

2016

ZAKLJUČNA NALOGA

KORDA

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

ZAKLJUČNA NALOGA
POSTTRAVMATSKA STRESNA MOTNJA,
ZLORABA DROG IN TERAPIJA

ŽIVA KORDA

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

Zaključna naloga

Posttravmatska stresna motnja, zloraba drog in terapija

(Posttraumatic stress disorder, drug abuse and therapy)

Ime in priimek: Živa Korda

Študijski program: Biopsihologija

Mentor: doc. dr. Gregor Žvelc

Koper, april 2016

Ključna dokumentacijska informacija

Ime in PRIIMEK: Živa KORDA

Naslov zaključne naloge: Posttravmatska stresna motnja, zloraba drog in terapija

Kraj: Koper

Leto: 2016

Število listov: 41

Število referenc: 88

Mentor: doc. dr. Gregor Žvelc

Ključne besede: travma, PTSM, zloraba drog, navezanost, zdravljenje s psihedeliki

Izvleček:

Zasvojenost in zloraba drog sta pogost problem pri posameznikih s posttravmatsko stresno motnjo (PTSM). Zasvojenost in PTSM sta recipročno povezani – ob poslabšanju prve motnje se poslabša tudi druga in nasprotno. Pri poteku PTSM je pomemben dejavnik vzorec navezanosti, ki vpliva na to, kako se bo posameznik spoprijemal s stresom in kako ga bo reguliral. Ne-varno navezani posamezniki si več dogodkov interpretirajo kot stresne, posledično imajo več simptomov PTSM in pogosteje posegajo po drogah in alkoholu. Hipoteza samozdravljenja predvideva, da posameznik uporablja psihoaktivne substance, da lažje shaja s simptomi PTSM. Pri zdravljenju omenjene komorbidnosti obstaja vrsta terapij, vendar so v študijah ugotovili, da so klasične terapije pri zdravljenju ene ali druge motnje bolj uspešne kot kombinirane. Kot najuspešnejši sta navedeni kognitivno-vedenjska terapija in EMDR. Nekateri terapevti in bolniki se zaradi neuspešnega zdravljenja predvsem kronične PTSM in zaradi odsotnosti zdravila za PTSM, obračajo na psihedelike. V zadnjem času je bilo narejenih nekaj raziskav o uporabi psihedelikov pri zdravljenju, med drugim tudi pri PTSM in zasvojenosti. V te raziskave so vključili marihuano, MDMA in ayahuasco. Primanjkuje pa randomiziranih kontrolnih študij z dovolj velikim številom udeležencev, da bi bilo možno sklepati o varnosti in učinkovitosti psihedelikov.

Key words documentation

Name and SURNAME: Živa KORDA

Title of the final project paper: Posttraumatic stress disorder, drug abuse and therapy

Place: Koper

Year: 2016

Number of pages: 41

Number of references: 88

Mentor: Assist. Prof. Gregor Žvelc, PhD

Keywords: trauma, PTSD, drug abuse, attachment, psychedelic treatment

Abstract:

Drug addiction and abuse are frequent problems with individuals with posttraumatic stress disorder (PTSD). Addiction and PTSD are reciprocally connected – the deterioration of the first one worsens the other. An important factor in PTSD is attachment style, which effects individual's stress coping and regulation. More events are interpreted as stressful by individuals with an insecure attachment style, so their PTSD is more severe and they use drugs and alcohol more frequently. Self-medication hypothesis assumes that one uses psychoactive substances for easier coping with PTSD symptoms. There are numerous therapies for PTSD treatment and drug abuse comorbidity, but researches have shown that classical therapies for only one of those disorders are more effective. Cognitive-behavioural therapy and EMDR are known as the most effective therapies for PTSD. Because of unsuccessful treatments for chronic PTSD and lack of PTSD medications, some therapists and patients are turning to psychedelics. Lately some researches of treatments, which use psychedelics, have been done, among others treatments for PTSD and addiction. They included treatment with marihuana, MDMA and ayahuasca. But there is a lack of randomized controlled studies with a sufficient number of participants, so we cannot make any conclusions about safety and efficiency of those psychedelics.

KAZALO VSEBINE

1 UVOD.....	1
2 TRAVMA.....	3
2.1 Zgodovina teorije travme.....	3
2.2 Posttravmatska stresna motnja danes (DSM-V).....	5
2.3 Posttravmatska stresna motnja in vzorec navezanosti.....	6
3 ZASVOJENOST	9
3.1 Teorije zasvojenosti.....	9
3.1.1 Bolezenski model	9
3.1.2 Teorija samozdravljenja	10
3.1.3 Zasvojenost zaradi pomanjkanja bližine	10
3.2 Posttravmatska stresna motnja in zasvojenost.....	11
3.2.1 Etiologija posttravmatske stresne motnje in zasvojenosti	12
4 ZDRAVLJENJE POSTTRAVMATSKE STRESNE MOTNJE IN ZASVOJENOSTI ..	13
4.1 Terapije pri zdravljenju PTSM.....	13
4.1.1 Kognitivno-vedenjska terapija.....	13
4.1.2 Metoda desenzitizacije in ponovne predelave z očesnim gibanjem – EMDR ...	14
4.1.3 Terapija s psihofarmaki	15
4.1.4 Učinkovitost terapij pri zdravljenju PTSM	15
4.2 Terapije pri zdravljenju PTSM in zasvojenosti.....	16
4.2.1 Iskanje varnosti.....	16
4.2.2 Terapija preseganja.....	17
4.2.3 Integrirana kognitivno-vedenjska terapija.....	17
4.2.4 Terapija pri zasvojenosti z drogami in PTSM.....	18
4.2.5 Sočasna terapija pri PTSM in zasvojenosti s kokainom.....	18
4.2.6 Skupna nega.....	18
4.2.7 Model opolnomočenja in okrevanja po travmi.....	19
4.3 Zdravljenje s psihedeliki pri PTSM in zasvojenosti.....	19
4.3.1 Marihuana.....	19

4.3.2 MDMA	20
4.3.3 Ayahuasca.....	23
5 SKLEP	25
6 LITERATURA IN VIRI.....	27

1 UVOD

V diplomski nalogi naprej predstavim povezavo med travmo in zlorabo psihoaktivnih snovi, v nadaljevanju pa, kako lahko psihoaktivne snovi uporabimo pri zdravljenju posttravmatske stresne motnje (v nadaljevanju PTSM) in zasvojenosti.

V ZDA med 30 in 80 % ljudi doživi vsaj en travmatični dogodek (Breslau, 2009; Kessler, Chiu, Demler in Walters, 2005, oboje cit. po Kendall-Tackett in Ruglass, 2015). DSM-V (American Psychiatric Association [APA], 2013) opredeljuje travmatični dogodek kot stresni dogodek, ki se konča s smrtjo ali z grožnjo z njo, dejansko ali zagroženo fizično poškodbo ter dejanskim ali zagroženim spolnim nadlegovanjem. Posameznik je lahko žrtev, priča ali prijatelj/sorodnik žrtve.

»Tako kot lahko resna telesna poškodba pusti trajne telesne okvare, lahko tudi psihična travma pusti trajne psihološke motnje.« (Tomori in Ziherl, 1999, s. 247). Če psihična travma pusti trajne psihološke motnje govorimo o PTSM. Vendar večina posameznikov, ki so doživeli travmatični dogodek, nima PTSM. Znanstvenike je zanimalo, zakaj nekateri zbolijo za PTSM, drugi pa ne. Dejavnikov je vsekakor več, kot enega od ključnih pa poudarjam vzorec navezanosti posameznika. V nekaterih študijah so prišli do zaključka, da je varna navezanost povezana z manjšim številom simptomov PTSM v primerjavi z nevarno navezanostjo (npr. Allanson in Astbury, 2001; Alexander in Anderson, 1996; Miller, 2000).

Pri PTSM so pogoste tudi komorbidne motnje (APA, 2013). Ena izmed bolj perečih je zloraba psihoaktivnih snovi in zasvojenosti z njimi, o čemer pričajo številne študije (npr. Anthony, Breslau in Reed, 2007; Bradley, Cubells, Khoury, Ressler in Tang, 2010; Chassin in Heller, 2014; de Haan, de Jong, Kok, Najavits in van der Meer, 2015; Farmakas, Karayiannis, Kotrotsiou in Paastavrou 2011; Peter-Hagene, Relyea, Ullman in Vasquez, 2013). Zato vključujem tudi kratek pregled teorij zasvojenosti in etiologije komorbidnosti PTSM in zasvojenosti.

Pri zdravljenju PTSM obstaja veliko različnih terapij, vendar niso vse uspešne oz. nimajo zadostnih dokazov o uspešnosti. Smernice za zdravljenje, ki so zasnovane na meta-analitičnih študijah, predlagajo predvsem kognitivno-vedenjske terapije (KVT), EMDR in terapijo s psihofarmaki (Cohen, Foa, Friedman in Keane, 2009; Management of Post-Traumatic Stress Working Group, 2010; World Health Organization, 2013). Poleg terapij pri PTSM obstajajo tudi združene terapije pri PTSM in zasvojenosti, npr. iskanje varnosti, terapija preseganja, integrirana KVT in druge. Posebej zanimive so nedavne raziskave s psihedeliki. Nekateri znanstveniki trdijo, da klasične terapije in psihofarmaki niso uspešni pri zdravljenju kronične PTSM ali zasvojenosti in iščejo rešitve v zdravljenju s psihedeliki, ki so sicer zakonsko prepovedani. Predstavljam novejša študija o tem, kako na PTSM

vpliva marihuana, kako poteka psihoterapija pri PTSM s pomočjo MDMA-ja in kako bi ayahuasca lahko pripomogla tako pri zdravljenju PTSM kot zasvojenosti.

2 TRAVMA

»Vsako doživetje, ki izzove neprijetne afekte strahu, tesnobe, sramu, psihične bolečine, lahko deluje kot takšna travma; ali je dejansko tako, pa je odvisno od občutljivosti prizadetega človeka ... « (Beuer in Freud, 1985, s. 40)

2.1 Zgodovina teorije travme

Beseda travma izhaja iz grščine, v prevodu je to rana, poškodba. Dolgo se je izraz uporabljal le v medicini, saj je bila rana oz. poškodba lahko razumljena le kot fizična. Z razvojem psihologije v 19. stoletju se je začelo zavedanje, da je rana lahko tudi psihološka. Tako so besedo travma začeli uporabljati v psihologiji.

Izraz »travmatska nevroza« je prvi uporabil nemški nevrolog Herman Oppenheim leta 1889 (van der Hart, van der Kolk in Weisaeth, 1996). Še preden se je v psihologiji pojavila beseda travma, je francoski psihiater Briquet ugotovil, da obstaja povezava med histerijo in travmatskim dogodkom iz otroštva (van der Hart in dr., 1996). Tisti čas je v družbi veljalo, da je histerija ženska bolezen, moški naj ne bi boleli za njo. Hegadoren in Lasiuk (2006) v pregledni študiji navajata še francoskega nevrologa Jeana-Martina Charcota in njegovega študenta Josepha Babinskega, ki sta se, prav tako v 19. stoletju, ukvarjala s travmo in histerijo. Prišla sta do zaključka, da histerija izvira iz psihe. Še eden od Charcotovih študentov, Pierre Janet, je pozneje opazil, da obstaja povezava med histerijo, disociacijo in stresom, ki je posledica spominov na psihološko travmo (Hegadoren in Lasiuk, 2006). Njegova hipoteza je bila, da travmatizirane posameznice niso sposobne integrirati spominov na boleči dogodek in z njim povezanih intenzivnih čustev v svoj epizodični spomin. Taka posameznica se na stres odziva z vznemirjenostjo, nasilnostjo proti sebi in drugim, abulijo in disociativnimi simptomi.

O travmi sta pisala tudi Breuer in Freud (1895) v *Študijah o histeriji*. Tako kot Charcot, Babinski in Janet, sta tudi Breuer in Freud govorila o »travmatski histeriji«, torej o histeriji, ki izvira iz travmatske izkušnje. O tem pričata citata: »Toda naše izkušnje so nam pokazale, da so najrazličnejši simptomi, ki veljajo za spontane, tako rekoč idiopatske učinke histerije, v prav tako strogi zvezi z vzročno travmo ... « (Breuer in Freud, 1895, s. 38) in »Zdi se, da takšna zapažanja dokazujejo obstoj analogije med patogenezo običajne histerije in travmatske nevroze ter upravičujejo razširitev pojma 'travmatske histerije'.« (Breuer in Freud, 1895, s. 39). Freud je nato leta 1896 zavzel stališče, da je poglaviti vzrok histerije spolna zloraba v otroštvu (van der Hart in dr., 1996).

Van der Hart in dr. (1996) navajajo, da je Freud v kasnejših zapisih govoril o fantazijah, ne o dejanskih spominih na travmatski dogodek. Gre za nesprejemljive seksualne in

agresivne želje otroka, ki grozijo ego in s tem motivirajo obrambo pred zavedanjem o teh željah. Freud si je torej histerijo razlagal kot posledico represije seksualnih in agresivnih impulzov, ki pridejo na dan okoli 5. leta starosti, ko nastopi Ojdipov kompleks (van der Hart in dr., 1996). S tem je opustil teorijo zapeljevanja in prešel v teorijo Ojdipovega kompleksa (Wilson, 1994).

