

Značaj osobina ličnosti i stilova privrženosti u odabiru supstitucijske farmakoterapije ovisnika o opijatima

Brajević - Gizdić, Igna

Doctoral thesis / Disertacija

2018

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, School of Medicine / Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:105:041066>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-17**



Repository / Repozitorij:

[Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository](#)



**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET**

Igna Brajević - Gizdić

**Značaj osobina ličnosti i stilova
privrženosti u odabiru supstitucijske
farmakoterapije ovisnika o opijatima**

DISERTACIJA



Zagreb, 2018.

**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET**

Igna Brajević - Gizdić

**Značaj osobina ličnosti i stilova
privrženosti u odabiru supstitucijske
farmakoterapije ovisnika o opijatima**

DISERTACIJA

Zagreb, 2018.

Disertacija je izrađena u Nastavnom zavodu za javno zdravstvo Splitsko – dalmatinske županije, Službi za mentalno zdravlje, Split.

Voditelj rada: prof. dr. sc. Dolores Britvić. dr. med., specijalist psihijatrije

Zahvaljujem mentorici istraživanja prof. dr. sc. Dolores Britvić na stručnoj i znanstvenoj podršci.

Zahvaljujem roditeljima na pruženim mogućnostima.

Rad posvećujem djeci, kćeri Aleni, sinovima Brunu i Antonu, mojim stvarnim i velikim motivatorima.

SADRŽAJ

1. UVOD I SVRHA RADA	1
1.1. Epidemiologija ovisnosti o opijatima.....	1
1.2. Ovisnost o opijatima.....	3
1.2.1. Kriteriji i klinička slika	3
1.2.2. Neurobiološka etiologija	5
1.2.3. Medicinski potpomognuto liječenje ovisnosti opioidnom supstitucijskom farmakoterapijom	8
1.3. Osobine ličnosti.....	17
1.4. Stilovi i dimenzije privrženosti	19
1.5. Svrha rada.....	24
2. HIPOTEZA.....	25
3. CILJEVI RADA.....	25
4. MATERIJALI I METODE	26
4.1. Ustroj istraživanja	26
4.2. Ispitanici	26
4.3. Postupak provedbe istraživanja.....	27
4.4. Mjerni instrumenti	28
4.5. Etička načela	31
4.6. Statističke metode	31
5. REZULTATI	32
5.1. Osnovne karakteristike sudionika istraživanja.....	32
5.2. Osobine ličnosti opijatskih ovisnika na supstitucijskoj terapiji prema petofaktorskom modelu.....	36
5.2.1. Sociodemografske razlike u osobinama ličnosti u skupinama ovisnika na supstitucijskoj terapiji održavanja BUP-om i MTD-om	38
5.3. Privrženost opijatskih ovisnika na supstitucijskoj terapiji održavanja BUP-om i MTD-om.....	41
5.3.1. Zastupljenost i razlike stilova privrženosti u skupinama ovisnika.....	41
5.3.2. Razlike u dimenzijama privrženosti između skupina ovisnika.....	42
5.3.3. Razlike u aspektima na dimenzijama privrženosti između skupina.....	42
5.3.4. Sociodemografske razlike u privrženosti skupina ovisnika na MTD-u i BUP-u.....	44

5.4. Povezanost osobina ličnosti i privrženosti u dimenzijama anksioznosti i izbjegavanja u skupinama ovisnika na BUP-u i MTD-u.....	48
5.5. Diskriminacijska analiza razlikovanja skupina ovisnika u određenom skupu varijabli.....	51
5.5.1. Razlikovanje u osobinama petofaktorskog modela ličnosti.....	51
5.5.2. Razlikovanje u pod-dimenzijama petofaktorskog modela ličnosti	53
5.5.3. Razlikovanje u dimenzijama privrženosti.....	54
5.5.4. Razlikovanje u aspektima na dimenzijama privrženosti	55
6. RASPRAVA	57
6.1. Inicijalne karakteristike sudionika istraživanja	57
6.2. Osobine ličnosti opijatskih ovisnika na supstitucijskoj terapiji prema petofaktorskom modelu.....	58
6.2.1. Sociodemografske karakteristike u osobinama ličnosti opijatskih ovisnika na supstitucijskoj terapiji održavanja BUP-om i MTD-om	60
6.3. Privrženost opijatskih ovisnika na supstitucijskoj terapiji održavanja BUP-om i MTD-om.....	64
6.3.1. Sociodemografske razlike u privrženosti skupina ovisnika na MTD-u i BUP	65
6.4. Odnos osobina ličnosti i dimenzija stilova privrženosti u skupinama ispitanika..	67
6.5. Razlikovanje skupina ovisnika u određenom skupu varijabli diskriminantnom analizom.....	70
6.6. Snaga i ograničenja studije.....	74
6.7. Znanstveni doprinos istraživanja.....	75
7. ZAKLJUČAK.....	78
8. KRATKI SADRŽAJ NA HRVATSKOM JEZIKU	79
9. KRATKI SADRŽAJ NA ENGLESKOM JEZIKU	80
10. POPIS LITERATURE.....	81
11. KRATKA BIOGRAFIJA	97

Popis oznaka i kratica

BFQ	Upitnik Petofaktorskog modela ličnosti (engl. Big Five <i>Questionnaire</i>)
BUP	Buprenorfin
DSM	Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje (engl. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
EMCDDA	Evropskog Centra za nadzor droga i ovisnosti o drogama (engl. The <i>European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction</i>)
EPQ	Eysenckov upitnik ličnosti (engl. Eysenck Personality Questionnaire)
HIV	Virus humane imunodeficijencije
MTD	Metadon
OR	Opijatni receptori
PAT	Psihoaktivne tvari
UNODC	Ured Ujedinjenih naroda za droge i kriminal (engl. United Nations Office on Drugs and Crime)

1. UVOD

1.1. Epidemiologija ovisnosti o opijatima

Procjenjuje se da je više od 88 milijuna odraslih, odnosno nešto više od četvrtine osoba u dobi od 15 do 64 godine u Europskoj uniji u nekom trenutku u životu probalo nezakonite droge.

Prema posljednjim podacima, 17 europskih država navodi stabilizaciju ili opadanje broja novih konzumenata heroina, a 9 država bilježi porast (1). Na svjetskoj razini, procjenjuje se da je 247 milijuna ljudi uzimalo droge u prošloj godini, 28 milijuna ih je patilo od poremećaja vezanih za uporabu droga, ali se samo 1 od 6 ljudi liječi. Također se procjenjuje da je 12 milijuna ljudi koristilo droge intravenski, te da od njih 1,6 milijuna živi s HIV-om, a 8 milijuna s hepatitisom C (2).

Uporaba droga u Europi danas obuhvaća širi spektar tvari nego u prošlosti. Među konzumentima droga česta je uporaba nekoliko vrsta droga, a pojedinačni obrasci uporabe kreću se u rasponu od jednokratne eksperimentalne do uobičajene i ovisničke. Sve vrste droga u pravilu češće upotrebljavaju muškarci, a ta se razlika često ističe zbog intenzivnijih ili redovitijih obrazaca uporabe. Prevalencija uporabe kanabisa otprilike je pet puta veća od prevalencije uporabe ostalih tvari. No, heroin i opijati najčešće se povezuju sa štetnijim oblicima uporabe, uključujući intravensku uporabu droga (1).

Prema Europskom centru za praćenje droga i ovisnosti o drogama, heroin je najčešći opijat na europskom tržištu droga, a može se unositi pušenjem, ušmrkavanjem ili ubrizgavanjem. Uvozni heroin povijesno je u Europi dostupan u dva oblika: češći je smeđi heroin (njegov kemijski osnovni oblik) koji uglavnom potječe iz Afganistana, koji je i dalje najveći svjetski nezakoniti proizvođač opijuma. Mnogo je rjeđi bijeli heroin (u obliku soli) koji povijesno potječe iz jugoistočne Azije, a sada se može proizvesti i u Afganistanu ili susjednim državama. Drugi opijati koji uključuju opijum i medicinske proizvode su: morfij, metadon (MTD), buprenorfin (BUP), tramadol i fentanil.

Heroin ulazi u Europu preko četiriju putova krijumčarenja. Dva su najvažnija puta „balkanski put” i „južni put”. Prvi prolazi kroz Tursku u balkanske države (Bugarsku, Rumunjsku i Grčku), a potom prema srednjoj, južnoj i zapadnoj Europi. Nedavno se pojavio ogranak balkanske rute koji uključuje Siriju i Irak. Južni je put, čini se, proteklih godina dobio na važnosti. Pritom pošiljke heroina iz Irana i Pakistana ulaze u Europu zračnim ili morskim putem, bilo izravno bilo tranzitno kroz zapadne, južne i istočne afričke države. Drugi, trenutačno manje važni putovi, uključuju „sjeverni put” i novi put za krijumčarenje

heroina koji se razvija preko južnog Kavkaza i Crnog mora (1). Republika Hrvatska zbog svoga geostrateškog položaja, jedan je od važnijih prometnih koridora u Europi, te je samim tim u rizicima krijumčarenja droga. U reciprocitetu ponude i potražnje, narkotržište ostvaruje veliku financijsku dobit. Tako npr. za Hrvatsku trgovci procjenjuju da je, u najboljoj procjeni, ukupno ostvarena bruto dobit od 223 milijuna dolara godišnje (raspon: 177 – 273 milijuna \$) (2) .

Europa je doživjela različita kretanja povezana s ovisnošću o heroinu. Prvi val zahvatio je većinu zapadnih država u razdoblju od sredine 1970-ih. Drugi ju je val zahvatio u razdoblju od sredine do kasnih 1990-ih, te je posebice utjecao na one države u srednjoj i istočnoj Europi. Uporaba heroina se nakon toga u nekim državama proširila iz urbanih centara na ruralna područja i manje gradove (1).

Uporaba heroina bila je stabilna ili u opadanju u Zapadnoj i Srednjoj Europi od kraja 1990-ih. Međutim, u posljednje vrijeme, određeno povećanje slučajeva krijumčarenja i povećanja čistoće heroina, ukazuju na moguće povećanje uporabe heroina. U nekim od glavnih europskih tržišta heroina, npr. u Velikoj Britaniji, raste smrtni broj slučajeva vezanih za uporabu heroina naročito između 2012. i 2014. Također je procjena problema opijatskih korisnika u Francuskoj pokazala povećanje u posljednjih nekoliko godina. Bilježi se slična situacija i u Italiji.

U Sjevernoj Americi korištenje heroina u porastu je već neko vrijeme. Procjena se temelji na anketama u kućanstvu i broju umrlih povezanih s korištenjem heroina. Na temelju uočenih trendova prijavljenih UNODC-u, korištenje opijata također je povećano u Africi (3).

Broj osoba koje zloupotrebljavaju heroin u kombinaciji s drugim psihoaktivnim tvarima (politoksikomanijska) bilježi naročiti porast (4).

Mnogobrojne su posljedice koje opijati nanose na osobnom i društvenom planu. Ističe se zabrinutost zbog povećanja broja slučajeva predoziranja heroinom i drugim opijatima. Heroin ili njegovi metaboliti, često u kombinaciji s drugim tvarima, prisutni su u većini zabilježenih smrtonosnih predoziranja u Europi. Heroin je najzastupljenija nezakonita droga prijavljena kod intervencija u hitnim bolničkim slučajevima na razini europskih gradova. Također se većina prijavljenih kaznenih djela, povezanih s drogama, odnosi na uporabu ili posjedovanje droga te su u porastu u većini europskih država. Kod kaznenih djela povezanih s posjedovanjem, većina se odnosila na kanabis, dok je veći udio kaznenih djela povezan s ponudom kokaina, heroina i amfetamina (1).

Zluporaba heroina međunarodni je problem. Korištenje opijata i/ili ovisnost o opijatima, razorna je na mnogim razinama. Samo neke ranije spomenute su predoziranja i kriminal kao i

povezanost s visokim stopama hepatitisa C i HIV-infekcijom (5).

Zloupotreba droga predstavlja jednu od najugrožavajućih socijalnih i medicinskih bolesti današnjice (6).

1.2. Ovisnost o opijatima

Ovisnost o opijatima veliki je zdravstveni i socijalni problem u svijetu. Ovisnici teško prestaju uzimati drogu na dulje vrijeme ili teško mijenjaju svoje ponašanje unatoč nakupljanju štetnih posljedica (tjelesnih komorbiditeta i psihijatrijskih poremećaja, društvenih ili obiteljskih odbacivanja) (7).

1.2.1. Kriteriji i klinička slika

Ovisnost se definira kao neprilagođeno ponašanje vezano za uporabu psihoaktivnih tvari koje vodi značajnom oštećenju organizma ili subjektivnim problemima, a prepoznaje se na temelju triju (ili više) od sljedećih kriterija ako se pojave bilo kad u istom jednogodišnjem razdoblju:

(1) tolerancija, određena na temelju:

(a) potreba za značajno uvećanim količinama PAT kako bi se postigla opijenost ili željeni učinak, ili

(b) značajnog smanjenja učinka iako se i dalje uzima ista količina PAT;

(2) sustezanje, ako se javlja kao:

(a) svojstveni sindrom sustezanja od psihoaktivnih tvari; ili je

(b) uzeta ista (ili srodna) psihoaktivna tvar kako bi se ublažili ili izbjegli simptomi sustezanja;

(3) psihoaktivna tvar često se uzima u većim količinama ili tijekom dužeg razdoblja nego što je prvotno bilo namjeravano.

(4) Prisutna je trajna težnja ili neuspješno nastojanje da se smanji ili kontrolira uzimanje psihoaktivnih tvari.

(5) Najveći dio vremena provodi se u aktivnostima vezanim za nabavljanje PAT (primjerice, posjećivanje većeg broja liječnika ili prelaženje većih razdaljina), uporabu PAT (npr. pušenje cigarete za cigaretom) ili oporavak od njezinih učinaka.

(6) Prekidaju se ili reduciraju važne društvene, poslovne ili rekreacijske aktivnosti zbog uporabe psihoaktivnih tvari.

(7) Psihoaktivna tvar nastavlja se uzimati unatoč znanju o postojanju trajnog i ponavljano­g fizičkog i psihičkog problema koji je vjerojatno izazvan ili pogoršan njezinom uporabom (8).

Ovisnik je osoba koja se uzimanjem droge dovela u stanje ovisnosti. To stanje znanost opisuje kao kroničnu, recidivirajuću bolest. Jedna od definicija ovisnosti glasi: To je stanje psihičko, a katkad i fizičko, koje nastaje zbog međuu­djecaja organizma i droge, a karakterizirano je ponašajnim i drugim promjenama koje uvijek uključuju neodoljivu unutarnju prisilu, da se unatoč spoznaji o štetnim posljedicama (gubitak kontrole) nastavi s uzimanjem određene droge, bilo radi izazivanja njezinih poželjnih učinaka, bilo radi izbjegavanja patnje koja će se pojaviti (apstinencijska kriza) ako se s uzimanjem droge prekine (9).

Za razliku od kriterija ovisnosti o psihoaktivnim tvarima, kriterij zlouporabe psihoaktivnih tvari ne uključuje toleranciju, sustezanje ni obrazac prisilnog uzimanja tvari, već umjesto toga sadrži samo štetne posljedice ponavljano­g uzimanja (8).

Uvijek je u ukupnoj populaciji znatno manje ovisnika nego povremenih uzimatelja opojne droge koje običavamo podijeliti u nekoliko kategorija: eksperimentatore (osobe koje su jednom ili nekoliko puta u životu probale neku drogu) i rekreativne (vikend) konzumente (osobe koje drogu uzimaju jednom ili nekoliko puta mjesečno i kod kojih se još ne uočavaju štetne posljedice i uzimatelje droge kod kojih su štetne posljedice očigledne, a još uvijek nisu ovisni) (9). Ili se općenito odnos čovjeka prema sredstvima ovisnosti može opisati na ovaj način kod osoba:

- a) apstinenata, tj. osoba koje ne uzimaju nikakva sredstva,
- b) osoba koje se povremeno koriste nekim sredstvima ili njima eksperimentiraju (uključene su i one osobe koje uzimaju pojedina sredstva u terapijske svrhe npr. kod karcinoma zbog suzbijanja bolova),
- c) koje se na određeno sredstvo navikavaju pa kada prestanu uzimati sredstvo javlja im se osjećaj da im ono nedostaje. Govorimo o navikavanju ili habituaciji odnosno zlouporabi,
- d) kod kojih se javi ovisnost o sredstvu, pa nakon prestanka uzimanja sredstva pokazuju psihičke i/ili fizičke znakove odluke, odnosno apstinencijske krize. U tom slučaju se ovdje radi o bolesti ovisnosti (10).

Drogom možemo nazvati prirodno ili sintetsko sredstvo s psihoaktivnim djelovanjem koje osoba uzima nesukladno prihvaćenoj medicinskoj doktrini. Pojedina­c koristeći se takvim sredstvom može postići promjene fizičkog i psihičkog stanja u smislu osjećaja ugone.

Psihička ovisnost je tip ovisnosti gdje osoba poseže za drogom povremeno ili trajno, kako bi se izazvalo zadovoljstvo ili otklonila nelagoda.

Fizička ovisnost jest stanje nastalo nakon duljeg uzimanja droge, koje se očituje izrazitim

poteškoćama ako se uzimanje droge prekine. Te smetnje, tj. sindrom apstinencije ili odluke, sastoje se od specifičnih sindroma i znakova psihičke i fizičke naravi, znakovitih za svaki tip droge (11).

Međuigra pojedinačnih bioloških, kulturnih, socijalnih i okolišnih čimbenika povećava ili umanjuje ranjivost, odnosno sposobnost osobe da koristi ili da nastavi koristiti droge. Nastavak korištenja droge smatra se uvjetovanim odgovorom na pozitivno pojačanje vjerojatnosti konzumacije droge koje osoba dobiva kao rezultat korištenja droge (12). Međutim, u kasnijim fazama osoba dalje koristi drogu samo radi održavanja ovisnosti. Nju karakterizira, između ostalog, želja i potreba za korištenjem droge, unatoč dokazima o štetnim posljedicama te razvoj tolerancije. Tolerancija jest povećanje količine droge kako bi se postigao isti učinak, odnosno negativne posljedice stanja suzdržanja, koje nastupe kada osoba prestane uzimati drogu (13).

Neobuzdana i nasilna potreba za drogom, tzv. „žudnja“, nagoni može potaknuti liječene pacijente na ponovnu uporabu ili zlouporabu droge i povećati njihovu dozu supstitucije ili ih koristiti u kombinaciji s drugim pravnim i/ili ilegalnim supstancama (11). Droge uzimane zajedno mogu imati kumulativni ili sinergistički učinak, što povećava ukupno psihoaktivno iskustvo. To je ujedno i jedan od načina u kojem korisnici droga mogu opravdati razvoj tolerancije (12). Zlouporaba droga zbog toga je sindrom koji ima biološke, psihološke i socijalne karakteristike. Tvar postaje središnji dio korisnikova života (14).

1.2.2. Neurobiološka etiologija

Djelovanje psihoaktivnih tvari na mozak jest specifično. Početak suvremenih istraživanja opioida veže se za godinu 1973. kada su otkriveni opioidni receptori (OR) u mozgu. Istraživanja rasprostranjenosti OR-a pokazuju da se učinci opioidnih agonista mogu izravno povezati sa smještajem receptora. Te raznolike učinke opioida posreduju i različiti OR-i. Tri su osnovne skupine opioidnih receptora: μ , δ , κ (mi, delta i kapa) (15). To su oni isti receptori na koje djeluju endorfini koji proizvode osjećaj euforije i koji su glavni katalizatori stvaranja navika. Ovi se receptori često nazivaju „centrima ugone“ jer oslobađanje endorfina na tim receptorima izaziva osjećaj ugone ili nagrade te se na taj način povećava vjerojatnost da osoba ponavlja iste radnje više puta kako bi oslobodila više endorfina. Taj se isti koncept događa kod osobe koja vježba. Te su osobe često nagrađene osjećajem zadovoljstva nakon završetka vježbe, te su tako spremniji ponoviti taj čin u budućnosti (16).

Uporaba umjetnih opijata, kao što je heroin ili oksikodon, utječe na OR-e na isti način kao i endorfin, međutim, efekti su često uvećani i osoba može doživjeti snažan osjećaj euforije ili povišenosti. Ovaj snažan osjećaj često olakšava osobi razviti naviku koja će kontinuirano utjecati na receptore da ponavljaju taj osjećaj. To je proces razvoja ovisnosti o opijatima (16). Izravno djelovanje na OR-e poznato je od ranije. Mnogobrojni današnji opioidni lijekovi međusobno se razlikuju po djelovanju na pojedine OR-e kao i po farmakokinetičkim obilježjima. Najčešće se μ receptori povezuju s analgetskom aktivnošću jer klasični opioidni analgetici (morfin i drugi) stimuliraju primarno tu skupinu receptora. Heroin, kao i morfin, djeluje pretežito na μ , no djeluju blago i na κ i δ ORe (15).

Karakteristično je da većina sredstava ovisnosti uzrokuju određen osjećaj ugone ili ublažavaju osjećaj neugode. Riječ je o dijelovima mozga („centri za užitak“) čije podraživanje uzrokuje osjećaj ugone („reinforcement“). Različita sredstva ovisnosti taj mozgovni sustav ugone aktiviraju na različite načine te je pri tome najznačajnija aktivacija dopaminergičnog sustava, odnosno D dopaminergičnih receptora (17). Već više od 20 godina mnogobrojni su autori potvrdili dopaminsku teoriju ovisnosti, pri čemu većina sredstava ovisnosti aktivira krug nagrade, povećanjem otpuštanja dopamina u određenim dijelovima mozga, osobito u bazalnim ganglijima (18). Upravo opijati podižu inhibiciju dopaminergičkih neurona u ventralnom tegmentalnom području, otpuštajući na taj način dopamin u bazalnim ganglijima (20). Povećana otpuštena količina dopamina dovodi do osjećaja zadovoljstva i euforije, ali dugoročno konzumiranje opijata izaziva progresivnu prilagodbu, što bi moglo uključiti odgovor cikličkog adenozin monofosfata (cAMP) na vezivanje proteina i dovesti do djelomične inhibicije kruga ugone (21). Kao posljedica toga korisnik droga zahtijeva sve učestalije doze droge za isti učinak. Ovaj je fenomen poznat kao tolerancija i povezan je s ovisnošću. To je potreba koja se izražava kao psihički nedostatak i fizička bol, a koji će biti razriješen uzimanjem droge (14).

Novija su istraživanja usmjerena na pronalaženje veza opijatnih receptora i socijalnih stilova privrženosti. Nije sporno da je opioidni sustav uvršten u proces socijalne privrženosti. To dokazuju istraživanja kod životinja u kojima rezultati pokazuju isključivo μ OR-i oblikuju socijalnu privrženost (22). Unatoč značajnoj činjenici da su OR-i uključeni u privrženost putem sociološke nagrade i motivacije, njihova uloga u socijalnoj privrženosti nije dovoljno istražena (23). Produbljujući znanja o povezanosti μ OR-a i stilova privrženosti u dimenzijama anksioznosti i izbjegavanja u odraslih osoba, govori se o negativnoj povezanosti dostupnih μ OR-a (u talamusu i prednjem cingularnom korteksu, kao i prednjem korteksu, amigdalama i inzuli) i dimenzije izbjegavanja. Nije pronađena povezanost receptora i dimenzije

anksioznosti. Ovo ukazuje na to kako bi endogeni opioidni sustav imao značajnu ulogu u interindividualnim razlikama u izbjegavajućem stilu privrženosti u odraslih osoba i razlikama u dostupnosti μ OR-a povezanih s individualnim socijalnim vezama i psihosocijalnim dobrostanjem (24).

Daljnja istraživanja govore, ne samo o povezanosti opioidnih receptora sa stilovima privrženosti, već i o varijacijama gena μ -opioidnih receptora koje utječu na privrženo ponašanje. Rezultati istraživanja ukazuju na ulogu varijacije gena u ekspresiji privrženog ponašanja (25).

O potencijalnoj važnosti stilova privrženosti odraslih, kao mogućeg faktora uzimanja droge, govore rezultati istraživanja konzumacije droge kod populacije studenata. Rezultati ukazuju na pozitivnu povezanost dimenzije anksioznosti i učestalosti uzimanja droga kao i stresom motivirajuće uzimanje droga (26).

Poznato je da konzumenti i ovisnici različitih psihoaktivnih tvari prezentiraju različite stilove privrženosti. Heroinski ovisnici većinom su plašljivo-izbjegavajućeg stila privrženosti; konzumenti ecstasyja pretežno preokupirajućeg, strašljivo-izbjegavajućeg i odbijajuće-izbjegavajućeg; a konzumenti marihuane su u većini izbjegavajućeg i sigurnog stila privrženosti. Kontrolna skupina uglavnom je sigurnog stila privrženosti. Razumljiva je hipoteza kako strategija svakog stila privrženosti preferira specifičnu supstancu, temeljem pretpostavke o samoliječenju. Slijedom toga čini se da se heroin koristi kao emocionalni nadomjestak za nedostatak koncepta suočavanja sa stresom (coping strategija).

Kada govorimo o nesigurnom stilu privrženosti, dokazano je kako je nesiguran stil privrženosti kod pacijenata u programu rješavanja boli, povezan s većom potrošnjom opioida u usporedbi s osobama sigurne privrženosti. Također su rezultati pokazali kako su obje dimenzije stilova privrženosti pozitivno povezane s anksioznosću i depresijom kod ovih pacijenata. (27).

Općenito, pacijenti koji postižu visoke rezultate na upitniku vulnerabilnih stilova privrženosti (VASQ) više zloupotrebljavaju drogu i pokazuju višu razinu psihopatologije u usporedbi s pacijentima sigurnog stila privrženosti (28).

Kada govorimo o terapijskom procesu ovisnika i konačnom terapijskom cilju, odnosno postizanju apstinencije, stil privrženosti ne predviđa apstinenciju niti utvrđuje konačno funkcioniranje opioidnih ovisnika koji su npr. u metadonskom programu, a socijalna podrška značajno je zapažena kao prediktor uspjeha u postizanju apstinencije i potpunom oporavku opioidnih ovisnika (29). Rezultati za skupinu opioidnih ovisnika na BUP-u, nisu pronađeni.

1.2.3. Medicinski potpomognuto liječenje ovisnosti opioidnom supstitucijskom farmakoterapijom

Liječenje ovisnosti o opijatima jest težak, kompliciran i multifokalan proces. Ovisnost je komplicirana bolest i ima mnoge fizičke i psihološke komponente koje treba riješiti u cilju uspješnog liječenja. Psihološke komponente ovisnosti ključne su za dugoročni uspjeh liječenja, a vrlo je zahtjevno pomagati pacijentu da okonča svoju ovisnost i prevenira ponovno uzimanje droge. Stoga se danas, u mnogim programima liječenja, koriste lijekovi kojima bi se kontrolirala ovisnost, u nadi da će jednog dana ovisnik postići opijatnu apstinenciju. (30)

Jedan od najvažnijih aspekata liječenja ovisnosti o opijatima jest sposobnost zadržavanja pacijenata u programu liječenja, i to dovoljno dugo za stvaranje uspješnog ishoda (31).

Otkriće bioloških perturbacija povezanih s ovisnošću i opioidnim receptorima, otvorilo je put za uporabu supstitucijske terapije koja je sada dobro ustrojena (8) i koja upravo ostvaruje oba terapijska cilja, a to su mogućnost postizanja apstinencije ovisnika i zadržavanje u medicinski potpomognutom liječenju uz psihosocijalni tretman.

1.2.3.1. Farmakološko upravljanje ovisnosti

Opioidna ovisnost može se farmakološki upravljati BUP-om i MTD-om; molekulama koje djeluju vezivanjem na endogene OR-e. Oni se daju sublingvalnim (BUP) ili oralnim (MTD) putem, a odlikuju se dugim trajanjem djelovanja bez vršnog učinka („euforični efekt“). Slijedom toga, oni potiskuju ili sprječavaju potrebu za drogom i nemaju pojačano djelovanje (33). Opijati, kao što je heroin (diamorfin), prirodni su derivati opijuma, a opiodi, kao što je MTD i BUP, sintetički su derivati opijata. Djelovanjem na μ i delta podtipove receptora, posredovanjem aktivnosti adenil ciklaze i aktiviranjem unutrašnjih kalijevih kanala, BUP i MTD dovode do otpuštanja endogenih opioda, kao što su endorfini i enkefalini. Oni su učinkoviti u postizanju analgezije i eufrije, ali u različitim stupnjevima (34). BUP i MTD razlikuju se po načinu na koji oni djeluju na opioidne receptore. MTD je puni μ OR agonist, a BUP je djelomični μ OR i κ OR antagonist (35). U novije je vrijeme uveden lijek BUP i naloxon u kombinaciji. Ovi lijekovi su slični, ali se i razlikuju po mogućim nuspojavama, cijenama i drugim područjima (30). Za razliku od BUP-a, MTD se koristi u liječenju ovisnosti o opijatima već desetljećima (36). Prvi je put MTD korišten i prodavan 1939. u Njemačkoj

kao učinkoviti analgetik. U ranim 1950-ima, uporaba MTD-a počela je u Sjedinjenim Američkim Državama za liječenje pacijenata u detoksifikaciji od heroina. Američka Agencija za hranu i lijekove (USFDA – United States Food and Drug Administration) odobrila ga je 1972. godine kao lijek za liječenje opijatnih ovisnika. Od tada je MTD klinički dokazan u smanjenju broja ovisnika od opijata s ograničenim dugoročnim nuspojavama. Kao i BUP, MTD je opijatni agonist koji utječe na μ OR. Za razliku od drugih opijatnih lijekova, MTD postiže dozu stabilizacije bez tolerancije; što znači da kada jednom pacijent dosegne svoju dozu stabilizacije, ima olakšanje simptoma sustezanja (boli ili žudnje), ali ne razvija toleranciju i potrebu da se stalno povećavava doza. Osim toga, MTD se veže za otprilike 30 % μ OR-a, ostavljajući 70 % drugih da slobodno obavljaju svoje normalne fiziološke funkcije kao što je regulacija boli, zadovoljstva i nagrade. MTD je snažan opioidni agonist te je vrlo učinkovit u smanjenju boli pa se često koristi kod pacijenata s kroničnom boli. MTD daje opijatnim ovisnicima zadovoljavajuće ispunjenje njihovih želja za opijatima, poput heroina, ali je s njim puno lakše pratiti i određivati doze lijeka, kako bi se smanjila ili potpuno uklonila ovisnost pacijenta o drogi. Budući da je MTD opioidni agonist, postoji period sustezanja kada pacijent jednom prekine medikaciju. Taj period sustezanja obično je duži nego kod drugih opijata, ali su simptomi znatno blaži. To čini lijek atraktivnijim onim opijatnim ovisnicima koji traže pomoć, a ne žele proći kroz bolne simptome sustezanja od heroina i drugih opijata. Tijekom vremena MTD je dokazan kao učinkoviti lijek za pacijente u skupini kontrole boli i liječenju ovisnosti o opijatima (37). Učinkovitost MTD-a nije sporna. Sve studije koje su istaživale ishod liječenja MTD-om pronalaze značajno smanjenje nezakonitog korištenja droga, rizičnih ponašanja i zdravstvenih problema (31, 32).

