droga i psihotropnih tvari“ (Članak 2. stavak 1. točka 1., Zakona o suzbijanju zlouporabe droga, NN 80/13). Kod pojmovnog definiranja droga podrazumijevaju se tvari koje mogu utjecati na psihu te iz tog razloga uz naziv dobivaju pridjev psihoaktivne. Tehnološkim napretkom otvorena je mogućnost izdvajanja psihoaktivnih sastojaka iz prirodnih droga, koji postaju puno jači, a samim time i opasniji za korisnike. Sve češće počinju se pojavljivati droge koje su sada u velikom broju sintetičkog podrijetla, a takvi kemijski produkti puno jače djeluju i utječu na mentalne funkcije i individualno ponašanje te uzrokuju funkcionalne i patološke promjene središnjeg živčanog sustava. Različitost učinaka, dinamika konzumacije, tip i jačina droge značajno će utjecati na vremensko razdoblje stvaranja ovisnosti, a samim time postaje značajan prediktor za početak društveno neprihvatljivog, odnosno kriminalnog ponašanja konzumenata (Markus Klarić i Klarić, 2020). Upotreba nedopuštenih droga definira se kao vodeći zdravstveni pokazatelj jer je povezana s višestrukim štetnim zdravstvenim ishodima, kao što su spolno prenosive bolesti, virus humane imunodeficijencije, virusni hepatitis i brojni društveni problemi među adolescentima i odraslima. Potrebno je bolje razumijevanje utjecaja stresnih ili traumatskih iskustava iz djetinjstva na početak i razvoj zlouporabe droga.

U današnje vrijeme problemi povezani s drogama imaju utjecaja gotovo posvuda. U europskim zemljama se očituju razni politički problemi poput beskućništva, liječenja psihičkih poremećaja i kriminala među mladima. Također promatramo veće razine nasilja i korupcije potaknute tržištem droga u nekim zemljama. Na međunarodnoj razini, problemi s drogama rastu u mnogim zemljama s niskim i srednjim dohotkom, potkopavajući upravljanje i razvoj i povećavajući ionako znatne izazove javnog zdravstva i sigurnosti s kojima se mnoge zemlje suočavaju. Sve češće primjećujemo da se gotovo sve što ima psihoaktivna svojstva može pojaviti na tržištu droga, često krivo označeno ili u mješavinama, ostavljajući potrošače potencijalno nesvjesnima što koriste, povećavajući zdravstvene rizike i stvarajući nove izazove za provedbu zakona (EMCDDA, 2023).

2.1. Depresivi

Depresivi su lijekovi koji usporavaju središnji živčani sustav i poruke koje idu između mozga i tijela. Ovi lijekovi smanjuju koncentraciju kod ljudi i usporavaju njihovu sposobnost reagiranja. Naziv 'depresiv' sugerira da ti lijekovi mogu učiniti da se osoba osjeća depresivno,

ali to nije uvijek slučaj. Pojam depresiv isključivo se odnosi na učinak usporavanja središnjeg živčanog sustava. Neki primjeri depresiva uključuju alkohol, opijate (npr. heroin), barbiturate, hipnotike, anksiolitike i slično.

Učinci depresiva razlikuju se ovisno o vrsti i specifičnoj kemikaliji. Neki depresivi mogu djelovati trenutno, s učinkom koji traje samo kratko vrijeme (kao što su inhalanti) dok za druge depressive može trebati više vremena da počnu djelovati te njihov učinak traje dulje. Općenito, kada se uzimaju male do niske doze depresiva, mogu se pojaviti učinci kao što su smanjene inhibicije, smanjena tjeskoba i stres, usporeno vrijeme reakcije, usporeno disanje i povećan rizik od nesreće ili ozljede. Veće doze mogu rezultirati oslabljenim prosuđivanjem i koordinacijom, povraćanjem, nepravilnim ili plitkim disanjem, nesvjesticama i gubitkom pamćenja, komom i smrću (Brands, Sproule i Marshman, 1998).

2.1.1. Produkti kanabisa (marihuana i hašiš)

Kanabis je treća najčešće korištena psihoaktivna tvar u svijetu nakon alkohola i duhana. Procjenjuje se da je 2018. godine 192 milijuna osoba ili 3,9% od ukupnog broja globalno odraslog stanovništva konzumiralo kanabis u prethodnoj godini. Najvišu stopu konzumacije imaju zemlje s visokim dohotkom, a manja ali rastuća upotreba zabilježena je u zemljama s niskim i srednjim dohotkom (Connor, Stjepanović i Le Foll, 2021). Međutim, kada se radi o nedopuštenim drogama, kanabis je i dalje daleko najčešće konzumirana nedopuštena droga u Europi. Nacionalna istraživanja o upotrebi kanabisa u 2021. godini procjenjuju kako je ukupno oko 8% odraslih Europljana (22,6 milijuna u dobi od 15. do 64. godine) koristilo kanabis u prošloj godini (EMCDDA, 2023).

Također, procjenjuje se da oko 1,3 % odraslih osoba u Europskoj uniji (3,7 milijuna ljudi) svakodnevno ili gotovo svakodnevno konzumira kanabis, a to je i skupina koja će najvjerojatnije imati problema povezanih s ovom drogom. Ostaje, međutim, potreba za boljim razumijevanjem vrsta problema s kojima se susreću konzumenti kanabisa, kao i opcija liječenja koje su dostupne onima s problemima povezanim s kanabisom.

U Europi postoji sve veća raznolikost proizvoda od kanabisa. To vrijedi i za tržište ilegalnih droga i za potrošačka tržišta, gdje se pojavljuju proizvodi koji sadrže niske razine THC-a, ali i drugih tvari dobivenih iz biljke kanabisa, poput CBD-a. Na tržištu ilegalnih droga, dostupnost visokopotentnih ekstrakata i jestivih proizvoda predstavlja posebnu zabrinutost i povezuje se s pojavom akutne intoksikacije u bolničkim odjelima hitne pomoći. Osim toga, postoji zabrinutost da neki proizvodi koji se prodaju na nezakonitom tržištu kao prirodni kanabis mogu

biti krivotvoreni s jakim sintetskim kanabinoidima. Nedavno je polusintetski kanabinoid heksahidrokanabinol (HHC) stavljen na tržište u nekim državama članicama EU-a i prodavan kao „legalna” alternativa kanabisu, što je dodatno pojačalo regulatorne izazove u ovom području (EMCDDA, 2023).

Zabilježeno je da se zlouporaba kanabisa odnosi na gotovo trećinu svih prijema na liječenje od ovisnosti u Europi. Ove je podatke teško protumačiti, djelomično zbog širokog spektra intervencija koje se pružaju korisnicima kanabisa, od kojih neke mogu biti upućene iz kaznenopravnog sustava. Nedavni pregled EMCDDA-a otkrio je povećanje dostupnosti psihosocijalnih tretmana kao što su kognitivno bihevioralne terapije onima koji imaju problema s uporabom kanabisa, a te se intervencije ponekad mogu pružiti i putem digitalnih aplikacija. Općenito uzevši, broj ljudi koji su se prijavili na liječenje zbog problema s kanabisom ostao je relativno stabilan do 2019. godine, prije nego se smanjio tijekom pandemije, ali se nije vratio na razine prije pandemije. Međutim, zbog problema s kvalitetom i dostupnošću podataka te ukupnog utjecaja pandemije na pružanje usluga, te se podatke treba tumačiti s oprezom.

2.1.2. Opijati i opioidi

Iako opijati nisu najrasprostranjenija skupina droga, njihova upotreba predstavlja značajan problem zbog ozbiljnih štetnih posljedica koje su s njom povezane. Primjerice, u 2017. godini, upotreba opijata bila je uzrok čak 66% smrtnih slučajeva povezanih sa zlouporabom droga (UNODC, 2019). Heroin je i dalje najčešće korišten nedopušteni opijat u Europi, a ovisnost o heroinu predstavlja veliki udio zdravstvenog tereta koji se pripisuje konzumaciji nedopuštenih droga. Međutim, problem opijata u Europi evoluirao je tijekom posljednjeg desetljeća (NIDA, 2019). Iako je heroin i dalje uključen u većinu ukupnih smrtnih slučajeva povezanih s opijatima, smanjio se broj zemalja u kojima je to slučaj; u isto vrijeme, drugi opijati su postali istaknutiji. Podaci o akutnoj intoksikaciji droga pokazuju da su 2021. u nekim gradovima opioidi, koji se koriste kao supstitucijska terapija za liječenje ovisnosti o opijatima, prestigli heroin kao najčešće zloupotrebljavanu drogu. Dok su heroin ili, u manjoj mjeri, drugi opijati i dalje u središtu rasprave o problemima povezanim s opijatima u Europi, postoji zabrinutost da bi sintetički opioidi mogli predstavljati sve veću prijetnju za budućnost. Do sada je većina zabrinutosti u ovom području bila usmjerena na dostupnost i upotrebu derivata fentanila, kao što je karfentanil. Međutim, u novije vrijeme primijećena je pojava vrlo potentnih benzimidazolskih (nitazen) opioida, uključujući protonitazen, metonitazen i izotonitazen, kao i

otkrivanje opioidnih smjesa koje sadrže nove benzodiazepine i sredstva za smirenje. Općenito, dostupni pokazatelji sugeriraju da je uporaba heroina ostala stabilna u 2021. u usporedbi s prethodnim godinama. Procjenjuje se da je 0,33 % stanovništva EU-a, oko milijun ljudi, koristilo opijate i opioide u 2021. godini. Također, u 2021., 71 000 korisnika prijavilo je korištenje opijata kao glavnim razlogom za ulazak u specijalizirano liječenje od ovisnosti, što predstavlja 25 % svih onih koji su ušli u liječenje od ovisnosti u Europi. Heroin je bio primarna droga za 10 000 (74 %) od 16 000 novih korisnika koji su prijavili određeni opijat ili opioid kao svoju glavnu problematičnu drogu (EMCDDA, 2023).

2.2. Stimulansi

Stimulansi (koji se nazivaju i psihostimulansi) su lijekovi koji stimuliraju središnji živčani sustav i ubrzavaju prijenos poruka između mozga i tijela. Ovi lijekovi obično povećavaju energiju, broj otkucaja srca i apetit. Neki primjeri psihostimulansa uključuju metamfetamin (speed, ice, base), kokain, deksamfetamin, kofein, nikotin, MDMA/ecstasy (NIDA, 2019).

Stimulansi obuhvaćaju širok raspon tvari koje uključuju legalne i nedopuštene droge s nizom učinaka i svrha. Dok se neki stimulansi pretežno koriste ilegalno (npr. kokain, metamfetamin), drugi služe u medicinske svrhe (npr. Adderall, koji se koristi za liječenje simptoma ADHD-a). Međutim, zlouporaba stimulansa može dovesti do negativnih zdravstvenih ishoda, koji mogu uključivati ovisnost, predoziranje i smrt. Stimulansi povećavaju aktivnost središnjeg živčanog sustava kroz interakciju s različitim sustavima neurotransmitera, uključujući serotonin, norepinefrin i dopamin. To u konačnici može dovesti do povećanja pažnje, budnosti i energije, između ostalih učinaka. S tim u vezi, zlouporaba određenih stimulansa može generirati mnoštvo štetnih učinaka kao što su psihoza, paranoja i bijes, te može povećati rizik od predoziranja i teških fizioloških ishoda kao što su srčani udar, napadaj i moždani udar. Dostupni u različitim oblicima kao što su pilule/kapsule, tekućine za injekcije i prah, stimulansi se mogu uzimati oralno, kao i pušiti, ubrizgavati i ušmrkavati. Osim svojih namjeravanih terapijskih učinaka, stimulansi se ponekad zlorabe za povećanje samopouzdanja, smanjenje apetita, stvaranje osjećaja ushićenja, produljenje budnosti, poboljšanje fizičkih i mentalnih performansi i povećanje aktivnosti (Drug Enforcement Administration, 2020).

2.2.1. Kokain

Kokain je, osim kanabisa, druga najčešće korištena zabranjena droga u Europi, iako se razine prevalencije i obrasci upotrebe znatno razlikuju među zemljama. U Europskoj uniji istraživanja pokazuju da je gotovo 2,3 milijuna osoba u dobi od 15 do 34 godine (2,3 % ove dobne skupine) konzumiralo kokain u prošloj godini. Od 11 europskih zemalja koje su provele istraživanja od 2020. i pružile intervale pouzdanosti, pet država je prijavilo više procjene od svojih prethodnih usporedivih istraživanja, njih pet je prijavilo stabilan trend, a jedna nižu procjenu (EMCDDA, 2023). Kokain je bio druga najčešća problematična droga među osobama koje prvi put u životu ulaze u specijalizirano liječenje ovisnosti te je konzumiranje ove droge navelo procijenjenih 25 000 korisnika, ili 21 % svih onih koji prvi put dolaze na liječenje. Najnoviji europski podaci otkrivaju vremenski odmak od 10 godina od prvog uzimanja kokaina, u prosjeku u dobi od 23 godine, i prvog liječenja problema povezanih s kokainom, u prosjeku u dobi od 33 godine (EMCDDA, 2023).

Među osobama koje koriste drogu često se javlja kombinacija korištenja kokaina i alkohola. Kada se ove dvije tvari konzumiraju istovremeno, jetra ih metabolizira stvarajući spoj nazvan kokaetilen. Prisutnost kokaetilena u tijelu može povećati rizik od različitih štetnih zdravstvenih posljedica, uključujući agitaciju, psihozu, ubrzani rad srca (tahikardiju), visoki krvni tlak (hipertenziju), poremećaj srčanog ritma (aritmiju), bol u prsima zbog akutnog koronarnog sindroma te čak moždani udar. Kronična uporaba kokaina povezana je s povećanim rizikom od bolesti koronarnih arterija, kardiomiopatije (pogoršanje funkcije srčanog mišića) i moždanog udara. Osim rizika povezanih s akutnom toksičnošću, kokain je stimulans koji izaziva snažnu ovisnost i može dovesti do visoke tolerancije na drogu i ovisnosti. Upotreba kokaina također je povezana s povećanim rizikom od smrti. Nedavni pregled mortaliteta među osobama s redovitom ili problematičnom konzumacijom kokaina otkrio je da su rizik od smrti uslijed samoubojstva, slučajne ozljede, ubojstva i smrtnosti povezane s AIDS-om bili povišeni u usporedbi s vršnjacima iz opće populacije (EMCDDA, 2023).

2.2.2. Amfetamin i metamfetamin

Amfetamin je stimulans središnjeg živčanog sustava koji uzrokuje hipertenziju i tahikardiju uz osjećaj povećanog samopouzdanja, društvenosti i energije. Suzbija apetit i umor te dovodi do nesanice. Nakon oralne primjene, učinci obično počinju unutar 30 minuta i traju veći broj sati.

Kasnije se korisnici mogu osjećati razdražljivo, nemirno, tjeskobno i depresivno. Snažan je stimulans koji izaziva veliku ovisnost i djeluje na središnji živčani sustav. Kristalni metamfetamin je oblik droge koji izgleda poput krhotina stakla ili sjajnih, plavkasto-bijelih stijena. Kemijski je sličan amfetaminu, lijeku koji se koristi za liječenje poremećaja pažnje i hiperaktivnosti (ADHD) i narkolepsije, poremećaja spavanja (EMCDDA, 2023). Metamfetamin ima veću snagu od amfetamina, ali u nekontroliranim situacijama učinci su gotovo nevidljivi. Metamfetamin se može gutati, ušmrkavati i, rjeđe, ubrizgavati ili pušiti. Za razliku od sulfatne soli amfetamina, metamfetamin hidroklorid, posebno kristalni oblik (led), dovoljno je hlapljiv da se može pušiti. Kada se proguta, doza može varirati od nekoliko desetaka do nekoliko stotina miligrama, ovisno o čistoći i izomernom sastavu. Metamfetamin povećava količinu prirodne kemikalije dopamina u mozgu, a dopamin je uključen u kretanje tijela i motivaciju osobe. Sposobnost metamfetamina da brzo otpusti visoke razine dopamina u područjima mozga za nagrađivanje snažno pojačava želju za ponavljanjem iskustva uzimanja ove droge. Osobe koje injektiraju metamfetamin izložene su povećanom riziku od zaraze zaraznim bolestima kao što su HIV i hepatitis B i C. Te se bolesti prenose kontaktom s krvlju ili drugim tjelesnim tekućinama koje mogu ostati na opremi za injektiranje. Konzumacija metamfetamina također može promijeniti prosuđivanje i donošenje odluka što dovodi do rizičnog ponašanja, kao što je nezaštićeni seks, što također povećava rizik od infekcije. Upotreba metamfetamina može pogoršati napredovanje HIV/AIDS-a i njegove posljedice. Studije pokazuju da HIV uzrokuje više ozljeda živčanih stanica i više kognitivnih problema kod ljudi koji koriste metamfetamin nego kod ljudi koji imaju HIV i ne koriste tu drogu (NIDA, 2019).