Z raziskovanjem in preučevanjem travme so nadaljevali med 1. svetovno vojno in po njej. Prizadeti vojaki, ki so bili priče smrti in pohabljenju soborcev, hkrati pa so se vsak dan soočali z grožnjo smrti, so kazali znake histerije – lahko so neobvladljivo kričali in jokali, bili v krču, neodzivni ali popolnoma tiho (Hegadoren in Lasiuk, 2006). Pogosta je bila izguba spomina in nezmožnost čustvovanja. Britanski vojaški psihiater Charles Samuel Myers je prvi uporabil termin »bombni šok« (angl. shell shock), ki je tesno povezan s histerijo (Crocq in Crocq, 2000). Vzrok za bombni šok naj bi bil v pretresu možganov in pretrganju žilic zaradi bližine eksploziji (Hegadoren in Lasiuk, 2006). Crocq in Crocq (2000) navajata nemškega zdravnika Honigmanna kot prvega, ki je uporabil izraz *vojna nevroza* (angl. war neurosis) že leta 1907. Opozoril naj bi tudi na podobnost simptomov pri travmatični nevrozi. Izbira izraza bombni šok ali vojna nevroza naj bi kazala na etiologijo motnje – tisti, ki so izbrali izraz bombni šok, naj bi verjeli, da je motnja fizične narave, npr. posledica lezije ali pretresa možganov, izraz vojna nevroza (oz. vojna nevrastenija ali vojna psihonevroza) pa naj bi nakazoval na posledico stresa (Crocq in Crocq, 2000).

Zaradi številnih vojakov, ki so trpeli za posledicami bombnega šoka oz. vojne nevroze so zdravniki in psihiatri morali prilagoditi terapije. Crocq in Crocq (2000) omenjata dve skrajnosti v zdravljenju. Prvo je zasnoval ameriški zdravnik Thomas W. Salmon – imela je 5 ključnih točk: (1) takojšna pomoč – zdraviti je potrebno začeti čim prej, preden se razvijejo kronični simptomi; (2) bližina – zdravljenje naj poteka blizu fronte namesto na mirnem območju, saj bi bolnik najverjetneje po zdravljenju želel ostati tam; (3) upanje – bolniku naj psihoterapija vzbudi upanje, da bo kmalu vse dobro; (4) preprostost – zdravljenje in psihoterapija naj bosta preprosta, zdravniki naj se izogibajo poglobljanju v travme iz otroštva; (5) osrednjost – zagotovitev skladne organizacije prevoza bolnikov do bojnega zaledja, hkrati pa morajo biti pri terapiji med seboj usklajeni tudi zdravstveni delavci. Nekateri zdravniki, npr. avstrijski profesor psihiatrije Wagner Jauregg, pa so uporabljali za današnji pogled okrutne terapije z elektrošoki. S tem so zdravili simptome, kot so tremor, paraliza, krči in šepanje. Najbolj radikalno tovrstno terapijo je opisal Fritz Kaufmann – združitev sugestije, avtoritete in uporabe elektrošokov, dokler simptomi ne izginejo, naj bi bolnika pozdravila že v eni sami terapiji.

Psihoanalitik Abram Kardiner je namesto izraza bombni šok raje izbral *vojno nevrozo* (Hegadoren in Lasiuk, 2006). Opazil je vzporednice med histerijo in vojno nevrozo, kot sta izguba spomina in fiziološko vzbujenje, kar je pripisal poskusu ega, da zaščiti svojo

integriteto. Trdil je, da se bolniki obnašajo, kot bi bili še vedno v travmatičnem dogodku (van der Hart in dr., 1996).

Ob začetku 2. svetovne vojne so najprej pozabili na 5 Salmonovih načel pri zdravljenju vojne nevroze. Vojake so, namesto da bi jih zdravili blizu fronte, pošiljali v bazne bolnišnice (Crocq in Crocq, 2000; van der Hart in dr., 1996). V ZDA so se številni psihiatri ukvarjali s tem, kako prenesti Kardinerjeve ugotovitve v terapije za vojake na fronti in doma (van der Hart in dr., 1996). Potrdili so Kardinerjeva opažanja o vztrajnosti bioloških odzivov travmatiziranih posameznikov ter predlagali uporabo somatskih terapij. Ugotovili so, da se bolniki v spremenjenem stanju zavesti spominjajo somatosenzoričnega vidika travmatične izkušnje. Na podlagi te ugotovitve so predlagali zdravljenje s hipnozo in narkoanalizo t.j. induciranje hipnotičnega stanja s pomočjo narkotikov (van der Hart in dr., 1996). Herbert Spiegel je pri opazovanju vojakov v Tuniziji ugotovil, da je najpomembnejši dejavnik pri obvladovanju travme podpora bolnikovih soborcev (Crocq in Crocq, 2000). Ameriška vojska je prva uvedla tudi nekakšno skupinsko terapijo – v skupini so posamezniki drug drugemu lahko poročali o stresnih dogodkih.

Izraz PTSM so prvič omenili v DSM-III (APA, 1980). Natančno so opredelili stresor, posledične simptome in kriterije za diagnosticiranje PTSM. Kot travmatični dogodki so bili opredeljeni posilstvo, napad, vojskovanje, naravna katastrofa in katastrofa, ki jo je povzročil človek (namerno ali nenamerno).

2.2 Posttravmatska stresna motnja danes (DSM-V)

Korenite spremembe pri klasifikaciji PTSM in ostalih stresnih motenj so uvedli v DSM-V (APA, 2013). Uvedli so novo diagnostično kategorijo *s travmo in stresorji povezane motnje*, ki poleg PTSM vključuje še reaktivno motnjo navezanosti, motnjo neinhibiranih socialnih stikov, akutno stresno motnjo in motnje prilagoditve. Reaktivna motnja navezanosti in motnja neinhibiranih socialnih stikov sta motnji pri otrocih mlajših od 5 let. PTSM vključuje tudi diagnostične kriterije za otroke mlajše od 6 let.

Kriteriji za diagnozo PTSM so razdeljeni v sklope A–H. Travmatični dogodek je izpostavljenost smrti ali grožnji z njo, huda poškodba ali spolno nasilje (kriterij A). Enega ali več travmatičnih dogodkov lahko oseba doživi neposredno (kriterij A1), je priča dogodku (kriterij A2), izve, da je travmo doživel družinski član ali dober prijatelj (kriterij A3), je pogosto izpostavljena podrobnostim travm, npr. policisti, gasilci,... (kriterij A4).

Sklopi B–E opredeljujejo simptome PTSM. Sklop B se nanaša na *vsiljive* simptome oz. simptome *podoživljanja*. Posameznik se spominja ali sanja del/e travmatičnega dogodka, možna so tudi stanja disociacije in t.i. »*flash-backi*« (posameznik občuti, kot bi se ponovno znašel v travmatičnem dogodku). Ti simptomi so pogosto posledica dražljaja, ki

posameznika spomni na travmo. Sklop C zajema simptome *izogibanja*. Posameznik se izogiba mislim, spominom, občutkom in pogovorom o travmi, pa tudi dejavnostim, okoliščinam ali osebam, ki obudijo spomin na travmo. V sklopu D so simptomi *negativnih sprememb v mišljenju in počutju*. Posameznik se ne more spomniti (dela/delov) travmatičnega dogodka, ima negativno mišljenje o sebi in prihodnosti, za travmo krivi sebe, je stalno negativno razpoložen ali ne občuti več pozitivnih čustev, počuti se odtujenega. Simptomi *spremenjenega vznurjenja in reaktivnosti* so vsebina sklopa E, npr. verbalna ali fizična agresivnost, nepremišljeno in sebi nevarno obnašanje, težave z zbranostjo in spanjem. Kriterij F pravi, da morajo simptomi trajati vsaj en mesec, kriterij G pa, da simptomi povzročajo klinično pomemben stres ali škodo socialnemu, poklicnemu ali drugemu pomembnemu področju. Zadnji kriterij H določa, da simptomov ni možno pripisati fizičnemu učinkovanju substanc (npr. alkohol ali zdravila) ali drugi zdravstveni težavi.

V DSM-V (APA, 2013) so navedli, da je razširjenost PTSM v ZDA večja kot v Evropi, Aziji, Afriki in Južni Ameriki. Ženske so bolj nagnjene k PTSM kot moški, poleg tega velja tudi, da je pri mlajših odraslih verjetnost za razvoj PTSM večja kot pri starejših. Tveganje razvoja PTSM predstavlja tudi nižja inteligentnost, nižji socialno-ekonomski status, nižja izobrazba in duševne motnje v družini.

2.3 Posttravmatska stresna motnja in vzorec navezanosti

Kljub temu, da večina ljudi doživi vsaj en travmatični dogodek, je razširjenost PTSM v ZDA 3,8–9,4 % (Friedman in dr., 2013). Zakaj potemtakem večina ljudi ne razvije PTSM? Nekaj odgovorov ponuja teorija navezanosti.

Teorijo navezanosti je razvil Bowlby leta 1969 z združitvijo spoznanj o vedenju živalskih mladičev (posebej pomembna je bila raziskava Harlowa z opicami) in psihoanalitične teorije objektnih odnosov (Žvelc, 2011). Mary Ainsworth, ki je bila Bowlbyjeva sodelavka, je med leti 1953 in 1955 v Ugandi preučevala razvoj navezanosti med otrokom in materjo (Bretherton, 1992). Najbolj znan je njen eksperiment *tuje situacije*, katerega izsledke je s sodelavci objavila leta 1978, in definirajo varno, izogibajočo ter ambivalentno navezanost; leta 1990 pa sta Main in Solomon dodala še dezorganizirano/neorientirano navezanost (Žvelc, 2011). Vzorec navezanost se ohrani tudi v odrasli dobi in se izraža predvsem v partnerskih zvezah (Hazan in Shaver, 1987, cit. po Žvelc, 2011). Nov model navezanosti pri odraslih sta oblikovala Bartholomew in Horowitz, ki definirata dve temeljni dimenziji – model sebe in model drugih (Bartholomew in Horowitz, 1991, cit. po Žvelc, 2011). Posameznik ima lahko o sebi in drugih pozitivno ali negativno mnenje. Model navezanosti v odrasli dobi se tako deli na 4 vzorce: varen (ima pozitiven model o sebi in drugih), preokupiran (negativen model o sebi in pozitiven model o drugih),

odklonilen-izogibajoč (pozitiven model o sebi in negativen model o drugih) in plašljiv-izogibajoč (negativen model o sebi in drugih).

Kot pravi Žvelc (2011), je navezanost sistem vedenja, »ki ima lastno obliko notranje organizacije ter svojo funkcijo« (s. 94). Na razvoj sistema navezanosti vpliva vedenje staršev do otroka, predvsem njihova dostopnost in odzivnost v okoliščinah, ko jih otrok potrebuje (Mikulincer, Shaver in Solomon, 2015). Sistem se razvija tudi z uglaševanjem staršev na otroka, s čimer lahko okrepijo pozitivna čustvena stanja in uravnavajo negativna (Žvelc, 2011). Otrok na podlagi teh izkušenj razvije mentalne reprezentacije o sebi in drugih ter jih ponotranji v obliki mentalnih modelov. Mikulincer in dr. (2015) pravijo, da se sistem navezanosti aktivira ob ogrožajočem dražljaju. Ko je posameznik pod stresom, se aktivira reprezentacija varnih drugih, ki spodbuja učinkovito spoprijemanje s stresom in obnovi čustveno ravnovesje. V primeru preokupirane ali izogibajoče navezanosti se pri posamezniku aktivirajo negativne mentalne reprezentacije sebe in drugih. Zgodnje izkušnje s pomembnimi drugimi so namreč v tem primeru zaznamovane z nestabilnim in neustreznim reguliranjem stresa (Mikulincer in dr., 2015). Preokupirano in izogibajoče navezani posamezniki torej niso ponotranjili učinkovitih strategij za spoprijemanje s stresom, kar pomeni, da v daljših stresnih obdobjih ne morejo doseči čustvenega ravnovesja, kar negativno vpliva na njihovo duševno zdravje.

Raziskave kažejo, da imajo bolj varno navezani posamezniki manj simptomov PTSM, redkeje uporabljajo čustveno orientirano strategijo za reševanje težav in redkeje krivijo sebe za travmatični dogodek (Benoit, Bouthillier, Brunet, Moss in Rousseau, 2010), imajo nižjo raven somatizacije, negativnega razpoloženja in ljudem na splošno pripisujejo dobronamernost (Elklit in O'Connor, 2008). Prav tako redkeje posegajo po alkoholu in drogah za soočenje s posledicami travme (Benoit in dr., 2010).