BUP, kao djelomični opioidni agonist, postao je vrlo popularan izbor u kliničkoj praksi u posljednjih nekoliko godina u velikom broju razvijenih zemalja, kao što su Velika Britanija, Francuska, Sjedinjene Američke Države i Australija (34). Odobrila ga je Agencija za hranu i lijekove u svrhu liječenja ovisnosti 2002. godine (38). BUP je djelomični μ OR agonist, antagonist kappa i delta OR (39, 40) te agonist na receptorima nociceptin orfanin peptid OR (41, 42). Utvrđeno je kako sublingvalni BUP smanjuje učinke djelovanja heroina (43, 44, 45) i hidromorfona (46) paralelno sa smanjenom uporabom opioida u ambulantno-kliničkim istraživanjima (47, 48, 49). BUP također potiskuje opioidne simptome sustezanja u humanim laboratorijskim studijama (50) i izvanbolničkim istraživanjima (51, 52). BUP, kao djelomični agonist ima „vršni efekt“, to jest nakon određene točke djelovanja, učinak lijeka više se ne povećava. Osim toga, BUP ima visoki afinitet za μ OR, što znači da se smanjuje dodatni

učinak djelovanja opioida. Kao moćan kapa antagonist, BUP ima manje disforičan učinak nego MTD i zbog toga se može bolje tolerirati (34), te se kao jedinstveni opioidni agonist koji djeluje na μ OR, smatra jedinim lijekom koji kao parcijalni agonist efikasno blokira opioidne receptore i ujedno ima manji euforični učinak. Zapravo, nakon što pacijent dosegne dozu stabilizacije terapije, teško im je dobiti osjećaj opijenosti zbog djelomičnog blokiranja receptora. Zbog svog jedinstvenog farmakološkog načina djelovanja, BUP se slavi kao novo svjetlo u liječenju heroinske ovisnosti s tvrdnjama o smanjenoj mogućnosti zlouporabe i nižeg rizika predozaže. Zbog jedinstvenog farmakološkog profila, uporaba BUP-a kao opioidne nadomjesne terapije, u načelu ima brojne prednosti nad MTD-om. Na primjer, ima nisku intrinzičku aktivnost na μ receptore. To znači da BUP nije tako moćan kao puni μ agonist, kao što je MTD, i uzrokuje manju analgeziju i euforiju, ali ipak ublažava simptome odvikavanja. U skladu s tim, kliničko iskustvo pokazuje kako se primatelji BUP-a često žale da im nedostaje ono „high“ koje ima MTD (34).

U svrhu ograničenja poznatih rizika zlouporabe BUP-a, liječenje se razvilo u kombinaciju BUP-a i naloksona, antagonista opioidnih receptora. Kod sublingvalne primjene, farmakodinamski učinak BUP-nalokson kombinacije može se usporediti s onom kod samog BUP-a jer se nalokson samo minimalno apsorbira takvom uporabom ili uopće ne apsorbira. Međutim, kada se kombinacija primjenjuje intravenskim ili nazalnim putem, nalokson se veže brže od BUP-a na opioidne receptore. Učinci naloksona stoga se osjećaju ranije, što dovodi do smanjenja učinka BUP-a pa čak i osjećaja žudnje (krize) (53) i posljedično do obeshrabrivanja ove prakse. Nalokson brzo djeluje i često se koristi u slučajevima predozaže opijatima i u simptomima sustezanja, kao što su povraćanje, zimica i tresavica, koji su apsolutno neželjeni kod opijatnih ovisnika. Suboxone je vrlo učinkovit u smanjenju nastale opijatske žudnje zbog svoje jedinstvene kombinacije agonista i antagonista (16).

Sam BUP otkriven je 1960. godine i bio je korišten tijekom godina u nekoliko različitih oblika za liječenje ovisnosti o opijatima. U 1970-ima farmaceutske tvrtke su naporno radile na otkrivanju lijekova i kombinacija koje bi mogle pružiti 'lijek' za ovisnosti i fokus se stalno pomicao od opijatskih agonista poput BUP-a i antagonista opijata, kao što je nalokson. Bilo je mnogo oblika i kombinacija tih lijekova za liječenje i na kraju BUP i nalokson u kombinaciji kreirali su Suboxone koji je dobio odobrenje (54).

BUP je korišten relativno kratko u liječenju ovisnosti u odnosu na druge lijekove i odluka da ga se koristi mora biti vrlo pažljivo temeljena na zdravstvenim i socijalnim osobinama pacijenta (16).

Studije pokazuju da su i MTD i BUP učinkoviti modeli liječenja opijatne ovisnosti. Izbor između dva lijeka ovisi o mnogim čimbenicima, uključujući zdravstveno stanje pacijenta, trošak i dostupnost (31). Neovisno radilo se o MTD-u ili BUP-u, jedan od najvažnijih aspekata liječenja ovisnosti o opijatima jest sposobnost zadržavanja pacijenata u programu liječenja i to dovoljno dugo za stvaranje uspješnog ishoda. Budući da je MTD znatno dulje u uporabi, postoji mnogo više studija o njegovoj stopi zadržavanja, u odnosu na Suboxone. Stopa zadržavanja u liječenju MTD-om u prvoj godini je obično 70-80 %, a za usporedbu, kod Suboxona stopa u prvoj godini zadržavanja u liječenju jest 56.9-90 % (31).

Neovisno o rezultatima liječenja, prema objavljenim preporukama, opijatnu supstitucijsku terapiju treba održavati tako dugo dok je potrebno, pa čak i na neodređeno vrijeme, ako je to potrebno (55,58). Odnosno, preporuča se nastaviti liječenje sve dok pacijenti sami ne zahtijevaju prekid liječenja i u tim slučajevima nastaviti intenzivne kontrole dok to pacijent treba (56).

1.2.3.2. Donošenje odluke o odabiru liječenja

Mnogobrojnim se istraživanjima nastojalo utvrditi razloge za odabir liječenja jednim a ne drugim lijekom. Pregledom rezultata znanstvenih članaka objavljenih između 2009. i 2014. godine u recenziranim časopisima vezanih za temu ovisnosti o opijatima i liječenje, BUP/naloxon i MTD su oboje dokazano učinkoviti u mogućnostima liječenja. Oba lijeka imaju jedinstvene rizike i koristi, a istraživanja ne ukazuju na to da je jedan lijek bolji izbor od drugog. Ova odluka mora se temeljiti na individualnoj osnovi, nakon pregleda važnih čimbenika pacijenata kao što su zdravstveno stanje i pristup lijekovima. Prilikom odabira odgovarajućeg lijeka mnogi se faktori moraju razmotriti, kao što su raspored doziranja, nuspojave, rizik od zlorabuse i predoziranja te trošak. Izbor mora biti donesen zajedničkim naporom davatelja lijeka i bolesnika, kako bi se odabrao najprikladniji i najučinkovitiji lijek (57). Među navedenim istraživanjima o mogućim prediktorima koji bi utjecali na bolje ishode liječenja, uspoređujući BUP i MTD, Marsh i suradnici nisu utvrdili nikakve prediktore u demografskim karakteristikama, tijekom zlorabuse droga, psihološkom statusu, izlaznim rezultatima, ostajanju u programima kod liječenja opijatnih i kokainskih ovisnika (58). Neki istraživači navode kao ključne čimbenike za razumijevanje procesa odlučivanja na kojima se temelji njihov izbor liječenja, npr. važnost perspektive korisnika u odnosu na određeni lijek kao i karakteristike farmakološkog sredstva, odnosno načina davanja usluga. Činjenica jest da

je MTD puno duže u uporabi od BUP-a, no u većini zdravstvenih sustava danas je uporaba MTD-a i BUP-a kod opijatskih ovisnika podjednako dostupna za liječenje. To zasigurno sada zahtijeva dodatno investiranje i procjenu, a s obzirom na to da se malo zna o ključnim čimbenicima koji oblikuju odluke pacijenata za početak liječenja jednim ili drugim lijekom (59). Ističe se npr. prednost BUP-a nad MTD-om u smislu mogućnosti da korisnik brže uzme lijek „za kući“, koristi recepte u redovnoj ljekarni i sl. Neki pacijenti pronalaze strukturu MTD-skog programa i klinička pravila pretjerano krutim i odbojnim (61).

Takve i slične spoznaje o procesima donošenja odluke za izbor liječenja opioidnih ovisnika potaknuli su nove inicijativne politike o javno financiranom liječenju i dostupnosti supstitucijske terapije, odnosno o pristupu MTD-skog i BUP-skog farmakoterapiji.

MTD je tijekom godina, suočen s otporom nekih sektora struke, zajednice, pa čak i ovisnika koji nisu u liječenju (62), no ostaje najšire upotrebljiv pristup liječenju heroinskih ovisnika, pri kojem optimalni ishodi dugoročnog liječenja zahtijevaju individualizirano doziranje prema individualnim razlikama na MTD-ski odgovor (63). Svi navedeni razlozi u praksi su doveli do toga da su izgledi pacijenata za dobivanje propisanog BUP-a tri puta veći kod onih pacijenata koji su prijavili sklonost BUP-u, a izgledi za primanje propisanog MTD-a oko dvostruko su veći za one koji su odabrali MTD kao lijek (64).

1.2.3.2.1. Značaj učinka na receptore

Neki autori su se usmjerili na djelovanje pojedinih lijekova na opijatne receptore, a koje bi moglo biti značajno u odabiru jednog lijeka pred drugim, u cilju postizanja i održavanja apstinencije od opijata. Tako su Whelan i Remski u kliničkim istraživanjima naveli vjerojatnim kako BUP ima siromašniji učinak zbog slabije aktivnosti na μ OR, u odnosu na MTD. S gledišta kliničkog iskustva korisnik propušta „gouch“ (kljucanje) (kolokvijalni pojam u Velikoj Britaniji koji su sročili korisnici za blago „klimanje glave“ zbog djelovanja heroina i MTD-a) povezan s MTD-om, u usporedbi s relativno „čistom glavom“ odnosno sa stanjem povezanim s BUP-om. Upravo to igra značajnu ulogu u relativnom nedostatku unosa potonjeg, odnosno odabira lijeka (65). U pojedinim istraživanjima ističe se učinkovitost BUP-a kod opijatnih ovisnika koji su pogođeni depresijom kao i kod pacijenata s depresivnim crtama i disforijom, vjerojatno prema mehanizmu antagonističkog djelovanja na kappa receptore, suzbijajući tako negativno raspoloženje i anksioznost (66). Propisivanje BUP-a nije uspjelo preći MTD u Velikoj Britaniji, unatoč stečenoj prednosti s „vrškom učinkovitosti“. Dakle, čini se da su važniji drugi problemi. Bolji rezultati liječenja povezuju se s visokom

aktivnošću na mu receptorima kao npr., „opojna blokada“ koja se postiže s visokim dozama MTD-a (67).

1.2.3.2.2. Značaj visine doze lijeka

Nesporna je klinička učinkovitost i isplativost liječenja ovisnika fleksibilnom dozom održavanja MTD-om i BUP-om u odnosu na ovisnike bez terapije.

U izravnoj usporedbi, strategija fleksibilnog doziranja terapijom održavanja MTD-om pokazala se učinkovitijom u odnosu na fleksibilnu dozu terapije održavanja BUP-om. Ovakav pristup zahtijeva usklađivanje s novijim iskustvima kliničara u korištenju BUP-a, kao i s mogućim posljedičnim rizikom visokog mortaliteta MTD-skom terapijom održavanja te individualnim sklonostima korisnika prema opijatima (68).

Slijedom tih rezultata pokazalo se kako niska doza MTD-a zadržava više pacijenata u liječenju nego niska ili srednja doza BUP-a (iako srednja doza BUP-a potiskuje nedopušteno korištenje opijata učinkovitije nego niske doze MTD-a). Srednja doza BUP-a nije imala prednost u odnosu na srednje doze MTD-a u smislu zadržavanja i bila je manje učinkovita u suzbijanju nedopuštenog korištenja opioida (69), a više doze BUP-a predviđale su bolje rezultate kod negativnih urina, ali ne i kod zadržavanja u programu (70). Više doze, čini se, predviđaju bolje rezultate, u smislu negativnih urina, i za MTD i BUP, ali ne i za zadržavanje u programu kod BUP-a (66). Dakle, rezultati pokazuju kako doza lijeka i psihosocijalno funkcioniranje utječu na zadržavanje u programu, a psihički komorbiditeti ne utječu na zadržavanje u programu liječenja kod primjene MTD-a. Nasuprot tome, pacijenti na terapiji održavanja BUP-om pokazuju veću stopu depresije u odnosu na one koji su otpali iz programa i one koji se imaju namjeru liječiti (66).

U skladu s rezultatima navedenih israživanja o utjecaju visine doze lijeka, buduća bi istraživanja trebala biti usmjerena na sigurnost i učinkovitost terapije održavanja MTD-om i BUP-om. Nadalje, trebalo bi staviti u fokus potencijalne probleme sigurnosti vezane za MTD i BUP, posebno smrtnost i interakcije droga; učinkovitost zamjenskih lijekova (posebice podskupine bolesnika u okviru kaznenopravnog sustava ili među mladim ljudima) i nesigurnosti u isplativosti temeljene na trenutnim ekonomskim modelima (71).

Osim visine doze lijeka, važan čimbenik je i brza titracija doze lijeka. Nakon brze titracije doze lijeka te potom fleksibilne doze MTD-a ili BUP-a, sudionici koji su odabrali MTD imaju puno ozbiljniju zlouporabu tvari kao i psihijatrijske i fizičke probleme, ali s većom

vjerojatnosti zadržavanja u liječenju (najmanje dvostruko više od skupine na BUP-u). Skupina ovisnika na BUP-u puno bolje suzbija ilegalnu uporabu opijata i postiže detoksikaciju (72).

1.2.3.2.3. Značaj stupnja ovisnosti

Mnogi su faktori važni pri odabiru ispravnog sredstva za održavanje opioidima ili detoksikaciju, kao što su na primjer sam pacijent, klinička važnost i lokalne smjernice. Neki istraživači tvrde kako je stupanj ovisnosti kod pacijenta ključni faktor odabira. Zbog svoje slabije djelotvornosti BUP je vjerojatno najbolje ograničen na one s blagom do umjerenom ovisnošću, a MTD se može koristiti na svim razinama ovisnosti (66). Rezultati pojedinih istraživanja temeljenih na praksi, ukazuju na vjerojatnost da će BUP biti propisan za kratkoročnu detoksifikaciju, a MTD za liječenje održavanjem (64).

1.2.3.2.4. Značaj uvjerenja

Dugo je već poznato kako stavovi i uvjerenja o tretmanu zlouporabe droga oblikuju odgovor za liječenje. Dvije su velike mogućnosti kod opijatne ovisnosti: MTD koji je poznat zadnjih 40-ak godina i BUP, nedavno predstavljeni lijek (73). Sklonosti pacijenta i uvjerenja o opioidnim agonistima i antagonistima snažno utječu na kliničku praksu propisivanja supstitucijske terapije. Prethodna osobna iskustva pacijenata najveći su izvor informacija o mogućnostima liječenja. Proživljena pozitivna i negativna iskustva oblikuju praksu kliničkog propisivanja terapije. Nekonzistentni su rezultati istraživanja u pogledu kliničkih iskustava. S jedne strane, čini se kako oralni MTD ima veću prednost od BUP-a u odabiru liječenja supstitucijskom terapijom prema sklonostima i uvjerenjima pacijenata (64), a s druge strane, rezultati dviju grupa ispitanika u tretmanu, jednih na MTD-u i drugih na BUP-u, pokazuju kako obje grupe imaju značajno pozitivnija uvjerenja prema BUP-u nego prema MTD-u. Slijedom ovih uvjerenja može se povećati ulazak u tretman i zadržavanje (72). Grupe ispitanika u tretmanu MTD-om, kvantitativno i kvalitativno, imaju pozitivne stavove o MTD-u, u odnosu na grupu ispitanika izvan tretmana. Negativne stavove izrazili su u komentarima koji se mogu svrstati u više kategorija. U kategoriji utjecaja na zdravlje komentirali su kako se „MTD pohranjuje“, „uništava zube i kosti“, „remeti spolni život“. (72, 74). Bilježili su kako „ne žele biti na njemu zauvijek“, i da je to „štaka“. Vrlo su jaka uvjerenja bila da je „kriza od

MTD-a jača nego od heroina“, što rezultira strahom da se „zakače“. Potom, duga priroda liječenja, simptomi suzdržanja kod diskontinuiranog uzimanja MTD-a te utjecaj MTD-a na njihove vršnjake koji su u tretmanu. Bilo je sudionika koji su mogli vidjeti pozitivne i negativne strane MTD-a i koji su zaključili kako „to ovisi o osobi“, „možeš ga koristiti u dobre ili loše svrhe“. Jedan sudionik sumirao je kazavši: „Smatram MTD učinkovitim tako dugo dok spriječava kriminalitet, čini ljude zdravima i bez igala, bez prostitucije za jedne, ili poticanja na pljačku za druge... da... on je učinkovit. Ali... samo mijenja jednu ovisnost drugom“ (73). Postoje i uvjerenja ovisnika koji nisu na tretmanu, koji pak vide pacijente koji primaju MTD kao „gubitnike“ koji su „odustali“ od uzvišenog načina života „pravednog narkomana“ (75). Mnoge su druge studije potvrdile postojanje negativnih stavova prema MTD-u i njihovom utjecaju na uvođenje i zadržavanje u tretmanu (76), iako se često ističe kako mnoga zajednička negativna uvjerenja o MTD-u nemaju izravne empirijske dokaze ili se ne mogu pripisati samo MTD-u. Pacijenti koji uzimaju MTD i uključeni su u liječenje, često se zbog stigme ustručavaju o tome obavijestiti članove obitelji, zaposlenike i liječnike (77). Stigma i negativna uvjerenja o MTD-u mogu dovesti do neadekvatnog tretmana vrlo učinkovitog modela liječenja (36,78). Učinkovitost lijeka može biti podržana ili potkopavana i svojom „uličnom pričom“ temeljenom na osobnim iskustvima i rabljenom praksom. Sadašnja istraživanja pokazuju kako BUP ima znatno drugačiju „uličnu priču“ od MTD-a. MTD se gleda kao glavna alternativa BUP-u, ali njihova sličnost tu prestaje. Prednost buprenorfina nad MTD-om vođena je razlikom u zapaženim farmakološkim i fizičkim učincima dvaju lijekova te u određenoj mjeri negativnoj stigmati MTD-a. Također istraživači daju prednost odabiru buprenorfina poradi mnogo veće regulatorne fleksibilnosti i povećanja slobode za pacijente koji primaju BUP (npr. „lijekovi za ponijeti kući“). Niže je i opterećenje usklađenosti s čimbenicima programa liječenja koji utječu na zadržavanje u liječenju (61, 79). Stoga pojedinci koji se ustručavaju uzeti MTD pronalaze BUP kao njima puno prihvatljiviju mogućnost. Svoju odluku o liječenju pripisuju uvjerenju da je BUP efikasan, da ima minimalne nuspojave te da olakšava povratak u normalu koju MTD ne može pružiti. Ovo je uvjerenje tipično ukorijenjeno u osobnim iskustvima korisnika lijekova, temeljenim na nepropisanom „uličnom“ BUP-u, što je uvelike utjecalo na njihov odabir. Korištenje „uličnog“ BUP-a je u porastu, a taj trend prati odgovarajuća dostupnost lijekova u zajednici (80). Pozitivna iskustva s nepropisanim „uličnim“ BUP-om najčešće su i glavni razlog traženja liječenja BUP-om. Temeljna subjektivna stvarnost jest općenito spremnost za bilo kakav oblik liječenja po principu „umoran od umora“. Odabir BUP-a opisan je kao želja da se izbjegne apstinencijski sindrom. Pojedinci ističu kako BUP potiče stanje normalnosti koje se

ne može postići s heroinom ili MTD-om. BUP-ski nesedirajući učinak smatra se vrlo poželjnim svojstvom lijeka, osobito u usporedbi s MTD-om (71). Nadalje, preferiranje BUP-a nad MTD-om temelji se na percipiranim farmakološkim razlikama ovisnika i njihovim posljedicama. Ovisnici često izražavaju zabrinutost zbog apstinencije od MTD-a, a kod BUP-a smatraju blažim sindrom apstinencije. Neki percipiraju kako se BUP može koristiti za kraće trajanje programa kao i da postoji korisnost liječenja BUP-om u suživotu s obitelji, prijateljima i susjedima, za razliku od MTD-a kojeg percipiraju kao ovisnost koja zahtijeva dugoročni ili neodređeni tretman (71). Nadalje, pacijenti koji odabiru BUP umjesto MTD-a navode negativan pogled na MTD kao najčešći razlog za njihov izbor tretmana (72). Dostupnost uličnog BUP-a može paradoksalno imati neku javnozdravstvenu korist poticanjem početka liječenja među heroinskim ovisnicima koji su ga probali. Isto tako je moguće da dostupnost BUP-a na ulicama može čuvati druge ovisnike od traženja liječenja u sustavu (71). Korištenje preusmjerenog BUP-a stoga se često gleda kao javnozdravstveni problem. Ipak, pojedinci ovisni o heroinu najčešće prijavljuju korištenje nepropisanog BUP-a u cilju ublažavanja simptoma heroinske krize ili kao pokušaj samodetoksifikacije, ne u cilju postizanja euforije (81). Dakle, sva ova otkrića podrazumijevaju važnost kriterija usluga za uvrštavanje u program liječenja (82).

1.3. Osobine ličnosti

Mnoge studije istražuju povezanost osobina ličnosti i ovisnosti. Temeljni metodološki problem u takvim istraživanjima jest nemogućnost razdvajanja uzroka i posljedice, odnosno predisponiraju li obilježja ličnosti nastanak ovisnosti ili su ona posljedica konzumiranja droga. Prema ranijim saznanjima ne postoji nužna povezanost između određenih obilježja ličnosti i zlouporabe droga, ali se može govoriti o predisponirajućim čimbenicima, odnosno sklonosti zlouporabi droga u osoba određene psihičke konfiguracije (83).

Ranija su istraživanja bila usmjerenija na pronalaženje postojanja jedinstvenog tipa ličnosti - ovisničke ličnosti, temeljene na psihodinamskim postavkama o patološkoj ovisnosti (84, 85, 86) te su ovisnosti klasificirane kao tipovi „sociopatskih poremećaja ličnosti“, a potom su svrstane pod širu kategoriju *poremećaja ličnosti*. Pojavom DSM-III (87) dolazi do razdvajanja uporabe droga od poremećaja ličnosti. Današnja znanstvena mišljenja usuglašena su u tome da ne postoji ovisnička osobnost (88, 89), no rezultati istraživanja ističu individualne razlike s obzirom na obilježja ličnosti koje su konzistentno povezane sa zluporabom i ovisnošću o drogama (90,91). Drugim riječima, „crte ličnosti“ odnose se na nepatološke čimbenike povezane s obrascima mišljenja i ponašanja kod korisnika droga (92).

Odnos osobina ličnosti prema različitim oblicima zluporabe opojnih droga privukao je veliku pozornost (93, 94, 95, 96, 97). Međutim, odnosi ličnosti i uporabe droga jako su zahtjevni jer je raspon dimenzija ličnosti za koje se pretpostavlja da utječu na uporabu opojnih droga iznimno širok (93). Rezultati istraživanja ukazuju na to da alkoholizam i zluporaba droga mogu biti predodređeni naslijeđenim ponašajnim sklonostima ili temperamentima. Ove naslijeđene predispozicije oblikuju razvoj ličnosti u interakciji s fizičkim i društvenim okruženjima. Postoje jaki dokazi koji povezuju određene karakteristike ličnosti, osobito antisocijalne i neurotične osobine, s rizikom od zluporabe tegoba (97).

Unutar područja ovisničkog ponašanja o psihoaktivnim tvarima, ranije su studije bile poprilično raspršene i neuvjerljive te su propustile prepoznati jedinstvene osobine ličnosti koje razlikuju one koji zluporabljaju droge od onih koji to ne rade (98).

Konzistentni su rezultati istraživanja petofaktorskog modela ličnosti koji pokazuje kako korisnici PAT imaju visoke rezultate na skali neuroticizma (emocionalne labilnosti) (99, 100, 101, 102). Teški ovisnici pokazuju visoke rezultate neuroticizma i psihoticizma (100). Međutim, proturječni su rezultati istraživanja na skali ekstraverzije između skupina konzumenata i nekonzumenata. Prema rezultatima nekih istraživanja nema razlike u ekstraverziji između ove dvije skupine (101, 103), a drugi pak ukazuju na više rezultate

ekstraverzije kod konzumenata (102) kao i kod teških ovisnika kod kojih su viši rezultati u ekstraverziji i njezinim podkomponentama, socijalnosti i impulzivnosti (104). Rezultati drugih istraživanja kod skupine teških ovisnika pokazuju pak niske rezultate na ekstraverziji (105).

Većina autora navodi kako ipak osobe sklone zlouporabi PAT karakterizira niska ekstraverzija (99), niska ugodnost (106, 107) i savjesnost (106,107) kao i visoki rezultati na skali otvorenosti (106,100).

Prema Kvisle, petofaktorski model heroinskog ovisnika razlikuje se od kontrolne skupine pokazujući više rezultate na skali neuroticizma i niske na skali ekstraverzije, ugodnosti i savjesnosti (108). Komor i Nordwik ukazuju na to da uzorak ovisnika pokazuje više rezultate na skali neuroticizma te niže na ekstraverziji i savjesnosti. Male su razlike u skupinama na skalama otvorenosti i ugodnosti (109). Malouff i suradnici, prema rezultatima dobivenim metaanalizom, ukazuju na povezanosti visokih rezultata neuroticizma i niskih rezultata savjesnosti i ugodnosti sa zlouporabom droge (110).

U svom istraživanju Dubey i suradnici potvrđuju kako skupina konzumenata PAT (heroin, alkohol, kanabis i politoksikomani) pokazuje više rezultate na skali neuroticizma (emocionalna labilnost) i ekstraverzije (energija) u odnosu na nekonzumente. Nekorisnici droga značajno postižu više rezultate na dimenzijama otvorenosti i savjesnosti. Ne postoji značajna razlika dobivena na ugodnosti između ovih dviju skupina (98).

Rezultati istraživanja koje uspoređuje nekorisnike i korisnike različitih psihoaktivnih tvari ukazuju na značajne razlike između skupina kao i unutar skupina korisnika. Kod alkoholičara, rezultati dobiveni metaanalizom ukazuju na značajnu povezanost alkoholizma s visokim neuroticizmom i niskom savjesnosti, no ističe se značajna statistička povezanost alkoholizma i niske ugodnosti. (111). Pušači na primjer postižu više rezultate na neuroticizmu i niže rezultate na savjesnosti u odnosu na nepušače. Sličan, ali još ekstremniji, jest profil kokain/heroin korisnika, koji postižu također vrlo visoke rezultate na neuroticizmu, a vrlo niske rezultate na savjesnosti. Suprotno tome, korisnici marihuane postižu prosječne rezultate na neuroticizmu, ali niske na ugodnosti i savjesnosti u odnosu na nekonzumente. Ova studija zaključno naglašava vezu između uporabe droga i niske savjesnosti. Ta veza pruža uvid u etiologiju korištenja droga i ima utjecaj na javnozdravstvene intervencije (112).

Nisu pronađena istraživanja koja bi definirala karakteristike i moguće razlike u osobinama ličnosti u skupinama ovisnika na terapiji održavanja MTD-om i BUP-om, izuzev zaključka kako je BUP puno učinkovitiji od MTD-a kod pacijenata koji pokazuju depresivne osobine ličnosti i disforiju (66).

1.4. Stilovi i dimenzije privrženosti

Bowlby definira privrženost kao afektivnu vezu koju karakterizira tendencija traženja i održavanja bliskosti s određenim objektom privrženosti, posebice u stresnim situacijama. (113). Ona predstavlja urođenu biološku potrebu za bliskim kontaktom. Cilj privrženog ponašanja jest upravljanje emocionalnom vezom i svaka situacija percipirana kao potencijalno opasna za vezu potiče oblikovanje ponašanja kako bi je sačuvala (114).

Temeljem pozitivnih i negativnih radnih modela sebe i drugih, Bartholomew (115) predlaže koncept od četiriju tipova privrženosti u odrasloj dobi: sigurni, zaokupljeni, plašljivi i odbijajući (Slika 1.). Dimenzija slike o sebi povezana je sa stupnjem emocionalne ovisnosti o drugima zbog samovrednovanja. Pozitivan model slike o sebi odražava internalizirani osjećaj vrijednosti sebe samoga, neovisno o vanjskoj procjeni. Negativan model slike o sebi povezan je s anksioznošću zbog prihvaćanja i odbijanja pojedinca u bliskim odnosima. Dimenzija drugih sadrži očekivanja o tome koliko su drugi dostupni te koliko će podršku pružiti. Pozitivan model drugih olakšava traženje intimnosti i podrške u bliskim vezama, a negativan model vodi do izbjegavanja intimnosti (Slika 1).

MODEL O SEBI (ovisnost ili anksioznost)

	POZITIVAN (niska)	NEGATIVAN (visoka)
MODEL O DRUGIMA (izbjegavanje)	POZITIVAN (nisko) Ugoda s intimnošću i autonomijom	ZAOKUPLJENI TIP Zaokupljeni odnosima, pretjerano ovisni
	NEGATIVAN (visoko) Umanjuju važnost privrženosti, neovisni	PLAŠLJIVI TIP Strah od bliskosti, društveno izbjegavanje

Slika 1. Kategorijalna klasifikacija stilova privrženosti

Prema: Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment styles among young adults: a test of four-category model. J Pers Soc Psychol 1991; 61: 226-44.

