

# СМЕРНИЦЕ ЗА ПРЕВЕНЦИЈУ УПОТРЕБЕ ПСИХОАКТИВНИХ СУПСТАНЦИ КОД ТРАЖИЛАЦА АЗИЛА И МИГРАНАТА

UNAPREĐIVANJE  
ZDRAVSTVENOG STANJA  
DECE IZBEGLICA I MIGRANATA

U JUŽNOJ I JUGOISTOČNOJ EVROPI



ИНСТИТУТ ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ СРБИЈЕ  
„Др Милан Јовановић Батут“

unicef   
za svako dete



Sufinansirano od strane  
Programa Evropske unije  
za zdravstvo



**СМЕРНИЦЕ  
ЗА ПРЕВЕНЦИЈУ  
УПОТРЕБЕ  
ПСИХОАКТИВНИХ  
СУПСТАНЦИ  
КОД ТРАЖИЛАЦА  
АЗИЛА И  
МИГРАНАТА**

2023.



# СМЕРНИЦЕ ЗА ПРЕВЕНЦИЈУ УПОТРЕБЕ ПСИХОАКТИВНИХ СУПСТАНЦИ КОД ТРАЖИЛАЦА АЗИЛА И МИГРАНАТА

## Издавач

Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

## Главни и одговорни уредник

Проф. др Верица Јовановић

## Аутори

Прим. др Периша Симоновић

Прим. др sc. med. Биљана Килибарда

Др Александар Медаревић

Прим. др sc. med. Диана Ракетић

Доц. др Јелена Радосављевић Кирћански

Др Светислав Митровић

Др Ђорђе Трајковић

Др Јелена Васић

## Лектура и коректура

Др sc. Тамара Груден

Година издања 2023.

ISBN 978-86-7358-123-1

## UNAPREĐIVANJE ZDRAVSTVENOG STANJA DECE IZBEGLICA I MIGRANATA

U JUŽNOJ I JUGOISTOČNOJ EVROPI

unicef  
za svako dete



Sufinansirano od strane  
Programa Evropske unije  
za zdravlje

Смернице су урађене у оквиру UNICEF-овог пројекта „Јачање здравственог статуса деце избеглица и миграната у Јужној и Југоисточној Европи”, који је суфинансирао Здравствени програм Европске уније (иницијатива за здравље деце избеглица и миграната). Ставови изнесени у овом извештају припадају његовим ауторима и не одражавају обавезно политику или ставове UNICEF-а.



# САДРЖАЈ

---

Захвалност	4
<b>УВОД</b>	<b>5</b>
<b>КАРАКТЕРИСТИКЕ И СПЕЦИФИЧНИ ИЗАЗОВИ МИГРАНТСКЕ ПОПУЛАЦИЈЕ</b>	<b>6</b>
Дефиниције и карактеристике мигрантске кризе у свету	6
Мигрантска популација у Србији — величина и карактеристике проблема, правни и институционални оквир	8
Величина и карактеристике проблема	8
Правни и стратешки оквир	10
Институционални оквир	11
Употреба ПАС супстанци међу младим мигрантима у свету и у Србији	12
<b>ФАКТОРИ РИЗИКА И ПРЕВЕНЦИЈА УПОТРЕБЕ ПСИХОАКТИВНИХ СУПСТАНЦИ</b>	<b>14</b>
Фактори ризика	14
Превенција употребе психоактивних супстанци	15
<b>ПРЕПОРУКЕ У ВЕЗИ СА ПРЕВЕНЦИЈОМ УПОТРЕБЕ ПСИХОАКТИВНИХ СУПСТАНЦИ УНУТАР И ВАН ЦЕНТАРА</b>	<b>18</b>
Превентивне активности у транзитно-прихватним центрима и основни принципи за њихову имплементацију	19
Основни принципи за имплементацију превентивних активности	19
Информисање приликом смештања у смештајни објекат	21
Предлог превентивних интервенција	21
Мотивационо интервјуисање — повећање спремности за промену	23
Систем упућивања	27
Основне информације у вези са психоактивним супстанцама за запослене у смештајним објектима	29
Дефиниција и класификација болести у вези са употребом психоактивних супстанци	29
Врсте психоактивних супстанци и њихово деловање на организам	31
Бихејвиоралне тзв. нехемијске зависности	35
Препознавање акутне интоксикације, предозирања и начин реаговања	37
Мониторинг и евалуација	41
<b>Прилог 1. ДЕЛОВАЊЕ И ПОСЛЕДИЦЕ УПОТРЕБЕ ПСИХОАКТИВНИХ СУПСТАНЦИ</b>	<b>43</b>
<b>Прилог 2. ХИТНО ЗБРИЊАВАЊЕ</b>	<b>45</b>