Gerlsma, Pielage in Schaap (2000) so v raziskavi iskali mediatorja med navezanostjo, stresnimi dogodki in psihološkimi simptomi (duševnim zdravjem). Obstajata dva modela. Prvi pravi, da je navezanost mediator med stresnimi dogodki in psihološkimi simptomi, drugi pa, da so stresni dogodki mediator med navezanostjo in psihološkimi simptomi. Ugotovili so, da sta plašen in preokupiran vzorec navezanosti povezana z večjim številom stresnih dogodkov, varna navezanost pa z manjšim številom le-teh. Plašen vzorec navezanosti in številnost stresnih dogodkov sta povezana z večjim številom psihološki simptomov. Torej so nedavni stresni dogodki mediator med plašno (ne pa tudi preokupirano) navezanostjo in psihološkimi simptomi. Plašno navezani posamezniki doživijo več stresnih dogodkov, ker si jih tako interpretirajo v okviru delovnih modelov. Situacija, ki jo plašno navezana oseba dojema kot stresno, bo morda za varno navezano osebo popolnoma običajna. Elklit in O'Connor (2008) pravita, da vzorec plašne navezanosti napove več simptomov PTSM. V drugi študiji so Besser, Haynes in Neria (2009) potrdili ta model tudi za preokupirano navezane posameznike.

Ogle, Rubin in Siegler (2016) so ugotovili, da je številnost simptomov PTSM povezana z vzorcem preokupirane in izogibajoče navezanosti, s centralnostjo (pomembnost travme za posameznikovo identiteto) in intenzivnostjo dogodka (lastna ocena o vplivu dogodka na posameznikovo življenje). Tako preokupirana, kot izogibajoča navezanost sta povezani s hujšo obliko PTSM (več simptomov). Posamezniki z bolj preokupirano navezanostjo so ocenili travmo kot centralno za njihovo identiteto in kvarno za njihovo dobrobit, kar je razlog za hujšo obliko PTSM.

Posamezniki, ki so bili zlorabljeni v otroštvu, večinoma razvijejo vzorec dezorganizirane navezanosti, ki je razlog za kasnejšo neprilagojenost, agresivne in boječe odnose (Cloitre in Stovall-McClough, 2006). Poleg tega ti posamezniki v odrasli dobi večinoma razvijejo PTSM (Cloitre in Stovall-McClough, 2006). Dezorganizirana navezanost je povezana tudi s PTSM v otroštvu ter predvsem z večjim številom simptomov izogibanja in podoživljanja (Augustyn in dr., 2008).

Zanimivi so tudi rezultati študije političnih zapornikov, podvrženih mučenju (Kanninen, Punamaki in Qouta, 2003). Posamezniki z odklonilnim ali preokupiranim vzorcem navezanosti imajo več vsiljivih simptomov kot varno navezani. Vendar je ta razlika opazna šele po izpostavljenosti hudemu fizičnemu mučenju. Avtorji opažajo, da je huda travma očitno razlog za manifestacijo razlik pri simptomatiki PTSM, ki jih lahko pripišemo vzorcem navezanosti.

Študije navezanosti dokazujejo, kar je povedal že Freud. Od posameznika oz. od njegove občutljivosti/dovzetnosti je odvisno, koliko posledic bo pustil travmatični dogodek (Breuer in Freud, 1895). Ne-varno navezani posamezniki so bolj občutljivi, saj nimajo učinkovitih mehanizmov za soočanje s stresom, zato ta na njih pusti več posledic. Menim, da so najpomembnejše prav strategije spoprijemanja s stresom, saj določajo, kako ranljivi smo, in kako močno bo travma vplivala na naše vsakodnevno življenje, s tem pa na število simptomov PTSM.

3 ZASVOJENOST

O zasvojenosti s psihoaktivnimi substancami govorimo, kadar oseba kaže patološki vzorec uporabe substanc (APA, 2013). DSM-V (APA, 2013) navaja kriterije za diagnosticiranje zasvojenosti s substancami. Kriterij 1: povečana uporaba substanc ali uporaba v daljšem obdobju, kot je bilo predvideno. Kriterij 2: želja po prenehanju in neuspešni poskusi prenehanja uporabe. Kriterij 3: veliko časa posvečenega iskanju ali uporabi substance. Kriterij 4: hrepenenje (angl. craving) po drogi. Kriteriji 5–7 se nanašajo na zanemarjanje vsakodnevnih obveznosti in dolžnosti ter nadaljevanje z uporabo kljub zavedanju negativnih posledic.

3.1 Teorije zasvojenosti

Ob pregledu baz podatkov se znajdemo v poplavi različnih teorij in razlag zasvojenosti. Brown in West (2013) navajata, da obstajajo psihološke, sociološke, ekonomske, biopsihosocialne in druge teorije zasvojenosti. Jerebic in Jerebic (2012) v preglednem članku omenjata še moralni in fiziološki model zasvojenosti. Pregled vseh teorij zasvojenosti presega obseg tega dela. Med bolj uveljavljenimi je *bolezenski model*, ki je vplival na definicijo zasvojenosti z alkoholom v DSM (Jerebic in Jerebic, 2012). Med psihološkimi teorijami se osredotočam na *teorijo samozdravljenja*, ki bi lahko razložila komorbidnost med PTSM in zasvojenosti. Sledi še pregled nekaterih del, ki zasvojenost obravnavajo predvsem z vidika *pomanjkanja bližine*.

3.1.1 Bolezenski model

Zagovorniki bolezenskega modela pravijo, da sta alkoholizem in zloraba drog posledica bolezni možganov. Nepremagljiva potreba po drogi je posledica patološki sprememb v možganih, ki nastanejo zaradi zasvojenosti (West, 2013). Zasvojenost namreč vpliva na desenzitizacijo nagrajevalnega kroga, poveča moč pogojenih odzivov, zviša reaktivnost na stres ter oslabi možganske regije, ki so vključene v sprejemanje odločitev, inhibicijo in samonadzor (Koob, McLellan in Volkow, 2016). Pomemben dejavnik je hrepenenje po drogi, saj le-ta žene posameznika v ponovno uporabo (West, 2013). Bolezenski model pravi, da je zasvojenost primarna stopnjujoča motnja, ki je sčasoma vse težja, in da jo je možno zdraviti (Jerebic in Jerebic, 2012). West (2013) navaja, da je (bil) bolezenski model zelo vpliven, saj zasvojenost medikalizira – jo ima za medicinsko motnjo, pri kateri je okvara posledica nepravilnosti v funkciji ali strukturi.

Tako alkoholizem kot zloraba drog sta dedna (APA, 2013). Dednost naj bi bila med 40–60 %. Pomembna sta dva možganska sistema, na katera vpliva tudi genetika – odziv na stres in nagrajevalni krog (Enoch, 2007). Enoch (2007) trdi, da je medgeneracijski »prenos« zasvojenosti posledica tako genetskih kot okoljskih dejavnikov. Težava bolezenskega modela je, kako razložiti, zakaj nekateri ljudje ne postanejo zasvojeni kljub uživanju droge, in zakaj posameznik izbere določeno drogo. West (2013) navaja, da lahko odgovore najdemo v genetskih predispozicijah.

3.1.2 Teorija samozdravljenja

V teoriji samozdravljenja, ki jo je razvil Edward Khantzian, so poudarili pomembnost osebnostnih dejavnikov posameznika za razvoj zasvojenosti (Žvelc, 2001). Osrednja misel teorije je, da izbira določene droge ni naključna, temveč se povezuje s posameznikovo psihopatologijo (Khantzian, 1985). Žvelc (2001) navaja vrsto raziskav z ugotovitvami, da se lastnosti droge oz. njen učinek povezuje z organizacijo osebnosti zasvojenca. Droga pravzaprav zamenja manjkajoče obrambne mehanizme (Žvelc, 2001), zasvojenec pa brez nje ni zmožen čustvene in vedenjske samoregulacije (Anderson in dr., 2015). Od tu izvira izbira termina samozdravljenje, saj si zasvojenec želi z drogo podzavestno pomagati. To dokazuje tudi dejstvo, da vsi rekreativni uživalci drog ne postanejo zasvojenici, poleg tega pa ima vsak zasvojenec svojo izbrano drogo. Khantzian (1985) ugotavlja, da so imeli zasvojenici z *opiat* pred zasvojenostjo pogoste težave z agresijo in besom – bili so tako žrtve kot storilci fizičnih zlorab, pretefov in sadizma. V nasprotju s pomirjajočim učinkom opiatov ima kokain spodbuden energijski učinek, uporabniki pogosto poročajo o zvišanju samozavesti, frustracijske tolerance in odločnosti (Khantzian, 1985). Po *poživilih* posegajo predvsem posamezniki, ki so pogosto zdolgočaseni, disforični in tisti, s težnjo k dvigu samopodobe (Anderson in dr., 2015). Po navedbah Žvelca (2001), *psihedelične droge* uporabljajo posamezniki, ki imajo občutek praznine in ne vidijo smisla v življenju, a ne želijo kontrole, temveč iščejo ideale in vrednote. *Alkohol* je znan po pomirjevalnih lastnostih, zmanjšuje tesnobo, socialne zavore in spodbuja občutke bližine (Anderson in dr., 2015). Zasvojenici z njim bežijo pred občutki krivde, osamljenosti in sramu (Žvelc, 2001).

3.1.3 Zasvojenost zaradi pomanjkanja bližine

Zasvojenost zaradi pomanjkanja bližine pravzaprav ni teorija zasvojenosti, vendar želim predstaviti še nekaj vidikov zasvojenosti, ki se sicer ne združujejo v nobeno od meni znanih teorij. Predstavljena dejstva sicer v veliki meri potrjujejo teorijo samozdravljenja in nasprotujejo splošnemu prepričanju, da droga sama po sebi zasvaja. Gre torej za nekakšno

razširitev teorije samozdravljenja izven psihoanalitičnih konceptov. Bolezenski model ima neizpodbitne dokaze o spremembah v možganih, ki jim ne nasprotujem. Menim pa, da bi morali bolj poudariti posameznika kot splošne bolezenske znake in temu ustrezno prilagoditi tako definicijo zasvojenosti kot zdravljenje.

Mate (2009) pravi, da droga samo po sebi ni zasvojljiva. Dokaz med drugim najde tudi pri vojakih, ki so se bojevali v Vietnamu. Tam so pogosto posegali po opiatih in alkoholu in se v ZDA vrnili kot zasvojenci. Vendar študija kaže, da jih je kar 95 % po vrnitvi v domovino z uporabo prenehalo (Helzer, Hesselbrock, Robins in Wish, 2010), čeprav 80–90 % opiatskih zasvojencev po zaključenem zdravljenju ponovno poseže po drogi (Davis, Helzer, Robins, 1975, cit. po Mate 2009). Zanimiva je tudi študija iz leta 1981 (Alexander, Beyerstein, Coombs in Hadaway, 1981). Zgradili so t.i. podganji park, v katerega so naselili 16 podgan obeh spolov, ki so tam živele »normalno« podganje življenje. V kontrolni skupini je bilo 16 posameznih podgan, izoliranih v kletkah. Kot v študijah preverjanja potencialne zasvojljivosti droge so namestili v park in v kletke čisto vodo in vodo z morfinom. Podgane iz podganjega parka, za razliko od izoliranih, vode z morfinom niso pile. Tudi ko so tiste v parku prisilili v vnos morfina in so že razvile znake zasvojenosti, ob ponovni možnosti izbire, vode z morfinom niso pile. Avtorji so sklenili, da so si podgane v klasičnih študijah izbrale vodo z morfinom prav zaradi izoliranosti. Pri zaključkih in generalizaciji podatkov o zasvojljivosti droge, bi torej morali upoštevati tudi ta dejavnik.

3.2 Posttravmatska stresna motnja in zasvojenost

V času, ko je APA prvič vključila PTSM v DSM (1980), so se začela tudi prva opažanja komorbidnosti med PTSM in zlorabo psihoaktivnih snovi. Farmakas in dr. (2011) navajajo delo Keane in dr. (1988) kot eno izmed prvih raziskav, ki je ugotovila vzporednost med veterani, ki so se zdravili za PTSM in zlorabo alkohola ter drugih psihoaktivnih snovi. Podatkov o komorbidnosti PTSM in zasvojenosti v Sloveniji ni, ameriške epidemiološke študije pa kažejo, da 21–43 % posameznikov s PTSM zlorablja oz. je zasvojenih s psihoaktivnimi snovmi, med veterani pa je takšnih posameznikov kar 75 % (Farmakas in dr., 2011). De Haan in dr. (2015) navajajo, da je med bolniki, ki se zdravijo zaradi zasvojenosti s psihoaktivnimi snovmi, razširjenost PTSM med 25 in 51 %. Obstaja povezava med stopnjo zlorabe drog in stopnjo PTSM – hujši kot so simptomi PTSM, večja je stopnja zlorabe drog (Bradley in dr., 2010; de Haan in dr., 2015; Farmakas in dr., 2011; Peter-Hagene in dr., 2013). Chassin in Heller (2014) celo navajata, da se z vsakim dodatnim simptom PTSM, tveganje za zlorabo drog in alkohola poveča za 10 %. V številnih študijah so prišli do zaključka, da sta zloraba in zanemarjanje v otroštvu pomemben dejavnik tveganja za razvoj komorbidnosti PTSM in zasvojenosti, oz. da je

večina bolnikov, ki trpijo za PTSM in zasvojenostjo, v otroštvu doživela hudo travmo (Anthony in dr., 2007; Bradley in dr., 2010; Chassin in Haller, 2014; Dobrer in dr., 2015).