U kategorijalnom modelu koji predlažu Bartholomew i Horowitz (116) osobe sa sigurnim stilom privrženosti imaju pozitivnu sliku o sebi i drugim ljudima, tj. sebe obično vide kao povjerljive, vrijedne ljubavi i asertivne, a druge kao one koji pružaju oslonac, ljubazne i vrijedne povjerenja. U intimnim vezama osjećaju se ugodno, lako sklapaju prijateljstva i cijene ih, te koriste druge kao izvor podrške kada im je to potrebno. Osim sigurne, Bartholomew i Horowitz (116) opisuju i tri stila nesigurne privrženosti. Osobe sa zaokupljenim stilom privrženosti imaju negativnu sliku o sebi, a pozitivnu sliku o drugima, što rezultira podcjenjivanjem sebe i idealiziranjem drugih. Imaju potrebu biti prihvaćeni od drugih ljudi, ali očekuju odbacivanje jer sebe vide kao one koje se ne može voljeti. Plašljivo privrženi imaju negativnu sliku o sebi i drugima. Sebe doživljavaju nevrijednima ljubavi, druge vide kao nedostupne te očekuju odbacivanje od svojih partnera. Iz tog razloga izbjegavaju bliske odnose s drugima iako imaju snažnu potrebu za bliskošću. Odbijajuće privrženi imaju pozitivnu sliku o sebi, a negativnu o drugima. Oni sebe doživljavaju kao vrijedne ljubavi (117). Za razliku od plašljivo privrženih, oni su uspjeli zadržati pozitivnu sliku o sebi, uz pomoć obrambenog mehanizma negiranja važnosti bliskih odnosa. Druge ljude vide kao zlonamjerne i nevrijedne te naglašavaju vlastitu samostalnost. Međutim, većina ljudi iskazuje miješane stilove privrženosti u različitim životnim razdobljima i unutar različitih veza. U kategorijalnom modelu privrženosti zanemaruje se individualni varijabilitet jer se osobu svrstava u jednu od četiriju kategorija čime se zanemaruju dinamički utjecaji promjena u okolini i interpersonalnim odnosima (118). S ciljem uklanjanja nedostataka kategorijalnih modela privrženosti uvode dvije bipolarne, ortogonalne dimenzije: dimenziju anksiozne privrženosti (u čijoj je osnovi strah od odbacivanja ili napuštanja, te potreba za ekstremnom bliskošću) i dimenziju izbjegavajuće privrženosti (u čijoj je osnovi doživljaj nelagode s bliskošću, samootkrivanjem, osjećajima i ekspresijom ranjivosti i ovisnosti u bliskim vezama) (119).

Sigurno privrženi pojedinci postižu niske rezultate u obje dimenzije. Odbijajuće i plašljivo privrženi postižu više rezultate u dimenziji izbjegavanja, što ukazuje na to da je dimenzija izbjegavanja usko povezana s modelom o drugima. Zaokupljeno i plašljivo privrženi postižu više rezultate u dimenziji anksioznosti, što ukazuje na povezanost te dimenzije s modelom o sebi (Slika 2). Istraživanja konzistentno potvrđuju dvije pouzdane dimenzije (Slika 2) u podlozi individualnih razlika u funkcioniranju sustava privrženosti (118).



Slika 2. Dvodimenzionalni model privrženosti na osnovi dimenzija anksioznosti i izbjegavanja

Prema: Brennan KA, Clark CL, Shaver PR. Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. 1998.

Većina autora u novijim istraživanjima mjeri i konceptualizira individualne razlike u privrženosti dimenzionalno, umjesto kategorijalno (120) jer je tako omogućeno preciznije mjerenje, uzajamna usporedba i kombiniranje različitih mjera. Dimenzije su osjetljivije od kategorija, odnosno mogu otkriti i male promjene u privrženosti koje se mogu ili umanjiti ili uvećati s kategorijama.

Istraživanja pokazuju dugotrajnu prednost sigurne privrženosti u djetinjstvu s obzirom na mentalno zdravlje (121). Koji će tip privrženosti dijete formirati ovisi o ponašanju majke prema njemu, kvaliteti njihova odnosa, majčinoj brizi i nježnosti, njezinom primjećivanju djetetovih signala, njihovoj točnoj interpretaciji od strane majke te prigodnim odgovorom na njih. Stoga se nesigurna privrženost u djetinjstvu opisuje kao čimbenik ranjivosti za poremećaje psihološkog funkcioniranja u adolescenciji i odrasloj dobi (122, 123). Postoje teorijske poveznice nesigurne privrženosti i širokog spektra poremećaja (124, 125).

Još Bowlby (113) opisuje nerazvijenost „oslonca na sebe” u osoba sa smetnjama na Osi II i pervazivnim poremećajima na Osi I. Nesigurno privrženi ljudi vjerojatno su pretjerano samokritični, preplavljeni sumnjama u sebe i skloni obranama kao što je destruktivni perfekcionizam, kako bi prikrili osjećaje bezvrijednosti ili bespomoćnosti (126). Ova

disfunkcionalna vjerovanja o sebi kod nesigurno privrženih osoba povećavaju rizik za razvoj mentalnih poremećaja. Istraživanja privrženosti također su pokazala da je nesigurna privrženost povezana s patološkim narcizmom. Izbjegavajuća privrženost povezana je s otvorenim narcizmom ili grandioznošću, koji uključuje samohvalu i poricanje slabosti, a anksiozna privrženost povezana je s prikrivenim narcizmom kojeg karakterizira pažnja usmjerena na sebe, pretjerana osjetljivost na procjene drugih ljudi i pretjerano naglašen osjećaj prava na nešto (127). Također istraživači navode kako je dominantno izbjegavajući stil privrženosti u odrasloj dobi povezan s razvojem eksternaliziranih poremećaja (pretežno aktivnih poremećaja u ponašanju usmjerenih na druge kao npr. agresivnost i delinkventno ponašanje) te da je dominantno anksiozni (plašljivi) stil povezan s razvojem internaliziranih poremećaja (pretežno pasivnih poremećaja u ponašanju usmjerenih prema sebi kao što su depresija i anksioznost) (123).

Pregledom mnogobrojnih transverzalnih, longitudinalnih i prospektivnih studija na kliničkim i nekliničkim uzorcima istraživači pronalaze da je nesigurna privrženost zajednička osobama širokog raspona mentalnih poremećaja, od blagog stresa do ozbiljnih poremećaja ličnosti (128, 129). Konzistentni podudarni rezultati također se javljaju u novijim istraživanjima (130). Nesigurna privrženost povezana je s depresijom (131), klinički značajnom anksioznošću (132), socijalnom fobijom i generaliziranim anksioznim poremećajem (133), opsesivno-kompulzivnim poremećajem (134), posttraumatskim stresnim poremećajem (135, 136) suicidalnim sklonostima (137), poremećajima hranjenja (138) te poremećajima ličnosti (139).

Teorija privrženosti može značajno pridonijeti razumijevanju preduvjeta povezanih s razvojem ovisničkog ponašanja temeljem široko dokumentirane povezanosti privrženosti i ovisnosti o PAT (140). Osim povezanosti nesigurnih stilova privrženosti i zlouporabe supstanci, ukazuje se na povezanost nesigurnih stilova s emocionalnim stresom i međuljudskim odnosima (141, 142). Prema jednoj istraživačkoj studiji, ovisnici o heroinu, uz veću vjerojatnost nesigurnog stila privrženosti, imaju i veću vjerojatnost straha od intime (143).

Za one osobe koje imaju nesigurnu privrženost, ovisnost se može smatrati disfunkcionalnim načinom kompenzacije osjećaja nesigurnosti. Ti osjećaji nesigurnosti otežavaju formiranje smislenih i zdravih odnosa. Tvar je zamjena za sigurne odnose. U tom smislu odnos s stvari jest pokušaj zamjene nedostatka sigurnosti, kao i sigurnosti u dobi djeteta. Ovisnik traži rješenje „vani“ kako bi nadoknadio nedostatak „unutra“ (144).

Zanimljiva su istraživanja koja govore o odnosu između izbjegavajućeg stila privrženosti, autoritarnog roditeljskog stila i opsega zlouporabe droga (145) kao i izravni utjecaj interakcije majki s djecom na razvoj mozga i posljedične poteškoće koje proizlaze iz nesigurnih stilova privrženosti koji često ostaju konzistentni tijekom cijelog života, osim ako se ne pojave intervencije (146).

1.5. Svrha rada

Temeljem navedenih istraživačkih pronalazaka o osobinama ličnosti i nesigurnoj privrženosti ovisnika, pretpostavili smo da bi odabir između terapije MTD-om i BUP-om mogao dijelom biti determiniran osobinama ličnosti i stilovima privrženosti ovisnika o heroinu. Pregledom dostupne literature nisu pronađena istraživanja u kojima su ispitivane razlike u osobinama ličnosti niti u stilovima privrženosti između ovisnika na MTD-skoj i BUP-skoj terapiji.

Stoga je svrha ovog istraživanja utvrditi razlike u osobinama ličnosti i stilovima privrženosti opijatskih ovisnika koji se liječe MTD-om i onih koji se liječe BUP-om odnosno utvrditi kako ovisnici na BUP-skoj terapiji imaju „pozitivnije“ osobine ličnosti i niže stupnjeve nesigurne privrženosti u odnosu na ovisnike na MTD-skoj terapiji. Moguća je identifikacija nekih od čimbenika koji mogu utjecati na odabir supstitucijske farmakoterapije u liječenju opijatskih ovisnika što je ujedno i znanstveni doprinos rada, dok je praktična svrha ovog istraživanja doprinjeti unaprijeđenju smjernica odgovarajućeg odabira farmakoterapije u liječenju heroinskih ovisnika.

2. HIPOTEZA

Ovisnici u apstinenciji na terapiji održavanja BUP-om imaju pozitivnije (prilagođenije) osobine u svih pet velikih domena ličnosti (energija, ugodnost, savjesnost, emocionalna stabilnost, mentalna otvorenost) i sigurniji stil privrženosti u prijateljskim vezama u odnosu na ovisnike u apstinenciji na MTD-skoj terapiji održavanja.

To znači da ovisnici na BUP-u imaju veću ekstravertiranost, kooperativniji su i srdačniji, temeljitiji i ustrajniji, imaju bolju kontrolu emocija i impulsa, otvoreniji su prema kulturi i novim iskustvima u odnosu na ovisnike u apstinenciji te su rjeđe nesigurno privrženi u odnosu na ovisnike u apstinenciji na MTD-skoj terapiji održavanja.

3. CILJEVI RADA

Opći cilj rada jest utvrditi razlike u osobinama ličnosti i stilovima privrženosti između heroinskih ovisnika na terapiji održavanja metadonom i heroinskih ovisnika na terapiji održavanja BUP-om, te utvrditi važnost ovih karakteristika u postupku određivanja indikacija za izbor farmakoterapije kod postizanja apstinencije u sklopu medicinski potpomognutog liječenja.

Specifični ciljevi rada jesu:

- 1) Utvrditi razlike u osobinama ličnosti između heroinskih ovisnika na terapiji MTD-om i ovisnika na terapiji BUP-om
- 2) Utvrditi razlike u stilovima privrženosti između heroinskih ovisnika na terapiji MTD-om i ovisnika na terapiji BUP-om

4. MATERIJALI I METODE

Prema određenom postupku provedbe istraživanje, primjenjeni su mjerni instrumenti na ispitanicima. Ispitanici su prema kriterijima uključivanja, uvršteni u istraživanje.

4.1. Ustroj istraživanja

Istraživanje je provedeno u Službi za mentalno zdravlje, Nastavnog zavoda za javno zdravstvo Splitsko–dalmatinske županije tijekom 2013. i 2014. godine. Provedeno istraživanje osmišljeno je kao presječna studija.

4.2. Ispitanici

Ciljanu populaciju činili su građani Republike Hrvatske u redovitim ambulantnim kontrolama programa liječenja ovisnosti, a kojima je dijagnosticirana ovisnost o opijatima prema kriterijima MKB-10. Istraživanje je obuhvatilo 300 ispitanika, heroinskih ovisnika, podijeljenih u 2 skupine od po 150 ispitanika. Prvu skupinu sačinjavali su heroinski ovisnici na supstitucijskoj terapiji održavanja MTD-om, drugu skupinu heroinski ovisnici na supstitucijskoj terapiji održavanja BUP-om. Tijekom 2013. godine evidentirano je u Službi 718 opijatnih ovisnika, a 2014. godine 659 opijatnih ovisnika zbrinutih na održavanju supstitucijskom terapijom. Ukupno je 520 osoba upitano za sudjelovanje u studiji. Od toga je ukupno 300 osoba zadovoljilo kriterije i pristalo na sudjelovanje i to 128 osoba tijekom 2013. godine i 172 osobe tijekom 2014. godine. Ukupno su 82 osobe odbile sudjelovati u studiji, a njih 105 nije zadovoljavalo kriterije uključivanja u studiju te ih je 33 odustalo tijekom istraživanja.

Kriteriji uključivanja bili su sljedeći:

- osobe starije od 18 godina
- dijagnoza ovisnosti o opijatima, F 11.2 prema MKB-10 šiframa, upisani u Registar osoba liječenih zbog zlouporabe psihoaktivnih droga pri Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo, Odsjek za praćenje ovisnosti s registrom osoba liječenih zbog zlouporabe psihoaktivnih droga
- propisana supstitucijska terapija u dozi održavanja uz apstinenciju od heroina unatrag 12 mjeseci prema medicinskoj dokumentaciji Službe

- negativan nalaz urina na opijate i pozitivan nalaz urina na propisanu supstitucijsku terapiju održavanja na dan primjene mjernih instrumenata. Nalaz urina utvrđen je uzorkovanjem urina pod kontrolom medicinskih djelatnika Službe i testiranjem urina sa AbuGnost MOP, MTD i BUP test pločicom na PAT što spada u rutinski postupak ambulantnog liječenja i kontrole apstinencije bolesnika

Kriteriji isključivanja bili su sljedeći:

- ovisnici o opijatima koji nisu upisani u Registar osoba liječenih zbog zlouporabe psihoaktivnih droga pri Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo, Odsjek za praćenje ovisnosti s registrom osoba liječenih zbog zlouporabe psihoaktivnih droga
- ovisnici o opijatima koji su unatrag 12 mjeseci imali recidiv opijatima prema medicinskoj dokumentaciji Službe
- kognitivna oštećenja prema ranijoj medicinskoj dokumentaciji
- intelektualna insuficijentnost prema ranijem psihologijskom testiranju

4.3. Postupak provedbe istraživanja

Ispitanici su ispunjavali upitnike nakon redovnog kontrolnog pregleda u Službi, s prethodnim testiranjem urina na psihoaktivne tvari, koji spada u redovni postupak ambulantne kontrole. Rezultat urina bio je i jedan od kriterija uključivanja ispitanika u istraživanje.

Istraživanje su provodili liječnici specijalisti, zaposleni u Službi mentalnog zdravlja i izvanbolničkog liječenja ovisnosti, ovlašteni za propisivanje supstitucijske terapije unutar sustava Nastavnog zavoda za javno zdravstvo. Primjena psihologijskih testova i interpretacija napravljena je u suradnji s ovlaštenim psihologom. Primijenjeni upitnici zaštićena su psihodijagnostička sredstva te nisu u prilogu radnje. Istraživanje je odobrila etička komisija Nastavnog zavoda za javno zdravstvo Splitsko–dalmatinske županije.

Nakon obavljenog kontrolnog pregleda u ordinaciji liječnika specijalista, ispitanik je usmeno informiran o naravima i ciljevima istraživanja te o metodama i načinu provođenja studije. Dragovoljno prihvaćanje sudjelovanja ispitanici su potvrdili informiranim pristankom. Potom su pristupili individualnom pismenom ispunjavanju upitnika koje se događalo unutar

ordinacije liječnika specijalista kod kojeg su obavljali pregled. U slučaju bilo kakve nejasnoće tijekom cijelog postupka ispitanicima je bio dostupan liječnik specijalist za moguće razjašnjenje upita. Anketiranje je u prosjeku trajalo između 45 i 60 minuta. Sa svim materijalima prikupljenim tijekom istraživanja postupalo se povjerljivo, a identitet osoba ostao je zaštićen.

Limitirajući faktor istraživanja bila je otežana koordinacija istraživanja uz kontrolne preglede ispitanika, što je kod pojedinih ispitanika, točnije njih 24, izazvalo nemotiviranost i nestrpljivost, te posljedično odustajanje od započetog sudjelovanja u anketiranju. Devetero ispitanika odustalo je zbog straha od mogućnosti otkrivanja identiteta.

4.4. Mjerni instrumenti

1. Za sociodemografske podatke i podatke o liječenju korišten je **Pompidou upitnik** za ovisnike, kojim se ovisnici evidentiraju u državni Registar osoba liječenih zbog zlouporabe psihoaktivnih droga pri Odjelu za epidemiologiju ovisnosti Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo. Isti se podaci prikupljaju u jedinstvenu bazu podataka Europskog Centra za nadzor droga i ovisnosti o drogama (EMCDDA) osnovanog 1993. godine (147).

Upitnik je u redovnoj uporabi u Hrvatskoj. Temelji se na smjernicama pokazatelja potrebe liječenja. Standardni je upitnik kreiran od strane Europskog centra za praćenje droga i ovisnosti o drogama Pompidou grupe osnovane 1971. godine, a u kooperaciji s Vijećem Europe od 1980. godine, koje ima za cilj istraživati zlouporabu i trgovinu drogom s različitih gledišta. Mnoge su zemlje srednje i istočne Europe članovi Pompidou grupe (148).

Ovaj se upitnik koristi za prikupljanje jedinstvenih podataka o korisnicima droga u programima liječenja u preko 35 europskih zemalja. Upitnik se sastoji od 11 dijelova koji obuhvaćaju sljedeća područja: liječenje ovisnosti o drogama, sociodemografski podaci, zlouporaba droga, rizična ponašanja, liječenje, obiteljski podaci, pravni problemi, prethodna povijest ovisnosti, zdravstveni problemi, uzroci zlouporabe droga i povjerljivi osobni podaci (u dodatku) (147).

Upitnik je sastavljen djelomično od pitanja s ponuđenim odgovorima te dijela pitanja na koja osoba sama daje odgovor.

2. Za ispitivanje osobina ličnosti korišten je **Big Five upitnik - BFQ**

Big Five upitnik koristi se za procjenu pet velikih dimenzija ličnosti u okviru petofaktorskog modela te po dvije pod-dimenzije unutar svake domene. Primjenjuje se u organizacijskoj, kliničkoj, zdravstvenoj i edukacijskoj psihologiji. Ako se koristi za profesionalnu selekciju,

treba istaknuti važnost spontanog i iskrenog odgovaranja i to da bilo kakav pokušaj falsificiranja nema smisla budući da nema točnih i netočnih odgovora niti potpuno poželjnog ili potpuno nepoželjnog profila.

Upitnik mjeri pet velikih domena ličnosti, a svaka dimenzija je definirana s dvije pod-dimenzije. To su:

- Energija – E: odnosi se na one aspekte koji se u literaturi navode kao ekstraverzija, a osobe koje u ovoj dimenziji postižu visoke rezultate opisuju se kao vrlo dinamične, aktivne, energične, dominantne, razgovorljive.

Definiraju je dvije pod-dimenzije: dinamičnost (Di) i dominacija (Do)

- Ugodnost – U: osobina koju u velikoj mjeri posjeduju kooperativne, srdačne, altruistične, prijateljski nastrojene, velikodušne i empatične osobe.

Definiraju je dvije pod-dimenzije: kooperativnost/empatija (Kp) i srdačnost / prijateljski stav (Sr)

- Savjesnost – S: odnosi se na sposobnost samoregulacije/samokontrole, a osobe koje postižu visoke rezultate u toj dimenziji opisuju se kao refleksivne, savjesne, uredne, precizne i ustrajne.

Definiraju je dvije pod-dimenzije: temeljitost (Tm) i ustrajnost (Us)

- Emocionalna stabilnost – ES: odnosi se na karakteristike koje označavaju suprotno od „negativnog afekta”, a osobe koje postižu visok rezultat u ovoj dimenziji opisuju se kao manje anksiozne, manje ranjive, manje osjetljive, manje impulzivne, manje nestrpljive i manje iritabilne.

Definiraju je dvije pod-dimenzije: emocionalna kontrola (Ek) i kontrola impulsa (Ki)

- Mentalna otvorenost – MO: odnosi se na dimenzije koje drugi autori definiraju kao kulturu, intelekt ili otvorenost prema iskustvu, a osobe koje u toj dimenziji postižu visoke rezultate opisuju se kao izuzetno obrazovane, informirane, zainteresirane za nove stvari i iskustva, otvorene za kontakt s različitim kulturama i običajima.

Definiraju je dvije pod-dimenzije: otvorenost prema kulturi (Ok) i otvorenost prema iskustvu (Oi)

BFQ uključuje i ljestvicu laganja - L, koja ima za cilj identifikaciju sklonosti pojedinca da se predstavi u svjetlu koje je lažno „pozitivno” ili lažno „negativno”. Svaka dimenzija uključuje 24 čestice, a pod-dimenzije po 12 aspekata, od kojih je polovina formulirana u pozitivnom, a polovina u negativnom smjeru u odnosu na ime ljestvice. Cilj toga jest kontroliranje eventualnog pojavljivanja seta odgovaranja. Zadatak ispitanika jest

odgovoriti na svaku navedenu tvrdnju u Upitniku zaokruživanjem broja od 1 (u potpunosti netočno za mene) do 5 (u potpunosti točno za mene) koji odgovara stupnju njegova slaganja s navedenom tvrdnjom. Upitnik se sastoji od 132 tvrdnje. Svaka dimenzija uključuje 24 tvrdnje, a pod-dimenzije po 12 tvrdnji, od kojih je polovina formulirana u pozitivnom, a polovina u negativnom smjeru u odnosu na naziv ljestvice. Zadatak je ispitanika procijeniti svoj stupanj slaganja sa svakom pojedinom tvrdnjom u upitniku, na ljestvici od 1 do 5 (1 – u potpunosti netočno za mene, 5 – u potpunosti točno za mene). Rezultat sudionika određuje se zbrajanjem procjena za odgovarajuće čestice svake pojedine pod-dimenzije upitnika, što omogućava dobivanje ukupnog rezultata za dimenzije BFQ-a (149).

3. Za ispitivanje dimenzija privrženosti korišten je *Inventar iskustava u bliskim vezama* - Verzija za prijatelje (150). U ovom istraživanju korištena je skraćena verzija Brennanovog upitnika validirana na populaciji hrvatskih građana koja zadržava ista psihometrijska svojstva kao i prvobitna ljestvica (151). Ljestvica se sastoji od 18 izjava koje opisuju osjećaje, misli i ponašanje u bliskim odnosima. Sudionici procjenjuju u kojoj mjeri svaka stavka predstavlja njihove vlastite osjećaje, misli i ponašanje prema prijateljima. Njihove procjene daju se na ljestvici od 7 stupnjeva, u rasponu od „jako se ne slažem“ do „jako se slažem“. Skala se sastoji od dvije podskale koje mjere dvije dimenzije privrženosti - anksioznost i izbjegavanje. Svaka subskala sastoji se od devet aspekata snažno povezanih s temeljnim faktorom. Dvije subskale su ortogonalne ($r = 0,08$) i vrlo pouzdane (Cronbach alfa je 0,86 za izbjegavanje i 0,83 za anksioznost). Prema njihovim rezultatima u dvije dimenzije i teoretskoj srednjoj vrijednosti u svakoj dimenziji, sudionici se mogu svrstati u jedan od četiriju stilova privrženosti koje je predložio Bartholomew - sigurni, zaokupljeni, izbjegavajući i plašljivi (150, 151, 152)

U ovom istraživanju pouzdanost unutarnje konzistencije (Cronbach – alpha) čitave skale anksioznosti zadovoljavajuća je i iznosi 0,72, a pouzdanost unutarnje konzistencije (Cronbach – alpha) skale izbjegavanja nešto je niža od optimalne i iznosi 0,54. U skupini ovisnika na terapiji BUP-om pouzdanost unutarnje konzistencije (Cronbach – alpha) skale anksioznosti zadovoljavajuća je i iznosi 0,73, a pouzdanost skale izbjegavanja niža je od optimalne i iznosi 0,49. U skupini ovisnika na terapiji MTD-om pouzdanost unutarnje konzistencije (Cronbach – alpha) skale anksioznosti zadovoljavajuća je i iznosi 0,71, a pouzdanost skale izbjegavanja iznosi 0,58. Povezanost dimenzija anksioznosti i izbjegavanja značajna je i pozitivna ($r = 0,50$; $p < 0,001$) u skupini ovisnika koji su na zamjenskoj terapiji BUP-om te u skupini ovisnika na zamjenskoj terapiji MTD-om ($r = 0,62$; $p < 0,001$).

4.5. Etička načela

Način dobivanja i zaštita podataka poštuju etička načela, hrvatske zakone i međunarodne konvencije. Ispitanicima je objašnjena svrha istraživanja te im je rečeno da je sudjelovanje u istraživanju dragovoljno. Zajamčene su tajnost i zaštita podataka. Od ispitanika tražena je suglasnost informiranim pristankom. Ispitanici su u bilo kojem trenutku i bez dodatnog objašnjenja mogli odustati od istraživanja, a u slučaju potrebe za kliničkim liječenjem, mogli su se obratiti provoditelju istraživanja. Ispitanici su dobili uputu da u bilo kojem trenutku provođenja istraživanja mogu odustati od daljnjeg sudjelovanja bez posljedica na postupak liječenja. Također im je rečeno da neće dobiti financijsku niti drugu naknadu za sudjelovanje.

4.6. Statističke metode

Za obradu dobivenih rezultata korišteni su parametrijski i neparametrijski statistički postupci kojima su ispitani postavljeni ciljevi i testirana istraživačka hipoteza. Obilježja ispitivanih skupina opisana su deskriptivnim parametrima frekvencija, postotaka, te mjerama srednje vrijednosti i standardnih odstupanja (aritmetičke sredine i standardne devijacije). Za testiranje statističke značajnosti razlika između skupina ovisnika liječenih BUP-om i MTD-om u ispitivanim obilježjima (sociodemografske karakteristike, osobine ličnosti i dimenzije privrženosti) korišteni su računi t-testa odnosno χ^2 testa za nezavisne uzorke. Povezanost osobina ličnosti i dimenzija privrženosti utvrđivana je Pearsonovim koeficijentom korelacije. Računom multiple regresijske analize ispitivana je mogućnost predviđanja rezultata u dimenzijama privrženosti temeljem rezultata na upitniku osobina ličnosti. Multipla regresijska analiza jest multivarijatni statistički postupak kojim se na temelju nekog skupa prediktorskih varijabli (u ovom slučaju crta ličnosti) nastoji predvidjeti neka kriterijska varijabla (u ovom slučaju pojedine dimenzije privrženosti). Naposljetku, pomoću postupka diskriminacijske analize ispitana je mogućnost razlikovanja pripadnosti pojedinoj skupini (ovisnici na buprenorfinu vs. ovisnici na metadonu) temeljem rezultata ispitanika na testu ličnosti i u dimenzijama privrženosti. Granična vrijednost temeljem koje se određivala razina značajnosti bila jest 5 %.

5. REZULTATI

5.1. Osnovne karakteristike sudionika istraživanja

U ukupnom broju ispitanika oba spola, dob je normalno raspoređena. Mlađih ispitanika (do 39 godina) jest 149, a starijih ispitanika (40 i više godina) jest 151. Prema stručnoj spremi 80,6 % ispitanika je srednje, više i visoke stručne spreme, a 19,4 % njih je niže stručne spreme. Neoženjenih/neudanih jest 52,7 % ispitanika, 23,7 % ih je u braku, 14,7 % rastavljenih, 7,7 % ih živi u izvanbračnoj zajednici, a 2,0 % je udovica odnosno udovaca. U skupini sudionika na supstitucijskoj terapiji održavanja BUP-om, 86,0 % je muškaraca i 14 % žena, prosječne starosne dobi 38,6 godina. Srednje, više i visoke stručne spreme ima 78,7 %, a 21,3 % je niže stručne spreme. Prema bračnom statusu 49,3 % sudionika ove skupine je neudano/neoženjeno, 25,3 % je u braku, rastavljenih je 11,3 %, jednak broj ih živi u izvanbračnoj zajednici te je 1,3 % udovica odnosno udovaca. Iskustvo roditeljstva ima 44 % sudionika na održavanju BUP-om. Prosječna terapijska dnevna doza održavanja propisane supstitucije BUP-om iznosi 11,31 mg/dnevno (s rasponom od 2 do 32 mg/dnevno) (Slika 3). U skupini na supstitucijskoj terapiji održavanja MTD-om 21,3 % je muškaraca i 21,3 % žena, prosječne starosne dobi 41,5 godina. Srednju, višu i visoku stručnu spremu ima 82,7 %, a 17,4 % njih je niže stručne spreme. Prema bračnom statusu 56,0 % sudionika ove skupine je neudano/neoženjeno, 19,4 % je u braku, rastavljenih je 18 %, u izvanbračnoj zajednici ih je 4 %, udovaca je 2,7 %. Iskustvo roditeljstva ima 37,3 % ispitanika na održavanju MTD-om. Prosječna terapijska dnevna doza održavanja propisane supstitucije MTD-om iznosi 79,97 mg/dnevno (s rasponom od 5 do 175 mg/dnevno) (Slika 4). Između dviju skupina ne postoji značajna razlika u broju muških i ženskih sudionika (hi-kvadrat = 2,292, $p > 0,05$). Sudionici s MTD-skim tretmanom značajno su stariji ($t = 3,681$, $p < 0,001$). Hi-kvadrat test pokazuje da između dviju skupina postoji značajna razlika s obzirom na bračni status (hi-kvadrat = 10,59, $p < 0,05$). U skupini tretiranoj BUP-om više je sudionika u braku i izvanbračnoj zajednici, a u skupini tretiranoj MTD-om više je neudanih/neoženjenih i rastavljenih. Između dviju skupina ne postoji značajna razlika u iskustvu roditeljstva (hi-kvadrat = 1,34, $p > 0,05$).

Tablica 1. Sociodemografske karakteristike sudionika istraživanja

VARIJABLE	BUP	MTD	UKUPNO	p
Broj (N)	150 (50%)	150 (50%)	300 (100,0%)	
SPOL				
Ženski	21 (14,0%)	32 (21,3%)	53 (17,7%)	0,13
Muški	129 (86,0%)	118 (78,7%)	247 (82,3%)	
STRUČNA SPREMA				
KV	1	0	1 (0.3%)	
NKV	28	24	52 (17.3%)	
NSS	1	1	2 (0.7%)	0,88
PKV	2	1	3 (1.0%)	
SSS	112	120	232 (77.3%)	
VKV	1	0	1 (0.3%)	
VŠS	1	1	2 (0.7%)	
VSS	4	3	7 (2.3%)	
BRAČNI STATUS				
U braku	40*	29	69 (23.0%)	
Izvanbračna zajednica	17*	6	23 (7.6%)	0,03*
Neudana/neoženjen	74	84*	158 (52.7%)	
Rastavljeni	17	27*	44 (14.7%)	
Udovica/udovac	2	4	6 (2.0%)	
ISKUSTVO				
RODITELJSTVA				
Da	66	56	122 (40.7%)	
Ne	82	94	176 (58.7%)	162
DOB (godine)				
<i>M ± SE</i>	38.6 ± 0,5	41.5* ± 0,6	40.1 ± 0,5	<0,01*
TERAPIJA (mg)				
<i>M ± SE</i>	11,31 ± 0,6	79,97 ± 2,9		

*p < 0.05

Između dviju skupina ne postoji značajna razlika u broju muških i ženskih ispitanika (hi-kvadrat = 2,292; p = 0,130).

