

Ovisnost kao samomedikacija

Mikulić, Dorotea

Master's thesis / Diplomski rad

2024

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Law / Sveučilište u Zagrebu, Pravni fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:199:258898>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-12-27**



Repository / Repozitorij:

[Repository Faculty of Law University of Zagreb](#)



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
PRAVNI FAKULTET
STUDIJSKI CENTAR SOCIJALNOG RADA

Dorotea Mikulić

OVISNOST KAO SAMOMEDIKACIJA

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2024.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU

PRAVNI FAKULTET

STUDIJSKI CENTAR SOCIJALNOG RADA

Sveučilišni diplomski studij socijalni rad

Dorotea Mikulić

OVISNOST KAO SAMOMEDIKACIJA

DIPLOMSKI RAD

Mentor: izv.prof.dr.sc. Ante Bagarić

Zagreb, 2024.

Sadržaj

1. Uvod.....	1
2. Definicije, teorije i modeli ovisnosti.....	2
2.1. Biološki, psihološki i sociološki pristupi.....	3
2.2. Teorija oprečnih procesa.....	6
2.3. Relevantnost prikladne teorije za razumijevanje ovisnosti.....	10
3. Teorija samomedikacije.....	11
3.1. Najvažniji aspekti teorije.....	12
3.2. Preferirano sredstvo ili klasa.....	14
4. Klasifikacija psihoaktivnih tvari.....	16
4.1. Psihička i fizička ovisnost.....	19
4.2. Sindrom sustezanja.....	19
4.3. Teorija samomedikacije i izbor sredstva.....	20
5. Dijagnoza ovisnosti.....	25
5.1. Dijagnostički kriteriji za ovisnost.....	26
5.2. Dijagnoza bihevioralne ovisnosti.....	27
5.3. Sličnosti i razlike bihevioralnih i ovisnosti o psihoaktivnim tvarima.....	29
5.4. Specifičnost rizika kod adolescenata.....	31
6. Dualna dijagnoza.....	33
6.1. Paradigma dualne dijagnoze.....	35
6.2. Dijagnostička dilema.....	36
6.3. Specifičnosti i otežavajući čimbenici pri liječenju.....	38
7. Tijek ovisnosti.....	39
7.1. Rizični čimbenici.....	39
7.2. Pojava i razvoj ovisnosti.....	41
7.3. Dominantni mehanizmi održavanja ovisnosti.....	42
7.4. Ključni aspekti pojave i razvoja ovisnosti prema teoriji.....	45
7.5. Posljedice.....	46
8. Područja intervencija.....	47
8.1. Farmakološke intervencije.....	48
8.2. Kognitivne intervencije – otklanjanje i ublažavanje kognitivnih deficita.....	52

8.3.Socijalne intervencije – pomoć i društvena podrška.....	54
8.4.Dostupnost liječenja.....	55
8.5.Važnost sveobuhvatnog i cjelovitog pristupa liječenju.....	57
9. Noviji potencijalni mehanizmi i pristup liječenju.....	58
9.1.Varijable koje usmjeravaju liječenje i prevenciju.....	58
9.2.Značaj stresa i HPA-osi.....	59
9.3.Neurogena stanja.....	61
9.4.Promjena neurogenih stanja.....	62
10. Transdijagnostički model liječenja bihevioralnih i ovisnosti o psihoaktivnim tvarima.....	64
10.1. Ranjive komponente ovisnosti i odgovarajuće intervencije.....	65
10.2. Karakteristike i prednosti modela.....	68
11. Zaključak.....	70

Popis tablica

Popis slika

Popis literature

Ovisnost kao samomedikacija

Sažetak: Osnovni cilj ovog rada je postizanje cjelovitog razumijevanja ovisnosti. Primarno, kroz postavke teorije samomedikacije, koja u najvećoj mjeri objašnjava psihološki aspekt pozadine odnosno temelja ovisnosti, uz dodatak relevantnih spoznaja iz drugih teorija i modela koje upotpunjuju bihevioralnu, sociološku i neurološku podlogu. Ovakav pregled informacija, postavki i modela čini se nužan, radi kompleksne i multidimenzionalne prirode ovisnosti, a samim time i razumijevanja te u konačnici, liječenja. Najvažniji rezultati dobiveni radom odnose se na ključnu ulogu nesposobnosti regulacije afekta te regulacije odnosa, koji su prema Edwardu Khantzianu, autoru teorije samomedikacije, ključni aspekti za razumijevanje, a nakon toga i liječenje ovisnosti. Temelj liječenja predstavlja empatičan i neosuđujući pristup prema osobi, koja kroz ovakav odnos ima priliku ponovnog doživljavanja određenih iskustava, afekta i trauma koje su se nerijetko dogodile u ranim razvojnim periodima ili tijekom života i njihovo razrješavanje. Na taj način se osigurava razrješavanje podloge koja ovisnu osobu navode na ovisnost ili pak na relaps. Uz psihološki dio, nužne su intervencije u područjima motivacije za promjenom, učenje kontrole afekta i kontrole impulzivnosti, povećanje sposobnosti samokontrole, promjena štetnih uvjerenja, adekvatna socijalna podrška i potpora te mijenjanje kompulzivnih ponašanja. Obzirom da socijalni radnici nerijetko koordiniraju i povezuju velik broj aktivnosti i procesa koje ovisnici prolaze tijekom liječenja, važno je prvenstveno razumijevanje podloge ovisnosti, koja je u ovom radu samomedikacija, a nakon toga i ključna područja rada kako bi se osobi pružila adekvatna podrška i potpora te smanjila neizbježna težina ovog procesa, kao i patnja i vjerojatnost relapsa.

Ključne riječi: ovisnost, samomedikacija, dualna dijagnoza, psihoaktivne tvari, bihevioralna ovisnost

Addiction as self-medication

Abstract: The main objective of this paper is to achieve a comprehensive understanding of addiction. Primarily, through the principles of the theory of self-medication, which to the greatest extent explains the psychological aspect of the background or basis of addiction, with the addition of relevant knowledge from other theories and models that complete the behavioral, sociological and neurological basis. Such an overview of information, settings and models seems necessary, for the sake of the complex and multidimensional nature of addiction, and therefore for understanding and, ultimately, treatment. The most important results obtained from the work refer to the key role of the inability to regulate affect and relationship regulation, which according to Edward Khantzian, the author of the theory of self-medication, are key aspects for understanding and then treating addiction. The basis of the treatment is an empathic and non-judgmental approach to the person, who through this relationship has the opportunity to re-experience certain experiences, affects and traumas that often occurred in early developmental periods or during life and their resolution. In this way, it is ensured that the reasons that lead an addicted person to addiction or to relapse are resolved. In addition to the psychological part, interventions are necessary in the areas of motivation for change, learning to control affects and impulsivity, increasing the ability to self-control, changing harmful beliefs, adequate social support, and changing compulsive behavior. Considering that social workers often coordinate and connect a large number of activities and processes that addicts go through during treatment, it is important primarily to understand the basis of addiction, which in this work is self-treatment, and then the key areas of work in order to provide the person with adequate support and reduced the inevitable difficulty of this process, as well as suffering and the likelihood of relapse.

Key words: addiction, self-medication, dual diagnosis, psychoactive substance,
behavioral addiction

Izjava o izvornosti

Ja, Dorotea Mikulić pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključiva autorica diplomskog rada/završnog rada (obrisati nepotrebno) te da u radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova te da se prilikom izrade rada nisam koristila drugim izvorima do onih navedenih u radu.

Ime i prezime: Dorotea Mikulić

Datum: 27.09.2024.

1. Uvod

Unatoč tome što je ovisnost fenomen zabilježen u povijesti, u različitim dijelovima svijeta od samih početaka razvoja civilizacija kao što su stari Grci, Rimljani, Inke i brojne druge zajednice, i dalje je visoka razina stigmatizacije i negativnog stava prema ovisnicima. Opisani negativan stav i predrasude prema ovisnicima te intenzitet istih, možda nije bio toliko velik u prošlosti obzirom da su se razlikovali uvjeti korištenja droge. Naime, najveće razmjere ovisnost dostiže tek nakon razvoja trgovine. Prenosenje droga s jednog kraja svijeta na drugi te iz jedne u drugu kulturu, eliminiralo je faktore koji su droge i njihovo korištenje na određeni način držale pod kontrolom, a odnose se na manju raširenost, specifične uvjete, težu dostupnost, stoga znatno manje i blaže posljedice. Do razvoja trgovine navedeno je bilo osigurano ograničenošću droge na samo neka područja i zemlje, a negativne posljedice ublažene su vrlo strogim zakonima tradicije. Eksplozija zlouporabe droga nastupa šezdesetih godina nakon drugog svjetskog rata (Bagarić, 2021.), a najznačajnije posljedice prisutne su otprilike u zadnjih pedeset godina prilikom nastupa epidemije ovisnosti koja se u zapadnoj civilizaciji raširila toliko da je 10% populacije ovisno o alkoholu, drogama, kockanju i internetu, pri čemu se samo 10% ukupnog broja ovisnika liječi (Bagarić i sur., 2018.) Unatoč dugotrajnoj prisutnosti, razvoju, raširenosti i dostupnosti sredstava ovisnosti, razumijevanje ovog problema i poznavanje glavnih odrednica koje uopće osobu mogu dovesti do iskustva ovisnosti ne odražavaju takvu dugotrajnost. Stavovi o ovisnicima velikog broja osoba su i dalje zastarjeli, netočni, a uz to takvo razumijevanje vodi u neadekvatan i stigmatizirajući tretman ovisnika, ponavljaju se štetne posljedice takvog tretmana na razini položaja u društvu i u ustanovi pri liječenju, nadalje se perpetuiraju ciklus stigme i otežava proces liječenja na razne načine, povećava vjerojatnost relapsa i odbačenosti od društva i bližnjih. Na ovaj problem upozoravaju i Bagarić i Majdak (2021.) te navode da je proces destigmatizacije otežan zastarjelim gledištima, odnosno razumijevanjem ovisnosti kao slabosti volje ili karaktera osobe i prikazom ovisnika kao kriminalaca. Kako je već objašnjeno u raznim teorijama koje će biti opisane u radu, danas je poznato da je uz čimbenike

na strani same osobe, prisutan još niz čimbenika koji mogu povećati ili smanjiti vjerojatnost ovisnosti. Neki od ključnih prethodno objašnjenih čimbenika su obrađeni i spomenuti u ovom radu. Radi postizanja cjelovitog razumijevanja ove teme, opisana su najčešća sredstva ovisnosti, uz nešto novije bihevioralne ovisnosti, njihove zajedničke karakteristike i različitosti te naposljetku potencijalni oblici liječenja. Središnja tema ovog rada je razumijevanje globalnog problema ovisnosti kroz perspektivu postavki teorije samomedikacije, uz dodatak drugih teorija i modela koji su nužni za cjelovito razumijevanje kompleksne teme ovisnosti. Osim opisa, teorijske podloge i značajki potrebnih za dijagnozu ovisnosti, ovim radom obrađena je i tema dualne dijagnoze, obzirom na sve češću pojavnost iste, do mjere da je u današnjem razdoblju postala pravilo, a ne iznimka (Ćelić, 2021.) Uz sve navedeno, i dalje je prisutna izrazita stigmatizacija osoba koje pate od ovisnosti od strane društva, stručnjaka koji rade s njima, njihovih obitelji, a što dodatno otežava proces liječenja. Među stručnjake naravno spadaju i socijalni radnici, koji su često koordinatori brojnih procesa uključenih u rad s ovisnicima, stoga je izuzetno važna prikladna perspektiva te razumijevanje ovisnosti, kao i samih osoba suočenih s istim problemom.

2. Definicije, teorije i modeli ovisnosti

Među najčešće korištenim definicijama je da je **ovisnost** kronična recidivirajuća bolest mozga koja nastaje postupno, utjecajem različitih tvari (Slijepčević, Puharić i Salaj, 2018.) Ovu definiciju moguće je povezati sa sličnom definicijom, koja ju određuje kao **kronični poremećaj**, jer čak i nakon liječenja i duljeg razdoblja apstinencije od droga, rizik ponovnog vraćanja na aktivnu uporabu droga ostaje visok (Berke i Hyman, 2000.) Još jedna od često korištenih definicija je ona Svjetske zdravstvene organizacije koja ovisnost opisuje kao **stanje periodične ili kronične intoksikacije**, izazvane ponavljanim uzimanjem prirodne ili sintetičke droge (psihoaktivne tvari). Ova definicija je sadržajem nešto šira od prethodne jer uključuje i periodičnu ali i kroničnu intoksikaciju, no opseg je uži, iz razloga što se odnosi na uzimanje prirodne ili sintetičke droge, dok prethodne ne specificiraju sredstvo ovisnosti. Postoji niz teorija i modela koji iz različitih perspektiva objašnjavaju nastanak, razvoj i/ili održavanje ovisnosti,

svaka od njih naglašava pojedine faktore kao ključne, ovisno o temeljnim postavkama same perspektive. Kod nekih je naglasak na psihološkim procesima (Orford, 2001., Orford 1985.), dok se kod bihevioralnih ovisnosti naglašava važnost tzv. apetitivnih ponašanja koja uključuju alkohol, pušenje, kockanje, psihoaktivne tvari, jedenje, seks. Sukladno tome, postoji pretjeran „apetit“ odnosno sklonost ponašanjima koja stvaraju užitek ili olakšanje nelagode. Osim razmatranja psiholoških i bihevioralnih procesa, moguć je naglasak na bio-psihosocijalne odrednice i manifestacije, kao i na ovisničke poremećaje koji su nastali kao posljedica primarne ovisnosti. Primjerice, ovisnost o alkoholu može rezultirati manifestacijom sindroma ovisnosti i njegovih posljedica, koje odražavaju karakteristike specifične za korištenje upravo alkohola (npr. visok krvni tlak, ciroza jetre), isto tako ovisnost o kockanju na internetu može dovesti do nesanicе, radi značajne količine vremena provedenog na aktivnost kockanja. Posljednje opisano razumijevanje karakteristično je za sindromski model ovisnosti (Griffiths, 2005., prema Kim i Hodgins, 2018.)

Zanimljivu konceptualizaciju navode Shafiee i suradnici (2019.), stvarajući model ovisnosti u kojemu jednu os čine dimenzije ovisnosti, a uključuju biološku, psihološku i socijalnu dimenziju. Nasuprot tome, drugu os čine razine društva, razine mogu biti pojedinci, grupe i okolina. Za svaku od osi (dimenzije i razine) navode dosad razvijene i opisane teorije ili modele koji su dalje u tekstu ukratko opisani radi cjelovitog razumijevanja.

2.1. Biološki, psihološki i sociološki pristup

Pojedine komponente objašnjavaju ovisnost naglašavajući biološke, psihološke ili sociološke aspekte, ovisno o dimenziji odnosno grani znanosti unutar koje je teorija razvijena. Sukladno tome, razlikujemo biološki, psihološki i sociološki pristup.

Biološki pristup – ovisnost promatra kao bolest mozga (Ouzir i Errami, 2016., Panlilio i Goldberg, 2007., Koob, 2006., Ahmed, 2012.) odnosno kao abnormalno stanje (Badiani, 2014.) Bavi se objašnjenjem ovisnosti putem promjena u živčanom sustavu, procesa motivacije te oštećenjem moždanih funkcija i

samokontrole osoba (West, 2013., Feltenstein i See, 2008., Volkow i Li, 2004.) Neke od najvažnijih su primjerice evolucijska (Nesse, 1994.) i genetska (Hicks i sur., 2012.) teorija.

Psihološki pristup – moguće ga je daljnje razdijeliti na pristupe iz suvremene te socijalne psihologije. Socijalna psihologija naglašava važnost stvarne ili percipirane prisutnosti drugih ljudi u razvoju mentalnih procesa i ponašanja (Greaves, 1974.). Kod određenih se ističe nekonvencionalnost osoba koje konzumiraju droge u usporedbi s onima koji ih ne konzumiraju (Jessor, 1977., Jessor i Jessor, 1980.), a kod drugih je veći naglasak na važnosti procjene koristi određenog ponašanja tj. konzumacije droge (Simpson i Harrel, 2007.), odnosno na procjeni kratkoročne i dugoročne koristi određene vrste droge (Bickel i Marsch, 2001.) Suvremena psihologija kritizira proučavanje ovisnosti o drogama i korištenje droga iz sljedećih perspektiva:

- Biopsiosocijalna – proučava neurološke mehanizme u različitim stadijima korištenja droge i ovisnosti (Elis i Young, 2013.)
- Bihevioralna – obuhvaća različite teorije učenja kao što su teorija socijalnog učenja, učenje promatranjem, teorija uvjetovanja. Bavi se proučavanjem kako primjerice faktori pozitivnog ili negativnog uvjetovanja (Petraitis i sur., 1995.) mogu inhibirati ili potaknuti početak odnosno nastavak korištenja droge putem mehanizama nagrade i kazne.
- Kognitivna – objašnjava kako su oštećenja sposobnosti planirane akcije za promjenu ponašanja (Miller i Brown, 1991.) ili oštećenja izvršne sposobnosti (Diaz i Fruhauf, 1991.) praćeni odgovarajućim ponašanjima koja na taj način (Hester i sur., 2010.) predisponiraju osobu za razvoj ovisnosti.
- Psihoanalitička – konzumacija droge je obrambeni ili adaptivni mehanizam suočavanja sa životnim problema. Ova perspektiva upućuje na kompleks inferiornosti odnosno nemogućnosti njegova razrješavanja kod pojedinaca koji imaju specifičnu strukturu osobnosti. (Ausubel, 1980, Wurmser, 1980.) Teorija samomedikacije pripada psihoanalitičkoj perspektivi.
- Egzistencijalistička/humanistička – polaze od pretpostavke da postoje određena stanja svjesnosti pomoću kojih se osoba može prilagoditi na raznolike (životne)

dogadaje. Zbog određenih prepreka (npr. patoloških stanja), neke osobe imaju manju sposobnost postizanja potrebnih stanja svjesnosti. (Jessor, 1977.)

Sociološki pristup naglašava ponajviše socijalne odnosno okolinske uvjete koji pojedinca potiču ili zadržavaju u ovisnosti.

- Teorija anomije – ključni su uvjeti anomije u kojima grupne vrijednosti i norme te etika i poštivanje zakona gube značenje (Durkheim, 1897.)
- Model adaptacije – ovisnost o drogama se objašnjava kao pokušaj nošenja sa neuspjehom (u aspektima društvenog odobravanja, sposobnosti, samopouzdanja, neovisnosti, kao minimalnih očekivanja od sebe i zajednice). Adaptacija odnosno prilagodba označava prilagodbu osobe na identitet ovisnika zbog percipiranja tog identiteta kao boljeg od osobe bez identiteta (Alexander, 2009.)
- Teorija socijalne kontrole – odgovara na pitanje zašto samo određeni članovi zajednice iskazuju devijantna ili nasilna ponašanja kao što je konzumacija droge, pri čemu je povezanost osobe sa zajednicom (odnosno izostanak iste) ključna odrednica uključenosti u nasilna ponašanja (Hirschi, 1969.)
- Teorija devijantnosti i teorija subkulturalne devijantnosti – u subkulturi droge, ključna vrijednost je euforija dobivena konzumacijom droge, a norme ponašanja su snažna želja ili pokušaj konzumacije droge za postizanje euforije (Johnson, 1980.)
- Simbolička socijalna interakcija – čin korištenja droge smatra se rezultatom odnosa između pojedinaca (Barkan, 2013.) u kojemu se uče različiti načini konzumacije droga te percipiranje aktivnosti konzumacije droge kao ugodnog elementa odnosa.
- Teorija konflikta – naglasak je na nejednakostima u društvenoj klasi, rasi, spolu i drugim faktorima, koji utječu na unos droge, obrazac i ishode konzumacije droge te druge povezane probleme (Barkan, 2013.)
- Teorija socijalnog utjecaja – obrazac korištenja droge je važan faktor socijalnog utjecaja grupe kojoj osoba pripada, kao i identiteta te subkulture odnosno grupe (Keene i sur., 2009.)

- Ekološka teorija i teorija društvene dezorganizacije – u usporedbi sa utjecajem rase ili religije članova određenog susjedstva, pretpostavlja veći utjecaj bogatstva na različit status gradskih susjedstva i s njime povezanu razinu zločina i devijantnih ponašanja kao što je korištenje i prodaja droge (Burgess, 1925.)

Uz teorije i modele, Shafiee i suradnici (2019.) razmatraju pristupe ovisnosti te razlikuju istraživanja provedena na dvije razine potencijalnog utjecaja – individualnoj i društvenoj. Sukladno tome, razlikuju istraživanja ovisno o proučavanju individualne i društvene razine, a moguće ih je kategorizirati na sljedeće:

1. Razina pojedinca, grupe kojoj pripada te konteksta u kojemu živi – fokus je na pojedincu, grupi ili oboje (Anderson, 1999.)
2. Epidemiološke studije sa ekološkim pristupom – provedene radi razumijevanja utjecaja konteksta (Susser, 1994.)
3. Kontekstualni makro faktori – i njihov utjecaj na ponašanje pojedinca (Von Korff i sur., 1992.)

Zaključno, za postizanje holističkog i točnog razumijevanja ovisnosti i konzumacije droge potreban je multidimenzionalan (bio-psiho-socijalni) i multirazinski (individualni i socijalni) pristup (Shafiee i sur., 2019.)

2.2. Teorija oprečnih procesa

Teorija oprečnih procesa (eng. *opposing/opponent process theory*) jedna je od glavnih teorija korištenih u radu neuroznanstvenika. Predstavlja psihološki i neurološki model koji je prvotno osmislio Ewald Hering 1878. godine, a kasnije dodatno razvijen od strane Richarda Solomona i Johna D. Corbita u 1970ima. Ima velik značaj obzirom da se uz pomoć teorije nastoji objasniti niz perceptivnih, emocionalnih i motivacijskih fenomena kroz koncept oprečnih odnosno suprotstavljenih procesa ili mehanizama. Osim na područje ovisnosti, primjenjuje se i na područja kolornog vida i emocija (Hreha, 2023.) Odnos sa teorijom samomedikacije nije isključujući, odnosno jedna teorija ne poništava validnost druge, već se one međusobno nadopunjavaju, što navode i sami autori

teorije samomedikacije (Khantzian i Albanese, 2008.) Važno je naglasiti da to ne znači da je sama teorija manjkava, već upravo suprotno. Iz ove perspektive se dodatno naglašava važnost i velik doprinos ove teorije zbog mogućnosti da komplementira druge teorije koje su primjenjive ovisno o osobi i kontekstu. Mogućnost da se teorija nadoveže i obogati ostale teorije može prikazati upravo njenu vrijednost, primjenjivost u širokom rasponu situacija i detalja vezanih uz njih. Sam autor teorije ističe kako teorija samomedikacije nije osmišljena kao zamjena za sociokulturalne i biogenetske teorije o etiologiji ovisnosti, već je u odnosu na ostale teorije koje se bave ovim problemom **komplementarna**.

Za objašnjenje teorije oprečnih procesa važni su pojmovi stečenih i urođenih motiva, pri čemu u stečene ubrajamo one univerzalne za ljudska bića (primjerice za hranom, vodom), a stečeni se odnose na ljubav, društvenu povezanost, traženje užitka itd. Prema Solomonu (1980.), određeno sredstvo ovisnosti može postati stečeni motiv ukoliko su uvjeti za to prisutni, a stečeni motivi mogu biti jednako značajni kao i urođeni. Za razliku od Freuda, Millera i drugih, ne daje središnju pažnju asocijativnim procesima potrebnim za doživljavanje učinka nagona (koji osobi daju energiju ili motivaciju da ide prema podražaju) ili uvjetovanja (koji motiviraju za ponavljanje specifičnih ponašanja). Solomon objašnjava da sami asocijativni procesi prethodno navedeni nisu potrebni za stvaranje niti dovoljni za održanje ovisničkih ponašanja. U svakom slučaju stečene motivacije, odnosno kada pojedinac identificira stečeni motiv, uključeni su *afektivni* ili *hedonistički* procesi na tri načina: kontrast, habituacija (tolerancija) te sindrom sustezanja (apstinencija). Usredotočuje se na dinamičku ravnotežu između dva suprotna emocionalna stanja, koja se često nazivaju "A-proces" i "B-proces" odnosno stanje A i stanje B. A-proces predstavlja primarni emocionalni ili fiziološki odgovor na podražaj, dok je B-proces sekundarni, suprotni odgovor koji se suprotstavlja A-procesu protekom vremena. Prema teoriji, B-proces se sporije razvija i nestaje od A-procesa, što dovodi do raznih psiholoških fenomena (Hreha, 2023.)

1) Afektivni ili hedonistički **kontrast**

Osnovno stanje (eng. *baseline state*) → stanje A → stanje B → osnovno stanje

Odnos stanja A i stanja B je kontrast, a svako stanje ima svojstva uvjetovanja. Moguće je pozitivno uvjetovanje pri čemu stanje A predstavlja pozitivan podražaj i odgovarajuću reakciju povećanja emocionalnog/hedonističkog stanja koje je veće od osnovnog. Suprotno tome, stanje B predstavlja neugodno stanje koje nastaje kao posljedica izostanka stanja A i prvotnog povećanja koje je proizvedeno u odnosu na osnovno stanje. Ukoliko se radi o negativnom uvjetovanju, stanje A je neugodan ili negativan podražaj koji pojedinac želi izbjeći, a stanje B je povećanje ugodnog i pozitivnog afekta koji nastaje uslijed uklanjanja neugodnog. U ovoj fazi, moguće je reći da su odstupanja koja nastaju u stanju A i u stanju B simetrična, odnosno proizvode relativno jednake promjene u odnosu na početno stanje. Solomon ističe pet označenih distinktivnih značajki složenog afektivnog ishoda proizvedenog jednostavnim kvadratnim valom podražaja. Pet značajki obuhvaća:

1. Vrhunac primarne afektivne reakcije
 2. Faza adaptacije
 3. Stabilna razina
 4. Vrhunac naknadne afektivne reakcije
 5. Opadanje naknadne reakcije
- 2) Afektivno ili hedonističko **navikavanje/habituacija (tolerancija)**

Prethodno opisana sekvenca ostaje ista, a razlika je u reakciji nakon što podražaj postane poznat, u odnosu na prethodno relativno nov podražaj. Nakon više izlaganja istom podražaju i navikavanju tj. povećanju tolerancije na isti, reakcija organizma ne ostaje ista. Odnosno, promjene vidljive u stanjima A i B više nisu simetrične i u kontrastu tj. relativno jednake, već postaju asimetrične. Stanje A više nema toliko intenzivno povećanje u odnosu na osnovno, a povećava se intenzitet i trajanje stanja B.