2.2.3. MDMA

MDMA je sintetička, dizajnerska droga kemijski slična amfetaminima, ali s nešto drugačijim djelovanjem. U Europi se uporaba MDMA općenito povezuje s epizodnim obrascima konzumacije u kontekstu noćnog života i zabave. Čini se da je prijavljena uporaba ove droge privremeno pala tijekom razdoblja socijalnog distanciranja tijekom ranih faza pandemije COVID-19. Trenutačno dostupni podaci bi, međutim, sugerirali ukupnu relativno stabilnu razinu potrošnje, ali s nacionalnim varijacijama u uočenim nedavnim trendovima i upozorenjem da ukupni pokazatelji ponude upućuju na lagani nedavni pad dostupnosti. Otprilike polovica europskih gradova koji su prijavili analizu otpadnih voda otkrili su porast ostataka MDMA

između 2021. i 2022. godine, iako je u većini drugih gradova zabilježen određeni pad. Istraživanja koja je provelo 26 zemalja EU-a između 2015. i 2022. godine pokazuju da je 1,8 milijuna mladih odraslih osoba (15 do 34) koristilo MDMA u prošloj godini (1,8 % ove dobne skupine) te da je 2,0 % (0,9 milijuna) onih u dobi od 15 do 24 godine koristilo MDMA u prošloj godini. Općenito, dostupni pokazatelji sugeriraju da se proizvodnja MDMA-a nastavlja unutar Europe, kako za domaću potrošnju tako i za izvoz na tržišta izvan Europske Unije. Dostupne informacije snažno sugeriraju da je većina proizvodnje MDMA i dalje uglavnom koncentrirana u ili oko Nizozemske. Postoje neki znakovi smanjenja proizvedenog obujma prema najnovijim podacima. Osim toga, dok su ukupni prosječni sadržaj MDMA u tabletama i čistoća praškova ostali stabilni u 2021. godini, nedavno je zabilježeno smanjenje sadržaja MDMA u tabletama ecstasyja u nekim važnim zemljama izvora, a ponajviše u Nizozemskoj. Korištenje MDMA rijetko se navodi kao razlog za ulazak u liječenje od ovisnosti u Europi, no akutna trovanja i smrti ponekad se povezuju s konzumacijom ove tvari. Upotreba MDMA stoga i dalje predstavlja važno pitanje za prevenciju i intervencije u vidu smanjenja štete prouzročene konzumacijom ove droge (EMCDDA, 2023).

2.3. Halucinogeni

Halucinogeni su droge koje obično mijenjaju način na koji osoba doživljava svijet. Oni mogu promijeniti način na koji osoba vidi, čuje, okusi, miriše ili osjeća različite stvari, uključujući i doživljaj stvari kojih uopće nema. Neki primjeri halucinogena uključuju ketamin, psilocibin („čarobne gljive“), LSD, PCP.

Halucinogeni su raznolika skupina droga koje mijenjaju svijest osobe o svojoj okolini kao i o vlastitim mislima i osjećajima. Obično se dijele na dva dijela kategorije: klasični halucinogeni (kao što je LSD) i disocijativne droge (kao što je PCP). Obje vrste halucinogena mogu uzrokovati halucinacije ili osjete i slike koje se čine stvarnima iako nisu (distorzija realiteta). Osim toga, disocijativne droge mogu uzrokovati da se korisnici osjećaju izvan kontrole ili isključeni iz svog tijela i okoline. Neki halucinogeni ekstrahiraju se iz biljaka ili gljiva, a neki su sintetički (proizvedeni u improviziranim laboratorijima). Povijesno gledano, ljudi su koristili halucinogene za vjerske ili iscjeliteljske rituale. Mnoge osobe koriste ove droge u društvene ili rekreacijske svrhe, uključujući zabavu, nošenje sa stresom, iskustvo doživljavanja duhovnih iskustava. Učinci halucinogena općenito počinju unutar 20 do 90 minuta i mogu trajati do 12 sati u nekim slučajevima (LSD) ili samo 15 minuta u drugima (sintetski DMT). Korisnici doživljavaju halucinogena iskustva koja nazivaju "tripovima". Ako je iskustvo neugodno, ono

se obično naziva "loš trip". Ne postoje lijekovi koje je odobrila FDA za liječenje ovisnosti o halucinogenima. Dok bihevioralni tretmani mogu biti od pomoći pacijentima s raznim ovisnostima, potrebno je provesti daljnja istraživanja kako bi se ustanovilo jesu li bihevioralne terapije učinkovite za ovisnost o halucinogenima (NIDA, 2019).

2.3.1. LSD

LSD je otkriven 1938. godine i proizvodi se od lizerginske kiseline, koja se nalazi u ergotu, gljivi koja raste na raži i drugim žitaricama. LSD se prodaje u tabletama, kapsulama i, povremeno, u tekućem obliku te se obično uzima oralnim putem. LSD je često dodan upijajućem papiru koji je zatim podijeljen na ukrašene dijelove, a svaki papirić odgovara jednoj dozi. Iskustva, koja se često nazivaju "tripovi" su duga; obično završavaju nakon otprilike 12 sati. Senzacije i osjećaji se mijenjaju dramatičnije od fizičkih znakova kod osoba pod utjecajem LSD-a. Korisnik može osjetiti nekoliko različitih emocija jednom ili se brzo „prebaciti“ s jedne emocije na druge. Ako se uzima u dovoljno velikim dozama, lijek proizvodi zablude i vizualne halucinacije. Osjećaj korisnika za vrijeme učinka se mijenja. Iskustva pokazuju da korisnici imaju osjećaj da “prelaze” različita osjetila, dajući korisniku osjećaj slušanja boja i gledanja zvukova. Ove promjene mogu biti zastrašujuće i mogu izazvati paniku kod korisnika pod utjecajem LSD-a. Neki korisnici LSD-a dožive teške, zastrašujuće misli i osjećaj očaja, strah od gubitka kontrole ili strah od ludila i smrti tijekom korištenja LSD-a. Kod korisnika se također mogu javiti ponovna proživljavanja „tripa“, često bez upozorenja, i to u roku od nekoliko dana ili više od godinu dana nakon upotrebe LSD-a. Kod nekih pojedinaca, tzv. „flashbackovi“ mogu ustrajati i uzrokovati značajne teškoće ili oštećenja u socijalnom ili profesionalnom funkcioniranju. Većina korisnika LSD-a dobrovoljno smanjuje ili s vremenom prestaju koristiti LSD. Također, LSD je droga za koju se kaže da ne stvara ovisnost budući da ne uzrokuje kompulzivnu potrebu. Međutim, LSD stvara toleranciju, dakle neki korisnici koji opetovano uzimaju lijek moraju uzimati sve veće doze kako bi postigli željeno stanje, onakvo kakvo je bilo pri početnom konzumiranju LSD-a. Ovo je izuzetno opasna praksa s obzirom na nepredvidljivost djelovanja ove droge (EMCDDA, 2023).

2.3.2. Psilocibin („čarobne gljive“)

Psilocibin je kemijski spoj dobiven iz određenih vrsta suhih ili svježih halucinogenih gljiva pronađenih u Meksiku, Južnoj Americi te južnim i sjeverozapadnim regijama Sjedinjenih Američkih Država. Psilocibin je klasificiran kao indol-alkilamin (triptamin). Ti spojevi imaju strukturu sličnu dietilamidu lizergične kiseline (LSD) i zlorabe se zbog svojih halucinogenih i euforičnih učinaka kako bi proizveli "trip". Halucinogeni (psihodelični) učinci vjerojatno su posljedica djelovanja na serotoninске receptore središnjeg živčanog sustava. Postoji više od 180 vrsta gljiva koje sadrže kemikalije psilocibin ili psilocin. Kao i kaktus peyotl od kojeg se dobiva meskalin, halucinogene gljive se stoljećima koriste u domaćim ili vjerskim obredima. Psilocibin se može i sintetski proizvesti u laboratoriju. Postoje izvješća da psilocibin kupljen na ulici zapravo može biti druga vrsta gljiva s dodatkom LSD-a. "Čarobne gljive" imaju duge, tanke stabljike koje se mogu činiti bijelima ili sivkastima s klobucima s tamnim škrgama na donjoj strani. Osušene gljive obično su crvenkasto, hrđavo smeđe boje s izoliranim dijelovima prljavo bijele boje. Gljive se unose oralno i od njih se može napraviti čaj ili umiješati u drugu hranu. Gljive se mogu koristiti kao svježe ili osušene. Psilocibin ima gorak, neukusan okus, a uz bilo koju dozu psilocibina može se dogoditi "loš trip", ili neugodno ili čak zastrašujuće iskustvo. Općenito, sušene gljive sadrže oko 0,2% do 0,4% psilocibina. Tipična doza psilocibina koja se koristi u rekreacijske svrhe varira, s konačnim učincima koji se javljaju za 1 do 2 sata i traju oko šest sati. Doza i učinci mogu znatno varirati ovisno o vrsti gljive, načinu pripreme i toleranciji pojedinca. Može biti teško odrediti točnu vrstu gljive ili koliko svaka gljiva sadrži halucinogena. Učinci psilocibina slični su onima drugih halucinogena, poput LSD-a. Psihološke reakcije na upotrebu psilocibina uključuju vizualne i slušne halucinacije i nemogućnost razlikovanja fantazije od stvarnosti. Također se mogu pojaviti reakcije panike i psihoze, osobito ako se progutaju velike doze psilocibina. Fizički učinci psihodeličnih gljiva mogu uključivati osjećaj mučnine, povraćanje, slabost mišića, zbunjenost i nedostatak koordinacije. Kombinirana uporaba s drugim tvarima, poput alkohola i marihuane, može pojačati ili pogoršati sve ove učinke. Veće doze psilocibina, uključujući predoziranje, mogu dovesti do intenzivnih halucinogenih učinaka tijekom duljeg vremenskog razdoblja. Može se dogoditi intenzivna epizoda "tripa", koja može uključivati paniku, paranoju, psihozu, zastrašujuće vizualizacije i vrlo rijetko smrt. Sjećanje na "loš trip" može trajati cijeli život (EMCDDA, 2023).

2.4. Nove psihoaktivne tvari

Početak 21. stoljeća pojavile su se skupine sintetičkih droga koje su se vodile kao legalne, a koje su imitirale učinke tradicionalnih droga. Te skupine droga zajednički nose naziv nove psihoaktivne tvari, a uključuju aminoindane, derivate feniletilamina, piperazine, sintetičke kanabinoide, sintetičke katinone, sintetičke opioide i drugo. Nove psihoaktivne tvari kemijski su heterogena skupina tvari poznate i pod nazivom sintetske ili dizajnerske droge. Najčešće se radi o analogiji već postojećih skupina droga i lijekova ili novosintetizirane tvari koje imitiraju njihovo djelovanje i psihoaktivne učinke (Batisse, Eiden i Peyriere, 2020). Prema Europskom centru za praćenje droga i ovisnosti o drogama, nove psihoaktivne tvari su razvrstane u: aminoindane, arilalkilamine, arilcikloheksilamine, benzodiazepine, fenetilamine, triptamine, opioide, piperazine i pirolidine, sintetske kanabinoide, sintetske katinone, biljke i ekstrakte te ostalo. Funkcionalne kategorije prema kemijskoj strukturi i psihofarmakološkim učincima uključuju sintetičke stimulanse, sintetičke kanabinoide, sintetičke halucinogene i sintetičke depresore. Nove psihoaktivne supstance poznate su i pod terminom "legal highs", a proizvedene su u laboratorijima koji barataju s brojnim varijantama kemijskih formula koje služe da se neko vrijeme izbjegne zakon. Osnovna su im obilježja laka dostupnost, mogućnost on-line kupnje ili kupnje u smart/head shopovima i kioscima, atraktivno pakiranje i pristupačne cijene. Sintetički katinoni i sintetički kanabinoidi predstavljaju dvije najveće skupine koje se nadziru u okviru Europskog sustava ranog upozoravanja, a zajedno tvore gotovo dvije trećine novih droga (Zrilić, 2016).

2.4.1. Sintetički kanabinoidi

Sintetički kanabinoidi nedavno su se pojavili na tržištu, ali trenutno su strukturalno najraznolikija skupina Novih psihoaktivnih tvari i, pored katinona, jedna od najbrže rastućih (Castaneto i sur., 2014). Sintetski kanabinoidi se na tržištu pronalaze kao osvježivači prostora, egzotične arome u praškastim ili oblicima sličnim čajevima u tekućem, uljastom ili kristalastom stanju. Prodaju se pod nazivima „Spice“, „K2“, „Yucatan Fire“, „Chill X“, „Smoke“ i drugi. Uzimaju se pušenjem, slično korištenju kanabisa (EMCDDA, 2021). Sintetski kanabinoidi su psihoaktivne supstance dobivene kemijskim putem u laboratoriju koje imaju sličan učinak THC-u vežući se kao i THC na kanabinoidne receptore u središnjem živčanom sustavu. Imaju puno veći afinitet

na receptore i jači učinak (Zrilić, 2016). Prema Europskom izvješću o drogama za 2019. godinu u skupini novih psihoaktivnih tvari najveći udio prijavljenih zapljena u 2017. godini otpada na sintetske kanabinoide te iznosi visokih 51 %. Učinci sintetskih kanabinoida nakon konzumacije usporedive su sa simptomima nakon konzumacije prirodnog kanabisa, a uključuju promjene raspoloženja i percepcije, suhoću ustiju, crvenilo očiju i tahikardiju. Toksični učinci sintetskih kanabinoida su češći i izraženiji u usporedbi s prirodnim kanabisom te mogu imati različite posljedice na tijelo, posebno na kardiovaskularni sustav (ubrzani rad srca, visoki krvni tlak), gastrointestinalni sustav (mučnina, povraćanje) i neurološki sustav (poremećaji svijesti). Većina tih simptoma može se uspješno kontrolirati simptomatskim tretmanom, no konzumacija sintetskih kanabinoida može dovesti i do ozbiljnih zdravstvenih komplikacija poput akutnog srčanog udara, ishemijskog moždanog udara, napadaja te psihičkih problema kao što su psihoza, halucinacije i suicidalne misli (Papaseit i sur., 2018).

2.4.2. Sintetički katinoni

Sintetički katinoni su stimulansi koji imaju strukturnu sličnost s amfetaminom, MDMA-om i metamfetaminom te se prodaju u različitim oblicima poput soli za kupanje, praha u malim vrećicama, tableta ili kapsula. Mogu se koristiti na različite načine, uključujući oralnu primjenu, ušmrkavanje i intravensku primjenu. Brzi učinci ušmrkavanja i intravenske primjene mogu se primijetiti unutar nekoliko minuta, dok oralna primjena rezultira učinkom za oko 15 do 45 minuta nakon konzumacije, koji traje oko dva do tri sata. Ovi spojevi često izazivaju osjećaje euforije, potrebu za kretanjem, povećanu energiju te empatiju. U proteklih 15 godina, derivati katinona postali su sveprisutni na tržištu, dostupni u smart shopovima ili putem interneta. Proizvodi koji sadrže aktivne sastojke iz skupine katinona oglašavaju se kao „biljne hranjive tvari“, „soli za kupanje“ ili „kemikalije za istraživanje“. Prodaju se pod različitim uličnim imenima; mefedron je poznat kao „m-cat“, „meow meow“, a metilon kao „top cat“. Ovi pripravci vrlo često sadrže kombinaciju dvaju ili više derivata katinona, zajedno s drugim vrstama novih psihoaktivnih tvari (Baumann i sur., 2013). Sintetski katinoni često se nalaze u obliku bijelog ili obojenog kristalnog praha te rjeđe kao tablete ili kapsule. Dok neki korisnici preferiraju ušmrkavanje mefedrona, većina katinona uzima ih oralno. Budući da su katinoni topivi u vodi, mogu se koristiti i kao injekcije. Međutim, zbog njihove kemijske nestabilnosti kao slobodne baze, vjerojatno nisu prikladni za pušenje (EMCDDA, 2023). Liječenje je

simptomatsko, a ono obično uključuje primjenu terapije dijazepamom, lorazepamom ili haloperidolom (Zrilić, 2016).

