

Interakcija psihoterapije i farmakoterapije kod bolesti ovisnosti

Danijel Buljan, Daniela Bundalo-Vrbanac, Josipa Gelo

SAŽETAK U liječenju bolesti ovisnosti farmakoterapijom se nastoji spriječiti intoksikacija, smanjiti simptome apstinencijske krize, smanjiti žudnju za sredstvom ovisnosti ili pak izazvati averziju prema istome. S druge strane, cilj je psihoterapije poticanje apstinencije, podučavanje bolesnika novim vještinama suočavanja sa stresom, jačanje motivacije za borbu s ovisnošću i poboljšanje kakvoće života. Postoji niz psihoterapijskih postupaka za liječenje ovisnosti o psihoaktivnim tvarima, a najčešće se primjenjuju kratke intervencije, motivacijska poticajna terapija, kognitivno-bihevioralna terapija, bihevioralna terapija, grupna terapija, obiteljska terapija, bihevioralna terapija parova te program 12 koraka. Iako velik broj istraživanja interakcije psihosocijalnih i farmakoloških liječenja potvrđuje međudjelovanje ili dodatne učinke psihoterapije, potrebne su daljnje empirijske provjere kojima bi se dodatno utvrdilo i proširilo razumijevanje najučinkovitije kombinacije liječenja.

KLJUČNE RIJEČI farmakoterapija; kombinirano liječenje; liječenje ovisnosti; psihoterapija

U istraživanjima i kliničkom liječenju bolesti ovisnosti često se primjenjuje kombinacija farmakoterapije i psihoterapije. Primjenom lijekova moguće je spriječiti intoksikaciju, smanjiti simptome apstinencijske krize, smanjiti žudnju za sredstvom ovisnosti ili pak izazvati averziju prema istome, dok je cilj psihoterapije poticanje apstinencije, podučavanje bolesnika novim vještinama suočavanja sa stresom, jačanje motivacije za borbu s ovisnošću i poboljšanje kakvoće života. Liječenje lijekovima kao što su metadon, buprenorfin, buprenorfin/nalokson i naltrekson, dostupno je za pojedince ovisne o opijatima, dok se akamprosat, disulfiram, naltrekson i topiramid najčešće primjenjuju u liječenju ovisnosti o alkoholu. Većina osoba s teškim oblikom ovisnosti jesu politoksikomani, što iziskuje liječenje za sve tvari koje zlorabe. Psihoaktivni lijekovi, poput antidepresiva, anksiolitika, stabilizatora raspoloženja i antipsihotika, mogu biti ključni za uspjeh u bolesnika s komorbidnim poremećajima, kao što su depresija, anksiozni poremećaji (uključujući posttraumatski stresni poremećaj), bipolarni poremećaj i shizofrenija.¹

Uvid u probleme povezane s ovisnošću prijeko je potreban, ali često ga je teško postići. Ovisnik mora spoznati da ima problem u vezi s uzimanjem sredstva ovisnosti. Snažno poricanje, smanjivanje problema ili racionalizacije treba nadvladati da bi se ostvarili uvjeti bolesnikove suradnje u programima liječenja. Često je nužna suradnja članova obitelji, prijatelja, poslodavaca i drugih, da bi se svladali patološki obrambeni mehanizmi. Ovisnika često treba konfrontirati s mogućim gubitkom karijere, obitelji i zdravlja, ako nastavi s uzimanjem sredstva ovisnosti.

PSIHOTERAPIJA BOLESTI OVISNOSTI

Psihoterapija je metoda izbora za liječenje ovisnosti. Uspješnija je kad se usmjeri na razloge uzimanja sredstva ovisnosti, nego na nejasna psihodinamička pitanja. Individualna, bračna, obiteljska, grupna psihoterapija i psihoterapijska zajednica samo su neki od postupaka koji se primjenjuju u liječenju bolesti ovisnosti. Psihoterapiju treba usmjeriti na spoznaju posebnih situacija u kojima bolesnik uzima sredstvo ovisnosti, očekivane učinke od sredstva i alternativne puteve vladanja tim situacijama te na mijenjanje neadekvatnog ponašanja i poboljšanje interpersonalnih komunikacija. Grupna je terapija najprihvatljivija i najučinkovitija za mnoge bolesnike koji ovisnost vide kao socijalni problem, prije nego kao osobni psihički problem, dok je obiteljska terapija nužna za stjecanje uvida u liječenje i njegovu uspješnost.

Za uspješno liječenje bitan je početni kontakt s osobama koje imaju poremećaje vezane uz ovisnost. Na prvim sastancima terapeut mora biti aktivan i davati podršku, jer osobe s problemima vezanim uz ovisnost često predviđaju reakciju i mogu krivo tumačiti pasivnu ulogu terapeuta kao negativnu reakciju. Bolesnici često ambivalentno reagiraju na terapiju, mogu propustiti sastanak i recidivirati. Mnogi terapeuti promatraju zlorabu sredstava manje kroz psihofizičke osobine pojedinoga bolesnika, a više kroz suradnju s članovima obitelji, kolegama iz škole ili posla i funkcioniranja u društvu općenito.^{2,3}

Terapeut na sredstvo ovisnosti treba gledati kao na psihološku obranu. Primarni cilj trebao bi biti otklanjanje emocionalnih i intelektualnih prepreka između bolesnika i terapeuta. Terapeut mora biti pripravan stalno iznova

testirati terapijski ugovor i ne može se skrivati iza bolesničke slabe motivacije, kad recidivi mogu ugroziti uspjeh liječenja. Bihevioralna terapija podučava ovisnike nekim tehnikama i mogućnostima smanjenja anksioznosti. Naglašavaju se autogeni, relaksirajući treninzi, sposobnost samokontrole i nove strategije kontrole okruženja i događanja. Brojni programi, kvalitetni sadržaji i aktivnosti, motiviraju ovisnika da mijenja svoje ponašanje i prestane uzimati sredstvo ovisnosti. Bolesnike jačaju nagrade u pogledu materijalnoga prosperiteta i povoljnije prilike da u uvjetima apstinencije život obogate kvalitetnijim sadržajima i dostignu prihvatljive socijalne odnose, tj. postignu materijalnu i društvenu rehabilitaciju.

Postoji niz psihoterapijskih metoda za liječenje ovisnosti o alkoholu i drugim psihoaktivnim sredstvima, a najčešće se primjenjuju kratke intervencije, motivacijska poticajna terapija, kognitivno-bihevioralna terapija, bihevioralna terapija (uključujući kontingencijsko upravljanje i psihosocijalni pristup), obiteljska terapija, bihevioralna terapija parova te program 12 koraka.

INDIVIDUALNA TERAPIJA

Početak individualnog liječenja: terapijski ugovor. Pri prvome susretu s ovisnikom terapeut se mora usredotočiti na sposobnosti bolesnika da prihvati problem ovisnosti i da mu je potrebno liječenje kako bi postigao i zadržao apstinenciju. Ugovor između ovisnika i terapeuta trebao bi sadržavati način liječenja i učestalost seansi, uključivanje bliskih osoba u društvenu mrežu podrške, psihofarmakološko liječenje, ako je potrebno, jasan cilj apstiniranja uz postavljanje ograničenja oko nastavka liječenja ako bolesnik nastavi zlorabiti sredstva ovisnosti.

Individualna psihoterapija može se izvoditi sama ili s drugim oblicima terapije, kao što su farmakoterapija, klubovi liječenih alkoholičara, obiteljska i grupna terapija. Apstinencija je važna mjera učinkovitosti i sredstvo za postizanje uspjeha u liječenju. Liječenja variraju od psihodinamičkih, potpornih i ekspresivnih terapija do kognitivnih i bihevioralno orijentiranih postupaka. Individualna se psihoterapija savjetuje osobito kad su bolesnici suočeni s bolnim gubitkom poput smrti bliske osobe, socijalnim konfliktom ili imaju psihičke probleme, kao što su depresivni, anksiozni i panični poremećaj, koji se često pojavljuju istodobno s bolestima ovisnosti. Kratke intervencije su ponekad učinkovite i vrijedi ih isprobati, osobito u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, međutim, mnogi bolesnici zahtijevaju dugotrajnu skrb i kontrole, što znači dodatno opterećenje medicinskog osoblja.