- 3) Afektivni ili hedonistički **sindrom sustezanja (apstinencija)**

Nakon velikog broja ponavljanja istog podražaja (ujedno i ove sekvence), stanje A je značajno manjeg intenziteta nego na početku, manja je i promjena koju stvara u odnosu na osnovno stanje. Stanje B, kao što je već spomenuto,

proizvodi intenzivnije promjene i veće djelovanje nego u početnim fazama kada je podražaj bio novitet. Osim navedenog što je karakteristično za toleranciju, za sindrom suzdržavanja karakteristične su dugotrajne afektivne naknadne reakcije visokih amplituda. U odnosu na početne promjene, stanje B dakle ima značajke dugotrajnosti i većeg intenziteta.

Sukladno navedenom, tri su postulata koja proizlaze iz ove teorije, a koje jako dobro odgovaraju objašnjenju nastanka ali i održavanja ovisnosti, kao i sindroma suzdržavanja. Dalje u tekstu navedeni su postulati i ispod njihovo objašnjenje u kontekstu ovisnosti.

- (a) Afektivna reakcija (stanje A) na pojavu i održavanje neuvjetovanog podražaja će postupno opadati
- (b) Afektivna naknadna reakcija (stanje B) će rasti u intenzitetu i trajanju
- (c) Često će se pojaviti posebna afektivna kvaliteta naknadne reakcije (stanje B), i činit će se hedonistički suprotnom kvaliteti (stanje B) koja je nastala početkom i održavanjem neuvjetovanog podražaja tijekom prvih nekoliko dolaska u kontakt sa podražajem.

Dolazi do postupnog opadanja afektivne reakcija dobivene na početku konzumacije sredstva ili izvršavanjem ponašanja koje je predmet ovisnosti. Sve češćim izlaganjem dolazi do navikavanja osobe i organizma, kako raste broj ponavljanja konzumacije/ponašanja, raste afektivna naknadna reakcija karakterizirana neugodnim simptomima koji osobu navode na ponavljanje ovisničkog ponašanja kako bi se izbjegli ili smanjili neugodni simptomi naknadne reakcije. Poželjna stanja su sve manje intenzivna i kratkotrajna, a nepoželjna sve više. Nakon velikog broja ponavljanja, nepoželjna stanja mogu dostići intenzitet i reakciju jednaku poželjnim stanjima proizvedenim na početku. Ponavljanjem izlaganja organizma novostvorenoj kvaliteti afektivne naknadne reakcije, povećava se i vrijeme i teškoća vraćanja na osnovno stanje. Početni ugodni tj. poželjni učinci droge ili ponašanja (stanja A) praćeni su negativnim stanjima odvikavanja, žudnje i drugih neugodnih simptoma (stanja B). Tijekom vremena se može povećati intenzitet stanja B, rezultat su smanjeni ugodni učinci

droge te snažniji nagon za daljnjim korištenjem kako bi se izbjegle neugodne posljedice i stanja (Hreha, 2023.)

2.3.Relevantnost prikladne teorije za razumijevanje ovisnosti

Razumijevanje samo po sebi ima veliko značenje obzirom na brojne predrasude i stigmatizirajući stav te praksu usmjerenu prema osobama koje su ovisne, bilo u tretmanu, bilo u stavu i odnosu od javnosti i društva općenito. Prema tome, teorija nudi način konceptualizacije i razumijevanja (a kroz to i djelovanja) koji bi u idealnim uvjetima trebao biti zastupljen u društvu i među stručnjacima, te već kod samog početka liječenja. Unatoč tome, i dalje je zastupljeno nepotpuno i pogrešno razumijevanje osoba s iskustvom ovisnosti. Navedeno je problematično u pogledu nedostatka znanja, a ponajviše vidljivo u kontekstu utjecaja na ponašanje članova društva prema ovisnicima, kvalitetu tretmana i vjerojatnost relapsa. Bagarić i Majdak (2021.) navode veliko značenje stigmatizirajućih stavova u procesima liječenja i rehabilitacije. Osoba koja razvije ovisnost, zbog negacije i minimalizacije problema od nje same, a nakon toga obitelji i bližnjih, do samog liječenja dolazi tek puno kasnije. Tada je problem već razvijen i teže rješiv, a posljedice razgranate i međusobno povezane na više životnih područja. Neprikladan i stigmatizirajući stav te tretman nastavlja se u zajednici u kojoj se ovisnik nalazi, odnosno vraća nakon liječenja. Posljedice takvog stava i tretmana su toliko značajne da mogu potaknuti relaps na način da se ovisnik „slomi“. Ukoliko ako taj mehanizam nije uspješan, može doći i do izolacije ovisnika od strane zajednice. Štetu u ovakvoj mjeri, ako ne i u većoj prisutna je u ustanovama u kojima se odvija liječenje, od strane slabo educiranih i loše treniranih terapeuta. Ukoliko očekivana i zaslužena potpora i razumijevanje ovisnika od strane stručnjaka izostanu, jedina opcija koja im se čini da preostaje je recidiv te vraćanje jedinom rješenju za sve situacije. Opisan način razmišljanja se može lakše razumjeti kad je velika vjerojatnost da se ovisnik nalazi u trenutnim životnim okolnostima zbog percepcije sredstva ovisnosti kao jedinog rješenja za probleme te način suočavanja sa negativnim emocijama i situacijama. Nakon hrabrosti i teške odluke na liječenje i time razvoja novih načina suočavanja s ovim i brojnim drugim problemima proizašlih iz ovisnosti, ulaže vrijeme i prolazi

izuzetno težak proces odvikavanja te na mjestima gdje očekuje i jedino može dobiti istinsku potporu, uvjete za liječenje i oporavak, u konačnici bude najviše razočaran manjkom razumijevanja i odbacujućim ponašanjem. Povratna informacija koju dobiva time je da je sav trud i novi način funkcioniranja nedjelotvoran i nesvrhovit. Uz težinu tog procesa, može se dogoditi da su okolina, bližnji i stručnjaci pokazali još lošiji tretman i ponašanje nego kad je osoba aktivno i intenzivno koristila sredstvo ovisnosti, u razdobljima neznanja od strane ostalih. Nažalost, nije rijetkost da se osobe sa iskustvom ovisnosti, odnosno liječenja ovisnosti, i dalje percipira kao „propali slučaj“. Dijelom je ovo moguće i upravo zbog stavljanja krivnje i cjelokupne odgovornosti isključivo na izbor osobe i njenu orijentaciju na hedonistički učinak zlorabe ili ovisnosti, kod nepotpunog razumijevanja ili nedostatka znanja o neurološkim, fiziološkim i drugim čimbenicima uzrokovanih ili posredovanih ovisnošću, stoga teret krivnje i odgovornosti uz nepoznavanje svih ostalih čimbenika, preostaje samo pasti na osobu koja je drogu koristila.

3. Teorija samomedikacije

Edward J. Khantzian i Mark J. Albanese su osobe zaslužne za razvoj teorije samomedikacije (SMH, eng. *self-medication hypothesis*). Razvijena je na temelju ekstenzivne kliničke prakse te šezdesetogodišnjeg iskustva u radu sa pacijentima koji pate od ovisnosti. Daljnje je potvrđena znanstvenim istraživanjima ranjivosti za razvoj ovisnosti. Ovisnost se kroz ovu perspektivu promatra iz humanističke i razvojne perspektive. Najveća prednost je da omogućava razumijevanje problema ovisnosti, a još bitnije osobe suočene s tim problemom. Prema ovoj teoriji, **psihološka bol** čini srž ovisničkog ponašanja. Do razvoja ovisnosti dolazi kod ranjivih pojedinaca, jednom kada osoba iskuša ponašanje ili supstancu koja joj daje kratkotrajno olakšanje, ugodu ili smanjenje stresa; stanja koja ni na koji drugi način ne može ili ne zna postići. Izbor supstance ili ponašanja nije slučajan, već ovisi o specifičnom učinku ili kvaliteti koja dovodi do olakšanja prevladavajućih stanja kod pojedinca. Osobe koje razviju ovisnost doživljavaju disforične emocije odnosno neugodu, stres, emocionalnu bol, tjeskobu i slična stanja, nepodnošljivim i preplavljujućim. U tom slučaju, sredstvo ovisnosti

kompenzira stresne i neugodne afekte te se koristi sa svrhom umirivanja samoga sebe od psiholoških i emocionalnih stanja, kojima osoba ne može ili ne zna upravljati samostalno. Umjesto toga, osoba koristi psihološke i fiziološke učinke psihoaktivne tvari za regulaciju neugodnih emocija, odnosno za postizanje emocionalne stabilnosti. Teorije samomedikacije razmatra učinke droga (npr. opijata, kokaina i alkohola) koji su u interakciji s unutarnjim stanjima psihološke patnje i organizacijom osobnosti (Khantzian, 1997., 2003.) U kontekstu dualne dijagnoze, Mariani i suradnici (2014.) naglašavaju kako se ne radi toliko o samomedikaciji psihijatrijske dijagnoze ili stanja vezanih uz iste, već primarno samomedikaciju psihološke patnje koju osoba nastoji ublažiti ili umanjiti. Teorija je usmjerena gotovo isključivo na emocionalne i psihološke dimenzije ovisnosti, koje su u drugim istraživanjima zanemarene, odbačene ili neadekvatno zbrinute (Miller, 1994., Gold i Miller, 1994., prema Khantzian, 1997.) Najveću važnost u objašnjenju ovisnosti pridaje **ljudskoj patnji**. Smatra pogrešnim razumijevanje ovisnosti koje polazi sa pretpostavkom hedonističkog učinka i života koje ovisne osobe nastoje dobiti, razumijevanje koje je primjerice vidljivo u teoriji devijantnosti, prema kojoj je ključna vrijednost euforija, dobivena konzumacijom droge (Johnson, 1980., prema Shafiee i sur., 2019.). Zapravo, ističe da je ovisnost potpuno suprotno te da su za objašnjenje ključni pojmovi kao što je već spomenuta ljudska patnja, uz **psihološke i fiziološke ranjivosti** za razvoj ovisnosti. Osim opisanih značajki, jedan od temeljnih pojmova za razumijevanje ove teorije predstavlja **nesposobnost regulacije afekta**. Odnosno, osobe postaju ili ostaju ovisne radi neuspjeha u regulaciji afekta. Pri tome, spomenuta sposobnost se oblikuje rano u razvoju. (Alvarez-Monjaras i sur., 2019.)

3.1. Najvažniji aspekti teorije

Khantzian i Albanese (2008.) su svoj dugogodišnji rad i istraživanje provodili na način da bi pacijentima te sebi kao istraživačima pokušali dati odgovor na pitanje o specifičnom učinku droge na pojedinca koji ju koristi, odnosno, kako navode „Što droga čini za vas“, odnosno na koji način mu pomaže da se nosi sa problemima i stanjima koje doživljava. Kroz takav pristup omogućen je empatičan i neosuđujući odnos pacijenta i kliničara. Jedan od pacijenata na

liječenju ovisnosti o drogama mu je objasnio da mu pomažu na sljedeći način: „Uzimam droge ne kako bih pobjegao, već kako bih stigao.“ (Kleber, 1993., prema Khantzian, 1997.) Autori ističu kako su, osim već spomenutih, najvažniji aspekti teorije samomedikacije:

1. **Razlog razvoja ovisnosti o drogama** - Olakšanje ili promjena u odnosu na unutarnji psihološki svijet odnosno emocije, ljubav prema samome sebi te bolni odnosi su najčešći razlozi. Za postizanje ili pak ublažavanje istih, pojedinac pribjegava ovisničkom ponašanju ili konzumacijom sredstva ovisnosti. Droga nudi snažan učinak ublažavanja, uklanjanja ili mijenjanja ljudske psihološke patnje.
2. **Specifičnost u izboru droga** - Sklonost uporabi droga nije univerzalna karakteristika svih osoba. Moguće je eksperimentiranje sa većim brojem ovisničkih supstanci no često postoji tendencija korištenja jedne specifične droge, zbog jedinstvenog učinka za osobu koja ju koristi. Ističe povezanost preferencije droge i psihofarmakološke specifičnosti (specifične psihoaktivne tvari koju osoba bira). Odnosno, tvrdi da postoji povezanost i interakcija između prirode nelagode koja motivira osobu na zloupotrebu te prirode same osobe koja ju koristi.

U praksi se primjena ove teorije postiže modificiranim psihodinamskim psihoterapijskim pristupom. Koriste se tehnike podrške i polustrukturirani odnos liječenja, karakteriziran empatijom i izrazitim nastojanjem razumijevanja pacijenta te patnje koju doživljava. Nakon stvaranja odnosa u empatičnoj i reflektirajućoj atmosferi, uz pomoć kliničara potiče se otkrivanje pacijentovog unutarnjeg iskustva i obrazaca psihološke obrane. U ovom reflektivnom prostoru pacijent razvija razumijevanje bolnih emocija i njihove neprilagođene obrane uključene u ovisnost o supstancama, nakon čega ima mogućnost mijenjanja obrasca ponašanja. (Khantzian, 1990., prema Suh i sur., 2008.) U usporedbi sa klasičnim tehnikama, ovakva vrsta odnosa omogućuje više interakcije pacijenta i kliničara, bolju dostupnost unutarnjem životu pacijenta te omogućava prirodno odvijanje pacijentovih posebnih načina doživljavanja i izražavanja emocija. Neke od ključnih značajki primjene teorije SMH i hipoteze u praksi su dubinska

evaluacija i razumijevanje stanja psihološke boli i patnje te psiholoških karakteristika i obrana povezanih s prethodnim, uz iznošenje iskustva učinaka pojedine droge. Slijedom toga, pacijenti često iskazuju karakteristične obrasce obrambenosti i izbjegavanja, istovremeno otkrivajući te prikrivajući intenzitet njihove patnje, zbunjenosti u vezi osjećaja ili načina na koji su odvojeni od osjećaja. Istražuju se subjektivna stanja nevolje, zbunjenosti i nemogućnosti doživljaja vlastitih emocija, koja su ublažena ili izmijenjena odabranim sredstvom odnosno „preferiranim“ lijekom. Temelj ovakve prakse čini zajedničko građenje odnosa kliničara i pacijenta, što im omogućava razumijevanje interakcije i međusobne povezanosti njihove patnje, obrana, izbjegavanja i odvojenosti osjećaja s jedne strane, a s druge strane specifičnog učinka droge koju koriste ili preferiraju koristiti (Khantzian, 1997.)

3.2. Preferirano sredstvo ili klasa

Khantzian (1997.) navodi tri čimbenika koji međusobno djeluju kako bi postojala posebna sklonost pojedinca za korištenje specifične droge:

1. Glavno djelovanje ili učinak droge
2. Organizacija ličnosti ili karakteristike te osobe
3. Njezina unutarnja stanja psihičke patnje ili nesklada

Čini se da postoji čvrst uzajamni odnos između unutarnjih stanja patnje i tipova osobnosti ili karakteroloških obrana, na način da svaki čimbenik pojačava drugi, a time i povećava vjerojatnost sklonosti ili zaokupljenosti korištenja određene tvari (Wider i Kaplan, 1969., Krystal i Raskin, 1970., Milkman i Frosch, 1973., Wurmser, 1974., Khantzian, 1978., Meissner, 1986., prema Khantzian, 1997.) Na kraju, čimbenici koji također mogu posredno ili neposredno dovesti do preferencije određene droge odnose se na trošak odnosno cijenu te dostupnost droge. Sukladno tome, osoba može konzumirati manje doze alkohola zbog željenih promjena u ponašanju koje su slične kokainu, odnosno veće doze alkohola za dobivanje promjena u svijesti sličnijih opijatima. Dakle, osoba može koristiti različite tvari u različitim dozama za dobivanje specifičnog učinka. U idućem poglavlju navedeni su primjeri pojedinih tvari koje imaju različite učinke

na percepciju, svijest i ostalo, ovisno o dozi. Opisan razvoj ovisnosti o specifičnoj supstanci nije svjestan izbor. Osoba koja je sklona razvoju ovisnosti, kroz eksperimentiranje sa raznim drogama, otkrije određenu klasu droge kojoj je najviše privučen, jer mu nudi najviše tražen doživljaj od svih ostalih (Khantzian i Albanese, 2008.) Klasa se u ovom kontekstu odnose na klasifikaciju droga prema njihovu djelovanju. Postoji više klasifikacija, primjerice prema njihovu statusu, djelovanju i svojstvima, odnosno djelovanju na središnji živčani sustav, podrijetlu itd. U ovom radu obrađena je klasifikacija prema djelovanju na središnji živčani sustav, zbog najveće relevantnosti za ovu temu. Ovisno o kriteriju razlikovanja, većina klasifikacija se preklapa, no postoje određene modifikacije. Neovisno o klasi, svima je zajedničko djelovanje na psihičke procese, a posljedično i na promjenu ponašanja (Leskovar, 2017.)

3. Klasifikacija psihoaktivnih tvari

Ćelić (2021.) navodi podjelu prema djelovanju i svojstvima psihoaktivnih droga te ih dijeli ih na depresante, stimulanse i halucinogene. Ista podjela, uz dodatno razlikovanje po podrijetlu prikazana je u tablici 3.1.

Tablica 3.1.

Klasifikacija psihoaktivnih tvari s obzirom na podrijetlo te djelovanje na središnji živčani sustav. (modificirano prema Ćelić, 2021., Zec, 2008., Brlas, 2010., Klarić, 2007. i Schwebel, 1995.)

<i>Djelovanje na središnji živčani sustav</i>					
<i>Podrijetlo</i>	Prirodne	Kanabinoidi	Psihostimulansi	Psihodelresori	Halucinogeni
				Kanabis (marihuana) Hašiš	Kokain Amfetamin Nikotin Khat (droga za žvakan)

Narkotici

			je)		
	Sinte ts k e	Sintetsk i kan abio nidi	Amfetami ni Metamfeta mini MDMA Ecstasy	Heroin Metadon Barbiturat i Sedativi i hipnot ici Analgetici (opioi dni i neopi oidni)	LSD DMT Inhalanti (hlapljiv a otap ala) fenicikli din PCP (and eosk a praši na) Ketamin Meskalin

Izvor: Leskovar, 2017., Čelić, 2021.

Djelovanje na središnji živčani sustav ukratko se može opisati za svaku kategoriju – kanabinoidi u najvećoj mjeri djeluju na endokanabinoidni sustav osobe odnosno na kanabinoidne receptore, djelovanjem THC-a (tetrahidrokanabinola) uglavnom analgetski, uz spomenute razlike ovisno o dozi. THC utječe prekomjernom stimulacijom dijelova mozga zaduženim za zadovoljstvo, pamćenje, razmišljanje, senzornu i vremensku percepciju, koordinirano kretanje i koncentraciju, proizvodeći karakteristični euforični (eng. *high*) učinak. Odnosno, učinak se razlikuje ovisno o dozi, niske doze kanabisa dovode do „spuštajućeg učinka“ i zbog toga spada u depresante u niskim dozama, a u visokim dozama može doći i do halucinacija, stoga se svrstava i u halucinogene. Takva mogućnost dvostrukog učinka je jednaka i za MDMA koja

ima stimulirajući i halucinogeni učinak, obzirom da posjeduje i karakteristike psihostimulansa i halucinogena (HZJZ, 2018., Čelić, 2021.) Osim kanabisa, u ovu skupinu spada i spadaju i hašiš, obje su psihoaktivne tvari prirodnog podrijetla, dobivene od biljaka, dok u skupinu sintetskih spadaju sintetski kanabinoidi kao vrsta novih psihoaktivnih tvari na tržištu. Termin „nove psihoaktivne tvari“ odnosi se na činjenicu da su to tvari koje su nove na tržištu psihoaktivnih tvari te je tek nedavno zabilježena njihova zlouporaba. Razlika je u tome što su ove tvari legalne, a sličnost se odnosi na sličan učinak, jer se sintetski kanabinoidi vežu za kanabinoidne receptore (CB1 i CB2) u središnjem živčanom sustavu. Za njih je ključno jače djelovanje na receptore, a time i jači učinak. Stimulansi djeluju stimulirajuće odnosno pobuđujuće, dok depresori djeluju umirujuće odnosno uspavljujuće na organizam. U stimulanse se ubrajaju kokain, amfetamini, nikotin, metamfetamin (meth, crystal, ice) i MDMA. Psihoaktivne supstance ovih droga direktno utječu na aktivnost mišića te ih se ponekad naziva „dizalicama“ (eng. *uppers*). Dijele se na ilegalne te legalne, primjerice kofein predstavlja blagi stimulans široke upotrebe. Suprotno tome, u depresore se ubrajaju alkohol, opijati, barbiturati i sedativi. Učinak proizlazi iz djelovanja na GABA neurotransmitere koji djeluju posebno na moždane veze koje izazivaju tjeskobu i opuštenost. Također, unosom dolazi do otpuštanja dopamina. Povećanjem količine i istovremeno razine aktivnosti u mozgu i krvi, ista je zamijenjena omamljivanjem. Dodatno, Schwebel (1995., prema Leskovar, 2017.) unutar skupine psihodepresora izdvaja podskupinu narkotika te ih razlikuje od ostatka psihodepresora, zbog njihova specifičnog djelovanja. Naposljetku, halucinogeni izazivaju promjene percepcije, mišljenja, raspoloženja i svijesti. U ovu skupinu se ubrajaju LSD, psilocibin, meskalin, PCP, inhalanti (Leskovar, 2017.) Barbiturati spadaju u skupinu lijekova koji se nazivaju antiepileptici, odnosno lijekovi koji se koriste u liječenju epilepsije (Halmed, 2021.) Derivati su barbituratne kiseline i obuhvaćaju lijekove sa sedativnim, hipnotičkim te antikonvulzivnim djelovanjem. (Hrvatska enciklopedija, 2024.)

Jedna od zajedničkih karakteristika svih ovisnosti je djelovanje na sustav nagrađivanja, iako je njihovo djelovanje na sustav različito (O'Brien, 2008.) Zajedničko svim drogama je da izravno aktiviraju sustav nagrađivanja u mozgu

(uključen u ponašanje i proces pamćenja), na način da stvaraju osjećaj iznimnog zadovoljstva, a takav intenzivan odgovor sustava za nagrađivanja uzrokuje zanemarivanje normalnih odnosno uobičajenih aktivnosti. (Slijepčević, Puharić i Salaj, 2018.) Osim sustava za nagrađivanje koji je povezan sa dopaminom, za ovisnost su najznačajniji još sustav oksitocina povezan sa privrženosti te sustav odgovora na stres povezan sa glukokortikoidima (Strathearn i sur., 2019.) Sustav nagrađivanja je dio središnjeg živčanog sustava, koji uključuje mozak i leđnu moždinu. Odgovornosti SŽS-a uključuju primanje, obradu i reagiranje na senzorne informacije, a sam mozak odgovoran je za reakcije, osjete, pokrete, emocije, komunikaciju, obradu misli i pamćenje (Thau i sur., 2019.) Stoga je klasifikacija prema djelovanju na SŽS nužna. Drugi kriterij podjele – podrijetlo, također je važan, iz razloga što je puno teže predvidjeti djelovanje sintetski proizvedenih tvari od onih prirodno proizvedenih. Posebna opasnost očituje se u toksičnosti sastojaka, koja može biti različita i nepoznata (Ćelić, 2021.) Naravno, važno je napomenuti i da je predviđanje djelovanja određene droge izuzetno teško, moguće su velike individualne varijacije te drastične razlike djelovanja iste droge. Međutim, ipak je to predviđanje dodatno otežano ukoliko se radi o sintetskim tvarima zbog njihova relativno nedavnog pojavljivanja, još uvijek nedovoljne istraženosti te posebno jer se nove sintetske tvari pojavljuju sve češće, što je posebno otežavajuće za zakonodavstvo koje ne može dovoljno brzo pratiti brzinu i količinu pojave novih sintetskih tvari. Posljednja podjela odnosi se na kategorizaciju psihoaktivnih tvari u četiri velike skupine, pri čemu svaka od navedenih tvari ima dodatne zasebne značajke i djelovanje, no za potrebe ovog rada svedene su na najbitnije. Posebno je značajna zbog toga što omogućava predviđanje djelovanja i sistematizaciju velikog broja različitih tvari u pripadajuću skupinu. Svaka skupina tvari ima specifične psihološke i emocionalne kvalitete. Znanje i razumijevanje istih omogućuje poboljšanje razumijevanja dinamike ovisnosti o tvarima, kao i olakšanje osmišljavanja intervencija liječenja u skladu s jedinstvenim karakteristikama pacijenta (Suh i sur., 2008.)