# Захвалност

---

С мернице су припремљене у оквиру UNICEF-овог пројекта „Јачање здравственог статуса деце избеглица и миграната у Јужној и Југоисточној Европи”, који је суфинансирао Здравствени програм Европске уније (иницијатива за здравље деце избеглица и миграната). Захваљујемо Министарству здравља Републике Србије, Комесаријату за избеглице и миграције Републике Србије и Министарству за рад, запошљавање, борачка и социјална питања који су својом подршком и подацима омогућили да препоруке у смерницама буду у складу са актуелном ситуацијом у Републици Србији.

Израда ових Смерница не би била могућа без финансијске подршке Здравственог програма Европске уније и UNICEF-а у оквиру пројекта „Јачање здравственог статуса деце избеглица и миграната у Јужној и Југоисточној Европи”, чији је циљ да обезбеди да деца избеглице и мигранти и њихове породице имају приступ квалитетној здравственој заштити и тачним информацијама у вези са здрављем у Бугарској, Грчкој, Италији, Шпанији, Босни и Херцеговини и Србији.

Поред UNICEF-а који је и стручно и финансијски подржао припрему водича, захвалност дугујемо и Канцеларији Светске здравствене организације у Београду и Канцеларији Уједињених нација за сузбијање криминала и дрога (UNODC — *United Nations Office on Drugs and Crime*) у Београду на стручној подршци.

Посебно захваљујемо свим запосленима у смештајним објектима за мигранте који су својим искуствима и предлозима дали свој допринос у припреми смерница.

Ставови изнесени у овом извештају припадају његовим ауторима и не одражавају обавезно политику или ставове UNICEF-а. Овај материјал се сме цитирати. Захтев за коришћење дужих одломака треба упутити Институту за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут” и UNICEF-у. Онима који желе да цитирају овај документ предлажемо да то учине на следећи начин: Симоновић П. и сарадници, Јовановић В. (Ур.), Институт за јавно здравље Србије, Београд (2023.). Смернице за превенцију употребе психоактивних супстанци код тражилаца азила и миграната.



# УВОД

---

Деца избеглице и мигранти су посебно осетљива група становништва која се често суочава са већим здравственим ризицима и бројним препрекама за приступ квалитетној здравственој заштити. Многа деца и породице имају озбиљне емоционалне проблеме узроковане траумом јер су морали напустити своје домове, док су неки од њих били жртве злостављања и експлоатације, укључујући сексуално и родно засновано насиље. Један од изазова са којима се ова популација суочава је и употреба психоактивних супстанци. Коришћење ових супстанци спада у ризична понашања која носе повећан ризик од предозирања, ризичног сексуалног понашања, коришћења других психоактивних супстанци као што је алкохол, зависности, насиља и повреда.<sup>1,2</sup>

Праћење употребе супстанци, рано откривање проблема повезаних са употребом супстанци и обучени стручњаци од суштинског су значаја за смањење оптерећења повезаног са употребом супстанци које због здравствених, економских и социјалних последица представља значајан јавноздравствени проблем у свету.

Превенција је најефикаснија мера у смањењу оптерећења друштва последицама употребе психоактивних супстанци. У ширем смислу, превенција има за циљ и јачање фактора који доприносе свеукупном здрављу као што су квалитетни односи у породици, школи, радном окружењу и заједници.