Kratke intervencije. Kratke intervencije usredotočuju se na promjenu ponašanja u samo nekoliko seansi. Ovaj oblik savjetodavne strategije može trajati u rasponu od 5–60 minuta u više seansi. Fleming i Manwell (1999.) opisuju pet koraka zajedničkih većini kratkih intervencija: 1. osigurati procjenu i povratnu informaciju; 2. dogovoriti cilj s obzirom na apstinenciju ili minimalnu zloporabu, 3. koristiti se tehnikama modifikacije ponašanja u prepoznavanju visokorizičnih situacija, 4. osigurati literaturu da bi bolesnik imao na

raspolaganju informativne materijale o zloporabi sredstava ovisnosti i njezinim posljedicama; i 5. osigurati praćenje u svrhu kontrole i provjere napretka.⁴

Pokazalo se da kratke intervencije reduciraju konzumaciju alkohola kod kroničnih alkoholičara.^{5–7} Učinkovitost je dokazana u razdoblju od najmanje jedne godine⁴, a neke studije pokazuju i dugoročnije pozitivne učinke.^{4,8,9} U primarnoj zdravstvenoj zaštiti pozitivni učinci kratkih intervencija, također su vidljivi i u smanjenju zdravstvenih problema uzrokovanih alkoholom.^{4,9} Ovakve intervencije obično zahtijevaju malo uvježbavanja, a pokazalo se i da su financijski isplative.^{4,9,10}

Kratke intervencije mogu biti korisne kad se primjenjuju u kombinaciji s lijekovima koji reduciraju konzumaciju alkohola u kroničnih alkoholičara. Utvrđeno je da kombiniranje liječenja naltreksonom s kratkom psihoterapijskom intervencijom povećava stopu zadržavanja u programu liječenja te povećava ukupni postotak dana apstinencije.^{11–16}

Iako su istraživanja uspjehnosti kratkih intervencija na populaciji ovisnika o kokainu i heroinu rjeđa, istraživanjem kojim se ispitala interakcija kratkoga savjetovanja i liječenja buprenorfinom na ovisnicima o opijatima utvrđeno je da takva kombinacija liječenja pridonosi smanjenju zloporabe heroina.¹⁷ Međutim, rad s populacijom ovisnika koji su u programu održavanja metadonom, uglavnom upućuje na to da su u ovom slučaju potrebne opširnije psihosocijalne intervencije.¹⁸

Kognitivno-bihevioralna terapija. Kognitivno-bihevioralna terapija (KBT) modificirana je za poremećaje zloporabe sredstava ovisnosti. Pretpostavka je da su zloporaba sredstava ovisnosti i sama ovisnost naučeno ponašanje koje se može promijeniti. Kognitivno-bihevioralna terapija označuje oblik liječenja u kojem se bolesnika podučava kako da uoči i promijeni neprilagođene obrasce ponašanja koji dovode do negativnih misli i osjećaja, koji posljedično uzrokuju daljnje uzimanje sredstava ovisnosti. Ovakve intervencije formirane su da bi se poboljšale vještine međuljudske komunikacije, vještine suočavanja sa stresom, da bi se smanjio rizik relapsa te povećala samoeфикаsnost. Bolesnik i terapeut razmatraju događaje koji bi mogli biti okidači za uzimanje sredstava ovisnosti. Bolesnici su svjesni da ti okidači mogu biti unutarnji (osjećaji, misli ili žudnja) ili vanjski (interakcije s drugim ovisnicima, dostupnost psihoaktivne tvari ili odnosi među bračnim partnerima). Da bi svladali žudnju za drogiranjem ili opijanjem u rizičnim situacijama, bolesnike se podučava tehnikama rješavanja problema i vještinama suočavanja sa stresom.

Kognitivno-bihevioralna terapija vrlo je korisna u liječenju ovisnosti o psihoaktivnim tvarima, prevenciji recidiva, kao i za bolesnike s poremećajem osobnosti, anksioznim i depresivnim poremećajima. U kombinaciji sa sertralinom pokazala se vrlo uspješnom u liječenju žena ovisnih o alkoholu sa simptomima anksioznosti i depresije², a nerijetko se primjenjuje zajedno s averzivnim terapijama poput disulfirama.¹⁹

Neka istraživanja pokazuju da je kognitivno-bihevioralna terapija učinkovitija od drugih terapija, dok

druga istraživanja pokazuju da je ova metoda po svojoj uspješnosti usporediva s drugim pristupima liječenju.²⁰ Primjerice, u projektu MATCH utvrđeno je da KBT, motivacijska poticajna terapija i pristup 12 koraka daju slične rezultate te da svaka terapija dovodi do znatnih ublažavanja simptoma vezanih uz alkohol u razdoblju od 12 tjedana.²¹

Jedna od prednosti kognitivno-bihevioralne terapije može biti ta da pridonosi dugoročnom oporavku nakon završetka liječenja.^{22,23} Ovo kontinuirano ublažavanje simptoma općenito se ne uočava kod drugih terapija, kod kojih je češće postupno vraćanje na početnu razinu zloporabe i probleme koji ju prate. Ovakvo kontinuirano poboljšanje može biti posljedica razvijanja vještina suočavanja sa stresom i prevencije recidiva koje bolesnik stječe tijekom liječenja.

Niz farmakoterapijskih istraživanja ovisnika o alkoholu primjenjivalo je KBT kao temeljnu psihoterapiju.²⁴⁻²⁸ Primjerice, u istraživanju naltreksona, utvrđeno je da kombinacija liječenja naltreksonom i kognitivno-bihevioralnom terapijom omogućuje bolesniku da uvježba vještine prevencije relapsa u visokorizičnim situacijama, dok naltrekson istodobno pomaže u kontroli žudnje.²⁹

Istraživanja učinkovitosti kognitivno-bihevioralne terapije na populaciji ovisnika o drogama pokazuju da u težih kokainskih ovisnika intenzivniji postupak daje bolje rezultate liječenja. Također, ovakav oblik psihoterapije primjenjuje se i za poticanje angažmana u liječenju metadonom i smanjenje rizičnih ponašanja. Primjerice, u istraživanju gdje se kognitivno-bihevioralna terapija primjenjivala u svrhu poticanja ovisnika na ponovno uključivanje u liječenje metadonskom terapijom, bolesnici koji su sudjelovali u barem dvjema grupama kognitivno-bihevioralne terapije u znatno su se većoj mjeri vraćali liječenju metadonom od onih koji su sudjelovali u samo jednoj ili nijednoj grupnoj seansi.³⁰

Iako kognitivno-bihevioralna terapija nije znatno učinkovitija u povećanju razdoblja apstinencije u odnosu na druge vrste terapija, istraživanja pokazuju da ovakav oblik psihoterapije dugoročno utječe na održavanje apstinencije te se može primjenjivati u svrhu smanjenja rizičnih ponašanja (poput intravenskog uzimanja) ili bolje suradnje u farmakoterapiji.

Terapija pojačanja motivacije i motivacijski intervju. Terapija pojačanja motivacije temelji se na poticanju ovisnika na smanjenje konzumacije ili na apstinenciju od psihoaktivnih tvari podupirući ovisnikov izbor za promjenom ponašanja uz pomoć osobnih strategija suočavanja i interpersonalnih resursa.³¹ Terapija pojačanja motivacije označuje kratak oblik terapije koja se lako primjenjuje u različitim uvjetima gdje su bolesnici liječeni supstitucijskom farmakoterapijom.

Pri ovoj terapiji pretpostavlja se da je bolesnik odgovoran i sposoban za mijenjanje svojega ponašanja, a terapeut se fokusira na to da pomogne bolesniku da mobilizira svoje unutarnje snage. Osnovni motivacijski principi ove terapije jesu izražavanje empatije, uočavanje proturječnosti, izbjegavanje argumentacije i otpora i podržavanje vlastite učinkovitosti. Pobuda za promje-

nu razvija se naglašavanjem samomotivirajućih izjava, slušanjem s empatijom, propitivanjem, predstavljanjem osobnih povratnih informacija, podržavanjem bolesnika, rješavanjem otpora i ponovnim oblikovanjem. Ova je terapija specifična primjena motivacijskog intervjuiranja, razvijena za primjenu u liječenju zloporabe alkohola. U ovom kratkom postupku od dviju do četiriju seansi, terapeuti prvo vode bolesnike kroz provjeru pozitivnih i negativnih elemenata vlastite zloporabe sredstava ovisnosti i razlike između onoga gdje su sada i gdje bi htjeli biti, a sve u pokušaju da poželev promjenu, što je prvi korak prema oporavku. Terapeuti potom učvršćuju bolesnikovu predanost promjeni, pomažući mu da postavi ciljeve oporavka i odredi načine postizanja ciljeva. Motivacijski intervju može se primijeniti kao pojedinačni pristup, ali se češće primjenjuje kao prvi korak u procesu oporavka. Može se inkorporirati i u sljedeće sesije liječenja kako bi se povećala motivacija bolesnika. U prvoj fazi oporavka, doprinos motivacijske intervencije u primarnoj zdravstvenoj zaštiti potencijalno je velik te bi takve intervencije trebali primjenjivati i liječnici opće prakse i školske medicine. Osim motivacijskog intervjua i terapije, treba naglasiti da je transteorijski model postao temelj liječenja mnogih zdravstvenih problema ovisnika o različitim sredstvima ovisnosti. „Spremnost na promjenu“ ekvivalent je motivaciji. Njezina prisutnost pridonosi uspjehu u liječenju bolesti ovisnosti. Važno je procijeniti fazu bolesti ovisnosti u kojoj se osoba tada nalazi, a te su faze: predrasmatranje, razmatranje, priprema, djelovanje i održavanje.³²