3.1. Psihička i fizička ovisnost

Osim navedenih, značajna je i podjela droga ovisno o tome kakvu vrstu ovisnosti izazivaju – **psihičku ovisnost**, **fizičku ovisnost** ili obje. U **psihičke ovisnosti** se javljaju psihički simptomi prilikom prestanka korištenja droge, iako sama reakcija koja nastaje nakon prestanka podsjeća na apstinencijski sindrom (primjerice depresija i letargija nakon prestanka uzimanja kokaina i amfetamina). Prestanak korištenja droga koje izazivaju psihičku ovisnost ne uzrokuje snažan, tipični apstinencijski sindrom (Moro i sur., 2011., prema Milešić, 2017.) Ured za suzbijanje zlorabe droga RH psihičke ovisnosti definira kao stanje unutarnje prisile (znak gubitka kontrole) za povremeno ili redovito uzimanje sredstava ovisnosti radi stvaranja osjećaja ugone ili izbjegavanja nelagode, znakovi apstinencije psihičkog su karaktera. Nasuprot tome, **fizička ovisnost** definirana je kao stanje prilagodbe organizma (staničnih procesa na sredstvo ovisnosti) koje se manifestira karakterističnim (u odnosu na vrstu tvari) poremećajima fizičke i psihičke prirode pri obustavljanju ili znatnom smanjenju u tijelo unesene količine psihoaktivne tvari. Dovodi do fizičkih simptoma prilikom prestanka uzimanja sredstva ovisnosti (Moro i sur., 2011., prema Milešić, 2017.). Važno je napomenuti da fizički simptomi nisu jedino što se podrazumijeva kada se govori o pojmu fizičke ovisnosti. Psihička ovisnost obuhvaća psihičke simptome, dok fizička ovisnost podrazumijeva i fizičke i psihičke simptome. Navedeno je moguće posljedica povezanosti fiziologije tijela i psihologije te je gotovo nemoguće izoliranje fizičkih simptoma bez uzimanja u obzir da oni sami dovode do određenog psihičkog stanja. Iako je prethodno u tekstu navedeno da psihoaktivne tvari djeluju na psihičke procese te posljedično do promjene ponašanja, u ovom primjeru očituje se dvosmjerna veza psihičkih procesa na ponašanje te fizioloških promjena i promjene psihičkih procesa.

3.2. Sindrom sustezanja

Zajedničko navedenim definicijama psihičke i fizičke ovisnosti je da se one u suštini odnose na sindrom sustezanja. **Sindrom sustezanja** je razdoblje tijekom kojeg netko ovisan o drogi smanjuje njezinu uporabu/prestaje s uzimanjem, uzrokujući da osoba trpi bol ili druge neugodne simptome ili kada osoba uzima

sličnu tvar kako ne bi doživjela gore opisane učinke. Moguća je pojava fizičkih i/ili psihičkih smetnji, uključujući fizičke simptome, emocionalne probleme, kognitivne smetnje i manjak pozornosti, agresivno ponašanje, halucinacije, konvulzije i smrt (Ćelić, 2022.) Psihičku ovisnost izazivaju kokain, marihuana, amfetamin, LSD, dok fizičku odnosno fizičku i psihičku ovisnost izazivaju heroin, alkohol, barbiturati i anksiolitici. (Moro i sur., 2011., prema Milešić, 2017.) Posljednja podjela daje bolji uvid u subjektivniju dimenziju od prethodno navedenih, na način da je moguće barem ugrubo predvidjeti i razumjeti što se događa samoj osobi na razini razmišljanja i tjelesnih reakcija prilikom smanjenja ili prestanka korištenja sredstva ovisnosti. Izuzetno je važna iz razloga što nedovoljno poznavanje očekivanih simptoma i reakcija tijela (dakle posebno fizičkih simptoma) može dovesti do neadekvatnog liječenja, a u najgorem slučaju može dovesti i do smrti. Možda najtočniji primjer za spomenuto je odvikavanje od alkohola odnosno alkoholni apstinencijski sindrom, koji predstavlja životno ugrožavajuće stanje. Kad ovisnik prestane piti ili smanji količinu alkohola koju konzumira, razvija se alkoholni apstinencijski sindrom, 5% ovisnika razvit će teški apstinencijski sindrom, a kod 1% završi smrću. Dakle, ukoliko odvikavanje odnosno apstinencija od alkohola nastupi naglo, moguće su izuzetno negativne posljedice za osobu u apstinenciji, zbog čega se uzima alkohol ili srodna tvar kao što su benzodiazepini ili diazepam, a česti su i su metadon ili buprenofin, sa svrhom smanjenja ili izbjegavanja simptoma sindroma sustezanja. Simptomi uključuju mučninu ili povraćanje, tremor, paroksizmalno (prekomjerno) znojenje, anksioznost, agitacija, taktilne, slušne i vidne smetnje, glavobolja te smetnje orijentacije. Slične simptome pokazuju i osobe ovisne o sedativima (anksiolitici, sedativi i hipnotici), a slični su i farmakološke alternative koje se koriste radi smanjenja simptoma sustezanja. (Bagarić, 2022.) Kad se radi o ostalim sredstvima ovisnosti, simptomi sindroma sustezanja ne predstavljaju životnu opasnost u tolikoj mjeri no mogu biti vrlo neugodni. Takav je slučaj i kod ovisnosti o opijatima, ukoliko kod pacijenta ne postoje prethodni medicinski problemi. Simptomi detoksifikacije uključuju znojenje, bolove u mišićima, grčeve, mučninu, proljev, povraćanje, rinoreju (curenje nosa), lakrimaciju (suzenje očiju), tremor, tahikardiju i ostale znakove hiperaktivnosti autonomnog

živčanog sustava. Sindrom sustezanja uzrokovan ovisnosti o stimulansima najčešće ne zahtijeva lijekove, iako je često naglo ponovno korištenje droga, stoga je moguće korištenje lijekova kao što je modafinil za smanjenje simptoma sustezanja i vjerojatnosti relapsa. Simptomi se kod stimulansa najčešće svode na hipersomniju (pretjerano spavanje), hiperfagiju (pretjerana glad), bradikardiju (usporeni otkucaju srca) te niz depresivnih simptoma koji se uglavnom smanje kroz nekoliko dana. Naposlijetku, simptomi detoksifikacije od marihuane uključuju iritabilnost, tjeskobu, smanjena kvaliteta i kvantiteta sna te smanjen unos hrane (O'Brien, 2008.) Kako bi se smanjili simptomi sindroma sustezanja te neugodne afektivne i fizičke senzacije koje ga prate, moguće je korištenje lijekova. To bi zauzvrat moglo pomoći pacijentu za nastavak sa liječenjem, te da izbjegne začarani krug korištenja droge kako bi ublažio simptome sustezanja. (Douaihy i sur., 2013.)

3.3. Teorija samomedikacije i izbor sredstva

Khantzian (2008.) navodi vlastita iskustva autora iz prakse, vezana uz određene obrasce izbora sredstva ovisnosti, a koji prema autorima mogu oblikovati izbore osobe, ovisno o strukturi ličnosti i njenim određenim osobnim karakteristikama. Ističe snažnu povezanost između psiholoških karakteristika i izbora sredstva ovisnosti. Jednako tako moguće je da karakteristični učinci pojedine psihoaktivne tvari odbiju osobu upravo zbog neugodnog doživljaja prilikom konzumacije koji proizlazi iz izazivanja stanja kod osobe na koje nije navikla ili koje ne želi iskusiti, primjerice anksiozne i bojažljive strukture ličnosti osobe mogu dobiti paničnu reakciju na izrazito stimulirajuće učinke kokaina. Nasuprot tome, letargične osobe koje mogu ali i ne moraju imati depresiju, možda će upravo zbog navedenog biti sklonije biranju stimulansa kao što su kokain ili amfetamini zbog njihova stimulirajućeg učinka. Zanimljivo je i da su stimulansi čest izbor i osobama koje su potpuna suprotnost, dakle osobama koje su više hiperenergične i hiperaktivne. Učinak je za njih nešto drugačiji obzirom na višak energije, stoga im stimulansi pružaju paradoksalni umirujući učinak. Klinički nalazi često upućuju na to da kokain koriste osobe koje je moguće opisati kao osobe "niske energije" i "visoke energije". Niskoenergetski pojedinci koriste

kokain jer ne posjeduju odgovarajući stupanj psihološke sposobnosti za oslobađanje od osjećaja dosade, praznine i stanja umora, dok visokoenergetski pojedinci koriste kokain zbog svoje povećane potrebe za ushićenim osjećajima. Potreba korisnika kokaina za reguliranjem unutarnje praznine, dosade i depresivnih stanja ili za održavanjem nemira privlači ih snažnim, energizirajućim učincima kokaina. (Khantzian, 1985., Khantzian i sur., 1990., prema Suh i sur., 2008.) Dodatno, visoka je incidencija zloupotrebe psihoaktivnih tvari kod osoba s dijagnozom bipolarnog poremećaja, a posebno je visoka zloupotreba stimulansa (Nejtek i sur., 2008., prema Khantzian i Albanese, 2009.) Nadalje, autori navode primjer da osoba koja je više napeta i doživljava veću razinu neugode prilikom izražavanja emocija, može biti sklona korištenju nižih doza alkohola za jednostavniju prilagodbu na situacije u kojima je takvo ponašanje potrebno, a kod osoba koje su izrazito uznemirene i agitirane moguće je postojanje veće sklonosti opijatima (Khantzian i Albanese, 2008.) U tom slučaju, zluporaba opijata funkcionira kao privremeni adaptivni odgovor koji prigušuje i ublažava bijes i agresiju. U radu sa osobama ovisnim o opijatima primijećene su poteškoće u upravljanju bijesom i agresijom, često povezane s ranijom traumatičnom izloženošću nasilju i agresiji. (Khantzian, 1985., 1999., prema Suh i sur., 2008.) Iskustva pacijenata s traumama različitih razina ozbiljnosti navodno su izazvala agresiju kod pojedinaca, a oni često nisu imali uspostavljene obrambene i adaptivne psihološke mehanizme za regulaciju osjećaja bijesa i agresije (Khantzian, i sur., 1974., prema Suh i sur., 2008.) Ovo je u skladu s nalazom da osobe koje zlorabe opijate imaju više samousmjeren kritički stav i održavaju "pristup značajnom bijesu i agresiji". Dodatno, primijetili su bolne emocije koje dovode do intenzivnih osjećaja ljutnje i bijesa te korištenje opijata kao zaštitu nekih ovisnika od izravnog izražavanja ovih destruktivnih impulsa (Blatt, i sur., 1984., prema Suh i sur., 2008.). Nadalje, osobe sklone zloupotrebi alkohola često imaju poteškoće sa rigidnim suzdržavanjem emocija, emocije su izolirane i „odsječene“ od svijesti zlostavljača krutim obranama, što zauzvrat ostavlja osjećaj praznine i izolacije. Rigidnost emocija sukladna je i rigidnim obranama kojima se koriste osobe ovisne o alkoholu, pri čemu im konzumacija alkohola pomaže u ublažavanju krute obrambene strukture i oslobađanju potisnutih

emocija. (Khantzian, 1999., Khantzian i sur., 1990., prema Suh i sur., 2008.) Rezultati istraživanja pokazali su kako viša razina želje za ushićenjem i nemirnom značajan prediktor sklonosti korištenja kokaina (85%), kao što je predloženo u SMH. Visoka razina ljutnje i negativnih osjećaja prema drugima i sebi značajan je prediktor upotrebe heroina (77,1%), dok je kod alkohola sklonost potiskivanju emocija bio dobar prediktor vjerojatnosti sklonosti konzumacije alkohola (86,4%), u usporedbi sa ostalim ispitivanim tvarima. Iz ovih primjera je moguće zaključiti da je čest obrazac (nesvjesnog) izbora sredstva ovisnosti sa ciljem postizanja stanja koje je zapravo suprotno pretežnom (i njemu nepoželjnom) stanju, ili pak potiskivanja neugodnih ili destruktivnih stanja. Pacijentova sklonost određenoj tvari može pružiti ključne informacije o specifičnim bolnim emocijama pacijenta i može usmjeriti kliničare u provođenju odgovarajuće psihoterapijske intervencije (Suh i sur., 2008.) Primjerice, Khantzian (1997.) navodi kategorizaciju glavnih skupina droga, zajedno uz naznačene sklonosti korištenju pojedinih droga. Informacije su prikupljene tijekom njegova vlastita rada sa pacijentima u pokušaju dobivanja odgovora na pitanje: „Što je droga prouzročila u osobi u početku korištenja iste?“ odnosno, kakve promjene je donijela te kakav je bio specifičan učinak na pacijenta i njegove individualne karakteristike.

1. Analgetici i sedativi (npr. opijati) – uz uobičajeni umirujući, imaju i oslabljujući učinak intenzivnih, bijesnih i nasilnih afekata. Posredno na taj način, smanjuju prijetnju poteškoća u interpersonalnim odnosima, koje često prate spomenute afekte.
2. Depresanti središnjeg živčanog sustava (uključujući alkohol) – sklonost zloupotrebi alkohola, prema nekim autorima, možda proizlazi iz njegovih značajki oslabljenja superega (Fenichel, 1945.) dok Krystal (1978., prema Khantzian, 1997.) kroz vlastito praćenje istraživanja i dugogodišnje iskustvo zaključuju kako je alkohol učinkovit za oslabljenje ega. Odnosno, za dijelove ličnosti koji su rigidnim obranama odrezani od same osobe i drugih ljudi. Posljedica takve rigidnosti i obrambenosti su osjećaji izolacije, praznine te povezana anksiozna stanja ili stanja napetosti, maskirani strahom od bliskosti i zavisnosti o drugoj osobi. Alkohol

djeluje upravo na prividno opuštanje rigidnih granica i olakšanje emocija koje ih prate, stvarajući iluziju olakšanja.

3. Stimulansi - ovisno o osobi i doživljaju kojemu teži, moguće je djelovanje u više smjerova. Kod hipomaničnih osoba, osoba visoke razine energije te onih s atipičnim bipolarnim poremećajem djeluje kao „pojačanje“, drugim riječima naglašavaju već postojeće povišene razine energije. S druge strane, kod osoba koje imaju ADHD može neutralizirati emocionalnu labilnost, nepažnju i hiperaktivnost. Na kraju, uporabi stimulansa mogu biti sklone osobe koje nemaju energije ili su depresivne, sa ciljem dobivanja suprotnog učinka.

Korištenje specifične droge ili droge iz specifične klase, radi očekivanja ili stvarnog dobivanja traženih učinaka uključuje nekoliko različitih smjerova u razvoju ovisnosti. Prethodno opisani primjeri najviše idu u smjeru **privlačnosti**, odnosno **sklonosti** upotrebi određene droge upravo zbog određenih učinaka koje pojedinac dobiva ili misli da će dobiti upotrebom supstance. Isto je posebno rizično i za pojavu **relapsa**. Naime, nakon dužih perioda apstinencije te ponovnog smanjenja tolerancije, moguće je da osoba ponovno počne koristiti istu drogu od koje je apstinirala sa ciljem dobivanja iskustva koje je slično prvom kontaktu (eng. *original high*). Važno je uzeti u obzir i opasnost ovakvih primjera, smanjena tolerancija koja je posljedica apstinencije često zamuti percepciju o potrebnoj dozi te mogućnostima organizma na prilagodbu ukoliko se unese doza koja je i samo približna prijašnjim, što u konačnici može završiti predoziranje i smrću. Nadalje, moguća je i **averzija** prema jednoj vrsti ili klasi droge, ako ima neželjeni učinak na osobu koja ju koristi. Primjerice, osoba koja je slona agresivnim reakcijama možda upravo zbog toga ne želi upotrebljavati alkohol radi smanjene kontrole impulsa. Progresijom ovisnosti averzija može dovesti do **prijelaza** na drugu vrstu droge ili klase, ukoliko ona koju trenutno koristi proizvodi averzivne učinke koje osoba želi poništiti korištenjem tvari koja proizvodi suprotne učinke. Primjerice, nije rijedak slučaj prelaska sa kokaina na opijate, upravo zbog paranoje i agresije koju kokain može potaknuti kod osoba.

4. Dijagnoza ovisnosti

Osnovna karakteristika svih ovisnosti o psihoaktivnim tvarima je **žudnja** za uzimanjem psihoaktivne tvari (Slijepčević, Puharić i Salaj, 2018.) te **kompulzivna uporaba** droga odnosno **gubitak kontrole** nad naizgled svojevolumnim činovima traženja i uzimanja droge (Goldstein, 1994., prema Berke i Hyman, 2000.).

4.1. Dijagnostički kriteriji za ovisnost

Za dijagnozu ovisnosti moguća je primjena različitih dijagnostičkih kriterija odnosno različitih izvora za dijagnostičke kriterije, od kojih su najznačajniji Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje (DSM, eng. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) te Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih stanja (MKB). Važno je napomenuti da se većina njih preklapa u pogledu dijagnozu ovisnosti, barem kad se radi o dugo prisutnim i u potpunosti priznatim ovisnostima (pri čemu se misli na konsenzus medicinskog osoblja i istraživača o tome je li nešto određena supstanca ili ponašanje zaista ovisnost). U ovom radu za dijagnozu **poremećaja korištenja psihoaktivnih tvari** (eng. *Substance use disorder* (SUD) korišteni su kriteriji koji pripadaju u peto izdanje DSM-a (DSM-5), grupirani u četiri različita područja.

1. Oštećena kontrola (žudnja) (kriteriji 1-4)

- Korištenje tvari u većim količinama/tijekom dužeg perioda nego planirano
- Trajno izražavanje želje smanjenja ili reguliranja korištenja tvari te ponavljajući neuspjesi pokušaja smanjenja ili prestanka korištenja
- Provođenje velike količine svog vremena nabavljanjem tvari, njenim korištenjem ili oporavljanjem od učinaka korištenja
*u nekim slučajevima težih poremećaja ovisnosti o psihoaktivnim tvarima gotovo sve svakodnevne aktivnosti osobe podređene su supstanci ovisnosti

2. Oštećenje socijalnog funkcioniranja (kriteriji 5-7)

- Ponavljajuće korištenje tvari rezultira neuspjehom u ispunjavanju važnih uloga na poslu, u školi i vlastitom domu
- Nastavak korištenja tvari unatoč trajnim i ponavljajućim socijalnim ili interpersonalnim problemima koji su prouzrokovani ili pogoršani korištenjem tvari
- Smanjenje ili odustajanje od važnih socijalnih, okupacijskih ili rekreacijskih aktivnosti uslijed korištenja tvari (npr. osoba se može povući iz obiteljskih aktivnosti i hobija kako bi koristila supstancu)

3. Rizična upotreba (kriteriji 8-9)

- Ponavljajuća upotreba tvari u situacijama gdje to predstavlja fizičku opasnost
- Nastavak korištenja tvari unatoč svjesnosti trajnih ili ponavljajućih fizičkih ili psiholoških problema koji su vjerojatno uzrokovani ili pogoršani korištenjem tvari. Ključan aspekt evaluacije ovog kriterija nije u postojanju problema već u neuspjehu suzdržavanja od korištenja supstance unatoč poteškoćama koje donosi.

4. Farmakološki kriteriji (kriteriji 10-11)

- Tolerancija – označava ju potreba značajnog povećanja doze supstance za postizanje željenog učinka ili značajno smanjen učinak konzumacije uobičajene doze. Potrebno razlikovati od individualnih varijacija u početnoj osjetljivosti na učinke pojedinih supstanci.
- Sindrom sustezanja – sindrom koji se pojavljuje kada dođe do smanjenja koncentracije supstance u krvi ili tkivu osobe koja je dulje razdoblje intenzivno koristila supstancu. Kada osoba počne doživljavati simptome sustezanja, postoji veća vjerojatnost da će konzumirati supstancu za ublažavanje simptoma. Simptomi se značajno razlikuju ovisno o kategoriji supstance.

Za dijagnozu je potrebno ispunjavanje dva ili više kriterija u roku od dvanaest mjeseci. Ispunjavanje dva do tri kriterija označava **blagi poremećaj**, tri do pet – **umjereni poremećaj** te šest ili više – **teški poremećaj upotrebe psihoaktivnih tvari**. Peto izdanje DSM-a sadržava promjene u odnosu na prethodnu klasifikaciju. U ranijoj klasifikaciji (DSM-4) poremećaji vezani uz korištenje psihoaktivnih tvari dijeljeni su na tzv. štetnu uporabu/zlouporebu psihoaktivnih

tvori i ovisnost o istima. Novo izdanje te dvije skupine poremećaja objedinjuje u jednu skupinu poremećaja vezanih uz psihoaktivne tvari koje obuhvaćaju deset razreda psihoaktivnih tvari: alkohol, kofein, kanabis, halucinogeni, inhalansi, opioidi, sedativi, hipnotici i anksiolitici, stimulansi, duhan i druge nepoznate psihoaktivne tvari.

4.2. Dijagnoza bihevioralne ovisnosti

Uvedena je skupina „Poremećaji koji nisu vezani za korištenje psihoaktivnih tvari“ u koji spada ovisnost o kockanju (eng. *gambling disorder*). Ovisnički oblici ponašanja kao što su igranje na internetu, ovisnost o kupovanju, ovisnost o seksualnim aktivnostima, ovisnost o vježbanju itd. nisu uključeni u klasifikaciju bolesti zbog nedostatka relevantnih recenziranih podataka na temelju kojih bi se isti odredili kao psihički poremećaj (Slijepčević, Puharić i Salaj, 2018. APA- Američka Psihijatrijska Udruga (*American Psychiatric Association*), 2013.). U kontekstu igranja na internetu, važno je razlikovati dva pojma koja su naizgled slična ali se razlikuju s obzirom na klasifikaciju koja ih obuhvaća te određene varijacije vezane uz medij korištenja. Pojmovi o kojima je riječ su ovisnost o video igrama (eng. *gaming disorder*) te ovisnost o internetskim igrama (eng. *internet gaming disorder*). U najnovije izdanje Međunarodne klasifikacije bolesti (MKB-11) 2018. godine uvrštena je ovisnost o video igrama kao zasebni dijagnostički entitet, dok je ovisnost o internetskim igrama (eng. *internet gaming disorder*) uključena je u peto izdanje DSM-a u trećem odjeljku koji obuhvaća stanja za daljnja istraživanja, odnosno „Stanja koja se razmatraju za uvrštavanje“ (Mandić i sur., 2019.) Time propisuje kriterije koje je potrebno istražiti kako bi pojedina stanja postala službena dijagnoza priznata, što označava da su već poznati određeni postojeći utjecaji na funkcioniranje pojedinca ili njegovu razinu neugode, a unatoč tomu su potrebna daljnja istraživanja za točan opis i pouzdan način dijagnosticiranja istog (APA, 2013.) Međutim, ovisnost i internetu još uvijek nije zasebni dijagnostički entitet u službenim međunarodnim klasifikacijama bolesti (Smyth, Curran i Mc Kelvey, 2018., prema Mandić i sur., 2019.). Trenutno, ovisnost o kockanju je jedina bihevioralna ovisnost odnosno jedino ponašanje koje DSM-5 službeno priznaje kao ovisničko ponašanje te

čvrsto utvrđenu dijagnozu, povodom dokaza da kockarska ponašanja aktiviraju sustave nagrađivanja slične onima koje aktiviraju zlouporaba droga i proizvode neke simptome ponašanja koji se čine usporedivima s onima proizvedenim u poremećaja ovisnosti o drogama. Poremećaje povezane s ovisnošću DSM 5 dijeli u dvije skupine: poremećaji ovisnosti o tvarima i poremećaji uzrokovani ovisnošću. Stanja koja se prema DSM-u mogu klasificirati kao uzrokovana supstancama su intoksikacija, odvikavanje te drugi mentalni poremećaji izazvani supstancama/lijekovima (psihotični poremećaji, bipolarni i srodni poremećaji, depresivni poremećaji, anksiozni poremećaji, opsesivno-kompulzivni i srodni poremećaji, poremećaji spavanja, seksualne disfunkcije, delirij i neurokognitivni poremećaji).

Potencijalno objašnjenje izostanka dokaza a između ostaloga i konsenzusa u medicinskoj i istraživačkoj struci o tome što se definira kao ovisničko ponašanje mogao bi proizlaziti iz sljedećeg razloga; većina ostalih ovisničkih ponašanja i bihevioralnih ovisnosti, u prošlosti ili nisu bila uopće moguća jer je samo sredstvo ovisnosti tek nedavno nastalo, ili su pak specifične okolnosti u početku nastanka onemogućavale toliku vremensku i praktičnu dostupnost sredstva (npr. ovisnost o internetu, mobitelu, novim sintetičkim stvarima). U tom smislu je moguće objasniti i ostala ponašanja koja se počinju razmatrati u kontekstu ovisnosti a koja su oduvijek bila prisutna (npr. ovisnost o seksu, hrani) no njihova dostupnost ili pak razmjeri posljedica u povijesti, nikad nisu bili povećani do sadašnje mjere. Dobar primjer je ovisnost o hrani, čija je proizvodnja drastično povećana razvojem kapitalizma, a ovisnost o seksu se pak ne odnosi u tolikoj mjeri na manju dostupnost koliko se odnosi na povećan broj partnera u životnom razdoblju pojedinca zbog veće mogućnosti izbora. Važno je napomenuti i životne okolnosti i događaje u povijesti koji su orijentirali ili pak prisili pojedince, narode i države na održavanje preživljavanja zbog manjka temeljnih potreba kao što je hrana, ali i na održavanje preživljavanja primjerice u okolnostima Prvog i Drugog svjetskog rata, kao i brojnih drugih ratova u povijesti, iako je naravno važno uzeti u obzir da su ratovi i danas prisutni no često u manjim razmjerima, bilo po broju žrtava ili pak po zahvaćenosti područja.