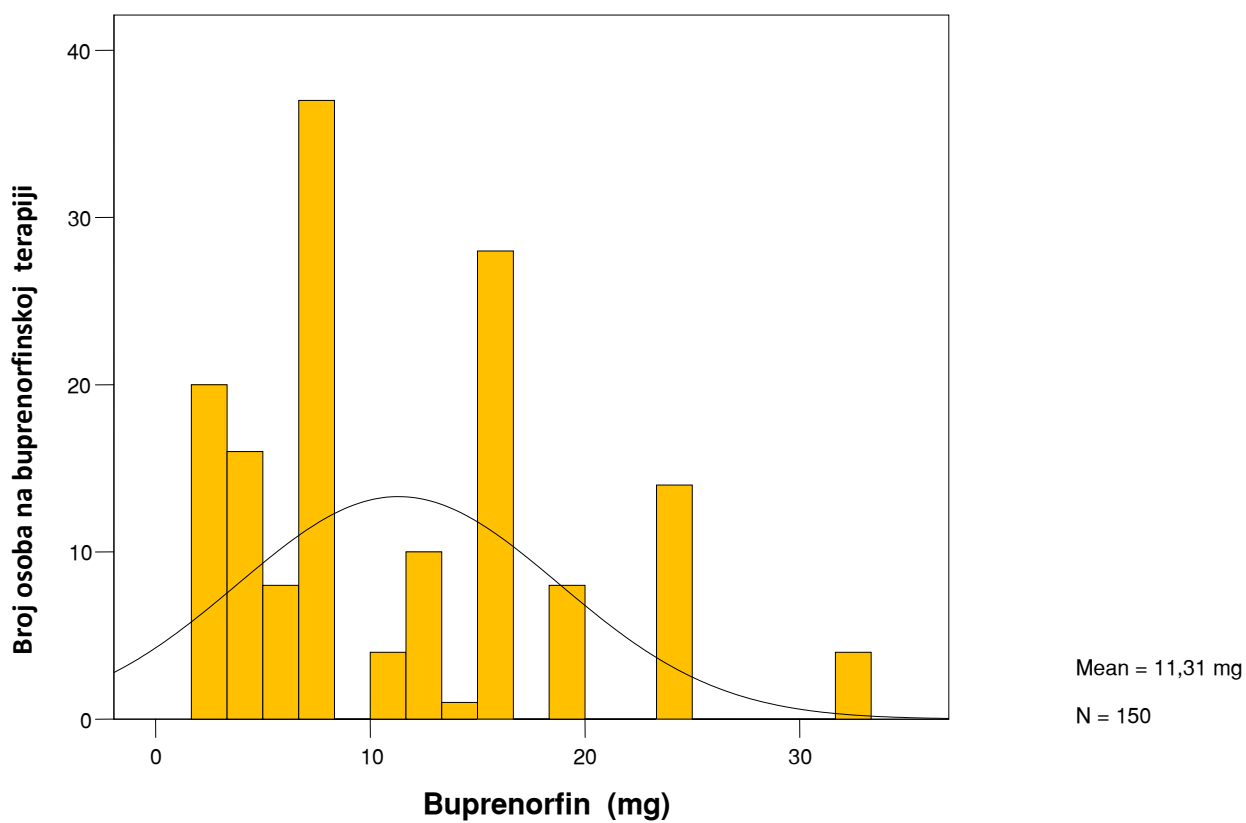
Ispitanici liječeni MTD-om značajno su stariji (t = 3,681; p < 0,001).

Hi-kvadrat test sada pokazuje da između dviju skupina postoji značajna razlika s obzirom na bračni status (hi-kvadrat = 10,587; p = 0,032). U skupini liječenih BUP-om više je ispitanika

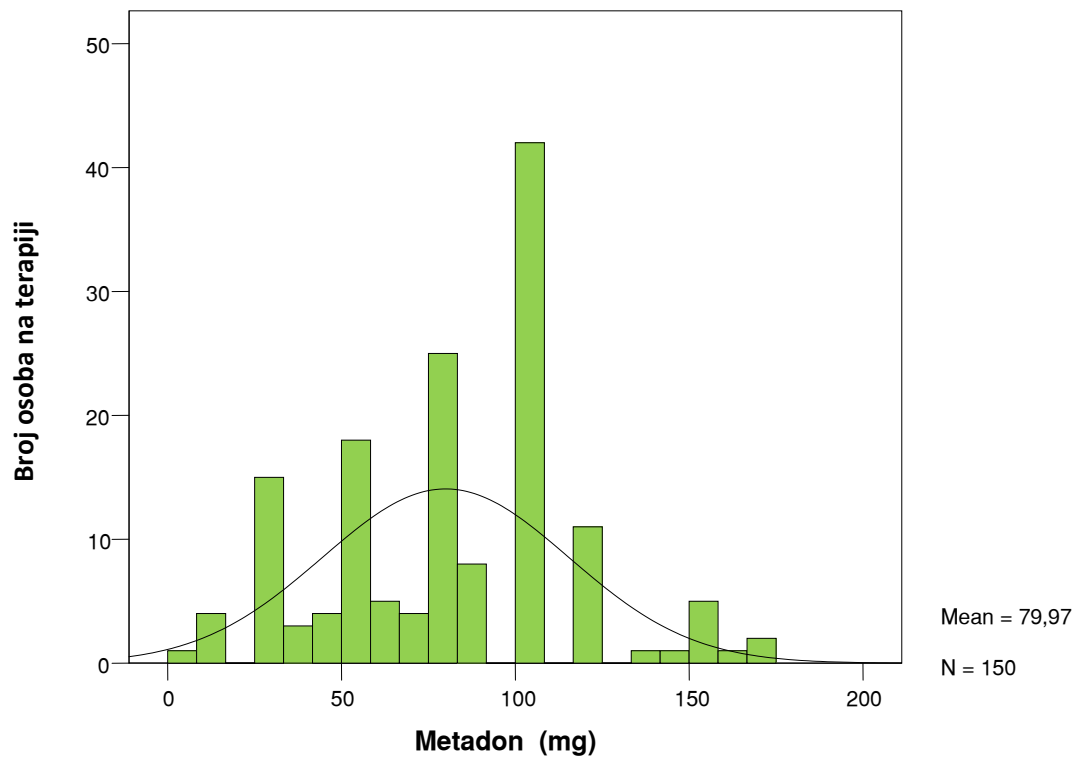
u braku i izvanbračnoj zajednici, a u skupini tretiranoj MTD-om više je neudanih/neoženjenih i rastavljenih.

Između dviju skupina ne postoji značajna razlika u iskustvu roditeljstva (hi-kvadrat = 3,638; p = 0,162) (Tablica 1).

Slika 3. Broj osoba u odnosu na dozažu BUP-om



Slika 4. Broj osoba u odnosu na dozažu MTD-om



5.2. Osobine ličnosti opijatskih ovisnika na supstitucijskoj terapiji prema petofaktorskom modelu

U cilju pronalaženja razlika u osobinama ličnosti između skupina ovisnika na terapiji održavanja BUP-om i terapiji održavanja MTD-om, testirana je značajnost razlika u dimenzijama i pod-dimenzijama osobina ličnosti. Tablično su prikazani rezultati (Tablica 2).

Tablica 2. Razlike u osobinama ličnosti opijatskih ovisnika na supstitucijskoj terapiji održavanja BUP-om i MTD-om

OSObine LIČNOSTI	BUP	MTD	t	p
	M ± SD	M ± SD		
Energija	49,5 ± 7,62	47,7 ± 9,04	1,823	0,069
Dinamičnost	49,2 ± 8,90	47,1 ± 9,22	2,02	0,044*
Dominacija	50,0 ± 07,91	49,0 ± 8,59	0,993	0,322
Ugodnost	50,9 ± 9,05	49,0 ± 7,91	1,943	0,053
Kooperativnost/empatija	51,6 ± 9,44	49,8 ± 8,80	1,758	0,08
Srdačnost/prijateljski stav	50,2 ± 8,93	48,7 ± 8,53	1,435	0,152
Savjesnost	46,3 ± 9,03	43,4 ± 9,05	2,759	0,006*
Temeljnost	48,8 ± 8,71	47,4 ± 8,79	1,359	0,175
Ustrajnost	44,8 ± 8,85	41,1 ± 8,94	3,589	<0,001*
Emocionalna stabilnost	48,7 ± 9,40	47,7 ± 8,74	0,973	0,331
Emocionalna kontrola	48,8 ± 9,92	47,8 ± 9,21	0,91	0,363
Kontrola impulsa	48,9 ± 8,56	48,0 ± 8,50	0,873	0,383
Mentalna otvorenost	50,9 ± 9,66	49,5 ± 9,99	1,216	0,225
Otvorenost kulturi	51,4 ± 9,68	50,9 ± 10,20	0,488	0,626
Otvorenost iskustvu	50,2 ± 8,79	48,3 ± 9,03	1,84	0,67
Ljestvica laganja	47,5 ± 9,79	47,6 ± 9,78	-0,077	0,939

M - aritmetička sredina; SD - standardna devijacija; t – test statističke značajnosti;

*p < 0.05

Iako se na većini pod-dimenzija upitnika ličnosti uočava trend viših prosječnih vrijednosti kod skupine koja je na zamjenskoj terapiji BUP-om, samo na skalama *dinamičnosti*, *savjesnosti*, *ustrajnosti* i *ugodnosti* razlike dosežu razinu statističke značajnosti. Između dviju skupina postoje značajne razlike u *dinamičnosti* (t = 2,020; p = 0,044), *savjesnosti* (t = 2,759; p =

0,006) i *ustrajnosti* ($t = 3,589$; $p < 0,001$), a razlika u *ugodnosti* na granici je statističke značajnosti ($t = 1,943$; $p = 0,053$). U svim su slučajevima prosječni skorovi značajno veći u grupi tretiranoj BUP-om.

U *emocionalnoj stabilnosti*, *mentalnoj otvorenosti* i ljestvici laganja nema značajne razlike između dviju skupina ispitanika.

5.2.1. Sociodemografske razlike u osobinama ličnosti u skupinama ovisnika na supstitucijskoj terapiji održavanja BUP-om i MTD-om

Istraživanjem su obuhvaćene i sociodemografske razlike u osobinama ličnosti između skupina ispitanika te su rezultati prikazani slijedom u tablicama.

5.2.1.1. Spolne razlike u osobinama ličnosti

Od sociodemografskih karakteristika prvo su istražene spolne razlike u osobinama ličnosti između skupina na MTD-skoj i BUP-skoj supstitucijskoj terapiji održavanja (Tablica 3).

Tablica 3. Spolne razlike u odnosu na osobine ličnosti unutar skupina ispitanika na supstitucijskoj terapiji održavanja BUP-om i MTD-om

OSOBINE LIČNOSTI	SPOL (N)	BUP (M ± SE)	p	SPOL (N)	MTD (M ± SE)	p
Energija	ženski 21	52,9±1,6	0,026*	ženski 32	52,6±1,6	0,001
	muški 129	48,9±0,6		muški 118	46,4±0,7	
Dinamičnost	ženski 21	50,8±2,1	0,365	ženski 32	51,5±1,6	0,002*
	muški 129	48,9±0,7		muški 118	45,9±0,8	
Dominacija	ženski 21	54,0±1,6	0,011*	ženski 32	52,8±1,5	0,005*
	muški 129	49,3±0,6		muški 118	47,9±0,7	
Ugodnost	ženski 21	50,1±2,3	0,651	ženski 32	48,3±1,3	0,57
	muški 129	51,1±0,7		muški 118	49,2±0,7	
Kooperativnost/empatija	ženski 21	49,1±2,6	0,197	ženski 32	50,1±1,5	0,793
	muški 129	52,0±0,7		muški 118	49,7±0,8	
Srdačnost/ prijateljski stav	ženski 21	51,2±2,3	0,555	ženski 32	47,5±1,6	0,363
	muški 129	49,9±0,7		muški 118	49,1±0,7	
Savjesnost	ženski 21	46,8±2,3	0,804	ženski 32	47,2±1,6	0,008*
	muški 129	46,2±0,7		muški 118	42,4±0,8	
Temeljnost	ženski 21	48,3±2,1	0,798	ženski 32	51,2±1,4	0,006*
	muški 129	48,9±0,7		muški 118	46,4±0,8	
Ustrajnost	ženski 21	46,2±2,0	0,442	ženski 32	43,5±1,8	0,09
	muški 129	44,6±0,7		muški 118	40,5±0,7	
Emocionalna stabilnost	ženski 21	52,4±1,8	0,055*	ženski 32	49,6±1,8	0,171
	muški 129	48,1±0,8		muški 118	47,2±0,7	
Emocionalna kontrola	ženski 21	53,1±2,1	0,033	ženski 32	50,5±1,8	0,067
	muški 129	48,1±0,8		muški 118	47,1±0,8	
Kontrola impulsa	ženski 21	51,3±1,4	0,159	ženski 32	49,0±1,7	0,467
	muški 129	48,5±0,7		muški 118	47,8±0,7	
Mentalna otvorenost	ženski 21	51,3±1,7	0,833	ženski 32	52,6±1,4	0,049*
	muški 129	50,9±0,8		muški 118	48,7±0,9	
Otvorenost kulturi	ženski 21	51,6±1,6	0,917	ženski 32	54,2±1,7	0,035*
	muški 129	51,4±0,8		muški 118	49,9±0,9	
Otvorenost iskustvu	ženski 21	50,5±1,6	0,868	ženski 32	50,0±1,3	0,24
	muški 129	50,2±0,7		muški 118	47,9±0,8	
Ljestvica laganja	ženski 21	52,6±2,5	0,010*	ženski 32	49,3±1,4	0,25
	muški 129	46,7±0,8		muški 118	47,1±0,9	

M ± SE = aritmetička sredina ± standardna greška, *p < 0,05

Značajne spolne razlike dobivene su kod skupine ispitanika na BUP-u u *energiji, dominaciji, emocionalnoj stabilnosti* i ljestvici laganja. U svim slučajevima više rezultate postižu žene.

U skupini ispitanika na supstitucijskoj terapiji održavanja MTD-om značajne spolne razlike dobivene su *dinamičnosti, dominaciji, savjesnosti, temeljitosti, mentalnoj otvorenosti i otvorenosti kulturi*. U svim navedenim dimenzijama i pod-dimenzijama osobina ličnosti, više rezultate postižu žene.

5.2.1.2. Dobne razlike u osobinama ličnosti

U sklopu sociodemografskih karakteristika istraživale su se dobne razlike u osobinama ličnosti između skupine opijatskih ovisnika koji apstinenciju održavaju supstitucijskom terapijom. (Tablica 4).

Tablica 4. Dobne razlike u odnosu na osobine ličnosti u skupinama ispitanika na supstitucijskoj terapiji održavanja BUP-om i MTD-om

OSOBINE LIČNOSTI	BUP DOB (godine) (M ± SE)	p	MTD DOB (godine) (M ± SE)	p
Energija	49,5±7,6	0,010*	47,7±9,0	0,458
Dinamičnost	49,2±8,9	0,022*	47,1±9,2	0,865
Dominacija	50,0±7,9	0,091	49,0±8,6	0,101
Ugodnost	50,1±9,0	0,013*	49,0±7,9	0,638
Kooperativnost/empatija	51,7±9,5	0,348	49,8±8,8	0,137
Srdačnost/prijateljski stav	50,2±8,9	0,003*	48,7±8,5	0,546
Savjesnost	46,3±9,0	0,397	43,4±9,0	0,792
Temeljitost	48,8±8,7	0,679	47,4±8,8	0,895
Ustrajnost	44,8±8,9	0,249	41,1±8,9	0,58
Emocionalna stabilnost	48,7±9,4	0,050*	47,7±8,7	0,328
Emocionalna kontrola	48,8±9,9	0,033*	47,8±9,2	0,405
Kontrola impulsa	48,8±8,6	0,165	48,0±8,5	0,423
Mentalna otvorenost	50,9±9,7	0,661	49,5±10,	0,703
Otvorenost kulturi	51,4±9,7	0,444	50,9±10,	0,973
Otvorenost iskustvu	50,2±8,8	0,974	48,3±9,0	0,427
Ljestvica laganja	47,5±9,8	0,791	47,6±9,8	0,007*

*p < 0,05

Dob ispitanika na terapiji BUP-om značajno je negativno povezana sa dimenzijama i poddimenzijama *energija, dinamičnost, ugodnost, srdačnost / prijateljski stav, emocionalna stabilnost i emocionalna kontrola*. Dakle, što su ispitanici stariji niži su im rezultati na navedenim varijablama.

Dob ispitanika na terapiji MTD-om značajno je pozitivno povezana s ljestvicom laganja. Dakle, što su ispitanici stariji viši su im rezultati na ljestvici laganja

5.2.1.3. Količina terapije u osobinama ličnosti

Istraživanjem je obuhvaćena količina supstitucijske terapije kod skupina ispitanika te povezanost količine lijeka s osobinama ličnosti.

Količina terapije kod ispitanika nije značajno povezana ni s jednom osobinom ličnosti, nije značajno povezana sa starošću ispitanika te se značajno ne razlikuje kod žena i muškaraca

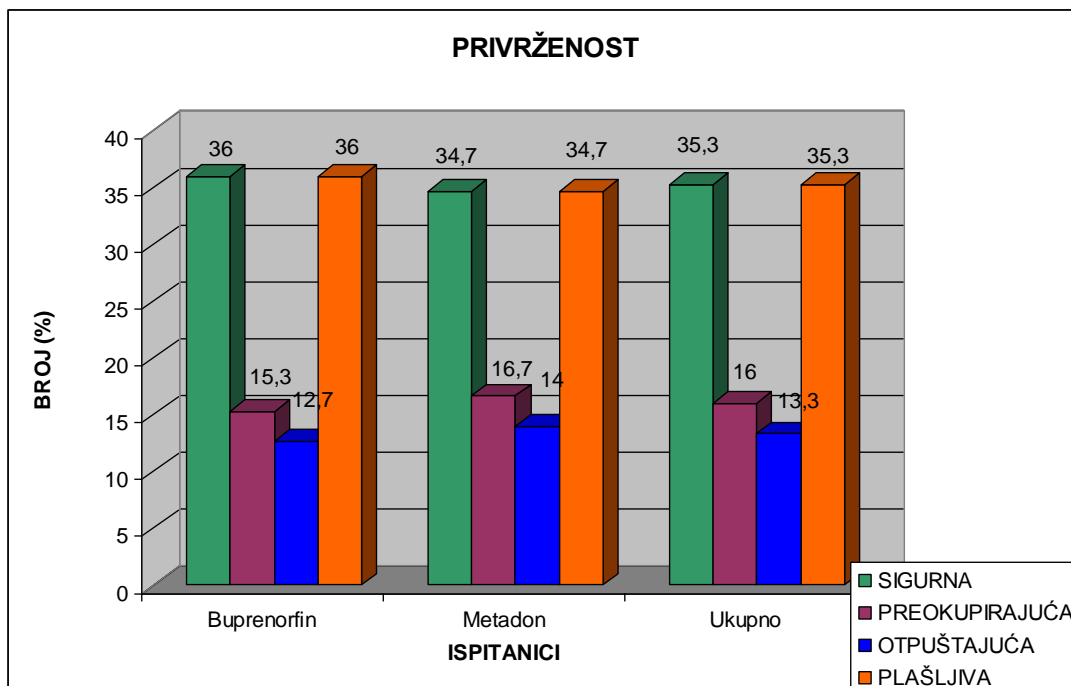
5.3. Privrženost opijatskih ovisnika na supstitucijskoj terapiji održavanja BUP-om i MTD-om

U cilju utvrđivanja razlika u stilovima privrženosti između opijatskih ovisnika na terapiji MTD-om i ovisnika na terapiji BUP-om, testirana je značajnost razlika u dimenzijama privrženosti te utvrđena zastupljenost pojedinih stilova privrženosti u ovim dvjema skupinama.

Rezultati na upitniku privrženosti prikazani su na tri načina: testiranje razlika između stilova privrženosti (slika 5), potom između dimenzija (skala) privrženosti (Tablica 5) te aspekata na dimenzijama privrženosti (Tablica 6).

5.3.1. Zastupljenost i razlike stilova privrženosti u skupinama ovisnika

Iz slike 5 vidljivo je kako u skupini ovisnika liječenih BUP-om i u skupini ovisnika liječenih MTD-om, najveći broj sudionika ima *sigurni* (36 % u skupini na supstitucijskoj terapiji BUP-om i 34,7 % u skupini na supstitucijskoj terapiji MTD-om) i *plašljivi* stil privrženosti (36 % u skupini na supstitucijskoj terapiji BUP-om i 34,7 % u skupini na supstitucijskoj terapiji MTD-om) te ne postoji statistički značajna razlika u stilovima privrženosti između dviju skupina ($\chi^2 = 0,968$; $p > 0,05$).



Slika 5. Zastupljenost pojedinih stilova privrženosti u skupinama ispitanika na BUP-u i MTD-u

Ne postoji razlika u učestalosti pojedinih stilova privrženosti s obzirom na količinu terapije, starost, spol, stručnu spremu, bračni status i iskustvo roditeljstva u obje skupine ispitanika.

5.3.2. Razlike u dimenzijama privrženosti između skupina ovisnika

Statistički značajne razlike između skupina nisu utvrđene u dimenziji anksioznosti ($t = -1,10$, $p > 0,05$) niti u dimenziji izbjegavanja ($t = -0,56$, $p > 0,05$) (Tablica 5).

Tablica 5. Razlike u dimenzijama privrženosti između ovisnika na zamjenskoj terapiji BUP-om i MTD-om

Dimenzije privrženosti	Skupine	M±SD	t	p
Anksioznost	Buprenorfin	26.30±9,74	-1,1	>0,05
	Metadon	27.54±9,87		
Izbjegavanje	Buprenorfin	27,21±7,71	-0,56	>0,05
	Metadon	27,74±8,68		

* $p < 0,05$

Unutar skupina ispitanika na BUP-u postoji značajna i pozitivna povezanost između skale anksioznosti i skale izbjegavanja (0,50; $p < 0,001$), kao i unutar skupine na MTD-u.

U skupinama ispitanika na BUP-u i MTD-u, količina terapije, starost, spol, stručna sprema, bračni status i iskustvo roditeljstva ispitanika nisu značajno povezani sa skalama anksioznosti i izbjegavanja.

5.3.3. Razlike u aspektima na dimenzijama privrženosti između skupina

Kako nisu pronađene razlike u stilovima privrženosti i u dimenzijama privrženosti između skupina ispitanika, testirali smo razlike na razini aspekata privrženosti na dimenzijama anksioznosti i izbjegavanja između skupina ovisnika na propisanoj supstitucijskoj terapiji održavanja (Tablica 6).

Tablica 6. Aspekti privrženosti u skupinama ispitanika na supstitucijskoj terapiji održavanja BUP-om i MTD-om

DIMENZIJE PRIVRŽENOSTI			
d.izbjegavanja aspekti /	BUP (M ± SE)	MTD (M ± SE)	p
d. anksioznosti aspekti			
Zbližavanje	3,4±1,9	3,4±2,0	0,93
Nezadovoljstvo	3,8±2,1	3,4±2,0	0,067
Ugoda	3,4±2,1	3,7±2,1	0,321
Strah	3,7±2,2	3,9±2,2	0,354
Intima	4,0±2,1	3,8±2,1	0,564
Tjeskoba	3,8±2,1	3,6±2,1	0,41
Otvorenost	3,5±2,1	3,0±1,9	0,017*
Briga	2,9±1,9	3,0±1,9	0,429
Približavanje	2,4±1,8	2,8±1,8	0,08
Interes	2,9±2,0	3,1±2,1	0,442
Utjeha	3,7±2,2	3,1±2,1	0,023*
Bliskost	2,4±1,9	2,8±1,9	0,061
Osjećaji	2,8±1,9	3,2±2,2	0,097
Odvojenost	1,8±1,4	2,3±1,7	0,013*
Neugoda	1,9±1,5	2,2±1,8	0,123
Samoća	2,8±2,0	3,2±2,3	0,102
Povlačenje	2,2±1,6	2,7±2,0	0,025*
Prisila	2,3±1,6	2,3±1,9	0,921

*p < 0,05

Između dviju skupina postoji značajna razlika u *otvorenosti* ($t = 2,411$; $p = 0,017$), koja je značajno više u grupi tretiranoj BUP-om.

Između dviju skupina postoje značajne razlike u aspektu *utjeha* ($t = 2,293$; $p = 0,023$), *odvojenost* ($t = 2,503$; $p = 0,013$) i *povlačenje* ($t = 2,252$; $p = 0,025$). Utjeha je značajno viša u grupi tretiranoj BUP-om, dok su odvojenost i povlačenje značajno veći u skupini ispitanika liječenih MTD-om.

5.3.4. Sociodemografske razlike u privrženosti skupina ovisnika na MTD-u i BUP-u

Ovim istraživanjem nisu utvrđene razlike između skupina ispitanika u učestalosti pojedinih stilova privrženosti u odnosu na sociodemografske karakteristike (spol, dob, stručna sprema, iskustvo roditeljstva te količina terapije). Isto tako ne postoji razlika na skalama anksioznosti i izbjegavanja s obzirom na navedene sociodemografske karakteristike.

Navedene razlike zapažene su u pojedinim aspektima na dimenzijama privrženosti.

5.3.4.1. Spolne razlike u aspektima privrženosti između skupina

Razlike između skupina ispitanika, opijatskih ovisnika, koji apstinenciju održavaju metadonom ili buprenorfinom, testirane su sociodemografskim razlikama u aspektima privrženosti. U tablici 7 prikazane su spolne razlike u aspektima privrženosti.

Tablica 7. Spolne razlike u aspektima privrženosti kod skupine ispitanika na supstitucijskoj terapiji održavanja BUP-om

ASPEKTI PRIVRŽENOSTI d. izbjegavanja aspekti / d. anksioznosti aspekti	SPOL (N)	BUP (M ± SE)	p	SPOL (N)	MTD (M ± SE)	p
Zbližavanje Nezadovoljstvo	ženski 21	3,7±2,3	0,373	ženski 32	3,4 ±2,2	0,875
	muški 129	3,3±1,8		muški 118	3,4±2,0	
	ženski 21	4,2±2,3	0,376	ženski 32	4,5±2,2	0,776
	muški 129	3,8±2,1		muški 118	3,4±1,9	
Ugoda Strah	ženski 21	2,9±2,6	0,233	ženski 32	3,4±1,8	0,414
	muški 129	3,5±2,0		muški 118	3,7±2,2	
	ženski 21	4,4±2,2	0,107	ženski 32	3,9±2,4	0,912
	muški 129	3,6±2,2		muški 118	3,9±2,1	
Intima Tjeskoba	ženski 21	4,2±2,1	0,511	ženski 32	3,7±2,1	0,622
	muški 129	3,9±2,1		muški 118	3,9±2,1	
	ženski 21	4,3±2,1	0,226	ženski 32	3,9±2,3	0,259
	muški 129	3,7±2,1		muški 118	3,5±2,0	
Otvorenost Briga	ženski 21	3,5±2,1	0,981	ženski 32	3,2±2,2	0,496
	muški 129	3,5±2,1		muški 118	2,9±1,8	
	ženski 21	2,8±2,0	0,811	ženski 32	3,1±2,2	0,824
	muški 129	2,9±1,9		muški 118	3,0±1,9	
Približavanje Interes	ženski 21	2,0±1,4	0,851	ženski 32	2,8±2,1	0,929
	muški 129	2,5±1,8		muški 118	2,8±1,9	
	ženski 21	2,9±2,3	0,851	ženski 32	3,1±2,7	0,971
	muški 129	3,0±2,0		muški 118	3,1±2,0	
Utjeha Bliskost	ženski 21	4,7±2,3	0,030*	ženski 32	3,3±2,2	0,667
	muški 129	3,6±2,1		muški 118	3,1±2,1	
	ženski 21	2,1±1,7	0,568	ženski 32	2,8±2,1	0,979
	muški 129	2,4±1,9		muški 118	2,8±1,9	
Osjećaji Odvojenost	ženski 21	2,0±1,7	0,039*	ženski 32	3,7±2,3	0,166
	muški 129	2,9±1,9		muški 118	3,0±2,1	
	ženski 21	1,6±1,5	0,496	ženski 32	2,3±2,0	0,918
	muški 129	1,8±1,3		muški 118	2,3±1,6	
Neugoda Samoća	ženski 21	1,6±1,5	0,284	ženski 32	2,2±1,9	0,859
	muški 129	2,0±1,6		muški 118	2,2±1,8	
	ženski 21	2,6±2,0	0,565	ženski 32	3,1±2,3	0,674
	muški 129	2,8±2,0		muški 118	3,3±2,3	
Povlačenje Prisila	ženski 21	1,5±0,9	0,003*	ženski 32	2,7±2,1	0,819
	muški 129	2,3±1,7		muški 118	2,6±2,0	
	ženski 21	2,2±1,5	0,754	ženski 32	2,1±1,9	0,523
	muški 129	2,3±1,6		muški 118	2,4±1,9	

*p < 0,005

U skupini ispitanika na BUP-u značajne spolne razlike dobivene su u aspektima *utjehe, osjećaja i povlačenja* na dimenziji izbjegavanja. Na skali utjehe više rezultate postižu žene, a na skalama osjećaja i povlačenja muškarci.

U skupini ispitanika na MTD-u muškarci i žene ne razlikuju se niti u jednoj od gore analiziranih aspekata privrženosti.

5.3.4.2. Dobne razlike u aspektima privrženosti između skupina

Sociodemografske razlike u aspektima privrženosti, u ovom slučaju razlike u dobi, istražene su kod skupina ispitanika, opijatskih ovisnika, na dozi održavanja MTD-om i BUP-om (tablica 8).

Tablica 8. Dobne razlike u aspektima privrženosti skupina ispitanika na BUP-u i MTD-u

DIMENZIJE I ASPEKTI PRIVRŽENOSTI	BUP	MTD
d. izbjegavanja aspekti /	p	p
d. anksioznosti aspekti		
Zbližavanje	0,104	0,739
Nezadovoljstvo	0,931	0,216
Ugoda	0,423	0,916
Strah	0,364	0,433
Intima	0,645	0,019*
Tjeskoba	0,363	0,574
Otvorenost	0,221	0,153
Briga	0,004*	0,084
Približavanje	0,046*	0,208
Interes	0,794	0,273
Utjeha	0,027*	0,014*
Bliskost	0,557	0,966
Osjećaji	0,887	0,227
Odvojenost	0,034*	0,267
Neugoda	0,583	0,664
Samoća	0,038*	0,018*
Povlačenje	0,107	0,728
Prisila	0,015*	0,915

*p < 0,05

Dob ispitanika koji su na održavanju BUP-om značajno je povezana s aspektima *brige, približavanja, odvojenosti, samoće i prisile* te značajno negativno s aspektom *utjehe*. Dakle, što su ispitanici na održavanju BUP-om stariji, niži su im rezultati na dimenziji *utjehe*, a viši na ostalim navedenim varijablama. Sve navedene razlike u skupini ispitanika na BUP-u su u aspektima na dimenziji anksioznosti.

Dob ispitanika koji su na održavanju MTD-om značajno je negativno povezana s aspektima *intime, utjehe i samoće* na dimenziji izbjegavanja. Dakle, što su ispitanici stariji, postižu niže rezultate u aspektima na navedenoj dimenziji privrženosti.