Здравствени радници и сарадници који се баве превенцијом злоупотребе психоактивних супстанци за креирање и реализацију својих превентивних програма треба да користе научно засноване информације о различитим факторима ризика за децу и младе. При томе треба увек имати у виду специфичности посебно осетљивих популационих група којима је често потребна већа подршка за развој вештина које би их чиниле отпорнијим на негативне утицаје из непосредног и ширег окружења.

Млади мигранти се суочавају са посебним изазовима, а специфичности које се односе на њихов боравак у и ван мигрантских центара у великој мери отежавају имплементацију структурираних програма заснованих на доказима не само због отежаног приступа здравственим радницима и сарадницима, већ и због кратког времена задржавања у транзитно-прихватним центрима као и због језичке баријере. Стога је циљ ових смерница обезбеђивање информација особама које пружају подршку младим мигрантима у транзитно-прихватним центрима и ван њих, без обзира на стручну спрему и профил. Информације и препоруке садржане у смерницама могу бити од помоћи у раду и свима онима који непосредно раде са мигрантском популацијом, али и особама које планирају програме и пројекте и/или одлучују о њиховој реализацији. У циљу бољег планирања, за сагледавање потреба и специфичности младих миграната у Србији, посебно су анализирани резултати истраживања Института за ментално здравље „Преваленца употребе алкохола и психоактивних супстанци код младих избеглица и миграната у Србији и психолошке корелације”, подаци Комесаријата за избеглице и миграције Републике Србије, као и подаци прикупљени од запослених у смештајним објектима.

- 
- 1 Ritchwood TD, Ford H, DeCoster J, Sutton M, Lochman JE. Risky Sexual Behavior and Substance Use among Adolescents: A Meta-analysis. *Child Youth Serv Rev.* 2015 May;52:74-88. doi: 10.1016/j.childyouth.2015.03.005. PMID: 25825550; PMCID: PMC4375751.
  - 2 Centers for Disease Control and Prevention. Youth risk behaviour surveillance system (YRBSS). 2015. <https://www.cdc.gov/healthyyouth/data/yrbbs/index.htm>. Accessed 23 Sept 2018.

# КАРАКТЕРИСТИКЕ И СПЕЦИФИЧНИ ИЗАЗОВИ МИГРАНТСКЕ ПОПУЛАЦИЈЕ

---

Све превентивне активности треба да буду усаглашене са политиком и законском легислативом у области психоактивних супстанци, а познавање политике, регулативе и приоритета у вези са психоактивним супстанцама на локалном, регионалном, националном и интернационалном нивоу је од значаја за планирање и имплементацију интервенција. Приликом планирања и имплементације није довољно ослонити се на претпоставке, већ је потребно узети у обзир доступне податке из релевантних истраживања и друге валидне показатеље. На тај начин, програм и активности ће у највећој могућој мери бити усклађени са потребама заједнице.

## Дефиниције и карактеристике мигрантске кризе у свету

Према Конвенцији Уједињених нација (УН) из 1951, израз „избеглица” се примењује на свако лице које се „бојећи се оправдано да ће бити прогоњено због своје расе, своје вере, своје националности, своје припадности некој социјалној групи или својих политичких мишљења, нађе изван земље чије држављанство оно има и које не жели или, због тога страха, неће да тражи заштиту те земље; или које, ако нема држављанство, а налази се изван земље у којој је имало своје стално место боравка услед таквих догађаја, не може или, због страха, не жели да се у њу врати”.<sup>3</sup> Ова дефиниција је уврштена и у Закон о азилу и привременој заштити Републике Србије.<sup>4</sup> У складу са међународним споразумима, исти закон дефинише „малолетно лице без пратње” као „странца који није навршио 18 година живота и који приликом уласка у Републику Србију нема пратњу родитеља или старатеља”. Према истом закону, малолетно лице одвојено од родитеља је „странац који није навршио 18 година живота и који приликом уласка у Републику Србију нема пратњу родитеља или старатеља, нити одрасле особе која је одговорна за њега или који је након уласка у Републику Србију остао

---

<sup>3</sup> UN General Assembly 1951. Convention and Protocol Relating to the Status of Refugees

<sup>4</sup> Закон о азилу и привременој заштити, „Сл. гласник РС”, бр. 24/2018.