4.3. Sličnosti i razlike bihevioralnih i ovisnosti o psihoaktivnim tvarima

Sukladno navedenim poteškoćama u određivanju što se smatra ovisnošću, važno je navesti i karakteristike zajedničke ovisnosti o psihoaktivnim tvarima i bihevioralnim ovisnostima. Kim i Hodgins (2018.) opisuju već prethodno utemeljen Multikomponentni model ovisnost, prvotno razvijen od strane Griffitha (2005.), primjenjiv na obje spomenute kategorije (ovisnosti o psihoaktivnim tvarima i bihevioralne ovisnosti). Srž ovog modela čini preklapanje zajedničkih karakteristika svih bolesti ovisnosti, koje je moguće razdijeliti na šest ključnih komponenti. Izvorni model komponente dijeli na:

1. **Istaknutost** (relevantnost, zastupljenost) (eng. *sallience*) – odnosi se na ovisničko ponašanje koje postaje najvažnija aktivnost u životu osobe. Može se manifestirati kao preokupacija ili žudnja.
2. **Promjene raspoloženja** – subjektivno poboljšanje raspoloženja radi primjerice ublažavanja neugodnih emocija ili postizanja *high* učinka, odnosno pokušaja suočavanja (eng. *coping*)
3. **Tolerancija** – označava ju potreba za povećanjem učestalosti, trajanja ili količine određenog ovisničkog ponašanja za postizanje istih učinaka
4. **Simptomi sustezanja** – neugodni psihološki ili fiziološki učinci koji se pojavljuju uslijed prestanka ovisničkog ponašanja
5. **Sukob** – osobni (intrapersonalni) ili međuljudski (interpersonalni), radi kontinuirane uključenosti u ovisnička ponašanja i aktivnosti
6. **Relaps** – povratak na prethodne razine pokušaja smanjenja ovisničkog ponašanja.

Kako bi se pojedino ponašanje ili sredstvo smatralo ovisnošću, sve komponente trebaju biti prisutne. Uz opisane komponente, svim ovisnostima zajedničke su i neurobihevioralne karakteristike te poremećaj u regulaciji neurobioloških sustava povezanih sa nagradom, stresom, emocijama i izvršnim funkcijama (Koob i Volkow, 2016., prema Xu i LaBar, 2019.)

Zabilježen je porast bihevioralnih ovisnosti u posljednjih nekoliko desetljeća te su empirijski istražena kompulzivna ponašanja, koja su u ovom kontekstu postulirana kao ponašajne ovisnosti. Uključuju primjerice kompulzivno

kupovanje, ovisnost o seksu, prejedanje (eng. *binge eating*), ovisnost o poslu, ovisnost o vježbanju, ovisnost o mobitelu i sl. (Grant i sur., 2010., Cassin i Von Ranson, 2007., Konkoly Thege i sur., 2016., Redish i sur., 2008., Roberts i sur., 2014., svi prema Kim i Hodgins, 2018.) Nadalje, osim porasta ponašajnih ovisnosti, nastaje porast samih aktivnosti koje se smatraju kao ovisnička ponašanja, primjerice ovisnost o sunčanju u solariju, sunčanju i čak ovisnost o gatanju (Petit i sur., 2014., Targhetta i sur., 2013., Grall-Bronnec i sur., 2015., svi prema Kim i Hodgins, 2018.) Dakle, iz prethodno navedenog je vidljivo da su kriteriji za ovisnička ponašanja drastično promijenjeni u odnosu na shvaćanje i razumijevanje ovisnosti u prošlosti. Kao prave ovisnosti i dalje se nabrajaju samo alkohol, drogu, kockanje i internet. Distinkciju od ostalih oblika i ponašanja vezanih uz ovisnost čini ozbiljnost psihičkog poremećaja, njegova progresivnost te značajno oštećeno funkcioniranje na svim važnim životnim područjima (Bagarić, 2022.) Sličnosti i zajedničke karakteristike bihevioralnih i ovisnosti o psihoaktivnim tvarima su sljedeće:

- Izostanak kontrole te opetovano ponavljanje ponašanja unatoč štetnim posljedicama
- preklapanje ovisničkih ponašanja (vidljivo kod sličnih etioloških, fenomenoloških i kliničkih prikaza)
- Slični rizični faktori
- Deregulacija neurobioloških sustava osobe
- Prisutnost kliničkih procesa impulzivnosti, kompulzivnosti, emocionalne deregulacije ili niske tolerancije na tres, nedostak socijalne potpore, interpersonalni sukobi.
- Faze razvoja ovisnosti
- Predispozirajući faktori

Prva karakteristika, izostanak kontrole i opetovano ponavljanje, primjenjiva je na bihevioralne ovisnosti te o psihoaktivnim tvarima, i o supstancama. Od treće karakteristike (slični rizični faktori) pa nadalje, karakteristike i sličnosti su primijećene kod pojedinih promatranih dijagnoza ovisnosti. Također se mogu odnositi i na bihevioralne te ovisnosti o psihoaktivnim tvarima. Zajednička karakteristika svih ponašajnih ovisnosti je neuspjeh u odolijevanju impulsima ili

potrebama koji vode do opetovanog ponavljanja ponašanja unatoč ponavljajućim štetnim posljedicama (Grant i sur., 2010., Cassin i Von Ranson, 2007., Konkoly Thege i sur., 2016., Redish i sur., 2008., Roberts i sur., 2014., prema Kim i Hodgins, 2018.) Ponašajne ovisnosti sa svim ostalim ovisnostima dijele izražen kontinuitet i ponavljanje unatoč štetnim posljedicama.

Jedinstvene razlike ovisnosti (prema Kim i Hodgins, 2018.)

- Manifestacija simptoma odnosno ovisnosti – ovisno o vrsti ovisnosti tj. razlikovanju bihevioralne i ovisnosti o psihoaktivnim tvarima, slijedom toga i pristupa liječenju. Za određene bihevioralne ovisnosti nije moguća potpuna apstinencija već je nužna primjena načela smanjenja štete.
- Sindrom sustezanja - slično kao i kod prethodne, ovisno o vrsti ovisnosti mogu se pojaviti samo psihološki i ili/fizički simptomi, čiji se intenzitet i neugoda razlikuje ovisno o osobi, sredstvu itd.
- Posljedice – posebno negativne, primjerice legalne, obzirom da je moguće daljnje otežavanje zaposlenja ili sudjelovanja u nekim drugim važnim životnim područjima.
- Osoba koja je na liječenju – odnosno njenim potrebama, ciljevima, preferencijama i pogledima osobe i kliničara.
- Neurološke – uloga neurotransmitera te neurobioloških razlika je najveća kod poremećaja korištenja psihoaktivnih tvari, naročito stimulansa, dok je kod ponašajnih ovisnosti manje naglašena i očita (Potenza, 2018.)

4.4. Specifičnost rizika kod adolescenata

Važno je napomenuti da su adolescenti posebno ranjiva skupina u ovom kontekstu, a i u razmatranju ovisnosti općenito. U ovom slučaju, nešto drugačiji tretman i potreba njegove prilagodbe specifičnostima adolescentnog razdoblja proizlaze iz karakteristika istog, naznačajnije karakteristike su povećana impulzivnost, pojačana reaktivnost na novosti te ranjivost na ovisnost (Chambers i sur., 2003., prema Chambers 2013.) Ključni izvor ovih karakteristika je naglašena suprotnost limbičkog sustava i prefrontalnog korteksa te njihovo međusobno „natjecanje“ koje je u najvećoj mjeri započeto i istaknuto upravo u adolescenciji. Limbički sustav čini niz moždanih struktura, od kojih su u ovom

kontekstu najvažnije amigdala i hipokampus. Amigdala između ostaloga usmjerava naše emocionalne i instinktivne odgovore te ju je zbog toga moguće opisati kao „akcelerator“, dok prefrontalni korteks ima ulogu „kočnice“ iz razloga što je odgovoran za racionalno i zrelo razmišljanje te usmjerava prosudbu i donošenje odluka. Ključni procesi prefrontalnog korteksa uključuju kontrolu impulsa, rješavanje problema, donošenje odluka, prosudbu, regulaciju emocija, toleranciju na frustraciju, dok su za limbički sustav karakteristične reakcije utemeljene na ljutnji ili strahu, pokretač su prijetnje koje mogu biti realne ili subjektivno percipirane, fokus je na preživljavanju (borba ili bijeg, eng. *fight or flight*). Odnos ove dvije strukture odlično objašnjava Laurence Steinberg: „Mozak tinejdžera ima dobro razvijen akcelerator, ali samo djelomično razvijenu kočnicu.” (prema Dodig-Hundrić, 2019.) Dodatno, psihosocijalni kapaciteti se razvijaju sve do odrasle dobi, najvažniji u ovom kontekstu su donošenje odluka, moderiranje preuzimanja rizika, kontrola impulsa, emocionalna regulacija, odgođene nagrade te odupiranje vršnjačkom pritisku. Zanimljivo je da adolescenti imaju jednake ili približno jednake vještine donošenja odluka u usporedbi sa odraslima no razlikuje ih različita važnost **okolinskih čimbenika** u donošenju odluka. Okolinske čimbenike čine prisustvo vršnjaka te stanje emocionalne pobuđenosti. Kod odraslih okolinski čimbenici imaju značajno smanjenu ili zanemarivu važnost u donošenju odluka, dok je kod adolescenata neizostavno minimiziranje okolinskih čimbenika za prisutnost i mogućnost korištenja te vještine. Ukoliko adolescent nije emocionalno pobuđen ili je sam, moguće je donošenje odluke uz pomoć kognitivne kontrole (Drevets i Raichle, 1998.) Rezultati istraživanja ističu temeljne značajke vezane za adolescentno razdoblje. Najvažnije se odnose na veću sklonost preuzimanja rizika. Uz to, dolazi do promjene percepcije rizika pod utjecajem socijalne okoline te je povećan značaj socijalnog utjecaja vršnjaka. Socijalni utjecaj je prisutan u svim dobnim skupinama, na način da veći utjecaj imaju procjene od strane drugih odraslih osoba. Iznimka se pojavljuje kod mladih adolescenata u dobi od 12 do 14 godina života, tada veći utjecaj od procjene odraslih osoba ima procjena tinejdžera, odnosno njihovih vršnjaka (Knoll i sur., 2015., prilagođeno prema Sakhardande, prema Dodig-Hundrić, 2019.) Nadalje, povećan je utjecaj socijalne

isključenosti (ostrakizma) kao i ranjivosti na negativne utjecaje iste (Williams i sur., 2000., Williams Sebastian i sur., 2010., prilagođeno prema Sakhardande, prema Dodig-Hundrić, 2019.) Primijećena je smanjena uspješnost u rješavanju logičkih zadataka u prisustvu prijatelja (Wolf i sur., 2015., prema Dodig-Hundrić, 2019.) na kognitivnom planu, dok je na emocionalnom zabilježeno povećanje emocionalne važnosti socijalnih situacija i hiperosjetljivosti u socijalnim situacijama. Daljnja povećanja utvrđena su u području aktivnosti moždanih puteva odgovornih za traženje užitka - dok se putevi i centri važni za kontrolu poriva (dorzolateralni prefrontalni korteks) još uvijek razvijaju te dozrijevaju tek krajem adolescencije. Naposljetku, za adolescente razdoblje je karakteristična aktivacija „matrice boli“ ukoliko dođe do osjećaja odbačenosti. Navedena matrica boli presudna je za način na koji se povezujemo s drugima. Općenito, doživljajem fizičke boli dolazi aktivacije različitih područja mozga koja funkcioniraju usklađeno, a aktiviraju se i prilikom percepcije boli druge osobe (osnova empatije). Međutim, iako se aktiviraju područja mozga odgovorna za doživljaj fizičke boli, ne dolazi do aktivacije onih odgovornih za signalizaciju stvarne fizičke boli već su aktivna područja koja naznačuju emocionalno iskustvo boli. Dakle, neovisno o aktivnom području mozga, posljedica osjećaja odbačenosti kod adolescenata je doslovan doživljaj boli (Ajduković, 2022.) Dosad navedene informacije odražavaju istaknutu rizičnost konzumacije psihoaktivnih tvari u kontekstu razvoja mozga. Konačno, vjerojatnost razvoja ovisnosti je smanjena za čak 40% ukoliko mlada osoba čeka s eksperimentiranjem s drogama i alkoholom do 21. godine života. Štoviše, taj podatak se čak odnosi i na mlade koji imaju snažnu podlogu odnosno predispoziciju za razvoj ovisnosti (povećanu ranjivost) (Samsha, 2012., prema Dodig-Hundrić, 2019.)

5. Dualna dijagnoza

Osim što dovode do izrazitih štetnih posljedica za samu osobu i njenu okolinu, razaranja života ovisne ali i života članova i cjelokupne obitelji, često se protežu i na druga važna područja života, dakle obrazovanje ili rad, dugove, kršenje zakona itd. (Globan i sur., 2021., prema Tomašić i Kovačić Petrović, 2021.).

Osim toga, nije rijetkost da se ovisnosti pojavljuju u kombinaciji sa drugim psihijatrijskim poremećajem. Navedena kombinacija naziva se **dualni poremećaj** ili **dualna dijagnoza**, a upotrebljava se u području mentalnog zdravlja za osobe koje pate od ovisnosti i nekog drugog psihičkog poremećaja (Szerman i Marinez-Raga, 2015., prema Ćelić, 2022.). Podrazumijeva **komorbiditet** dvaju poremećaja – duševnog poremećaja i ovisnosti. U kliničkom okruženju, brojne dualne dijagnoze uključuju višestruke ovisnosti što se odnosi a konzumaciju više supstanci odnosno istodobnu konzumaciju više od jedne psihoaktivne tvari (EMCDDA – European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, prema Masiak i sur., 2020.) ili s jednim ili više mentalnih poremećaja uzastopno (Delgadillo i Kay-Lambkin, 2016., prema Masiak i sur., 2020.) Štoviše, dualna dijagnoza je u liječenim populacijama postala pravilo, odnosno „očekivanje, a ne iznimka“. Dodatno je zabrinjavajuća činjenica da se može dogoditi istovremeno, ili čak puno važnije, jedno za drugim tijekom cijelog životnog vijeka (Szerman i Marinez-Raga, 2015., prema Ćelić, 2022.). Otprilike 25-50% osoba s dijagnosticiranim poremećajem ovisnosti istodobno doživi i psihički poremećaj (Teesson i sur., 2012., prema Masiak i sur., 2020.), a taj je postotak još veći ako se uzme u obzir subklinička psihopatološka simptomatologija (Guest i Holland, 2011., prema Masiak i sur., 2020.) Komorbidne dijagnoze uključuju primjerice disocijalni poremećaj osobnosti, depresija, suicidalnost, anksiozni poremećaji i slično (Slijepčević, Puharić i Salaj, 2018.) Pri tome je važno napomenuti da komorbiditet uporabe psihoaktivnih tvari s drugim poremećajima mentalnog zdravlja povećava rizik od suicidalnog ponašanja, lošijeg obrazovnog postignuća te kasnije socijalnog zakazivanja (Slijepčević, Puharić i Salaj, 2018.). Značajan utjecaj na zdravlje ističe i podatak da su osobe koje zloupotrebljavaju psihoaktivne droge, izložene povećanom riziku obolijevanja od zaraznih bolesti kao što su HIV, hepatitis i tuberkuloza. (Slijepčević, Puharić i Salaj, 2018.). Dakle, ovisnosti su povezane i sa raznim tjelesnim i/ili psihičkim bolestima. Uzimanje sredstava ovisnosti predstavlja najčešći i najutjecajniji uzrok oštećenja fizičkog i psihičkog zdravlja ljudi. Osim komorbidnih dijagnoza, fenomen dualnih poremećaja obuhvaća i **multimorbiditet** odnosno tjelesne bolesti kao što su primjerice HIV ili HCV (hepatitis C), a uz to i društvene aberacije na svim

važnim životnim područjima; obiteljski problemi, nezaposlenost, zatvor i beskućništvo. (Torrens i sur., 2015., Szerman i sur., 2013., prema Čelić, 2022.) Pojam multiborbiditeta formuliran je uslijed složenosti te višestruke istodobne pojave poremećaja psihijatrijskih poremećaja i poremećaja ovisnosti.

5.1. Paradigma dualne dijagnoze

Khantzian (1997.) navodi primjere iz prakse te čestu zajedničku pojavu:

1. Ovisnosti o nikotinu i depresije te sve četiri mjere subjektivne nelagode, uključujući disforiju, distimiju, depresivne simptome i/ili poremećaje. Nikotin u ovom slučaju služi kao olakšanje od spomenutih stanja. Postoji niz empirijskih dokaza o povezanosti teškog pušenja (ovisnosti o nikotinu) i depresije te mjera subjektivne nelagode (Anda i sur., 1990., Glassman, 1990., Kandel i Davies, 1986., Schifano i sur., 1994.)
2. Ovisnosti o psihoaktivnim tvarima i shizofrenije. Poseban značaj u kontekstu liječenja vlastitih stanja imaju negativni simptomi. Autor pretpostavlja, na temelju primjera iz vlastite prakse, kako pojedinci sa shizofrenijom pokušavaju olakšati ili ukloniti negativne simptome shizofrenije (alogija - siromaštvo govora, poremećaj afektivnosti, tzv. emocionalna zaravnjenost, anhedonija – asocijalnost; nemogućnost doživljavanja ugone ili osjećaja intimnosti, smanjeni društveni kontakti, avolicija – apatija; nedostatak energije, izostanak sa posla ili iz škole te smetnje pozornosti)
3. Ovisnost o psihoaktivnim tvarima i PTSP (posttraumatski stresni poremećaj). Zbog afektivne otupljenosti ili pak afektivne preplavljenosti kao posljedice bolesti, često je pribjegavanje alkoholu i drugim psihoaktivnim tvarima kod oboljelih od PTSP-a, kao pokušaj samostalnog liječenja boli povezanih sa simptomima, bolnim pozitivnim (bijes, tjeskoba, panika) te negativnim (nedostatak energije, anhedonija, emocionalno zaravnjenje) afektivnim stanjima. Kako kod shizofrenije veliku važnost imaju negativni simptomi, jednaka je važnost traume kod PTSP-a. Autor ističe sličnost između negativnih simptoma kod shizofrenije i traume kod PTSP-a, ističući kako su klinički i psihopatološki fenomeni i smetnje slični (Stampfer, 1990.) te navodi

zaključak kako su negativni simptomi obično povezani sa shizofrenijom manifestacije traume („gubljenja razuma“).

Iz navedenih podataka moguće je zaključiti kako dualna dijagnoza može obuhvaćati niz različitih sredstava ovisnosti, kao i njihovu kombinaciju sa mnoštvom duševnih bolesti. Već je opisano kako kod određenih duševnih bolesti često dolazi do sličnih izbora sredstva ovisnosti, te često karakteristične kombinacije specifične duševne bolesti sa specifičnim (a nekad i njih više) sredstava ovisnosti. Međutim, kombinacije te intenzitet ovisnosti i duševne bolesti mogu izrazito varirati. Čelić (2022.) navodi da se može raditi o poremećaju uzimanja psihoaktivnih tvari koji se javljaju zajedno sa psihičkim poremećajem, pri čemu je moguće da osoba ima poremećaj uzimanja psihoaktivnih tvari i psihički poremećaj visoke prevalencije i malog utjecaja (anksiozni i depresivni poremećaj) ili pak psihički poremećaj niske prevalencije i velikog utjecaja (psihotični i ozbiljni afektivni poremećaji). Na kraju je moguća kombinacija bilo kojeg psihičkog poremećaja koji se javlja zajedno sa zlouporabom psihoaktivnih tvari ili ovisnošću o psihoaktivnim tvarima. Paradigma dualne dijagnoze odnosi se na najčešće kombinacije pojedine duševne bolesti i ovisnosti, pri čemu su učestali slučajevi shizofrenija i opijatska ovisnost, PTSP (posttraumatski stresni poremećaj) uz alkoholizam te poremećaj ličnosti uz razne ovisnosti. Naravno, moguće su razne kombinacije te je ovakva kategorizacija samo jedan od pokušaja olakšanja navigacije kroz ovaj kompleksan problem. Osim navedenog, neki autori navode učestalost kombinacije psihotičnih poremećaja i uporabe stimulansa, ističući stimulanse kao najpopularniju psihoaktivnu tvar koju koriste osobe s dijagnozom psihoze. Nadalje, rezultati istraživanja ukazuju na češću pojavu psihotičnih poremećaja kod osoba s ovisnošću o više supstanci koja uključuje i ovisnost o stimulansima, u odnosu na osobe s ovisnošću o više supstanci, ali bez ovisnosti o stimulansima (Maisek i sur., 2020.) Navedeni podaci nisu iznenađujući obzirom da stimulanse mogu izazvati psihotična stanja slična shizofreniji i kod mentalno zdravih ljudi ili pak pogoršati simptome već postojećih psihoza kao što su paranoidna stanja. Dodatno je zabrinjavajuće što se ista stanja mogu ponoviti i nakon dugih razdoblja apstinencije (Gordon, 2010., Simoneinko i sur., 2018., prema Maisak i

sur., 2020.) Postavke teorije samomedikacije primijenjene su i na različite kombinacije tvari i simptoma kao što su uporaba kanabisa i agresija (Arendt i sur., 2007., Segarra i sur., 2011., prema Mariani i sur., 2014.), uporaba nikotina i shizofrenija te konzumacija alkohola i promjene raspoloženja (Swendsen i sur., 2000., prema Mariani i sur., 2014.), iako neki empirijski podaci ne podržavaju mehanizme samomedikacije ovisnosti o supstancama (Hall i Queener, 2007., Carrigan i Randall, 2003., Chambers, 2009, prema Mariani i sur., 2014.)

5.2. Dijagnostička dilema

Kao što je moguće vidjeti iz prethodnog primjera, dualna dijagnoza uključuje višestruke duševne bolesti, poremećaje ovisnosti o drogama i opća medicinska stanja (Bhalla i Rosenheck, 2018. prema Masiek i sur., 2020.). Postavlja se pitanje radi li se o dva različita klinička entiteta ili o multiplim manifestacijama jednog kliničkog entiteta (Torrens i sur., 2015., Szerman i sur., 2013., prema Ćelić, 2022.) Konkretna vezanost za ovu temu je već primijećena te Ćelić (2022.) navodi učestalost korištenja alkohola ili droga od strane osoba s duševnim smetnjama kao pokušaja ublažavanja stresa duševnih bolesti (psihotični simptomi, depresija, anksioznost) ili pak nošenja s posljedicama njihove bolesti (nuspojave lijekova, stigma radi psihičke bolesti, postizanje percipirane društvene prihvatljivosti). Važno je promatrati posljedice i poremećaje nastale uslijed korištenja sredstva ovisnosti, pri čemu određeni poremećaji karakteristični za pojedine ovisnosti prate samu ovisnost. Pri tome se ističe velik broj slučajeva nejasnih granica između početka poremećaja i ovisnosti, njihovo međudjelovanje, te karakterističnog pitanja; je li osoba počela koristiti sredstvo ovisnosti kao reakciju na već postojeću odnosno duševnu bolest u razvoju ili je sredstvo ovisnosti doprinijelo pojavi poremećaja ili pak intenziviranju njegovih simptoma. Ovakva razmatranja jasno prikazuju kompleksnu prirodu ovisnosti, koja često uz sebe nosi niz drugih nepovoljnih promjena u životu pojedinca kojih u početku najčešće nije ni svjestan. Potencijalno objašnjenje ove nedoumice možda se nalazi u procesu neurogeneze. Uporabom sredstava ovisnosti dolazi do promjena u mozgu odnosno neurogeneze. Neurogeneza, ili rađanje novih neurona, događa se tijekom cijelog ljudskog životnog vijeka u hipokampusu,

strukturnom čvoru u neuralnim krugovima odgovornom za pamćenje i učenje, kao i u ostalim područjima mozga, ovisno o periodu života. U velikom dijelu neurogeneza se odvija u području hipokampusa, a novi neuroni čine oko jednu trećinu ukupnog broja stanica u istom području, stoga je korišten pojam hipokampalne neurogeneze. Ključna je za stvaranje novih neurona te kreiranje novih sjećanja, kao i integraciju novih neurona u središnji živčani sustav (Catlow, Jalloh i Sanchez-Ramos, 2016.) Primijećena je supresija tj. potiskivanje ovog procesa kod osoba ovisnih o psihoaktivnim tvarima. Supresija u ovom slučaju označava stanje potisnute neurogene aktivnosti, koja mogu biti u podlozi psihijatrijskih i kognitivnih simptoma, ali istovremeno prenose i označavaju disfunkciju hipokampusa, čime se povećava ranjivost za ovisnost u duševnim bolestima kao osnova za dualnu dijagnozu poremećaja (Chambers, 2013.) Važnost ovog pojma proizlazi iz implikacije da je proces neurogeneze prisutan u različitim psihijatrijskim poremećajima kod kojih postoji povećana ranjivost za ovisnost o psihoaktivnim tvarima. Na neurobiološkoj osnovi, moguće je primijetiti sličnosti i međusobne povezanosti između značajnih faktora ranjivosti za razvoj ovisnosti i ranjivosti za različite oblike duševnih bolesti. Konačno, na kliničkoj razini: „mentalni poremećaji i ovisnosti često se razvijaju kao isprepletana, kronična stanja isprekidana epizodama pogoršanja simptoma (*binging/recidiv*) i razrješenja“ (O'Brien et al., 2004., prema Chambers, 2013.:4)

5.3. Specifičnosti i otežavajući čimbenici pri liječenju

Sve veća dostupnost, raznolikost i pojavnost novih sredstava ovisnosti (sintetski kanabinoidi, sintetski opijati, ovisnosti o internetu i sl.) dodatno ukazuje na važnost ove teme. Samo između 2005. i 2011. godine pojavile su se 164 nove psihoaktivne supstance. (Slijepčević, Puharić i Salaj, 2018.). Jedna od aktualnosti je i sve veća rasprostranjenost legalizacije marihuane i s time povezana veća uporaba. Međutim, unatoč visokoj prevalenciji marihuane, slabo je razumijevanja učinaka njene zlouporabe u ljudskom mozgu (Volkow i sur., 2014.). Mladi sa psihičkim poremećajima su i u ovom slučaju naglašeno rizična skupina. Uz uobičajene prethodne razloge, zbog specifičnosti ovog razdoblja dodaje se niz razloga zbog kojih uzimaju droge, u ovom kontekstu najbitniji su razlozi koji se

odnose na liječenje svog poremećaja, smanjenje tjeskobe, te kako bi bili „aktivni u vršnjačkim skupinama i poprimili identitet pijanca ili narkomana, a ne luđaka jer je ovo više društveno prihvatljivo.“ (JPSCC - Joint Peace And Security Coordinating Center, prema Čelić, 2022.) U kontekstu društvene prihvatljivosti, značajno je spomenuti da „tvrđi pristup“ i „nulta tolerancija“ prema drogama posljedično vodi sve više osoba s duševnim poremećajima u penalne institucije. Dosad navedene informacije ukazuju na višedimenzionalnost zloupotrebe, a posebno ovisnosti u slučaju kombinacije sa duševnom bolešću. Osim toga, izuzetno je važno uzeti u obzir više životnih područja kao i međuodnos i povezanost štetnih posljedica koje djeluju same za sebe, ali s većim i intenzivnijim napredovanjem ovisnosti čest je slučaj međudjelovanja svih životnih područja pri čemu se štetne posljedice iz jednog mogu „pretočiti“ u drugo i proizvesti sasvim novu. U takvim slučajevima promjena i odluka za liječenje mogu biti dodatno otežani. Laudet i suradnici (2000.) navode da je za osobe s dvostrukom dijagnozom stres promjene povećan brojnim drugim preprekama, kao što su stigma, diskriminacija, nisko samopoštovanje, neadekvatno obrazovanje, ograničene strukovne vještine, smještaj i financijska sredstva, moguća kognitivna oštećenja, emocionalna labilnost i popratne pojave odnosno učinci propisanih lijekova.