5.3.4.3. Količina terapije u aspektima privrženosti između skupina

Između skupina ispitanika uključenih u studiju istražene su i razlike koje se odnose na povezanost količine supstitucijske terapije održavanja, koju ispitanici uzimaju kontinuirano i s kojom uspješno održavaju apstinenciju, u odnosu na aspekte privrženosti. Prikaz rezultata vidljiv je u tablici 9.

Tablica 9. Količina lijeka u aspektima na dimenzijama privrženosti u skupinama ispitanika na supstitucijskoj terapiji održavanja BUP-om i MTD-om

DIMENZIJE I ASPEKTI PRIVRŽENOSTI	BUP	MTD
d.izbjegavanja aspekti / d. anksioznosti aspekti	p	p
Zbližavanje	0,409	0,626
Nezadovoljstvo	0,796	0,437
Ugoda	0,052	0,911
Strah	0,394	0,406
Intima	0,076	0,198
Tjeskoba	0,805	0,954
Otvorenost	0,697	0,248
Briga	0,899	0,107
Približavanje	0,567	0,393
Interes	0,165	0,447
Utjeha	0,359	0,011*
Bliskost	0,178	0,86
Osjećaji	0,61	0,212
Odvojenost	0,039*	0,424
Neugoda	0,016*	0,149
Samoća	0,689	0,413
Povlačenje	0,155	0,869
Prisila	0,375	0,273

*p < 0,05

U skupini ispitanika na održavanju BUP-om količina terapije značajno je povezana s *odvojenošću i neugodom*. Što je količina terapije veća, ispitanici postižu više rezultate na skalama odvojenosti i neugode u ovoj skupini. Dobivena je i granično značajna povezanost s ugodom. Dakle, što je količina terapije veća, viši su i rezultati na skali ugone.

U skupini ispitanika na održavanju MTD-om količina terapije značajno je povezana s aspektom *utjehe* na dimenziji izbjegavanja. Što je količina MTD-a veća, viši su rezultate u aspektu *utjehe*.

5.4. Povezanost osobina ličnosti i privrženosti u dimenzijama anksioznosti i izbjegavanja u skupinama ovisnika na BUP-u i MTD-u

Rezultati istraživanja koji se odnose na povezanost osobina ličnosti i privrženosti mjerenih na dimenzijama odnosno skalama izbjegavanja i anksioznosti ukazuju na značajnu povezanost pojedinih osobina ličnosti i navedenih skala. U Tablici 10 prikazan je pregled povezanosti navedenih varijabli.

Tablica 10. Povezanost osobina ličnosti i dimenzija privrženosti na skali anksioznosti i skali izbjegavanja u ispitanika na BUP-u i MTD-u.

OSOBI NE LIČNOSTI	SKALA IZBJEGAVANJA				SKALA ANKSIOZNOSTI			
	BUPRENORFIN		METADON		BUPRENORFIN		METADON	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Energija	-0,065	0,433	-0,078	0,345	0,019	0,819	-0,051	0,538
Dinamičnost	-0,133	0,107	-0,121	0,14	-0,101	0,223	-0,051	0,541
Dominacija	0,033	0,692	-0,002	0,979	0,135	0,102	-0,152	0,063
Ugodnost	-0,061	0,471	-0,207	0,011	0,101	0,226	-0,201	0,014
Kooperativnost empatija	-0,009	0,911	-0,231	0,004	0,103	0,211	-0,182	0,026
Srdačnost/prijateljski stav	-0,082	0,319	-0,102	0,215	0,065	0,431	-0,131	0,109
Savjesnost	-0,013	0,875	-0,082	0,321	-0,054	0,513	0,011	0,895
Temeljnost	0,108	0,193	-0,043	0,601	0,125	0,131	0,098	0,234
Ustrajnost	-0,141	0,086	-0,111	0,225	-0,228	0,005	-0,094	0,253
Emocionalna stabilnost	-0,157	0,057	-0,134	0,103	-0,318	<0,001	-0,241	0,003
Emocionalna kontrola	-0,239	0,003	-0,153	0,062	-0,384	<0,001	-0,257	0,002
Kontrola impulsa	-0,023	0,783	-0,088	0,282	-0,171	0,037	-0,178	0,029
Mentalna otvorenost	-0,182	0,027	-0,079	0,335	-0,166	0,044	0,041	0,625
Otvorenost kulturi	-0,139	0,093	0,019	0,813	-0,158	0,056	0,083	0,314
Otvorenost iskustvu	-0,179	0,031	-0,175	0,033	-0,133	0,106	-0,011	0,892
Ljestvica laganja	0,079	0,343	0,135	0,101	0,186	0,024	0,073	0,376

r - Pearsonov koeficijent korelacije; p - statistička značajnost;

*p < 0,05

U skupini ovisnika na terapiji održavanja BUP-om skala izbjegavanja značajno je negativno povezana s *emocionalnom kontrolom*, *mentalnom otvorenošću*, *otvorenošću iskustvu*, a skala anksioznosti značajno je negativno povezana s *ustrajnošću*, *emocionalnom stabilnošću*, *emocionalnom kontrolom*, *kontrolom impulsa* i *mentalnom otvorenošću*, a pozitivno s ljestvicom laganja.

U skupini ovisnika na terapiji održavanja MTD-om, skala izbjegavanja značajno je negativno povezana sa sljedećim varijablama: *ugodnost*, *kooperativnost/empatija* i *otvorenost iskustvu*.

Skala anksioznosti značajno je negativno povezana sa varijablama: *ugodnost, kooperativnost/empatija, emocionalna stabilnost, emocionalna kontrola i kontrola impulsa.*

Rezultati odnosa između osobina ličnosti i dimenzija privrženosti na skali izbjegavanja i skali anksioznosti ispitani su multiplim regresijskim analizama i to na svakoj skupini ispitanika zasebno (Tablica 11).

Dimenzije privrženosti tretirane su kao zavisne (kriterijske) varijable, a osobine ličnosti kao nezavisne (prediktorske varijable). Multipla regresijska analiza jest multivarijantni statistički postupak kojim se na temelju nekog skupa prediktorskih varijabli (u ovom slučaju osobina ličnosti) nastoji predvidjeti neka kriterijska varijabla (u ovom slučaju pojedine dimenzije privrženosti).

Tablica 11. Odnos aspekata u dimenzijama privrženosti i osobina ličnosti skupine ispitanika na BUP-u i MTD-u

DIMENZIJE PRIVRŽENOSTI d.izbjegavanja aspekti / d. anksioznosti aspekti	OSOBINE LIČNOSTI	OSOBINE LIČNOSTI
	BUP p	MTD p
Zbližavanje	<0,001*	0,006*
Nezadovoljstvo	0,012*	0,194
Ugoda	0,527	0,011*
Strah	0,596	0,013
Intima	0,117	0,053
Tjeskoba	<0,001*	0,161
Otvorenost	0,198	0,004*
Briga	0,001*	0,051
Približavanje	0,503	0,069
Interes	0,122	0,104
Utjeha	0,009*	0,128
Bliskost	0,121	0,257
Osjećaji	0,763	0,003*
Odvojenost	0,231	0,043*
Neugoda	0,002*	0,368
Samoća	0,148	0,006*
Povlačenje	0,001*	0,033*
Prisila	0,023*	0,018*

*p < 0.05

U skupini ispitanika na buprenorfinu osobine ličnosti petofaktorskog modela značajno predviđaju aspekte privrženosti nazvane *zbližavanje, nezadovoljstvo, tjeskoba, briga, utjeha, neugoda, povlačenje i prisila*, a u skupini ispitanika na MTD-u osobine ličnosti značajno predviđaju aspekte privrženosti nazvane *zbližavanje, uroda, strah, otvorenost, briga, osjećaji, odvojenost, samoća, povlačenje i prisila*.

5.5. Diskriminantna analiza razlikovanja skupina ovisnika u određenom skupu varijabli

U cilju razlikovanja skupina ispitanika, korištena je diskriminantna analiza. To je multivarijantni postupak pomoću kojeg možemo ispitati razlikuju li se dvije ili više skupine ispitanika na određenom skupu varijabli, u ovom slučaju BUP i MTD. Prvo je ispitana mogućnost razlikovanja dviju skupina ovisnika temeljem njihovih rezultata na Big Five upitniku, a potom i na upitniku Inventara iskustava u bliskim vezama.

Napravljene su četiri diskriminantne analize, po jedna za četiri skupine varijabli: osobine petofaktorskog modela ličnosti (5 varijabli) te pojedine pod-dimenzije osobina petofaktorskog modela ličnosti (10 varijabli), potom dimenzije privrženosti (2 varijable) te aspekti privrženosti (18 varijabli).

5.5.1. Razlikovanje u osobinama petofaktorskog modela ličnosti

Prva diskriminantna analiza napravljena je za obje skupine ispitanika na pet varijabli, odnosno pet glavnih osobina, odnosno dimenzija ličnosti prema petofaktorskom modelu. Vrijednosti i koeficijenti testa prikazani su u Tablici 12, a prikaz rezultata diskriminantne analize u Tablici 13.

Tablica 12. Kanonički koeficijent korelacije i svojstvena vrijednost (Big Five upitnik)

Svojstvena vrijednost	Kanonički koeficijent korelacije	Wilks' Lambda vrijednost	Hi-kvadrat	p
0,036	0,186	0,965	10,453	> 0,05

Tablica 13. Broj i postotak ispravno identificiranih sudionika temeljem rezultata na Big Five upitniku na razini osobina petofaktorskog modela ličnosti

Skupina	Predviđanje pripadnosti skupini	
	Buprenorfin	Metadon
Buprenorfin N (%)	82 (54,7)	68 (45,3)
Metadon N (%)	64 (42,7)	86 (57,3)

56,0 % ispravno klasificirano

Diskriminantna funkcija koja razlikuje ispitanike tretirane BUP-om i MTD-om na osnovi osobina petofaktorskog modela ličnosti nije statistički značajna, ali je blizu statističke značajnosti (hi-kvadrat = 10,453; ss = 5; p = 0,063). Kanonička korelacija između grupne pripadnosti i dobivene diskriminantne funkcije iznosi 0,186. Diskriminantnom je funkcijom najviše zasićena dimenzija *savjesnosti*. Dobivenom diskriminantnom funkcijom točno možemo klasificirati 56,0 % ispitanika (dakle, kada ne bi znali kojoj skupini ispitanici pripadaju samo na osnovi rezultata na dimenzijama petofaktorskog modela ličnosti točno bi svrstali 56,0 % ispitanika). To je 6,0 % bolje nego slučajno pogađanje (koje kod razlikovanja dviju skupina iznosi 50 %). Od 150 ispitanika liječenih BUP-om 82 (54,7 %) njih je točno svrstano, a 68 (45,3 %) netočno, tj. svrstani su u skupinu liječenu MTD-om. Od 150 ispitanika liječenih MTD-om 86 (57,3 %) njih je točno svrstano, a 64 (42,7 %) netočno, tj. svrstani su u skupinu liječenu BUP-om.

5.5.2. Razlikovanje u pod-dimenzijama petofaktorskog modela ličnosti

Diskriminacijskom analizom ispitana je i mogućnost razlikovanja dviju skupina ovisnika temeljem njihovih rezultata u pod-dimenzijama petofaktorskog modela ličnosti. Tabela su prikazane vrijednosti i koeficijenti testa (Tablica 14) kao i rezultati navedene diskriminantne analize (Tablica 15).

Tablica 14. Kanonički koeficijent korelacije i svojstvena vrijednost (Big Five upitnik)

Svojstvena vrijednost	Kanonički koeficijent korelacije	Wilks' Lambda vrijednost	Hi-kvadrat	p
0,064	0,244	0,94	18,059	> 0,05

Tablica 15. Broj i postotak ispravno identificiranih sudionika temeljem rezultata na Big Five upitniku na razini pod-dimenzija osobina ličnosti

Skupina	Predviđanje pripadnosti skupini	
	Buprenorfin	Metadon
Buprenorfin N (%)	85 (56,7)	65 (43,3)
Metadon N (%)	57 (38)	93 (62)

59,3 % ispravno klasificirano

Iz Tablice 15 vidljivo je da je diskriminantna funkcija koja razlikuje ispitanike tretirane BUP-om i MTD-om na osnovi pojedinih pod-dimenzija osobina petofaktorskog modela ličnosti na granici je statističke značajnosti (hi-kvadrat = 18,06; ss = 10; p = 0,054). Kanonička korelacija između grupne pripadnosti i dobivene diskriminantne funkcije iznosi 0,24. Diskriminantnom je funkcijom najviše zasićena pod-dimenzija *ustrajnosti*. Iz tablice 15. vidljivo je da dobivenom diskriminantnom funkcijom točno možemo klasificirati 59,3 % ispitanika (dakle, kada ne bi znali kojoj skupini ispitanici pripadaju samo na osnovi rezultata na pod-dimenzijama osobina petofaktorskog modela ličnosti točno bi svrstali 59,3 % ispitanika). To je 9,3 % bolje nego slučajno pogađanje (koje kod razlikovanja dviju skupina iznosi 50 %). Od 150 ispitanika liječenih BUP-om 85 (56,7 %) njih je točno svrstano, a 65 (43,3 %) netočno, tj. svrstani su u skupinu liječenu MTD-om. Od 150 ispitanika liječenih

MTD-om 93 (62,0 %) njih je točno svrstano, a 57 (38,0 %) netočno, tj. svrstani su u skupinu liječenu BUP-om. Dakle, točnost razlikovanja nešto je bolja za skupinu liječenu MTD-om.

5.5.3. Razlikovanje u dimenzijama privrženosti

Pomoću diskriminantne analize, ispitana je mogućnost razlikovanja dviju skupina ovisnika temeljem njihovih rezultata na dimenzijama privrženosti odnosno na dimenzijama anksioznosti i izbjegavanja.

Tablica 16. Kanonički koeficijent korelacije i svojstvena vrijednost (dimenzije privrženosti)

Svojstvena vrijednost	Kanonički koeficijent korelacije	Wilks' Lambda vrijednost	Hi-kvadrat	p
0,141	0,352	0,876	38,2	< 0,05

Rezultati Bartlettovog Hi-kvadrat testa pokazuju kako dobivena diskriminativna funkcija značajno razlikuje skupinu na buprenorfinu od skupine na metadonu uz kanoničku korelaciju od 0,352 (tablica 16).

Tablica 17. Broj i postotak ispravno identificiranih sudionika temeljem rezultata na Inventaru iskustava u bliskim odnosima u dimenzijama privrženosti

Skupina	Predviđanje pripadnosti skupini	
	Buprenorfin	Metadon
Buprenorfin N (%)	96 (64)	54 (36)
Metadon N (%)	45 (30)	105 (70)

67% ispravno klasificirano

Dobivenom diskriminantnom funkcijom točno možemo klasificirati 67,0% ispitanika (dakle, kada ne bi znali kojoj skupini ispitanici pripadaju samo na osnovi rezultata na dimenzijama

anksioznosti i izbjegavanja, točno bi svrstali 67.0% ispitanika) (tablica 17). To je 17% bolje nego slučajno pogađanje (koje kod razlikovanja dviju skupina iznosi 50%). Od 150 ispitanika liječenih buprenorfinom 96 (64%) ih je točno svrstano, a 54 (36%) netočno, tj. svrstani su u skupinu liječenu metadonom. Od 150 ispitanika liječenih metadonom 105 (70%) ih je točno svrstano, a 45 (30%) netočno, tj. svrstani su u skupinu liječenu buprenorfinom.

5.5.4. Razlikovanje u aspektima na dimenzijama privrženosti

Ispitana je mogućnost razlikovanja dviju skupina ovisnika temeljem njihovih rezultata u aspektima na dimenzijama privrženosti pomoću diskriminantne analize.

Vrijednosti i koeficijenti testa prikazani su u Tablici 18, a prikaz rezultata ove diskriminacijske analize u Tablici 19.

Tablica 18. Kanonički koeficijent korelacije i svojstvena vrijednost (aspekti privrženosti)

Svojstvena vrijednost	Kanonički koeficijent korelacije	Wilks' Lambda vrijednost	Hi-kvadrat	p
0,138	0,348	0,879	37,4	< 0,05

Rezultati Bartlettovog Hi-kvadrat testa pokazuju kako dobivena diskriminativna funkcija značajno razlikuje skupinu na BUP-u od skupine na MTD-u uz kanoničku korelaciju od 0,348 (tablica 18).

Tablica 19. Broj i postotak ispravno identificiranih sudionika temeljem rezultata na Inventaru iskustava u bliskim odnosima u aspektima na dimenzijama privrženosti

Skupina	Predviđanje pripadnosti skupini	
	Buprenorfin	Metadon
Buprenorfin N (%)	94 (62,7)	56 (37,3)
Metadon N (%)	45 (30)	105 (70)

66,3 % ispravno klasificirano

Diskriminantna funkcija koja razlikuje ispitanike tretirane BUP-om i MTD-om na osnovi dimenzijama privrženosti statistički je značajna (hi-kvadrat = 37,365; ss = 18; p = 0,005). Kanonička korelacija između grupne pripadnosti i dobivene diskriminantne funkcije iznosi 0,348. Diskriminantnom su funkcijom najviše zasićeni aspekti *nezadovoljstva, otvorenosti, odvojenosti i prisile*.

Dobivenom diskriminacijskom funkcijom točno možemo klasificirati 66,3 % ispitanika (dakle, kada ne bismo znali kojoj skupini ispitanici pripadaju samo na osnovi rezultata na aspektima privrženosti točno bismo svrstali 66,3 % ispitanika) (tablica 16). To je 16,3 % bolje nego slučajno pogađanje (koje kod razlikovanja dviju skupina iznosi 50 %). Od 150 ispitanika liječenih BUP-om 94 (62,7 %) njih je točno svrstano, a 56 (37,3 %) netočno, tj. svrstani su u skupinu liječenu MTD-om. Od 150 ispitanika liječenih MTD-om 105 (70 %) njih je točno svrstano, a 45 (30 %) netočno, tj. svrstani su u skupinu liječenu BUP-om.

6. RASPRAVA

Rezultati ove studije pokazuju da je potvrđena hipoteza temeljena na kliničkom zapažanju da ispitanici na zamjenskoj terapiji BUP-om u ličnosti imaju izraženiju *dinamičnost, savjesnost i ustrajnost* u odnosu na ispitanike na MTD-skom programu, što nije slučaj za stilove i dimenzije privrženosti. Kod njih nije utvrđena statistički značajna razlika između ovih dviju skupina.

Ovi rezultati ukazuju kako dinamičnije, savjesnije i ustrajnije osobe češće u terapiji biraju BUP negoli MTD. Ovisnici na MTD-skoj terapiji u skladu su s rezultatima prethodnih istraživanja heroinskih ovisnika, dakle bolje odgovaraju karakteristikama opijatnih ovisnika, a ovisnici na BUP-u odstupaju od istih.

Rezultati diskriminantne analize pokazuju jaču diskriminatornu snagu dimenzija privrženosti negoli osobina ličnosti. Diskriminantna funkcija na osnovi komponenti osobina petofaktorskog modela ličnosti na granici je statističke značajnosti, a točnost razlikovanja nešto je bolja za skupinu liječenu MTD-om. Diskriminantna analiza komponenti privrženosti pokazala je da je čak 70 % liječenih MTD-om i 64 % liječenih BUP-om točno svrstano na osnovi rezultata u aspektima na dimenzijama privrženosti.

Brojne transverzalne, longitudinalne i prospektivne studije, na kliničkim i nekliničkim uzorcima, pronalaze da je nesigurna privrženost zajednička osobama širokog raspona mentalnih poremećaja, pa tako i ovisnosti. Naša je studija pokazala da su unutar obje skupine podjednako dominirajuće zastupljeni *siguran i plašljivi* stil privrženosti, a u manjoj mjeri, podjednako u obje skupine, *preokupirajući i izbjegavajući* stil privrženosti te ne potvrđuju pretpostavku kako ovisnici na terapiji BUP-om imaju sigurniji stil privrženosti u prijateljskim vezama, te su rjeđe nesigurno privrženi u odnosu na ovisnike na terapiji MTD-om.

6.1. Inicijalne karakteristike sudionika istraživanja

Istraživanje je obuhvatilo 300 ispitanika, heroinskih ovisnika, apstinenata podijeljenih u 2 skupine od po 150 ispitanika. Prvu skupinu sačinjavali su heroinski ovisnici na supstitucijskoj terapiji održavanja BUP-om, a drugu skupinu heroinski ovisnici na supstitucijskoj terapiji održavanja MTD-om. Prosječna dob ispitanika u cjelokupnom uzorku iznosila je $40,1 \pm 0,5$. Skupine se značajno razlikuju u dobi ispitanika, te je skupina ispitanika na MTD-u značajno starija ($41,5 \pm 0,6$) u odnosu na skupinu ispitanika na BUP-u ($38,6 \pm 0,5$). To je razumljivo s obzirom na to da je MTD-ska terapija više od 20 godina u primjeni u Hrvatskoj, za razliku od

BUP-a koji se primjenjuje unutar desetljeća. (153) Uzorak ispitanika dviju skupina podjednak je prema spolu. U obje skupine više je zastupljen muški spol. Isto su tako skupine ujednačene u stručnoj spremi kao i u iskustvu roditeljstva.

Između skupina postoji značajna razlika u odnosu na bračni status. U skupini liječenoj BUP-om više je ispitanika u braku i izvanbračnoj zajednici, a u skupini liječenoj MTD-om više je neudanih/neoženjenih i rastavljenih što ukazuje na veći kapacitet za stvaranje i održavanje bliskih emocionalnih veza kod ovisnika na BUP-u.

Prosječna količina terapijske doze (mg) održavanja buprenorfinom iznosi $11,31 \pm 0,6$, što je u skladu sa svjetskim preporukama o dozi održavanja BUP-om u rasponu od 4 do 24 mg, s optimalnom ciljanom dnevnom dozom održavanja od 16 mg. Doze BUP-a iznad 24 mg dnevno BUP-ane smatraju se učinkovitima (154). Maksimalna doza održavanja BUP-om jest 32 mg dnevno (155). Prosječna terapijska doza održavanja MTD-om u naših ispitanika iznosi $79,97 \pm 2,9$. Preporučena doza održavanja MTD-om mnogih autora kreće se u rasponu od 80 do 120 mg dnevno (156). Prema navedenim izvorima i u usporedbi s rezultatima doze održavanja kod naših ispitanika, čini se da su u oba slučaja, i kod održavanja BUP-om i kod održavanja MTD-om, ispod preporučene doze.

6.2. Osobine ličnosti opijatskih ovisnika na supstitucijskoj terapiji prema petofaktorskom modelu

Mnogobrojna su istraživanja koja definiraju pojedine osobine ličnosti ovisnika prema Eysenckovom hijerarhijskom modelu ličnosti, no mali je broj istraživanja koja definiraju petofaktorski model ličnosti ovisnika (98, 101, 103). Može se općenito reći da prema petofaktorskom modelu ličnosti pojedince sklone zlouporabi opojnih sredstava karakterizira visoki neuroticizam odnosno emocionalna nestabilnost (99, 100, 108, 109) i otvorenost (104, 106) te niska Ekstraverzija odnosno Energija prema petofaktorskom modelu ličnosti (99, 108, 109) te ugodnost (106, 107) i savjesnost (106, 107, 108, 109, 110).

Prema našim rezultatima ispitanici na terapiji održavanja BUP-om u svim osobinama ličnosti pokazuju više rezultate u odnosu na ispitanike na terapiji održavanja MTD-om. Statistički značajne razlike između skupina BUP-a i MTD-a su u *dinamičnosti*, *savjesnosti* i *ustrajnosti*. Navedene osobine ličnosti izražene kod ispitanika na BUP-u opisuju te ispitanike kao aktivne, energične i razgovorljive, a istovremeno su savjesniji, uredniji, precizniji i ustrajniji u odnosu na ispitanike na MTD-u. Navedene se osobine ličnosti ne pokazuju karakterističnima kod ovisnika u ranijim istraživanjima u kojima dominiraju osobine ličnosti koje ovisnike općenito

opisuju kao anksiozne, ranjive, osjetljive, impulzivne, nestrpljive i iritabilne, istovremeno pretežno pasivne, nekooperativne, neempatične uz nisku razinu savjesnosti i ustrajnosti. Uz to su jako otvoreni za nove stvari i iskustva. Upravo te osobine ovisnika u rezultatima ranijih istraživanja odgovaraju osobinama ovisnika na MTD-u, a ovisnici na BUP-u odstupaju od istih, kao što smo i hipotetično pretpostavili. Moguće kako upravo ovisnici koji u osobnosti pokazuju više *savjesnosti i ustrajnosti*, a uz to se ponašaju proaktivno, češće biraju BUP, dakle djelomični antagonist opijatnih receptora, u cilju postizanja apstinencije. *Savjesnost*, kao osobina ličnosti, imala bi ulogu u odabiru BUP-a kao lijeka koji se samostalno uzima jer kao djelomični antagonist opijatskih receptora moguće utječe na motivacijsku odluku da se osoba što ranije stabilizira u apstinenciji, odnosno da spremno prihvati odsustvo recidiva tj. apsolutnu kemijsku kontrolu ovisnosti, a ne samo izbjegavanje apstinencijske krize. Isto tako su te osobe izražene *ustrajnosti* jer pri odabiru BUP-a preuzimaju odgovornost samostalnog svakodnevnog uzimanja terapije. Povećana *dinamičnost* i aktivnost u osobinama ličnosti mogla bi djelovati na odabir BUP-a u smislu da se te osobine koriste u svakodnevnom funkcioniranju. Njima nije potreban onaj „high“ koji ima MTD-a (34), već „čista glava“ (65). U osobinama emocionalne stabilnosti i mentalne otvorenosti nema značajne razlike između dviju skupina ispitanika, što ih čini podjednako osjetljivima i otvorenima za nove stvari i iskustva. Moguće da su ih upravo te karakteristike dovele svojevremeno u rizično ponašanje i posljedično u razvoj ovisnosti.

Prema Charu i suradnicima, nekorisnici droga značajno postižu više rezultate u dimenzijama otvorenosti i savjesnosti u odnosu na korisnike. Ne postoji značajna razlika dobivena u domeni ugodnosti između ove dvije skupine (98). Navedene karakteristike nekorisnika droga u osobinama otvorenosti i savjesnosti bolje odgovaraju crtama ličnosti naših ispitanika na BUP-u. U istraživanju različitih skupina konzumenata psihoaktivnih tvari rezultati pokazuju kako profil kokain/heroin korisnika postiže vrlo visoku ranjivost u dimenziji neuroticizma (emocionalne nestabilnosti), te vrlo nisku kompetenciju i uspješnost kao i usmjerenost ka postignuću u dimenziji savjesnosti petofaktorskog modela ličnosti (111). Navedene osobine ličnosti bolje odgovaraju karakteristikama naših ispitanika na MTD-u. Već je utvrđeno kako npr. EPQ skala može upućivati na povećanu sklonost ovisničkom ponašanju kod visokih rezultata na skali psihoticizma i neuroticizma (emocionalne labilnosti). Heroinski ovisnici pokazuju u oba spola visoke rezultate na navedenim skalama, a povišeni rezultati na skali ekstraverzije (energije) karakterističniji su za konzumente kanabisa (157).

Prema dostupnim znanstvenim istraživanjima nisu pronađeni rezultati istraživanja koji bi uspoređivali razlike u osobinama ličnosti između skupina ovisnika na terapiji održavanja BUP-om i MTD-om. Ovo je istraživanje od posebnog značaja jer rezultati pokazuju bitne razlike u petofaktorskom modelu osobina ličnosti skupina ispitanika na različitoj vrsti supstitucijske terapije, a koji bi mogli utjecati na odabir supstitucijske terapije odnosno sklonost ka određenoj supstitucijskoj terapiji s kojom je osoba „usklađenija“, odnosno s kojom ovisnik postiže i dugoročno održava apstinenciju..

Dobiveni rezultati u razlikama između ovih dviju skupina ukazuju na mogućnost određivanja skupina prema karakterističnim osobinama ličnosti, prvenstveno u *dinamičnosti, savjesnosti i ustrajnosti*, a moguće i *ugodnosti*. U svim su slučajevima prosječni rezultati viši u skupini ovisnika liječenoj BUP-om a u prethodno navedenima značajno su viši u odnosu na MTD ispitanike. Moguće je kako neki sociodemografski i biološki faktori u skladu s crtama ličnosti utječu na odabir supstitucijske terapije. U našem istraživanju značajna je statistička razlika između skupina u bračnom statusu i dobi.

6.2.1. Sociodemografske karakteristike u osobinama ličnosti opijatskih ovisnika na supstitucijskoj terapiji održavanja BUP-om i MTD-om

Istraživane su sociodemografske karakteristike i razlike u osobinama ličnosti između i unutar skupina opijatskih ovisnika na supstitucijskoj terapiji BUP-om i MTD-om. Sociodemografske karakteristike odnose se na spolne i dobne razlike te povezanost količine lijeka u osobinama ličnosti ovih dviju skupina.

6.2.1.1. Spolne razlike u osobinama ličnosti

Mnoga su istraživanja koja općenito ukazuju na spolne razlike u domenama neuroticizma (emocionalne nestabilnosti), ugodnosti i energije (ekstraverzije) petofaktorskog modela ličnosti (158, 159, 160) Te razlike su opsežnije i u drugim dimenzijama na razini aspekata (158). Te razlike nisu dosljedne u svim kulturama (161), kao ni tijekom odrastanja. Poznata je činjenica kako se neuroticizam (emocionalna nestabilnost) povećava tijekom odrastanja kod žena, ali ne i kod muškaraca (162).

No, utvrđeno je kako je spol važan moderator u objašnjavanju veze između ličnosti i poremećaja vezanih za PAT (163) i to u odnosu na konzumaciju različitih sredstava ovisnosti

(164). Pronalaze se razlike na skali savjesnosti BFQ upitnika (165) koje upućuju na umjerenije ponašanje žena na razini navika pijenja alkohola i pušenja cigareta još prije razvoja ovisnosti (164).

Ranija istraživanja u području ovisnosti bila su usmjerena samo na uzorak muškaraca, pa se zaključci i nisu mogli generalizirati za oba spola (166). Iako su muškarci skloniji zlouporabi PA tvari (167), žene su osjetljivije na učinke zlouporabe. Tako Brady i sur. navode da kada jednom počnu konzumirati alkohol i/ili droge, češće će ranije razviti ovisnost nego muškarci, imaju i veću stopu recidiva i javljaju se na tretman s više komorbiditetnih poremećaja, teže održavaju apstinenciju i u razdobljima apstinencije imaju veći broj psihijatrijskih simptoma, poput anksioznosti i depresije. Isti autori također navode kako žene češće objašnjavaju početak uzimanja psihoaktivnih tvari kao način suočavanja s proživljenim traumama, odnosno izloženost traumatskim iskustvima (fizičko, emocionalno ili seksualno zlostavljanje). Muškarci, s druge strane, češće počinju uzimati droge zbog njihovih farmakoloških učinaka nego zbog suočavanja sa stresom (168). Uspoređujući rezultate muškaraca i žena na EPQ skalama u grupi ovisnika o heroinu žene imaju značajno viši psihoticizam i neuroticizam nego muškarci (169).