3.2.1 Etiologija posttravmatske stresne motnje in zasvojenosti

Znanstveniki se že vrsto let sprašujejo, kakšna je povezava med PTSM in zlorabo drog. V grobem obstajata dva modela vzročnosti – PTSM je primarna motnja, zloraba drog je posledica PTSM, in – zasvojenost je primarna motnja, PTSM je posledica travmatičnega dogodka, povezanega z uporabo drog (Jacobsen, Kostn in Southwick, 2001). V prvem primeru je zloraba drog poskus samozdravljenja. Berenz in Coffey (2012) navajata še model deljene odgovornosti, ki pravi, da so nekateri posamezniki bolj dovzetni tako za PTSM kot za zasvojenost.

Chassin in Haller (2014) v študiji navajata 4 možne povezave med PTSM in zlorabo drog: (1) hipotezo visokega tveganja, (2) hipotezo dovzetnosti, (3) hipotezo samozdravljenja in (4) hipotezo skupnih dejavnikov tveganja. Hipoteza visokega tveganja in hipoteza dovzetnosti predvidevata, da je zasvojenost primarna motnja, PTSM pa je posledica. Zasvojenci naj bi se namreč večkrat znašli v potencialno travmatičnih okoliščinah, poleg tega naj se ne bi bili zmožni učinkovito soočiti z negativnimi čustvi in tesnobo. Hipoteza samozdravljenja predvideva, da posameznik uporablja drogo, da lažje shaja s simptomi PTSM. Hipoteza skupnih dejavnikov tveganja pa pravi, če odvzamemo dejavnike tveganja za PTSM in zasvojenost, motnji pravzaprav nista povezani.

Večina znanstvenikov se strinja, da je najbolj verjetna hipoteza samozdravljenja (Berenz in Coffey, 2012; Chassin in Haller, 2014; Colder in dr., 2012; Jacobsen in dr., 2001; Peter-Hagene in dr., 2013; Souza in Spates, 2008).

4 ZDRAVLJENJE POSTTRAVMATSKE STRESNE MOTNJE IN ZASVOJENOSTI

4.1 Terapije pri zdravljenju PTSM

Smernice za zdravljenje PTSM so zasnovane na podlagi meta-analitičnih študij, ki so raziskovale učinkovitost posameznih terapij pri zmanjševanju simptomov PTSM (Foa in dr., 2009; Forbes in dr., 2010; oboje cit. po Kendall-Tackett in Ruglass, 2015). Smernice lahko najdemo na straneh organizacij kot so International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS), The U.S. Department of Veterans Affairs and Department of Defense, World Health Organization in drugih. Terapije so razvrščene v nivoje A do D: v nivoju A so raziskave s pozitivnimi izidi, v nivoju D pa terapije nimajo empiričnih dokazov o učinkovitosti ali pa so celo škodljive (Kendall-Tackett in Ruglass, 2015). Kot najuspešnejše (nivo A) so omenjene *kognitivno-vedenjske terapije, metoda desenzitizacije in ponovne predelave z očesnim gibanjem – EMDR in terapije s psihofarmaki* (Cohen in dr., 2009; Management of Post-Traumatic Stress Working Group, 2010; World Health Organization, 2013).

4.1.1 Kognitivno-vedenjska terapija

4.1.1.1 Terapija podaljšane izpostavljenosti

Terapija podaljšanje izpostavljenosti je kognitivno-vedenjska terapija (KVT), ki ima pozitivne učinke pri različnih travmah tako pri moških kot pri ženskah (Cohen in dr., 2009). Terapija ima običajno 10 do 15 srečanj po 90 minut (Kendall-Tackett in Ruglass, 2015). Cilj terapije je, da posameznik vzpostavi zmožnost soočenja z mislimi in dražljaji, ki ga spominjajo na travmo in v njem vzbudijo občutke strahu (Cohen in dr., 2009). Kendall-Tackett in Ruglass (2015) navajata komponente terapije. Terapevt bolnika najprej nauči umiriti dihanje, da se je zmožen nadzorovati v primeru hiperventilacije, saj bi v nasprotnem primeru postal še bolj preplašen. Potem mu predstavi tipične odzive na travmo, s čimer bolnik svoje stanje normalizira (njegovi odzivi na travmatični dogodek so normalni). V naslednjem koraku bolnik predstavi dražljaje, ki mu vzbujajo strah in jih uredi od najšibkejšega do najmočnejšega. S temi dražljaji se mora soočiti, se jim izpostaviti, tako da s časoma niso več strašni in ob njih ne doživlja več občutkov tesnobe in strahu. Sledi domišljajska vrnitev v travmatični dogodek, kar da bolniku priložnost, da predela spomin na dogodek. Ob večkratni domišljajski vrnitvi v travmatični dogodek spozna, da spomini niso nevarni, da je to del preteklosti, in da lahko prevzema kontrolo nad njimi. Sledi pogovor bolnika s terapevtom o čustvih, mislih in občutkih o travmatičnem dogodku na splošno.

4.1.1.2 Terapija kognitivne predelave

Tudi terapija kognitivne predelave izhaja iz KVT (Cohen in dr., 2009). Vključuje pa tudi socialno kognitivna spoznanja, saj pravi, da je od posameznikove interpretacije travmatičnega dogodka odvisno, kako se bo nanj odzval (Kendall-Tackett in Ruglass, 2015). Chard, Healy, Karlin, Resick in Ricksecker (2012) opisujejo potek terapije. Sestavljena je iz 12 srečanj, pri čemer je v prvih 4 posameznik najprej seznanjen s teorijo terapije, nato pa mora med pisanjem raziskati, kaj mu travma pomeni – kako je vpliva nanj (Chard in dr., 2012). Med 5. in 7. terapijo se posameznik uči, kako preučiti svoja prepričanja in vedenja, da bi uvidel, na katerih področjih potrebuje pomoč. Med 8. in 12. terapijo se posameznik osredotoči na 5 področji (varnost, zaupanje, moč/kontrola, spoštovanje/samozavest in intimnost), ki jih travma običajno prizadene. Posameznik nato spet napiše kaj mu travma pomeni, kako je vplivala nanj ter to primerja z različico z začetka terapije. To mu omogoči prepoznati spremembe v mišljenju, čustvovanju in vedenju.

4.1.2 Metoda desenzitizacije in ponovne predelave z očesnim gibanjem – EMDR

EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) je zasnovan na ideji, da spomini v možganih niso bili ustrezno obdelani, zato so shranjeni z vsemi prvotno doživetimi čustvi, fizičnimi občutki in prepričanji (Lalotić in Shapiro, 2011). Shapiro (1995, cit. po Cvetek, 2002) je EMDR razložila z modelom pospešene informacijske predelave in konceptom spominskih mrež. Model pospešene informacijske predelave pravi, da imamo ljudje prirojen sistem predelave informacij, ki iz vsakega dogodka/informacije izlušči adaptivno rešitev (Cvetek, 2002). Težava nastane, ko huda travma ali trajni stres ta sistem blokira – posledica so neprilagojeni odzivi (Shapiro, 1995, cit. po Cvetek, 2002). Neprilagojeni odzivi se lahko izražajo s simptomi PTSM (Cvetek, 2002). Spominske mreže se nanašajo na sistem informacij (spomini, misli, čustva), ki so med seboj povezane (Cvetek, 2002). Ob travmatičnem dogodku pa se lahko zgodi, da se informacija ne predela in posledično ne poveže z drugimi informacijami (Cvetek, 2002). Povezavo informacije v spominsko mrežo lahko dosežemo z EMDR-jem (Shapiro, 1995, cit. po Cvetek, 2002). Terapija je sestavljena iz 8 faz: zbiranje zgodovine, načrtovanje zdravljenja, priprava bolnika na zdravljenje, sistematična ocena ciljev, desenzitizacija in predelava, vgradnja alternativne pozitivne kognicije, pregled telesa za vztrajajoče nelagodne občutke in zaključek z mislijo na konstruktivno soočanje s težavami v prihodnosti (Cohen in dr., 2009). Pri fazi desenzitizacije in predelave se mora bolnik hkrati osredotočiti na bilateralno stimulacijo (npr. premikanje oči od leve proti desni) in na

spontane asociacije na odseke/slike, misli, čustva in občutke, ki jih je doživljal ob travmatičnem dogodku (World Health Organization, 2013).

4.1.3 Terapija s psihofarmaki

Kendall-Tackett in Ruglass (2015) navajata, da PTSM povzroča neravnovesje živčnih prenašalcev, nevroendokrinega in nevrohormonskega sistema ter osi HPA (hipotalamus-hipofiza-nadledvična žleza), ki je povezana z regulacijo odziva na stres. Ta neravnovesja povzročajo simptome podoživljanja, izogibanja in hipervzbujenosti (Kendall-Tackett in Ruglass, 2015). Najbolj pogosto uporabljeni psihofarmaki so antidepresivi, kot so selektivni zaviralci ponovnega privzema serotonina (SSRI), zaviralci ponovnega privzema serotonina in noradrenalina (SNRI), triciklični antidepresivi (TCA) ter zaviralci monoaminske oksidaze (MAOI) (Cohen in dr., 2009). Psihofarmaki načeloma le lajšajo simptome, ne ozdravijo pa bolezni, zato se predlaga kombinacija s psihoterapijo (Management of Post-Traumatic Stress Working Group, 2010).

4.1.4 Učinkovitost terapij pri zdravljenju PTSM

World Health Organization (2013) kot najuspešnejšo terapijo navaja v travmo usmerjeno KVT – bodisi terapijo podaljšane izpostavljenosti ali terapijo kognitivne predelave. Spremljanje posameznikov po zaključeni KVT kaže, da jih 53,6 % ne dosega več kriterijev za diagnozo PTSM, v primerjavi z 11 % posameznikov v kontrolni skupini (World Health Organization, 2013). V študiji vojakov s PTSM so ugotovili, da 26,9 % kaže občutno zmanjšanje simptomov po zaključeni terapiji kognitivne predelave (Bryant in dr., 2012). V drugi študiji vojakov s PTSM so ugotovili, da udeleženci po zaključeni terapiji podaljšane izpostavljenosti kažejo 41,4 % manj simptomov kot pred terapijo (Crowley in dr., 2013).

Po zaključku zdravljenja z EMDR-jem 51,4 % posameznikov ne dosega več kriterijev za diagnozo PTSM, v primerjavi s 4,9 % posameznikov iz kontrolne skupine (World Health Organization, 2013). V študiji bolnikov s PTSM so 35 mesecev po zaključku terapije EMDR ugotovili, da 60 % udeležencev ne dosega več kriterija za PTSM (Aberg-Wistedt in dr., 2008).

Kar se tiče psihofarmakov, v World Health Organization (2013) ugotavljajo, da ni kliničnih dokazov za učinkovitost tricikličnih antidepresivov, temveč le za SSRI. Vendar pa so udeleženci študij ocenili (rezultati lastne ocene učinkovitosti), da triciklični antidepresivi pomagajo pri zmanjševanju simptomov PTSM (World Health Organization, 2013).

Nekatere študije trdijo, da je kakovost študij o učinkovitosti terapij pri PTSM slaba, in da so metodološko nestabilne (Andrew, Bisson, Cooper, Lewis in Roberts, 2013; Bisson, Kitchiner, Roberts in Wilcox, 2012; Brownley in dr., 2013).

4.2 Terapije pri zdravljenju PTSM in zasvojenosti

Zaradi pogoste komorbidnosti PTSM in zasvojenosti s psihoaktivnimi snovmi se uporabljajo združeni terapevtski pristopi. Berenz in Coffey (2012) navajata naslednje terapije: *iskanje varnosti* (angl. Seeking Safety), *terapija preseganja* (angl. Transcend), *integrativna KVT* (angl. Integrated CBT), *terapija zasvojenosti z drogami in PTSM* (Substance Dependence-Posttraumatic Stress Disorder Therapy). International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS) navajajo še 4 druge terapije: *skupna nega* (angl. Collaborative Care), *sočasna terapija PTSM in zasvojenosti s kokainom* (angl. Concurrent Treatment of PTSD and Cocaine Dependence), *model opolnomočenja in okrevanja po travmi* (angl. Trauma Empowerment Recovery Model) in *terapija sprejemanja in predanosti* (angl. Acceptance and Commitment Therapy).

V enem od novejših del so ugotovili, da so terapije prilagojene zdravljenju zgolj PTSM ali zgolj zasvojenosti, bolj uspešne od tistih, ki združujejo zdravljenje obojega (Bernardy, Hamblen, Hermann in Schnurr, 2014).

4.2.1 Iskanje varnosti

Iskanje varnosti je med združenimi terapijami pri PTSM in zasvojenosti edina nivoja A (Cohen in dr., 2009). Je skupinska terapija, namenjena ženskam, ki so bile zlorabljene v otroštvu ali imajo zgodovino več ponavljajočih se hudih zlorab (Liese, Najavits in Weiss, 1996). Varnost je pri tej terapiji osrednjega pomena, kot pove že njeno ime (Muenz, Najavits, Shaw in Weiss, 1998). Definirana je kot abstinenca od vseh drog, zmanjšanje samodestruktivnega vedenja, vzpostavitev mreže ljudi, ki se medsebojno podpirajo in samozaščita pred nevarnostmi, ki so povezane z obema motnjama (Muenz in dr., 1998). Cilj terapije je, da se bolnice spoznajo z obema motnjama, izboljšajo veščine za soočanje s težavami in nadzorovanje le-teh (Liese in dr., 1996). Sestavljena je iz 24 srečanj, ki združujejo kognitivne, vedenjske in medosebne veščine (Muenz in dr., 1998).