Terapija pojačanja motivacije pokazala se vrlo učinkovitom u postupku liječenja alkoholizma. Istraživanja pokazuju da ovaj oblik terapije pridonosi duljoj apstinenciji i boljem pridržavanju uputa i pravila liječenja.^{14,28} Iako je učinkovitost terapije pojačanja motivacije manje istraživana na ovisnicima o drogama, u jednom je istraživanju utvrđeno da je čak samo jedna motivacijska terapijska sesija povezana sa smanjenom konzumacijom droga³³, a nekoliko je istraživanja pokazalo da je ova terapija osobito korisna za one ovisnike koji liječenju pristupaju s niskom motivacijom za promjenu.^{33,34}

Bihevioralno liječenje. Bihevioralno liječenje odnosi se na pristup jačanju zaštitnih čimbenika u zajednici (psihosocijalni pristup) i kontingencijsko upravljanje (upravljanje nepredviđenim okolnostima), temelji se na načelu da sredstva ovisnosti izazivaju učinak „nagrađivanja“ koji se pojačava kontinuiranim uzimanjem istih.

Jedna od primarnih komponenti liječenja alkoholičara psihosocijalnim pristupom jest poticanje bolesnika na pristanak za liječenje disulfiramom, tako da konzumacija alkohola gubi pozitivne učinke i na taj način postaje averzivna. Nadalje, ohrabruje se apstinencija, s poticanjem organiziranja različitih rekreacijskih aktivnosti i reorganiziranja dnevnih aktivnosti rješavanjem praktičnih problema. Primjerice, terapeut može pomoći bolesniku u traženju mjesta za stanovanje ili prijevoza na liječenje.

Niz empirijskih potvrda govori u prilog učinkovitosti psihosocijalnoga pristupa u liječenju alkoholizma.³⁵ Istraživanja provedena na stacionarnim i ambulantnim bolesnicima potvrđuju doprinos psihosocijalnoga

pristupa u povećanju stope apstinencije i psihosocijalnom funkcioniranju.³⁵⁻³⁸

Kontingencijsko upravljanje temelji se na principima sličnim onima koje primjenjuje i psihosocijalni pristup, no kontingencijsko upravljanje koristi se konkretnim nagrađivanjem kao pozitivnim ohrabrenjem za apstinenciju. Primjerice, svaki put kad je uzorak bolesnikova urina negativan na ilegalne supstancije, ovisnik dobiva nagradu, kao što je bon koji je zamjenjiv za maloprodajnu robu i usluge.⁴⁰ Postoji opsežna literatura o uporabi kontingencijskog upravljanja u liječenju bolesti ovisnosti. Primjerice, ovisnici o alkoholu koji su prošli postupak kontingencijskog upravljanja uz standardnu psihosocijalnu terapiju, češće su se zadržavali u liječenju te su imali dulje razdoblje apstinencije do prve epizode opijanja.⁴¹ Nadalje, utvrđeno je da je kontingencijsko upravljanje učinkovito za vrijeme održavanja apstinencije te za vrijeme detoksikacije u populaciji ovisnika o kanabinoidima i ovisnika o opijatima.⁴²⁻⁴⁵ Također, kontingencijsko upravljanje može se iskoristiti i kao izravno poticanje u pridržavanju uputa za uzimanje propisanih lijekova.⁴⁶

Istraživanja pokazuju da psihosocijalni pristup i kontingencijsko upravljanje mogu biti učinkoviti, neovisno o tome je li naglasak na potpunoj apstinenciji, održavanju na supstitucijskoj terapiji ili pridržavanju propisane farmakoterapije.

Dijalektičko-bihevioralna terapija. Dijalektičko-bihevioralna je terapija sveobuhvatno bihevioralno orijentirano liječenje usmjereno prema visoko disfunkcionalnim bolesnicima koji ispunjavaju kriterije za granični poremećaj osobnosti. Mnogi ovisnici koji zlorabe drogu, također ispunjavaju te kriterije. Najveći je izazov ove terapije uravnoteženje između prihvaćanja i potvrđivanja strategija liječenja i procedura rješavanja problema, postupanja u nepredviđenim okolnostima, kognitivna modifikacija i uvježbavanje vještina socijalnih komunikacija. Ova se terapija pokazala učinkovitijom od uobičajenoga liječenja ovisnosti o drogama u žena s graničnim poremećajem osobnosti.²

Psihodinamički orijentirana terapija. Psihodinamički orijentirana terapija namijenjena je bolesnicima s problemima identiteta, rastave i individuacije, regulacije afekta, samokontrole i skrbi o sebi. Za one s ovisničkim poremećajima i neurotičkim problemima, ova terapija zahtijeva psihološku sklonost; sposobnost za poštenje, intimnost i identifikaciju s terapeutom, prosječnu ili natprosječnu inteligenciju, ekonomsku stabilnost, visoku motivaciju i spremnost na razgovor o konfliktu. U bolesnika s ovim karakteristikama ekspresivna psihoterapija može dovesti do podizanja kapaciteta tolerancije depresije i anksioznosti bez primjene supstancija. Kod problema ovisnosti, pogotovo u ranoj fazi liječenja, psihodinamički orijentirana psihoterapija koja dovodi do reaktivacije bolnih konflikata može dovesti do pogoršanja stanja u smislu podržavanja recidiva.⁴⁷ Jednom kad se postigne stabilna apstinencija, neki ovisnici dobro reagiraju na psihodinamički orijentiranu psihoterapiju.

Postupanje u nepredviđenim okolnostima. Postupanje u nepredviđenim okolnostima korisno je u re-

habilitacijskome liječenju ovisnika. Ovisnici dobivaju poticaje (npr. novčane subvencije, ponudu za posao) ovisno o postizanju terapijskoga cilja. Ovakav pristup koristan je u rehabilitaciji ovisnika i osoba koje zlorabe sredstva ovisnosti. Nekim ovisnicima o kokainu jednako je učinkovit kao kognitivno-bihevioralna terapija. Nije nužno kombinirati kognitivno-bihevioralnu terapiju s programom postupanja u nepredviđenim okolnostima. Ovisnost o nikotinu, primjer je stanja na koje može utjecati ovaj program, s obzirom na to da se pokazao učinkovitim u smanjenju pušenja među trudnicama.⁴⁸ Također se pokazao učinkovitim u smanjenju uporabe metamfetamina.⁴⁹

Savjetovanje. Ovlašteni savjetnici za ovisnost o alkoholu i drogama imaju sve veću ulogu u programima liječenja. Uključeni su u svaku fazu liječenja, evaluacije, psihoedukacije, individualnoga i grupnoga savjetovanja i skrbi o bolesniku i nakon dovršetka programa liječenja. Savjetnici najčešće pružaju podršku ako dođe do recidiva, daju savjete i vrijedne informacije i pomoć oko programa liječenja.

Ostale psihoterapijske intervencije. U liječenju bolesti ovisnosti većina programa temelji se na edukaciji o učincima alkohola, droga i duhana na ovisnika i obitelj i na alternativnom liječenju i prevenciji recidiva. Edukacija smanjuje strah, osjećaj krivnje i srama, podržava medicinski model i daje nadu bolesniku. Predavanja, diskusije, filmovi, knjige i zadaće važan su dio liječenja i pomažu da ovisnik bude aktivno uključen tijekom liječenja.

Vođenje slučaja (*case management*) pruža mogućnost dobivanja jedinstvene terapije prilagođene bolesniku. Voditelji se skrbe o interakciji među različitim ulogama, kao što su procjena, planiranje, nadgledanje, zalaganje i povezivanje. Nude se usluge rješavanja problema oko prijevoza, skrbi o djeci, čistoći, potreptinama za kuću itd.

Placebo je, također, jedan oblik liječenja ovisnosti. Placebo je prema mnogima medicinski neetičan postupak jer ponuđeni pripravak ne sadržava aktivne kemijske tvari te objektivno nema terapijskog utjecaja, ali je placebo-reakcija ipak terapijski učinkovita, tj. daje sasvim opipljive rezultate, a osim toga, iznimno je ekonomična. Prema statističkim podatcima, broj bolesnika na koje placebo djeluje jest oko 50%, dakle, ne manje od mnogih drugih, eminentno medicinskih postupaka.