U ovom istraživanju značajne spolne razlike dobivene su u obje skupine ispitanika. Unutar skupine ispitanika na BUP-u razlike su značajne u dimenzijama *energije* te pod-dimenziji *dominacije*, zatim dimenziji *emocionalne stabilnosti* i na ljestvici laganja. U svim slučajevima više rezultate postižu žene. U praktičnom smislu viši rezultati *energije* žena na terapiji buprenorfinom u odnosu na muškarce, čine te žene društvenijima, toplijima u odnosima, asertivnijima, pozitivnije emocionalnosti. U socijalnim situacijama vole biti u centru pažnje, odlučne su, vole biti vođe i kontrolirajući i/ili utječući na druge imaju osjećaj snage za postizanje ciljeva. Viši rezultati u dimenziji *emocionalne stabilnosti* čine ih smirenijima i staloženijima u odnosu na muškarce iste skupine.

S druge strane, u skupini ispitanika na MTD-u, značajne spolne razlike u osobinama ličnosti, dobivene su dimenziji ličnosti *energija*, pod-dimenzijama *dinamičnosti* i *dominacije*, dimenziji *savjesnosti*, pod-dimenziji *temeljnost*, dimenziji *mentalne otvorenosti* odnosno pod-dimenziji *otvorenosti kulturi*. U svim navedenim dimenzijama i pod-dimenzijama više rezultate postižu žene. U praktičnom smislu žene na terapiji MTD-om su društvenije, komunikativnije, ambicioznije, aktivnije, odlučnije u domeni energije te savjesnije, sistematičnije, marljivije te pouzdanije prema domeni savjesnosti. Mentalna otvorenost, i to posebno otvorenost prema kulturi, čini žene na MTD-u dosjetljivijima, kreativnijima, snalažljivijima, maštovitijima s povećanim intelektualnim i umjetničkim interesom u odnosu

na muškarce iste skupine.

Rezultati našeg istraživanja djelomično slijede ranije dobivene rezultate drugih istraživanja, u kojima je poznato kako ovisnici imaju više rezultate na skali neuroticizma (emocionalne nestabilnosti) (100) i ekstraverzije (energija) (98). Žene, prema dosadašnjim istraživanjima, postižu više rezultate u dimenzijama neuroticizma (emocionalne nestabilnosti), ugodnosti i ekstraverzije (energije) u odnosu na muškarce (158).

Uspoređujući dobivene rezultate našeg istraživanja s prethodnima, zaključujemo kako žene u obje skupine ispitanika imaju više rezultate u energiji odnosno ekstraverziji, što je u skladu s rezultatima prethodnih istraživanja. No, naši rezultati pokazuju kako žene na BUP-u pokazuju više rezultate u emocionalnoj stabilnosti, a na ljestvici laganja stalo im je da ostave dobar dojam, odnosno daju socijalno poželjne odgovore u odnosu na muškarce iste skupine.

Žene na MTD-u uz više rezultate u obje pod-dimenzije *energije* (ekstraverzije) izdvajaju se po višim rezultatima u dimenziji *mentalne otvorenosti* odnosno pod-dimenziji *otvorenosti prema kulturi* kao i ovisnička populacija općenito (106). Dakle, sve žene ovisničkog profila postižu više rezultate u *energiji* (ekstraverziji) što ih čini društvenijima, komunikativnijima, aktivnijima, samouvjerenijima u odnosu na muškarce ovisnike iste skupine. Viši rezultati u obje pod-dimenzije energije (*dinamičnosti i dominaciji*) kod žena na MTD-u čini ih aktivnijima, društvenijima, impulzivnijima te sklonijim rizičnim ponašanjima u odnosu na muškarce na MTD-skoj terapiji održavanja (170).

6.2.1.2. Dobne razlike u osobinama ličnosti

Dob u skupinama ispitanika značajno je povezana s pojedinim osobinama ličnosti. Skupine ispitanika u ovom istraživanju značajno se razlikuju u dobi, naročito u skupini ispitanika na BUP-u koja je značajno mlađa ($38,6 \pm 0,5$) i značajno negativno povezana s dimenzijama *energija* (ekstraverzija), *dinamičnost*, *ugodnost*, *srdačnost / prijateljski stav*, *emocionalna stabilnost i emocionalna kontrola*. Dakle, što su ispitanici na BUP-u stariji, niži su im rezultati na navedenim varijablama. U praktičnom smislu ovi rezultati znače kako su stariji ovisnici na terapiji održavanja BUP-om manje društveni, slabije komunikativni, neaktivniji, povučeni, manje ambiciozni od mlađih na terapiji održavanja BUP-om. Isto tako su manje srdačni, slabije tolerantni i manje prijateljski nastrojeni u odnosu na mlađu skupinu.

Skupina ispitanika na MTD-u značajno je starija ($41,5 \pm 0,6$) u odnosu na skupinu ispitanika na BUP-u, te ne pokazuju značajne dobne razlike u osobinama ličnosti osim pozitivne

povezanosti s *ljestvicom laganja*. Dakle, što su ispitanici na MTD-u stariji, viši su im rezultati na *ljestvici laganja*, dakle žele ostaviti dobar dojam dajući socijalno poželjne odgovore.

Rezultati dosadašnjih istraživanja pokazuju da su dobne razlike u osobinama ličnosti značajno negativno povezane s neuroticizmom (emocionalna nestabilnost) (162) i ekstraverzijom (energija), a pozitivno sa savjesnošću i otvorenošću. Otvorenost iskustvu pokazuje krivudavu povezanost s dobi, s najvišim srednjim razinama u srednjoj životnoj dobi (171). Pojedina istraživanja uz ekstraverziju (neuroticizam) negativno s dobi povezuju i otvorenost, a pozitivno je povezana ugodnost. Prosječne razine savjesnosti bile su najveće za ispitanike srednje dobi (172).

Uspoređujući rezultate prehodnih istraživanja na zdravoj populaciji, utvrđujemo kako se pojedine osobine ličnosti i njihovi aspekti starenjem mijenjaju, što je u skladu s rezultatima ovog istraživanja za skupinu BUP-a, što se ne može reći za skupinu ovisnika na MTD-u, na koju dob ne utječe, osim na *ljestvici laganja*.

6.2.1.3. Količina lijeka u osobinama ličnosti

Prema dobivenim rezultatima ovog istraživanja ne pronalazi se značajna povezanost osobina ličnosti i količine lijeka koji se primjenjuje kao supstitucijska terapija održavanja. Razlike nisu utvrđene ni u spolu ni u dobi naših ispitanika u odnosu na količinu lijeka.

Suprotno ovim rezultatima postoji uočljiva, ali ne i jaka pozitivna korelacija starenja i doze održavanja MTD-om (173). Dosadašnja su istraživanja uglavnom bila usmjerena na pronalaženje povezanosti između patoloških crta ličnosti odnosno poremećaja u odnosu na dozu supstitucijske terapije. Rezultati navedenih istraživanja pokazali su kako patološke osobine ličnosti kod opijatnih ovisnika imaju značajnu ulogu u višoj dozi MTD-a u odnosu na kontrolnu skupinu (174). Utvrđene su čak i razlike između povezanosti pojedinih patoloških entiteta i doze MTD-a. Tako npr. pacijenti sa shizoidnim poremećajem postižu stabilizaciju na značajno višim dozama MTD-a, nego drugi tipovi poremećaja (175), kao i da ispitanici s velikom depresivnom epizodom imaju i po 10 mg više doze MTD-a od ispitanika bez navedenog stanja (173). Značajno više srednje doze MTD-a pokazuju i osobe s niskim borderline indeksom, suprotno očekivanjima prema onima s višim borderline indeksom. Stoga se taj indeks pokazuje kao mogući prediktorski faktor za procjenu odgovarajuće doze MTD-a u heroinskih ovisnika (176).

6.3. Privrženost opijatskih ovisnika na supstitucijskoj terapiji održavanja BUP-om i MTD-om

Privrženost je vrlo kompleksna u svom nastajanju i djelovanju, a naročito kada govorimo o nesigurnoj privrženosti (119, 129) koja je zajednička osobama širokog raspona mentalnih poremećaja (119) pa čak i na razini povezanosti psihopatologije i opioidnih receptora (24). Naše je istraživanje usmjereno na moguće razlike u privrženosti između skupina ispitanika na MTD-u i BUP-u. Nije sporna činjenica kako postoji korelacija između zlorabe tvari i nesigurnih stilova privrženosti (140). Općenito je dokazana nesigurna privrženost heroinskih ovisnika, uglavnom plašljivo-izbjegavajućeg tipa u odnosu na druge skupine konzumenata i kontrolnu skupinu (178).

Slijedom navedenih rezultata pretpostavili smo razlike između skupina heroinskih ovisnika na različitoj vrsti supstitucijske terapije na način da ovisnici na buprenorfinu imaju sigurniji stil privrženosti u prijateljskim vezama te su rjeđe nesigurno privrženi u odnosu na ovisnike u apstinenciji na MTD-skoj terapiji održavanja. No, ovim istraživanjem nije utvrđena statistički značajna razlika u stilovima kao ni u dimenzijama privrženosti između ovih dviju skupina ispitanika. Podjednako je dominirajuće zastupljena *sigurna i plašljiva* privrženost u obje skupine, kao i u manjoj mjeri *preokupirajuća i izbjegavajuća* privrženost.

Rezultati našeg istraživanja, dakle, ne potvrđuju pretpostavku kako ovisnici na terapiji BUP-om imaju sigurniji stil privrženosti u prijateljskim vezama te su rjeđe nesigurno privrženi u odnosu na ovisnike na terapiji MTD-om. U ovom istraživanju nisu uspoređivani rezultati skupina u odnosu na neovisnike, već je utvrđeno kako razlike u stilovima privrženosti nema između skupina na različitoj vrsti supstitucijske terapije u dozi održavanja. To može ukazivati na sličan razvoj stilova privrženosti, a koji ih sada podjednako čini sigurnima i povjerljivima prema prijateljima te podjednako zadovoljavaju svoje potrebe u tim odnosima. S obzirom na našu pretpostavku da ovisnici na MTD-skoj terapiji imaju izraženiju nesigurnu privrženost, moguće je razmotriti kako su ovisnici iz te skupine davali više socijalno poželjnih odgovora u cilju socijalne prihvatljivosti s obzirom na socijalne interakcije i prijateljstva unutar ovisničkih skupina, što može biti povezano s pojedinim dimenzijama i aspektima privrženosti unutar ove skupine. Naime, osobe na MTD-u su značajno starije te su uglavnom neoženjene/neudane ili rastavljene. Moguće je kako nesigurno privrženi pojedinci iz skupine MTD-a kompenziraju nedostatak partnerskih odnosa vanjskim potvrdama odnosno socijalno poželjnim odgovorima, što bi bilo korisno dalje istražiti.

Značajne razlike među skupinama pronađene su u pojedinim aspektima na dimenziji

izbjegavanja (otvorenost, utjeha i povlačenje) i dimenziji anksioznosti (odvojenost). U aspektima otvorenosti i utjehe značajno više rezultate postižu ovisnici koji apstinenciju održavaju BUP-om, a u aspektima odvojenosti i povlačenja značajno više rezultate postižu ovisnici koji apstinenciju održavaju MTD-om, što je u skladu s kliničkim zapažanjima u radu s navedenim ispitanicima.

6.3.1. Sociodemografske razlike u privrženosti skupina ovisnika na MTD-u i BUP

6.3.1.1. Spolne razlike u privrženosti

Općenito, većina autora pronalazi veću zastupljenost žena kod preokupirajućeg stila (116, 179, 180) te veću zastupljenost muškaraca s odbijajućim stilom privrženosti u odnosu na žene (116, 181).

Žene u odnosu na muškarce postižu više rezultate u dimenziji anksioznosti. (182, 183), a muškarci postižu više rezultate u dimenziji izbjegavanja (183, 184).

Rezultati našeg istraživanja pokazuju kako između dviju skupina heroinskih ovisnika nema spolnih razlika u stilovima ni dimenzijama privrženosti. Razlike se zapažaju unutar skupina, tako da postoji značajna i pozitivna povezanost između dimenzije anksioznosti i dimenzije izbjegavanja unutar skupine buprenorfina kao i unutar skupine metadona.

Iako analiziranje rezultata na razini aspekata nema znanstvenu značajnost u definiranju privrženosti, jer se vrijednost testa izražava u stilovima i dimenzijama, ono ima praktičnu važnost u skladu s kliničkim zapažanjima. Naime, postoje značajne razlike na razini aspekata *utjehe, otvorenosti, odvojenosti i povlačenja* između skupina ispitanika. *Utjeha* (obraćanje prijateljima radi utjehe i smirivanja) i *otvorenost* (u razgovoru s prijateljima) značajno su više u grupi održavanom BUP-om, a *odvojenost* (zamjeranje prijateljima radi odvojenosti od prijatelja) i *povlačenje* (u trenutku približavanja prijatelja) značajno su viši u grupi održavanoj MTD-om.

Značajne spolne razlike dobivene su u skupini na BUP-u, u aspektima *utjehe, osjećaja* (ne pokazuju rado svoje osjećaje prijateljima) i *povlačenja*. Na skali utjehe više rezultate postižu žene, a na skalama osjećaja i povlačenja muškarci.

U skupini ispitanika na MTD-u, muškarci i žene ne razlikuju se niti na jednom od gore analiziranih aspekata privrženosti.

6.3.1.2. Dobne razlike u privrženosti

Prema temeljnoj Bowlbyjevoj teoriji, privrženost postaje integrirani dio ličnosti pojedinca i definira sve buduće odnose (114). Tip privrženosti koji će dijete formirati ovisi o ponašanju majke prema njemu, odnosno ovisi primarno o kvaliteti njihova odnosa, a taj se nadalje opisuje kao čimbenik kvalitete funkcioniranja u adolescenciji i odrasloj dobi (122, 123). Vjerojatnost zadržavanja stila privrženosti razlikuje se od studije do studije. Tako npr. u kohortnoj longitudinalnoj studiji na populaciji adolescenata u skupinama od 13, 16 i 19 godina, utvrđene su neke značajne dobne razlike u stilovima privrženosti tijekom adolescentnog perioda.

Kod dobne razlike u stilovima privrženosti, navode autori, stariji adolescenti imaju izraženiju odbijajuću privrženost zbog osjećaja samostalnosti i samodostatnosti te su manje emocionalno povezani. Kod nesigurne plašljive privrženosti zaključuje se da, kao i u ovom slučaju, stariji adolescenti žele više slobode i autonomije (185).

Moguće je da osoba odrastanjem doživljava promjene u privrženosti u skladu sa separacijom, socijalnim interakcijama i drugim mogućim intervencijama (146), pa su to bila i očekivanja u našem istraživanju.

Međutim, rezultati našeg istraživanja ne pokazuju dobne razlike u stilovima i dimenzijama privrženosti između dviju skupina ispitanika. Za napomenuti je kako se dobne razlike zapažaju tek u pojedinim aspektima privrženosti, tako da stariji heroinski ovisnici na BUP-u postižu niže rezultate u aspektu *utjehe* (obraćanje prijateljima radi utjehe i smirivanja), a više u ostalim aspektima. Stariji heroinski ovisnici na MTD-u postižu niže rezultate u aspektima *intime* (nije im ugodno dijeliti svoje intimne misli i osjećaje s prijateljima), *utjehe* (manje se obraćaju prijateljima radi utjehe i smirivanja) i *samoće* (manje se brinu da će ostati sami).

6.3.1.3. Količina lijeka u privrženosti

Nisu pronađena istraživanja koja govore o povezanosti i razlikama u dozi supstitucijske terapije i privrženosti. Pojedina istraživanja govore o psihoterapiji i privrženosti u odnosu na terapijske učinke i u odnosu na terapeuta, što uvelike može imati ulogu u učinkovitosti liječenja općenito (186, 187, 188). Rezultati našeg istraživanja govore kako količina terapije nije značajno povezana sa stilovima i dimenzijama privrženosti, no postoje značajne razlike između skupina ispitanika na BUP-u i MTD-u u povezanosti količine lijeka i pojedinih aspekata privrženosti. Viša doza BUP-a značajno pozitivno povezana sa zamjeranjem

prijateljima zbog *odvojenosti* od njih i s *neugodom* zbog bliskosti s prijateljima te granično pozitivno povezana s *ugodom* emocionalnog otvaranja prema prijateljima.

Rezultati skupine ispitanika na MTD-u pokazuju značajnu povezanost doze MTD-ske terapije i *utjehe*. Dakle, veća količina MTD-ske terapije povezana je s češćim obraćanjem prijateljima radi utjehe i smirivanja. Skupine ispitanika ne pokazuju razlike u učestalosti pojedinih stilova privrženosti s obzirom na sociodemografske karakteristike (spol, starost, stručnu spremu, bračni status i iskustvo roditeljstva) kao i količinu terapije koju ispitanici uzimaju.

6.4. Odnos osobina ličnosti i dimenzija stilova privrženosti u skupinama ispitanika

Produbljuje se saznanje o povezanosti izbjegavajućeg stila privrženosti prema partnerima s osobama niske ekstraverzije (energije) kao i u odnosu prema prijateljima (150, 189, 190). Isto je tako dokazana pozitivna povezanost ekstraverzije (energije) i ugodnosti s kvalitetom sigurne privrženosti (191). Rezultati novijih istraživanja pokazuju nasljednost individualnih razlika u privrženosti u dimenzijama anksioznosti i izbjegavanja, te preklapanja privrženosti u odraslih i značajki petofaktorskih osobina ličnosti kao posljedice zajedničkih genetskih utjecaja (192). Siguran stil privrženosti u negativnoj je korelaciji s osobinom izbjegavanja štetnosti, ali i značajno pozitivnoj korelaciji s traženjem novih iskustava, sustavom nagrade, kooperativnošću i samozadovoljstvom. Preokupirani (tjeskobni/ambivalentni) stil privrženosti značajno pozitivno korelira s dimenzijom osobine ličnosti izbjegavanja štete i traženja novih iskustava, a značajno negativno samo sa samo-usmjerenošću. Plašljivo-izbjegavajući stil privrženosti značajno je negativno povezan s dimenzijom traženja iskustava (193).

Zaključuje se kako je siguran stil privrženosti najznačajniji prediktor osobina ličnosti u dimenzijama neuroticizma (emocionalne nestabilnosti), ekstraverzije (energije), ugodnosti, otvorenosti prema iskustvu, a preokupirajući stil privrženosti u dimenziji savjesnosti (194). Sigurna privrženost odraslih povezana je s boljim mentalnim zdravljem, a nesigurni stilovi privrženosti karakterizirani su negativnim mišljenjem o sebi te su povezani s višim rezultatima depresije i anksioznosti (195).

Mentalni poremećaji općenito, sami po sebi, mogu pogoršati osjećaj sigurnosti osobe u privrženosti (128).

Zbog svega navedenog, u ovom smo istraživanju dodatno pokušali utvrditi povezanost dimenzija privrženosti i pojedinih osobina ličnosti, te smo prema rezultatima zaključili kako je u skupini ispitanika na terapiji održavanja BUP-om, dimenzija izbjegavanja značajno

negativno povezana s *emocionalnom kontrolom, mentalnom otvorenošću, otvorenošću iskustvu*, a dimenzija anksioznosti značajno je negativno povezana s *ustrajnošću, emocionalnom stabilnošću, emocionalnom kontrolom, kontrolom impulsa i mentalnom otvorenošću*, te pozitivno s ljestvicom laganja.

Anksiozno privržene osobe povezane su s prikrivenim narcizmom, koji karakterizira pažnja, usmjerenost na sebe, pretjerana osjetljivost na procjene drugih ljudi i pretjerano naglašen osjećaj prava na nešto (127). Ove osobe na propisanoj terapiji održavanja BUP-om manje su uporne i ustrajne u ispunjavanju zadanih obveza, odnosno ciljeva. One pokazuju povišenu anksioznost te su emocionalno ranjivije, osjetljivije, impulzivnije, nestrpljivije i iritabilnije od drugih, a ujedno su manje zainteresirane za nove stvari i iskustva, odnosno manje otvorene za kontakte s različitim kulturama i običajima (149). Ove anksiozno privržene osobe na terapiji održavanja BUP-om također više daju socijalno poželjnih odgovora te žele ostaviti pozitivnu sliku o sebi.

S druge strane, u istoj skupini, izbjegavajuće privržene osobe koje su povezane s otvorenim narcizmom ili grandioznošću, što uključuje samohvalu i poricanje slabosti (127), na terapiji održavanja BUP-om u osobinama ličnosti pokazuju pojačanu anksioznost, emocionalnu ranjivost i osjetljivost, nezainteresirani su za nove stvari i iskustva te manje otvoreni za kontakt s novim kulturama i običajima (149).

Realno se postavlja pitanje što to ovisnike na BUP-u zapravo čini stabilnima u privrženosti, odnosno osobinama ličnosti. Činjenica je da uspijevaju održavati apstinenciju od opijata u dužem periodu. Prema rezultatima, anksiozno i izbjegavajuće privrženi ovisnici na BUP-u pokazuju nižu *mentalnu otvorenost* što ih čini nezainteresiranima za nove stvari i iskustva, odnosno mentalna im je otvorenost negativno povezana s anksioznom i odbijajućom privrženosti. Moguće da upravo ta povezanost daje određenu stabilnost u održavanju apstinencije te drži ove osobe podalje od rizika recidiva opijatima, unatoč emocionalnoj ranjivosti i osjetljivosti koja ih je i mogla uvesti u svijet ovisnosti, sukladno činjenici kako pojedince sklone zlouporabi opojnih sredstava karakterizira visoka emocionalna nestabilnost (99, 100, 108, 109).

U drugoj skupini naših ispitanika koji su na terapiji održavanja MTD-om, dimenzija izbjegavanja značajno je negativno povezana s *ugodnosti, kooperativnosti/empatijom i otvorenosti iskustvu*. Ta povezanost ukazuje na mogućnost da oni ovisnici koji su na terapiji održavanja MTD-om, a postižu visoke rezultate u dimenziji izbjegavanja, pokazuju manju srdačnost i kooperativnost, nisu prijateljski nastrojeni te su neempatični. Istovremeno su nezainteresirani za nove stvari i iskustva.

S druge strane, u istoj skupini, dimenzija anksioznosti značajno je negativno povezana s *ugodnosti, kooperativnosti/empatijom, emocionalnom stabilnosti, emocionalnom kontrolom i kontrolom impulsa*. To ukazuje na to kako su visoko anksiozni ovisnici na održavanju MTD-om također manje srdačni i kooperativni ali su istovremeno i ranjiviji, osjetljiviji, impulzivniji, nestrpljiviji i iritabilniji.

Prema navedenim rezultatima, postoji značajna negativna povezanost u privrženosti u dimenziji izbjegavanja i dimenziji anksioznosti s *ugodnosti i kooperativnosti/empatijom* u osobinama ličnosti, što ukazuje na to da ovisnici na MTD-skoj terapiji održavanja, koji su visoko anksiozni ili visoko izbjegavajući, pokazuju nesrdačnost i nekooperativnost. Ova povezanost može biti značajna u ranijim obiteljskim i socijalnim kontaktima kao moguće etiologije konzumacija PAT a sukladno činjenici kako su obiteljski razlozi primarni etiološki faktori za početak konzumacije PAT prema procjeni istraživača (196). U daljnjem tijeku razvoja ovisnosti i odluci za početak liječenja, moguće je kako je upravo niska razina *ugodnosti*, koju posjeduju anksiozno i izbjegavajuće privrženi ovisnici, a koja ih čini nekooperativnima, nesrdačnima, neprijateljski nastrojenima i neempatičnim osobama, zapravo osobina ličnosti koja ih u određenom trenutku izdvaja iz funkcionalnih obiteljskih i socijalnih odnosa te stavlja u rizik. To je u skladu s mogućim etiološkim faktorima rizičnog socijalnog okruženja u kojima hedonistički zadovoljavaju svoje potrebe, sukladno samoprocjeni ovisnika da je upravo hedonizam primarni etiološki faktor nastanka ovisnosti (196). Ova povezanost mogla bi također biti važna odrednica u terapijskom odnosu, naročito u početku uspostavljanja apstinencije odnosno terapijske suradnje gdje nesrdačnost i neprijateljski stav pacijenta ne mora nužno značiti nemotivaciju za liječenje.

Multiplim regresijskim analizama ispitan je odnos između osobina ličnosti i dimenzija privrženosti u svakoj skupini ispitanika zasebno.

U skupini ispitanika na BUP-u, osobine ličnosti petofaktorskog modela značajno predviđaju aspekte privrženosti nazvane *zbližavanje, nezadovoljstvo, tjeskoba, briga, utjeha, neugoda, povlačenje i prisila*, a u skupini ispitanika na MTD-u, osobine ličnosti značajno predviđaju aspekte dimenzije privrženosti nazvane *zbližavanje, ugoda, strah, otvorenost, briga, osjećaji, odvojenost, samoća, povlačenje i prisila*. Postoje dosljedne i teoretski smislene veze između stilova privrženosti i osobina ličnosti, no dimenzije privrženosti još uvijek bolje predviđaju kvalitetu odnosa od mjerila Big Five crta ličnosti (190).

6.5. Razlikovanje skupina ovisnika u određenom skupu varijabli diskriminantnom analizom

Dodatne analize razlikovanja među grupama napravljene su diskriminantnom analizom. Ispitana je mogućnost razlikovanja dviju skupina ovisnika temeljem njihovih rezultata na Big Five upitniku za dvije skupine varijabli i to osobina petofaktorskog modela ličnosti (5 varijabli) i pojedinih pod-dimenzije osobina petofaktorskog modela ličnosti (10 varijabli).

Za razlikovanje skupina temeljem rezultata na upitniku Inventara iskustava u bliskim vezama, ispitane su mogućnosti za dvije skupine varijabli i to dimenzije privrženosti (2 varijable) te aspekte privrženosti (18 varijabli).

Diskriminantna funkcija koja razlikuje ispitanike tretirane BUP-om i MTD-om na osnovi osobina petofaktorskog modela ličnosti nije statistički značajna, ali je blizu statističke značajnosti. Diskriminantnom je funkcijom najviše zasićena dimenzija *savjesnosti*. Dobivenom diskriminantnom funkcijom točno možemo klasificirati 56,0 % ispitanika (dakle, kada ne bismo znali kojoj skupini ispitanici pripadaju samo na osnovi rezultata u dimenzijama petofaktorskog modela ličnosti točno bismo svrstali 56,0 % ispitanika). To je 6,0 % bolje nego slučajno pogađanje (koje kod razlikovanja dviju skupina iznosi 50 %). Točnost razlikovanja nešto je bolja za skupinu liječenu MTD-om.

Savjesnost se odnosi na sposobnost samoregulacije/samokontrole, a osobe koje postižu visoke rezultate u toj dimenziji opisuju se kao reflektivne, savjesne, uredne, precizne i ustrajne (149).

Moguće je kako je savjesnost ispitanika, upravo prema navedenim karakteristikama, uvelike odgovorna za odabir opioidnog agonista (15, 16) i djelomičnog antagonista u skladu s njihovim djelovanjem na opioidne receptore (35, 65). Moguće da pridonosi i odluci da se liječe i održavaju apstinenciju jer savjesnost odražava motivacijsku stabilnost tj. tendenciju da se postave ciljevi i radi prema njima na organizirani način (197). Navedeno upućuje na mogućnost povezanosti crta ličnosti, u ovom slučaju savjesnosti, s motivacijom i odabirom supstitucijske terapije. Činjenica jest kako je upravo motivacija ključna za početak terapijskog procesa, a osim nje i kvaliteta terapijske učinkovitosti i funkcioniranja osobe. Iz ovoga se da zaključiti kako je savjestan pacijent ujedno i visoko motiviran pacijent te će shodno tome odabrati supstitucijsku terapiju koja ga bolje približava cilju.

Savjesnost najviše dolazi do izražaja pri socijalnoj kontroli impulsa, pa savjesne osobe imaju smanjenu impulzivnost i spontanost te dispoziciju prema opreznosti i kritičnosti (198). Temeljem savjesnosti kao osobine ličnosti koja neizravno odražava motivacijsku stabilnost,

razinu impulzivnosti i spontanosti, nalaže se mogućnost utjecaja ovih karakteristika na druge ranije navedene razloge odabira supstitucijske terapije kao što su intenzitet i dužina simptoma sustezanja kod prekida medikacije (37), intenzitet analgezije i euforije (34), mogućnost doze lijeka „za kući“ (61), stupanj ovisnosti (66).

Kada se radi o osobinama ličnosti, može se uočiti kako je savjesnost važna osobina ličnosti kod skupina ispitanika na održavanju različitim vrstama supstitucijske terapije, u odnosu na druge osobine ličnosti, odnosno sklonosti ovisnika ka jednoj vrsti terapije. Točnost razvrstavanja diskriminacijskom funkcijom nešto je bolja za skupinu liječenih MTD-om kao opijatnim agonistom, što je očekivano s obzirom na to da je savjesnost važna osobina ličnosti u razlikovanju ovisnika i neovisnika (109) te u osoba sklonih zlouporabi PAT (106, 107). Upravo se niska savjesnost povezuje sa zlouporabom droga i mogućom etiologijom korištenja droga (112).

Naime, priroda lijeka, odnosno njegove farmakološke karakteristike i odabir, mogle bi u skladu sa savjesnosti utjecati i na uvjerenja vezana npr. za stigmu (77) odnosno obiteljsku stabilnost (199) i socijalne interakcije, s obzirom na to da je savjesnost značajna komponenta obiteljskog i socijalnog funkcioniranja te kvalitete odnosa.

Slijedom navedenih rezultata napravili smo diskriminantnu funkciju koja razlikuje ispitanike liječene BUP-om i MTD-om na osnovi pod-dimenzija crta petofaktorskog modela ličnosti, a koja je na granici statističke značajnosti. Diskriminantnom je funkcijom najviše zasićena komponenta *ustrajnosti* kao pod-dimenzije savjesnosti. Ova pod-dimenzija mjeri aspekte koji se odnose na upornost i ispunjavanje preuzetih obveza (149). Diskriminantnom funkcijom točno možemo klasificirati 59,3 % ispitanika (dakle, kada ne bismo znali kojoj skupini ispitanici pripadaju samo na osnovi rezultata u pod-dimenzijama crta petofaktorskog modela ličnosti točno bismo svrstali 59,3 % ispitanika). To je 9,3 % bolje nego slučajno pogađanje (koje kod razlikovanja dviju skupina iznosi 50 %). Točnost razlikovanja nešto je bolja za skupinu liječenu MTD-om. Dobiveni rezultati ukazuju na specifičnije pokazatelje osobina ličnosti, odnosno pod-dimenzije koje mogu bolje pridonijeti objašnjenju sklonosti pojedinaca određenoj vrsti supstitucijske terapije. Osobe koje postižu visoke rezultate u pod-dimenziji *ustrajnosti* opisuju se kao uporne i ustrajne u ispunjavanju preuzetih obveza, što bi ih moglo razlikovati u smislu odabira supstitucijske terapije s kojom ovisnik postiže apstinenciju a kasnije ju i održava.