ISTSS sicer navaja, da je terapija lahko različno dolga, primerna za moške kot za ženske, izpeljava pa je možna v obliki individualne ali skupinske terapije (Cohen in dr., 2009).

Berenz in Coffey (2012) navajata študije, v katerih so ugotovili 18–35 % zmanjšanje simptomov PTSM po končani terapiji v primerjavi s 26 % zmanjšanjem v programu preprečevanja ponovne uporabe drog in 33 % zmanjšanjem v programu ženskega zdravlja.

V neki drugi študiji pa so prišli do zaključka, da imata iskanje varnosti in običajni/ločeni terapiji enake rezultate (Berenz in Coffey, 2012).

4.2.2 Terapija preseganja

Terapija preseganja je edina terapija, ki vključuje delno hospitalizacijo (Cohen in dr., 2009). Namenjena je veteranom, poleg abstinence in zmanjšanje simptomov PTSM so njeni cilji še nadzorovanje impulzivnega vedenja, zmanjšanje sramu, večje samosprejemanje in izboljšanje učinkovitosti (Donovan, Kowaliw in Padin-Rivera, 2001). Bodoči udeleženci se morajo najprej prijaviti v program zdravljenja zasvojenosti, saj morajo abstimirati vsaj 30 dni pred vstopom v terapijo (Bernardy in dr., 2014). Ta traja 12 tednov, pri čemer je prvih 6 tednov namenjenih razvijanju veščin, naslednjih 6 pa predelavi travme (Donovan in dr., 2001). Terapije potekajo v skupini, približno 10 ur na teden (Donovan in dr., 2001). Poleg skupinske terapije se morajo udeleženci razgibavati, spoznavati tehnike sproščanja in sodelovati pri skrbi za bolnišnično skupnost (Bernardy in dr., 2014).

Berenz in Coffey (2012) navajata, da je 14 % veteranov od 46, vključenih v študijo, 6 mesecev po končani terapiji kazalo manj simptomov PTSM in je manj pogosto uporabljalo droge. Ker pa študija ni imela kontrolne skupine, rezultatov ne moremo posplošiti.

4.2.3 Integrirana kognitivno-vedenjska terapija

Acquilano in dr. (2009) so prilagodili integrirano KVT pri PTSM in hudih duševnih boleznih zdravljenju PTSM in zasvojenosti. Terapija je individualna, potrebnih je 8–12 srečanj. Sestavljena je iz treh sklopov: (1) izobraževanje o PTSM in njeni povezanosti z zlorabo drog; (2) učenje dihanja za pomiritev ob občutkih tesnobe; (3) kognitivno prestrukturiranje – analiza povezave med čustvi, kognicijo in situacijami. Ob tej terapiji posamezniki obiskujejo tudi standardno terapijo zdravljenja zasvojenosti (Bernardy in dr., 2014).

Po končani terapiji 73 % bolnikov ni več kazalo simptomov PTSM, 3 mesece po terapiji pa simptomov ni več kazalo še dodatnih 7 % udeležencev (Acquilano in dr., 2009). Udeleženci so zmanjšali tudi uporabo drog, vendar glede na to, da so hkrati obiskovali še standardno terapijo pri zdravljenju zasvojenosti, ne moremo vedeti katera terapija je bila razlog za te spremembe (Acquilano in dr., 2009). V študijo je bilo vključenih le 11 ljudi, zato rezultatov ni možno posplošiti (Acquilano in dr., 2009).

4.2.4 Terapija pri zasvojenosti z drogami in PTSM

Carroll, Kellogg in Triffleman (1999) so avtorji terapije pri zasvojenosti z drogami in PTSM. Ta integrirana KVT združuje elemente kognitivno vedenjske terapije s tehnikami terapije pri zasvojenosti, nadzorovanja stresa in podaljšanega izpostavljanja. Individualna terapija je razdeljena na dva dela, ki trajata 5 mesecev. Prvi del je namenjen zdravljenju zasvojenosti in izobraževanju o PTSM ter o recipročnosti zasvojenosti in PTSM. Ta del ima elemente integrirane KVT. Drugi del zajema zdravljenje PTSM in spremljanje uporabe drog oz. abstinence. V tem delu se kažejo elementi nadzorovanja stresa, hkrati pa se bolnik izpostavi dražljajem, mislim in okoliščinam, ki se jim izogiba.

Berenz in Coffey (2012) navajata, da se med terapijo kaže 32–43 % zmanjšanje simptomov PTSM, po končani terapiji pa tudi manjša pogostnost uporabe drog. V študiji je sodelovalo le 12 ljudi, zato rezultati niso zanesljivi.

4.2.5 Sočasna terapija pri PTSM in zasvojenosti s kokainom

Sočasna terapija pri PTSM in zasvojenosti s kokainom temelji na tehniki podaljšane izpostavljenosti (Berenz in Coffey, 2012). Pri zdravljenju zasvojenosti se uporabljajo še tehnike učenja soočanja s težavami, preventive pred ponovno uporabo in kognitivne rekonstrukcije (Back, Brady, Carroll, Dansky in Foa, 2001). Potrebni je 16 terapij, ki trajajo po 90 minut (Back in dr., 2001). Prvih 5 srečanj je usmerjenih v zdravljenje zasvojenosti, vendar je vanje zajeta tudi PTSM (Bernardy in dr., 2014). Tisti udeleženci, ki uspešno opravijo prvih 5 terapij (ne povečajo vnosa drog, ne čutijo povečanja potrebe po uživanju droge, nimajo samomorilskih misli) nadaljujejo s terapijo zdravljenja travme s tehnikami podaljšane izpostavljenosti (Bernardy in dr., 2014).

V študiji, ki je vključevala 39 ljudi in ni imela kontrolne skupine, so ugotovili, da so 6 mesecev po končani terapiji udeleženci kazali 59 % izboljšanje simptomov PTSM (Berenz in Coffey, 2012; Bernardy in dr., 2014).

4.2.6 Skupna nega

Skupna nega je multidisciplinarna terapija, ki združuje motivacijske intervjuje, KVT in zdravljenje s psihofarmaki (Cohen in dr., 2009). Eno leto po končani terapiji je manj verjetno, da bi udeleženci kazali simptome PTSM in zasvojenosti z drogami kot pri običajni/ločeni terapiji (Cohen in dr., 2009).

4.2.7 Model opolnomočenja in okrevanja po travmi

Cohen in dr. (2009) pravijo, da je model opolnomočenja in okrevanja po travmi terapija za zlorabljenе ženske s hudimi duševnimi motnjami. Model je sestavljen iz psihološkega izobraževanja, kognitivne rekonstrukcije, opolnomočenja, izboljševanja različnih veščin in medsebojne podpore. Glede simptomov PTSM naj bi imel model opolnomočenja boljše rezultate kot običajna terapija, pri zlorabi drog pa so rezultati enakovredni.

4.3 Zdravljenje s psihedeliki pri PTSM in zasvojenosti

Zasvojenost in zloraba drog je pereč problem v današnji družbi. Zdravstvene akcije ter klasične psihoterapije in biomedicinski modeli kažejo le omejen uspeh v preventivi in zdravljenju. Tudi PTSM je vse pogostejša motnja in glede na trenutne razmere v svetu bo tako verjetno tudi v prihodnje. Čeprav obstaja precej uspešnih terapij, predstavljajo težavo predvsem tisti bolniki s kronično PTSM, ki so proti terapijam odporni. Zato se v zadnjem času tako terapevti kot bolniki obračajo na psihedelične snovi za alternativno zdravljenje. Ker pa so psihedeliki v večini držav zakonsko prepovedani, je metodološko ustreznih raziskav na tem področju malo. Večina strokovnjakov bolj išče možne zaplete in nevarnosti pri uporabi psihedelikov kot pa njihove terapevtske učinke (Loizaga-Velder in Verres, 2014).

4.3.1 Marihuana

Leta 2012, ko sta prvi ameriški državi Washington in Colorado legalizirali marihuano, je novica odmevala po vsem svetu. V naslednjih 4 letih je marihuano legaliziralo ali dekriminaliziralo še 22 zveznih držav ZDA. Pri nekaterih boleznih je torej možno dobiti recept za marihuano. Pri PTSM jo je možno dobiti v 8 ameriških državah (23 Legal Medical Marijuana States and DC, 2016). Kljub temu pa še vedno primanjkuje raziskav, predvsem randomiziranih kontrolnih študij, o učinkovitosti in varnosti zdravljenja z marihuano. Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies (MAPS) se že od leta 2009 trudi izvesti takšno študijo, vendar zanjo do zdaj niso dobili potrebnih dovoljenj (MAPS, brez datuma). Zanimivo je, da je dovoljeno predpisovanje marihuane za obvladovanje PTSM, ne pa tudi izvedba študije, ki bi lahko potrdila ali ovrgla njeno zdravilno učinkovitost.

Kljub temu je v bazah podatkov nekaj študij o vplivu marihuane na PTSM. Baldini, Belendiuk in Bonn-Miller (2015) navajajo, da bolniki s PTSM uporabljajo marihuano predvsem za shajanje s simptomi hipervzbujenosti, z negativnim razpoloženjem in motnjami spanja. Brandt, Emrich, Halpern, Karst in Passie (2012) v študiji primera

poročajo o fantu, ki sta ga zlorabljala oče in stric. Ko je poskusil narediti samomor, so ga hospitalizirali, čez nekaj let je dobil diagnozo PTSM. Ob pregledu je avtorjem poročal, da lahko s smolo marihuane prepreči disociativna stanja ter obdrži kognitivno kontrolo med »flash-backi«. Bolniku so se sicer še vedno vsiljevale slike travmatičnih dogodkov, a je po zaužitju smole marihuane lahko ohranil distanco in ga le-te niso prevzele. Prav tako je prenehal s samopoškodovanjem. Zatrjeval je, da mu smola marihuane pomaga bolj kot antidepressivi.

Zdravila pri PTSM pogosto ne preprečujejo nočnih mor, ki lahko poslabšajo tudi druge simptome PTSM in morebitne komorbidne motnje (Fraser, 2009). Fraser (2009) je izvedel študijo z nabilonom, ki je endokanabinoidni agonist – učinkuje podobno kot marihuana. Od 47 udeležencev jih 28 ni več doživljalo mor, pri 6 pa so pojavljale manjkrat; 4–12 mesecev po terapiji se 4 posameznikom more niso vrnilo, drugim pa so se spet pojavile, ko je učinek nabilona popustil. Študija ni imela kontrolne skupine, zato ni referenčna.

Bailey in dr. (2013) so ugotovili, da imajo bolniki s PTSM več receptorjev CB₁ (endokanabinoidni receptor tip 1) predvsem v področjih možganov, ki so prizadeta pri PTSM – amigdala, hipokampus, korteks in striatum. To kaže kakšna je vloga endokanabinoidnega sistema pri etiologiji PTSM in ponuja možno razlago za vpliv marihuane na simptomatiko PTSM. Nekateri raziskovalci vendarle opozarjajo, da izvlečki marihuane pri dolgotrajni uporabi lahko vodijo do škodljivih posledic, med drugim tudi do zmanjšanja števila receptorjev in zasvojenosti (Bailey in dr., 2013).

Edina študija o varnosti in učinkovitosti marihuane pri PTSM, ki sem jo zasledila v bazah podatkov, je pilotna študija iz leta 2014. Cooper-Kazaz, Mechoulam, Roitman in Shalev (2014) poročajo o 10 udeležencih, ki so 3 mesece jemali THC v olivnem olju. Dva udeleženca sta poročala o suhih ustih, eden o glavobolih in eden o vrtoglavici – stranski učinki so trajali vse 3 mesece. Skozi celotno študijo so merili krvni tlak, telesni indeks in srčni utrip – razlik ni bilo opaziti, razen sistoličnega pritiska v prvem tednu študije. Zaznali so statistično pomembno znižanje simptomov hipervzbujenja, boljše kakovost spanja in manj nočnih mor. Dva bolnika sta poročala o popolnem prenehanju mor v 3. tednu. Če bi želeli rezultate posplošiti, bi morali študijo izvesti z večjim številom ljudi in vključiti tudi kontrolno skupino.

4.3.2 MDMA

MDMA spada med *entaktogene* – skupino drog, zaradi katerih je posameznik bolj v stiku sam s sabo (Nichols, 1986, cit. po Parrot, 2013). Terapija s pomočjo MDMA-ja se ne nanaša zgolj na fizični učinek droge/zdravila, vendar na interakcijo droge, terapevtskega okolja ter stanja uma bolnika in terapevtov (Doblin in dr., 2015). MDMA zmanjšuje

občutke strahu in tesnobe, zato posameznik lahko dostopa do spominov, ki mu običajno vzbudijo občutke strahu in groze (Alcazar-Corcoles, Bouso, Doblin, Farre in Gomez-Jarabo, 2008). Po vnosu 100 mg MDMA-ja so posamezniki, v primerjavi s kontrolno placebo skupino, ocenili svoje najljubše spomine kot še bolj pozitivne, žive in čustvene, svoje najslabše spomine pa kot manj negativne kot sicer (Bloomfield in dr., 2013). MDMA pripomore tudi k trdnejši zvezi/zavezništvu med terapevtom in bolnikom (Brewerton in dr., 2013).