без пратње родитеља или старатеља или пратње одрасле особе која је одговорна за њега, али не нужно и без пратње других рођака, а на које се примењују одредбе овог закона које се односе на малолетно лице без пратње”.

Само током 2015. и 2016. године, на врхунцу мигрантске кризе, више од 1,2 милиона особа се пријавило за азил у Европској унији у свакој од наведених година, док је у 2020. години овај број пао на 471,3 хиљаде. Подаци показују да је скоро половину (47,7%) чинила популација старости 18–34 године, док је 31% укупног броја особа које су први пут тражиле азил било млађе од 18 година. У 2020. години међу малолетним особама 9,6% је било без родитељске пратње (13600 пријава за азил) у ЕУ, а у већини земаља ЕУ удео малолетних особа без пратње је износио мање од 50%.<sup>5</sup>

Према подацима Светске здравствене организације, у периоду 2015–2017. година, од скоро милион деце тражилаца азила регистрованих у ЕУ 200000 није било у пратњи родитеља или староца. Та деца су била под посебним ризиком, укључујући дискриминацију и маргинализацију.<sup>6</sup>

У циљу унапређења глобалног одговора на избегличко-мигрантску кризу која је ескалирала 2015. године, као резултат иницијативе покренуте од стране УН усвојена је „Њујоршка декларација о избеглицама и мигрантима”<sup>7</sup> коју су 193 државе чланице Уједињених нација једногласно усвојиле 19. септембра 2016. године.

Западни Балкан представља значајно транзитно подручје којим, у настојању да уђу на територију Европске уније, пролазе мигранти из Азије и дела северне Африке (нарочито Турске, Блиског Истока, делова централне Азије и северне Африке). Србија је једна од земаља које су највише погођене мигрантском кризом, будући да се налази на Западно-балканској мигрантској рути, на стратешком положају између Републике Македоније и земаља чланица Европске уније, Републике Мађарске и Републике Хрватске, са границом која је великим делом тешко брањива. Од 2015. године било је неколико нових и измењених пракси у Европској унији и балканским земљама у погледу правила уласка и затварања граница, што је утицало на број миграната који пролазе кроз Републику Србију. У поређењу са рекордним нивоима ирегуларних миграција у 2015. години, број откривања на спољним границама Европске уније је у четвртном кварталу 2016. смањен за 93%.<sup>8</sup>

Због чињенице да велики број миграната спада у млађу одраслу популацију, велики број је у добром физичком и менталном стању, што се у литератури наводи као „мигрантски здравствени парадокс” (*healthy migrant paradox*). Овај парадокс односи се и на појаву која је забележена у појединим истраживањима, да учесталост злоупотребе алкохола и психоактивних супстанци расте са сваком наредном генерацијом миграната.<sup>9</sup> Стога је парадоксом означена појава да скорије досељени мигранти остварују боље учинке у домену здравственог стања, образовања и мање су склони криминогеном понашању у односу на мигранте који дужи временски период бораве у новој средини, или у односу на друге генерације миграната.<sup>10</sup> Изложеност бројним стресорима који су претходили напуштању земље порекла, затим тешкоће са којима се суочавају на путу до одредишта, као и сâм процес прилагођавања у земљама одредишта могу угрозити здравствено стање миграната. Овоме

<sup>5</sup> Eurostat (2017a), Asylum statistics — Statistics Explained [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Asylum\\_statistics](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Asylum_statistics)

<sup>6</sup> WHI regional office for Europe (2018) Health of refugee and migrant children (2018). Dostupno na <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/migration-and-health/publications/2018/health-of-refugee-and-migrant-children-2018>

<sup>7</sup> Rezolucija A/RES/71/1

<sup>8</sup> Стратегија супротстављања ирегуларним миграцијама у Републици Србији за период од 2018. до 2020. године

<sup>9</sup> Salas-Wright CP, Vaughn MG, Clark TT, et al. Substance use disorders among first- and second- generation immigrant adults in the United States: evidence of an immigrant paradox? *Journal of studies on alcohol and drugs*: 2014. 75(6), 958–967.)