3. UČINKOVITE FARMAKOLOŠKE INTERVENCIJE U TRETMANU PROBLEMATIČNIH KORISNIKA DROGA

Ovisnosti o drogama predstavljaju ozbiljan javnozdravstveni i društveni problem u cijelome svijetu. EMCDDA (2023) procjenjuje da je 2021. godine u Europskoj uniji 1,6 milijuna ljudi započelo liječenje zbog problema povezanih s uporabom nedopuštenih droga (1,9 milijuna, uključujući Norvešku i Tursku). Korisnici opioida predstavljaju najveću skupinu koja se podvrgava specijaliziranom liječenju od ovisnosti i troše najveći udio dostupnih sredstava za liječenje, uglavnom u obliku liječenja supstitucijskom terapijom, obično u kombinaciji s psihosocijalnim intervencijama (EMCDDA, 2023). Supstitucijska terapija definira se kao kontrolirano propisivanje lijekova (obično opioida) za problematične korisnike droga, uglavnom korisnike heroina kao dio općeg plana skrbi. Cilj ovakve terapije je smanjiti ili eliminirati korištenje ilegalnih droga te smanjiti negativne zdravstvene i socijalne posljedice uporabe. Supstitucijsko liječenje opioidima je učinkovita intervencija za liječenje ovisnosti o heroinu, jer zadržava korisnike u liječenju i smanjuje upotrebu heroina na djelotvorniji način od tretmana koji ne uključuju supstitucijsku terapiju (Mattick, Kimber, Breen i Davoli, 2004). Supstitucijsko liječenje je dominantni biomedicinski pristup liječenju ovisnika o opijatima u Europi. U pravilu se pruža u specijalističkim izvanbolničkim ustanovama, iako je u nekim zemljama također dostupan u bolničkim ustanovama i zatvorima (EMCDDA, 2023). Visoko rizičnu upotrebu opijata EMCDDA (2019) definira kao „intravenoznu uporabu droga ili dugotrajnu/redovitu uporabu opijata”. Heroin ostaje najčešći opijat koji se koristi među visokorizičnim korisnicima u Europi, a opijati su detektirani kod 78% od ukupno 8 238 smrtnih slučajeva od predoziranja koje su uključivale najmanje jednu nedopuštenu drogu u Europskoj uniji u 2017. godini (EMCDDA, 2019). Osim smrti povezanih s drogom, posljedice upotrebe opijata uključuju ovisnost, visok rizik od infekcije HIV-om i virusnim hepatitisom kao posljedica dijeljenja opreme za injiciranje, rizično seksualno ponašanje, kriminalne aktivnosti, gubitak socijalne i obiteljske kohezije te ekonomski troškovi za društvo (Donmall, Jones, Weston, Davies, Hayhurst i Millar 2012). Napredak u razumijevanju neurobiološke osnove procesa ovisnosti doveo je do razvoja sve većeg broja farmakoloških sredstava za liječenje ovisnosti. Unatoč tom napretku, još ne postoje odobreni farmakološki tretmani za ovisnost o kokainu, metamfetaminu i kanabisu (Forsay i Sofuoglu, 2014). Farmakološke intervencije imaju tri široka cilja: upravljanje akutnim sindromom ustezanja kroz detoksikaciju, smanjenje žudnje i nagona za korištenjem nedopuštenih droga i prevenciju povratka na kompulzivnu upotrebu droga (O'Brien, 2005, prema Douaihy, Kelly i Sullivan, 2013).

Prema Douaihy i suradnicima (2013), većina psihofarmaka djeluje na moždane receptore neuroprijenosnika/neuromodulatora koji su disfunkcionalni kao rezultat specifične ovisnosti. Većina ovih lijekova spada u tri opće kategorije uključujući: (a) potpune agoniste, (b) djelomične agoniste i (c) antagoniste. Potpuni agonisti izravno stimuliraju receptorska mjesta u mozgu. Primjerice, metadon se veže na opijatni receptor što je u konačnici slično djelovanju heroina. Ovi lijekovi koriste se kao zamjena za zlouporabu, odnosno uzimanje primarnih droga, a korisnik nastavlja uzimati lijekove kao dugotrajnu terapiju za održavanje svog oporavka. Parcijalni agonisti djeluju kao agonisti, ali ne stimuliraju receptor u istom stupnju kao što to rade droge. Parcijalni agonisti se ponekad koriste za detoksikaciju, nakon čega korisnik ne zloupotrebljava drogu. Na primjer, buprenorfin je djelomični agonist koji je razvijen za detoksikaciju i za upotrebu kao lijek za održavanje korisnika kod kojih postoji rizik od ponovnog recidiva fizičke ovisnosti o opijatima. Lijekovi agonisti uzimaju se svakodnevno kako bi se izbjegla žudnja koja može dovesti do recidiva. Antagonistički lijekovi vežu se na receptor, ali ga ne stimuliraju i sprječavaju vezanje agonista. Naltrekson je primjer antagonističkog lijeka koji je razvijen za liječenje ovisnosti o opioidima. O djelovanju ovih lijekova opširnije će biti riječi u nastavku ovog rada.

Zadržavanje u tretmanu i smanjenje štete najčešće se postižu primjenom agonističkih terapija kao što je terapija metadonom ili buprenorfinom. Na početku supstitucijskog liječenja ovisnosti o opijatima početni ciljevi liječenja općenito su usmjereni na omogućavanje korisnicima da kontroliraju simptome ustezanja i želju za konzumiranjem, rješavanje bilo koje medicinske ili psihosocijalne krize s kojom se korisnici suočavaju te uspostavljanje odnosa s korisnicima i njihovo educiranje o procesu liječenja (Reimer i sur., 2016). Nakon početne faze ciljevi su uglavnom usmjereni na održavanje korisnika na odgovarajućim dozama supstitucijskih lijekova, rješavanje problema korištenja drugih supstanci od strane korisnika (ako ih ima) i sprječavanje korisnika da prijeđu na korištenje drugih psihoaktivnih tvari. Osim toga, vrlo je važno motiviranje korisnika i upućivanje na korištenje drugih usluga uključujući dijagnostiku i liječenje HIV-a i virusa hepatitisa C. Kroz cjelokupno liječenje vrlo je važno pomaganje korisnicima u ponovnom uspostavljanju profesionalne, financijske i obiteljske stabilnosti, zadržavanje korisnika u liječenju i pomaganje u pridržavanju režima liječenja te pomaganje korisnicima da spriječe ponovno korištenje opijata (Reimer i sur., 2016). Lijekovi mogu pomoći ublažiti simptome ustezanja među korisnicima s teškom fizičkom ovisnošću kako bi se osjećali ugodnije tijekom ranih faza liječenja nakon prestanka uzimanja droga. Smanjenje simptoma ustezanja može pomoći korisniku da apstinira i nastavi s liječenjem, umjesto da bude uhvaćen

u začarani krug upotrebe droga kako bi ublažio simptome ustezanja, čime se zapravo samo nastavlja ovisnost o drogama (Douaihy, Kelly i Sullivan, 2013). U liječenju ovisnosti, farmakoterapija ima za cilj prevenciju i smanjenje simptoma intoksikacije apstinencijske krize, smanjenje žudnje za sredstvom ovisnosti ili čak izazivanje averzije prema njemu (Buljan i sur., 2013). Procjenjuje se da je gotovo polovica od 1,3 milijuna problematičnih korisnika droga u Europskoj uniji u ovom tretmanu, što je znatno viša stopa nego u većini drugih regija svijeta (EMCDDA, 2019).

Međutim, ne postoji određeno trajanje tretmana za korisnike koji primaju supstitucijsku terapiju, ono može trajati mjesecima ili čak godinama. Krajnja točka općenito se postiže kada korisnik postigne ciljeve liječenja koje su zajednički odredili korisnik i pružatelj usluga tijekom započinjanja liječenja. Ciljevi liječenja nisu ograničeni na prestanak upotrebe droga od strane korisnika; oni također uključuju uspješnu reintegraciju korisnika u njihovu obitelj, društvo i posao (EMCDDA, 2021). Postizanje ovih ishoda uvelike ovisi o motivaciji i okolnostima svakog pojedinca te o kvaliteti i učinkovitosti pruženog tretmana, kao i o širem liječenju, zdravstvenim i socijalnim uslugama koje podupiru oporavak korisnika. Iako je apstinencija jedan od dugoročnih ciljeva liječenja, ona se ne postiže uvijek. Široka uporaba supstitucijske terapije potkrijepljena je znanstvenim dokazima prikupljenim tijekom posljednjih desetljeća u vezi s dobrobitima ovog liječenja ovisnosti o drogama i ublažavanju s njom povezanih zdravstvenih i društvenih posljedica. Unatoč ovim jasnim prednostima, posljednjih godina svjedočimo sve većoj raspravi o zabrinjavajućim razinama zlouporabe supstitucijske terapije u Europi, za koje se čini da igraju sve veću ulogu u problemu, a koji se tiče polivalentne (višestruke) zlouporabe droga (EMCDDA, 2021). Prema tome, važno je istaknuti da farmakološko liječenje samo po sebi neće omogućiti pojedincu postizanje cijelog niza ishoda liječenja ovisnosti (Advisory Council on the Misuse of Drugs - ACMD, 2015).

3.1. Supstitucijska terapija metadonom

Metadon ili (u Hrvatskoj) heptanon potpuni je opioidni agonist koji se izdaje na recept i pomaže smanjiti bol kod ustezanja od opijata. Djeluje na iste dijelove mozga kao i drugi opioidi ne izazivajući povišenu temperaturu. Njemački znanstvenici stvorili su metadon tijekom Drugog svjetskog rata u vrijeme nestašice morfija (još jedan snažan i adiktivan opijatni lijek protiv bolova). Liječnici u SAD-u počeli su koristiti metadon kao lijek protiv bolova 1947. godine (Hart, 2020). Metadon kao lijek u tretmanu ovisnosti o opijatima prve su u Europi uvele Danska, Nizozemska, Švedska i Ujedinjeno Kraljevstvo kasnih 1960-ih i ranih 1970-ih (EMCDDA, 2021). Tijekom 1980-ih godina porasle su razine uporabe heroina i intravenozne uporabe droga

u mnogim zapadnoeuropskim zemljama. Godine 1985. uvedeni su testovi na antitijela na HIV, što je dovelo do otkrića visoke stope zaraze u brojnim zapadnoeuropskim gradovima među ljudima koji ubrizgavaju droge. Strah i spoznaja od epidemije HIV/AIDS-a, kao i zabrinutost zbog kriminala i javne sigurnosti, značilo je da su droge postale politički prioritet na nacionalnoj i na europskoj razini, što je dovelo do širenja „*harm reduction*“ intervencija, uključujući i supstitucijsku terapiju (EMCDDA, 2021). Ova terapija je bila prva široko primijenjena zamjenska terapija za ovisnost o heroinu i ostala je najistraživaniji tretman takve vrste (Mattick i sur., 2004). Inicijalne studije o učinkovitosti ove terapije bile su obećavajuće, s primijećenim održavanjem korisnika, smanjenjem kriminalnih aktivnosti i poboljšanjem socijalne rehabilitacije (Ball i Ross, 1991). Međutim, problemi su se počeli pojavljivati već sedamdesetih godina kada je terapija metadonom postala široko rasprostranjena, prelazeći iz medicinski strogo nadziranog tretmana za ovisnike o heroinu u široko prihvaćeni oblik tretmana za sve vrste ovisnika (Hart, 2020).

Prema Hartu (2020), u početku tretmana, kada osoba počinje s metadonskom terapijom, potrebno je prisustvo liječnika, a kasnije tijekom liječenja osobama se može dopustiti da sami uzimaju metadon. Nakon što se stabiliziraju na metadonu, pojedinci koji koriste opijate kratkog djelovanja kao što je heroin, više neće doživljavati vrhunce euforije ili negativne učinke odvikavanja kao što su tjeskoba, agitacija, proljev i nesanica. Korisnik više nije zaokupljen traženjem droge. Održavanje korisnika na metadonu značajno smanjuje kriminalnu aktivnost, a prelazak korisnika s intravenozne uporabe heroina na oralnu primjenu lijekova (npr. metadona) drastično smanjuje izloženost riziku od HIV-a i hepatitisa C od intravenozne uporabe droga (Farre, Mas, Torrens, Moreno i Cami, 2002). Kada se koriste odgovarajuće doze, održavanje metadonom također smanjuje intenzitet opioida kraćeg djelovanja kroz unakrsnu toleranciju. To znači da se reakcija lijeka na određeni lijek (npr. metadon) prenosi na druge lijekove iz iste klase (npr. heroin) i smanjuje njihove pojačavajuće učinke, što zauzvrat smanjuje intenzitet žudnje za drogom. Kombinacija kontrole averzivnih učinaka i prevencije pojačanja čini održavanje metadonom iznimno učinkovitim tretmanom, što se objektivno mjeri testiranjem urina na droge (Mattick i sur., 2004, prema Douaihy, Kelly i Sullivan, 2013). Održavanje metadonom smatra se dugotrajnim liječenjem ovisnosti o opijatima iako se koristio na kratkoročnoj osnovi za detoksikaciju korisnika heroina. Optimalna doza održavanja metadona je između 80 mg i 120 mg (Donny, Walsh, Bigelow, Eissenberg i Stitzer, 2002). Međutim, psihosocijalne intervencije su obavezna i bitna komponenta održavanja metadonom. Budući da metadon potiče zadržavanje na liječenju, on omogućuje stručnjacima da rade s korisnicima koji su bili pod utjecajem droga i s njom pridruženih kriminalnih aktivnosti na

poboljšanju mnogih aspekata njihovog života. Više je studija pokazalo da su korisnici liječeni metadonom pokazali poboljšanje u područjima zaposlenja, obitelji i društvenih odnosa (Gonzalez, Oliveto i Kosten, 2004).

Korištenje opijatskih agonista poput metadona i buprenorfina ima značajnu ulogu u pristupu liječenju ovisnosti o heroinu, no većina stručnjaka slaže se da to predstavlja samo dio šireg tretmana. Ovi agonisti sami po sebi ne mogu u potpunosti eliminirati ovisnost; često se čak može dogoditi da stvore novi oblik ovisnosti. Velike doze metadona, njegova kombinacija s drugim tvarima i njegovo slučajno gutanje od strane neodgovornih osoba mogu dovesti do toksičnih reakcija i smrtnih slučajeva predoziranja. Međutim, razmjeri takvih štetnih događaja kao posljedica propisivanja metadona ostaju nedovoljno istraženi. Svojevremeno, određeni istraživači sugerirali su da je propisani metadon opasniji od heroina kojega zamjenjuje (Harding-Pink, 1993; Marks, 1994; Newcombe, 1996). Nasuprot tome, neke studije su pokazale da liječenje metadonom zapravo ima zaštitni učinak od predoziranja (Caplehorn i sur.; 1996; Darke i sur., 1996; Zador i sur., 1996; McGregor i sur., 1998). Postojeće znanje o predoziranju metadonom uglavnom se temelji na kvantitativnim podacima prikupljenim retrospektivno iz evidencije mrtvozornika i statistike smrti od droga. Ove informacije pružaju ključne uvide u učestalost smrtnih slučajeva povezanih s metadonom i različite čimbenike koji povećavaju rizik od predoziranja metadonom. Takve su studije, međutim, manje podložne istraživanju kako, zašto i u kojim situacijama umiru korisnici metadona (Neale, 2000). Kimber i suradnici (2015) u svojoj studiji identificirali su jake dokaze da je rizik od predoziranja tijekom prva 4 tjedna liječenja gotovo pet puta veći, dok je rizik od smrti dvostruko veći za korisnike koji uzimaju metadon nego za one koji koriste buprenorfin. Nasuprot tome, ako je korisnik prešao na metadon nakon što je već stabiliziran na buprenorfinu, nije bilo takvog rizika. Ti su korisnici također imali smanjenu stopu smrtnosti u usporedbi s onima koji su od početka liječeni metadonom.