Terapija s pomočjo MDMA-ja zavzema nedirektivni pristop, poudarja povabilo bolnika k razkrivanju travme in ne zahteve (Doblin in dr., 2015; Mithoefer, 2013). V bistvu je zelo podobna klasičnim terapijam pri PTSM (pomembna je vzpostavitev varnega in podpirajočega okolja ter vključevanje elementov soočanja s tesnobo in stresom), z razliko, da traja približno 8 ur v prisotnosti 2 terapevtov, moškega in ženske (Doblin in dr., 2015; Mithoefer, 2013).

Doblin in dr., (2015) v priročniku za terapijo s pomočjo MDMA-ja pri PTSM predlagajo potek terapije. Prva terapija je klasična, namenjena spoznavanju, in je brez administracije MDMA-ja. Naslednja je terapija z administracijo MDMA-ja, zato mora biti v prostoru oprema za oživljanje in prvo pomoč. Bolniku ponudijo med 60 in 125 mg MDMA-ja, ki začne učinkovati čez 20 do 30 minut. Terapevtova naloga je aktivno poslušanje in empatična komunikacija. Terapevt parafrazira in reflektira bolnikove besede, ga pomirja in mu predvsem da dovolj možnosti, da do zaključkov pride sam. Pomembno je, da bolnik lahko počne, kar želi – posluša glasbo, riše, ali se premika po prostoru. Terapevt ga spodbuja pri opisovanju občutkov. Če bolnik začne opisovati duhovne in magične občutke, jih terapevt ne jemlje kot patologijo, temveč ga spodbuja naj sledi uvidom, saj si morda s tem lahko razjasni ali olajša položaj. Ko MDMA popusti, sledi refleksija izkušnje – takrat so spomini na občutke in doživljanja še sveži. Bolnik nato prespi v ustanovi, kjer je terapija potekala. Pred naslednjo terapijo s pomočjo MDMA-ja se izvede terapija brez droge, ki je namenjena morebitnim vprašanjem bolnika in vpogledu v vpliv prejšnje terapije na vsakodnevno življenje. Treba je tudi preveriti, ali bolnik želi nadaljevati s terapijo s pomočjo MDMA-ja. Nato se izvedeta še 2 terapiji s pomočjo MDMA-ja in nekaj terapij brez droge.

Leta 2008 so v Španiji izvedli prvo randomizirano kontrolno študijo o učinkih in varnosti terapije MDMA (Alcazar-Corcoles in dr., 2008). Načrtovali so vključitev 29 žensk s kronično PTSM, vendar so zaradi pritiska medijev število zmanjšali na 6 (Alcazar-Corcoles in dr., 2008). Dve ženski sta prejeli placebo, tri po 50 mg MDMA-ja in ena 75 mg MDMA-ja. Avtorji poročajo, da je oseba, ki je prejela 75 mg odmerka po končani študiji kazala največje izboljšanje simptomov PTSM – ob vstopu v študijo jih je imela največ, ob končani študiji pa najmanj.

Naslednjo pilotno randomizirano kontrolno študijo o učinkovitosti in varnosti psihoterapije s pomočjo MDMA-ja so izvedli leta 2010 (Doblin, Jerome, Mithoefer, Mithoefer in Wagner, 2010). Vključevala je 20 udeležencev, ki so bili odporni proti klasičnim oblikam zdravljenja PTSM. Testirali so tudi nevrokognitivne sposobnosti pred in po terapiji z MDMA-jem, med terapijo pa so spremljali krvni tlak, srčni utrip in telesno temperaturo (Doblin in dr., 2010). Avtorji poročajo, da med študijo ni prišlo do zdravstvenih zapletov ali farmakološkega posredovanja. Udeleženci so sicer poročali o zategnjeni čeljusti, slabosti, občutku hladu, vrtoglavici, izgubi teka in slabem ravnotežju, vendar so stranski učinki izginili po nekaj urah do nekaj dneh. Udeleženci terapije z MDMA-jem so kazali statistično večje izboljšanje simptomov PTSM od kontrolne skupine. 10 od 12 eksperimentalnih udeležencev ni več dosegalo kriterija za diagnozo PTSM v primerjavi z 2 od 8 v kontrolni skupini. Kontrolni udeleženci so bili po 2 mesecih povabljeni na terapijo z MDMA-jem, 7 se jih je odločilo za udeležbo. Po terapiji vseh 7 udeležencev ni več dosegalo kriterija za diagnozo PTSM. Testi so pokazali, da 2 meseca po zaključku terapije, eksperimentalna skupina ni kazala poslabšanja na nevrokognitivni ravni.

Brewerton in dr., (2013) so se 2 leti pozneje odločili preveriti stanje udeležencev študije Doblina in dr. (2010). Pri 17 od 19 udeležencev so ugotovili dolgotrajno izboljšanje simptomov PTSM (Brewerton in dr., 2013). V vmesnem času nihče ni razvil zasvojenosti. Nikomur se ni poslabšalo kognitivno delovanje (mišljenje, spomin, koncentracija), 13 posameznikov je celo poročalo o izboljšanju. Udeleženci so poročali tudi o povečanem samozavedanju, izboljšanju v razmerjih, izboljšanjem duhovnem življenju in pogostejšem udejstvovanju v skupnosti.

Oehen, Schnyder, Traber in Widmer (2013) so prav tako izvedli randomizirano kontrolno študijo z 12 bolniki s kronično PTSM odporno proti zdravljenju. Štirje od 8 so kazali izboljšanje simptomatike, vendar so še vedno dosegali kriterije za diagnozo PTSM. Štirje posamezniki iz kontrolne skupine, so imeli v 2. fazi možnost terapije z MDMA-jem. Vsi so kazali izboljšanje, 2 od njih celo nista več dosegala kriterijev za PTSM. Eno leto po terapiji je 9 udeležencev kazalo statistično značilno izboljšanje. Ugotovili so tudi, da so 3 terapevtska srečanja statistično bolj učinkovita od 2 srečanj.

Parrott (2013) opozarja, da je pri terapiji z MDMA-jem lahko problematično obdobje, ko droga popusti. Deplecija neurotransmitorjev namreč lahko vodi do občutkov depresije, jeze, paranoje in agresivnosti. V študiji Doblin in dr. (2010) je ena izmed udeleženk prav zaradi tega predčasno zaključila s sodelovanjem, saj se ji je vrnila depresija, za katero se je sicer zdravila (med študijo udeleženci namreč niso smeli jemati drugih zdravil). Vendar avtorji poročajo, da je oseba po končanem zdravljenju za depresijo, kljub predčasnemu zaključku študije, kazala izboljšanje v simptomatiki PTSM, ki jo je sama pripisovala terapiji z MDMA-jem (Doblin in dr., 2010).

Številni psihiatri in psihologi opozarjajo na hude stranske učinke MDMA-ja, kot so nevrokognitivni primanjkljaji in pa možna zasvojenost z drogami po končani terapiji. V študijah do teh zaključkov niso prišli, ob dejstvu, da so imele vse majhno število udeležencev. Zato trenutno ne moremo sklepati o uspešnosti in varnosti MDMA-ja. A raziskave z majhnim številom udeležencev so vendarle obetajoče, kar verjetno pomeni, da bodo kmalu izvedene tudi študije z večjim številom udeležencev, ki bodo podale bolj točne odgovore o njegovi varnosti in učinkovitosti.

4.3.3 Ayahuasca

Ayahuasca je napitek, ki povzroča psihedelično izkušnjo. Beseda izvira iz kečuanščine in pomeni *vino duše* ali *vino smrti*. Ayahuascin čaj se pripravi iz delov listnatega grma *Psychotria viridis* in ovijalke *Banisteriopsis caapi*, ki morajo nekaj ur vreti v vodi (Eriksson, Kjellgren in Norlander, 2009). Obredno pitje čaja je povezano z zmanjšanjem zlorabe drog (Capler, Lucas, Martin, Thomas in Tupper, 2013). Psihedeletične izkušnje z ayahuasco vključujejo globoke spremembe v zaznavanju, kot so iluzije, halucinacije in sinestezijo (Frescka, 2011). Sinestezija je mešanje senzoričnih modalitet, npr. zvok je doživet kot slika ali barva kot vonj. Posameznik lahko doživi preteklo izkušnjo, kot da se pravkar dogaja (Frescka, 2011). Pod vplivom psihedeličnih snovi oseba lahko doživi tudi »bad trip« – postane pretirano zmedena, prestrašena, lahko ima občutek paraliziranosti, strašljive halucinacije in negativne misli o svojem življenju ali svetu nasploh (Frescka, 2011). Največji tveganji za »bad trip« sta neprimerno okolje (ni občutka varnosti) in »napačno« stanje uma (posameznik se ne počuti sprejetega, je brez podpore). Vendar tudi »bad tripu« lahko sledi osebna rast. Ob primernem okolju – varnem in podpirajočem, se lahko »bad trip« spreobrne v zgolj *slab prehod* (Frescka, 2011). V normalnih odmerkih ayahuasca povzroča stranske učinke kot so slabost, bruhanje, driska, vrtoglavica, glavobol, majhne spremembe v srčnem utripu in krvnem tlaku, razširjenost zenic, rahlo povišanje telesne temperature, kurja polt, slabša koordinacija, zategovanje mišic in povečani refleksi (Frescka, 2011). Dolgotrajna negativna stranska učinka sta lahko *obstojna psihoza*, *inducirana s halucinogeni* in *obstojna halucinogena motnja zaznavanja* (Frescka, 2011). Guimaraes dos Santos (2013, cit. po Loizaga-Velder in Verres, 2014) je ugotovil, da je redna uporaba ayahuasce v obrednih seansah dvakrat mesečno varna in ne povzroča dolgoročne toksičnosti.

Nekatere študije o ayahuasce kažejo njen potencial pri zdravljenju PTSM (Eriksson in dr., 2009). Ayahuasca naj bi pomagala pri zdravljenju travme, saj posameznikom omogoči uvid v preteklo izkušnjo in njihovem vplivu na življenje (Liester in Prickett, 2012). Frescka (2011) predpostavlja, da tako kot MDMA tudi ayahuasca v primernem okolju lahko podpre občutke zaupanja, lahko izzove tudi nekakšno moralno lekcijo, kar bi npr. vojnim

veteranom omogočilo olajšanje. Halucinacije bi lahko integrirali v terapijo podaljšane izpostavljenosti z desenzitizacijo in predelavo, s čimer bi skrajšali čas, potreben pri klasični terapiji izpostavljenosti (Frescka, 2011).

V zadnjih letih so bile narejene 4 študije, ki preučujejo psihedelično izkušnjo z ayahuasco in njen vpliv pri zdravljenju zasvojenosti. Eriksson in dr. (2009) so v študijo vključili 25 udeležencev, ki so izpolnili vprašalnik o njihovi izkušnji z ayahuasco. Udeleženci so poročali, da so se med seanso vrnili v otroštvo, predvsem v travmatične dogodke ali da so podoživeli grozne dogodke iz drugega življenjskega obdobja. Nato so grozo nadomestili občutki neskončnosti in vsemogočnosti. Še pred koncem seanse so udeleženci reflektirali neprijetne izkušnje, ki so jih doživeli na začetku. Pojasnili so si, da je za to kriv njihov lastni vzorec soočanja s strahom. Ayahuasca je močno vplivala na njihovo nadaljnje življenje. Poročali so o samozavedanju, občutku večje prisotnosti v danem trenutku, zmanjšanju strahu in zlorabe drog, izboljšali so odnose in postali bolj empatični. O podobnih učinkih so poročali tudi v študiji iz leta 2013 ter dodali, da je terapija z ayahuasco zmanjšala uporabo drog, predvsem kokaina (Capler in dr., 2013). Uporabniki so poročali o zmanjšanem hrepenenju po drogi (Loizaga-Velder in Verres, 2014). Nekateri so poročali celo o oslABLjenem odtegnitvenem sindromu, ki je skupaj s hrepenenjem po drogi, najpogostejši razlog za recidiv (Loizaga-Velder in Verres, 2014).

Zanimiva je tudi kontrolna študija, ki je pri 56 rednih uporabnikih ayahuasce in 56 ne-uporabnikih preučevala zasvojenost (Alcazar-Corcoles in dr., 2010). Uporabili so test resnosti zasvojenosti (angl. Addiction Severity Index). Avtorji poročajo, da so redni uporabniki na podlestvicah uporabe alkohola in psihiatričnega statusa dosegli statistično značilne nižje vrednosti kot ne-uporabniki.

5 SKLEP

Od 19. stoletja, ko je bil izraz travma prvič uporabljen v psihologiji in so psihologi še vedno govorili o nevrozi, sta teorija in zdravljenje travme naredila dolgo pot. Na zdravljenje travme sta imeli močen vpliv 1. in 2. svetovna vojna, saj sta zdravnike malo da ne prisilili v iskanje zdravila za travmatične izkušnje. Ameriška vojska je v 2. svetovni vojni uvedla skupinsko terapijo (Crocq in Crocq, 2000). Vendar je preteklo še 35 let, da je psihiatrična skupnost motnji dala ime in jo opisala v 3. izdaji DSM-ja (APA, 1980). Šele 33 let po izdaji DSM-III pa je psihiatrična skupnost uvedla korenite spremembe pri klasifikaciji PTSM, ki so bile po mnenju mnogih psihologov in psihiatrov zelo potrebne.