GRUPNA TERAPIJA

Grupna terapija često je glavni model liječenja ovisnosti. Grupe daju priliku za resocijalizaciju, vježbanje društvenih vještina i odnosa i za kontroliranje impulsivnosti, podupiru ovisnikov identitet u oporavku i podržavaju prihvaćanje apstinencije. One podržavaju samopoštovanje i testiranje stvarnosti. Grupe ovisnika pružaju prednost suočavanja sa zajedničkim problemom ovisnosti kao polazišnom točkom za raspravu o drugim zajedničkim problemima.

Grupe se može iskoristiti za rješavanje problema, za fokusiranje na određene probleme u ponašanju te da se pokaže ovisnicima da i drugi imaju slične probleme.

Mogu biti psihodinamički orijentirane, konfrontacijske, usmjerene na rješavanje problema i u obliku mreže potpore; mogu ponuditi terapiju parova ili stručno savjetovanje. Programi liječenja često imaju orijentacijsko-didaktičke grupe koje mogu pomoći i zadržati ovisnika na liječenju, promovirati povezanost i prihvaćanje podrške u dugotrajnoj rehabilitaciji. Iako su se grupe primjenjivale poglavito za osobe s alkoholizmom, mogu biti osobito učinkovite u prevenciji recidiva među osobama ovisnim o kokainu i marihuani.

Grupe za oporavak od ovisnosti naglašavaju moto „nema pijenja, nema drogiranja, bez obzira na situaciju“. Moto „bez obzira na situaciju“ značajan je za grupu koja je usredotočena na povećanu samopomoć, samopouzdanje i poboljšanje vještine suočavanja s problemima, a ne na uporabu sredstava ovisnosti. Grupe pomažu u smanjenju stigme i pružaju solidan primjer i uzajamnu pomoć. Prenosjenje problema drugačije je u grupama nego u individualnoj terapiji. U grupama se otvoreno priča o žudnji, padovima i potrebi za vraćanjem na „sta-ro“ i razrađuje strategija očuvanja apstinencije.

Obiteljska evaluacija i terapija. Obiteljska je evaluacija potrebna za sve bolesnike koji zlorabe sredstva ovisnosti. Obiteljski podaci i pomoć ključni su i u dijagnozi i u liječenju. Članovi obitelji često su pogođeni bolesnikovim problemima. Nerijetko je obiteljski sustav organiziran tako da nesvjesno potiče ovisnikovo uzimanje psihoaktivnih sredstava. Suočavanje s članovima obitelji često potiče ovisnika da potraži liječničku pomoć i može biti korisno pri zadržavanju u programu liječenja.

Obiteljsko se liječenje često sugerira, osobito u obiteljima u kojima postoji znatna podrška ovisniku. Djeca alkoholičara mogu imati koristi od obiteljske evaluacije i liječenja. Obiteljska liječenja koja se zasnivaju na konceptu „alkohološkoga sustava“ fokusiraju se na ispravke nefunkcionalnih obrazaca interakcijskog ponašanja unutar obitelji. Uspjeh se mjeri ne samo postizanjem apstinencije, već i poboljšanjem razine funkcioniranja obitelji. Modaliteti kojima se koriste obiteljski terapeuti uključuju zajedničku obiteljsku terapiju, bračnu terapiju pa čak i zajedničku hospitalizaciju bračnih parova.⁵⁰

Istraživanja pokazuju da obiteljska terapija pozitivno utječe na redovitost uzimanja propisane farmakoterapije, a u interakciji s liječenjem metadonom ili naltreksonom smanjuje učestalost zlouporabe droga, smanjuje psihosocijalne probleme te povećava stopu zadržavanja u programu liječenja. Ipak, postoje empirijske potvrde da uključivanje članova obitelji u postupak liječenja nije nimalo jednostavan zadatak, zato je potrebno razviti dodatne strategije za poticanje obitelji da se uključi u postupak liječenja kako bi se povećala učinkovitost ovoga pristupa.^{51,52}

Terapija parova. Jedan od najčešćih oblika obiteljske terapije za ovisnike jest bihevioralna terapija parova.⁵³ Takvo liječenje pretpostavlja dvosmjernu interakciju između zlouporabe psihoaktivnih tvari i funkcioniranja odnosa, odnosno pretpostavlja da zlouporaba psihoaktivnih sredstava utječe na kakvoću i narav odnosa partnera. S druge strane, aspekti partnerskog odnosa,

također mogu utjecati na zlouporabu tvari. Bihevioralna terapija parova poboljšava prilagodbe u odnosima bračnih partnera i roditelja prema djeci.⁵⁴ Ona se fokusira na poboljšanje interakcije u partnerskom odnosu s pomoću učenja vještina komunikacije i strategija rješavanja problema te jačanja socijalne podrške.

Pokazalo se da bihevioralna terapija parova pomaže u smanjenju zlouporabe sredstava ovisnosti, prilagodbi u partnerskom odnosu te smanjuje razinu nasilja u partnera koji oboje uzimaju drogu.⁵³⁻⁵⁵ Neka istraživanja pokazuju i da je financijski isplativija od individualnoga ili grupnoga savjetovanja.⁵⁶ Međutim, malo je poznato o komponentama terapije parova koje su povezane s poboljšanjem rezultata, a većina istraživanja primjenjivala je ovu terapiju u grupama bolesnika sa psihijatrijskim komorbiditetom i bolesnika čije su obitelji pokazivale suradljivost.

Terapijska mreža podrške bliskih osoba. U ova-kvoj se terapiji grupa podrške razvija prema bolesnikovim potrebama, uključuju se obitelj, prijatelji i kolege iz radne okoline, koji nisu ovisni. Terapijske mreže imaju kognitivno-bihevioralni pristup u odnosu na čimbenike koji potiču uzimanje sredstava ovisnosti te se koriste podrškom ovisnikove društvene mreže.⁵⁷ Može biti korisna kao pomoć individualnoj terapiji i klubovima liječenih alkoholičara i u provođenju psihoedukacije bolesnikova kruga podrške.

Samopomoć i uzajamna pomoć. Liječnici, a posebno psihijatri, moraju temeljito poznavati program rada klubova liječenih alkoholičara (KLA), klubova ovisnika o drogama, ovisnika o kocki, programu 12 koraka, AA, Al-Anon, anonimnih ovisnika, anonimnih ovisnika o kokainu, osoba koje imaju problema s ovisnošću o hrani. Poželjno je da stručnjaci steknu osobno iskustvo dolazaka na grupe klubova da bi neposredno osjetili iskustvo svojih pacijenata.

Grupu Anonimnih alkoholičara oformili su 1935. godine Bill Willson i Roberts Smith iz Akrona, Ohio, djelomično zbog nepostojanja liječenja alkoholizma. Korijeni su mu u Oxfordskom pokretu i jungovskom naglasku na duhovnost. Grupa je prerasla u međunarodnu mrežu koja uključuje više od 2 milijuna članova u SAD-u i 185.000 grupa diljem svijeta. Glavna je poruka da alkoholičari, prepoznavanjem alkoholizma kao bolesti, mogu postići trijeznost duhovnim programom koji uključuje prihvaćanje nemoći pred alkoholom i ovisnosti. To je dobrovoljna udruga koja izbjegava bilo kakve političke ili ekonomske aktivnosti. Agnostici i ateisti dobrodošli su u grupe i mogu izabrati „višu silu“ umjesto Boga. Al-Anon je paralelni program AA-u i uključuje samopomoć obiteljima. Drugi programi usmjereni na obitelj uključuju Alateen za tinejdžere koji zlorabe alkohol, djecu alkoholičara i grupe za odraslu djecu alkoholičara.

Klubovi liječenih alkoholičara u Hrvatskoj su osnovani 1964. godine, na inicijativu prof. Vladimira Hudolina i Zagrebačke alkohološke škole pri KBC-u „Sestara milosrdnica“. Za širenje mreže klubova u većinu zemalja svijeta zaslužna je talijanska mreža KLA, a 2007. godine osnovan je Svjetski savez klubova liječenih alkoholičara.

Klubovi postaju međunarodni sinonim za rehabilitaciju i resocijalizaciju u alkoholizmu. Klub je organiziran na principima samopomoći i uzajamne pomoći, a vodi ga stručni djelatnik. Godine 1975. počinje se u Klubu provoditi obiteljsko liječenje. U djelatnost Kluba spadaju rehabilitacija i resocijalizacija alkoholičara i njihovih obitelji, uspostavljanje skladnih odnosa u obitelji narušenih alkoholizmom, provođenje edukacije o ovisnosti i načinima liječenja, preventivne aktivnosti u suzbijanju prekomjernoga pijenja, pomaganje članovima koji imaju poteškoća u liječenju (posebno u slučaju recidiva), senzibiliziranje okoline o problemu alkoholne ovisnosti te poticanje kulturnih, sportskih i drugih aktivnosti koje će učvrstiti apstinenciju članova.