<sup>10</sup> Vaughn MG, Salas-Wright CP, Maynard BR, et al. Criminal epidemiology and the immigrant paradox: Intergenerational discontinuity in violence and antisocial behavior among immigrants. *Journal of Criminal Justice*: 2014. 42 (6): 483–490.)





значајно могу допринети и услови у транзитно-прихватним центрима, оболевање од многих заразних болести као што је хепатитис А, али и бројне повреде током путовања.

Поред осталих изазова, избеглице, тражиоци азила и мигранти суочавају се са индивидуалним стресогеним или трауматским искуствима, редукацијом мреже социјалне подршке, и културолошком и језичком баријером. Подаци показују да поред других обољења, међу овом осетљивом популацијом проблем представља и употреба алкохола и психоактивних супстанци. Са посебним изазовима суочавају се деца и адолесценти, с обзиром на то да различити стресогени интерферирају са њиховим психофизичким развојем. Као посебно вулнерабилна група сматрају се деца мигранти без пратње родитеља. Под великим оптерећењем су и особе које им пружају помоћ, јер свој рад обављају под веома комплексним условима.

## Мигрантска популација у Србији — величина и карактеристике проблема, правни и институционални оквир

### Величина и карактеристике проблема

Према подацима Високог комесаријата Уједињених нација за избеглице у Републици Србији је регистровано 5369 избеглица тражилаца азила и миграната на крају децембра месеца 2021. од којих је 4429 (82% свих лица) смештено у неки од званичних смештајних центара: центри за азил, прихватни и прихватно-транзитни центри (у даљем тексту: центар).<sup>11</sup>

Посебан проблем везан за појаву ирегуларних миграција представља повећано учешће рањивих категорија миграната као што су малолетна лица, стара лица, особе с инвалидитетом, жртве трговине људима и кријумчарења.

Адекватан приступ овим категоријама миграната тражи додатно ангажовање финансијских и људских ресурса, смештајних капацитета и организационих решења. Подаци из „Миграционог профила”, документа који обједињује податке о свим категоријама миграната у земљи, разврстане у складу са Уредбом 862/2007 Европског парламента и Савета од 11. јула 2007. године, од посебног су значаја за опис и анализу свеукупног стања миграција у Републици Србији. Подаци из Миграционог профила за 2019. годину показују да је у 2019. години било 12935 издатих потврда о регистрацији странаца који су изразили намеру да поднесу захтев за азил у Републици Србији. Од тог броја било је 12046 мушкараца (9431 пунолетних и 2615 малолетних) и 889 жена (574 пунолетних и 315 малолетних). Највећи број долази из Авганистана (29,7%), Пакистана (21,4%) и Сирије (15,3%). Од укупног броја малолетника (2920), 823 су малолетници без пратње (816 дечака и 7 девојчица). Од укупно 12935 исказаних намера за азил, свега 251 лице, односно само 1,9% од укупног броја лица поднело је захтев за азил. Од укупно поднетих захтева за азил, око 40% чине држављани Ирана и Авганистана. У 2019. години Канцеларија за азил је донела 25 одлука којима усваја захтев за азил.<sup>12</sup>

<sup>11</sup> UNCHR (2021). UNCHR Serbia update. Доступно на: <https://data2.unhcr.org/en/documents/download/90516>

<sup>12</sup> Влада Републике Србије. Миграциони профил Републике Србије за 2019. годину. Доступно на: [https://kirs.gov.rs/media/uploads/Migracije/Publikacije/Migracioni\\_profil\\_Republike\\_Srbi.%20godinu.pdf](https://kirs.gov.rs/media/uploads/Migracije/Publikacije/Migracioni_profil_Republike_Srbi.%20godinu.pdf)