Ob ogrožajočem dražljaju se aktivira sistem navezanosti (Mikulincer in dr., 2015), kar poudarja vzorec navezanosti kot pomemben dejavnik pri razvoju PTSM. Vzorec navezanosti vpliva ali je celo vzrok temu, kako se posameznik spoprijema s stresom in kako ga regulira. V skladu s tem raziskave kažejo, da imajo varno navezani posamezniki manj simptomov PTSM kot ne-varno navezani, ki tudi pogosteje posegajo po drogah in alkoholu (Benoit in dr., 2010). Predvsem zato, ker ne-varno navezani več dogodkov interpretirajo kot stresne (Gerlsma in dr., 2000). Najbolj problematičen je gotovo vzorec dezorganizirane navezanosti, kar se kaže tudi v hujši simptomatiki PTSM – z več simptomi izogibanja in podoživljanja (Augustyn in dr., 2008). Poleg tega dezorganizirano navezani posamezniki PTSM pogosto razvijejo že v otroštvu – torej gre za kronično obliko bolezni (Cloitre in Stovall-McClough, 2006). Omenjene ugotovitve lahko interpretiramo tudi v okviru komorbidnosti PTSM in zasvojenosti. Ne-varno navezani posamezniki več dogodkov interpretirajo kot stresne, kar povzroči več simptomatike PTSM. Ljudem na splošno ne pripisujejo dobronamernosti, kot to velja za varno navezane (Elklit in O'Connor, 2008), kar je stresni dejavnik samo po sebi. Stres pa je lahko razlog za pogostejše poseganje po drogah, ki je bolj izrazita pri ne-varno navezanih posameznikih (Benoit in dr., 2010). Med simptome PTSM spada tudi manj vključevanja v okolico in negativne spremembe v mišljenju ter počutju, kar dodatno vpliva na osamitev posameznika (ki je morda že tako ali tako osamljen). Osamljenost je, po mnenju Alexandra in dr. (1981) vidik zasvojenosti, potreben upoštevanja. Kot pravi teorija samozdravljenja, posameznik postane zasvojen s tisto drogo, ki se povezuje z njegovo organizacijo osebnosti oz. z njo zamenjuje manjkajoče obrambne mehanizme ega (Anderson in dr., 2015; Žvelc, 2001).

Zdravljenje komorbidnosti PTSM in zasvojenosti je zahteven proces. Zanj obstajajo številne prilagojene terapije. ISTSS kot najuspešnejšo navaja terapijo iskanja varnosti (Cohen in dr., 2009). Vendar študije kažejo le 18–35 % zmanjšanje simptomov (Berenz in Coffey, 2012). Z integrirano kognitivno-vedenjsko terapijo (KVT) naj bi bili 73 % uspešni pri ozdravitvi PTSM a rezultati uspešnosti zdravljenja zasvojenosti niso podani (Acquilano in dr., 2009). Tudi ostale terapije ne kažejo večje uspešnosti, poleg tega pa se rezultatov

večinoma ne da posplošiti, saj gre za majhne vzorce in pogosto odsotnost kontrolne skupine. Bernardy in dr. (2014) pravijo, da so pravzaprav bolj uspešne terapije namenjene le zdravljenju zasvojenosti ali PTSM. Med najuspešnejše terapije pri zdravljenju PTSM spadata KVT in EMDR. Študije uspešnosti teh terapij kažejo, da približno 50 % posameznikov ne dosega več kriterijev za diagnozo PTSM, po zaključeni terapiji KVT ali EMDR (Aberg-Wistedt in dr., 2008; Crowley in dr., 2013; World Health Organization, 2013). Vendar nekateri trdijo, da je kakovost študij o učinkovitosti slaba, in da so metodološko nestabilne (Andrew in dr., 2013; Bisson in dr., 2012; Brownley in dr., 2013). Terapije s psihofarmaki, se pravi zdravljenje z antidepresivi, je namenjeno lajšanju simptomov in ne samemu zdravljenju motnje (World Health Organization, 2013). Posebno zdravilo za PTSM ne obstaja.

Nekateri terapevti in bolniki se zaradi neuspešnega zdravljenja predvsem pri kronični PTSM in zaradi odsotnosti zdravila za PTSM, zatekajo k psihedelikom. Kljub temu, da bolniki s PTSM v 8 ameriških državah simptome bolezni lahko lajšajo z marihuano (23 Legal Medical Marijuana States and DC, 2016), primanjkuje študij o varnosti in učinkovitosti tega pristopa. Pri zdravljenju nekateri uporabljajo tudi ayahuasco in terapijo s pomočjo MDMA-ja, vendar tudi zanju primanjkuje randomiziranih kontrolnih študij z dovolj velikim številom udeležencev. Glede na porast zanimanja za zdravljenje s psihedeliki pa v naslednjih letih lahko pričakujemo vedno več študij, ki bodo razjasnile, ali so psihedeliki res nevarni in ali je z njihovo pomočjo možno ozdraviti nekatere kronične psihološke motnje.

6 LITERATURA IN VIRI

- 23 Legal Medical Marijuana States and DC. (2016, 3. marec). Pridobljeno iz <http://medicalmarijuana.procon.org/view.resource.php?resourceID=000881>
- Aberg-Wistedt, A., Hällström, T., Högberg, G., Pagani, M., Soares, J., Sundin, O. in Tärnell, B. (2008). Treatment of post-traumatic stress disorder with eye movement desensitization and reprocessing: outcome is stable in 35-month follow-up. *Psychiatry research*, 159(1-2), 101-108.
- Acquilano, S., Alterman, A. I., Lambert-Harris, C., McGovern, M. P., Weiss, R. D. in Xie, H. (2009). A cognitive behavioral therapy for co-occurring substance use and posttraumatic stress disorders. *Addictive Behaviors*, 34, 892-897.
- Alcazar-Corcoles, M. A., Bouso, J. C., Doblin, R., Farre, M. in Gomez-Jarabo, G. (2008). MDMA-Assisted Psychotherapy Using Low Doses in a Small Sample of Women with Chronic Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Psychoactive Drugs*, 40(3), 225-236.
- Alcazar-Corcoles, M. A., Barbanoj, M. J., Bouso, J. C., Cutchet, M., Fabregas, J. M., Fernandez, X., Fondevila, S., Gonzalez, D., Riba, J. in Ribeiro Barbosa, P. C. (2010). Assessment of addiction severity among ritual users of ayahuasca. *Drug and Alcohol Dependence*, 111(3), 257-261.
- Alexander, C. P. in Anderson, L. C. (1996). The relationship between attachment and dissociation in adult survivors of incest. *Psychiatry: Interpersonal and biological processes*, 59, 240–254.
- Alexander, B. K., Beyerstein, B. L., Coombs, R. B. in Hadaway, P. F. (1981). Effect of Early and Later Colony Housing on Oral Ingestion of Morphine in Rats. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 15, 571-576.
- Allanson, S. in Astbury, J. (2001). Attachment style and broken attachments: Violence, pregnancy, and abortion. *Australian Journal of Psychology*, 53, 146–151
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3 izd.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5 izd.). Washington, DC: Author.
- Anderson, S. E., Carr, E. R., Gottdiener, W. H., Lambert, W. E., Colman McKernan, L. in Nash, M. R. (2015). Further Evidence of Self-Medication: Personality Factors

- Influencing Drug Choice in Substance Use Disorders. *Psychodynamic Psychiatry*, 43(2), 243-276.
- Andrew, M., Bisson, J. I., Cooper, R., Lewis, C. in Roberts, N. P. (2013). Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *The Cochrane database of systematic reviews*, 12.
- Anthony, J. C., Breslau, N. in Reed, P. L. (2007). Incidence of drug problems in young adults exposed to trauma and posttraumatic stress disorder: do early life experiences and predispositions matter? *Archives of general psychiatry*, 64(12), 1435-1442.
- Augustyn, M., Beeghly, M., Cabral, H., Frank, D. A., Grant-Knight, W., Macdonald, H. Z., Rose-Jacobs, R., Saxe, G. N. in Woods, R. W. (2008). Longitudinal association between infant disorganized attachment and childhood posttraumatic stress symptoms. *Development and Psychopathology*, 20, 493-508.
- Back, S. E., Brady, K. T., Carroll, K. M., Dansky, B. S. in Foa, E. B. (2001). Exposure therapy in the treatment of PTSD among cocaine-dependent individuals: description of procedures. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 21, 35-45.
- Bailey, C. R., Carson, R. E., Corsi-Travali, S., Gujarro-Anton, A., Henry, S., Huang, Y., Lin, S. F., Najafzadeh, S. Neumeister, A., Normandin M. D., Pietrzak, R. H., Piomlli, D., Potenza, M. N., Ropchan, J. in Zheng, M. Q. (2013). Elevated brain cannabinoid CB1 receptor availability in post-traumatic stress disorder: a positron emission tomography study. *Molecular Psychiatry*, 18, 1034-1040.
- Baldini, L. L., Belendiuk, K. A. in Bonn-Miller, M. O. (2015). Narrative review of the safety and efficacy of marijuana for the treatment of commonly stateapproved medical and psychiatric disorders. *Addiction Science and Clinical Practice*, 10:10.
- Benoit, M., Bouthillier, D., Brunet, A., Moss, E. in Rousseau, C. (2010). Emotion regulation strategies as mediators of the association between level of attachment security and PTSD symptoms following trauma in adulthood. *Anxiety, Stress in Coping*, 23(1), 101-118.
- Berenz, E. C. in Coffey, S. F. (2012). Treatment of Co-occurring Posttraumatic Stress Disorder and Substance Use Disorders. *Current Psychiatry Reports*, 14(5), 469-477.
- Bernardy, N. C., Hamblen, J. L., Hermann, B. A. in Schnurr, P. P. (2014). Evaluating the evidence for PTSD-SUD treatment. V P. Ouimette in J. P. Read (ur.), *Trauma and substance abuse: Causes, consequences, and treatment of comorbid disorders* (str. 233-252). Washington, DC: American Psychological Association.

- Besser, A., Haynes, M. in Neria, Y. (2009). Adult attachment, perceived stress, and PTSD among civilians exposed to ongoing terrorist attacks in Southern Israel. *Personality and Individual Differences*, 47, 851-857.
- Bisson, J., Kitchiner, N., Roberts, N. in Wilcox, D. (2012). Systematic review and meta-analyses of psychosocial interventions for veterans of the military. *European Journal of Psychotraumatology*(3), 1-16.
- Bloomfield, M., Bolstridge, M., Carhart-Harris, R. L., Curran, H. V., De Meer, I., Erritzoe, D., Feilding, A., Ferguson, B., Kaelen, M., Morgan, C. J., Newbould, R. D., Nutt, D. J., Stewart, L., Tanner, M., Wall, M. B. in Williams, T. M. (2013). The effect of acutely administered MDMA on subjective and BOLD-fMRI responses to favourite and worst autobiographical memories. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 17(4), 527-540.
- Bradley, B., Cubells, J. F., Khoury, L., Ressler, K. J. in Tang, Y. L. (2010). Substance use, childhood traumatic experience, and posttraumatic stress disorder in an urban civilian population. *Depression and Anxiety*, 27(12), 1077-1086.
- Brandt, S. D., Emrich, H. M., Halpern, J. H., Karst, M. in Passie, T. (2012). Mitigation of post-traumatic stress symptoms by Cannabis resin: A review of the clinical and neurobiological evidence. *Drug Testing and Analysis*, 4(7), 649-659.
- Breslau, N. (2009). The epidemiology of trauma, PTSD, and other posttrauma disorders. *Trauma, Violence, & Abuse*, 10(3), 198-210.
- Bretherton, I. (1992). The Origins of Attachment Theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*, 28(5), 759-775.
- Breuer, J. in Freud, S. (1895). *Študije o histeriji*. (S. Hajdini, M. Javornik in S. Tomšič, Prev.) Ljubljana: Delta.
- Brewerton, T. D., Doblin, R., Jerome, L., Martin, S., Michel, Y., Mithoefer, A. T., Mithoefer, M. C., Wagner, M T. in Yazar-Klosinski, B. (2013). Durability of improvement in post-traumatic stress disorder symptoms and absence of harmful effects or drug dependency after 3,4-methylenedioxymethamphetamine-assisted psychotherapy: a prospective longterm follow-up study. *Journal of Psychopharmacology*, 27(1), 28-39.
- Brown, J. in West, R. (2013). *Theory of Addiction*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Brownley, K. A., Cavanaugh, J., Cook Middleton, J., Cusack, K., Feltner, C., Forneris, C. A., Gaynes, B. N., Greenblatt, A., Jonas, D. E., Meredith, D., Rae Olmsted, K., Sonis, J., Weil, A. in Wilkins, T. M. (April 2013). *Psychological and Pharmacological Treatments for Adults With Posttraumatic Stress Disorder*

(PTSD). Pridobljeno februar 2016 iz
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK137702/>