3.2. Supstitucijska terapija buprenorfinom

Buprenorfin je lijek koji ublažava apstinencijske simptome koje uzrokuju opijati, a upotrebljava se kao i metadon. Jedan je od dva lijeka od kojih se sastoji lijek Suboxone, dok je drugi lijek nalokson. Proboj buprenorfina dogodio se ranih 1990.-ih kada se kreće koristiti u visokim dozama liječenja. Zahvaljujući svom jedinstvenom farmakološkom profilu, buprenorfin ima, kao supstitucijska terapija, brojne prednosti u odnosu na metadon (EMCDDA, 2021). Buprenorfin djeluje na iste dijelove mozga kao i metadon, ali slabije. Liječnici su počeli

propisivati buprenorfin u SAD-u 2002. godine, a na tržištu je u obliku tablete, trake koja se topi pod jezikom ili implantata ispod kože ruke koji traje 6 mjeseci (Allen i Harocopos, 2016). Što se tiče jednostavnosti upotrebe, buprenorfin se može započeti koristiti bez nadzora liječnika, međutim, za liječenje je potrebna veća doza od metadona i manje je učinkovit za izbjegavanje recidiva. Kemijski sastav buprenorfina čini ga manje štetnim, ne uzrokuje takav „high“ efekt kao metadon, a predoziranje buprenorfinom također je rjeđe od predoziranja metadonom. Za razliku od metadona, njegovi učinci se smanjuju nakon određene količine doze, koja se naziva učinak plafona - *the ceiling effect*. Učinak plafona pomaže spriječiti nekoga da uzme previše buprenorfina, ali bez obzira na to, ovisnost o njemu kao i predoziranje su ipak mogući (Allen i Harocopos, 2016). Zbog svog jedinstvenog farmakološkog profila buprenorfin ima, u načelu, niz prednosti u odnosu na metadon kada se koristi kao opioidna supstitucijska terapija. On nije tako snažan kao metadon, uzrokuje manju analgeziju i euforiju, ali unatoč tome ublažava simptome ustezanja. Klinička iskustva u skladu su s ovim nalazima i primatelji buprenorfina često se žale da propuštaju "high" učinak koji osjećaju prilikom korištenja metadona. Kao djelomični agonist, buprenorfin ima "plafonski učinak", to jest, nakon određene točke uzimanje veće količine neće povećati učinak lijeka (Whelan i Remski, 2012). Tvrdi se da buprenorfin ima bolji sigurnosni profil nego metadon, ali ima i veću stopu odustajanja od liječenja (Kimber, 2015).

Kako se javljala sve veća zabrinutost o potencijalu zlouporabe supstitucijske terapije i štete uzrokovane takvom terapijom, oblik buprenorfina koji sprječava zlouporabu uveden je 2004. u Europi. Lijek Suboxone kombinira dva aktivna sastojka, buprenorfin i nalokson, a njegov učinak mjerljiv je s učinkom djelovanja samo buprenorfina budući da se nalokson samo minimalno apsorbira ili se uopće ne apsorbira. Međutim, kada se kombinacija primjenjuje intravenozno ili nazalno, nalokson se veže za opioidne receptore brže od buprenorfina, što ubrzava odvikavanje (Mendelson i Jones, 2003, prema EMCDDA, 2021). Metadon je najčešće propisivan lijek, prima ga više od polovice (56 %) korisnika koji se liječe supstitucijskom terapijom diljem Europe. Drugih 35 % liječi se lijekovima koji se temelje na buprenorfinu, koji je glavni lijek koji se koristi u 8 zemalja Europe (EMCDDA, 2023).

Iako su manje uobičajene od liječenja navedenom supstitucijskom terapijom, alternativne mogućnosti liječenja za korisnike opijata dostupne su u svim europskim zemljama. U 11 zemalja za koje su podaci dostupni, između 5% i 47 % svih korisnika opijata na liječenju prima intervencije koje nisu klasificirane kao liječenje navedenom supstitucijskom terapijom, kao što su medicinski potpomognuta detoksikacija i ambulantne ili bolničke intervencije usmjerene na apstinenciju (EMCDDA, 2023).

3.3. Nedopuštena uporaba droga – zloraba supstitucijske terapije

Zbog agonističke prirode supstitucijske terapije, ista se može zlorabiti. Posljednjih godina svjedočimo sve većoj raspravi o zabrinjavajućim razinama zlorabe supstitucijske terapije u Europi, a porast smrti od predoziranja metadonom i buprenorfinom također je primijećen posljednjih godina (EMCDDA, 2019). Ovi smrtni slučajevi trenutno predstavljaju znatan udio smrti od predoziranja u nekim europskim zemljama. U SAD-u, s više od 70 000 smrtnih slučajeva povezanih s opioidima 2020. godine i dokazima o povećanju predoziranja sintetskim opioidom fentanilom usred pandemije COVID-19 (Wen i Sadeghi, 2020, Ahmad, Rossen i Sutton, 2021), opioidna epidemija i dalje ostaje važno javnozdravstveno pitanje. Trenutačno je u tijeku četvrti val opioidne epidemije u SAD-u koji uključuje pomak prema korištenju više supstanci i porast smrtonosnih predoziranja stimulansima (kokain i metamfetamin), čak premašujući predoziranje supstitucijskom terapijom (Kariisa, Scholl, Wilson, Seth i Hoots, 2019). Glavna poteškoća za korisnike koji su na supstitucijskoj terapiji je činjenica da liječnici u većini slučajeva na početku liječenja ne mogu točno predvidjeti ekvivalentne terapijske doze (EMCDDA, 2021). Ovo posebno vrijedi za ulični metadon ili buprenorfin, budući da je čistoća promjenjiva ili u situaciji kada su prethodne doze liječnicima nepoznate. Liječnici stoga moraju izvršiti pažljivu kliničku procjenu i pratiti napredak liječenja, osobito tijekom ranih faza liječenja. Početna doza supstitucijske terapije trebala bi težiti postizanju učinkovite razine ugodnosti, fizičke i psihičke, uz smanjenje vjerojatnosti predoziranja (EMCDDA, 2021). Dokazi pokazuju da nadzirana konzumacija metadona ili buprenorfina te uključivanje korisnika u psihosocijalne intervencije može osigurati da korisnici uzimaju propisanu dozu. Time se smanjuje zloraba i može se spriječiti predoziranje (ACMD, 2015).

4. UČINKOVITE PSIHOSOCIJALNE INTERVENCIJE U TRETMANU PROBLEMATIČNIH KORISNIKA DROGA

Psihosocijalne intervencije su strukturirane psihološke ili socijalne intervencije koje se koriste za rješavanje problema povezanih s drogom. Mogu se koristiti u različitim fazama tijekom liječenja, a svrha im je identificiranje problema, liječenje i pomoć u socijalnoj reintegraciji (EMCDDA, 2016). Psihosocijalne intervencije trebaju biti usmjerene na razumijevanje posebnih situacija u kojima korisnik uzima sredstvo ovisnosti, pronalaženje alternativnih načina upravljanja tim situacijama te promjenu neadekvatnog ponašanja. Cilj ovih intervencija je poticanje apstinencije, učenje korisnika novim vještinama za suočavanje sa stresom, jačanje motivacije za otpor prema ovisnosti te poboljšanje kvalitete života (Buljan i sur., 2013). Psihosocijalne intervencije mogu se koristiti u različitim okruženjima liječenja, bilo kao samostalni tretmani ili u kombinaciji s farmakološkim intervencijama. Mogu se provoditi individualno ili grupno, a provodi ih više zdravstvenih djelatnika. Psihološki tretmani mogu biti kratki ili intenzivni i specijalizirani. Smatraju se temeljem liječenja ovisnosti o drogama i alkoholu, posebice za tvari za koje samo farmakološko liječenje nije dostatno (Jhanjee, 2014). Često se ove mjere koriste kod korisnika pri prvom kontaktu sa zdravstvenim službama, uključujući hitnu pomoć, a služe kao pomoć korisnicima da prepoznaju i razjasne prirodu svojih problema s drogom posvećujući se promjeni svog ponašanja (EMCDDA 2016). U kasnijoj fazi ove se intervencije koriste kao podrška korisnicima u liječenju. Takvi su pristupi postali ključni u liječenju problematičnog korištenja kanabisa, kokaina i korištenju amfetamina (EMCDDA, 2015).

Posljednjih godina došlo je do proboja u razvoju psihosocijalnih tretmana za problematične korisnike droga koji se temelje na dokazima. Cjelokupne psihosocijalne intervencije pokazale su se učinkovitim. Neke intervencije poput kognitivno bihevioralne terapije, motivacijskog intervjuiranja i prevencije recidiva učinkovite su za mnoge problematične korisnike droga (Jhanjee, 2014). One također pomažu korisnicima u održavanju apstinencije te zadržavanju u liječenju. Psihosocijalne intervencije također mogu uključiti obitelj i zajednicu u proces liječenja i tijekom faze društvene reintegracije. Fleksibilna priroda većine psihosocijalnih intervencija znači da pružatelji usluga mogu koristiti različite kombinacije pristupa uzimajući u obzir potrebe pojedinih korisnika. Pružatelji usluga mogu slijediti različite teoretske postavke, što onda utječe na njihov odabir specifičnih intervencija (Kleber, 2006).

Za psihosocijalne intervencije kao skupinu općenito se priznaje da imaju vrijednost u cijelom procesu liječenja. Glavni kriterij za učinkovitost jest da psihološka terapija dovodi do smanjenja

upotrebe psihoaktivnih tvari ili apstinencije te poboljšanja u širokom rasponu područja funkcioniranja, uključujući fizičko i mentalno zdravlje, hepatitis, međuljudske odnose, zapošljavanje i kriminalno ponašanje korisnika (Jhanjee, 2014). U nastavku rada slijede neke od važnih psihosocijalnih intervencija za koje se pokazalo da su učinkovite u procesu liječenja problematičnih korisnika droga.

4.1. Kognitivno-bihevioralna terapija (KBT)

Kognitivno-bihevioralna terapija (KBT) prilagođena je kako bi se tretirala zlorporaba ovisničkih supstanci. Temelji se na pretpostavci da su zlorporaba tih supstanci i sama ovisnost oblik naučenog ponašanja koje se može promijeniti (Buljan i sur., 2013). Standardni kognitivno-bihevioralni tretman je vremenski ograničena, strukturirana psihološka intervencija, izvedena iz kognitivnog modela zlorporabe droga (Wright, Beck, Newman i Liese, 1993). Fokus se stavlja na prepoznavanje i promjenu iracionalnih misli, upravljanje negativnim osjećajima te mijenjanje neprilagođenih obrazaca ponašanja koji potiču negativne misli i emocije koje mogu rezultirati daljnjim konzumiranjem ovisničkih supstanci (Buljan i sur., 2013). Tipične kognitivne strategije koje se koriste su prepoznavanje i izazivanje disfunkcionalnih misli te prepoznavanje naizgled nevažnih odluka koje dovode do recidiva. Uobičajene strategije ponašanja koje se koriste su suočavanje sa žudnjom za drogama, izlaganje strahu, promicanje aktivnosti koje nisu povezane s drogama, trening opuštanja, pripravnost na hitne slučajeve i suočavanje s recidivom. Ostali elementi KBT-a uključuju trening socijalnih vještina (učinkovita komunikacija, vještine odbijanja) i vještine rješavanja problema. Kognitivno-bihevioralna terapija se često ocjenjuje kao najučinkovitiji pristup liječenju ovisnosti o drogama i alkoholu (Weisner, Matzger i Kaskutas, 2003) i dobro je prihvaćena od strane korisnika (Ellis i Smith, 2002).

Jedna od prednosti kognitivno-bihevioralne terapije može biti njezin doprinos dugoročnom oporavku nakon završetka terapije. Ovo kontinuirano poboljšanje obično nije karakteristično za druge terapije, kod kojih se često opaža postupno vraćanje na početnu razinu zlorporabe i povezanih problema. Takav dugoročni napredak može proizaći iz razvijanja vještina za suočavanje sa stresom i prevenciju recidiva koje korisnik stječe tijekom terapije. Istraživanja pokazuju da intenzivniji pristup kognitivno-bihevioralnoj terapiji često donosi bolje rezultate u liječenju težih kokainskih ovisnika. Osim toga, ova vrsta terapije koristi se i za poticanje sudjelovanja u metadonskoj terapiji i smanjenje rizičnih ponašanja. Na primjer, sudjelovanje u više grupa kognitivno-bihevioralne terapije značajno je povezano s većim povratkom u

metadonsku terapiju u usporedbi s onima koji su sudjelovali u samo jednoj ili nijednoj grupnoj terapiji (Goldstein, Deren, Kang, Des Jarlais i Magura, 2002, prema Buljan i sur., 2013). Dokazi o učinkovitosti KBT-a postoje za niz tvari uključujući alkohol, kanabis, amfetamine, kokain, heroin i intravenoznu upotrebu droga. Magill i Ray (2009) analizirali su rezultate 53 studije o učinkovitosti kognitivno-bihevioralnog liječenja kod odraslih osoba s problematičnom upotrebom alkohola ili droga. Njihovi nalazi ukazuju na malen, ali značajan statistički učinak u usporedbi s uvjetima u kojima KBT nije primijenjen. Čak 58% ispitanika koji su prošli kroz KBT postiglo je veći pozitivan napredak u usporedbi s onima koji nisu sudjelovali u tom tretmanu. Nadalje, Barrett, Waldron i Kaminer (2004) su zaključili meta-analizom studija o adolescenata s problematičnom upotrebom droga da KBT značajno smanjuje upotrebu droga i povezane probleme. Studije su također pokazale da KBT smanjuje uporabu nelegalnih droga među korisnicima supstitucijske terapije te druge povezane rizične obrasce ponašanja (Teesson, Hall, Lynskey i Degenhardt, 2000). Kognitivno-bihevioralni tretman stoga donosi brojne prednosti u liječenju ovisnosti o psihoaktivnim tvarima pružajući korisnicima znanje i alate za prevladavanje žudnje za drogom, čineći ga važnim oblikom intervencije u psihosocijalnom tretmanu problematičnih korisnika droga. Postoji nekoliko vrsta tretmana kognitivno-bihevioralne terapije koji su prilagođeni različitim poremećajima ovisnosti; sustav nagrade i kazne, prevencija relapsa, motivacijsko intervjuiranje. Neki od tih tretmana koriste se samostalno, dok se neki koriste u kombinaciji individualno-grupno (McHugh, Hearon i Otto, 2010).

4.1.1. Motivacijsko intervjuiranje

Motivacijsko intervjuiranje jedna je od psihosocijalnih tehnika koja pomaže ljudima da istraže i riješe svoju ambivalentnost u vezi s uporabom droga i počnu unositi pozitivne promjene u svom ponašanju, kao i psihološke promjene. Temelji se na načelima motivacijske psihologije i namijenjeno je jačanju intrinzične motivacije pojedinca za promjenom (Miller i Rollnick, 2013). Načela motivacijskog intervjuiranja uključuju izražavanje empatije kroz refleksivno slušanje, izbjegavanje rasprava i izravne konfrontacije, prilagođavanje otporu korisnika i podržavanje samoučinkovitosti i optimizma (Jhanjee, 2014). Radi se o suradničkom razgovoru za jačanje vlastite motivacije i predanosti osobe za promjenom životnog stila (Miller i Rollnick, 2013). Koristi se za pomoć ljudima s različitim vrstama problema s drogom. Često, pojedinci nisu u potpunosti svjesni svojih problema s drogom ili mogu biti ambivalentni prema svojim

problemima. Prema Miller i Rollnick (2013), motivacijsko intervjuiranje često se definira kao razgovor o promjeni i koristi se u svrhu pomoći korisnicima droga da prepoznaju svoju potrebu za promjenom. Ono se odvija u pet faza: (1) izražavanje empatije prema korisniku; (2) pomaganje korisniku da identificira nedosljednosti između svog ponašanja i svrsishodnosti ciljeva takvih obrazaca ponašanja; (3) izbjegavanje rasprava o svojim motivima i ponašanju; (4) rad s korisnicima u otporu i motiviranje za razgovor o temama koje im predstavljaju neugodnost; i (5) podržavanje korisnikovog osjećaja samoučinkovitosti. Motivacijski intervjui koriste se za promicanje promjena u mnogim različitim situacijama i okruženjima, uključujući izvanbolničke usluge i primarnu zdravstvenu zaštitu. Motivacijsko intervjuiranje pružaju terapeuti, savjetnici ili drugi posebno obučeni stručnjaci. Može se koristiti kao pomoć nekome u donošenju odluka, uz farmakološko liječenje ili kao samostalni psihološki tretman. Općenito, motivacijsko intervjuiranje provodi se u više sesija tijekom razdoblja od nekoliko tjedana.