6. Tijek ovisnosti

„Postoje različiti i međusobno presjecajući putevi koji vode do ovisnosti, a nakon stjecanja ovisnosti javlja se potpuno različit skup događaja ili stresora koji mogu doprinijeti njenom održanju.“ (Khantzian i Albanese, 2008.: 9) Dakle, za razumijevanje problema ovisnosti izuzetno je važno razlikovanje i prepoznavanje faktora koji povećavaju vjerojatnost pojave ovisnosti, od faktora koji povećavaju vjerojatnost ili doprinose razvoju i progresiji ovisnosti.

6.1. Rizični čimbenici

Khantzian (1997.) naglašava **ljudsku patnju** (intenzivnu i suptilnu), kao središnji razlog potrage za drogom, oslanjanja na istu te relapsa. Drugi autori svoje zaključke temelje na pretkliničkim, kliničkim i populacijskim istraživanjima koja

pokazuju ulogu **stresa i ranih nepovoljnih životnih događaja** u povećanju ranjivosti na započinjanje, održavanje i recidiv ovisnosti (al'Absi, 2020.) Verdejo-Garcia i Garcia-Fernandez (2019.) ističu najveću važnost **okoline** te tvrde da epidemiološki i eksperimentalni podaci jasno pokazuju kako okolina igra glavnu ulogu u ranjivosti na ovisnost (Renthal i Nestler 2008., Solinas i sur. 2010., Kreek i sur. 2005., Stairs i Bardo 2009., Sinha 2007., 2008., Koob, 2008.) Objašnjavaju kako ljudi s genetskom predispozicijom neće nužno razviti ovisnost ako su izloženi pozitivnom okruženju, a nasuprot tome, ljudi s genetskom otpornošću na droge mogu razviti ovisnost ako su izloženi negativnom okruženju. Jedan od najčešćih čimbenika negativnih okolišnih uvjeta je izloženost životnom stresu i traumi koji uvelike povećavaju rizik od razvoja ovisnosti (Koob, 2008., Piazza i Le Moal 1996., Sinha, 2001., De Bellis, 2002.). Nasuprot tome, dobri obiteljski i vršnjački odnosi, stabilno okruženje puno razumijevanja i ljubavi, ali također fizička i mentalna stimulacija smanjuju rizik od ovisnosti (Jessor i Jessor, 1980., Kodjo i Klein 2002., Solinas i sur., 2010., Pang i sur. 2018., prema Verdejo-Garcia i Garcia-Fernandez, 2019.)

Osim faktora koji povećavaju vjerojatnost pojave ili održanja ovisnosti, postoje i objašnjenja u smjeru „zajedničke ranjivosti“ koja opisuje **zajedničke genetske i okolišne čimbenike** rizika te **neurološke disfunkcije** unutar mezo-kortiko-limbičkog dopaminskog sustava, koji stvara predispoziciju za duševnu bolest ali i poremećaj ovisnosti (Alexander i sur., 2019., prema Masiak i sur., 2020.) Primjerice, genetske determinante rizika za pojavu shizofrenije stvaraju predispoziciju za poremećaj ovisnosti o drogama, što zauzvrat služi kao čimbenik rizika za razvoj simptomatologije shizofrenije (Chambers i sur., 2001., prema Masiak i sur., 2020.) Slično tome, u usporedbi sa osobama bez dijagnoze, pacijenti koji imaju poremećaj hiperaktivnosti i deficita pažnje (ADHD, eng. *Attention-deficit/hyperactivity disorder*) imaju šest puta veći rizik za razvoj ovisnosti o psihoaktivnim tvarima (Katušić i sur., 2005., prema Mariani i sur., 2014.) Razumijevanje ovisnosti se razvilo, iz početnog razumijevanja etiologije ovisnosti o psihoaktivnim tvarima te objašnjenja iste naglašenim prethodnim psihopatološkim stanjima, kasniji doprinosi objašnjenja iz psihoanalitičke perspektive u potpunosti su usmjereni na aspekte **emocionalne regulacije i**

smetnji u odnosima (Khantzian, 1999., 2003., Khantzian i sur., 1990., Morgenstern i Leeds, 1993., prema Suh i sur., 2008.) Jacobs (1986. prema Kim i Hodgins, 2018.) navodi zajedničke faktore ponašajnih ovisnosti i ovisnosti o supstancama, a odnose se na predispozirajuće faktore za razvoj ovisnosti. Prema ovom autoru, **dva faktora rizika za razvoj** ovisnosti su kronična hiper/hipopobuđenost i maladaptivne sheme osobe kao inferiorne. Prvi faktor je povezan uz biološke i neurološke mehanizme, dok je drugi više vezan za uvjerenja i povezane psihološke mehanizme. Kroničnu hiper/hipo-pobuđenost je moguće povezati i sa objašnjenjem koje daje Chambers (2013.), iz perspektive visokih i niskih neurogenih stanja. Naime, niska neurogena stanja su karakteristična za određene duševne bolesti, pri čemu je moguća i veća ranjivost na razvoj ovisnosti. Niska neurogena stanja povezana su sa većom osjetljivošću dopamina na učinke droga, što posljedično dovodi do oblikovanja i regulacije odgovarajućih strijatalnih krugova za usmjeravanje ponašanja traženja i uzimanja droga. Zatim, vođeno tom dinamikom, kod mozga s niskim neurogenim stanjem dolazi do brže i veće akumulacije doza ovisnosti u cjelokupnoj povijesti ovisnosti kod pojedinca. Uslijed navedenog, dodatno je povećana supresija neurogene aktivnosti. Sve navedeno ukazuje na začarani krug ubrzavanja upotrebe droga progresijom ovisnosti, odnosno na začarani krug ovisnosti.

6.2. Pojava i razvoj ovisnosti

Tri su faze razvoja ovisnosti (Jacobs, 1986., prema Kim i Hodgins, 2018.).

1. Inicijalno otkrivanje da putem ovisničkih ponašanja mogu olakšati negativne učinke
2. Efekti pozitivnog uvjetovanja – pozitivno uvjetovanje ovisničkog ponašanja postaju automatski i dovode do ponašanja koja su kompulzivna.
3. Aktivno izbjegavanje averzivnog stanja – osoba aktivno pokušava izbjeći neugodno stanje koje je olakšavala sredstvom ovisnosti na način da ga je nastavila koristiti unatoč štetnim učincima.

Moguće je primijetiti kako je prva faza sukladna postavkama teorije samomedikacije. Efekti pozitivnog uvjetovanja opisuju kompulzivnost, karakterističnu za sve ovisnosti. Konačno, izbjegavanje averzivnog stanja

odražava prethodno opisanu otežanu samoregulacija u okviru teorije samomedikacije, a uz nju i teorije oprečnih procesa koja ukazuje na progresivno povećanje averzivnih stanja u odnosu na početna, ugodnija stanja. Napredovanje triju faza ovisnosti najjednostavnije se može opisati slijedom intoksikacija-sustezanje - žudnja. Ključni faktor održavanja ovisnosti prema Jacosbu (1986., prema Kim i Hodgins, 2018.) je **suočavanje s negativnim emocijama**. Ovo je sukladno postavkama SMH, koja naglašava središnju ulogu izostanka sposobnosti emocionalne regulacije.

6.3. Dominantni mehanizmi održavanja ovisnosti

Razlozi (faktori) koji osobu održavaju u ciklusu ovisnosti (Pickard, 2016.)

1. **Kompulzivnost** – na razini ponašanja
2. **Poricanje** – na psihološkoj razini - ova razina ima centralnu ulogu u kontekstu ovisnosti
3. **Isključenje** - na socijalnoj razini (društvo/zajednica, obitelj/prijatelji).

Pickard (2016.) navodi **poricanje** odnosno negaciju kao dominantan obrambeni mehanizam ovisnika, kao i dominantan način zadržavanja osobe ovisnom. U tipične mehanizme obrane ubrajaju se apatično povlačenje, devaluacija, negacija, potiskivanje, projekcija, projektivna identifikacija i racionalizacija. (Bagarić i sur., 2018.) Rezultati istraživanja ukazuju da su dominantni obrambeni mehanizmi koje ovisnik bira podložni promjeni, a mijenjaju se ovisno o određenim karakteristikama od kojih je dio vezan za osobu te su autori razmatrali dob, spol, bračni status i zaposlenost, a ostatak odabranih parametara vezan je za ovisnost odnosno vrstu, duljinu i težinu ovisnosti. Nezreliji obrambeni mehanizmi su češće korišteni od strane mlađih ovisnika, žena ovisnica, neoženjenih, nezaposlenih te ovisnika o drogama i internetu. Autori navode i rezultate drugih istraživanja povezanosti dominantnog obrambenog mehanizma i vrste ovisnosti, kod ovisnika o alkoholu i kockanju prevladavaju potiskivanje, racionalizacija i negacija, dok su projektivna identifikacija i devaluacija češće korišteni kod ovisnika o drogama. Ovo je u skladu s nalazom da se kod ovisnika o alkoholu pokazuje visok stupanj obrambenog ponašanja

(Isenhart & Silversmith, 1996.) te da potiskivanje i poricanje koriste kao primarnu psihološku obranu (Eshbaugh i sur., 1993., Wells i sur., 1993., prema Suh i sur., 2008.) Nadalje. Bagarić i suradnici (2008.) postavljaju važno pitanje nedovoljno poznate opasnosti ovisnosti o internetu, čija je prisutnost daleko kraća, a još je u bržem razvoju od ovisnosti o drogama. Uz to, manje je istraženo područje nego ostatak sredstava ovisnosti ili ponašanja, relativno je kratak period od nastanka do ubrzanog razvoja i raširenosti interneta, a razvoj se dodatno ubrzao kroz godine, u odnosu na početke, da bi se istraživanjima mogle pratiti posljedice u stvarnom vremenu. Zbog svega navedenog je povećana potencijalna opasnost koju autori ističu zbog najveće sličnosti ovisnika o internetu sa ovisnicima o drogama, odnosno u jednakom izboru obrambenih mehanizama, obzirom da se ovisnost o drogama smatra jednom od najopasnijih ovisnosti. Važno je napomenuti da su obrambeni mehanizmi zastupljeni ne samo kod ovisnika, već i u stavovima od strane članova društva prema ovisnicima, najčešće projektnom identifikacijom. Projicirani stavovi su često mitovi vezani za ovisnike i njihovu sklonost agresiji, a često su i prihvaćeni od strane ovisnika jer poziciju agresivnosti i opasnosti percipiraju kao povoljnijom od ovisnika kao slabih i bolesnih. Za rješavanje ovog problema važno je rješavanje straha ovisnika, jer upravo stanje straha povećava vjerojatnost obrambene reakcije od percipiranog napada okoline, a adekvatne reakcije, treninga i supervizije incidenti nasilja na liječenju su vrlo rijetki, malog intenziteta te adekvatno razriješeni (Bagarić i Majdak, 2021.) Poricanje možda daje dio odgovora na sveprisutno pitanje kod ovisnosti – zašto ljudi nastavljaju koristiti sredstvo ovisnosti unatoč njegovim negativnim posljedicama? Odnosno, odgovor se možda nalazi u neprepoznavanju izravnih štetnih posljedica korištenja sredstava ovisnosti (Pickard, 2016.)

Prema nekim autorima, **kompulzija (prisila)** je središnji simptom ovisnosti o drogama (teškog poremećaja ovisnosti o drogama). Međutim, prisila se uočava samo kod malog udjela pojedinaca koji opetovano traže i koriste sredstva ovisnosti. Za razumijevanje je važno razlikovanje kompulzivnog ponašanja **traženja droge** i **uzimanja droge**. Kompulzivno ponašanje **traženja droge** označava ustrajnost u traženju droge unatoč negativnim posljedicama istoga,

objašnjava slučajeve kada neuralni sustavi koji su u osnovi uobičajenog ponašanja, dominiraju ciljno usmjerenim bihevioralnim sustavima i kada je izvršna kontrola nad tim neprilagodljivim ponašanjem smanjena. Za razliku od toga, kompulzivno ponašanje **uzimanja droge** (to jest, upotrebe) odnosi se na nemogućnost prestanka korištenja droge unatoč velikim negativnim posljedicama, vjerojatno odražavaju neravnotežu u frontostriatalnim krugovima koje reguliraju nagradu i odbojnost. Progresijom dolazi do oštećenja kognitivnih funkcija, odnosno do umjerenih oštećenja pamćenja, pažnje, izvršnih funkcija i donošenja odluka (uključujući očekivanje nagrade, vrednovanje i učenje, prethodno navedenih kao kompulzivno ponašanje uzimanja droge (Luscher i sur., 2020.) Važno je navesti da su nedostaci izvršnih funkcija višeg reda i odlučivanja značajni prediktori recidiva (Verdejo-Garcia i sur., 2019.). Nadalje, dolazi do oštećenja kontrole odozgo prema dolje (eng. *top-down control*) nad navikama traženja droga i oštećenja sustava koji reguliraju ponašanje usmjereno prema cilju. Za navedene disfunkcionalne čimbenike se pretpostavlja da zajedno rezultiraju kompulzivnim traženjem droga. Dakle, kompulzija se ne odnosi samo na opetovano i štetno ponašanje uzimanja droge već i oštećenje sustava koji osobi omogućuju usmjeravanje i zadržavanje pozornosti, pamćenje i učenje, donošenje odluka te reguliraju ponašanje usmjereno prema cilju (Luscher i sur., 2020.) Ove značajke upućuju na povezanost obrambenih mehanizama i kompulzija te njihovu međusobnu isprepletenost. Važno je i napomenuti da obrambeni mehanizmi nisu automatski korišteni te njihovo postojanje, upareno sa kompulzivnom uporabom i njenim posljedicama, doslovce oštećuju kapacitet i sposobnost osobe za realnu procjenu njenih motiva, ponašanja i njihovih posljedica. Ukoliko su kod osobe nastale negativne posljedice u radu funkcija i sustava koje usmjeravaju čovjekovo ponašanje, kao i na kognitivne funkcije koje bi omogućile jasnu percepciju i svijest o štetnim posljedicama uopće, jednostavnije je za razumjeti i poricanje prisutno kod ovisnosti. Samo po sebi, kao obrambeni mehanizam, može iskriviti i promijeniti percepciju realnosti pojedinca. Uz dodatak oštećenih funkcija koje su prisutne u rasuđivanju i zadržavanju informacija o sredstvu ovisnosti, čini se da je puno veća vjerojatnost distorzija činjenica i dokaza u realnosti o štetnosti pojedinog sredstva ovisnosti,

te ponavljanje i održavanje istih ili sličnih. Važno je razumjeti i stanje osobe koja je ovisna o bilo kojem sredstvu. Većina vremena, energije i ponašanja usmjerena je ili traženju ili uzimanju droge. Takva usmjerenost na isključivo sredstvo ovisnosti otežava razmatranje bilo kojih aspekata života pojedinca od njega samoga, jer je osoba potpuno zaokupljena u konstantnom ciklusu traženja i uzimanja droge.

6.4. Ključni aspekti pojave i razvoja ovisnosti prema teoriji samomedikacije

Kompulzija je u kontekstu teorije samomedikacije dodatno razrađena. Objašnjena je kao kompulzivni pokušaj rješavanja neriješene boli iz najranijih faza razvoja (Khantzian, 1993., Brehm i Khantzian, 1992., prema Khantzian, 1997.) Smatra se da su kompulzije usko povezane sa učincima traume u ranom životu na kasniji afektivni razvoj te razvoj osobnosti. Kompulzivno ponavljanje korištenja droge predstavlja pokušaj razrješavanja bolnih stanja kojih se nije moguće uvijek prisjetiti, često ne postoji njihova vizualna ili verbalna reprezentacija u umu (Gedo, 1986., Weiss i sur., 1992.) Iz ove perspektive, ovisnici su motivirani potrebom da savladaju i pretvore pasivno; zbunjujuće iskustvo aleksitimije ili nezadovoljstva u aktivno iskustvo kontroliranja osjećaja uz upotrebu droga; čak i ako su bolni. Na taj način si omogućavaju svojevrsnu kontrolu, pri čemu se prvotni cilj olakšanja patnje, kroz ponavljanje pretvori u **kontrolu patnje**. Dakle, postoje određena očekivana stanja koja osobi donose patnju te iako postoje negativne i neugodne posljedice ovisnosti, čak i kada ih sama osoba progresijom ovisnosti doživljava i prepoznaje, postoji određena mjera kontrole patnje koja proizlazi iz ovih posljedica. (Khantzian, 1995., prema Khantzian, 1997.) Aleksitimija je koncept koji uključuje značajke nesposobnosti prepoznavanja i opisivanja emocija, nesposobnosti razlikovanja osjećaja i tjelesnih senzacija kao posljedica emocionalnog uzbuđenja, suženje procesa imaginacije i eksterno orijentirano mišljenje (Nemiah i sur., 1976., Lasser, 1981., Taylor, 1984., prema Kušević i Marušić, 2014.) Osim ovog pojma, Khantzian koristi pojam **disforije** za opisivanje nejasnih stanja nesklada ili nemira, koje doživljavaju osobe sa iskustvom ovisnosti. Prema teoriji samomedikacije, za ranjivost u kontekstu ovisnosti, ključna je **izloženost** drogama u kombinaciji sa **nesposobnošću**

nošenja sa osjećajima ili nepoznavanjem istih, uz izostanak znanja i sposobnosti za brigu o sebi. Empirijski dokazi te rezultati longitudinalnih istraživanja pokazala su kako bi se zloupotreba tvari mogla smatrati poremećajem samoregulacije u područjima afekta, samopouzdanja, odnosa i ponašanja (Blatt i sur., 1984., Wilson i sur., 1989, Shedler i Block, 1990., prema Khantzian, 1997.). Pri tome, najvažniji aspekt je **regulacija bolnih osjećaja** koje osoba ne zna imenovati ili s kojima se ne zna nositi, a dodatni rizični faktori su problemi sa regulacijom samopouzdanja i odnosa (Khantzian, 1997.) Regulacija emocija odnosi se na širok raspon procesa uključuju i svijest o emocijama, uvid i ekspresiju emocija te praćenje i kontrolu emocija (Dhal, 2003., prema Kušević i Marušić, 2014.) Moguće je zaključiti kako su u središtu pojmovi nedostatne samoregulacije i oštećenog afekta. Uobičajeno procesiranje emocija i emocionalnih stanja počinje od nediferenciranih, neverbaliziranih i somatskih, nakon toga slijedi raspoznavanje i razlikovanje (diferencijacija), završava desomatizacijom i mogućnošću izražavanja istoga riječima. Nemogućnost posljednjeg povećava sklonost postupanja na temelju osjećaja, uključujući i zloupotrebu ovisničkih sredstava (Krystal i Raskin, 1970., Krystal, 1978., 1982., 1988., prema Khantzian, 1997.) Khantzian (1997.) koristi pojmove disforije, a u literaturi je moguće naći i niz drugih, no svi upućuju na otprilike istu problematiku te su temeljeni na kliničkoj praksi sa pacijentima na liječenju od ovisnosti (Wurmser 1974., Mc Dougall, 1984., Khantzian i Wilson, 1993., Khantzian, 1993., Brehm i Khantzian, 1992.) Opisuju krajnosti u pogledu doživljavanja emocija kod osoba koje su ovisne, ističući njihov prelazak iz stanja intenzivnih emocija ljutnje i patnje do nejasnih emocija disforije i neugode. Drugim riječima, osjećaju ili previše ili ništa, što pokušaju umanjiti, olakšati ili promijeniti sa drogom ili drugim sredstvom ovisnosti.

6.5. Posljedice

Moguće je zaključiti da posljedice mogu biti prisutne na svim važnim životnim područjima pojedinca te ih je moguće razvrstati na nekoliko područja. Društvene posljedice su primjerice obiteljski problemi, stigmatizacija, penalizacija, zatvor i isključenost iz društva. Teškoće na financijskom planu nerijetko obuhvaćaju

nezaposlenost i beskućništvo. Naposljetku, psihičke i fizičke posljedice odnose se na spomenute komorbiditete (depresija, anksioznost, psihotični simptomi, ozbiljni afektivni poremećaji) i multimorbiditete (HIV, hepatitis, tuberkuloza itd.) Krajnja negativna posljedica ovisnosti su smrtni slučajevi, a čiji je broj samo u SAD-u u 2017. iznosio 72,000 i to isključivo od predoziranja narkoticima (Blum i sur., 2021.), što upućuje na daleko veći broj kad bi se gledali smrtni slučajevi kao posljedica svih sredstava ovisnosti. Broj smrtnih slučajeva zbog predoziranja se tijekom pandemije korona virusa povećao, kao i posjeti hitnoj službi, zdravstvene posljedice i poremećaji ovisnosti o drogama, te smrtnih slučajeva od samoubojstava (Gold, 2020., prema Blum i sur., 2021.) Ukoliko se radi o psihoaktivnim drogama, utjecaj nije ograničen samo na mozak, već i na druge sustave i vitalne organe, uključujući jetru, pluća, kardiovaskularni i probavni sustav, neovisno o etiologiji ovisnosti. Nadalje, zlouporaba psihoaktivnih tvari može dovesti do epigenetskih promjena sa nizom bioloških posljedica i promjena u funkcioniranju imunoloških i endokrinih sustava. Svaka tvar može utjecati na spomenute sustave na različit način te u slučaju zlorabe više tvari, u interakciji sa drugim tvarima (Xu i Labar, 2019.).

7. Područja intervencija

Najosnovnija podjela odnosi se na farmakološke i nefarmakološke intervencije, pri čemu se nefarmakološke dijele na bihevioralne, kognitivne i socijalne intervencije. Poduzete intervencije potrebno je planirati individualno, ovisno o osobi, njenim okolnostima i brojnim drugim karakteristikama koje je važno uzeti u obzir kako bi osoba dobila pomoć koja najbolje odgovara njoj i njenim potrebama. Jedan od najistaknutijih i dosad već dobro poznatih je izazov pronalaska dugotrajnih uspješnih pristupa liječenja zbog individualnih razlika kod reakcije na tretman, uslijed genetskih odrednica (spol, drugi oblici genetske heterogenosti), razlika u metaboličkim reakcijama na lijekove. Nadalje, potrebna je prilagodba razlika u komorbiditetima sa drugim poremećajima korištenja psihoaktivnih tvari (npr. ovisnost o alkohol i nikotinu ili kokainu i drugim drogama) i sa drugim bolestima (npr. depresija, HIV, trauma i sl.). Osim navedenih, ostale značajke o kojima je potrebno voditi računa odnose se na

intenzitet te bihevioralne manifestacije poremećaja psihoaktivnih tvari, motivaciju i stupanj dobrovoljnosti na tretman, socijalno okruženje i potporu te dostupnost i/ili mogućnost plaćanja tretmana.

Rezultati istraživanja u posljednja dva desetljeća omogućila su bolje razumijevanje neurobioloških mehanizama i kompleksnosti uzrokovanih ovisnostima o psihoaktivnim tvarima (Koob i Volkow, 2016., prema Xu i Bar, 2019.) Kao i kod mnoštva drugih bolesti, samo farmakološko ili bihevioralno/kognitivno nije dovoljno za postizanje obnavljanja oštećenih sustava ili za prevenciju relapsa i održavanje oporavka. Rosenthal i suradnici (2021.) navode kako tradicionalno liječenje uključuje, između ostalog, grupnu terapiju pacijenata ili kognitivno bihevioralnu terapiju (KBT) (Carrol i Onken, 2005.) Osim toga, kontekstualni KBT ili takozvani tretmani trećeg vala kao što je prevencija relapsa temeljena na svjesnosti (MBRP, eng. *mindfulness-based relapse prevention*) ili poboljšanje oporavka usmjereno na svjesnost (MORE, eng. *mindfulness-oriented recovery enhancement*) posebno su prilagođeni za primjenu u kontekstu poremećaja ovisnosti. Naposljetku, terapija prihvaćanja i predanosti (ACT, eng. *acceptance and commitment therapy*), unutar koje se koristi pristup prihvaćanja i svjesnosti, integriranjem vrijednosti i šire strategije promjene ponašanja, primijenjena je u poremećajima ovisnosti posljednjih godina (Lee i sur., 2015.) Sve intervencije su utemeljene na praksi meditacije svjesnosti, MBRP se dodatno usredotočuje na tretman kognitivno-bihevioralne prevencije povratka (Bowen i sur., 2021.), a MORE pruža dodatnu obuku za ponovnu procjenu i razvoj vještina ugođe (bez korištenja sredstva ovisnosti) (Garland i sur., 2019.)