Истраживање које је 2019. године спровела Агенција за истраживање јавног мњења CeSID у оквиру Подршке Европске уније управљању миграцијама у Републици Србији показало је да је већина грађана задовољна на који начин се њихова општина/град носи са мигрантском кризом (55% сматра да је веома или углавном успешна). Истраживање је показало и да грађани сматрају да би мигрантима од највећег значаја била медицинска помоћ, храна и помоћ око деце, као и да су главне препрека у прихватању миграната разлике у менталитету, културне, верске и обичајне разлике.<sup>13</sup>

Истраживање које је у 2020. години спровела Мрежа психосоцијалних иновација на основу скрининг инструмента *Refugee Health Screener (RHS-15)* је показало да се 83% анкетираних особа које бораве у смештајним објектима може сматрати психолошки вулнерабилним, и да се суочавају са различитим изазовима, као што су језичка баријера, недефинисан правни статус, непоседовање радне дозволе, ограничен приступ социјалним и медицинским услугама, итд.<sup>14</sup>

Податке о здравственом стању ове популације у Републици Србији редовно прикупља и анализира Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут” (ИЈЗС Батут) са мрежом института/завода за јавно здравље. У свим транзитно-прихватним центрима у 2020. години је било организовано пружање здравствене заштите популацији миграната. Сви центри су били под редовним надзором хигијенско-епидемиолошких служби територијално надлежног завода за јавно здравље.

Према подацима ИЈЗС Батут, у 2021. години, у Републици Србији здравствену заштиту миграната пружали су запослени у 38 здравствених установа и то: 16 домова здравља, два завода, шест општих и једна специјална болница, један здравствени центар, седам установа терцијарног нивоа и пет завода и института за јавно здравље. У бризи за здравље миграната активно су биле укључене и две невладине домаће и међународне организације. Укупно је било регистровано 115265 контаката са здравственом службом, при чему је пружено 80232 здравствених услуга/интервенција/мера и регистровано 62606 стања. Највећи део свих услуга били су куративни прегледи — 69%. Превентивни прегледи са и без интервенције чинили су 22% услуга. Све остале услуге дијагностике, транспорта и хоспитализације чине око 9% свих услуга. У току године пријављено је 1183 организованих медицинских транспорта. Ментални поремећаји и поремећаји понашања у вези са злоупотребом алкохола и психоактивних супстанци бележе стално високо присуство.<sup>15</sup>

У Стратегији супротстављања ирегуларним миграцијама у Републици Србији за период од 2018. до 2020. године<sup>16</sup> међу баријерама за ефикаснији одговор наводе се:

- > недовољан број људи у Комесаријату за избеглице и миграције, у Министарству унутрашњих послова и у центрима и објектима за смештај малолетника без пратње, ангажованих на супротстављању ирегуларним миграцијама;
- > недовољна обученост (пре свега непознавање језика већинских група миграната) и недовољна мотивисаност полицајаца који раде на граници, њихова учестала ротација на терену;
- > недовољан капацитет за смештај угрожених миграната;

<sup>13</sup> <https://kirs.gov.rs/cir/dokumenti-i-publikacije/prezentacije>

<sup>14</sup> [https://psychosocialinnovation.net/wp-content/uploads/2020/10/MENTALNO-ZDRAVLJE-I-DOBROBIT-IZBEGLICA-I-TRA%C5%BDILACA-AZILA-U-SRBIJI\\_Izve%C5%A1taj-istra%C5%BEivanja\\_2020.pdf](https://psychosocialinnovation.net/wp-content/uploads/2020/10/MENTALNO-ZDRAVLJE-I-DOBROBIT-IZBEGLICA-I-TRA%C5%BDILACA-AZILA-U-SRBIJI_Izve%C5%A1taj-istra%C5%BEivanja_2020.pdf)

<sup>15</sup> Институт за јавно здравље Србије. Извештај о здравственом надзору над популацијом избеглица, миграната, тражилаца азила и азиланата у Републици Србији за 2021. годину

<sup>16</sup> Стратегија супротстављања ирегуларним миграцијама у Републици Србији за период од 2018. до 2020. године. „Службени гласник РС”, бр. 105/2018



- > недовољно савремене високо-технолошке опреме за борбу против кријумчара људи;
- > тешка реализација повратака у земљу порекла и транзита, како због непостојања дипломатских односа са појединим земљама из којих стиже доста миграната, тако и због приступа појединих суседних земаља које се не придржавају правила о примени споразума о реадмисији.