Motivacijski pristupi intervjuiranju imaju snažnu empirijsku potporu za provođenje liječenja ovisnika o alkoholu s nekoliko studija koje pokazuju značajne i dugotrajne učinke (Dunn, Deroo, Rivara, 2001; Burke, Arkowitz i Menchola, 2003). Nadalje, motivacijsko intervjuiranje procijenjeno je kao učinkovit tretman za problematične korisnike droga. Na primjer, ovisnici o marihuani koji su prošli motivacijski intervju znatno su smanjili upotrebu marihuane u usporedbi s kontrolnom skupinom s odgođenim liječenjem (Stephens, Roffman i Curtin, 2002). Pristup je potkrijepljen i dokazima autora Smedslund, Wollscheid, Fang, Nilsen, Steiro i Larun (2011) koji su proveli 59 studija s 13 342 sudionika. Zaključili su da motivacijsko intervjuiranje može smanjiti opseg zlouporabe supstanci. Učinak motivacijskog intervjuiranja među adolescentima koji su problematični korisnici droga još uvijek nije dovoljno razjašnjen. Murphy, Dennhardt, Skidmore, Borsari, Barnett, Colby i Martens (2012) proveli su studiju učinkovitosti motivacijskog intervjuiranja za adolescente konzumente droga. Radi se o 39 studija, od kojih je 67% sadržavalo statističke izvještaje o značajno poboljšanim ishodima među adolescentima koji zloupotrebljavaju drogu. Motivacijsko intervjuiranje može se ponuditi kao samostalan tretman i u kombinaciji s farmakološkim tretmanom, ali smatra se najučinkovitijim u kombinaciji s drugim standardnim psihosocijalnim intervencijama (Rohsenow, Monti, Rubonis, Gulliver Colby, Binkoff i Abrams, 2001).

4.1.2. Prevencija recidiva

Prevencija recidiva je pristup koji se fokusira na učenje prepoznavanja okidača za uzimanje droga i učenje alternativnog ponašanja kao odgovor na te okidače. Ovaj je pristup izvorno osmišljen kao program održavanja nakon liječenja poremećaja povezanih s ovisnošću, iako se koristi i kao samostalan program tretmana (Grant, Colaiaco, Motala, Shanman, Booth, Sorbero, i Hempel, 2017). Individualni ili grupni program prevencije recidiva trebao bi uključivati prepoznavanje visokorizičnih situacija i okidača žudnje, razvijanje vještina za upravljanje žudnjama i drugim bolnim emocijama bez upotrebe droga, učenje suočavanja s problemima i postizanje ravnoteže životnog stila (Wanigaratne, Davis, Pryce i Brotchie, 2005). Ovaj pristup također obuhvaća tehnike poput ispitivanja očekivanja korisnika o pozitivnim učincima droge te psihoedukaciju, koja ima za cilj informiranje korisnika kako bi bolje odabrali svoje ponašanje u izazovnim ili problematičnim situacijama. Meta-analiza 26 studija koje su istraživale učinkovitost ovog pristupa pokazala je da, iako prevencija recidiva smanjuje zlouporabu droga, to nije značajno (Irwin, Bowers, Dunn i Wang, 1999). S druge strane, otkriveno je da ovaj pristup značajno poboljšava opće psihosocijalno funkcioniranje. Dakle, prevencija recidiva predstavlja učinkovit psihosocijalni tretman, a njegova učinkovitost može se dodatno poboljšati primjenom farmakološke terapije (Feeney, Young, Connor, Tucker i McPherson, 2002).

4.1.3. Sustav nagrade i kazne (Contingency Management)

Sustav nagrada i kazni je psihosocijalni pristup koji potiče i nagrađuje ljude za pozitivne promjene u njihovom ponašanju. Ovaj pristup se temelji na prepoznavanju i upravljanju odnosima između određenih obrazaca ponašanja i njihovih posljedica (Petry i sur., 2001). Ova vrsta intervencije se oslanja na teoriju operantnog uvjetovanja i uključuje dodjelu konkretnih nagrada kao pozitivnih poticaja za postizanje ciljeva liječenja (Petry, 2010). Prvobitno uveden u liječenje problema povezanih s alkoholom (Higgins i Petry, 1999), sustav nagrade i kazne može se primijeniti i na problematične korisnike droga. Korišten je, primjerice, kod korisnika opijata i kokaina. Takav pristup liječenju usmjeren je na poticanje pozitivnog ponašanja pružanjem pozitivnog potkrepljenja kada korisnik napreduje prema ciljevima liječenja (npr. kada ne konzumira drogu) ili uskraćivanjem pozitivnog potkrepljenja ili kažnjavanjem kada se korisnik uključi u nepoželjno ponašanje (npr. nastavak uzimanja droga ili pozitivan nalaz na

psihoaktivne tvari). U terapiji ovisnosti, često se koriste bonovi kao oblik poticaja koji se mogu zamijeniti za robu ili usluge kao nagrade ako osoba pokaže negativan test na drogu. U okviru ovog programa, svaki tjedan osoba mora predati uzorak urina, a ako je test negativan, dobiva pozitivno potkrepljenje u obliku nagrade. Ključna stavka u primjeni ovog pristupa je da se vrijednost nagrada povećava s vremenom apstinencije (Petry, 2010). Postoje čvrsti dokazi da je ova intervencija učinkovita strategija u liječenju zlouporabe droga, posebno kod ovisnika o opijatima, duhanu i kod onih koji koriste više droga. Meta-analiza koju su proveli Griffith, Rowan-Szal, Roark i Simpson (1999) proučavala je učinkovitost ovog pristupa na temelju 30 studija o izvanbolničkom liječenju ovisnosti o metadonu i njegovim učincima. Intervencije koje se temelje na sustavu nagrađivanja i kažnjavanja pokazale su se učinkovitima u smanjenju pozitivnih nalaza ilegalnih droga u urinu. Iako je učinak blag do umjeren, i dalje je značajan za kliničku primjenu. Prema EMCDDA (2016), ova intervencija pomaže kod zadržavanja korisnika na liječenju te uvelike doprinosi tome da se korisnici suzdrže od uzimanja kokaina tijekom liječenja, a osim toga pomaže i korisnicima u održavanju apstinencije. Prema Ainscough, McNeill, Strang, Calder i Brose (2017), rezultati koje donosi ova intervencija kod problematičnih korisnika droga su obećavajući. Naime, sudionici su pokazali značajna poboljšanja u području nastavljanja liječenja, kliničkom statusu, socijalnom funkcioniranju te su se stope i učestalost konzumiranja alkohola i droga smanjile.

4.2. Kratke intervencije

Kratke intervencije su psihosocijalne intervencije osmišljene da pomognu problematičnim korisnicima droga u prepoznavanju štetnih obrazaca uporabe droga, te kako bi ih se motiviralo i podržalo u odluci o prestanku upotrebe. Kratke intervencije provodi niz profesionalaca uključujući liječnike, medicinske sestre i druge zdravstvene radnike (EMCDDA, 2016). Kratke intervencije koriste stil suradničkog razgovora - motivacijskog intervjuiranja za prevenciju problematične upotrebe droga. Kako samo ime govori, odvijaju se u kraćem vremenskom roku u rasponu od 5 do 30 minuta (Bray, Zarkin, Davis, Mitra, Higgins-Biddle i Babor, 2007), a usredotočuju se na promjenu ponašanja u samo nekoliko seansi (Buljan i sur., 2013). Fleming i Manwell (1999) opisuju pet koraka koji su često zajednički većini kratkih intervencija. Prvi korak je pružiti procjenu i povratnu informaciju, drugi korak je postavljanje cilja u vezi s prestankom ili smanjenjem zlouporabe, slijedi korištenje tehnika promjene ponašanja za prepoznavanje situacija visokog rizika. Četvrti korak uključuje osiguravanje informativnih

materijala o zlouporabi supstanci i njenim posljedicama, dok je peti korak usmjeren na praćenje napretka korisnika kako bi se kontrolirao i provjerio njihov razvoj. U ovom pristupu terapeut traži dozvolu za razgovor o mogućem tretmanu, postavlja pitanja o koristima i štetama korištenja droga kako bi potaknuo motivaciju za promjenom. Na kraju kratke sesije, terapeut i korisnik zajedno razrađuju plan za promjenu (Bray i sur., 2007). Studija u SAD-u pokazala je da se ovaj pristup koristi u različitim situacijama uključujući odjele za hitne slučajeve, primarnu skrb i usluge za beskućnike, gdje se stručnjaci bave problemima ovisnosti tako da se problematične korisnike droga pokušava navesti na razmišljanje i razmatranje promjene životnog stila (Saitz, 2014). Sustavni pregled evaluacije ove vrste intervencija od strane EMCDDA (2016) otkrio je da postoje potencijalne koristi od kratkih intervencija, a posebno u vidu ishoda ponašanja. Iako su istraživanja uspješnosti kratkih intervencija na populaciji ovisnika o kokainu i heroinu rjeđa, istraživanjem kojim se ispitala interakcija kratkoga savjetovanja i liječenja buprenorfinom kod ovisnika o opijatima utvrđeno je da takva kombinacija liječenja pridonosi smanjenju zlouporabe heroina (Fiellin, Pantalon, Pakes, O'Connor, Chawarski i Schottenfeld, 2002). Mnoge studije o kratkim intervencijama u hitnoj službi naglašavaju da ovaj kontekst nudi važnu mogućnost uključivanja problematičnih korisnika droga koji u protivnom možda nikada ne bi bili u mogućnosti biti dijagnosticirani ni sudjelovati u tretmanu kratkih psihosocijalnih intervencija (EMCDDA, 2016).

4.3. Program „12 koraka“

Program "12 koraka" nastao je 1935. godine kao rezultat inicijative dvojice kroničnih alkoholičara koji su osnovali grupu podrške pod nazivom Alcoholics Anonymous (Klub liječenih alkoholičara). Ova inicijativa označila je početak promjene u percepciji ovisnosti koja se prvi put počela smatrati bolešću. Kasnije je razvijena i grupa Narcotics Anonymous (Klub liječenih ovisnika) za korisnike droga. Jedinstvenost ovog programa leži u činjenici da ne uključuje stručnjake iz područja ovisnosti, već je neprofesionalnog karaktera i sastoji se isključivo od ovisnika i bivših ovisnika (Lile, 2003). Program "12 koraka" promatra ovisnost kao kroničnu bolest koja se može ponoviti ako se ne postigne potpuna apstinencija, a temelji se na bihevioralnim, duhovnim i kognitivnim načelima. Kao dio procesa oporavka, pojedinci moraju priznati štetu koju su uzrokovali sebi i drugima zbog problematične upotrebe droga, priznati svoju nemoć u kontroli korištenja droga te prepustiti se višoj sili za oporavak (Jhanjee, 2014). Tri glavne ideje koje oblikuju program "12 koraka" uključuju prihvaćanje ovisnosti kao kronične bolesti, prepuštanje vodstvu više sile i aktivno sudjelovanje na svim sastancima i

aktivnostima povezanim s programom (National Institute on Drug Abuse, 2018). Iako ima svoja ograničenja, program "12 koraka" pokazuje se izuzetno učinkovitim u održavanju apstinencije od alkohola i droga za sudionike koji su dugoročno uključeni. Donovan i suradnici (2013) zaključili su da program većinom postiže pozitivne ishode u održavanju apstinencije, a ponekad čak i dugoročne, do 16 godina. Također, primjećuje se poboljšanje općeg psihosocijalnog funkcioniranja i percipirane samoučinkovitosti. Važno je naglasiti da su ovi pozitivni ishodi povezani sa sudjelovanjem u programu, a ne samo s vanjskim faktorima poput motivacije ili prisustva komorbidnih poremećaja (Donovan i sur., 2013).

Iako ima svoja ograničenja, program "12 koraka" ostaje jedan od najraširenijih pristupa u liječenju ovisnosti gotovo 90 godina nakon svog nastanka. To je djelomično zbog brojnih studija koje potvrđuju njegovu dugoročnu učinkovitost i dostupnost širokom broju korisnika jer je besplatan. Iako nije prilagođen individualno, ovaj pristup ostaje ključan element u lancu tretmana ovisnosti (Donovan i sur., 2013).

4.4. MATRIX Model

Matrix model izvanbolničkog liječenja ovisnosti razvijen je 80-ih godina 20. stoljeća, nakon naglog porasta zlorabe psihostimulansa, posebice kokaina, te porasta zahtjeva za adekvatnim liječenjem ovisnosti o psihostimulansima (Rawson Shoptaw, Obert, McCann, Hasson, Marinelli-Casey, Brethen i Ling, 1995). Znanstvenici iz Matrix centra, po kojem je model kasnije dobio ime, razvili su skup tehnika koje su od početka nazvali neurobihevirolni model. Cilj ovakvog pristupa bio je kreirati model koji će izravno odgovoriti na potrebe ciljne skupine, ovisnika o kokainu, uz istovremeno stvaranje strukturiranog protokola prema kojem bi se mogla provoditi evaluacija. Dok je Matrix program u početku bio usredotočen na izvanbolničko liječenje osoba od zlorabe psihostimulativnih droga, u njemu su ubrzo počeli sudjelovati i korisnici koji su prekomjerno konzumirali alkohol te ostale droge. Intenzivni Matrix program izvanbolničkog liječenja za liječenje od zlorabe droga i konzumiranja alkohola program je koji za cilj ima da osobama koje uzimaju drogu i alkohol pruži znanje, strukturu i potporu, koji će im omogućiti postizanje apstinencije od droge i alkohola i započinjanje dugotrajnog programa oporavka.

U prva dva mjeseca sastanci se održavaju tjedno, a potom mjesečno. Grupne sastanke trebalo bi dogovoriti što je moguće prije, na samom početku liječenja, i one bi se trebale kontinuirano nastaviti tijekom cijelog postupka liječenja. Skupina koja stječe vještine u stadiju ranog

oporavka prolazi kroz osam grupnih sastanaka u trajanju od jednoga sata tijekom prvog mjeseca liječenja. U toj skupini korisnici stječu mnoge temeljne vještine potrebne za postizanje rane apstinencije od zlouporabe. Svi korisnici i njihovi članovi obitelji dvanaest tjedana dolaze na grupne sastanke sa svrhom edukacije obitelji. Budući da je to onaj element programa koji redovito uključuje članove obitelji, sastanci su organizirani tako da budu interaktivni i da omoguće voditelju skupine uvođenje delikatnih tema za obje strane, kako za korisnike, tako i za članove njihovih obitelji. Šesnaest tjedana programa za prevenciju ovisničkog recidiva namijenjeno je pružanju informacija, potpore i omogućavanju druženja korisnicima koji prolaze kroz oporavak. Namjera skupine društvene potpore jest pomoći korisnicima da u poznatom i sigurnom okruženju nauče vještine ponovne socijalizacije.

Svi Matrixovi modeli liječenja naglašavaju iznimnu važnost korištenja programa „12 koraka“ (ili neku drugu duhovnu komponentu) u početnoj, intenzivnoj fazi liječenja, kako bi se omogućila potpora procesu oporavka nakon završetka intenzivne faze programa. Osim nastojanja da liječenje ne napuste ljudi koji u početku ne prepoznaju potrebu za odlaženjem na te sastanke, iznimno je važno iznijeti očekivanje da je upoznatost s programom „12 koraka“ bitan dio liječenja. Budući da je profesionalno liječenje vremenski ograničeno, osobito je važna suradnja sa sponzorom u ovom programu.