7.1. Farmakološke intervencije

Uz cjelovitu evaluaciju postojećih medicinskih, psihijatrijskih i socijalnih problema, te detoksifikaciju kao početnog koraka, za uspješno liječenje najvažnija je dugotrajna prevenciju relapsa uz pomoć farmakoloških i bihevioralnih intervencija. Većina lijekova je usmjerena na djelovanje receptora neurotransmitera i neuromodulatora koji su oštećeni kao posljedica određene ovisnosti (Douaihy i sur., 2013.) Lijekovi koji su se na ovaj način pokazali

uspješnima moguće je podijeliti u tri skupine: agonista, antagoniste i lijekove koji pomažu u smanjenju žudnje (eng. *anti-craving medication*), a agonisti se nadalje mogu podijeliti na potpune i djelomične agoniste (O'Brien, 2008.) **Agonisti** su lijekovi koji se uzimaju svakodnevno radi smanjenja sustezanja i žudnje koji mogu dovesti do relapsa. Djeluju na način da izravno stimuliraju receptore u mozgu, što je do liječenja bilo postignuto psihoaktivnom tvari odnosno sredstvom ovisnosti. **Potpuni agonisti** izravno stimuliraju receptore u mozgu, primjerice metadon (korišten u postupku liječenja ovisnosti od opijata) se veže za opijatski receptor na sličan način kao i heroin. Zbog toga se ova skupina lijekova koristi kao zamjena za sredstvo ovisnosti i nastavlja se uzimati kao dugoročna terapija u svrhu održanja oporavka. **Djelomični agonisti** imaju slično djelovanje kao agonisti, razlika je u manjem stupnju stimulacije receptora kod djelomičnih. Nekad se koriste za detoksifikaciju nakon čega pacijent potpuno prestaje sa uzimanjem bilo kakvih lijekova. **Antagonisti** su lijekovi koji se vežu za receptore no ne stimuliraju ih te sprječavaju vezanje agonista za iste receptore. Buprenorfin je primjer lijekova za održavanje u pacijenata kod kojih postoji rizik od relapsa u fizičku ovisnost opioidima (Douaihy i sur., 2013.) U kombinaciji sa bihevioralnim intervencijama, agonisti su se u liječenju pokazali djelotvornima kod ovisnosti o opioidima i nikotinu. Nisu bili djelotvorni kod liječenja pacijenata ovisnih o stimulansima, kao i kod liječenja alkohola i ovisnosti o sedativima uz pomoć benzodiazepina. Antagonisti opijatskih receptora bili su djelotvorni u liječenju i ovisnosti o opijatima – blokiranjem eksternalnih opijata, kao i kod ovisnosti o alkoholu - blokiranjem endogenih opioida. Osim navedenog, antagonisti mogu učinkovito spriječiti vezanje ovisničke tvari za receptore mozga koji sudjeluju u stvaranju euforičnog učinka, što je moguće postići naltreksonom kod ovisnosti o opijatima. Postoji i mogućnost liječenja uz pomoć lijekova koji stvaraju averzivnu reakciju osobe koja ih uzima, za što se koristio disulfiram u svrhu prevencije relapsa do 1995. godine, obzirom da je to bio jedini dostupan lijek za tu svrhu dotad. Reakcija koju ovaj lijek stvara prilikom konzumacije alkohola, toliko je neugodna da je lijek bio učinkovit u sprječavanju pacijenata od daljnje konzumacije. Posljednja kategorija lijekova su **lijekovi koji smanjuju žudnju** (eng. *anti-craving medications*), obuhvaćaju

sredstva koja pospješuju prefrontalni kortikalni metabolizam. Pozadina istraživanja i kasnije uporabe ove skupine u liječenju proizlazi iz razumijevanja ovisnosti kao bolesti koja dovodi do kroničnih neuroadaptacija u sustavima za nagrađivanje te zbog disregulacija u prefrontalnom korteksu koje su pronađene kod ovisnosti o stimulansima, opioidima te alkoholu (Dacks i O'Brien, 2005., prema O'Brien, 2008.) Ove komponente se sada shvaćaju kao srž ovisnosti te se smatra da doprinose lošoj kontroli impulsa, smanjenoj motivaciji i poricanju kod ovisnih pojedinaca. Primjerice, naltrekson se pokazao kao učinkovit lijek za smanjenje žudnje za alkoholom (O'Brien, 2005., prema O'Brien, 2008.) Nešto drugačije značajke prilikom istraživanja učinkovitosti lijekova pokazale su se kod ovisnosti o stimulansima no moguće je da lijekovi koji blokiraju aktivaciju limbičkog sustava smanje vjerojatnost relapsa kod ovisnika o kokainu, zbog izrazite vezanosti pojave žudnje prilikom dolaska u kontakt sa komponentama prisutnim prilikom konzumacije kokaina kod oporavljenih ovisnika. Dobri rezultati dobiveni su i u lijekova kao što su modafinil, disfuloram i topiramet (Dackis i sur., 2005., Carrol i sur., 2004., Kampman i sur., 2006., prema O'Brien, 2008.) Jedan od kontroverznih pristupa liječenju ovisnosti o kokainu je liječenje uz pomoć psihostimulansa, kao propisane supstitucijske terapije. Mariani i suradnici (2014.) navode potencijalan doprinos istog u pogledu obnavljanja dopaminergičkih funkcija. Naime, amfetamini i kokain imaju slične farmakološke i kliničke karakteristike. Razlike se nalaze u početku djelovanja te poluživotu, pri čemu amfetamin djeluje i blokiranjem ponovne pohrane dopamina, uz poticanje njegova oslobađanja. Za razliku od ovisnosti o alkoholu, nikotinu i opioidima, za koje postoje uglavnom prihvaćeni i standardizirani tretmani, isto ne postoji u slučaju ovisnosti o kokainu, unatoč velikom broju ljudi koji su ovisni o njemu. Osim potrebe daljnjih istraživanja i informacija o učinkovitom te primjenjivom farmakološkom tretmanu, interakcija kokaina sa sustavom neurotransmitera je kompleksnija i indirektnija od djelovanja agonista kod alkohola i opioida (Mariani i sur., 2014.) Najdosljedniji rezultati farmakoloških terapija utvrđeni su za dekstroamfetamin (Castells i sur., 2010., Mariani i Levin, 2012., prema Mariani i sur., 2014.) i metamfetamin (Mooney i sur., 2009., prema Mariani i sur., 2014.). Kontroverzije u ovom kontekstu proizlaze iz rizika koji su povezani sa

propisanim psihostimulansima. Odnose se ponajviše na kardiovaskularne rizike, uz dodatak dobro poznatih rizika zloupotrebe, disfunkcije te kompulzivne upotrebe psihostimulansa u kontroliranim uvjetima. Posljednji razlog je što je određenim područjima i njihovim karakterističnim pristupu liječenja, manji naglasak na farmakološko liječenje, posebno supstitucijske terapije, pri čemu je veća zastupljenost Programa 12 koraka (Mariani i sur., 2014.) Kod ovisnika o drugim stimulansima (amfetamin, dekstroamfetamin, metamfetamin, fenmetrazin, metilfenidat i dietilpropion) slične su ponašajne komponente koje iskazuju ovisnici o kokainu no čini se da je paranoidna psihoza češća kod zlouporabe amfetamina. U kontekstu liječenja ovisnosti o stimulansima te bipolarnih poremećaja, utvrđeno je poboljšanje maničnih, depresivnih i mješovitih simptoma, uz povezanost smanjenja simptoma i smanjenja žudnje za korištenjem stimulansa. Rezultati su posebno značajno zbog postojanja manjeg broja specifičnih učinkovitih psihofarmakoloških tretmana za ovisnost o stimulansima (Nejtek i sur., 2008., prema Khantzian i Albanese, 2009). Preveniraju relapsa kod ovisnosti o kanabinoidima (marihuani) moguće je postići bihevioralnim intervencijama korištenim kod ovisnika o alkoholu ili kokainu (Stephens i sur., 2002., prema O'Brien, 2008.) Postoje istraživanja no ovo područje je još u velikoj mjeri neistraženo stoga je teško donijeti čvrste zaključke o farmakološkom tretmanu kod ovisnosti o kanabinoidima. Halucinogene droge najčešće ne stvaraju ovisnost no savjetovanje se čini kao jedini učinkovit pristup u liječenju. Osim navedenih farmakoloških intervencija, u razvoju je i pristup cijepjenja sa različitim rezultatima istraživanja, stoga je teško donijeti čvrste zaključke o učinkovitosti (O'Brien, 2008.) Međutim, kod ovisnika o nikotinu daje obećavajuće rezultate. Temelji se na principu da nakon ulaska u krvotok, velik dio nikotina vezan je antitijelima iz cjepiva, što smanjuje distribuciju u mozgu. Posljedično dolazi do manjeg nagrađujućeg učinka prilikom pušenja (Kosten i Owens, 2005., prema Douaihy i sur., 2013.) „Liječenje obično nije kurativno. Kao i kod drugih kroničnih bolesti, nakon završetka liječenja u većini slučajeva na kraju dolazi do recidiva“ (O'Brien, 2013.: 3284).

7.2. Kognitivne intervencije - otklanjanje i ublažavanje kognitivnih deficita

Osobe s poremećajem korištenja psihoaktivnih tvari (eng. *substance abuse disorder*) imaju umjerene nedostatke u pamćenju, pažnji, izvršnim funkcijama i donošenju odluka (uključujući očekivanje nagrade, vrednovanje i učenje). Jedan od faktora koji otežava liječenje je što su nedostaci izvršnih funkcija višeg reda i odlučivanja značajni prediktori recidiva. Istraživanjima su utvrđeni kognitivni deficiti umjerene veličine i trajnosti kod osoba s poremećajima korištenja psihoaktivnih tvari, uključujući onih povezanih s alkoholom, stimulansima i opioidima (Verdejo-Garcia 2018., prema Verdejo-Garcia i Garcia-Fernandez, 2019.) Kognitivni deficiti odnose se na narušene kognitivne procese uslijed korištenja različitih droga, uključujući selektivnu pozornost i povezane pristranosti (automatski odgovori na podražaje povezane s drogom), epizodično pamćenje, izvršne funkcije (radno pamćenje, inhibicija i preusmjeravanje pažnje) te donošenje odluka temeljeno na nagradi. Za otklanjanje ili ublažavanje ovih posljedica, autori Verdejo-Garcia i Garcia-Fernandez (2019.) navode kompjuterizirani kognitivni trening te kognitivnu rehabilitaciju, kao dva glavna pristupa obnavljanju kognitivnih deficita.

- **Kompjuterizirani kognitivni trening** koristi softver za ponovno uvježbavanje specifičnih kognitivnih procesa kroz proces ponavljanja vježbi s ciljem izgradnje kognitivnih sposobnosti, fokus ovog pristupa su opće kognicije te radno pamćenje odnosno njihovo poboljšanje.
- Kod **kognitivne rehabilitacije** ili remedijacije, središnju važnost ima meta-kognitivni trening i učenje kognitivne strategije kroz upućivanje sudionika na primjenu kognitivnih resursa na ciljno vođen i strateški način. Fokus ovog pristupa je upravljanje nepredviđenim situacijama (Hula i sur., 2018., prema Verdejo-Garcia i Garcia-Fernandez, 2019.)

Razlike pristupa očituju se u tome tko ili što vodi proces te u načinu primjene kognitivnih resursa. U prvom pristupu proces tj. trening je nešto više

standardiziran i određene pojedinosti su svako ponavljanje jednake zbog toga što se odvija na temelju unaprijed osmišljenog softvera, a u fokusu su specifični kognitivni procesi što upućuje na specifične zadatke koji se iznova ponavljaju i uvježbavaju. Drugi se čini nešto složeniji u pogledu njegove kompleksnosti i izvedbe, obzirom da je vođen od strane terapeuta i fokusira se na aktivnosti iz stvarnog života, umjesto vježbe na temelju zadataka u prethodnom pristupu. Oba pristupa su jednako značajna za unapređenje pojedinih kognitivne funkcije te njihovu interakciju, a ukoliko je moguće u liječenju osobe primijeniti odnosno kombinirati oba pristupa, čini se da predstavljaju cjelovit pristup kognitivnim oštećenjima nastalim uslijed ovisnosti. Početna istraživanja kombinacije računalnog kognitivnog treninga opće kognicije i radnog pamćenja (prvi pristup) s upravljanjem nepredviđenim situacijama (drugi pristup) upućuju na poboljšanje pozitivnih učinaka treninga u segmentu kontrole odozgo prema dolje (eng. *top-down control*) (Bickel i sur., 2011., Kiluk i sur., 2017., prema Verdejo-Garcia i Garcia-Fernandez, 2019.) Prethodno je u tekstu navedena višeslojnost posljedica ovisnosti na samu osobu i njene životne okolnosti, koja je jednako prisutna i na planu kognitivnih oštećenja. Slijedom toga, moguće je zaključiti i da bi ovakav postupan proces obnavljanja oštećenja bio koristan jer obuhvaća prvotno uvježbavanje pojedinih komponenti, odnosno pojedinačnih i jednostavnijih kognitivnih procesa, potrebnih za kompleksne procese kao što su donošenja odluka, usmjeravanja pažnje i slično. Za uspjeh u posljednjima je najčešće potrebno više specifičnih kognitivnih procesa u isto vrijeme ili kratkom rasponu vremena. Primjerice, za donošenje odluka je važna procjena trenutačnih, kratkoročnih te dugoročnih posljedica određene odluke, a za značajne životne okolnosti i ciljeve posebno je važna i sposobnost odgađanja očekivane nagrade koja je narušena u ovisnosti. Iz ove perspektive kompjuterizirani kognitivni trening može se koncipirati i kao preduvjet ili osnova za kognitivnu rehabilitaciju. Uvježbavanje specifičnih kognitivnih procesa potrebnih za strateško planiranje te uspješno izvršavanje aktivnosti stvarnog života može omogućiti veći uspjeh i bolje rezultate kognitivne rehabilitacije, iz razloga što se fokusira i na mikro i makro dimenziju – same procese potrebne za uspješno

izvršavanje zadataka, njihovo poboljšanje te korištenje istih procesa za još kompleksniju primjenu u praksi odnosno stvarnom životu, koja u osnovi ima daleko više varijacija, nepredvidljivosti te rizika za osobu u usporedbi s prvim pristupom i izazovima s kojima se može susresti, obzirom da se temelji na unaprijed osmišljenom strukturiranom treningu u donekle zaštićenim uvjetima i uz manje posljedice i samim time manju težinu i važnost za samu osobu koja ih izvodi. Uz navedene pristupe moguće je koristiti i biološke pristupe farmakoterapije i neuromodulacije tj. transkranijalne (magnetske) stimulacije (TMS), pojedinačno ili kombinacijom oba za ekstremne slučajeve. Smanjenje kognitivnih deficita moguće je postići i sudjelovanjem u **programima kognitivne obuke** koji su usmjereni na pristranosti povezane s nagradom, strategijama kognitivne korekcije za poboljšanje donošenja odluka temeljenih na ciljevima. Konačno, moguća je **farmakoterapija** s ciljem djelovanja na pamćenje, pažnju i impulzivnost.

9.3. Socijalne intervencije – pomoć i društvena podrška

Oporavak od dvostruke dijagnoze zahtijeva više od apstinencije od nedopuštenih tvari i pridržavanja tretmana mentalnog zdravlja, iako se ova dva koraka mogu smatrati nužnima. Oporavak je dugotrajan, postupan proces koji zahtijeva vrijeme, naporan rad i predanost; također zahtijeva vještine i strategije za suočavanje s novim, ponekad stresnim situacijama i s bolnim osjećajima o prošlosti, kao što su tuga i gubitak (Baxter & Diehl, 1998., prema Laudet i sur., 2000.:1). Unatoč tome, oporavak je moguć i realan cilj, a za njegovo postizanje potrebno je da osobe razviju unutarnju snagu te nauče nove vještine suočavanja za uspješan proces oporavka. U kontekstu istraživanja i teme oporavka općenito, istraženi su brojni faktori koji bi mogli olakšati i osigurati isto. Jedan od najčešće razmatranih, a vjerojatno i najvažnijih su koncepti pomoći koji obuhvaćaju **samopomoć i uzajamnu pomoć**, a uz njih i **društvene podrške**. Od svih oblika, po dugotrajnosti i zastupljenosti najviše se ističu neprofitne organizacije i grupe za podršku ili samopomoć. Za liječenje alkohola je najpoznatija grupa Anonimni Alkoholičari (AA), koja danas služi i kao temelj brojnim drugim adaptacijama ovisno o potrebi grupe odnosno pojedinaca koji je pohađaju. Jedna od takvih je Double Trouble in Recovery (DTR) u SAD-u,

neprofitna organizacija specifično za osobe koje se liječe od ili su imale iskustvo dualne dijagnoze. Karakteristične aktivnosti ovakvih grupa mogu uključivati dijeljenje iskustva, strategija za nošenje sa posljedicama i procesom liječenja ili oporavka, podrška. Naglasak je na rastu, bilo osobnom ili spiritualnom odnosno duhovnom, najčešće izvornim ili modificiranim programom Dvanaest koraka (eng. *Twelve step program*) (Laudet i sur., 2000.) Za sudjelovanje u većini njih je jedini preduvjet apstinencija od određenog sredstva. U Hrvatskoj je za ovisnike o drogama kao modifikacija AA programa nastao NA, neprofitno udruženje Anonimni narkomani (eng. *Narcotics Anonymous*), prvo kao američki pokret u 1940-ima, a kasnije u 1983. godini i diljem svijeta (npr. Njemačkoj, Indiji, Velikoj Britaniji, Brazilu itd.), pa tako i u Hrvatskoj (NA, 2015.) Za oporavak kod dualnih dijagnoza uspješni rezultati dobiveni su u slučajevima kombinacije *peer* društvene podrške i intenzivnim *case management*-om. Konkretna poboljšanja odnose se na povezanost sa smanjenjem učestalosti kriza te broja hospitalizacija i povećanjem percipirane kvalitete života te emocionalne i fizičke dobrobiti (Klein i sur., 1998., prema Laudet i sur., 2000.) Daljnja istraživanja povezanosti ukazuju na postojanje pozitivne povezanosti socijalne podrške, oporavka od dualne dijagnoze te dobrobiti. Zanimljiv je nalaz utvrđena pozitivna povezanost uzajamne grupe pomoći te sudjelovanja u programu namijenjenom specifično za osobe s dualnom dijagnozom (DTR), a ne i za tradicionalne grupe za podršku odnosno oporavak. Sudjelovanje u DTR-u promatrano je u kontekstu duljine i učestalosti pohađanja, a čini se da se njihova korist može primijetiti u dugoročnom smislu, tj. na period od jednu godinu, a manje u razdoblju od mjesec dana. Važnost ovakvih grupa uzajamne pomoći daljnje je vidljiva prilikom razmatranja razine percipirane socijalne podrške koje navode sami polaznici grupa. Najveća razina socijalne podrške dobivena je od DTR *peers*-a te pružatelja usluga (liječenja). Osim toga, različite razine i izvori socijalne podrške omogućili su kreiranje zaštitne mreže za osobu sa iskustvom ovisnosti (Laudet i sur., 2000.)

9.4. Dostupnost liječenja

Zbog opisane složenosti i posebnosti dualnih dijagnoza odnosno povećanju povezanih problema, očekivano je i postojanje potrebe za prilagodbu odgovarajućeg tretmana, koji adekvatno može podmiriti različitosti karakteristikama pojedinca, sredstva/sredstava ovisnosti te postojećih psihijatrijskih dijagnoza. Drugom riječju, potrebna je integracija tretmana, odnosno integracije usluga za osobe kod kojih se pojavljuju psihijatrijske dijagnoze i dijagnoze upotrebe psihoaktivnih tvari. Autori navode značajnu različitost procjena dostupnosti u istraživanjima, a jedna od mogućih metoda procjene je i objektivnim mjerenjima odnosno standardiziranim upitnicima iz domene liječenja ovisnosti te liječenja problema duševnog zdravlja, odnosno DDCAT (Dual Diagnosis Capability in Addiction Treatment) i DDCHMT (Dual Diagnosis Capability in Mental Health Treatment). Kao što je već napomenuto, rezultati odnosno procjena dostupnosti razlikuje se ovisno o izvoru informacija, pri čemu SAMSHA (2010.) navodi da su podaci dobiveni izravno od pojedinaca iz zajednice ukazivali na izostanak dobivanja tretmana, u polovini (55,8%) slučajeva pojedinac nije dobio nikakav tretman. Za razliku od toga, podaci dobiveni od pružatelja usluga integriranih tretmana navode učestalost i dostupnost istih, navodeći dostupnost tretmana u otprilike polovini slučajeva, procjene variraju od 47% do 58% (Ducharme i sur., 2006., Ducharme i sur., 2007., Gil-Rivas i Grella, 2005., Knudsen i sur., 2004., McGovern i sur., 2007., McGovern i sur., 2006., Mojtabei, 2004., Timko i sur., 2005., prema McGovern i sur., 2014.) Integrirani tretman je u ovom slučaju obuhvaćao privatne pružatelje usluga, javne pružatelje usluga te kombinaciju javnih i privatnih pružatelja usluga. Unatoč dokazanim poboljšanjima ishoda pacijenata te povećanju javne svijesti o važnosti dostupnosti ovakve vrste tretmana, veća je zastupljenost liječenja usmjerenih isključivo na jednu domenu dualne dijagnoze, odnosno isključivo liječenje dijagnoze ovisnosti ili liječenje psihijatrijske dijagnoze (SAMHSA, 2010., 2007., prema McGovern i sur., 2014.) Slični podaci dobiveni su i ispitivanjem dostupnosti liječenja dualne dijagnoze, obzirom da je većina programa liječenja ovisnosti i duševnog zdravlja pokrivala samo razinu usluga vezanih uz liječenje ovisnosti ili pak

samo razinu vezanu za liječenje problema duševnog zdravlja. Točnije, liječenje dualne dijagnoze omogućeno je samo u 18% programa liječenja ovisnosti i 9% programa liječenja duševnog zdravlja. Ovi nalazi upućuju da su izuzetno niske šanse adekvatnog liječenja oba poremećaja, otprilike 1 u 10, što je u kontrastu sa normom komorbiditeta. Naposljetku, važne su daljnje procjene dostupnosti i kvalitete ovih tretmana iz mnoštva razloga, od kojih je možda najbitniji unaprjeđenje politika, prakse te znanja i sposobnosti stručnog osoblja (McGovern i sur., 2014.)

9.5. Važnost sveobuhvatnog i cjelovitog pristupa liječenju

Khantzian i Albanese (2008.) koriste izraz „optimalan tretman“ što odražava i njihov cilj optimizacije tretmana za ovisnost kroz multimodalni model koji uzima u obzir biološke aspekte ovisnosti, jednako kao i stvarne potrebe pojedinca te psihijatrijske simptome i stresore u njegovoj okolini. Pri tome su važne i biološke i psihološke intervencije, kao i definiranje i tretman stanja koja bi mogla dovesti do relapsa. Pri liječenju i rehabilitaciji ova teorija predstavlja samo jedan od brojnih važnih značajki koje trebaju biti osigurane, što proizlazi iz složenosti problema ovisnosti. Kao i svaka teorija, koliko god značajna i revolucionarna bila, predstavlja samo perspektivu i osnovne vrijednosti te postulate koji služe kao vodič konceptualizacije i djelovanja, no bez načina primjene i uzimanja u obzir drugih aspekata koji utječu na pojavu, razvoj ili održavanje problema, ni ona sama možda neće dati rezultate koji bi mogli postignuti da se problemu pristupa sa svih strana koje su važne za njegovo prevladavanje. Teorija omogućava samo adekvatno razumijevanje i konceptualizaciju ovisnosti koje predstavlja tek prvi korak u suočavanju sa problemom. Bagarić i Majdak (2021.) navode da je za liječenje potreban interdisciplinarni pristup i suradnju liječnika s drugim stručnjacima kao što su psiholozi, socijalni radnici, socijalni pedagozi, rehabilitatori, nastavnici i profesori u školi. Česta je uključenost različitih resora odnosno sudstva, zdravstva, školstva, socijalne skrbi i policije. Uspješnost rehabilitacije prema modernom konceptu zahtijeva uključenost svih važnih sustava zajednice u program. Složenost dualnih dijagnoza te komorbiditeta i multimorbiditeta

predstavlja značajne izazove u liječenju, s težim bolestima i nedovoljno integriranom skrbi za pacijente, uz brže napredovanje od redovite uporabe do poremećaja ovisnosti (Torrens i Mestre-Pinto, 2015., Petrakis i sur., 2018., prema Masiak i sur., 2020.) Liječenje se prema tome ne odnosi samo na prestanak korištenja određene tvari ili ovisničkog ponašanja, već predstavlja samo komponentu daleko složenijeg procesa koji uključuje više faza, a za započinjanje i održanje svake je potrebna usredotočenost na primarne komponente svake od njih u najvećoj mogućoj mjeri, ovisno o kontekstu u kojem se provodi. Pri liječenju je važno uzeti u obzir da ono obuhvaća ne samo liječenje ovisnosti već i posljedica nastalih uslijed ovisnosti, često puno većih razmjera nego što je osoba svjesna u trenutku kada je ovisna. Zbog preokupacije sredstvom ovisnosti ili ovisničkim ponašanjem te središnje pozicije navedenog u životu ovisnika, čini se da je neizbježna distorzija realnosti i posljedica trenutačnih okolnosti barem do neke mjere. Jedan od mehanizama kojim se to postiže je da najveći dio vremena, energije i aktivnosti zauzima razmišljanje o dolaženju do sredstva odnosno ponašanja ili samom konzumacijom odnosno ponašanjem. Uz to da većinu vremena provede na uzimanje ili nabavljanje droge, Bagarić (2022.) uz navedenu karakteristiku ličnosti ovisnika, dolazi do značajnog oštećenja radnog, socijalnog i obiteljskog funkcioniranja, odbijanja preuzimanja odgovornosti, izbjegavanja samostalnih aktivnosti, teškoća u donošenju svakodnevnih odluka, nestabilnosti u interpersonalnim odnosima, neznanja kako iskazati vlastite potrebe i mnogih drugih. Prema tome, važno je pri liječenju raditi na svim aspektima ovisnosti ali i aspektima života i posljedica osobe koja se liječi, dakle kognitivnom, emocionalnom, intrapersonalnim kao i interpersonalnom, kontekstu u kojemu se nalazi.