U daljnjem tijeku istraživanja, diskriminantnom smo funkcijom ispitali razlike ispitanika liječenih BUP-om i MTD-om na osnovi dimenzija i aspekata privrženosti, a koja su se pokazala statistički značajnom.

Dobivenom diskriminantnom funkcijom pokazali smo kako ukupno točno možemo klasificirati 67,0% ispitanika, dakle 17% bolje nego slučajnim pogađanjem (koje iznosi 50 %). Točno svrstavanje je bolje za skupinu ispitanika liječenih MTD-om i iznosi 70%, dok je za skupinu ispitanika na BUP-u točno svrstavanje 64% (tablica 17). Dakle, rezultati ukazuju na dobru mogućnost razlikovanja ovih dviju skupina ispitanika na temelju dimenzija privrženosti, naročito za skupinu ovisnika na MTD-u.

Diskriminantnom su funkcijom najviše zasićeni aspekti *nezadovoljstva*, *otvorenosti*, *odvojenosti* i *prisile*. Dobivenom diskriminantnom funkcijom točno možemo klasificirati 66,3 % ispitanika (dakle, kada ne bismo znali kojoj skupini ispitanici pripadaju samo na osnovi rezultata u aspektima privrženosti točno bismo svrstali 66,3 % ispitanika) (tablica 19). To je 16,3 % bolje nego slučajno pogađanje (koje kod razlikovanja dviju skupina iznosi 50 %). Za skupinu liječenih BUP-om točno je svrstano 62,7 %, a za skupinu MTD-a točno je svrstano 70 % ispitanika, što znači da je svrstavanje za 12,7 % kod BUP-a bolje od slučajnog pogađanja, a kod MTD-a za 20 %, što je iznimno značajan rezultat.

Zasićeni aspekti *nezadovoljstva*, *odvojenosti* i *prisile* u dimenziji anksioznosti moguće ukazuju na zadovoljavanje potreba osoba na BUP-u u prijateljskim vezama. Mikulincer navodi kako anksiozno privržene osobe vjeruju da upravo u neposrednom kontaktu s bliskim osobama mogu zadovoljiti svoju potrebu za intimnošću (200). Istovremeno prema jednoj istraživačkoj studiji, ovisnici o heroinu uz veću vjerojatnost nesigurnog stila privrženosti, imaju i veću vjerojatnost straha od intime (143). Prema navedenom, potreba za intimom te istovremeno strah od intime rezultira unutrašnjim konfliktom odnosno anksioznošću. Stoga je za očekivati kako će razlikovanje u pojedinim aspektima, u ovom slučaju nezadovoljstva, odvojenosti i prisile u dimenziji anksioznosti u prijateljskim odnosima, značajno razlikovati skupine ovisnika na terapiji BUP-om odnosno MTD-om.

Razlikovanje skupina u aspektu *otvorenosti* u dimenziji izbjegavanja moguće ukazuje na pokušaj da se izbjegavajuće osobe distanciraju od problemske situacije kako bi potisnule svaki bolni osjećaj i misao te se prezentirali u pozitivnom svjetlu (200).

Diskriminantna funkcija koja razlikuje ispitanike tretirane BUP-om i MTD-om na osnovi aspekata privrženosti statistički je značajna, stoga smo zaključno s rezultatima diskriminantne analize, ovim istraživanjem pokazali jaču diskriminatornu snagu privrženosti negoli osobina ličnosti. Diskriminantna funkcija na osnovi pod-dimenzija crta petofaktorskog modela ličnosti na granici je statističke značajnosti, a točnost razlikovanja nešto je bolja za skupinu liječenu MTD-om. Kada se radi o crtama ličnosti, razlikovanje je nešto bolje kada koristimo pojedine pod-dimenzije osobina petofaktorskog modela nego kada koristimo pet velikih

dimenzija. Čini se da su za razlikovanje ovih dviju grupa potrebne uže i specifičnije dimenzije, a ne široke i opće.

Opioidna ovisnost glavni je zdravstveni i socijalni problem diljem svijeta. Ovisnicima je teško prestati uzimati sredstvo ovisnosti za dugo razdoblje ili promijeniti svoje ponašanje unatoč gomilanju štetnih posljedica (komorbidnih somatskih i psihijatrijskih poremećaja, odbijanja društvenih ili obiteljskih veza). Jedna značajka opioidne ovisnosti jest da su za njega dostupni specifični i djelotvorni farmakološki postupci, osobito ako se primjenjuju kao dio globalne medicinske, psihološke i socijalne strategije liječenja. Cilj strategije jest postupno pomoći pacijentima da prestanu koristiti droge bez patnje i pomoći im da se ponovno integriraju u društvo postavljajući jasne kratkoročne, srednjoročne i dugoročne ciljeve (7). Zbog ogromnog utjecaja ovisnosti o opijatima, svi medicinski stručnjaci moraju biti upoznati s učinkovitim mogućnostima liječenja. Važno je identificirati i iskoristiti najučinkovitije načine liječenja kako bi se spriječilo predoziranje opijatima i smanjila stopa ovisnosti. Dva najčešća izbora lijekova za ovaj tretman jesu BUP i MTD. Mnogo se istraživanja provodi na tim lijekovima i oba su se pokazala učinkovitim, no svaki lijek dolazi s vlastitim rizicima i prednostima. MTD se koristi desetljećima, poznat je i zbog uhodanog korištenja, čineći ga lakim izborom za neke pružatelje. BUP (BUP/naloxon) korišten je u kraćem vremenskom okviru te postoji manji broj dostupnih istraživanja, ali pokazuje obećavajuće uspjehe u liječenju ovisnosti. Odluka između tih dvaju lijekova jest teška i mnogi se čimbenici moraju uzeti u obzir, uključujući njihov raspored doziranja, nuspojave, rizik od zlouporabe i predoziranja, troškove i dugoročne učinke. Sveukupno, oba lijeka mogu biti učinkovita u smanjenju stope ovisnosti o opijatima, ali izbor lijekova mora se napraviti kao suradnički napor između pružatelja usluga i pacijenta uzimajući u obzir sve navedene čimbenike (57) .

Upravo ovo istraživanje pruža mogućnost bržeg i efikasnijeg određivanja adekvatne supstitucijske terapije koja bi učinkovitije i u kraćem vremenskom razdoblju dovela do kvalitetne stabilizacije opijatnih ovisnika i do njihova poželjnog funkcioniranja, reducirajući pri tome sve ranije navedene psihofizičke i socijalne rizike za ovisnika i okolinu. Rezultati ovog istraživanja pokazuju kako su osobine ličnosti na razini dimenzija važni, a stilovi privrženosti na razini dimenzija značajni prediktori u odabiru supstitucijske terapije opijatnih ovisnika. U praksi pacijenti često za neodgovarajuću supstituciju kažu „nije moj tip supstitucije“. Stoga bi preporuka kod odabira odgovarajuće supstitucije bila prvenstveno usmjeravanje prema rezultatima u dimenzijama privrženosti s obzirom na to da smo dokazali da diskriminantnom funkcijom točno možemo klasificirati 16,3 % ispitanika više od slučajnog

pogađanja. Dodatno bi usmjeravanje bilo na određivanje dimenzija ličnosti s obzirom na to da diskriminantnom funkcijom točno možemo klasificirati 9,3 % ispitanika.

6.6. Snaga i ograničenja studije

Višestruka je vrijednost ove studije. Naime, snaga i važnost studije leži u činjenici da je, prema dostupnoj znanstvenoj bazi podataka, ovo prva studija koja ispituje razlike ovisnika liječenih BUP-om i MTD-om u osobinama ličnosti i stilovima privrženosti. Korišteni su upitnici koji su i prethodno korišteni na populacijama ovisnika i čiji su rezultati poznati za ovisničku populaciju pa je moguće procijeniti i usporediti s ovisničkom populacijom u drugim zemljama. Studijom je obuhvaćen veliki broj ispitanika, koje su liječili liječnici specijalisti, ovlašteni za propisivanje supstitucijske terapije (specijalist psihijatar, epidemiolog, školska medicina), izjednačenih edukacija o preporukama i smjernicama propisivanja supstitucijske terapije, što otklanja eventualne razlike u stavovima liječnika i utjecaju na izbor supstitucijske terapije MTD-om ili BUP-om. Također je studija provedena u Službi za ovisnike u Nastavnom zavodu za javno zdravstvo u Splitu, gdje se obavezno javljaju svi ovisnici koji traže stručnu pomoć u medicinski potpomognutom liječenju opijatne ovisnosti na području Splitsko-dalmatinske županije što ukazuje na reprezentativnost uzorka.

Ograničenja studije je nekoliko. U prvom je redu metodološki problem istraživanja osobina ličnosti kod ovisnika s nemogućnosti razdvajanja uzroka i posljedice, predisponiraju li obilježja ličnosti nastanak ovisnosti ili su ona posljedica konzumiranja droga. Postavlja se pitanje izbora psiholoških testova kojima se procjenjuju osobine ličnosti i stilovi privrženosti. Svakako da bi primjena više psihologijskih testova omogućila pouzdanije rezultate.

Određeno ograničenje u izboru sigurno predstavlja i sustav uzimanja terapije pri ordinacijama obiteljske medicine, s obzirom na to da specijalist Službe Nastavnog Zavoda propisuje preporuku i nalaz koji pacijent nosi svom odabranom liječniku. Propisanu terapiju uzima kod svog liječnika obiteljske medicine prema farmakoterapijskim protokolima i smjernicama za propisivanje i uzimanje supstitucijske terapije. Zsigurno postoje razlike u pristupu i organizaciji timova pri ordinacijama obiteljske medicine za koje nismo nadležni, a koje bi mogle utjecati na odabir terapije.

Također, nije jasan utjecaj duljine ovisničkog staža, spola, kronološke dobi, obrazovanja i drugih čimbenika na izbor supstitucijske terapije.

Za napomenuti je kako je izraz „supstitucijska terapija“ uvriježen u kliničkoj praksi i bliži

stranoj literaturi, a koja u stvarnosti znači zamjensku terapiju u medicinski potpomognutom liječenju ovisnika. Kako je ideja ovog istraživanja proizašla iz dugogodišnjeg kliničkog iskustva, to je bila sloboda istraživača da se upravo posluži spomenutim izrazom iz kliničke prakse.

6.7. Znanstveni doprinos istraživanja

Umjesto subjektivnih kriterija ovisnika po tipu „ne odgovara mi ova supstitucija jer se osjećam prazno i neispunjeno“ ili „odgovara mi upravo ova druga jer prekriva emocionalnu bol“, dužnost je znanosti da bolje istraži i objektivizira čimbenike kao moguće indikatore odabira supstitucijske terapije opijatnih ovisnika. Iz navedenih razloga, rezultati ove studije imaju višestruku važnost. Prvo, radi se o prvoj studiji koja je istraživala i dokazala razlike u osobinama ličnosti i privrženosti između ovisnika liječenih buprenorfinom i MTD-om. Drugo, pokazuje da se osobine ličnosti i stilovi privrženosti mogu koristiti kao potencijalni objektivni i mjerljivi kriteriji pri izboru MTD-skog ili BUP-skog tretmana. Također, ako se ovi rezultati potvrde i u budućim istraživanjima, mogli bi se koristiti u izradi preciznijih smjernica pri propisivanju supstitucijske terapije, ali i u planiranju budućih terapijskih i rehabilitacijskih postupaka kao i kreiranju javnozdravstvene politike.

Buduća istraživanja trebala bi se usmjeriti na utvrđivanje u ovom istraživanju mjerenih, ali i drugih osobina ličnosti, kao i drugih potencijalnih čimbenika i njihove uloge u izboru supstitucijskog tretmana.

Naše je istraživanje pokazalo da se skupine ispitanika, opijatskih ovisnika, na održavanju supstitucijskom farmakoterapijom, razlikuju u pojedinim dimenzijama i pod-dimenzijama ličnosti, te da je razlikovanje skupina najbolje u dimenzijama privrženosti što ujedno predstavlja i indicaciju za izbor supstitucijske farmakoterapije.

Rezultati ovog istraživanja uže i specifičnije potvrđuju hipotezu. Naime, temeljna pretpostavka ovog istraživanja postavljena je temeljem kliničkog iskustva te se tvrdi da se ovisnici na terapiji BUP-om razlikuju od ovisnika na terapiji MTD-om u svih pet velikih dimenzija ličnosti (energija, ugodnost, savjesnost, emocionalna stabilnost, mentalna otvorenost) odnosno da imaju pozitivnije (prilagođenije) osobine, a što znači veću ekstravertiranost, kooperativniji su i srdačniji, temeljitiji su i ustrajniji, imaju bolju kontrolu emocija i impulsa te su otvoreniji prema kulturi i novim iskustvima u odnosu na ovisnike na MTD-skog terapiji. Pretpostavka također tvrdi da ovisnici na terapiji BUP-om imaju sigurniji

stil privrženosti u prijateljskim vezama te su rjeđe nesigurno privrženi u odnosu na ovisnike na terapiji MTD-om.

Pretpostavka koja se odnosi na osobine ličnosti je potvrđena. Prema rezultatima ovog istraživanja, između dviju skupina postoje značajne razlike u osobini ličnosti (*savjesnost*) i pod-dimenzijama osobina ličnosti (*dinamičnost i ustrajnost*), a razlika u osobini *ugodnost*, na granici je statističke značajnosti. U svim slučajevima su prosječni rezultati značajno veći u grupi liječenoj BUP-om. Ovi rezultati signaliziraju kako ovisnici s iskazanom društvenosti, komunikativnosti, ambicijom, asertivnosti, koji su uz to odgovorni, savjesni, sistematični, marljivi i uporni, biraju BUP u terapiji održavanja stabilizacije.

U osobinama ostale dvije velike dimenzije osobina ličnosti (*emocionalne stabilnosti i mentalne otvorenosti*) kao i ljestvici laganja, nema značajne razlike između ove dvije skupina ispitanika.

Pretpostavka je djelomično potvrđena u onom dijelu koji se odnosi na privrženost. Dvije se skupine značajno ne razlikuju u učestalosti pojedinih stilova privrženosti. Između dviju skupina nema značajne razlike ni u dimenziji izbjegavanja ni u dimenziji anksioznosti. Postoje značajne razlike na razini aspekata privrženosti i to na dimenziji izbjegavanja (*otvorenost, utjeha i povlačenje*), odnosno na dimenziji anksioznosti (*odvojenost*). U aspektima *otvorenosti i utjehe* značajno više rezultate postižu ovisnici koji apstinenciju održavaju buprenofinom, a u aspektima *odvojenosti i povlačenja* značajno više rezultate postižu ovisnici koji apstinenciju održavaju MTD-om.

Kada se radi o osobinama ličnosti ovih dviju skupina ovisnika, razlikovanje je nešto bolje kada koristimo pojedine pod-dimenzije osobina petofaktorskog modela ličnosti nego kada koristimo pet osnovnih osobina. Isto tako skupine se ne razlikuju po stilu i dimenzijama privrženosti, već je razlikovanje samo na razini aspekata.

Diskriminantnom analizom razlikovanja dviju skupina ispitanika, postotak ispravno klasificiranih sudionika na razini osobina i pod-dimenzija ličnosti viši je od slučajnog pogađanja, a u dimenzijama i aspektima privrženosti pokazuje značajno razlikovanje skupina. Postotak klasifikacije u svim slučajevima veći je za skupinu ovisnika na MTD-u.

Stoga je značajna važnost rezultata ovog istraživanja u postupku određivanja indikacija za izbor farmakoterapije kod postizanja apstinencije ovisnika.

Općenito, sve analize pokazuju da je mogućnost razlikovanja dviju skupina ispitanika znatno bolja na temelju aspekata u dimenzijama privrženosti nego na temelju osobina ličnosti. Čini se da su za razlikovanje ovih dviju grupa potrebne uže i specifičnije dimenzije, a ne široke i opće.

Iz rezultata ovog istraživanja temeljem Big Five upitnika osobina ličnosti i Brennanovog upitnika Inventara iskustava u bliskim vezama, zaključujemo karakteristike osoba koje odabiru BUP odnosno MTD za postizanje i održavanje apstinencije od opijata.

BUP odabiru mlađe osobe ovisne o opijatima, u bračnoj ili izvanbračnoj zajednici, koje u svim osobinama ličnosti postižu više prosječne rezultate, a značajno se razlikuju u dinamičnosti, savjesnosti i ustrajnosti te uz to u aspektima privrženosti iskazuju više rezultate u otvorenosti i utjesi u bliskim vezama u odnosu na one osobe na MTD-u.

Klinički se razlikuju od osoba na MTD-u kao aktivne, energične i razgovorljive osobe, a istovremeno su savjesnije, urednije, preciznije i ustrajnije.

MTD odabiru starije osobe, ovisne o opijatima, neoženjene/neudane ili rastavljene, s nižim prosječnim rezultatima u osobinama ličnosti (izuzev viših rezultata na ljestvici laganja, odnosno kod socijalno poželjnih odgovora kod starijih ovisnika unutar ove skupine), a koji u aspektima privrženosti iskazuju više razine odvojenosti i povlačenja u bliskim vezama u odnosu na osobe na BUP-u. Klinički ih prepoznajemo kao pasivnije, nekooperativnije, neempatičnije osobe uz nižu razinu savjesnosti i ustrajnosti od ovisnika na BUP-u, a uz to su jako otvorene za nove stvari i iskustva.

Stoga rezultati navedenih testova mogu koristiti kao objektivni indikatori razlikovanja i odabira ovisnika kojima će se propisati terapija BUP-a odnosno MTD-a u cilju bržeg postizanja i kvalitetnijeg održavanja apstinencije od opijata.

Iako postoje razlike u pojedinačnim osobinama i pod-dimenzijama ličnosti između dvije skupine u t –testovima, Upitnik ličnosti odnosno Big Five upitnik u cjelini značajno ne diskriminira skupine te se stoga u praktičnoj primjeni ne bi smjeli oslanjati isključivo na rezultate tog testa. Prilikom donošenja odluka o vrsti terapije, trebalo bi primijeniti i druge metode poput intervjua, dijagnostičkih kriterija, specifičnijih testova ličnosti i sl.

S druge strane upitnik Iskustava u bliskim vezama značajno diskriminira skupine te njegovi rezultati mogu služiti kao značajan instrument u odabiru supstitucijske terapije opijatnih ovisnika pomoću koje lakše, brže i kvalitetnije postižu i održavanju apstinenciju od opijata.

7. ZAKLJUČAK

- Ovim istraživanjem utvrđene su razlike u osobinama ličnosti heroinskih ovisnika na supstitucijskoj terapiji održavanja BUP-om i MTD-om. Rezultati istraživanja potvrđuju pretpostavku, temeljenu na kliničkim zapažanjima, da ispitanici na zamjenskoj terapiji BUP-om u ličnosti imaju izraženiju *dinamičnost, savjesnost i ustrajnost* u odnosu na ispitanike na MTD-skome programu. Dakle, dinamičnije, savjesnije i ustrajnije osobe češće odabiru BUP kao supstitucijsku terapiju kojom postižu stabilizaciju i kontrolu ovisnosti.
- Ovisnici na MTD-skomej terapiji, prema svojim osobinama ličnosti, bolje odgovaraju karakteristikama opijatnih ovisnika, a ovisnici na BUP-skomej terapiji odstupaju od istih.
- Unutar obje skupine podjednako su, u višim stupnjevima, zastupljene *sigurna i plašljiva* privrženost te podjednako, u nižim stupnjevima, *preokupirajuća i izbjegavajuća* privrženost. Dakle, obje skupine se ne razlikuju u stilovima privrženosti.
- Rezultati ovog istraživanja ne potvrđuju dio pretpostavke koji se odnosi na privrženost odnosno kako ovisnici na BUP-u imaju sigurniji stil privrženosti u prijateljskim vezama te su rjeđe nesigurno privrženi u odnosu na ovisnike u apstinenciji na MTD-skomej terapiji održavanja.
- Rezultati diskriminantne analize ne pokazuju značajnije razlikovanje skupina u osobinama ličnosti, ali pokazuju razlikovanje u dimenzijama privrženosti. Bolja je mogućnost razlikovanja ovih dviju skupina ispitanika na temelju privrženosti u odnosu na crte ličnosti. Razlikovanje u dimenzijama privrženosti pokazuju točno svrstavanje u 70 % osoba liječenih MTD-om i 64 % liječenih BUP-om, odnosno ukupno predviđanje za obje skupine iznosi 67 % ispravno klasificiranih što je za 17% bolje od slučajnog pogađanja. Razlikovanje osobina ličnosti na razini pod-dimenzija na granici je statističke značajnosti, te je značajnije za skupinu ispitanika liječenih MTD-om. Dakle, čini se da su za razlikovanje ovih dviju skupina potrebne uže i specifičnije dimenzije, a ne široke i opće.
- Općenito, rezultati ovog istraživanja potvrđuju, kako se dimenzije privrženosti te pojedine osobine ličnosti (*savjesnost*) te pod-dimenzije osobina ličnosti (*dinamičnost i ustrajnost*) mogu smatrati korisnim indikatorima za odabir vrste supstitucijske terapije kod postizanja i održavanja apstinencije opijatnih ovisnika.

8. KRATKI SADRŽAJ NA HRVATSKOM JEZIKU

Opioidna ovisnost glavni je zdravstveni i socijalni problem diljem svijeta. Važno je objektivizirati načine liječenja ovisnika. Odabir supstitucijske terapije za postizanje, a kasnije i održavanje kvalitetne apstinencije, zahtjevan je i subjektiviziran.

Ciljevi istraživanja bili su utvrditi moguće razlike u osobinama ličnosti i privrženosti između skupina ovisnika apstinencijata na održavanju BUP-om i MTD-om te ispitati mogućnost razlikovanja ovih dviju skupina temeljem rezultata na upitniku ličnosti i upitniku privrženosti. Razlike bi služile kao indikatori odabira supstitucijske terapije.

Na ove dvije skupine ispitanika od po 150 ovisnika ($n = 300$), primijenjen je Big Five upitnik – BFQ i Inventar iskustava u bliskim vezama - Verzija za prijatelje te Pompidou upitnik.

Rezultati su pokazali kako osobe koje su u osobinama ličnosti dinamičnije, savjesnije i ustrajnije, češće u terapiji biraju BUP negoli MTD za postizanje i održavanje apstinencije. Razlike u stilovima i dimenzijama privrženosti između skupina se ne pronalaze. Zapažaju se značajne razlike u pojedinim aspektima privrženosti.

Prema rezultatima diskriminantne analize, mogućnost razlikovanja ovih dviju skupina ispitanika bolja je na temelju privrženosti u odnosu na osobine ličnosti.

Rezultati na upitnicima ličnosti i privrženosti mogu se smatrati korisnim indikatorima u odabiru supstitucijske terapije kod postizanja i održavanja apstinencije opijatnih ovisnika.

Ključne riječi: heroinski ovisnici, osobine ličnosti, stilovi privrženosti, metadon, buprenorfin

9. KRATKI SADRŽAJ NA ENGLESKOM JEZIKU

The importance of personality traits and attachment styles in choosing substitution pharmacotherapy in opioid addictive patients

Igna Brajević – Gizdić, 2018.

Opioid addiction is a global major health and social concern. Choosing a substitution therapy, for achieving and further maintaining quality abstinence, is demanding and subjectivized. The research objectives were to determine differences in personality traits and attachment styles between groups of addicts in abstinence while on therapy maintenance with the BUP and MTD, and to examine the differences of these two groups based on the results of the personality questionnaire and dimensions of attachment styles. The differences would indicate the choice of substitution therapy.

Each group of participants consisted of 150 addicts (n = 300) that completed the Big Five questionnaire (BFQ), Inventory of Experiences in Close Relationship: Version for Friends, and Pompidou Questionnaire. The results showed patients who scored higher in Enthusiasm, Consciousness and Industriousness personality traits and sub-dimensions are more likely to choose BUP than MTD for achieving and maintaining abstinence.

There was no significant difference in attachment styles and attachment dimensions, while some significant difference was found in the components of attachment. Discriminant analysis indicated greater difference in attachment styles than in personality traits.

The results could be considered as useful indicators when choosing a substitution therapy in achieving and maintaining abstinence of opiate addictive patients.

Keywords: heroin addicts, personality traits, attachment styles, methadone, buprenorphine

10. POPIS LITERATURE

1. EMCDDA. Europsko izvješće o drogama za 2016: Trendovi i razvoj. [Internet] Luxembourg: Europski centar za praćenje droga i ovisnosti o drogama; 2016 [pristupljeno 20.11.2017]. Dostupno na <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2637/TDAT16001HRN.pdf>
2. United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report; 2016 [pristupljeno 20.11.2017]. Dostupno na: www.unodc.org/wdr2016
3. EMCDDA. EU Drug Markets Report: In-depth Analysis [Internet]. Europol; 2016 [pristupljeno 20.11.2017]. Dostupno na: http://emcdda.europa.eu/publications/joint-publications/eu-drug-markets-2016-in-depth-analysis_en
4. Jones CM. Heroin use and heroin use risk behaviors among nonmedical users of prescription opioid pain relievers – United States, 2002–2004 and 2008–2010. *Drug and Alcohol Dependence*. 2013;132(1-2):95–100.
5. Hope V, Ncube F, Souza-Thomas LD, Gill N, Ramsay M, Goldberg D, et al. Shooting up: infections among injecting drug users in the United Kingdom 2006. An update: October 2007. *Drug and Alcohol Dependence*. 2007;132(1):95–100.
6. Nessa A, Latif S, Siddiqui N, Hussain MA, Hossain MA. Drug abuse and addiction. *Mymensingh Medical Journal*. 2008;(2):227–235.
7. Bourkaib M, Polomeni P, Schwan R. Management of opioid addiction with buprenorphine: French history and current management. *International Journal of General Medicine*. 2014;(7):143.
8. DSM-IV TM. Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje: Međunarodna verzija s MKB-10 šiframa. Smalc VF, editor, ur.5 izd. Americka Psihijatrijska Udruga.1996;900.
9. Sakoman S. Društvo bez droge: Hrvatska nacionalna strategija. 4.izd. Zagreb. Institut Društvenih Znanosti "Ivo Pilar"; 2001.
10. Kovacic DK. Medicinski i pravni mehanizmi za zaštitu djece od zlouporabe sredstava ovisnosti i zlostavljanja. KB Dubrava, Odjel za Psihijatriju. Nacionalni Centar za Psihotraumu. 1995;407-414.
11. Lang B, Muacevic V. Ovisnost o drogi. Zagreb: Medicinska naklada.1995; 407-414.
12. World Health Organization. Neuroscience of Psychoactive Substance Use and Dependence. Geneva. 2004.

13. World Health Organization. The ICD 10, Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva. 1992.
14. Robison SMM, Koo JW, Friedman AK, Lansink CS, Robison AJ, Vinish M, et al. Role for mTOR signaling and neuronal activity in morphine-induced adaptations in ventral tegmental area dopamine neurons. *Neuron*. 2011;72(6):977–990.
15. Lacković Z. Neurotransmitori u zdravlju i bolesti. Zagreb. Medicinski Fakultet. 1994.
16. Veilleux JC, Colvin PJ, Anderson J, York C, Heinz AJ. A review of opioid dependence treatment: Pharmacological and psychosocial interventions to treat opioid addiction. *Clinical Psychology Review*. 2010;30(2):155–166.
17. Lacković Z. Nove spoznaje o farmakologiji «droga». Zagreb. Medicinska Naklada. 2002.
18. Wise RA, Bozarth MA. A psychomotor stimulant theory of addiction. *Psychological Review*. 1987;94(4):469–492.
19. Morency MA, Beninger RJ. Dopaminergic substrates of cocaine-induced place conditioning. *Brain Research*. 1986;399(1):33-41.
20. Chiara GD, Imperato A. Drugs abused by humans preferentially increase synaptic dopamine concentrations in the mesolimbic system of freely moving rats. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 1988;85(14):5274-5278.
21. Chiara GD, Bassareo V, Fenu S, Luca MAD, Spina L, Cadoni C, et al. Dopamine and drug addiction: The nucleus accumbens shell connection. *Neuropharmacology*. 2004;47:227-241.
22. Warnick JE, Mccurdy CR, Sufka KJ. Opioid receptor function in social attachment in young domestic fowl. *Behavioural Brain Research*. 2005;160(2):277-285.
23. Burkett JP, Spiegel LL, Inoue K, Murphy AZ, Young LJ. Activation of μ -opioid receptors in the dorsal striatum is necessary for adult social attachment in monogamous prairie voles. *Neuropsychopharmacology*. 2011;36(11):2200-2210.
24. Nummenmaa L, Manninen S, Tuominen L, Hirvonen J, Kalliokoski KK, Nuutila P, et al. Adult attachment style is associated with cerebral μ -opioid receptor availability in humans. *Human Brain Mapping*. 2015;36(9):3621-3628.
25. Troisi A, Frazzetto G, Carola V, Lorenzo GD, Coviello M, Siracusano A, et al. Variation in the μ -opioid receptor gene (OPRM1) moderates the influence of early maternal care on fearful attachment. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*. 2011;7(5):542-547.
26. Kassel JD, Wardle M, Roberts JE. Adult attachment security and college student substance use. *Addictive Behaviors*. 2007;32(6):1164-1176.

27. Andersen TE. Does attachment insecurity affect the outcomes of a multidisciplinary pain management program? The association between attachment insecurity, pain, disability, distress, and the use of opioids. *Social Science & Medicine*. 2012;74(9):1461-1468.
28. Potik D, Peles E, Abramsohn Y, Adelson M, Schreiber S. The relationship between vulnerable attachment style, psychopathology, drug abuse, and retention in treatment among methadone maintenance treatment patients. *Journal of Psychoactive Drugs*. 2014;46(4):325-333.
29. Cavaiola AA, Fulmer BA, Stout D. The impact of social support and attachment style on quality of life and readiness to change in a sample of individuals receiving medication-assisted treatment for opioid dependence. *Substance Abuse*. 2015;36(2):183-191.
30. Stuckert J. How is Suboxone treatment different than drug abuse. *Psych Central*. 2013.
31. Portilla MPG, Bascaran MTB, Bascaran MT, Saiz PA, Bobes J. Long term outcomes of pharmacological treatments for opioid dependence: Does methadone still lead the pack? *British Journal of Clinical Pharmacology*. 2014;77(2):272-284.
32. Fullerton CA, Kim M, Thomas CP, Lyman DR, Montejano LB, Dougherty RH, et al. Medication-assisted treatment with methadone: Assessing the evidence. *Psychiatric Services*. 2014;65(2):146-157.
33. Dole VP, Nyswander ME, Kreek MJ. Narcotic blockade: A medical technique for stopping heroin use by addicts. *Trans Assoc Am Physicians*. 1966;79:122-136.
34. Rothman R, Gorelick DA, Heishman SJ, Eichmiller PR, Hill BH, Norbeck J, et al. An open-label study of a functional opioid κ antagonist in the treatment of opioid dependence. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2000;18(3):277-281.
35. Mello NK, Mendelson JH. Behavioral pharmacology of buprenorphine. *Drug and Alcohol Dependence*. 1985;14(3-4):283-303.
36. Amato L, Davoli M, Aperucci C, Ferri M, Faggiano F, Pmattick R. An overview of systematic reviews of the effectiveness of opiate maintenance therapies: Available evidence to inform clinical practice and research. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2005;28(4):321-329.
37. Bart G. Maintenance Medication for opiate addiction: The foundation of recovery. *Journal of Addictive Diseases*. 2012;31(3):207-225.
38. Mitchell SG, Kelly SM, Gryczynski J, Myers CP, Jaffe JH, O'Grady KE, et al. African American patients seeking treatment in the public sector: Characteristics of buprenorphine vs. methadone patients. *Drug and Alcohol Dependence*. 2012;122(1-2):55-60.