Program 12 koraka. Program 12 koraka uključuje seriju koraka i tradiciju koja se temelji u velikoj mjeri na samopoštovanju, trijeznosti, grupnim procesima, poniznosti, pronalaženju uspješnih modela, skrbi o samome sebi i destigmatizaciji alkoholizma kao bolesti. Njihova se filozofija temelji na konceptu alkoholizma kao kronične bolesti koja se ne može izliječiti, ali se može zaustaviti s pomoću potpune apstinencije. Naglasak na uzajamnoj pomoći pomaganjem drugim ljudima s istim problemom pridonio je uvelike uspjehu ove grupe. Sustav sponzorstva članova veterana i stvaranje mreže podrške razmijenjenih telefonskih brojeva važni su aspekti članstva u AA-u. Iako se grupe razlikuju prema stilu, većina ima topao, obiteljski osjećaj i daje dojam prihvaćenosti, obostrane pomoći i razumijevanja. Pretpostavka je da alkoholičari intuitivno razumiju probleme s kojima se drugi alkoholičari suočavaju i mogu dijeliti osjećaje u grupi. Pruža se prilika članovima da vježbaju odnose, dobiju strukturu, testiraju vrijednosti i prosuđivanje, vježbaju poštenje, pronađu prihvaćanje i ponovno steknu nadu. AA je najrasprostranjeniji oblik liječenja pojedinaca koji imaju problema s alkoholom.⁵⁸ Iako je grupa AA u početku bila namijenjena isključivo bijelcima srednje klase s problemom alkoholizma, nedavno je dosta ljudi počelo dobivati pomoć u ranijim fazama bolesti, a sve je veći broj članica. Proširenje na mlađu populaciju s dvojnim dijagnozama ovisnosti i dodatnim psihijatrijskim problemima dovelo je do veće pozornosti na ovu grupu i njezine specifične potrebe. Razvile su se podgrupe za homoseksualne alkoholičare, liječnike, odraslu djecu alkoholičara, ateiste i agnostike, HIV-pozitivne i one s dualnim dijagnozama. Sastanci se održavaju u većim gradovima u svijetu i nužni su alkoholičarima koji putuju.

Niz istraživanja pokazalo je da je program 12 koraka jednako uspješan kao i kognitivno-bihevioralna terapija i motivacijska terapija.²¹

U istraživanju velikog uzorka članova AA, više od polovine ispitanika podržalo je uporabu lijekova u svrhu sprječavanja recidiva.⁶⁰ S obzirom na pozitivne rezultate programa 12 koraka u Projektu MATCH (engl. *Matching alcoholism treatments to client heterogeneity*) i očite tolerancije većine članova AA na ideju o uporabi lijekova, ovaj se pristup liječenju u kombinaciji s farmakoterapijom čini prikladnim.²¹ Pokazalo se da se intervencije programa od 12 koraka mogu uspješno kombinirati s

farmakoterapijom u svrhu uključivanja i zadržavanja ovisnika o alkoholu u postupku liječenja.⁶¹⁻⁶³

Intervencije od 12 koraka popularne su i kod drugih poremećaja zlouporabe psihoaktivnih tvari, a sudjelovanje u grupama programa od 12 koraka povezano je s uspješnijim liječenjem u ovisnika o kokainu.⁶⁴ Međutim, istraživanja ovisnika o kokainu pokazuju da je kognitivno-bihevioralna terapija učinkovitija od programa 12 koraka u procesu započinjanja apstinencije od kokaina.⁶⁵ Dakle, relativna učinkovitost pristupa programa od 12 koraka u liječenju ovisnosti o psihoaktivnim tvarima zahtijeva daljnja istraživanja, a do sada nije provedeno sustavno istraživanje kojim bi se ocijenila učinkovitost intervencija programa 12 koraka na ovisnicima o opijatima.

INTERAKCIJA PSIHOTERAPIJSKIH I FARMAKOLOŠKIH LIJEČENJA

Farmakoterapijska istraživanja obično se koriste jednom od prikazanih psihoterapija kao platformom za vrednovanje jedne ili više farmakoterapija. Relativno mali broj istraživanja istodobno je manipulirao vrstom ili dozom i lijekova i psihoterapije, kao specifičnim testom interakcije liječenja. Takva istraživanja interakcija mogu pružiti informacije o relativnoj učinkovitosti pristupa psihoterapije i lijekova te ispitati kako kombiniranje lijekova i psihoterapije može različito utjecati na zlouporabu tvari, u interakciji ili kao svaka metoda liječenja pojedinačno.

U istraživanju interakcije naltreksona i kognitivno-bihevioralne terapije u liječenju alkoholizma utvrdili su da su bolesnici liječeni tom kombiniranom metodom imali dulje razdoblje apstinencije⁶⁶, niži stupanj žudnje i manji rizik recidiva.

COMBINE-studija, opsežno istraživanje pod pokroviteljstvom NIAAA-e, još je jedan primjer istraživanja koje izravno testira interakciju između bihevioralnih i farmakoloških postupaka liječenja alkoholizma.^{67,68} COMBINE-studija ispitala je kako se kombiniranjem tih postupaka može utjecati na njihovu uspješnost u liječenju alkoholizma, osobito u kontekstu primarne zdravstvene zaštite i drugih nespecifičnih uvjeta liječenja. Cilj studije bio je evaluirati učinkovitost lijekova, bihevioralne terapije i njihove kombinacije u liječenju ovisnosti o alkoholu te ocijeniti placebo-činak na ukupni ishod. Istraživanje je provedeno u razdoblju od tri godine na 1383 apstinenta od alkohola. Svi su sudionici imali postavljenu primarnu dijagnozu ovisnosti o alkoholu, bili su u početnoj fazi remisije te su se dobrovoljno uključili u istraživanje. Osam skupina ovisnika prošlo je kroz program liječničkog nadzora tijekom 16 tjedana te su primali naltrekson (100 mg/dan) ili akamprosot (3 g/dan), a neki su primali placebo, s kombinacijom bihevioralnih intervencija ili bez nje (CBI). Na devetu skupinu primijenjena je isključivo bihevioralna intervencija bez farmakoterapije. Stanje bolesnika praćeno je i godinu dana nakon liječenja, a glavnu mjeru ishoda liječenja označivao je postotak dana apstinencije od alkohola i broj dana do prvog opijanja. Utvrđeno je da su sve skupine pokazale znatno smanjenje konzumacije alkohola. Tijekom liječenja, bolesnici koji su primali nal-

trekson uz liječnički nadzor, bihevioralne intervencije uz liječnički nadzor i placebo, ili oboje – naltrekson i bihevioralne intervencije plus liječnički nadzor (N = 309) imali su viši postotak dana apstinencije od onih koji su primali samo placebo uz liječnički nadzor. Utvrđena je statistički značajna interakcija između naltreksona i bihevioralnih intervencija. Pokazalo se da naltrekson tijekom vremena smanjuje i rizik dana kroničnog opijanja, što se najviše očitovalo u onih koji su imali liječnički nadzor, ali ne bihevioralne intervencije. U odnosu na placebo, nije utvrđen znatan učinak akamprosata na opijanje, bilo samog ili bilo s kojom kombinacijom naltreksona, bihevioralnih intervencija, ili obojega. Tijekom liječenja, oni u kojih su primijenjene bihevioralne intervencije bez tableta ili liječničkog nadzora imali su niži postotak dana apstinencije od onih koji su primali placebo plus liječnički nadzor sam ili placebo plus liječnički nadzor i bihevioralne intervencije. Godinu dana nakon liječenja, utvrđeni efekti između skupina bili su slični, iako ne statistički značajni. Zaključno, ovisnici koji su prošli kroz postupak liječničkog nadzora s naltreksonom, bihevioralnim intervencijama, ili i jednim i drugim, imali su uspješnije rezultate u smanjenju pijenja, dok za akamprosat nisu utvrđeni dokazi u učinkovitosti, s bihevioralnim intervencijama ili bez njih. Najbolja učinkovitost dobivena je uz liječenje naltreksonom ili samim bihevioralnim intervencijama, uz liječnički nadzor. Osim bihevioralnih intervencija, tijekom liječenja pozitivan efekt imali su placebo i razgovor sa zdravstvenim radnikom.⁶⁹