10. Noviji potencijalni mehanizmi i pristup liječenju

10.1. Varijable koje usmjeravaju liječenje i prevenciju

Postoje tri varijable koje je potrebno uzeti u obzir pri liječenju i prevenciji: domaćin, sredstvo i okolina (O'Brien, 2008.) **Domaćin** (eng. *host*) obuhvaća pojedinačne faktore podložnosti, uključujući genetsku pozadinu te specifična

ponašanja zbog kojih je pojedinac pod većim rizikom. **Sredstvo** (eng. *agent*) je vanjski uzročnik (sredstvo koje uzrokuje bolest, toksin ili infektivni agent) i način na koji djeluje. **Okolina** (eng. *environment*) podrazumijeva faktore koji su izvan sredstva i domaćina, a mogu utjecati na podložnost na fizičkom i socijalnom planu (Compton i Jones, 2019.), okolina se odnosi na osobe, mjesta ili događaje. O njihovoj interakciji ovisi napredovanje od korištenja, zlouporabe pa do ovisnosti. Rezultati dosadašnjih istraživanja upućuju na neuspjeh liječenja i prevencije ukoliko nisu bili temeljeni na razmatranju navedena tri čimbenika (O'Brien, 2008.) Najbolji rezultati dobiveni su u primjerima razumijevanja ovisnosti kao sindroma karakteriziranog kompulzivnim ponašanjem traženja droge, koje oštećuje psihosocijalno funkcioniranje ili zdravlje. Česte su pojave relapsa čak i nakon detoksifikacije te dugačkih perioda apstinencije, a ponovno susretanje sa ljudima i situacijama koji su kod osobe prethodno povezani sa drogom, mogu dodatno povećati rizik od relapsa (Wikler, 1973., O'Brien i sur., 1975., prema O'Brien, 2008.)

Objašnjenja složenosti problema ovisnosti nameće nužnost kombinacije više pristupa, rješenja, teorijskih okvira i ovisno o slučaju drugih karakteristika. Zbog toga je važno naglasiti da iako sama teorija samomedikacije ima izuzetan značaj za razumijevanje i rješavanje problema ovisnosti, čini se da najbolje rezultate daje fleksibilna praksa koja je prilagodljiva pojedinostima osobe i konteksta u kojem se nalazi. Postoji velika potreba unaprjeđenja pristupa liječenja dualnih poremećaja, a posebno uz njihovu sve veću učestalost i međuovisnost. Obzirom na dostupnost i kvalitetu tretmana, rezultati dosadašnjih istraživanja se razlikuju ovisno o određenim specifičnostima. Jedna od specifičnosti koja je poprilično zanimljiva predstavlja izvor informacija, odnosno je li informacija o tretmanu dobivena od samih pružatelja (medicinsko osoblje i slično) ili je procjena tretmana zatražena od samih pacijenata i osoba koje su dobile (ili su trebale dobiti) primjereno liječenje. Rezultati istraživanja o navedenom biti će daljnje razrađeni pri navođenju potencijalnih oblika tretmana te dosadašnjih rezultata iz prakse. Dosadašnji podaci upućivali su pretežno na razlike stanja i različitost liječenja kad se radi o dualnoj dijagnozi.

10.2. Značaj stresa i HPA-osi

Nedavni rezultati istraživanja u kontekstu dualnih poremećaja i dijagnoza upućuju na razmatranje neurogeneze kao središta integrativne anatomije prilikom liječenja dvostruke dijagnoze. Odnosno, naglašava se važnost dvosmjernog odnosa između hipokampalne neurogene aktivnosti i učinaka lijekova za pojačanje iste. Potencijalan napredak moguće je poduprijeti osiguranjem ravnoteže između pogoršanja bolesti i oporavka kod poremećaja ovisnosti i druge duševne bolesti. Ukoliko je to moguće postići, korisno je smanjenje međudjelovanja štetnih i neugodnih posljedica koji inače u kombinaciji možda mogu otežati donošenje i provođenje odluke liječenja, posebno jer se u tim trenucima za osobu može činiti da ne postoji izlaz i djeluje izrazito demotivirajuće kad se promatra iz perspektive osobe koja ima iskustvo ovisnosti. Promatrajući iz perspektive teorije samomedikacije, neugoda je dodatno otežana obzirom da je često korištenje psihoaktivnih tvari i drugih sredstava u svrhu smanjenja ili uklanjanja neugodnih posljedica duševne bolesti. U skladu s time, sama bolest i simptomi se mogu vremenom pogoršavati jer unatoč prvotnoj namjeri liječenja, napredovanjem ovisnosti često dođe do pogoršanja postojećih ili stvaranja potpuno novih simptoma zbog neadekvatnog pokušaja liječenja primarnih. Zbog toga je izuzetno važno i educirati osobe u tretmanu o prolaznom, no izrazito neugodnom periodu u kojemu je velika vjerojatnost osjećaja bezizlaznosti i visoki porivi vraćanja na sredstvo koje su dosad vidjeli kao svojevrsan lijek. Posljednje je posebno važno obzirom da u okviru SMH, stres predstavlja stanje koje ovisnici nastoje ublažiti ili izbjeći. Međutim, iako je cilj smanjenje stresa, često je učinak potpuno suprotan, ako ne odmah, onda progresijom ovisnosti. U ovom dijelu vidljiv je i značaj dobiven teorijom oprečnih procesa, koja pretpostavlja da procesi ili stanja koji su u početku bili prisutni kod pojedinca prilikom izloženosti određenoj okolnosti ili tvari, protekom vremena i povećanjem izloženosti prelaze u njihovu suprotnost. U konkretnom primjeru, objašnjava da iako možda dođe do smanjenja stresa prilikom početnog izlaganja sredstvu ovisnosti, progresijom ovisnosti će doći do povećanja stresa. Uz teoriju oprečnih procesa, drugi dio objašnjenja zašto je mala ili nepostojeća vjerojatnost ispunjenja cilja smanjenja stresa kroz ovisnost,

navodi Chambers (2013.) pojašnjavanjem da dolazi do antineurogenih učinaka prilikom uporabe sredstva ovisnosti. Naime, ukoliko pojedinac doživljava stres, u uobičajenim okolnostima tj. kod „zdravog“ mozga dolazi do adaptivne regulacije djelovanjem kortikosteroida. Međutim, ovisničke droge proizvode antineurogene učinke u usporedbi sa prirodnim odgovorima kortikosteroida na stres. Što se tiče mehanizma ovog djelovanja, moguće je da ih postoji nekoliko te da nisu međusobno isključujući. Za objašnjenje i razumijevanje je važno spomenuti HPA os, koja označava os hipotalamus – hipofiza – nadbubrežna žlijezda (eng. *hypothalamus-pituitary-adrenal axis*, HPA), a njeni glavni elementi su hipotalamus koji izlučuje kortikotropin-otpuštajući hormon (eng. *corticotropin-releasing hormone*, CRH), hipofiza koja luči adrenokortikotropin ACTH (eng. *adrenocorticotropic hormone*, ACTH) te kora nadbubrežne žlijezde koja izlučuje kortizol, hormon stresa (Guyton, 1995., prema Kodba, 2018.) U osnovi, ključni (prirodni) regulator neurogeneze je HPA os. Međutim, ovisničke droge općenito ne ispoljavaju svoje antineurogene učinke preko HPA osi (Eisch i sur., 2000., prema Chambers, 2013.) Prema tome, mogući su drugi načini djelovanja osim kroz samu HPA-os, primjerice kroz djelovanje na dopamin odnosno dopaminergički sustav no rezultati istraživanja upućuju na uključenost mnoštva bioloških puteva. Štoviše, određeni biološki putevi su zajednički određenim drogama, dok drugi nisu (Balu i Lucki, 2009., prema Chambers, 2013.) Već je navedeno koji su najznačajniji biološki putevi ili sustavi za ovisnost (sustav nagrađivanja povezan s dopaminom, sustav oksitocina povezan sa privrženosti te sustav odgovora na stres povezan s glukokortikoidima). Višestruka preklapajuća nepovoljna iskustva iz djetinjstva, u rasponu od traumatičnog zlostavljanja do izostanka njege i zanemarivanja, mogu imati dubok utjecaj na razvoj sigurne privrženosti i na svaki od tri navedena biološka sustava (Strathearn i sur., 2019.) Neovisno o tome, iako neurotransmisija dopamina nije jedina značajka uključena u poremećaj ovisnosti, uloga prijenosa dopamina je neupitna (Volkow i sur., 2016., prema Maisak i sur., 2020.).

10.3. Neurogena stanja

Još jedan važan pojam za razumijevanje ove teme je pojam **neurogenih stanja** i njihovih modaliteta. Odnosno, razlikovanje visokih i niskih neurogenih stanja čiju osnovu čini razina neurogene aktivnosti. Neurogena aktivnost je na najvišoj razini ubrzo nakon rođenja i opada kroz adolescenciju u odraslu dob (Amrein i sur., 2011., Knoth i sur., 2010., prema Chambers, 2013.) Navedeni pojmovi su važni zbog toga što se patološka regulacija neurogene aktivnosti javlja kao marker duševne bolesti i izloženosti drogama ovisnosti. Također, primijećena su jednaka odstupanja u neurogenezi hipokampusa u slučaju komorbiditeta poremećaja upotrebe psihoaktivnih tvari te kod duševnih bolesti kao što su depresija, PTSP, shizofrenija itd. (Fisch i sur., 2008., Kessler, 2004., prema Chambers, 2013.) Unatoč razlikama u simptomima, etiološkim te razvojnim aspektima, zajednički im je što svi uključuju hipokampus, u obliku:

1. Poremećaja u regulaciji HPA osi i reaktivnosti na stres
2. Atrofije hipokampusa
3. Poremećaja učenja i pamćenja vezanih za hipokampus.

Zajednički atributi nisu samo zasebni procesi prisutni u djelovanju hipokampusa već istovremeno predstavljaju niz međusobno povezanih problema. Dodatnu složenost donosi i razumijevanje neurogene aktivnosti i njene modulacije HPA osi, koja nije statična već vremenski promjenjiva u reakciji na promjenu okoline (Glasper i sur., 2012., prema Chambers, 2013.), a ovisno o stupnju promjena u okolini te izazova adaptacije na iste, neurogene procese je moguće fleksibilno regulirati putem kompjuterskog modeliranja (Chambers i Conroy, 2007., prema Chambers, 2013.) Važnost HPA osi u nastanku, razvoju i liječenju ovisnosti dodatno je potvrđena rastućim dokazima koji upućuju da: *Način na koji mozak regulira neurogenu aktivnost i obrnuto, kako neurogena aktivnost utječe na funkcionalnost mozga kao cjeline, ovisi o zrelosti i zdravlju regija koje izravno djeluju na hipokampus, kao što su amigdala, hipotalamus i prefrontalni korteks* (Eisch i Petrik, 2012., prema Chambers, 2013.:12)

10.4. Promjena neurogenih stanja

Različiti oblici tretmana odražavaju različito naglašavanje ključnih mehanizama i objašnjenja ovisnosti. Iz perspektive važnosti neurogenih stanja koju opisuje Chambers (2013.), tretman odnosno terapijska strategija za liječenje ovisnosti i dualnih dijagnoza trebao bi biti fokusiran na promjenu neurogenog stanja osobe s iskustvom ovisnosti. Isti autor navodi različite mehanizme postizanja visoke neurogene aktivnosti, a u osnovi se svode na smanjenje ili eliminiranje određenih značajki prisutnih kod uporabe sredstva ovisnosti ili pak posljedica uporabe, uz pomoć lijekova. Najistaknutiji su:

1. Farmakološko otupljivanje aktivacije HPA osi - smanjenje sposobnosti stresnih promjena okoliša bi trebalo zauzvrat povećati osjetljivost na nagradu za lijekove (Nader i sur., 2012.), potencijalno mehanizmom sprječavanja ulaska u niska neurogena stanja
2. Smanjenje impulzivnosti - postizanje pro-neurogenih učinaka putem litija (Chen i sur., 2000., Kovačić i sur., 2009.)
3. Povećanje neurogene aktivnosti.

Postojeći tretmani s obećavajućim rezultatima obuhvaćaju lijekove kao što su naltrekson za liječenje ovisnosti o dva različita sredstva – alkohol i opiodi (Tiihonen i sur., 2012.) te klozapin kod liječenja dualne dijagnoze shizofrenije i komorbidnih stanja (Green, 2005., 2003.) Slabije uspješni i nepreporučljivi tretmani za liječenje ovisnosti i dualne dijagnoze su farmakološka terapija isključivo antidepresivima (Malberg i sur., 2000.) te elektrokonvulzivna (ECT) terapija (Scott i sur., 2000.), a dosadašnja istraživanja oslanjala su se na njihov općeniti učinak povećanja neurogene aktivnosti odnosno karakteristike snažnog pro-neurogenog stimulansa. Prema tome, moguće je zaključiti da je različita uspješnost tretmana koji su birani isključivo kroz pokušaj povećanja ili smanjenja određenih mehanizama karakterističnih za ovisnosti. Pojednostavljeno rečeno, samo zato što je prisutna primjerice impulzivnost ili smanjena neurogena aktivnost kod ovisnosti, tretman koji je fokusiran na balansiranje poremećenih procesa možda neće biti uspješan, barem ne samostalno. Osim raznolikosti načina djelovanja na biološke puteve, razlikuju se i mehanizmi kojima se

djelovanje nastoji ostvariti. Prethodno slabije uspješni načini pro-neurogenih stimulansa odnose se na farmakološke terapije te terapije elektrošokovima. Nasuprot tome, sve veću važnost i zastupljenost u istraživanjima ima kontinuirana tjelovježba koja se pokazala kao uspješan i snažan pro-neurogeni stimulans te učinkovit tretman ovisnosti i dvostruke dijagnoze (Taylor i sur., 2007.) Dosadašnjim mehanizmima je zajedničko nastojanje povećanje neurogene aktivnosti uslijed prevladavajuće snižene neurogene aktivnosti. Promjena i njen smjer određuje se ovisno o postojećem neurogenom stanju, u osnovi se nastoji dobiti suprotnost postojećem. Odnosno, ukoliko je kod osobe prisutno nisko neurogeno stanje, tretmanom se pokušava postići visoko neurogeno stanje i obratno, postojeće visoko neurogeno stanje zahtijeva postizanje niskog neurogenog stanja. Ovakva konceptualizacija u velikoj mjeri odražava osnove teorije oprečnih procesa. Liječenje i istraživanja uspješnosti pojedinih oblika i metoda mogu uključivati niz različitih područja intervencija te tehnika. Raznolikost je povećana velikim brojem potencijalnih ovisničkih sredstava, bihevioralnih ovisnosti, mogućih psihijatrijskih dijagnoza te njihovog zajedničkog utjecaja na individualne karakteristike pojedinca, okruženja u kojemu se nalazi i slično. Primjerice, shizofrenija je samo jedna od posebno kompleksnih psihijatrijskih dijagnoza općenito, osobito u kontekstu liječenja dualne dijagnoze. Unatoč tome ima visoku prevalenciju, čak 48% (Kelkar i sur., 2020., Monfort i Sancho-Pelluz, 2020., prema Monfort i sur., 2022.) Uz postojeće farmakološke, psihosocijalne te psihoedukacijske radionice istraživani su i oblici dodatne terapije u rehabilitaciji. Jedna od njih sa obećavajućim rezultatima je terapija uz pomoć životinja (eng. *Animal assisted therapy*) te se čini da doprinosi smanjenju pozitivnih simptoma shizofrenije, uz povećanje sveukupne funkcionalnosti kroz poboljšanje svakodnevnih životnih vještina (Monfort i sur., 2022.) Daljnji pristupi usmjereni su na poboljšanje ili održavanje funkcioniranja organa ili funkcija, oštećenih ovisnošću:

11. Transdijagnostički model liječenja bihevioralnih ovisnosti i ovisnosti o psihoaktivnim tvarima

Kim i Hodgins (2018.) nude cjelovit i sveobuhvatan model liječenja ovisnosti. Sam model je već prethodno razvijen od strane Griffitha (2005.), pod nazivom Komponentni model ovisnosti. U ovom radu (i brojnim drugim koji se bave temom ovisnosti) razrađen je te korišten za opširno objašnjenje fenomena ovisnosti. Osnovna postavka modela je njegova primjenjivost na bihevioralne ovisnosti, kao i na ovisnosti o psihoaktivnim tvarima. Naime, usporedbom bihevioralnih te ovisnosti o psihoaktivnim tvarima, vidljivo je da postoji značajno preklapanje etioloških, fenomenoloških i kliničkih prikaza ovisničkih ponašanja. Nadalje, moguće je primijetiti slične rizične faktore koji mogu biti nepovoljna iskustva djetinjstva, traume iz djetinjstva (npr. fizičko i emocionalno zlostavljanje predstavljaju rizične faktore za nekoliko vrsta ovisnosti koje pripadaju obje kategorije) (Konkoly Thege i sur., 2017.) Rizični čimbenik je i deregulacija neurobioloških sustava osobe kao što je dopaminski sustav za nagrađivanje, te je također zabilježen kod osoba sa ponašajnim i ovisnostima o supstancama, a očituju se u izvršnim funkcijama kao poteškoće u donošenju odluka i odlaganju nagrada (Grant i sur., 2010.)

Kim i Hodgins (2018.) u svome radu dodatno proširuju i prilagođavaju ovaj model specifično u svrhu liječenja ovisnosti, predlažući **transdijagnostičko liječenje**, koje je u suštini hibrid tri široke kategorije postojećih transdijagnostičkih tretmana (Sauer-Zavala i sur., 2017.) Samo ime transdijagnostički, u ovom slučaju označava faktore koji su karakteristični svim bolestima (do određene mjere), iako nisu etiološki niti doprinose održanju uvjeta (deskriptivni), uz faktore koji su uzročno povezani sa većim brojem bolesti (mehanički) (Harvey i sur., 2004.) U skladu sa prethodno opisanih šest komponenti svake ovisnosti, moguće je odrediti i šest komponenti ranjivosti u kontekstu ovisnosti, odnosno oštećenih ili otežanih uobičajenih procesa pojedinca. Za svaku od njih autori navode odgovarajuće intervencije u procesu liječenja.

11.1. Ranjive komponente ovisnosti i odgovarajuće intervencije

1. **Nedostatak motivacije za promjenu** – ključna karakteristika ovisnosti je neuspjeh u provođenju ponašanja, za koje osoba najčešće zna da mu je u najboljem interesu (DiCelemente, 2018.). Niska motivacija je također bila prediktor lošijih ishoda liječenja (Simpson i sur., 1993.). Dakle, autori naglašavaju važnost procjene i povećanja motivacije na samom početku, zbog specifične važnosti za sva razdoblja liječenja. Jedan od načina za postizanje istog predstavljaju terapije usmjerene povećanju motivacije (MET, eng. *motivational enhancement therapies*), u koje se ubraja i motivacijski intervju (MI, eng. *motivational interview*) – Huang i sur., 2011., Miller i Rollnick, 2002.) Cilj je povećanje intrinzične motivacije, dodatna prednost je da terapija može olakšati razjašnjavanje pojedinačnih ciljeva za promjenu, što zauzvrat može olakšati i pojednostavniti proces liječenja.

2. **Negativna hitnost** – hitnost označava sklonost djelovanja na nagle i nepromišljene načine prilikom doživljaja intenzivnog pozitivnog afekta (pozitivna hitnost) ili intenzivnog negativnog afekta (negativna hitnost) (Cyders i Smith, 2008.). Stoga, negativna hitnost predstavlja integraciju negativnog afekta i impulzivnosti što djelomično može objasniti impulzivnost u ovisničkim ponašanjima u slučajevima emocionalne deregulacije (Smith i Cyders, 2016.) te je povezana i sa bihevioralnim (MacLaren i sur., 2011., Billieux i sur., 2015.) i ovisnostima o psihoaktivnim tvarima (Coskupinar, i sur., 2013.). Povezan konstrukt je tolerancija na neugodu (eng. *distress tolerance*) a može se odnositi na
 - a) **percipiranu sposobnost** podnošenja negativnih emocija i/ili drugih averzivnih stanja, kao što je fizička neugoda.

 - b) **Ponašanje odnosno čin** tolerancije unutarnjih stanja potaknutih određenim stresorom (Leyro i sur., 2010.)

Iz navedenog je moguće zaključiti da nesposobnost tolerancije negativnih emocija ima središnju važnost u etiologiji i održavanju bihevioralnih ovisnosti i ovisnosti o psihoaktivnim tvarima. Kao potencijalne intervencije u ovom području Kim i Hodgins (2018.) predlažu intervencije usmjerene na povećanje iste sposobnosti, što je moguće postići primjerice farmakološki (Stein i sur., 2015.) u slučaju ovisnosti o opioidima. Nedavno se povećao interes i za **mindfulness** tehnike, kao podrška u uvjetima liječenja duševnih bolesti, uključujući i ovisnosti (Khoury i sur., 2013.). Nazivaju se i intervencije temeljene na mindfulness-u (eng. *Mindfulness based interventions*) a temelje se na (postepenom) povećanju sposobnosti pojedinca za suočavanje sa neugodnim stanjima, negativnim emocijama, trigerima i sličnom (Bowen i sur., 2011.) te potencijalno, smanjenjem reaktivnosti.

3. Oštećenja samokontrole – samokontrola označava sposobnost usmjeravanja vlastite svjesnosti odnosno pažnje na nešto drugo, iznad trenutnog podražaja (Baumeister, 2002.) na taj način fokus postaje cilj koji može biti kratkoročan ili dugoročan (Carver i Scheier, 2011.). Povezan konstrukt sa oštećenjem samokontrole je konstrukt oštećenja izvršnih funkcija kao što je inhibitorna kontrola i radno pamćenje (Diamond, 2013.) Postoji nekoliko intervencija u svrhu poboljšanja ove komponente, usmjerene su na poboljšanje prethodno opisanih područja kod kojih su nastala ili tek nastaju oštećenja. Za poboljšanje izvršnih funkcija moguće je u liječenje uklopiti treninge radnog pamćenja (Bickel i sur., 2012.), a za povećanje samokontrole provodi se i terapija rješavanja problema sa svrhom uvježbavanja smišljanja mogućih rješenja na predstavljene izazove, što bi trebalo dovesti do udaljavanja od neadekvatnih strategija za rješavanje problema (Nezu i sur., 2015.)

4. Očekivanja i motivi – rezultati istraživanja upućuju na značaj očekivanja i motiva u etiologiji i održavanju faktora ovisničkih bolesti (Mudry i sur., 2014.). Autori koji su se bavili ovom temom ističu dva najčešća disfunkcionalna uvjerenja, dijeleći ih na permisivna i anticipatorna

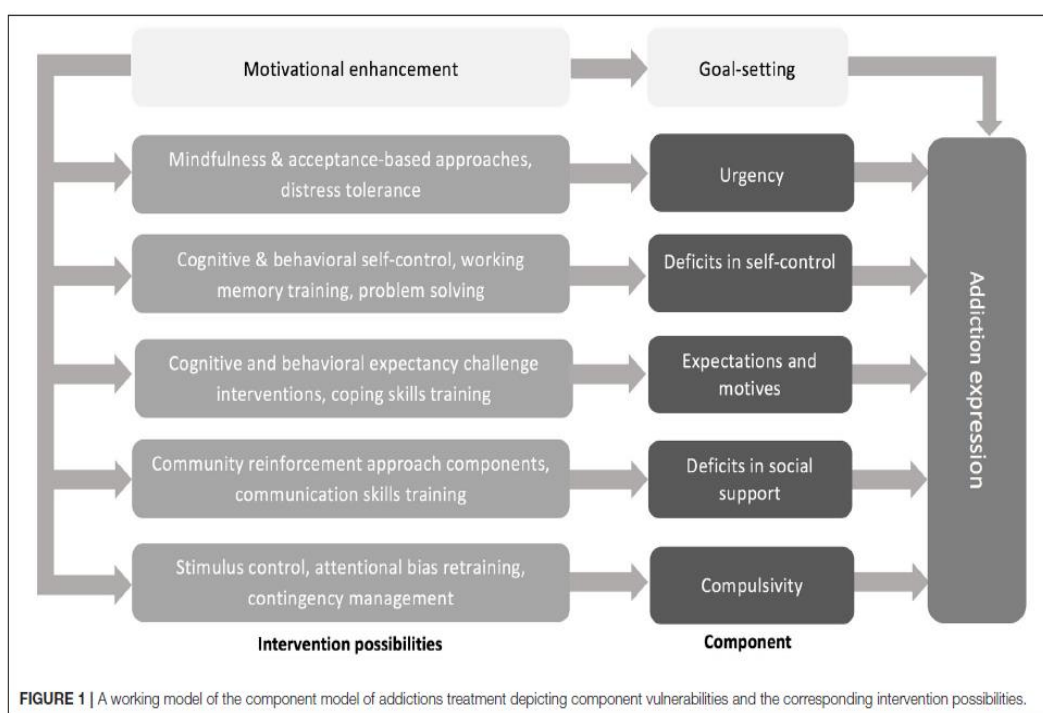
uvjerenja (Beck i sur., 1993.). **Permisivna uvjerenja** predstavljaju misli opravdavanja za provođenje ovisničkih ponašanja, dok **anticipatorna uvjerenja** čine misli očekivanja što će konzumacija određene tvari ili ponašanje učiniti za pojedinca, točnije što će doživjeti ukoliko to napravi. Kod ove komponente, kognitivno-bihevioralna terapija je često navedena kao zlatni standard (McHugh i sur., 2010., Liese i Tripp, 2018.), i kod ovisnosti o supstancama te bihevioralnih. Usmjerenje je na pomoći pojedincu da identificira i promijeni maladaptivna uvjerenja koja ga zadržavaju u ovisnosti, primjenjujući iste promjene na navike (Hayes i Levin, 2012.). Naposljetku, moguće su i intervencije u pogledu treninga vještina suočavanja (eng. *coping skills*) (Kadden, 2002.), sa ciljem pronalaska većeg broja adaptivnih strategija.