- Bryant, R., Creamer, M., Elliot, P., Forbes, D., Lloyd, D., Nixon, R., Perry, D. in Varker, T. (2012). A multisite randomized controlled effectiveness trial of cognitive processing therapy for military-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(3), 442-452.
- Capler, N. R., Lucas, P., Martin, G., Thomas, G. in Tupper, K. W. (2013). Ayahuasca-Assisted Therapy for Addiction: Results from a Preliminary Observational Study in Canada. *Current Drug Abuse Reviews*, 6(1), 30-42.
- Carroll, K., Kellogg, S. in Triffleman, E. (1999). Substance Dependence Posttraumatic Stress Disorder Therapy. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 17, 3-14.
- Chard, K. M., Healy, E. T., Karlin, B. E., Resick, P. A. in Ricksecker, E. G. (2012). Dissemination and experience with cognitive processing therapy. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 49(5), 667-678.
- Chassin, L. in Haller, M. (2014). Risk pathways among traumatic stress, posttraumatic stress disorder symptoms, and alcohol and drug problems: A test of four hypotheses. *Psychology of Addictive Behaviors*, 28(3), 841-851.
- Cloitre, M. in Stovall-McClough, C. (2006). Unresolved attachment, PTSD, and dissociation in childhood abuse histories. *Journal of consulting and clinical psychology*, 74(2), 219-228.
- Cohen, J. A., Foa, E. B., Friedman, M. J. in Keane, T. M. (2009). *Effective Treatments for PTSD: Practice Guidelines from International Society for Traumatic Stress Studies* (2 izd.). New York: Guildford Press.
- Colder, C. R., Merrill, J. E., Ouimette, P., Read, J. P., Swartout, A. in White, J. (2012). Trauma and Posttraumatic Stress Symptoms Predict Alcohol and Other Drug Consequence Trajectories in the First Year of College. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(3), 426-439.
- Cooper-Kazaz, R., Mechoulam, R., Roitman, P. in Shalev, A. (2014). Preliminary, Open-Label, Pilot Study of Add-On Oral D9-Tetrahydrocannabinol in Chronic Post-Traumatic Stress Disorder. *Clinical Drug Investigation*, 34(8), 587-591.
- Crocq, L. in Crocq, M.-A. (2000). From shell shock and war neurosis to posttraumatic stress disorder: a history of psychotraumatology. *Dialogues in clinical neuroscience*, 2(1), 47-55.

- Crowley, J., Eftekhari, A., Greenbaum, M., Karlin, B., Rosen, C. in Ruzek, J. (2013). Effectiveness of National Implementation of Prolonged Exposure Therapy in Veterans Affairs Care. *Journal of American Medical Association Psychiatry*, 70(9), 949-955.
- Cvetek, R. (2002). Obravnava disfunkcionalno shranjenih izkušenj z metodo desenzitizacije in ponovne predelave z očesnim gibanjem – EMDR. *Psihološka obzorja*, 11(3), 55-79.
- de Haan, H., de Jong, C., Kok, T., Najavits, L. in van der Meer, M. (2015). Assessing traumatic experiences in screening for PTSD in substance use disorder patients: what is the gain in addition to PTSD symptoms? *Psychiatry research*, 226(1), 328-332.
- Doblin, R., Jerome, L., Mithoefer, A. T., Mithoefer, M. C. in Wagner, M. T. (2010). The safety and efficacy of {+/-}3,4-methylenedioxyamphetamine-assisted psychotherapy in subjects with chronic, treatment-resistant posttraumatic stress disorder: the first randomized controlled pilot study. *Journal of Psychopharmacology*, 0(0), 1-14.
- Doblin, R., Gibson, E., Jerome, L., Mithoefer, A., Mithoefer, M. C., Ot'alora, M. in Ruse, J. (2015). *A Manual for MDMA-Assisted Psychotherapy in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder* (7 izd.). Pridobljeno iz <http://www.maps.org/research-archive/mdma/MDMA-Assisted-Psychotherapy-Treatment-Manual-Version7-19Aug15-FINAL.pdf>
- Dobrer, S., Dong, H., Kerr, T., Lake, S., Montaner, J. in Wood, E. (2015). The impact of childhood emotional abuse on violence among people who inject drugs. *Drug and Alcohol Review*, 34(1), 4-9.
- Donovan, B., Kowaliw, S. in Padin-Rivera, E. (2001). "Transcend": Initial Outcomes From a Posttraumatic Stress Disorder/Substance Abuse Treatment Program. *Journal of Traumatic Stress*, 14(4), 757-772.
- Elklit, A. in O'Connor, M. (2008). Attachment styles, traumatic events, and PTSD: a cross-sectional investigation of adult attachment and trauma. *Attachment and human development*, 10(1), 59-71.
- Enoch, M.-A. (2007). Chapter 6: Genetics, Stress, and the Risk for Addiction. V M. Al'absi (ur.), *Stress and Addiction: Biological and Psychological Mechanisms* (str. 127-146). Amsterdam: Academic Press.
- Eriksson, A., Kjellgren, A. in Norlander, T. (2009). Experiences of Encounters with Ayahuasca-"the Vine of the Soul". *Journal of Psychoactive Drugs*, 41(4), 309-315.

- Farmakas, A., Karayiannis, G., Kotrotsiou, E. in Paastavrou, E. (2011). Comorbid Post-traumatic Stress Disorder in a Substance Misusing Clinical Population. *Health Science Journal*, 5(2), 107-117.
- Fetting, M. A. (2011). Chapter 7: Self-Medication, Psychoanalytic, and Psychodynamic Theories. V M. A. Fetting, *Perspectives on Addiction: An Integrative Treatment Model with Clinical Case Studies* (str. 93-110). Thousand Oaks, California: SAGE Publications.
- Fraser, G. A. (2009). The Use of a Synthetic Cannabinoid in the Management of Treatment-Resistant Nightmares in Posttraumatic Stress Disorder (PTSD). *CNS Neuroscience and Therapeutics*, 15, 84-88.
- Frecska, E. (2011). The risks and potential benefits of ayahuasca use from a psychopharmacological perspective. V H. Jungaberle in B. C. Labate (ur.), *The Internationalization of Ayahuasca* (str. 151-165). Berlin: LIT Verlag.
- Friedman, M. J., Keyes, K. M., Kilpatrick, D. G., Milanak, M. E., Miller, M. W. in Resnick, H. S. (2013). National Estimates of Exposure to Traumatic Events and PTSD Prevalence Using DSM-IV and DSM-5 Criteria. *Journal of traumatic stress*, 26, 537-547.
- Gerlsma, C., Pielage, S. in Schaap, C. (2000). Insecure Attachment as a Risk Factor for Psychopathology: The Role of Stressful Events. *Clinical Psychology and Psychotherapy*(7), 296-302.
- Hegadoren, K. M. in Lasiuk, G. C. (2006). Posttraumatic Stress Disorder Part 1: Historical Development of the Concept. *Perspectives in Psychiatric Care*, 42(1), 13-20.
- Helzer, J. E., Hesselbrock, M., Robins, L. N. in Wish, E. (2010). Vietnam Veterans Three Years after Vietnam: How Our Study Changed Our View of Heroin. *The American Journal on Addictions*, 19, 203-211.
- Jacobsen, L. K., Southwick, S. M. in Kostn, T. R. (2001). Substance use disorders in patients with posttraumatic stress disorder: a review of the literature. *The American journal of psychiatry*, 158(8), 1184-1190.
- Jerebic, D. in Jerebic, S. (2012). Različni modeli zdravljenja odvisnosti in relacijska družinska terapija. *Bogoslovni vestnik*, 72(2), 297-309.
- Kanninen, K., Punamaki, R.-L. in Qouta, S. (2003). Personality and trauma: Adult attachment and posttraumatic distress among former political prisoners. *Peace and conflict: Journal of peace psychology*, 9, 97-126.

- Kendall-Tackett, K. in Ruglass, L. M. (2015). *Psychology of trauma 101*. New York: Springer publishing company.
- Khantzian, E. J. (1985). Self-Medication Hypothesis of Addictive Disorders: Focus on Heroin and Cocain Dependence. *The American Journal of Psychiatry*, 142(11), 1259-1264.
- Koob, G. F., McLellan, T. in Volkow, N. D. (2016). Neurobiologic Advances from the Brain Disease Model of Addiction. *The New England Journal of Medicine*, 374(4), 363-371.
- Lalotiotis, D. in Shapiro, F. (2011). EMDR and the Adaptive Information Processing Model: Integrative Treatment and Case Conceptualization. *Clinical Social Work Journal*, 39, 191-200.
- Liese, B. L., Najavits, L. M. in Weiss, R. D. (1996). Group Cognitive-Behavioral Therapy for Women With PTSD and Substance Use Disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 13(1), 13-22.
- Liestner, M. B. in Prickett, J. I. (2012). Hypotheses Regarding the Mechanisms of Ayahuasca in the Treatment of Addictions. *Journal of Psychoactive Drugs*, 44(3), 200-208.
- Loizaga-Velder, A. in Verres, R. (2014). Therapeutic Effects of Ritual Ayahuasca Use in the Treatment of Substance Dependence—Qualitative Results. *Journal of Psychoactive Drugs*, 46(1), 63-72.
- Management of Post-Traumatic Stress Working Group. (2010). *VA/DoD clinical practice guideline for management of post-traumatic stress*. Washington, DC: Department of Veterans, Department of Defense. Pridobljeno iz <http://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd/cpgPTSDFULL201011612c.pdf>
- MAPS. (brez datuma). Marijuana for Symptoms of PTSD in U.S. Veterans. Pridobljeno iz <http://www.maps.org/research/mmj/marijuana-us>
- Mate, G. (2010). *In The Realm of Hungry Ghosts: Close Encounters with Addiction*. Barkeley, CA: North Atlantic Books.
- Mikulincer, M., Shaver, P. R. in Solomon, Z. (2015). Chapter 4: An Attachment Perspective on Traumatic and Posttraumatic Reactions. V A. »Skip« Rizzo, M. P. Safir in H. S. Wallach (ur.), *Future Directions in Post-Traumatic Stress Disorder* (str. 79-93). New York: Springer.

- Miller, C. A. (2000). The relationship between posttraumatic stress disorder symptomatology in parents of leukemia survivors and adult attachment classifications. *Disertation abstracts international: Section B: The sciences and engineering*, 60, 4238.
- Mithoefer, M. (2013). MDMA-Assisted Psychotherapy: How Different is it from Other Psychotherapy? *Bulletin*, 23(1), 10-15. Pridobljeno 14. marec 2016 iz MDMA-Assisted Psychotherapy: How Different is it from Other Psychotherapy?: http://www.maps.org/news-letters/v23n1/v23n1_p10-14.pdf
- Muenz, L. R., Najavits, L. M., Shaw, S. R. in Weiss, R. D. (1998). "Seeking Safety": Outcome of a New Cognitive-Behavioral Psychotherapy for Women with Posttraumatic Stress Disorder and Substance Dependence. *Journal of Traumatic Stress*, 11(3), 437-456.
- Oehen, P., Schnyder, U., Traber, R. in Widmer, V. (2013). A randomized, controlled pilot study of MDMA (\pm 3,4-Methylenedioxymethamphetamine)- assisted psychotherapy for treatment of resistant, chronic Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD). *Journal of Psychopharmacology*, 27(1), 40-52.
- Ogle, C. M., Rubin, D. C. in Siegler, I. C. (2016). Maladaptive Trauma Appraisals Mediate the Relation Between Attachment Anxiety and PTSD Symptom Severity. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*.
- Parrott, A. T. (2013). Human psychobiology of MDMA or 'Ecstasy': an overview of 25 years of empirical research. *Human Psychopharmacology Clinical and Experimental*, 28, 289-307.
- Peter-Hagene, L., Relyea, M., Ullman, S. E. in Vasquez, A. L. (2013). Trauma histories, substance use coping, PTSD, and problem substance use among sexual assault victims. *Addictive behaviors*, 38(6), 2219-2223.
- Souza, T. in Spates, R. C. (2008). Treatment of PTSD and substance abuse comorbidity. *The Behavior Analyst Today*, 9(1), 11-26.
- Tomori, M. in Zihlerl, S. (1999). *Psihijatrija*. Ljubljana: Litterapicta: Medicinska fakulteta.
- van der Hart, O., van der Kolk, B. A. in Weisaeth, L. (1996). History of Trauma in Psychiatry. V A. C. McFarlane, B. A. van der Kolk in L. Weisaeth (ur.), *Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society* (str. 47-75). New York: Guilford Press.
- West, R. (2013). *EMCDDA Insights Series No 14: Models of addiction*. Luxembourg: Publications Office of the European Union Pridobljeno iz

http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/728/TDXD13014ENN_443320.pdf

Wilson, J. P. (1994). The Historical Evolution of PTSD Diagnostic Criteria: From Freud to DSM-IV. *Journal of Traumatic Stress*, 7(4), 681-698.

World Health Organization. (2013). *Guidelines for the management of conditions specifically related to stress*. Geneva: WHO. Pridobljeno iz http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85119/1/9789241505406_eng.pdf?ua=1

Žvelc, G. (2001). Odvisnost kot poskus samoregulacije (sodobne psihoanalitične teorije odvisnosti). *Psihološka obzorja*, 10(3), 57-74.

Žvelc, G. (2011). Teorija navezanosti. V G. Žvelc, *Razvojne teorije v psihoterapiji: integrativni model medosebnih odnosov* (str. 91-135). Ljubljana: IPSA.