Пут ка идентификацији узрока недостатка системског одговора на проблем ирегуларних миграција је комплексан.

У корену се могу препознати три основне категорије узрока:

- > узроци који су везани за расположиве ресурсе (људске, инфраструктурне, финансијске)
- > узроци који су везани за усвајање и примену одговарајућих законских решења која омогућују ефикасно регулисање статуса ирегуларних миграната
- > узроци који су везани за велики притисак на границу од стране миграната који желе да прођу кроз Републику Србију на путу ка ЕУ.

## Правни и стратешки оквир

Стратегија супротстављања ирегуларним миграцијама у Републици Србији усвојена 2018. године за период од 2018. до 2020. године има за циљ даље унапређивање политике управљања миграцијама, која се динамично развија још од средине 1990-их година. Ова стратегија представља и део напора да се државне политике и законодавство додатно ускладе са правним тековинама Европске уније (ЕУ) и тиме поспешују процес преговора за пријем Републике Србије у чланство ЕУ.

Релевантан правни и законски оквир који дефинише статус и права ирегуларних миграната препознаје субјекте супротстављања ирегуларним миграцијама и одређује њихове надлежности и процедуре поступања, чине:

- > Устав Републике Србије
- > Закон о управљању миграцијама
- > Закон о граничној контроли<sup>17</sup>
- > Закон о странцима<sup>18</sup>
- > Закон о азилу<sup>19</sup>
- > Уредба о ближим условима за одбијање уласка странца у Републику Србију<sup>20</sup>
- > Кривични законик<sup>21</sup>
- > Споразум између Републике Србије и Европске уније о реадмисији лица која незаконито бораве<sup>22</sup>
- > билатерални споразуми о реадмисији са другим државама.

<sup>17</sup> „Службени гласник РС”, бр. 24/18.

<sup>18</sup> „Службени гласник РС”, бр. 24/18.

<sup>19</sup> „Службени гласник РС”, бр. 24/18.

<sup>20</sup> „Службени гласник РС”, бр. 75/09.

<sup>21</sup> „Службени гласник РС”, бр. 85/05, 88/05 — исправка, 107/05 — исправка, 72/09, 111/09, 121/12, 104/13, 108/14 и 94/16).

<sup>22</sup> „Службени гласник РС — Међународни уговори” бр. 103/07.



## Институционални оквир

Здравствена и социјална заштита и пружање других облика подршке захтева мултисекторски приступ.

Према подацима Комесаријата за избеглице Републике Србије (у даљем тексту: КИРС), у прихватним центрима и центрима за азил ангажовани су доктори медицине, медицинске сестре и техничари, дефектолози, психолози и социјални радници, а број и време ангажовања варира уз разлике међу центрима. У сваком центру за тражиоце азила и прихватном центру Министарство здравља Републике Србије има своје тимове који се састоје од лекара и техничара, а у одређеним центрима у рад се укључују и психолог и патронажне сесте. У Републици Србији подршку мигрантској популацији пружају Министарство за рад, запошљавање, борачка и социјална питања, при чему су у овом сектору најважнији институционални актери центри за социјални рад као органи старатељства, као и установе за смештај малолетника без пратње. Социјални радници надлежних центара за социјални рад, на дневном нивоу или по позиву посећују центре. Центре посећују и UNHCR у оквиру свог мандата, као и Црвени крст Србије. Психосоцијалну помоћ и правну помоћ особама у центрима пружају организације цивилног друштва, а преводиоце у центрима обезбеђују КИРС, Центар за кризну политику и реаговање и међународне организације за миграције, али их у тимовима имају и организације које се баве правним саветовањем, информисањем миграната, подршком интеграцији, оснаживањем жена, заштитом деце, окупационим и другим активностима.

Укључене институције и организације представљају значајан ресурс и за спровођење активности на превенцији употребе психоактивних супстанци.