5. **Nedostatna socijalna podrška i potpora** – intervencije kojima se povećava i njeguje društvena i obiteljska potpora (Leach i Kranzler, 2013.), trening komunikacijskih vještina, (Van Hasselt i Hersen, 1978.), CRAFT pristup (eng. *community reinforcement and family training*) koji u liječenje osobe koja je ovisna uključuje njegove značajne druge, koji im pomažu i u učenju komunikacijskih vještina.
6. **Kompulzivnost, maladaptivno očuvanje (održanje) ponašanja.** U kontekstu razvoja i liječenja ovisnosti, moguće je primijetiti ispreplitanje kompulzivnosti i impulzivnosti uslijed preklapanja određenih karakteristika, iako čine dva odvojena konstrukta. Kompulzivnost označava repetitivno ponavljanje ponašanja (Robbins i sur., 2012.), pri čemu se ističe ponavljanje i učestalost ponašanja, a kod impulzivnosti je veći naglasak na brzini odnosno automatizmu ponašanja. Stoga, moguće je razumjeti i zašto se smatra da impulzivnost ima važniju ulogu u razvoju ovisničkih ponašanja, dok se kompulzivnost pojavljuje kroz vrijeme, održavajući ovisnost kroz ciklus negativnog uvjetovanja (Koob, 2017.) U ovom kontekstu se također razlikuju hedonistički aspekti ovisnosti od ovisnosti karakterizirane kompulzijama, reakciji na okidače odnosno specifične situacije, ljudi, mjesta ili unutarnja stanja (Robinson, 2000.). Naposljetku, moguće su

intervencije u domeni kontrole podražaja, treninga na promjeni pristranosti pažnje te suočavanja sa nepredviđenim situacijama.

11.2. Karakteristike i prednosti modela

Slika 11.1. Radni model transdijagnostičkog modela liječenja ovisnosti koji prikazuje ranjive komponente te odgovarajuće mogućnosti intervencija.



Izvor: Kim i Hodgins, 2019.

Prednosti modela su učinkovitost, isplativost i dostupnost. **Učinkovitost** u pogledu djelovanja intervencijama na psihološke i druge mehanizme koji su zajednički ovisnostima i duševnim bolestima. Nadalje, bila bi omogućena integracija tretmana umjesto njegovo sekvenciranje, obzirom da ne postoji potreba interveniranja određenim redoslijedom ili čvrsto definiranim intenzitetom, naglasak je na prilagođavanju potreba i ciljeva pojedinca. **Isplativost** se odnosi na okolnosti postojanja niza specifičnih tretmana namijenjenih za pojedine ovisnosti, na ovaj način bi došlo do unifikacije tretmana te smanjenja separacije bihevioralnih i ovisnosti o psihoaktivnim tvarima.

Slijedom toga, možda bi došlo i do olakšanja rada kliničara i praktičara u ovom području, zbog smanjenja pojedinosti vezanih za liječenje pojedine ovisnosti, a uz povećanje zastupljenosti dualnih dijagnoza, čini se korisnom konceptualizacija i naglasak na zajedničke karakteristike istih. Na kraju, **dostupnost**, obzirom da je moguće provođenje i na individualnoj i grupnoj razini, a uz to i prilagođavanje potrebama koje budu identificirane tijekom liječenja. Dodatno, smanjila bi se zbunjenost i nedostatak informacija o mjestu i tretmanu koji osoba treba zatražiti kako bi dobila adekvatnu pomoć za stanje u kojemu se trenutno nalazi.

12. Zaključak

Povećanjem dostupnosti ovisničkih sredstava i ponašanja, kao i vrsta ovisnosti, kompleksnosti te prevalencije dualne dijagnoze, nameće se potreba ponovnog razmatranja prevladavajućeg stava, razumijevanja i tretmana osoba koje su ovisne. Polazišnu točku za isto predstavljaju odnosno teorije, modeli i konceptualizacije ovisnosti, te za svaku od navedenih kategorija postoji niz detaljnijih objašnjenja. Moguće ih je razvrstati u glavne skupine, ovisno o najzastupljenijoj temi u objašnjenju, odnosno temeljnim postavkama na kojima počiva cjelokupno razumijevanje. Jedna od najčešćih predstavlja kategorizacija bioloških, psiholoških i socioloških teorija, pri čemu svaka skupina dodatno obuhvaća brojne uže i detaljnije teorije kojima se nastoji iscrpno obraditi fenomen ovisnosti. Osim različitih teorija i modela, moguće je promatrati ovisnost i na različitim razinama, kao što je razina pojedinca, epidemiološka sa ekološkim pristupom te razina kontekstualnih makro faktora (Shafiee i sur., 2019.) Za razumijevanje ovisnosti korisna je svaka od spomenutih no tek ukoliko je uklopljena u cjelinu. Osim navedenih teorija, značajan je također i Solomonov psihološki i neurološki model oprečnih procesa, uz niz drugih, cjelovitih modela, temeljenih na obrađivanju svih komponenti uključenih u nastanak, razvoj, održavanje, odnosno prestanak ovisnosti. Najznačajnija teorija za ovaj rad bila je teorija samomedikacije, pri čemu je njen odnos sa prethodno spomenutima komplementaran, međusobno nadopunjujući. Temeljni pojmovi za objašnjenje teorije SMH su psihološka bol, ljudska patnja i pokušaj kontroliranja iste, kao i unutarnja stanja nesklada. Pri tome središnju važnost predstavlja izostanak

sposobnosti i/ili znanja za regulaciju afekta, odnosa te brige o sebi. Uslijed navedenog, ovisna osoba ova unutarnja stanja nesklad nastoji ukloniti ili olakšati sredstvom ovisnosti. Postizanje istoga usmjerava osobu na specifično sredstvo ili klasu, koja ju privlači, odbija ili pak navodi na prijelaz na drugo sredstvo, zbog njenih specifičnih učinaka, (Khantzian i Albanese, 2008.) pri čemu je u ovom kontekstu najznačajnija podjela na učinke kanabinoida, stimulansa, depresora te halucinogena (Zec, 2008., Brlas, 2010., Klarić, 2007. i Schwebel, 1995., prema Leskovar, 2017., Ćelić, 2021.) Svaka skupina, osim prema specifičnim učincima, razlikuje se i ovisno o psihičkoj i/ili fizičkoj ovisnosti koja se razvija te karakterističnim simptomima sustezanja prilikom smanjenja količine ili potpune apstinencije (Milešić i sur., 2017.) Dijagnoza ovisnosti o psihoaktivnim tvarima obuhvaća kriterije iz četiri glavna područja koja se odnose na oštećenje kontrole, socijalnog funkcioniranja, rizičnu upotrebu te farmakološke kriterije (DSM-5). Kriteriji za dijagnozu bihevioralnih ovisnosti su i dalje u razvoju, a za njihovo čvrsto utemeljenje potrebno je više podataka, istraživanja te razumijevanja još uvijek novonastalih i uvelike nedovoljno istraženih ovisničkih ponašanja, pri čemu je brz i nepredvidljiv razvoj istih jedan od glavnih razloga nedovoljne istraženosti. Trenutno je samo ovisnost o video igrama uvrštena u MKB-11 kao zasebni dijagnostički entitet, dok se kod DSM-a ovisnost o internetskim igrama i dalje ubraja pod stanja koja se razmatraju za uvrštavanje (Mandić i sur., 2019.) Unatoč navedenom razmatranju, uz karakteristične razlike, postoji i velik broj sličnosti bihevioralnih ovisnosti i ovisnosti o psihoaktivnim tvarima, koje se mogu sistematizirati u svrhu liječenja istih. Multikomponentni model ovisnosti, unutar kojega su uz komponente navedene i odgovarajuće intervencije za poboljšanje, predstavlja jedan od modela razvijenih upravo u svrhu transdijagnostičkog liječenja obje vrste ovisnosti (Kim i Hodgins, 2018.) Raste interes i upotreba intervencija temeljenih na mindfulness-u (Rosenthal i sur, 2021.), povećanja neurogene aktivnosti (Chambers i sur., 2013.), uz vođenje računa o varijablama na strani korisnika, njegove okoline te sredstva ovisnosti (O'Brien, 2008.) Uz spomenute, moguće su naravno već uspješno razvijene i istražene kognitivne (Verdejo-Garcia i Garcia-Fernandez, 2019.), socijalne (Laudet i sur., 2000.), farmakološke (O'Brien, 2008.) te bihevioralne i/ili psihološke intervencije

(Rosenthal i sur., 2021.) Ovakva opsežna obuhvaćenost različitih područja je nužna, obzirom na to da su prisutne posljedice na gotovo svim područjima života, posebno u kontekstu dualnih poremećaja te zamućenja već nejasnih granica ovisnosti i duševne bolesti, povezanih komorbiditeta i multimorbiditeta (Szerman i Marinez-Raga, 2015., prema Ćelić, 2022., Masiak i sur., 2020.) odnosno njihova liječenja. Cjelovitost i sveobuhvatnost liječenja također se očituje u tijeku ovisnosti te različitoj važnosti rizičnih i otežavajućih čimbenika ovisno o početku, progresiji ili pak već razvijenoj ovisnosti. Pojavu odnosno početak uvelike određuju rizični čimbenici prisutni u okolini, kao što su stres, nepovoljna životna iskustva (al'Absi, 2020., Verdejo-Garcia i Garcia-Fernandez, 2019.), ali i čimbenici same osobe tj. njena regulacija emocija, odnosa (Khantzian, 1999.), kognitivne sheme, karakteristike organizma (Jacobs, 1986., prema Kim i Hodgins, 2018.). Za održavanje i razvoj ovisnosti su pak naglašeniji obrambeni mehanizmi (Pickard, 2016., Bagarić i sur., 2018.) i kompulzivna upotreba (Luscher i sur., 2020.), čije zasebno djelovanje i međusobna isprepletenost djeluju na jedinstven način, dodatno otežavajući izlazak iz začaranog kruga ovisnosti. Posebno je izražena težina i izazovnost procesa istoga, ukoliko se uzmu u obzir već spomenuta neugodna, a u nekim slučajevima i po život opasna stanja apstinencijskog sindroma (Bagarić, 2022.), kada se ovisna osoba odluči na liječenje, bilo u pogledu smanjenja štete ili pak oporavka i potpune apstinencije.

Popis tablica:

Tablica 3.1. *Klasifikacija psihoaktivnih tvari s obzirom na podrijetlo te djelovanje na središnji živčani sustav.* (modificirano prema Zec, 2008., Brlas, 2010., Klarić, 2007. i Schwebel, 1995., prema Leskovar, 2017., Ćelić, 2021.)

Popis slika:

Slika 11.1. *Radni model transdijagnostičkog liječenja ovisnosti koji prikazuje ranjive komponente te odgovarajuće mogućnosti intervencija.*

Popis literature:

- Alvarez-Monjaras, M., Mayes, L.C., Potenza, M.N. & Rutherford, H.J. (2019). A developmental model of addictions: integrating neurobiological and psychodynamic theories through the lens of attachment. *Attachment & Human Development*, 21(6), 616-637.
- Ajduković, M. (2022). **Mladi u suvremenom društvu** (Power Point prezentacija). Preuzeto 16.1.2023. na mrežnoj stranici Pravnog fakulteta: <https://www.pravo.unizg.hr/en/courses/odabrana-podrucja-socijalnog-rada/>
- al'Absi, M. (2020). The influence of stress and early life adversity on addiction: Psychobiological mechanisms of risk and resilience. *International Review of Neurobiology*, 152, 71-100.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Psychiatric Association. (2013). DSM-5: **Making A Case for New Disorders**. Posjećeno 29.5.2024. na mrežnoj stranici APA: https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/DSM/APA_DSM-5-Making-Case-for-New-Disorders.pdf
- Bagarić, A. & Majdak, M. (2021). Rehabilitacija osoba s iskustvom ovisnosti o drogama u zajednici. Mužinić, Marinić, M. (ur.), **Psihijatrija u zajednici**, 143-159. Zagreb: Pravni fakultet.
- Bagarić, A. (2022). **Epidemiologija ovisnosti; Ličnost ovisnika; Obitelj ovisnika** (Power Point prezentacija). Posjećeno 26.5.2022. na mrežnoj stranici Pravnog fakulteta: <https://www.pravo.unizg.hr/en/courses/socijalni-rad-i-ovisnosti/>
- Bagarić, A. (2022). **Ovisnost o alkoholu** (Power Point prezentacija). Posjećeno 26.5.2022. na mrežnoj stranici Pravnog fakulteta: <https://www.pravo.unizg.hr/en/courses/socijalni-rad-i-ovisnosti/>

- Bagarić, A., Bagarić, M. & Paštar, Z. (2018). Obrambeni mehanizmi ovisnika. **Socijalna psihijatrija**, 46, 142-160.
- Berke, J.D. & Hyman, S.E. (2000). Addiction, Dopamine, and the Molecular Mechanisms of Memory. **Neuron**, 5, 515-532.
- Blum, K., Kazmi, S., Modestino, E.J., Downs, W.B., Bagchi, D., Baron, D., McLaughlin, T., Green, R., Jalali, R., Thanos, P.K., Elman, I., Badgaiyan, R., Bowirrat, A. & Gold, M.S. (2021). A Novel Precision Approach to Overcome the „Addiction Pandemic“ by Incorporating Genetic Addiction Risk Severity (GARS) and Dopamine Homeostasis Restoration. **Journal of Personalized Medicine**, 11(3), 212-230.
- Catlow, B. J., Jalloj, A. & Sanchez-Ramos, J. (2016). Hippocampal Neurogenesis: Effects of Psychadelic Drugs. **Neuropathology of Drug Addictions and Substance Misuse**, 2, 821-831.
- Chambers, R. A. (2013). Adult Hippocampal Neurogenesis in the Pathogenesis of Addiction and Dual Diagnosis Disorders. **Drug and Alcohol Dependence Journal**, (317) 278-1716.
- Compton, W. & Jones, C. (2019). Epidemiology of the U.S. opioid crisis: the importance of the vector. **Annals of the New York Academy of Sciences**, 1451, 130-143.
- Ćelić, I., (2021). **Ovisnost o drogama** (Power Point prezentacija). Posjećeno 26.5.2022. na mrežnoj stranici Pravnog fakulteta: <https://www.pravo.unizg.hr/en/courses/socijalni-rad-i-ovisnosti/>
- DiLorenzo, M.E., (2009). **Looking at substance use disorders through lenses of self psychology and existential psychotherapy: a theoretical study**. Diplomski rad. Northampton: Smith College. Posjećeno 16.4.2024. na mrežnoj stranici Smith Scholarworks: <https://scholarworks.smith.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2263&context=theses>

Dodig-Hundrić, D. (2019). **Uvod u socijalnu pedagogiju** (Power Point prezentacija). Preuzeto 26.3.2019. s mrežne stranice Pravnog fakulteta: <https://www.pravo.unizg.hr/kolegiji/uvod-u-socijalnu-pedagogiju/>

Douaihy, A.B., Kelly, T.M. & Sullivan, C. (2013). Medications for Substance Use Disorders. **Social Work Public Health**, 28(0), 264–278.

Đokić, D. (2021). **Mehanizmi obrane ovisnika o psihoaktivnim tvarima**. Psihologija ličnosti. Crna Gora: filozofski fakultet. Preuzeto 16.4.2024. s mrežne stranice [Research Gate: https://www.researchgate.net/publication/354968956_Mehanizmi_obrane_ovisnika_o_psihoaktivnim_tvarima](https://www.researchgate.net/publication/354968956_Mehanizmi_obrane_ovisnika_o_psihoaktivnim_tvarima)

Halmed; agencija za lijekove i medicinske proizvode (2021). **Informacije o lijeku Phenobarbiton Pliva**. Preuzeto 2.5.2024. na mrežnoj stranici Halmed: <https://halmed.hr/upl/lijekovi/PIL/Phenobarbiton-Pliva-PIL.pdf>

Hreha, J. (2023). **What is Opponent Process Theory In Behavioral Science?** Preuzeto 14.5.2024. na mrežnoj stranici The Behavioral Scientist: <https://www.thebehavioralscientist.com/glossary/opponent-process-theory>

Hrvatska enciklopedija, mrežno izdanje. Leksikografski zavod Miroslav Krleža (2013-2024). **Barbiturati**. Preuzeto 2.5.2024. na mrežnoj stranici Hrvatske enciklopedije: <https://www.enciklopedija.hr/clanak/barbiturati>

Hrvatska enciklopedija, mrežno izdanje. Leksikografski zavod Miroslav Krleža (2013-2024). **Opojne droge, ovisnosti**. Preuzeto 25.3.2023. na mrežnoj stranici [hrvatske enciklopedije: http://www.enciklopedija.hr/Natuknica.aspx?ID=45276](http://www.enciklopedija.hr/Natuknica.aspx?ID=45276)

Hrvatska enciklopedija, mrežno izdanje. Leksikografski zavod Miroslav Krleža, 2013. – 2024.) **Proliferacija**. Pristupljeno 29.5.2024. Hrvatske enciklopedije: <https://www.enciklopedija.hr/clanak/proliferacija>

- Jukić, V. & Ostojić, D. (2022). **Liječenje u psihijatriji**. Preuzeto 27.1.2022. na mrežnoj stranici Pravnog fakulteta: <https://www.pravo.unizg.hr/en/courses/socijalna-psihijatrija/>
- Kaur, N., Bastien, G., Gagnon, L., Graham, J., Mongeau-Pérusse, V., Bakouni, H., Morissette, F., Theriault, C., Fischer, B. & Jutras-Aswad, D. (2022). Variations of cannabis-related adverse mental health and addiction outcomes across adolescence and adulthood: A scoping review. **Frontiers in Psychiatry**, 13. Preuzeto 14.4.2024. na mrežnoj stranici Web of Science: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9590692/>
- Khantzian, E. (1997). The self-medication hypothesis of addictive disorders. **Harvard Review of Psychiatry**, 4(5), 231-244.
- Khantzian, E.J. & Albanese, M.J. (2008). **Understanding Addiction as Self Medication; Fiding Hope Behind the Pain**. United States of America: Rowman & Littlefield Publishers, Inc. Preuzeto 12.4.2024. na mrežnoj stranici Scribd: <https://www.scribd.com/document/499134266/Khantzian-Edward-J-2008-Understanding-Addiction-as-Self-Medication>
- Khantzian, E.J. & Albanese, M.J. (2009). Self-Medication, Bipolar Disorders, and Stimulant Dependence. **Journal of Clinical Psychiatry**, 70(6), 934-939.
- Kim, H.S. & Hodgins, D.C. (2018). Component Model of Addiction Treatment: A Pragmatic Transdiagnostic Treatment Model of Behavioral and Substance Addictions. **Frontiers in Psychiatry**, 9(406). Posjećeno 15.4.2024. na mrežnoj stranici Web of Science: <https://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC6127248&blobtype=pdf>
- Kodba, S. (2018). **Neuroendokrina regulacija odgovora na stres**. Završni rad. Zagreb: Prirodoslovno-matematički fakultet.
- Kušević, Z. i Marušić, K. (2014). Povezanost aleksitimije i morbiditeta. **Liječnički vjesnik**, 136 (1-2), 0-0. Preuzeto 24.6.2024. s mrežne stranice

Hrčak:

<https://hrcak.srce.hr/172586>

- Laudet, A.B., Magura, S., Vogel, H.S. & Knight, E. (2000). Support, mutual aid and recovery from dual diagnosis. **Community Mental Health Journal**, 36(5), 457-476.
- Leskovar, L. (2017). **Prevalencija konzumiranja i uvjerenja o psihoaktivnim tvarima mladih u odgojnim ustanovama**. Diplomski rad. Zagreb: Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet.
- Leyro, T.M., Zvolensky, M.J. & Bernstein, A. (2010). Distress tolerance and psychopathological symptoms and disorders: a review of the empirical literature among adults. **Psychological Bulletin**. 136(4), 576-600.
- Lüscher, C., Robbins, T.W. & Everitt, B.J. (2020). The transition to compulsion in addiction. **Nature Reviews: Neuroscience**, 21(5), 247-263.
- Mariani, J.J., Khantzian, E.J. & Levin, F.R. (2014). The self-medication hypothesis and psychostimulant treatment of cocaine dependence: an update. **The American Journal on Addictions**, 23(2), 189-193.
- Mandić, S., Dodig Hundrić, D. & Ricijaš, N. (2019). Tretmanski pristupi ovisnosti o internetu. **Kriminologija i socijalna integracija**, 27(2), 235 — 255.
- Masiak, J., Chmielowiec, J., Chmielowiec, K. & Grzywacz, A. (2020). DRD4, DRD2, DAT1, and ANKK1 Genes Polymorphisms in Patients with Dual Diagnosis of Polysubstance Addictions. **Journal of Clinical Medicine**, 9(11), 3593
- McGovern, M.P., Lambert-Harris, C., Gotham, H.J., Claus, R.E. & Xie, H. (2014). Dual diagnosis capability in mental health and addiction treatment services: an assessment of programs across multiple state systems. **Administration and Policy in Mental Health**, 41(2),205-214.

- Milešić, N. (2017). **Zdravstvena njega ovisnika o psihoaktivnim tvarima.** Završni rad. Varaždin: Sveučilište Sjever: Odjel za biomedicinske znanosti.
- Mimica, N., Folnegović-Šmalc, V., Uzun, S. & Rušinović, M. (2002). Benzodiazepini: za i protiv. **Medicus**, 11(2), 183 – 188.
- Monfort, M., Benito, A., Haro, G., Fuertes-Saiz, A., Cañabate, M. & Baquero, A. (2022). The Efficacy of Animal-Assisted Therapy in Patients with Dual Diagnosis: Schizophrenia and Addiction. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, 19(11), 6695.
- Narcotics Anonymous Worldwide (2015). Anonimni narkomani: **O nama.** Preuzeto 17.6.2024. na mrežnoj stranici Anonimni narkomani: <http://na-croatia.org/en/>
- O'Brien, C.P. (2008). Evidence-based treatments of addiction. **Philosophical Transactions of the Royal Society of London.** Series B, Biological Sciences. 363(1507), 3277–3286.
- Patel, D., Koutlas, I., H. de Waar, S. & Buwalda, B. (2020). **Single exposure to social defeat or immobilization stress fails to induce lasting alterations in general anxiety and hippocampal neurogenesis in Wistar and wild-type Groningen rats.** Department of Behavioral Neuroscience, Groningen Institute for Evolutionary Life Sciences (GELIFES), The Netherlands: University Groningen
- Rosenthal, A., Levin, M.E., Garland, E.L. & Romanczuk-Seiferth, N. (2021). Mindfulness in Treatment Approaches for Addiction - Underlying Mechanisms and Future Directions. **Current Addiction Reports**, 8(2), 282-297.
- Shafiee, S.A., Razaghi, E. & Vadadhir, A. (2019). Multi-Level Approach to Theories of Addiction: A Critical Review. **Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences**, 13(2), e88881. Preuzeto 21.6.2024. na mrežnoj stranici **IJ Psychiatry and Behavioral Sciences:** <https://brieflands.com/articles/ijpbs-88881>

- Slijepčević, M.K., Puharić, Z. & Salaj, T. (2018). **Ovisnosti: udžbenik za zdravstvene studije**. Bjelovar: Veleučilište u Bjelovaru.
- Solomon, R.L. (1980). The Opponent-Process Theory of Acquired Motivation. **American Psychologist**, 35(8), 691-712.
- Strathearn, L., Mertens, C.E., Mayes, L., Rutherford, H., Rajhans, P., Xu, G., Potenza, M.N. & Kim, S. (2019). Pathways Relating the Neurobiology of Attachment to Drug Addiction. **Frontiers in Psychiatry**, 10, 737.
- Suh, J.J., Ruffins, S., Robins, C.E., Albanese, M.J., & Khantzian, E.J. (2008). Self-medication hypothesis: Connecting affective experience and drug choice. **Psychoanalytic Psychology**, 25(3), 518–532.
- Thau, L., Reddy, V. & Singh, P. (2022). Anatomy, Central Nervous System. **National Center for Biotechnology Information**. Preuzeto 1.7.2024. na mrežnoj stranici NCBI: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK542179/#:~:text=The%20CNS's%20responsibilities%20include%20receiving,%2C%20thought%20processing%2C%20and%20memory.>
- Tomašić, L. & Kovačić Petrović, Z. (2021). Poremećaj kockanja – prevalencija među adolescentima. **Socijalna psihijatrija**, 49(3), 179-201.
- Verdejo-Garcia, A., Garcia-Fernandez, G. & Dom, G. (2019). Cognition and Addiction. **Dialogues in Clinical Neuroscience**, 21(3), 281-290.
- Vlada RH, Ured za suzbijanje zlouporabe droga. **Osnovni pojmovi**. Preuzeto 2.5.2024. na mrežnoj stranici e-Građani: <https://drogeiovisnosti.gov.hr/ovisnosti-i-vezane-teme/droge-i-ovisnost-992/osnovni-pojmovi/993>
- Volkow, N.D., Wang, G., Telang, F., Fowler, J.S., Alexoff, D., Logan, J., Jayne, M., Wong, C. & Tomasi, D. (2014). Decreased dopamine brain reactivity in marijuana abusers is associated with negative emotionality and addiction

severity. **The Proceedings of the National Academy of Sciences (PNAS)**, 111(30), 3149-3156

Xu, B. & LaBar, K.S. (2019). **Advances in understanding addiction treatment and recovery**. *Science Advances*, 5(10), 5, eaaz6596.