Interakcija farmakoterapije i psihoterapije ispitivana je i na populaciji ovisnika s dvojom dijagnozom ovisnosti o opijatima i kokainu.⁷⁰ Ovisnici koji su primali disulfiram dulje su se zadržavali u programu liječenja te su imali dulje razdoblje apstinencije od kokaina i alkohola, u usporedbi s onima koji nisu primali disulfiram. Nadalje, oni koji su bili u postupku kognitivno-bihevioralne terapije ili facilitacije 12 koraka imali su dulja razdoblja apstinencije od kokaina kao i od kombiniranja kokaina i alkohola od onih koji su bili u postupku liječničkog nadzora. Ti podatci upućuju na mogući dodatni učinak pojedinih oblika psihoterapija u kombinaciji s disulfirama u liječenju ovisnika o kokainu i alkoholu – barem u kratkom razdoblju. Nakon jednogodišnjega praćenja, nije utvrđena statistički značajna razlika između liječenja kognitivno-bihevioralnom terapijom, facilitacijom 12 koraka i liječničkog nadzora među skupinama na disulfiramu i one bez lijekova.^{71,72}

Nekoliko istraživanja pristupa kontingencijskog upravljanja ispitivalo je interakciju lijekova i psihosocijalnih postupaka u liječenju ovisnosti. U dvostruko slijepom istraživanju održavanja buprenorfinom u ovisnika o opijatima i kokainu, koje je trajalo 12 tjedana, utvrđeno je da desipramin u kombinaciji s kontingencijskim upravljanjem dovodi do više uzastopnih tjedana apstinencije od pojedinačnog liječenja ili placeba.⁷³ Daljnja izvješća o ovoj istoj skupini ovisnika pokazala su da je isključivanje početnoga poticajnog kupona (vaučer) i njegova zamjena s fiksnom poticajnom vrijednošću imalo negativan utjecaj na apstinenciju, osobito

u bolesnika koji su podvrgnuti i postupku kontingencijskog upravljanja i liječenju desipraminom.⁷⁴ Dakle, smanjenje ili promjene ovih intervencija, na određeni način mogu štetno utjecati na neke bolesnike, ali takve rezultate treba replicirati.

U još jednom istraživanju pristupa kontingencijskog upravljanja primijenjen je nacrt unutar ispitanika kako bi se ispitalo interakcijski učinak nepredviđene varijable poticaja i doze metadona u ovisnika o opijatima i kokainu liječenih metadonom, s niskom motivacijom za liječenje. Poticajni bonovi niskoga novčanog iznosa od 374 dolara i visokog iznosa od 3369 dolara raspodijeljeni su ovisnicima koji su naizmjenice primali doze održavanja metadonom od 60 mg/dan i 120 mg/dan. Bez obzira na dozu metadona, samo 2% uzoraka urina bili su negativni i na kokain i na heroin prije no što je uvedena nepredviđena varijabla. Tijekom prve faze, kad su ovisnici bili na 60 mg/dan metadona, 19% uzoraka urina iz skupine niskoga poticaja i 28% uzoraka urina iz skupine visokoga poticaja bili su negativni na opijate i kokain. U drugoj fazi istraživanja, kad je doza metadona povišena na 120 mg/dan, 32% uzorka urina iz skupine niskoga poticaja i 46% uzorka urina iz skupine visokoga poticaja bilo je negativno na obje droge. Ovi rezultati sugeriraju da doza metadona i povećanje vrijednosti poticaja imaju dodatni učinak na zlouporabu droga.⁷⁵

Međutim, u nekim istraživanjima nije utvrđen ovakav učinak, odnosno kombiniranje postupaka kontingencijskog upravljanja i povećanje doze metadona nije poboljšalo ishod liječenja tijekom ili nakon samog liječenja.⁷⁶

U šestomjesečnoj studiji interakcije psihosocijalnih intervencija u kombinaciji liječenja metadonom ili buprenorfinom 162 ovisnika o opijatima i kokainu prošli su kroz kratki postupak savjetovanja. Zatim su podijeljeni u dvije skupine gdje je jedna prošla kroz postupak kontingencijskog upravljanja bonovima, dok je drugoj omogućena povratna informacija o tijeku njihova liječenja. Ovisnici su potom nasumično raspoređeni u skupinu koja je primala buprenorfin (12–16 mg/dan) ili metadon (65–85 mg/dan). Ovisnici podvrgnuti postupku kontingencijskog upravljanja eskalirali su tijekom prvih 12 tjedana te su se održali na nižoj nominalnoj razini tijekom sljedećih 12 tjedana studije. Ovisnici liječeni metadonom dulje su se zadržali u postupku, imali su dulja razdoblja apstinencije od kokaina i opijata te su u većoj mjeri imali negativne uzorke urinskoga testa od ovisnika koji su primali buprenorfin. Bolesnici podvrgnuti postupku kontingencijskog upravljanja izvještavali su o većoj apstinenciji od kokaina i opijata tijekom prvih 12 tjedana studije (kad je iznos poticaja eskalirao), no ta razlika nije bila značajna u kasnijoj sveobuhvatnoj analizi istraživanja. Dakle, učinci interakcije između vrste lijeka i uvjeta liječenja nisu utvrđeni. Međutim, istraživanje je pokazalo da uključivanje postupaka kontingencijskog upravljanja u liječenje metadonom ili buprenorfinom ili kombinacijom buprenorfin/nalokson može poboljšati ishode liječenja u bolesnika s dvojom dijagnozom ovisnosti o kokainu i opijatima.^{77,78}

Zaključno, neka od istraživanja koja su kombinirala psihosocijalne i farmakološke postupke potvrdila su interakcije ili dodatne učinke ispitivanih terapija. Međutim, pronađene interakcije među studijama nisu konzistentne niti pouzdane. Daljnja istraživanja o interakcijama između lijekova i psihosocijalnih intervencija dodatno će proširiti razumijevanje najučinkovitije kombinacije liječenja.

ZAKLJUČAK

Brojna su istraživanja ispitivala učinkovitost različitih psihosocijalnih postupaka u liječenju ovisnosti o alkoholu, kokainu i opijatima, bilo pojedinačno bilo vezano uz farmakoterapiju. Međutim, samo je nekoliko istraživanja ispitivalo kako ta dva pristupa liječenju mogu djelovati međusobno. Potrebno je provesti veći broj istraživanja da bi se dodatno ispitali načini na koje se psihosocijalne intervencije mogu primjenjivati zajedno s farmakoterapijom u svrhu optimiziranja rezultata za oba načina liječenja. Pružanje poticaja za apstinenciju, dulje zadržavanje u liječenju, redovito uzimanje terapije kao i suočavanje s nuspojavama lijekova, samo su neke od potencijalnih primjena psihosocijalnih terapija. U nekim farmakološkim studijama, izlaganje psihoterapiji minimizirano je zbog pretpostavke da psihoterapija može proizvesti „učinak stropa“ u napretku postupka

liječenja ovisnosti, te je teško utvrditi učinke lijekova. Međutim, nedavno provedena metaanaliza dostupnih istraživanja potvrdila je da određene psihosocijalne intervencije mogu povećati farmakoterapijske učinke.

Minimalizacija psihoterapije u farmakoterapijskim istraživanjima može biti kontraproduktivna, jer psihosocijalne terapije koje potiču bolesnika na veću angažiranost u liječenju, mogu pozitivno utjecati na bolesnikovo pristajanje na režim uzimanja lijekova, što je čimbenik koji je ključan za ishod liječenja ovisnosti.

Bolesnikove karakteristike, kao što su tipologija ovisnosti, učestalost zlouporabe tvari, obiteljska anamneza, i komorbidna psihopatologija, također mogu biti u interakciji sa psihosocijalnim i farmakološkim liječenjem, a narav tih interakcija dodatni je prostor budućih istraživanja. Istraživanja potvrđuju da su različite tipologije ovisnosti o psihoaktivnim tvarima povezane s različitim reakcijama na lijekove. Time se pretpostavlja da, ako se nastavi s istraživanjima, može se očekivati utvrđivanje slične interakcije sa psihosocijalnim intervencijama.

Iako su istraživanja usmjerena na ispitivanje interakcija između različitih vrsta psihoterapije i različitih lijekova složena, nužno je dodatno istraživati ova područja. Takva istraživanja nude metodološku sofisticiranost koja je prijeko potrebna za razumijevanje složenih odnosa između intervencija koje mogu znatno utjecati na ishod liječenja.