U prvotnoj pilot studiji ovog modela otkriven je rani potencijal, s utvrđenim značajnim smanjenjem upotrebe kokaina nakon osam mjeseci sudjelovanja u programu (Rawson i sur., 1995). Nakon toga, autori su proveli niz istraživačkih projekata kako bi procijenili Matrix model u različitim varijantama, s različitim grupama ljudi i različitim metodama mjerenja. Pokazalo se da je ovaj model povezan s statistički i klinički značajnim smanjenjem upotrebe kokaina. Nadalje, sve provedene studije pokazale su pozitivne rezultate. U studiji Shoptaw-a, Rawson-a, McCann-a i Obert-a (2008) istraživala se učinkovitost ovog tretmana na korisnicima psihostimulansa nakon 6 mjeseci sudjelovanja u programu. Potvrđena su prethodna saznanja o učinkovitosti programa u smanjenju upotrebe droga, pri čemu je razina smanjenja bila proporcionalna uključenosti u program, odnosno broju aktivnosti koje korisnik obavlja unutar programa. Osim toga, važno je otkriće da se učinkovitost povećava paralelno s prilagodbom i odgovorom na promjene u populaciji korisnika.

4.5. Grupna terapija

Grupna terapija često predstavlja temeljni pristup u liječenju ovisnosti. Kroz grupni rad, pojedinci dobivaju priliku za obnovu društvenih veza, razvijanje socijalnih vještina i kontrolu impulzivnog ponašanja. Sudjelovanje u grupama podržava ovisnike u njihovom procesu oporavka, pomaže im u izgradnji identiteta izvan ovisnosti te potiče prihvaćanje života bez upotrebe supstanci. Grupna terapija omogućuje ovisnicima suočavanje s zajedničkim izazovima ovisnosti, pružajući im prostor za dijalog o svojim iskustvima i problemima. Različiti pristupi grupnoj terapiji, poput psihodinamskih, konfrontacijskih, ili usmjerenih na rješavanje problema, pružaju raznolike alate za podršku oporavku. Osim toga, programi liječenja često koriste grupe s edukativnim pristupom kako bi ovisnike zadržali u liječenju te ih motivirali za dugoročni oporavak. Iako su grupe tradicionalno bile usmjerene na osobe s alkoholizmom, pokazalo se da su jednako učinkovite u prevenciji recidiva među ovisnicima o različitim supstancama poput kokaina i marihuane. Grupna podrška smanjuje osjećaj stigmatizacije te pruža osjećaj zajedništva i podrške. U grupama se otvoreno raspravlja o izazovima oporavka, što omogućuje ovisnicima da dijele svoje teškoće i strategije za očuvanje apstinencije (Wendt i Gone, 2017). Grupne terapije mogu se temeljiti i na kognitivno-bihevioralnoj terapiji. Identificiranje i propitivanje negativnih obrazaca mišljenja povezanih sa simptomima i nelagodom su ključni elementi u tom slučaju. Vježbe *mindfulnessa*, odnosno usredotočene svjesnosti, također je jedna od tehnika koja se može koristiti na grupnim sastancima. Biti „mindfull“ uključuje promatranje svih događaja i iskustava s prihvaćajućim i otvorenim stavom, bez praćenja impulsa za promjenom ili bijega od onoga što se odvija, iako može biti neugodno ili neželjeno (Davis i Hayes, 2011). Vježbe imaju za cilj pomoći korisniku da se odupre od uobičajenih reakcija na žudnju za drogom. Pritom je svrha omogućiti sudionicima da iskuse kako sustavno vježbanje usredotočene svjesnosti može pojačati svijest o trenutnim osobnim izborima i postupcima. Na grupnoj terapiji prolaze se razne psihoedukativne teme, a nerijetko se daju domaće zadaće čija je namjera potaknuti sudionike da razmišljaju o vlastitoj situaciji i predlože alternativne strategije za rješavanje određenih stanja u kojima se javlja žudnja i nelagoda. Također, potiče ih se da se postupno izlažu neugodnim iskustvima, a svrha je stjecanje novih iskustava i povećanje tolerancije neugodnih simptoma. Uz pomoć domaćih zadaća potiče se i razmjena mišljenja i iskustava među sudionicima grupe (Davis i Hayes, 2011).

5. UČINKOVITE KOMBINACIJE PSIHOSOCIJALNIH I FARMAKOLOŠKIH INTERVENCIJA U TRETMANU PROBLEMATIČNIH KORISNIKA DROGA

Dvije glavne vrste intervencija koje se koriste u tretmanu problematičnih korisnika droga - psihosocijalne i farmakološke intervencije razlikuju se u pogledu načina djelovanja, ublažavanja ciljanih simptoma te trajnosti i primjenjivosti na problematične korisnike različitih droga. Iako svaka od navedenih intervencija ima specifične indikacije i prednosti, psihosocijalne i farmakološke intervencije, svaka zasebno, nisu univerzalno učinkovite i obje vrste tretmana imaju određena ograničenja. Ove dvije glavne forme tretmana su se uglavnom razvijale paralelno. Devedesetih godina prošlog stoljeća očituje se razvoj moćnih novih farmakoterapija poput buprenorfina i naltreksona, uz relativno malo istraživanja o tome kako maksimizirati ishode tretmana. Slično tome, razvijen je niz inovativnih ponašajnih i psihoterapijskih strategija koje su specificirane i evaluirane, ali često bez uključivanja farmakoloških intervencija, čak i u slučajevima kada se zna da postoje učinkovite farmakoterapije (Carrol, 1997).

Farmakološke intervencije imaju različite uloge u tretmanu problematičnih korisnika droga, koje se razlikuju od uloga psihosocijalnih intervencija u njihovom načinu i vremenu početka djelovanja te trajnoj koristi za korisnike (Elkin, Pilkonis, Docherty i Sotsky, 1988). Općenito, farmakološke intervencije imaju znatno užu primjenu u usporedbi s psihosocijalnim intervencijama u tretmanu problematičnih korisnika droga. Drugim riječima, većina psihosocijalnih intervencija primjenjiva je u različitim postavkama liječenja (npr. bolničko, ambulantno), modalitetima (npr. grupno, individualno, obiteljsko), kao i za raznolike populacije. Na primjer, psihosocijalne intervencije kao što su program „12 koraka“, motivacijsko intervjuiranje i kognitivno-bihevioralna terapija mogu se koristiti s tek manjim prilagodabama, bez obzira konzumira li pacijent opijate, alkohol, kokain, marihuanu ili barbiturate. S druge strane, većina dostupnih farmakoterapija primjenjiva je samo za određenu skupinu problematičnih korisnika droga i djeluje na uski spektar simptoma. Na primjer, metadon razvija toleranciju na opioide, ali ima malo utjecaja na sukladnu zloupotrebu kokaina; disulfiram izaziva mučninu nakon konzumacije alkohola, ali ne nakon konzumacije droga (O'Malley i sur., 1992, prema Carrol, 1997).

Za one psihoaktivne tvari koje izazivaju značajne fizičke simptome sustezanja (npr. opijati, sedativi-hipnotici) često su potrebni lijekovi (sredstva poput metadona, naltreksona i buprenorfina) kako bi se smanjili ili kontrolirali često bolni, a katkad i opasni simptomi povezani s sustezanjem (Kosten i Kleber, 1986). Uloga psihosocijalnih intervencija tijekom

detoksikacije obično je izuzetno ograničena zbog razine nelagode, uznemirenosti i konfuzije koje pacijent može doživjeti tijekom simptoma sustezanja. Kada se farmakološke intervencije uvode u tretman zloupotrebe droga, nije iznenađujuće što se bilježe visoke stope odustajanja od tretmana. Glavna uloga koju psihosocijalna intervencija ima u ovom slučaju jest upravo poticanje zadržavanja u tretmanu. To uključuje, na primjer, redovno praćenje pridržavanja uzimanja lijeka putem brojanja tableta, poticanje samopraćenja kod korisnika (npr. putem bilježaka ili dnevnika o lijekovima), jasna komunikacija između korisnika i osoblja, ponovno isticanje važnosti pridržavanja, postizanje dogovora s korisnicima o pridržavanju, izravno nagrađivanje pridržavanja putem poticaja ili nagrada, česta komunikacija i pružanje podrške korisniku i njegovoj obitelji (Haynes, Taylor i Sackett, 1979, prema Carrol, 1997). Međutim, farmakološke intervencije za problematične korisnike droga, koje se provode samostalno, bez podrške psihosocijalnih intervencija, obično se smatraju nedostatnima kao način promicanja stabilne apstinencije kod korisnika droga. Većina farmakoloških intervencija je relativno specifična i uska u svojim djelovanjima te može pomoći u detoksikaciji ili stabilizaciji, ali se rijetko smatraju sveobuhvatnim ili dovoljnim tretmanima sami po sebi. Budući da će se malo korisnika pridržavati ili pristajati na isključivo farmakološki pristup, ove intervencije bez bilo kakvih podupirućih ili odnosnih elemenata obično se ne smatraju izvedivima (Elkin, Pilkonis, Docherty i Sotsky, 1988). Čak i kada se farmakološka intervencija koristi kao glavna komponenta liječenja (kao što je slučaj s metadonskim održavanjem), koristi se neka vrsta psihosocijalnog tretmana kako bi se osigurala barem minimalna potporna struktura unutar koje se farmakološko liječenje može učinkovito provoditi.

Neki oblik psihosocijalne intervencije, bilo da se radi o kognitivno-bihevioralnoj terapiji, motivacijskom intervjuiranju ili savjetovanju, dostupan je u većini centara za tretman problematičnih korisnika droga (Onken i Blaine, 1990) i čini temelj takvog tretmana. Unatoč rasprostranjenosti psihosocijalnih intervencija za problematične korisnike droga, postoji nekoliko nedostataka korištenja isključivo psihosocijalnih intervencija u tretmanu. Prvo, neovisno o vrsti psihosocijalne intervencije, visoke su stope odustajanja tijekom tretmana i relapsa nakon tretmana. Stoga se daje mogućnost za dodatnu uporabu drugih oblika tretmana poput farmakoloških intervencija radi poboljšanja zadržavanja u tretmanu i ishoda tretmana. Drugo, unatoč dosljednim rezultatima koji ukazuju na učinkovitost psihosocijalnih intervencija, nijedna intervencija nije se istaknula kao superiornija od drugih (Miller i Hester, 1986). Usklađivanje problematičnih korisnika droga s određenim vrstama intervencija ili kombinacijom intervencija koje najbolje odgovaraju njihovim potrebama i problemima može značajno poboljšati ishod tretmana (Carrol, 1997).

Prednost kombinacije farmakoloških i psihosocijalnih intervencija jest da se potencijalni nedostaci povezani s bilo kojom od intervencija mogu neutralizirati drugom. Na primjer, pružanje podrške putem psihosocijalnih intervencija može smanjiti potencijalne negativne posljedice nuspojava povezane s većinom farmakoloških intervencija. S druge strane, stabilizacija putem primjene farmakološke intervencije može podržati kontinuirano sudjelovanje u tretmanu tijekom ranijih faza tretmana kada je razvijanje povjerenja u terapijskom odnosu teže, a vjerojatnost napuštanja tretmana je najveća. U nekim slučajevima, stabilizacija problematičnih korisnika droga putem upotrebe tretmana održavanja poput održavanja metadonom nužna je kako bi se stvorili uvjeti pod kojima se mogu provesti učinkovite psihosocijalne intervencije (Carrol i sur., 1997).

5.1. Kombinacija psihosocijalnih intervencija i održavanja metadonom i disulfiramom

Široko korišten primjer upotrebe lijekova za dugotrajnu stabilizaciju problematičnih korisnika droga je održavanje metadonom za korisnike opijata, tretmanska strategija koja uključuje svakodnevno davanje dugodjelujućeg opijata (metadona) kao zamjenu za ilegalnu uporabu kratkodjelujućih opijata (obično heroina). Metadonsko održavanje omogućuje pacijentu normalno funkcioniranje bez iskustva simptoma ustezanja, žudnje ili drugih nuspojava. Istraživanja o metadonskom održavanju ukazuju na to da metadon potiče zadržavanje u tretmanu, pruža priliku za procjenu i liječenje drugih zdravstvenih i inih problema te poremećaja koji često postoje uz ovisnost o opijatima (npr. medicinski, obiteljski, pravni i profesionalni problemi), može smanjiti rizik od infekcije HIV-om smanjenjem intravenozne uporabe droge i omogućava stupanj stabilizacije koji omogućava početak psihosocijalnih intervencija (Lowinson, Marion, Joseph i Dole, 1992). Početak liječenja održavanja metadonom revolucionirao je liječenje ovisnosti o opioidima jer je pokazao dosad neviđenu sposobnost zadržavanja ovisnika na liječenju i smanjenje nezakonite uporabe opijata, čime su tretmani koji nisu koristili farmakološke intervencije imali relativno loš ishod (Carrol, 1997). Međutim, postoje i neki problemi održavanja na metadonu, uključujući nezakonito preusmjeravanje doza metadona koje se nose kući te njihova preprodaja, teškoće s detoksifikacijom i prelaskom na stanje bez konzumacije droga i zloupotrebu drugih tvari, posebno alkohola i kokaina, kod osoba koje se liječe metodom održavanja metadonom (Kosten, 1992). Stoga su psihosocijalni tretmani evaluirani zbog (ne)djelotvornosti da se nose s ovim nedostacima održavanja metadonom, te kako bi poboljšale i povećale dobrobiti održavanja

metadonom. Istraživanje koje su proveli McLellan i sur. (1993) pokazalo je veliku važnost psihosocijalnih tretmana u kontekstu metadonskog održavanja. 92 ovisnika o opijatima su nasumično raspoređeni da primaju (a) samo metadonsko održavanje, bez psihosocijalnih usluga; (b) metadonsko održavanje uz redovite susrete s terapeutom; i (c) poboljšano metadonsko održavanje, koje uključuje redovito savjetovanje i dodatne medicinske/psihijatrijske i obiteljske terapije na licu mjesta, u trajanju od 24 tjedna. Iako su se neki pacijenti prilično dobro snašli uzimajući isključivo metadon, 69% ove skupine moralo je biti prebačeno iz tog terapijskog režima unutar 3 mjeseca od početka studije jer su nastavili s konzumacijom droga ili su imali ozbiljne medicinske ili psihijatrijske probleme koji su zahtijevali intenzivniji oblik skrbi. Što se tiče uporabe droga i psihosocijalnih ishoda, najbolji rezultati zabilježeni su u poboljšanom metadonskom održavanju, sa srednjim rezultatima pružanja standardnih usluga korištenja metadona i najlošijim ishodima za metadon sam po sebi. Ova studija ističe da, iako metadonsko održavanje ima snažne učinke zadržavanja ovisnika na liječenju i njihove dostupnosti za psihosocijalne tretmane, isključivi farmakološki pristup neće biti dovoljan za većinu pacijenata te da su bolji ishodi čvrsto povezani s višim razinama psihosocijalnih intervencija.

Čak i za problematične korisnike onih droga za koje postoje učinkovite farmakološke intervencije, dostupnost metadona i naltreksona nikako nije jedino rješenje u borbi protiv ovisnosti. Ovi izuzetno moćni kemijski agensi uglavnom djeluju na simptome koji su vremenski ograničeni i autonomni, ali imaju malo utjecaja na trajne ponašajne karakteristike (životni stil) problematičnih korisnika droga. Nadalje, farmakološke intervencije djeluju samo ako problematični korisnici droga vide vrijednost smanjenja i/ili prestanka uporabe droga, a često se događa da ipak pokušavaju naći načine kako zaobići ove farmakološke intervencije. Stoga je malo vjerojatno da će se razviti farmakološka intervencija koja problematičnim korisnicima droga daje motivaciju da prestanu koristiti droge, pomaže im da vide vrijednost odricanja od uporabe tvari, poboljšava njihovu sposobnost suočavanja sa svakodnevnim frustracijama i problemima normalnog života i upravo radi toga potrebna je kombinacija farmakoloških i psihosocijalnih intervencija (Carroll i Rounsaville, 1993). Ne samo u slučaju zloupotrebe droga, već i kod ostalih ovisnosti, većina dokaza podsjeća nas da ni psihoterapija ni farmakoterapija nisu potpuno učinkovite same po sebi te se ishodi mogu poboljšati i produljiti kombiniranjem njihovih najučinkovitijih oblika (Hughes, 1995; O'Malley, 1995).