39. Lewis JW. Buprenorphine. *Drug Alcohol Depend.* 1985;14:363-372.
40. Lewis JW, Husbands SM. The orvinols and related opioids – high affinity ligands with diverse efficacy profiles. *Curr. Pharm. Des.* 2004;10:717-732.
41. Lester PA, Traynor JR. Comparison of the in vitro efficacy of mu, delta, kappa and ORL1 receptor agonists and non-selective opioid agonists in dog brain membranes. *Brain Res.* 2006;1073-1074:290-296.
42. Lutfy K, Cowan A. Buprenorphine: A unique drug with complex pharmacology. *Curr. Neuropharmacol.* 2004;2:395-402.
43. Comer SD, Collins ED, Fischman MW. Buprenorphine sublingual tablets: Effects on IV heroin self-administration by humans. *Psychopharmacology (Berl.)* 2001;154:28-37.
44. Mello NK, Mendelson JH. Buprenorphine suppresses heroin use by heroin addicts. *Science.* 1980; 207:657-659.
45. Mello NK, Mendelson JH, Kuehnle JC. Buprenorphine effects on human heroin self-administration: An operant analysis. *J. Pharmacol. Exp. Ther.* 1982;223(1):30-39.
46. Greenwald MK, Schuh KJ, Hopper JA, Schuster CR, Johanson C-E. Effects of buprenorphine sublingual tablet maintenance on opioid drug-seeking behavior by humans. *Psychopharmacology.* 2002;160(4):344-352.
47. Johnson RE, Eissenberg T, Stitzer ML, Strain EC, Liebson IA, Bigelow GE. A placebo controlled clinical trial of buprenorphine as a treatment for opioid dependence. *Drug Alcohol Depend.* 1995; 40(1):17-25.
48. Ling W, Charuvastra C, Collins JF, Batki S, Brown LS, Jr, Kintaudi P, et al. Buprenorphine maintenance treatment of opiate dependence: a multicenter, randomized clinical trial. *Addiction.* 1998;93(4):475-486.
49. Schottenfeld RS, Pakes J, Ziedonis D, Kosten TR. Buprenorphine: Dose-related effects on cocaine and opioid use in cocaine-abusing opioid-dependent humans. *Biol. Psychiatry.* 1993;34(1):66-74.
50. Greenwald MK, Johanson CE, Moody DE, Woods JH, Kilbourn MR, Koeppe RA, Schuster CR, Zubieta JK. Effects of buprenorphine maintenance dose on mu-opioid receptor binding potential, plasma concentration and antagonist blockade in heroin-dependent volunteers. *Neuropsychopharmacology.* 2003;28(11):2000.
51. Fudala PJ, Jaffe JH, Dax EM, Johnson RE. Use of buprenorphine in the treatment of opioid addiction II: Physiologic and behavioral effects of daily and alternate-day administration and abrupt withdrawal. *Clinical Pharmacology & Therapeutics.* 1990;47(4), 525-534.

52. Kuhlman JJ, Jr, Levine B, Johnson RE, Fudala PJ, Cone EJ. Relationship of plasma buprenorphine and norbuprenorphine to withdrawal symptoms during dose induction, maintenance, and withdrawal from sublingual buprenorphine. *Addiction*. 1998; 93(4): 549-559.
53. Karow A, Verthein U, Pukrop R, Reimer J, Haasen C, Krausz M, et al. Quality of life profiles and changes in the course of maintenance treatment among 1,015 patients with severe opioid dependence. *Substance Use & Misuse*. 2011;46(6):705-15.
54. Resnick RB. Food and Drug Administration approval of buprenorphine-naloxone for office treatment of addiction. *Annals of Internal Medicine*. 2003;138(4):360-360.
55. French federation of addiction (FFA) and anaes therapeutic strategies for the people dependent on opiates: Instead of the substitution treatment; Presented at: Consensus Conference; June 23–24, 2004; Lyon, France. [Accessed June 25, 2013]. Available from:http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/TSO_court.pdf.
French.
56. Kornør H, Waal H, Ali R. Abstinence-orientated buprenorphine replacement therapy for young adults in out-patient counselling. *Drug and Alcohol Review*. 2006;25(2):123-130.
57. Peddicord AN, Bush C. A comparison of suboxone and methadone in the treatment of opiate addiction. *Journal of Addiction Research & Therapy*. 2015;06(04).
58. Marsch LA, Stephens MAC, Mudric T, Strain EC, Bigelow GE, Johnson RE. Predictors of outcome in LAAM, buprenorphine, and methadone treatment for opioid dependence. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*. 2005;13(4):293-302.
59. Schwartz RP, Highfield DA, Jaffe JH, Brady JV, Butler CB, Rouse CO, et al. A randomized controlled trial of interim methadone maintenance. *Archives of General Psychiatry*. 2006;63(1):102-109.
60. Gryczynski J, Schwartz RP, Salkever DS, Mitchell SG, Jaffe JH. Patterns in admission delays to outpatient methadone treatment in the United States. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2011;41(4):431-439.
61. Mitchell SG, Morioka R, Reisinger HS, et al. Redefining retention: recovery from the patient's perspective. *J Psychoactive Drugs*. 2011;43:99-107.
62. Joseph, H, Stancliff S, Langrod J. Methadone maintenance treatment (MMT). *The Mount Sinai Journal of Medicine*. 2000.
63. Li Y, Kantelip JP, Schieveen PGV, Davani S. Interindividual variability of methadone response. *Molecular Diagnosis & Therapy*. 2008;12(2):109–24.

64. Ridge G, Gossop M, Lintzeris N, Witton J, Strang J. Factors associated with the prescribing of buprenorphine or methadone for treatment of opiate dependence. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2009;37(1):95-100.
65. Whelan PJ, Remski K. Buprenorphine vs methadone treatment: A review of evidence in both developed and developing worlds. *Journal of Neurosciences in Rural Practice*. 2012;3(1):45.
66. Gerra G. Buprenorphine versus methadone for opioid dependence: Predictor variables for treatment outcome. *Drug and Alcohol Dependence*. 2004;75(1):37-45.
67. Ball JC, Ross A. The effectiveness of methadone maintenance treatment: patients, programs, services, and outcome. Springer Science & Business Media. Mitchell. 2012.
68. Connock M, Garcia AJ, Jowett S, Frew E, Liu Z, Taylor RJ, et al. Methadone and buprenorphine for the management of opioid dependence: A systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess*. 2007;11(9).
69. Mattick RP, Kimber J, Breen C, Davoli M. Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;2(2).
70. Gerra G, Leonardi C, Damore A, Strepparola G, Fagetti R, Assi C, et al. Buprenorphine treatment outcome in dually diagnosed heroin dependent patients: A retrospective study. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2006;30(2):265-272.
71. Gryczynski J, Jaffe JH, Schwartz RP, Dušek KA, Gugsan N, Monroe CL, et al. Patient perspectives on choosing buprenorphine over methadone in an urban, equal-access system. *The American Journal on Addictions*. 2013;22(3):285-291.
72. Pinto H, Maskrey V, Swift L, Rumball D, Wagle A, Holland R. The SUMMIT Trial: A field comparison of buprenorphine versus methadone maintenance treatment. *Journal of Substance Abuse treatment*. 2010;39(4):340-352.
73. Schwartz RP, Kelly SM, O'Grady KE, Mitchell SG, Peterson JA, Reisinger HS, et al. Attitudes toward buprenorphine and methadone among opioid-dependent individuals. *The American Journal on Addictions*. 2008;7(5): 396-401.
74. Goldsmith D, Hunt D, Lipton D, Strug D. Methadone folklore: Beliefs about side effects and their impact on treatment. *Human Organization*. 1984;43(4):330-340.
75. Hunt DE, Lipton DS, Goldsmith DS, Strug DL, Spunt B. It Takes Your Heart: The Image of methadone maintenance in the addict world and its effect on recruitment into treatment. *International Journal of the Addictions*. 1985;20(11-12):1751-71.

76. Brown BS, Benn GJ, Jansen DR. Methadone maintenance: Some client opinions. *The American Journal of Psychiatry*. 1975.
77. Murphy S, Irwin, J. Living with the dirty secret: Problems of disclosure for methadone maintenance clients. *Journal of Psychoactive Drugs*. 1992;24(3):257-264.
78. NIH Consensus Development Panel on Effective Medical Treatment of Opiate Addiction (NIH). Effective medical treatment of opiate addiction. *JAMA*. 1998;280:1936–1943.
79. Reisinger HS, Schwartz RP, Mitchell SG, et al. Premature discharge from methadone treatment: Patient perspectives. *J Psychoactive Drugs*. 2009;41:285-296.
80. Johanson CE, Arfken CL, Menza SD, Schuster CR. Diversion and abuse of buprenorphine: Findings from national surveys of treatment patients and physicians. *Drug and Alcohol Dependence*. 2012;120(1-3):190-195.
81. Monte AA, Mandell T, Wilford BB, Tennyson J, Boyer EW. Diversion of buprenorphine/naloxone coformulated tablets in a region with high prescribing prevalence. *Journal of Addictive Diseases*. 2009;28(3):226–231.
82. Korthuis PT, Gregg J, Rogers WE, Mccarty D, Nicolaidis C, Boverman J. Patients' reasons for choosing office-based buprenorphine: Preference for patient-centered care. *Journal of Addiction Medicine*. 2010;4(4):204-210.
83. Butorac K. Neka obilježja osobnosti kao prediktivni čimbenici zlouporabe i ovisnosti o drogama i alkoholu. *Kriminologija i Socijalna Integracija*. 2010;18(1):79-98.
84. Westman WC. *The drug epidemic*. New York: The Dial Press; 1970.
85. Sutker PB, Archer RP. Opiate abuse and dependence disorders. *Comprehensive Handbook of Psychopathology*. Plenum Press; 1984:585–621.
86. Stephens RC. *Psychoactive drug use in the United States today: A critical overview, drugs, crime and social policy. Research, Issues and Concerns*: Allyn and Bacon. 1992.
87. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III)*. American Psychiatric Association. Washington, DC. 1980.
88. Kerr JS. Two myths of addiction: The addictive personality and the issue of free choice. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*. 1996;11:9-13.
89. Nathan PE. The addictive personality is the behavior of the addict. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1988;56(2):183-188.
90. Wolff MW, Kathleen A. Personality characteristics as a function of frequency and type of substance use. *Adolescence*. 2002;37:844-852.

91. Odum AL, Madden GJ, Badger GJ, Bickel WK. Needle sharing in opioid-dependent outpatients: Psychological processes underlying risk. *Drug and Alcohol Dependence*. 2000;60(3):259-266.
92. Conway KP, Kane RJ, Ball SA, Poling JC, Rounsaville BJ. Personality, substance of choice, and polysubstance involvement among substance dependent patients. *Drug and Alcohol Dependence*. 2003;71(1):65–75.
93. Cox WM. Personality correlates of substance abuse. *Determinants of Substance Abuse: Biological, Psychological and Environmental Factors*. New York: Plenum Press; 1985:209–246.
94. Cox WM. Personality theory and research. In H.T. Blane and K.E. Leonard(Eds.), *Psychological Theories of Drinking and Alcoholism*. New York: Guilford Press; 1987:55-84.
95. Labouvie EW, Mcgee CR. Relation of personality to alcohol and drug use in adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1986;54(3):289-293.
96. O'Connor LE, Berry JW, Morrison A, Brown S. The drug-of-choice phenomenon: Psychological differences among drug users who preferred different drugs. *International Journal of the Addictions*. 1995;30(5):541-555.
97. Tarter RE. Are there inherited behavioral traits that predispose to substance abuse? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1988;56(2):189-196.
98. Dubey C, Arora M, Gupta S, Kumar B. Five factor correlates: A comparison of substance abusers and non-substance abusers. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*. 2010;36(1):107-114.
99. Trull TJ, Sher KJ. Relationship between the five-factor model of personality and Axis I disorders in a nonclinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*. 1994;103(2):350-360.
100. Sher KJ, Bartholow BD, Wood MD. Personality and substance use disorders: A prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2000;68:818-829.
101. Barnes GE. Clinical and prealcoholic personality characteristics: The pathogenesis of alcoholism. Kissin B, Begleiter H, editors. *The Biology of Alcoholism*. New York: Plenum Press;1983;113–195.
102. Kannappan R, Cherian R. Personality factors and alcoholism. *Journal of Personality and Clinical Studies*. 1989; 5:43-46.
103. Eysenck HJ, Eysenck MW. *Personality and Individual Differences: A natural science approach*. New York: Plenum Press; 1979.

104. Jackson CP, Matthews G. The prediction of habitual alcohol use from alcohol related expectancies and personality. *Alcohol and Alcoholism*. 1988;23:58-63.
105. Rankin H, Stockwell T, Hodgson R. Personality and alcohol dependence. *Personality and Individual Differences*. 1982;3:145-151.
106. Flory K, Lynam D, Milich R, Leukefeld C, Clayton R. The relations among personality, symptoms of alcohol and marijuana abuse, and symptoms of comorbid psychopathology: Results from a community sample. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*. 2002;10(4):425-434.
107. Martin ED, Sher KJ. Family history of alcoholism, alcohol use disorders and the five-factor model of personality. *Journal of Studies on Alcohol*. 1994;55(1):81-90.
108. Kvisle AL. Personality and personality disorder in opioid addicts. 2004. [pristupljeno 06.2004] Dostupno na: <http://www.lars.kvisle.no/blog/archives/Personality-PD-opioid-addicts.pdf>.
109. Kornør H, Nordvik H. Five-factor model personality traits in opioid dependence. *BMC Psychiatry*. 2007;7(1).
110. Malouff JM, Thorsteinsson EB, Rooke SE, Schutte NS. Alcohol involvement and the five-factor model of personality: A meta-analysis. *Journal of Drug Education*. 2007;37(3):277-294.
111. Terracciano A, Löckenhoff CE, Crum RM, Bienvenu OJ, Costa PT. Five-factor model personality profiles of drug users. *BMC Psychiatry*. 2008;8(1):22.
112. Albord S, Ahmadi E. Meta-Analysis of the relationship between personality traits and tendency to addiction. 2015.
113. Bowlby J. *Attachment and loss*. Vol.1: Attachment. New York: Basic Books; 1969.
114. Bowlby J. *Attachment and loss*. Vol.1: Attachment. New York: Basic Books; 1973.
115. Bartholomew K. Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*. 1990;7(2):147-178.
116. Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1991;61(2):226.
117. Holmes BM, Johnson KR. Adult attachment and romantic partner preference: A review. *Journal of Social and Personal Relationships*. 2009;26(6-7):833-852.
118. Brennan KA, Clark CL, Shaver PR. Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. 1998.
119. Mikulincer M, Shaver PR. *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. Guilford Press; 2007.

120. Roisman GI, Holland A, Fortuna K, Fraley RC, Clausell E, Clarke A. The adult attachment interview and self-reports of attachment style: An empirical rapprochement. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2007;92(4):678.
121. Finzi R, Cohen O, Sapir Y, Weizman A. Attachment styles in maltreated children: A comparative study. *Child Psychiatry and Human Development*. 2000;31(2):113-128.
122. DeKlyen M, Greenberg MT. Attachment and psychopathology in childhood. 2008.
123. Dozier M, Stovall-McClough KC, Albus KE. Attachment and psychopathology in adulthood. 2008.
124. Sarkar J, Adshad G. Personality disorders as disorganization of attachment and affect regulation. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2006;12(4):297-305.
125. Sund AM, Wichstrøm L. Insecure attachment as a risk factor for future depressive symptoms in early adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2002;41(12):1478-1485.
126. Wei M, Heppner PP, Russell DW. Maladaptive perfectionism and ineffective coping as mediators between attachment and future depression: a prospective analysis. *J Couns Psychol*. 2006;53:67-79.
127. Dickinson KA, Pincus AL. Interpersonal analysis of grandiose and vulnerable narcissism. *Journal of Personality Disorders*. 2003;17(3):188-207.
128. Mikulincer M, Shaver PR. An attachment perspective on psychopathology. *World Psychiatry*. 2012;11(1):11-15.
129. Platts H, Tyson M, Mason O. Adult attachment style and core beliefs: Are they linked? *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2002; 9(5):332-348.
130. Pascuzzo K, Moss E, Cyr C. Attachment and emotion regulation strategies in predicting adult psychopathology. *SAGE Open*. 2015;5(3).
131. Cantazaro A, Wei M. Adult attachment, dependence, self-criticism, and depressive symptoms: A test of a meditational model. *Journal of Personality*. 2010;78(4):1135-1162.
132. Bosmans G, Braet C, Vlierberghe VL. Attachment and symptoms of psychopathology: Early maladaptive schemas as a cognitive link? *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2010;17(5):374-385.
133. Bifulco A, Kwon J, Jacobs C, Moran PM, Bunn A, Beer N. Adult attachment style as mediator between childhood neglect/abuse and adult depression and anxiety. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2006;41(10):796-805.

134. Doron G, Moulding R, Kyrios M, Nedeljkovic M, Mikulincer M. Adult attachment insecurities are related to obsessive compulsive phenomena. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 2009; 28(8):1022-1049.
135. Ein-Dor T, Doron G, Solomon Z, Mikulincer M, Shaver PR. Together in pain: Attachment-related dyadic processes and posttraumatic stress disorder. *Journal of Counseling Psychology*. 2010;57:317-327.
136. Declercq F, Palmans, V. Two subjective factors as moderators between critical incidents and the occurrence of posttraumatic stress disorders: Adult attachment and perception of social support. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2006;79(3):323-337.
137. Gormley B, McNiel DE. Adult attachment orientations, depressive symptoms, anger, and self-directed aggression by psychiatric patients. *Cognitive Therapy and Research*. 2010;34(3):272-281.
138. Illing V, Tasca GA, Balfour L, Bissada H. Attachment insecurity predicts eating disorder symptoms and treatment outcomes in a clinical sample of women. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2010;198(9):653-659.
139. Crawford TN, Livesley JW, Jang KL, Shaver PR, Cohen P, Ganiban J. Insecure attachment and personality disorder: A twin study of adults. *European Journal of Personality*. 2007;21(2):191-208.
140. Borhani Y. Substance abuse and insecure attachment styles: A relational study. *LUX: A Journal of Transdisciplinary Writing and Research from Claremont Graduate University*. 2013;2(1):4.
141. Thorberg FA, Lyvers M. Attachment, fear of intimacy and differentiation of self among clients in substance disorder treatment facilities. *Addictive Behaviors*. 2006;31(4):732-737.
142. Davidson S, Ireland C. Substance misuse: The relationship between attachment styles, personality traits and coping in drug and non-drug users. *Drugs and Alcohol Today*. 2009;9(3):22-27.
143. Molnar DS, Sadava SW, DeCourville NH, Perrier CP. Attachment, motivations, and alcohol: Testing a dual-path model of high-risk drinking and adverse consequences in transitional clinical and student samples. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*. 2010;42(1):1.
144. Kelly L. In the realm of hungry ghosts. Close encounters with addiction. *American Ethnologist*. 2008;35(1):154-170.

145. Mami S, Rahmotollahi E. The Relationship between Attachment Style and Parenting Students with Drug Addiction in the City of Islam.
146. Smith MA. The treatment of opiate addiction using attachment theory. Azusa Pacific University. 2012.
147. EMCDDA. European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction and Pompidou group: Treatment demand indicator. Lisbon. Standard protocol 2.0. Scientific Report; 2000 [pristupljeno 20.11.2017]. Dostupno na:
http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_65319_EN EMCDDA_Treatment%20demand%20indicator,%20standard%20protocol%202.pdf
148. Hartnoll R. The work of the Pompidou group in the field of drug research. *European Addiction Research*. 1995;1(1-2):71-73.
149. Caprara GV, Barbaranelli C, Borgogni L, Perugini M. The “Big Five Questionnaire”: A new questionnaire to assess the five-factor model. *Personality and Individual Differences*. 1993;15(3):281-288.
150. Brennan KA, Clark CL, Shaver PR. “Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview”. In *attachment theory and close relationships*. Simpson JA, Rholes WS. Editor. New York: Guilford Press; 1998:46-76 [pristupljeno 28.4.2013]. Dostupno na: <http://www.nakladaslap.com/testovi.aspx?gid=6fad6fad8ee4f09b4920e470d35bc62>
151. Kamenov Z, Jelic M. Validation of adult attachment measures in various types of close relationships: Modification of Brennan's experiences in close relationship inventory. *Suvremena Psihologija*. 2003;6(1).
152. Marušić I, Kamenov Ž, Jelić M. Personality and attachment to friends. *Društvena Istraživanja*. 2011; 20(4):1119-1137.
153. Sakoman S. Substance abuse in the Republic of Croatia and national program for drug control. *Croatian Medical Journal*. 2000;41(3):270-286.
154. White W. Sublingual and transmucosal buprenorphine for opioid use disorder: Review and update. 2016;15(1).
155. Davids E, Gastpar M. Buprenorphine in the treatment of opioid dependence. *Eur Neuropsychopharm*. 2004;14:209-16.
156. Department of Health. Drug misuse and dependence: Guidelines for clinical management. Stationery Office. London. 1999.
157. Antičević V, Britvić D, Sodić L. The personality traits and social characteristics of Croatian heroin addicts and cannabis users. *Collegium Antropologicum*. 2011;35(3):701-707.

158. Weisberg YJ, DeYoung CG, Hirsh JB. Gender differences in personality across the ten aspects of the Big Five. *Frontiers in Psychology*. 2011;2.
159. Lippa RA. Gender differences in personality and interests: When, where, and why? *Social and Personality Psychology Compass*. 2010;4(11):1098-1110.
160. Schmitt DP, Realo A, Voracek M, Allik J. Why can't a man be more like a woman? Sex differences in Big Five personality traits across 55 cultures. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2008;94(1):168.
161. Costa JP, Terracciano A, McCrae RR. Gender differences in personality traits across cultures: Robust and surprising findings. 2001.
162. Soto CJ, John OP, Gosling SD, Potter J. Age differences in personality traits from 10 to 65: Big Five domains and facets in a large cross-sectional sample. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2011;100(2):330.
163. Adalbjarnardottir S, Rafnsson FD. Perceived controlling adolescent substance use: Concurrent and longitudinal analyses. *Psychology of Addictive Behaviors*. 2001;15:25-32.
164. Kashdan TB, Vetter C, Collins RL. Substance use in young adults: Associations with personality and gender. *Addictive Behaviors*. 2005;30(2):259-269.
165. Caprara GV, Barbaranelli C, Borgogni L, Perugini M. The "Big Five Questionnaire": A new questionnaire to assess the five-factor model. *Personality and Individual Differences*. 1993;15(3):281-288.
166. Frances RJ, Miller SI. *Clinical Textbook of Addictive Disorders*. New York: The Guilford Press; 1998.
167. Brady KT, Randall CL. Gender differences in substance use disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*. 1999;22(2):241-252.
168. Brady KT, Grice DE, Dustan L, Randall C. Gender differences in substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*. 1993;150:1707-1711.
169. Eysenck HJ, Eysenck SBG. *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire*. London: Hodder & Stoughton; 1975.
170. Costa PT, McCrae RR. Normal personality assessment in clinical practice: The NEO personality inventory. *Psychological Assessment*. 1992;4(1):5.
171. Lehmann R, Denissen JJ, Allemand M, Penke L. Age and gender differences in motivational manifestations of the Big Five from age 16 to 60. *Developmental Psychology*. 2013;49(2):365.

172. Donnellan MB, Lucas RE. Age differences in the Big Five across the life span: Evidence from two national samples. *Psychology and Aging*. 2008;23(3):558.
173. Monserud D. Methadone dosage levels and borderline personality disorder. 2013.
174. Murray H, McHugh RK, Behar E, Pratt E, Otto M. Personality factors associated with methadone maintenance dose. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 2008;34(5):634-641.
175. Treece C, Nicholson B. DSM-III personality type and dose levels in methadone maintenance patients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 1980;168(10):621-628.
176. Huang MW, Chiang TA, Lo PY, Huang CS. Relationship among methadone dose, polymorphisms of dopamine D2 receptor and tri-dimensional personality questionnaire in heroin-addicted patients. *Behavioral and Brain Functions*. 2016;12(1):24.
177. Cohen LJ, Gertmenian-King E, Kunik L, Weaver C, London ED, Galyner I. Personality measures in former heroin users receiving methadone or in protracted abstinence from opiates. *Acta Psychiatr Scand*. 2005;112(2):149-158.
178. Schindler A, Thomasius R, Petersen K, Sack P-M. Heroin as an attachment substitute? Differences in attachment representations between opioid, ecstasy and cannabis abusers. *Attachment & Human Development*. 2009;11(3):307-330.
179. Kobak RR, Sceery A. Attachment in late adolescence: Working models, affect regulation, and representations of self and others. *Child Development*. 1988;59(1):135-146.
180. DiTommaso E, Brannen MC, Ross L, Burgess M. Attachment styles, social skills and loneliness in young adults. *Personality and Individual Differences*. 2003;35(2):303-312.
181. Camart N, Cotte M, Leignel S, Bouvet C, Limosin F. Dimensions of personality, attachment style and early maladaptive schemas in alcohol-dependent patients: Are there gender-specific differences? *L'Encephale*. 2016;42(6):523-528.
182. Picardi A, Caroppo E, Toni A, Bitetti D, Maria G. Stability of attachment-related anxiety and avoidance and their relationships with the five-factor model and the psychobiological model of personality. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2005;78(3):327-345.
183. Marušić I, Kamenov Ž, Jelić M. Personality and attachment to romantic partners. *Review of Psychology*. 2006;13(1):9-18.

184. Kamenov Ž, Jelić M. Stability of attachment styles across students' romantic relationships, friendships and family relations. *Review of Psychology*. 2005;12(2):115-123.
185. Doyle AB, Lawford H, Markiewicz D. Attachment style with mother, father, best friend, and romantic partner during adolescence. *Journal of Research on Adolescence*. 2009;19(4):690-714.
186. Geller JD, Farber BA. Attachment style, representations of psychotherapy, and clinical interventions with insecurely attached clients. *Journal of Clinical Psychology*. 2015;71(5):457-468.
187. Berry K, Danquah A. Attachment-informed therapy for adults: Towards a unifying perspective on practice. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2016;89(1):15-32.
188. Newman MG, Castonguay LG, Jacobson NC, Moore GA. Adult attachment as a moderator of treatment outcome for generalized anxiety disorder: Comparison between cognitive-behavioral therapy (CBT) plus supportive listening and CBT plus interpersonal and emotional processing therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2015;83(5):915.
189. Shaver PR, Brennan AK. Attachment styles and the Big Five personality traits: Their connections with each other and with romantic relationship outcomes. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 1992;18(5):536-545.
190. Nofhle EE, Shaver RP. Attachment dimensions and the Big Five personality traits: Associations and comparative ability to predict relationship quality. *Journal of Research in Personality*. 2006;40(2):179-208.
191. Moreira JCAM, Bernardes S, Andrez M, Aguiar P, Moleiro C, Silva MDF. Social competence, personality and adult attachment style in a Portuguese sample. *Personality and Individual Differences*. 1998;24(4):565-570.
192. Donnellan MB, Burt SA, Levendosky AA, Klump KL. Genes, personality, and attachment in adults: A multivariate behavioral genetic Analysis. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 2008;34(1):3-16.
193. Chotai J, Jonasson M, Hägglöf B, Adolfsson R. Adolescent attachment styles and their relation to the temperament and character traits of personality in a general population. *European Psychiatry*. 2005;20(3):251-259.

194. Deniz M. An investigation of decision making styles and the five-factor personality traits with respect to attachment styles. *Educational Sciences: Theory and Practice*. 2001;11(1):105-113.
195. Carver CS. Adult attachment and personality: Converging evidence and a new measure. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 1997;23(8):865-883.
196. Brajević-Gizdić I, Mulić R, Pletikosa M, Kljajić Z. Self-perception of drug abusers and addicts and investigators' perception of etiological factors of psychoactive drug addiction. *Collegium antropologicum*. 2009;33(1): 225-231.
197. Larsen RJ, Buss DM. *Personality Psychology: Domains of Knowledge About Human Nature*. (5th ed.). New York: McGraw-Hill Education. 2014.
198. John OP, Donahue E, Kentle R. The Big Five. Factor Taxonomy: Dimensions of Personality in the Natural Language and in Questionnaires. U: Pervin LA. (ur). *Handbook of Personality: Theory and Research*. New York;Guilford. 1990; 66-100.
199. Buss DM. *Evolucijska psihologija. Nova znanost o umu*. Naklada Slap: Jastrebarsko. 2012.
200. Mikulincer M. Adult attachment style and individual differences in functional versus dysfunctional experiences of anger. *Journal of personality and social psychology*. 1998; 74(2): 513.

11. KRATKA BIOGRAFIJA

Igna Brajević–Gizdić rođena je 1966. godine u Splitu. Diplomirala je na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu 1990. godine. Započela je s radom u Zavodu za bolesti ovisnosti Splitsko–dalmatinske županije 1997. godine. Završava stručni poslijediplomski studij Socijalne psihijatrije i sociopatologije te magistarski znanstveni studij Biomedicine i zdravstva Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu. Magistrira 2011.g. te nastavlja doktorski znanstveni studij Biomedicine i zdravstva Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu.

Od 2002.g., zaposlena je u Nastavnom zavodu za javno zdravstvo Splitsko-dalmatinske županije, Službi za mentalno zdravlje kao voditelj Odjela za tretman i nadzor ovisnosti. Specijalističko usavršavanje iz psihijatrije završava 2012.g. Uz uvodnu izobrazbu iz grupne psihoanalize te neurolingvističkog programiranje, educira se od 2006. do 2014. u području Realitetne psihoterapije. Stekla je 2013.g. izobrazbu za stalnog sudskog vještaka iz područja psihijatrije.

Vanjski je suradnik Zdravstvenih studija i Kineziološkog fakulteta Sveučilišta u Splitu. Asistent je Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Splitu te nastavni suradnik Sekcije NeuroSplit.

Suradnik je udruga, terapijskih zajednica i KLA. Stručno se usavršava i radi u Nizozemskoj (2002.g), na Trimbos Institutu i Danskoj (2014.- 2015.g.) u Psihijatrijskoj bolnici u Esbjergu. Aktivna je sudionica kongresa, simpozija i skupova. Objavila je više stručnih i znanstvenih radova te je koautor knjige.