Interaction between psychotherapy and pharmacotherapy in addiction treatment

SUMMARY The goal of pharmacotherapy in the treatment of addictions is to prevent intoxication, reduce withdrawal symptoms crisis, reduce cravings for addictive drug or create aversion to substance. The goal of psychotherapy is to encourage abstinence, teach patients new stress-coping skills, strengthen the motivation to resist addiction and improve quality of life. There are many psychotherapeutic approaches for treating addiction, including brief intervention, motivational therapy, cognitive-behavioral therapy, behavioral treatment, group therapy, family therapy, behavioral couples therapy and 12 step program. Although a large number of studies investigating interaction between psychosocial and pharmacological treatments confirm the additional effects of psychotherapy, there is a need for further empirical studies that would establish and expand understanding of the most effective combination therapy.

KEY WORDS combined modality treatment, drug therapy, psychotherapy, substance-related disorders

LITERATURA

1. National Institute on Drug Abuse. Principles of Drug Addiction Treatment. A Research-Based Guide. 2nd ed. Bethesda: NIH Publication; 2009; 09-4180.
2. Linehan MM, Schmidt H 3rd, Dimeff LA, Craft JC, Kanter J, Comtois KA. Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *Am J Addict*. 1999;8(4):279-92.
3. Kiefer F, Jahn H, Tarnaske T, et al. Comparing and combining naltrexone and acamprosate in relapse prevention of alcoholism: a double-blind, placebo-controlled study. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60(1):92-9.
4. Fleming M, Manwell LB. Brief intervention in primary care settings. A primary treatment method for at-risk, problem, and dependent drinkers. *Alcohol Res Health*. 1999;23(2):128-37.
5. Bien TH, Miller WR, Tonigan JS. Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addiction*. 1993;88(3):315-35.
6. Poikolainen K. Effectiveness of brief interventions to reduce alcohol intake in primary health care populations: a meta-analysis. *Prev Med*. 1999;28(5):503-9.
7. Wilk AI, Jensen NM, Havighurst TC. Meta-analysis of randomized control trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers. *J Gen Intern Med*. 1997;12(5):274-83.
8. Fleming MF, Barry KL, Manwell LB, Johnson K,

- London R. Brief physician advice for problem alcohol drinkers. A randomized controlled trial in community-based primary care practices. *JAMA*. 1997;277(13):1039-45.
9. Kristenson H, Ohlin H, Hultén-Nosslin MB, Trell E, Hood B. Identification and intervention of heavy drinking in middle-aged men: results and follow-up of 24-60 months of long-term study with randomized controls. *Alcohol Clin Exp Res*. 1983;7(2):203-9.
10. Ockene JK, Adams A, Hurley TG, Wheeler EV, Hebert JR. Brief physician- and nurse practitioner-delivered counseling for high-risk drinkers: does it work? *Arch Intern Med*. 1999;159(18):2198-205.
11. Bohn MJ, Kranzler HR, Beazoglou D, Staehler BA. Naltrexone and brief counseling to reduce heavy drinking: results of a small clinical trial. *Am J Addict*. 1994;3(2):91-9.
12. Kranzler HR, Burleson JA, Korner P, et al. Placebo-controlled trial of fluoxetine as an adjunct to relapse prevention in alcoholics. *Am J Psychiatry*. 1995;152(3):391-7.
13. Kranzler HR, Tennen H, Penta C, Bohn MJ. Targeted naltrexone treatment of early problem drinkers. *Addict Behav*. 1997;22(3):431-6.
14. Kranzler HR, Wesson DR, Billot L; Drug Abuse Sciences Naltrexone Depot Study Group. Naltrexone

- depot for treatment of alcohol dependence: a multicenter, randomized, placebo-controlled clinical trial. *Alcohol Clin Exp Res*. 2004;28(7):1051-9.
15. Naranjo CA, Bremner KE, Lantôt KL. Effects of citalopram and a brief psycho-social intervention on alcohol intake, dependence and problems. *Addiction*. 1995;90(1):87-99.
16. O'Connor PG, Farren CK, Rounsaville BJ, O'Malley SS. A preliminary investigation of the management of alcohol dependence with naltrexone by primary care providers. *Am J Med*. 1997;103(6):477-82.
17. Fiellin DA, Pantalon MV, Pakes JP, O'Connor PG, Chawarski M, Schottenfeld RS. Treatment of heroin dependence with buprenorphine in primary care. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2002;28(2):231-41.
18. McLellan AT, Arndt IO, Metzger DS, Woody GE, O'Brien CP. The effects of psychosocial services in substance abuse treatment. *JAMA*. 1993;269(15):1953-9.
19. Carroll KM, Fenton LR, Ball SA, et al. Efficacy of disulfiram and cognitive behavior therapy in cocaine-dependent outpatients: a randomized placebo-controlled trial. *Arch Gen Psychiatry*. 2004;61(3):264-72.
20. Carroll KM. Relapse prevention as a psychosocial treatment: a review of controlled clinical trials. *Exp Clin Psychopharmacol*. 1996;4(1):46-54.
21. Project MATCH Research Group. Matching