Istraživanje je analiziralo interakciju između farmakoterapije i psihoterapije na skupini ovisnika koji su se borili s ovisnošću o opijatima i kokainu (Carroll i sur., 1997). Pokazalo se da su ovisnici koji su primili disulfiram duže ostali u programu liječenja te su imali dulje razdoblje

bez upotrebe kokaina i alkohola u usporedbi s onima koji nisu koristili taj lijek. Također, oni koji su sudjelovali u kognitivno-bihevioralnoj terapiji ili su bili uključeni u program "12 koraka" također su imali dulje razdoblje bez upotrebe kokaina, uključujući i kombiniranu upotrebu kokaina i alkohola, u usporedbi s onima koji su samo koristili farmakološku intervenciju disulfiramom. Ovi podaci sugeriraju mogući dodatni učinak određenih oblika psihosocijalnih intervencija u kombinaciji s disulfiramom u tretmanu ovisnika o kokainu i alkoholu, barem u kratkoročnom razdoblju (Carroll i sur., 2004).

5.2. Kombinacija održavanja metadonom i buprenorfinom uz primjenu sustava nagrade i kazne

Nekoliko istraživanja proučavalo je kako interakcija između farmakoterapije i psihosocijalnih intervencija utječe na liječenje ovisnosti. U jednom istraživanju koje je trajalo 12 tjedana, ovisnici o opijatima i kokainu koji su primali buprenorfin zajedno s terapijom sustava nagrade i kazne pokazali su dulje razdoblje apstinencije od onih koji su primali samo terapiju ili placebo (Carroll, 1997). U drugoj šestomjesečnoj studiji koja je uključivala 162 ovisnika o opijatima i kokainu, sudionici su prošli kroz kratko savjetovanje prije nego što su podijeljeni u dvije skupine. Jedna skupina je primila terapiju sustava nagrade i kazne, dok je druga dobila povratne informacije o svom liječenju. Nakon toga, ovisnici su nasumično raspoređeni u skupine koje su primale buprenorfin ili metadon. Sudionici koji su bili u skupini s terapijom sustava nagrade i kazne pokazali su pojačanu apstinenciju tijekom prvih 12 tjedana, ali ta razlika nije bila značajna u kasnijim analizama. Međutim, istraživanje je sugeriralo da uključivanje terapije sustava nagrade i kazne u liječenje metadonom ili buprenorfinom može poboljšati ishode liječenja za ovisnike o kokainu i opijatima s dvostrukom dijagnozom (Parran, Adelman i Merkin, 2010, prema Buljan i sur., 2013).

U drugom istraživanju interakcije sustava nagrade i kazne te doze metadona u liječenju ovisnika o opijatima i kokainu s niskom motivacijom za liječenje, sudionici su dobivali poticajne bonove niskog ili visokog novčanog iznosa dok su naizmjenice primali doze metadona od 60 mg/dan i 120 mg/dan. Bez obzira na dozu metadona, samo 2% uzoraka urina bili su negativni na kokain i heroin prije nego što su uvedeni poticaji. Tijekom prve faze, kada su ovisnici primali 60 mg/dan metadona, 19% uzoraka urina iz skupine s niskim poticajem i 28% uzoraka urina iz skupine s visokim poticajem bili su negativni na opijate i kokain. U drugoj fazi, kada je doza metadona povećana na 120 mg/dan, 32% uzoraka urina iz skupine s niskim poticajem i 46% uzoraka urina iz skupine s visokim poticajem bilo je negativno na obje droge. Ti rezultati

sugeriraju da doza metadona i povećanje vrijednosti poticaja imaju dodatni učinak na smanjenje problematične upotrebe droga (Carrol, 1997).

5.3. Kombinacija farmakoterapije i kognitivno-bihevioralne terapije

Istraživanja o učinkovitosti kognitivno-bihevioralne terapije kod problematičnih korisnika droga pokazuju da intenzivniji pristup daje bolje rezultate u liječenju teških ovisnika o kokainu. Također, ovakav oblik psihoterapije primjenjuje se kako bi potaknuo sudjelovanje u liječenju metadonom i smanjio rizična ponašanja. Primjerice, u istraživanju u kojem se kognitivno-bihevioralna terapija koristila kako bi potaknula ovisnike da se ponovno uključe u metadonsku terapiju, korisnici, koji su sudjelovali u najmanje dvije grupne terapije, ostvarili su značajno bolje rezultate u povratku liječenju metadonom u usporedbi s onima koji su sudjelovali u samo jednoj ili nijednoj grupnoj seansi (Goldstein, Deren, Kang, Des Jarlais i Magura, 2002, prema Buljan i sur., 2013).

Trenutne kliničke i istraživačke prakse ukazuju da je svrha kombinacije psihosocijalnih i farmakoloških intervencija u tretmanu problematičnih korisnika droga pružiti podršku, pomoći kod zadržavanja u tretmanu te rješavati simptome i probleme koje isključivo farmakološke intervencije neće riješiti (npr. izgradnja vještina potrebnih za život bez konzumacije droga). Prema metaanalizi koju su proveli Ray, Meredith, Kiluk, Walthers, Carroll i Magill (2020), rezultati sugeriraju da bi liječnici, koji propisuju farmakološku terapiju, trebali preferirati kombinaciju farmakološke terapije i kognitivno-bihevioralne terapije u odnosu na provođenje isključivo farmakološke terapije kako bi osigurali optimalne kliničke ishode za problematične korisnike droga. Ovaj zaključak temelji se na njihovom uspoređivanju KBT-a uz farmakoterapiju naspram uobičajene skrbi uz farmakoterapiju. Rezultati istraživanja ukazuju kako kognitivno-bihevioralna terapija nije superiorna u odnosu na druge terapije ovisnosti temeljene na dokazima. U kontekstu superiornosti ovog psihoterapijskog pristupa nad uobičajenom skrbi rezultati sugeriraju da bi liječnici trebali preferirati intervenciju temeljenu na dokazima, bez obzira je li riječ o KBT ili nekoj drugoj psihosocijalnoj intervenciji koja se provodi istodobno s farmakološkim tretmanom.

6. PRISTUP TRETMANU PROBLEMATIČNIH KORISNIKA DROGA U REPUBLICI HRVATSKOJ

Programi smanjenja štete u Republici Hrvatskoj su počeli s radom 1996. godine kada je Hrvatski sabor prihvatio "smanjenje štete" kao dio Nacionalne strategije suzbijanja zlouporabe droga. Ovi programi su započeli još 1970-ih u Nizozemskoj, Velikoj Britaniji i Švicarskoj te se danas provode gotovo u svim zemljama svijeta. Nekadašnji Ured za suzbijanje zlouporabe droga kao stručno i koordinativno tijelo Vlade Republike Hrvatske¹ poticao je provedbu aktivnosti i mjera smanjenja štete kao dio svojih redovitih aktivnosti sukladno Nacionalnoj strategiji i Akcijskom planu suzbijanja zlouporabe droga, a u suradnji s mjerodavnim ministarstvima te kroz suradnju s nevladinim organizacijama, zdravstvenim organizacijama i kaznenim tijelima. Problematična upotreba droga ima dugoročne negativne socijalne i zdravstvene posljedice na pojedinca, njegovu obitelj i društvo u cjelini. No, često se oni koji bi najviše koristili programe liječenja od ovisnosti ne koriste dostupnim uslugama zbog straha od stigmatizacije i marginalizacije. U mnogim zemljama, fokus je na liječenju ovisnosti o drogama te prevenciji i liječenju HIV/AIDS-a, s naglaskom na intravenoznim korisnicima droga. Međutim, ti korisnici često su marginalizirani i izbjegavaju uključivanje u tretmane zbog straha od kriminalizacije i sumnji u učinkovitost ponuđenih terapija. Zbog toga su programi smanjenja štete prošli kroz značajne promjene kako bi usluge bile dostupne tamo gdje korisnici droga žive i konzumiraju droge, umjesto da se od njih očekuje dolazak u zdravstvene i socijalne ustanove². U Republici Hrvatskoj, liječenje ovisnosti o drogama ne svodi se samo na bolničke ili izvanbolničke metode u zdravstvenom sustavu. Psihosocijalni tretmani su također ključni i provode se u terapijskim zajednicama, domovima za ovisnike te kroz aktivnosti udruga, čime imaju značajnu ulogu u općem tretmanu ovisnika. Osim u ustanovama koje se bave mentalnim zdravljem i prevencijom, ove mjere se primjenjuju i u centrima za socijalnu skrb (sada područnim uredima Hrvatskog zavoda za socijalni rad), domovima za mlade s poteškoćama u ponašanju, te kroz različite udruge. Tretmani farmakoterapijom i psihosocijalnim metodama provode se i u zatvorima i na probaciji, s naglaskom na istim načelima kao i u zajednici. Osnovni oblik liječenja ovisnosti o drogama u Hrvatskoj je vanjski tretman koji se provodi u

¹ Hrvatski zavod za javno zdravstvo preuzeo je sve poslove, prava i obveze Ureda za suzbijanje zlouporabe droga Vlade RH od 1.01.2019. godine. [Ured za suzbijanje zlouporabe droga - Naslovna \(gov.hr\)](#)

² Smjernice za psihosocijalni tretman ovisnosti o drogama u zdravstvenom, socijalnom i zatvorskom sustavu (2015). Ured za suzbijanje zlouporabe droga Vlade RH. [Microsoft Word - Smjernice za programe smanjenje šteta web FINAL.docx \(gov.hr\)](#)

Službama za zaštitu mentalnog zdravlja, prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti županijskih Zavoda za javno zdravstvo. Ova mreža je široko rasprostranjena diljem Hrvatske i pruža kvalitetne usluge ovisnicima, korisnicima i eksperimentatorima psihoaktivnih tvari. Osim ovisnika o psihoaktivnim tvarima, stručnu podršku ovim službama traže i ovisnici o duhanu, alkoholu, kockanju, kao i osobe s poremećajima mentalnog zdravlja. U vanjskom liječenju bolesti ovisnosti primjenjuje se Hrvatski model, koji podrazumijeva suradnju i zajedničko djelovanje između službi za mentalno zdravlje, prevenciju i vanjsko liječenje ovisnosti te liječnika obiteljske medicine. Timovi stručnjaka u ovim službama provode različite aktivnosti usmjerene na smanjenje potražnje droga i provođenje tretmana. Ovaj model omogućuje široku dostupnost liječenja putem primarne zdravstvene zaštite, uz stručno vođenje specijalista, te integriranu skrb o ovisnicima uz destigmatizaciju i normalizaciju tretmana. Službe također nude razne oblike psihosocijalnog tretmana i intervencija, uključujući psihoterapiju, psihoedukaciju, kognitivno-bihevioralnu terapiju, obiteljsku terapiju, uključivanje u Projekt resocijalizacije, suradnja sa sudovima i centrima za socijalnu skrb, prihvata nakon izlaska iz zatvora i slično.

Osim izvanbolničkog liječenja, bolničko liječenje i tretman na specijaliziranim odjelima provode se u općim ili psihijatrijskim bolnicama. Bolničko liječenje traje od 16 dana (u KBC-u Sestre milosrdnice) do 3 mjeseca (u Psihijatrijskoj bolnici Vrapče). Postupak detoksikacije (od opijata, metadona, buprenorfina, sedativa), testiranje podnošenja apstinencije s farmakoterapijom ili bez nje, testiranje adekvatne doze metadona, postupak transfera s nižih doza metadona na buprenorfin ili naltrekson, postupak transfera s visokih doza metadona na buprenorfin, revidiranje terapije i psihičku stabilizaciju zbog komorbiditetnih komplikacija te prevenciju relapsa uključuje provođenje programa liječenja u bolnicama.

Terapijski program se provodi prema pravilima terapijske zajednice, grupna i individualna terapija (psihoedukacija, motivacijski intervju, savjetovanje, suportivna i kognitivno-bihevioralna terapija), obiteljska terapija (individualni i grupni način), te se provode i psihološka testiranja. Problematičnim korisnicima droga koji su motivirani za potpuno odvikavanje, dostupne su usluge u domovima za djecu ili odrasle osobe ovisne o alkoholu, drogama i drugim opojnim sredstvima, kao i u terapijskim zajednicama. Te organizacije djeluju kao udruge i pružaju različite oblike tretmana, koji se financiraju putem samofinanciranja, donacija, javnih natječaja Ministarstva zdravlja i Ureda za suzbijanje zlouporabe droga te iz sredstava Europske unije. Ovisnicima se može osigurati smještaj ili boravak u ovim ustanovama do tri godine, a za djecu najdulje do godinu dana. Ove ustanove pružaju širok spektar usluga, uključujući socijalni i savjetodavni rad, psihosocijalnu pomoć, radne terapije, skrb o zdravlju te psihološku podršku. Neki domovi za problematične korisnike droga i terapijske zajednice

nude organizirano stanovanje uz stručnu ili drugu podršku, što je važno za osiguranje potrebnih kapaciteta u sustavu socijalne skrbi za problematične korisnike droga. Potrebno je izraditi novu mrežu socijalne službe kako bi se odredili potrebni kapaciteti za pružanje socijalnih usluga ovisnicima. Od travnja 2007. godine, u Republici Hrvatskoj se provodi Projekt resocijalizacije ovisnika o drogama kao dio cjelokupnog sustava liječenja i psihosocijalnog tretmana problematičnih korisnika droga. Projekt podrazumijeva intervencije s ciljem socijalnog uključivanja problematičnih korisnika droga u život u zajednici nakon završenog liječenja u zdravstvenoj ustanovi, odvikavanja od ovisnosti u terapijskoj zajednici ili izdržane kazne zatvora u zatvorskom sustavu. Projekt također uključuje psihosocijalnu podršku, završetak školovanja, prekvalifikaciju i zapošljavanje, pomoć pri rješavanju stambenog pitanja ili organiziranog stanovanja liječenih, te druge oblike socijalnih intervencija s ciljem integriranja što više problematičnih korisnika droga u društvo³.

³ Smjernice za psihosocijalni tretman ovisnosti o drogama u zdravstvenom, socijalnom i zatvorskom sustavu (2015). Ured za suzbijanje zlouporabe droga Vlade RH. [Microsoft Word - Smjernice za programe smanjenje šteta web FINAL.docx \(gov.hr\)](#)

7. ZAKLJUČAK

Svaka osoba može u određenom razdoblju svog života iskusiti neki oblik ovisnosti. Ovisnosti se mogu pojaviti zbog različitih razloga, uključujući način života, osobne, profesionalne i društvene izazove s kojima se suočavamo. Stoga se ovisnosti više ne sagledavaju isključivo u kontekstu određene tvari, već se traga za sveobuhvatnim pristupom koji razmatra kemijske i ponašajne ovisnosti kao cjelinu. Sve vrste ovisnosti kompleksni su fenomeni koji proizlaze iz interakcije različitih bioloških, mentalnih, obiteljskih, ekonomskih, društvenih i okolišnih faktora. Naše društvo prolazi kroz značajne promjene i prilagodbe, posebno u pogledu društvenih odnosa u kojima je sve manje bliskosti, empatije, društvene solidarnosti i stjecanja socijalnog kapitala. U društvu je dominantna individualnost s većim brojem opcija za donošenje osobnih odluka, ali zbog sveprisutne otuđenosti pojedinca istovremeno može stvarati osjećaj nesigurnosti ili gubitak nekadašnje sigurnosti. Prevencija, smanjenje rizika i terapijski postupci u području ovisnosti zahtijevaju integraciju novih spoznaja. Ovo uključuje razumijevanje ovisnosti i razvoj inovativnih strategija za prevenciju i tretman. Temeljito praćenje, vrednovanje i istraživanje igraju ključnu ulogu u oblikovanju javnih politika na ovom području, jer nam pružaju nove objektivne podatke potrebne za prilagodbu i razvoj učinkovitih strategija (Buljan i sur., 2013).

Unatoč značajnoj ulozi tretmana ovisnosti supstitucijskim sredstvima poput metadona i buprenorfina, većina se znanstvenika slaže da korištenje isključivo farmakoterapije u liječenju ovisnosti neće proizvesti željene učinke. Optimalan pristup podrazumijeva kombinaciju terapije medikamentima s psihoterapijskim postupcima (pojedinačno i grupno) jer svaka za sebe nije u mogućnosti ukloniti ovisnost. Štoviše, korisnici nerijetko razvijaju novu ovisnost upravo o supstitucijskim sredstvima koja koriste za liječenje ovisnosti. Unatoč tome, ovi medikamenti privlače korisnike u programe liječenja (NIDA, 2018). Čak i kod najefikasnijih oblika psihoterapije i farmakoterapije odgovor na tretman nije posve uspješan. Drugim riječima, svi pacijenti ne reagiraju jednako dobro na tretman i nijedan pojedinačni oblik tretmana nije adekvatan za svakog problematičnog korisnika droga. Oni koriste različite vrste droga i prakticiraju raznovrsne modele ili obrasce konzumiranja, imaju različite stupnjeve težine kliničke slike ovisnosti, psihopatologije, psihosocijalnog funkcioniranja, te podrške i stabilnosti u društvenom okruženju. Stoga, kako bi se udovoljilo potrebama raznolikih skupina korisnika, kombiniranje psihoterapije i farmakoterapije važna je strategija za poboljšanje učinkovitosti liječenja. Farmakološke intervencije mogu učinkovito riješiti kratkoročne i relativno ograničene probleme koji, ako se ne rješavaju, negativno utječu na učinkovitost tretmana. S

druge strane, iako zahtijevaju više vremena da ostvare svoje učinke, psihosocijalne intervencije mogu biti učinkovitije u rješavanju širokog spektra problema ovisnika i to čine puno trajnije od trenutno dostupnih farmakoterapija. Dakle, iako psihoterapija i farmakoterapija imaju određene slabosti kad se koriste pojedinačno, te slabosti se često značajno umanjuju kada se integriraju oba oblika tretmana (Carrol, 1997).

Iako mnoga istraživanja potvrđuju pozitivne rezultate kombiniranja psihosocijalnih i farmakoloških tretmana u liječenju ovisnosti, još uvijek su potrebna daljnja istraživanja kako bi se bolje razumjelo kako ta kombinacija djeluje i koji je najučinkovitiji terapijski pristup. Kombiniranje različitih tretmana koji ciljaju različite aspekte problema može biti korisno u suočavanju s raznolikim simptomima i izazovima s kojima se susreću ovisnici o drogama. Međutim, malo istraživanja istražilo je interakciju između vrste ili doze lijekova i psihoterapije kao specifičnog testa kombiniranog liječenja. Takva istraživanja mogu pružiti korisne uvide o relativnoj učinkovitosti različitih pristupa te kako kombinacija lijekova i psihoterapije može utjecati na korištenje droga na različite načine. Iako su neka istraživanja pokazala pozitivne rezultate, konzistentnost i pouzdanost tih interakcija nisu potpuno razjašnjeni. Stoga su daljnja istraživanja o međudjelovanju farmakoloških i psihosocijalnih tretmana potrebna kako bi se bolje razumjela najučinkovitija kombinacija liječenja.

LITERATURA

1. Advisory Council on the Misuse of Drugs (2016). How can opioid substitution therapy (and drug treatment and recovery systems) be optimised to maximise recovery outcomes for service users? London: Home Office.
2. Ahmad, F. B., Anderson, R. N., Knight, K., Rossen, L. M., Sutton, P. D. (2021). Advancements in the National Vital Statistics System to meet the real-time data needs of a pandemic. *American Journal of Public Health*, 111(12), 2133-2140.
3. Ainscough, T. S., McNeill, A., Strang, J., Calder, R., Brose, L. S. (2017). Contingency Management interventions for non-prescribed drug use during treatment for opiate addiction: A systematic review and meta-analysis. *Drug and alcohol dependence*, 178, 318–339.
4. Allen, B., Harocopos, A. (2016). Non-Prescribed Buprenorphine in New York City: Motivations for use, practices of diversion, and experiences of stigma. *Journal of substance abuse treatment*, 70, 81–86.
5. Ball, J.C., Ross, A. (1991). The Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment: Patients, Programs, Services, and Outcome. New York: Springer-Verlag.
6. Barrett Waldron, H., Kaminer, Y. (2004). On the Learning Curve: The Emerging Evidence Supporting Cognitive-Behavioral Therapies for Adolescent Substance Abuse. *Addiction*, 99(2). 93-105.
7. Batisse A, Eiden C, Peyriere H. Use of new psychoactive substances to mimic prescription drugs: the trend in France. *Neurotoxicology* , 2020, 79, 20-24.
8. Bray, J. W., Zarkin, G. A., Davis, K. L., Mitra, D., Higgins-Biddle, J. C., Babor, T. F. (2007). The effect of screening and brief intervention for risky drinking on health care utilization in managed care organizations. *Medical care*, 45(2), 177-182.
9. Buljan, D., Bundalo-Vrbanac, D., Gelo, J. (2013). Interakcija psihoterapije i farmakoterapije kod bolesti ovisnosti. *Medix: specijalizirani medicinski dvomjesečnik*, 19(104/105), 252-260.
10. Burke, B. L., Arkowitz, H., Menchola, M. (2003). The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of consulting and clinical psychology*, 71(5), 843.
11. Caplehorn, J. R., Dalton, M. S., Haldar, F., Petrenas, A. M., Nisbet, J. G. (1996). Methadone maintenance and addicts' risk of fatal heroin overdose. *Substance use & misuse*, 31(2), 177-196.

12. Carroll, K. M., Rounsaville, B. J., Nich, C., Gordon, L. T., Wirtz, P. W., Gawin, F. (1994). One-year follow-up of psychotherapy and pharmacotherapy for cocaine dependence: Delayed emergence of psychotherapy effects. *Archives of general psychiatry*, 51(12), 989-997.
13. Carroll, K. M. (1997). Integrating psychotherapy and pharmacotherapy to improve drug abuse outcomes. *Addictive Behaviors*, 22(2), 233–245.
14. Davis, D. M., Hayes, J. A. (2011). What are the benefits of mindfulness? A practice review of psychotherapy-related research. *Psychotherapy*, 48(2), 198.
15. Donmall, M., Jones, A., Weston, S., Davies, L., P Hayhurst, K., Millar, T. (2012). The drug treatment outcomes research study (DTORS): research design and baseline data. *The Open Addiction Journal*, 5(1), 1-11.
16. Donny, E. C., Walsh, S. L., Bigelow, G. E., Eissenberg, T., Stitzer, M. L. (2002). High-dose methadone produces superior opioid blockade and comparable withdrawal suppression to lower doses in opioid-dependent humans. *Psychopharmacology*, 161, 202-212.
17. Donovan, D.M., Ingalsbe, M.H., Benbow, J., Daley, D.C. (2013). 12-Step Interventions and Mutual Support Programs for Substance Use Disorders: An Overview. *Social Work in Public Health*, 28(3-4), 313-332.
18. Douaihy, A. B., Kelly, T. M., Sullivan, C. (2013). Medications for substance use disorders. *Social Work in Public Health*, 28(3-4), 264-278.
19. Dunn, C., Deroo, L., Rivara, F. P. (2001). The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioral domains: a systematic review. *Addiction*, 96(12), 1725-1742.
20. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2021). Balancing access to opioid substitution treatment with preventing the diversion of opioid substitution medications in Europe: challenges and implications.
21. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2019). European drug report 2019: trends and developments, Luxembourg: Publications Office of the European Union.
22. Farré, M., Mas, A., Torrens, M., Moreno, V., Camí, J. (2002). Retention rate and illicit opioid use during methadone maintenance interventions: a meta-analysis. *Drug and alcohol dependence*, 65(3), 283-290.
23. Feeney, G. F., Young, R. M. D., Connor, J. P., Tucker, J., McPherson, A. (2002). Cognitive behavioural therapy combined with the relapse-prevention medication acamprosate: are short-term treatment outcomes for alcohol dependence improved?. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36(5), 622-628.

24. Fiellin, D. A., Pantalon, M. V., Pakes, J. P., O'Connor, P. G., Chawarski, M., Schottenfeld, R. S. (2002). Treatment of heroin dependence with buprenorphine in primary care. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 28(2), 231-241.
25. Fleming, M., Manwell, L. B. (1999). Brief intervention in primary care settings: A primary treatment method for at-risk, problem, and dependent drinkers. *Alcohol Research & Health*, 23(2), 128.
26. Forray, A., Sofuoglu, M. (2014). Future pharmacological treatments for substance use disorders. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 77(2), 382-400.
27. Goldstein MF, Deren S, Kang SY, Des Jarlais DC, Magura S. (2022). Evaluation of an alternative program for MMTP drop-outs: impact on treatment re-entry. *Drug and Alcohol Dependence*, 66(2), 181-7.
28. Gonzalez, G., Oliveto, A., Kosten, T. R. (2004). Combating opiate dependence: a comparison among the available pharmacological options. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 5(4), 713-725.
29. Grant, S., Colaiaco, B., Motala, A., Shanman, R., Booth, M., Sorbero, M., Hempel, S. (2017). Mindfulness-based Relapse Prevention for Substance Use Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Addiction Medicine*, 11(5), 386-396.
30. Griffith, J. D., Rowan-Szal, G. A., Roark, R. R., Simpson, D. D. (2000). Contingency management in outpatient methadone treatment: A meta-analysis. *Drug and alcohol dependence*, 58(1-2), 55-66.
31. Harding-Pink, D. (1993). Opioid toxicity. *The Lancet*, 341(8846), 665-666.
32. Jhanjee S. (2014). Evidence based psychosocial interventions in substance use. *Indian journal of psychological medicine*, 36(2), 112–118.
33. Kariisa, M., Scholl, L., Wilson, N., Seth, P., Hoots, B. (2019). Drug overdose deaths involving cocaine and psychostimulants with abuse potential—United States, 2003–2017. *Morbidity and mortality weekly report*, 68(17), 388.
34. Kimber, J., Larney, S., Hickman, M., Randall, D., Degenhardt, L. (2015). Mortality risk of opioid substitution therapy with methadone versus buprenorphine: a retrospective cohort study. *The Lancet Psychiatry*, 2(10), 901–908.
35. Lile, B. (2003). Twelve step programs: An update. *Addictive disorders & Their treatment*, 2(1), 19-24.
36. Magill, M., Ray, L.A. (2009). Cognitive-behavioral treatment with adult alcohol and illicit drug users: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Studies on Alcohol and Drug*, 70(4). 516-527.

37. Marks, J. (1994). Deaths from methadone and heroin. *The Lancet*, 343(8903), 976.
38. Markus Klarić, M., Klarić, D. (2020). Ovisnost o drogama kao kriminogeni čimbenik. *Policija i sigurnost*, 29(1-2/2020.), 134-151.
39. Mattick, R., Kimber, J., Breen, C., Davoli, M. (2004). Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. The Cochrane Database of Systematic Reviews.
40. McHugh, R. K., Hearon, B. A., Otto, M. W. (2010). Cognitive behavioral therapy for substance use disorders. *Psychiatric Clinics*, 33(3), 511-525.
41. Miller, W. R., Rollnick, S. (2012). *Motivational interviewing: Helping people change*. Guilford press.
42. Murphy, J. G., Dennhardt, A. A., Skidmore, J. R., Borsari, B., Barnett, N. P., Colby, S. M., Martens, M. P. (2012). A randomized controlled trial of a behavioral economic supplement to brief motivational interventions for college drinking. *Journal of consulting and clinical psychology*, 80(5), 876.
43. National Institute for Health and and Clinical Excellence (2007). Drug misuse – psychosocial interventions. Preuzeto 25.11.2023. s <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21834194/>.
44. National Institute on Drug Abuse (2018). Principles of Drug Addiction Treatment: A Research Based Guide (Third Edition). Preuzeto 15.7.2023. s <https://www.samhsa.gov/resource/ebp/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition>.
45. Neale, J. (2000). Methadone, methadone treatment and non-fatal overdose. *Drug and alcohol dependence*, 58(1-2), 117-124.
46. Newcombe, R. (1996). Live and let die: is methadone more likely to kill you than heroin? *Druglink*, 11, 9-12.
47. NIDA. 2019, May 16. Methamphetamine DrugFacts. Preuzeto sa <https://nida.nih.gov/publications/drugfacts/methamphetamine>. 26. srpnja 2023.
48. O'Brien, C. P. (2005). Benzodiazepine use, abuse, and dependence. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66(2), 28-33.
49. Papaseit E, Pérez-Mañá C, Pérez-Acevedo AP, Hladun O, Torres-Moreno MC, Muga R, Torrens M, Farré M. (2018). Cannabinoids: from pot to lab. *International Journal of Medical Sciences*,15(12).
50. Petry, N.M. (2010). Contingency management: what it is and why psychiatrists should want to use it. *The Psychiatrist*, 35(5), 161-163.

51. Rawson, R.A., Shoptaw, S.J., Obert, J.L., McCann, M.J., Hasson, A.L., Marinelli-Casey, P.J., Brethen, P.R., Ling, W. (1995). An intensive outpatient approach for cocaine abuse treatment. The Matrix model. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 12(2). 117-127.
52. Ray, L. A., Meredith, L. R., Kiluk, B. D., Walthers, J., Carroll, K. M., Magill, M. (2020). Combined Pharmacotherapy and Cognitive Behavioral Therapy for Adults With Alcohol or Substance Use Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA network open*, 3(6), 208-279.
53. Reimer, J., Wright, N., Somaini, L., Roncero, C., Maremmanni, I., McKeganey, N., Littlewood, R., Krajci, P., Alho, H., D'Agnone, O. (2016). The Impact of Misuse and Diversion of Opioid Substitution Treatment Medicines: Evidence Review and Expert Consensus. *European Addiction Research*, 22(2), 99–106.
54. Rohsenow, D. J., Monti, P. M., Rubonis, A. V., Gulliver, S. B., Colby, S. M., Binkoff, J. A., Abrams, D. B. (2001). Cue exposure with coping skills training and communication skills training for alcohol dependence: 6-and 12-month outcomes. *Addiction*, 96(8), 1161-1174.
55. Saitz, R. (2014). Screening and brief intervention for unhealthy drug use: little or no efficacy. *Frontiers in psychiatry*, 5, 121.
56. Shoptaw, S., Rawson R.A., McCann, M.J., Obert, J. (1995). The Matrix Model of Outpatient Stimulant Abuse Treatment. *Journal of Addictive Diseases*, 13(4), 129-141.
57. Smedslund, G., Wollscheid, S., Fang, L., Nilsen, W., Steiro, A., Larun, L. (2017). Effects of early, computerized brief interventions on risky alcohol use and risky cannabis use among young people. *Campbell Systematic Reviews*, 13(1), 1-192.
58. Strang, J., Hall, W., Hickman, M., Bird, S. (2010). Impact of supervision of methadone consumption on deaths related to methadone overdose (1993-2008): analyses using OD4 index in England and Scotland. Preuzeto 4.9.2023. s <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20847018/>.
59. Štrkalj-Ivezić, S., Jendričko, T., Pisk, Z., Martić-Biočina, S. (2014). Terapijska zajednica. *Socijalna psihijatrija*, 42(3), 172-179.
60. Teesson, M., Hall, W., Lynskey, M., Degenhardt, L. (2000). Alcohol-and drug-use disorders in Australia: Implications of the National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(2), 206-213.
61. Wanigaratne, S., Davis, P., Pryce, K., Brotchie, J. (2005). The effectiveness of psychological therapies on drug misusing clients. London: NTA Research Briefing, 11.
62. Weisner, C., Matzger, H., Kaskutas, L. A. (2003). How important is treatment? One-year outcomes of treated and untreated alcohol-dependent individuals. *Addiction*, 98(7), 901-911.

63. Wen, L. S., Sadeghi, N. B. (2020). The opioid crisis and the 2020 US election: crossroads for a national epidemic. *The Lancet*, 396(10259), 1316-1318.
64. Wendt, D. C., Gone, J. P. (2017). Group therapy for substance use disorders: A survey of clinician practices. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 12(4), 243-259.
65. Whelan, P. J., Remski, K. (2012). Buprenorphine vs methadone treatment: A review of evidence in both developed and developing worlds. *Journal of neurosciences in rural practice*, 3(01), 45-50.
66. Wright, F. D., Beck, A. T., Newman, C. F., Liese, B. S. (1993). Cognitive therapy of substance abuse: theoretical rationale. *NIDA research monograph*, 137, 123-123.
67. Zador, D., Wall, P. L., Webster, I. (1996). High sugar intake in a group of women on methadone maintenance in south western Sydney, Australia. *Addiction*, 91(7), 1053-1061.
68. Zrilić, M. (2016). Sintetske droge-nove psihoaktivne supstance u rukama djece. *Zbornik radova za medicinske sestre*, 33, 86-90.