- alcoholism treatments to client heterogeneity. Project MATCH posttreatment drinking outcomes. *J Stud Alcohol*. 1997;58(1):7-29.
22. Carroll KM, Rounsaville BJ, Nich C, Gordon LT, Wirtz PW, Gawin F. One-year follow-up of psychotherapy and pharmacotherapy for cocaine dependence. Delayed emergence of psychotherapy effects. *Arch Gen Psychiatry*. 1994;51(12):989-97.
23. O'Malley SS, Jaffe AJ, Chang G, et al. Six-month follow-up of naltrexone and psychotherapy for alcohol dependence. *Arch Gen Psychiatry*. 1996;53(3):217-24.
24. Angelone SM, Bellini L, Di Bella D, Catalano M. Effects of fluvoxamine and citalopram in maintaining abstinence in a sample of Italian detoxified alcoholics. *Alcohol Alcohol*. 1998;33(2):151-6.
25. Johnson BA, Jasinski DR, Galloway GP, et al. Ritanerol in the treatment of alcohol dependence - a multi-center clinical trial. *Psychopharmacology (Berl)*. 1996;128(2):206-15.
26. Johnson BA, Roache JD, Javors MA, et al. Ondansetron for reduction of drinking among biologically predisposed alcoholic patients: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2000;284(8):963-71.
27. Kiefer F. Randomized controlled trial of naltrexone, acamprosate and the combination in the treatment of alcoholism. Presented at the 25th annual meeting of the Research Society on Alcoholism, San Francisco, CA, 2002.
28. Mason BJ, Salvato, FR, Williams LD, Ritvo EC, Cutler RB. A double-blind, placebo-controlled study of oral nalmefene for alcohol dependence. *Arch Gen Psychiatry*. 1999;56(8):719-24.
29. Anton RF, Moak DH, Latham PK, et al. Posttreatment results of combining naltrexone with cognitive-behavior therapy for the treatment of alcoholism. *J Clin Psychopharmacol*. 2001;21(1):72-7.
30. Goldstein MF, Deren S, Kang SY, Des Jarlais DC, Magura S. Evaluation of an alternative program for MMTP drop-outs: impact on treatment re-entry. *Drug Alcohol Depend*. 2002;66(2):181-7.
31. Miller WR, Rollnick S. Motivational Interviewing. Preparing People to Change Addictive Behavior. New York: Guilford Press; 1991.
32. DiClemente CC, Schlundt D, Gemmell L. Readiness and stages of change in addiction treatment. *Am J Addict*. 2004;13(2):103-19.
33. Yahne CE, Miller WR, Irvin-Vitela L, Tonigan JS. Magdalena Pilot Project: motivational outreach to substance abusing women street sex workers. *J Subst Abuse Treat*. 2002;23(1):49-53.
34. Rohsenow DJ, Monti PM, Martin RA, et al. Motivational enhancement and coping skills training for cocaine abusers: effects on substance use outcomes. *Addiction*. 2004;99(7):862-74.
35. Miller WR, Brown JM, Simpson TL, et al. What works? A methodological analysis of the alcohol treatment outcome literature. In: Herster RK, Miller WR. *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches. Effective Alternatives*. 2nd ed. Boston: Allyn & Bacon; 1995:12-44.
36. Azrin NH. Improvements in the community-reinforcement approach to alcoholism. *Behav Res Ther*. 1976;14(5):339-48.
37. Azrin NH, Sisson RW, Meyers R, Godley M. Alcoholism treatment by disulfiram and community reinforcement therapy. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 1982;13(2):105-12.
38. Smith JE, Meyers RJ, Delaney HD. The community reinforcement approach with homeless alcohol-dependent individuals. *J Consult Clin Psychol*. 1998;66(3):541-8.
39. Meyers RJ, Smith JE. *Clinical Guide to Alcohol Treatment. The Community Reinforcement Approach*. New York: Guilford Press; 1995.
40. Higgins ST, Budney AJ, Bickel WK, Foerg FE, Donham R, Badger GJ. Incentives improve outcome in outpatient behavioral treatment of cocaine dependence. *Arch Gen Psychiatry*. 1994;51(7):568-76.
41. Petry NM, Martin B, Cooney JL, Kranzler HR. Give them prizes, and they will come: contingency management for treatment of alcohol dependence. *J Consult Clin Psychol*. 2000;68(2):250-7.
42. Petry NM, Martin B. Low-cost contingency management for treating cocaine - and opioid-abusing methadone patients. *J Consult Clin Psychol*. 2002;70(2):398-405.
43. Bickel WK, Amass L, Higgins ST, Badger GJ, Esch RA. Effects of adding behavioral treatment to opioid detoxification with buprenorphine. *J Consult Clin Psychol*. 1997;65(5):803-10.
44. McCaul ME, Stitzer ML, Bigelow GE, Liebson IA. Contingency management interventions: effects on treatment outcome during methadone detoxification. *J Appl Behav Anal*. 1984;17(1):35-43.
45. Budney AJ, Higgins ST, Radonovich KJ, Novy PL. Adding voucher-based incentives to coping skills and motivational enhancement improves outcomes during treatment for marijuana dependence. *J Consult Clin Psychol*. 2000;68(5):1051-61.
46. Petry NM. A comprehensive guide to the application of contingency management procedures in clinical settings. *Drug Alcohol Depend*. 2000;58(1-2):9-25.
47. O'Connor PG, Waugh ME, Carroll KM, Rounsaville BJ, Diakogiannis IA, Schottenfeld RS. Primary care-based ambulatory opioid detoxification: the results of a clinical trial. *J Gen Intern Med*. 1995;10(5):255-60.
48. Higgins ST, Budney AJ, Bickel WK, Hughes JR, Foerg F, Badger G. Achieving cocaine abstinence with a behavioral approach. *Am J Psychiatry*. 1993;150(5):763-9.
49. Roll JM, Petry NM, Stitzer ML, et al. Contingency management for the treatment of methamphetamine use disorders. *Am J Psychiatry*. 2006;163(11):1993-9.
50. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders: alcohol, cocaine, opioids. *Am J Psychiatry*. 1995;152(11 Suppl):1-59.
51. Chick J, Gough K, Falkowski W, et al. Disulfiram treatment of alcoholism. *Br J Psychiatry*. 1992;161(1):84-9.
52. Carroll KM, Ball SA, Nich C, et al. Targeting behavioral therapies to enhance naltrexone treatment of opioid dependence: efficacy of contingency management and significant other involvement. *Arch Gen Psychiatry*. 2001;58(8):755-61.
53. Epstein EE, McCrady BS. Behavioral couples treatment of alcohol and drug use disorders: current status and innovations. *Clin Psychol Rev*. 1998;18(6):689-711.
54. Winters J, Fals-Stewart W, O'Farrell TJ, Birchler GR, Kelley ML. Behavioral couples therapy for female substance-abusing patients: effects on substance use and relationship adjustment. *J Consult Clin Psychol*. 2002;70(2):344-55.
55. O'Farrell TJ, Cutter HS, Choquette KA, Floyd FJ, Bayog RD. Behavioral marital therapy for male alcoholics: marital and drinking adjustment during the two years after treatment. *Behav Ther*. 1992;23(4):529-49.
56. O'Farrell TJ, Choquette KA, Cutter HS, et al. Cost-benefit and cost-effectiveness analyses of behavioral marital therapy as an addition to outpatient alcoholism treatment. *J Subst Abuse*. 1996;8(2):145-66.
57. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville MD: U.S. Department of Health and Human Services; 2008.
58. McCrady BS, Miller WR. *Research on Alcoholics Anonymous: Opportunities and Alternatives*. New Brunswick, NJ: Rutgers Center of Alcohol Studies; 1993.
59. Moos RH, Moos BS. Long-term influence of duration and frequency of participation in alcoholics anonymous on individuals with alcohol use disorders. *J Consult Clin Psychol*. 2004;72(1):81-90.
60. Rychtarik RG, Connors GJ, Dermen KH, Stasiwicz PR. Alcoholics Anonymous and the use of medications to prevent relapse: an anonymous survey of member attitudes. *J Stud Alcohol*. 2000;61(1):134-8.
61. Krystal JH, Cramer JA, Krol WF, Kirk GF, Rosenheck RA; Veterans Affairs Naltrexone Cooperative Study 425 Group. Naltrexone in the treatment of alcohol dependence. *N Engl J Med*. 2001;345(24):1734-9.
62. Pettinati HM, Volpicelli JR, Luck G, Kranzler HR, Rukstalis MR, Cnaan A. Double-blind clinical trial of sertraline treatment for alcohol dependence. *J Clin Psychopharmacol*. 2001;21(2):143-53.
63. Pettinati HM. The use of selective serotonin reuptake inhibitors in treating alcoholic subtypes. *J Clin Psychiatry*. 2001;62 Suppl 20:26-31.
64. McKay JR, Alterman AI, McLellan AT, Snider EC. Treatment goals, continuity of care, and outcome in a day hospital substance abuse rehabilitation program. *Am J Psychiatry*. 1994;151(2):254-9.
65. Maude-Griffin PM, Hohenstein JM, Humfleet GL, Reilly PM, Tusel DJ, Hall SM. Superior efficacy of cognitive-behavioral therapy for urban crack cocaine abusers: main and matching effects. *J Consult Clin Psychol*. 1998;66(5):832-7.
66. O'Malley SS, Jaffe AJ, Chang G, Schottenfeld RS, Meyer RE, Rounsaville B. Naltrexone and coping skills therapy for alcohol dependence. A controlled study. *Arch Gen Psychiatry*. 1992;49(11):881-7.
67. COMBINE Study Research Group. Testing combined pharmacotherapies and behavioral interventions in alcohol dependence: rationale and methods. *Alcohol Clin Exp Res*. 2003;27(7):1107-22.
68. COMBINE Study Research Group. Testing combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence (the COMBINE study): a pilot feasibility study. *Alcohol Clin Exp Res*. 2003;27(7):1123-31.
69. Anton RF, O'Malley SS, Ciraulo DA, et al. Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence: the COMBINE study: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2006;295(17):2003-17.
70. Carroll KM, Nich C, Ball SA, McCance E, Rounsaville BJ. Treatment of cocaine and alcohol dependence with psychotherapy and disulfiram. *Addiction*. 1998;93(5):713-27.
71. Carroll KM, Nich C, Ball SA, McCance E, Frankforter TL, Rounsaville BJ. One-year follow-up of disulfiram and psychotherapy for cocaine-alcohol users: sustained effects of treatment. *Addiction*. 2000;95(9):1335-49.
72. Carroll KM, Fenton LR, Ball SA, et al. Efficacy of disulfiram and cognitive behavior therapy in cocaine-dependent outpatients: a randomized placebo-controlled trial. *Arch Gen Psychiatry*. 2004;61(3):264-72.
73. Kosten T, Oliveto A, Feingold A, et al. Desipramine and contingency management for cocaine and opiate dependence in buprenorphine maintained patients. *Drug Alcohol Depend*. 2003;70(3):315-25.
74. Kosten T, Poling J, Oliveto A. Effects of reducing contingency management values on heroin and cocaine use for buprenorphine- and desipramine-treated patients. *Addiction*. 2003;98(5):665-71.
75. Dallery J, Silverman K, Chutuape MA, Bigelow GE, Stitzer ML. Voucher-based reinforcement of opiate plus cocaine abstinence in treatment-resistant methadone patients: effects of reinforcer magnitude. *Exp Clin Psychopharmacol*. 2001;9(3):317-25.
76. Preston KL, Umbrecht A, Epstein DH. Methadone dose increase and abstinence reinforcement for treatment of continued heroin use during methadone maintenance. *Arch Gen Psychiatry*. 2000;57(4):395-404.
77. Schottenfeld RS, Chawarski MC, Pakes JR, Pantaloni MV, Carroll KM, Kosten TR. Methadone versus buprenorphine with contingency management or performance feedback for cocaine and opioid dependence. *Am J Psychiatry*. 2005;162(2):340-9.
78. Parran TV, Adelman CA, Merkin B, et al. Long-term outcomes of office-based buprenorphine/naloxone maintenance therapy. *Drug Alcohol Depend*. 2010;106(1):56-60.

ADRESA ZA DOPISIVANJE

Prof. dr. sc. Danijel Buljan, dr. med.

Klinika za psihijatriju, KBC „Sestre milosrdnice“

Vinogradska 29, 10000 Zagreb

E-mail: danijel.buljan@kbcsm.hr; Telefon: +385 1 3768 287