Све центре редовно посећују и запослени у надлежним институтима/заводима за јавно здравље. Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут” у сарадњи са мрежом територијално надлежних института и завода за јавно здравље прикупља и обрађује податке кроз систем здравственог надзора над популацијом миграната, азиланата и тражилаца азила. Здравствени надзор обухвата: хигијенско-санитарни надзор, епидемиолошки надзор и пружање здравствене заштите. Сви центри су под редовним надзором хигијенско-епидемиолошких служби завода за јавно здравље. Институт са мрежом института/завода за јавно здравље учествује и у другим програмима/пројектима који су од значаја за унапређење здравља мигрантске популације као што је имунизација.

У Србији значајну улогу у превенцији и лечењу болести зависности имају референтне установе за лечење болести зависности које имају за циљ да између осталог примењују, прате и унапређују методологију у превенцији, дијагностици, лечењу и рехабилитацији од болести зависности. Поред Специјалне болнице за болести зависности у референтне установе спадају и Клиника за психијатрију (Клинички центар Војводине), Клиника за психијатрију (Клинички центар Крагујевац), Клиника за заштиту менталног здравља (Клинички центар Ниш), Институт за ментално здравље у Београду и Клиника за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић” у Београду. Такође, велики број институција/организација из различитих сектора и организација цивилног друштва спроводи активности које имају за циљ промоцију здравих стилова живота и превенцију злоупотребе психоактивних супстанци. У оквиру националних програма промоције здравља које спроводи Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут” са мрежом од 24 регионална института/завода за јавно здравље, активности на превенцији употребе психоактивних супстанци спровode се кроз тимски рад запослених у здравству и партнера из других сектора друштва.

Влада Републике Србије је у 2018. години основала Комисију за борбу против наркоманије у школама која је у оквиру свог оперативног плана усвојила предлог да се донесе методологија за рад са младима и њиховим



породицама. Припремљено је методолошко упутство за рад са тимовима за превенцију употребе дрога међу ученицима основних и средњих школа у коме се наводе карактеристике повезане са позитивним исходима превентивних интервенција намењених родитељима и деци и адолесцентима. Део препоручених активности из методолошког упутства се може применити и у раду са мигрантском популацијом у транзитно-прихватним центрима (ТПЦ).<sup>23</sup>

## Употреба ПАС супстанци међу младим мигрантима у свету и у Србији

Поређењем међународних студија уочава се значајна хетерогеност у обрасцима употребе психоактивних супстанци међу мигрантима. Учесталост злоупотребе алкохола међу овом популацијом је између 4% и 36%, зависности од алкохола од 1% до 42%, док је учесталост зависности од дрога између 1% и 20%. Разноврсност налаза и широки распон учесталости менталних поремећаја одражава разлике у обрасцима употребе супстанци, али и контекстуалне факторе као што су доступност супстанци и друштвене норме.<sup>24</sup>

Обрасци употребе међу конзументима се разликују и крећу се од повремене до редовне и високоризичне употребе, укључујући зависност од дрога, а посебан проблем представља комбинована употреба супстанци тј. коришћење више различитих психоактивних супстанци. Канабис је најчешће конзумирана дрога у свим добним групама.

Резултати Европског школског истраживања које је у Србији спроведено 2019. године показали су да је више од половине (55,8%) ученика првих разреда средњих школа старости 16 година користило алкохолна пића у претходних месец дана, док је у претходних 30 дана 36,2% (40,7% дечака и 32,0% девојчица) ученика у току једне прилике када су пили, попило пет или више пића. Било коју дрогу током живота пробало је 8,6% ученика ове старосне групе и то: 3% једанпут или два пута, 5,6% три или више пута; дечаци у већем проценту у поређењу са девојчицама. Канабис је током живота пробало 7,3% ученика првих разреда средњих школа, 5,6% ученика у претходних 12 месеци и 3,2% у претходних 30 дана, са већом учесталашћу међу дечацима у поређењу са девојчицама.<sup>25</sup>

Међутим, учесталост и обрасци употребе психоактивних супстанци се разликују међу популацијом школске деце и посебно осетљивих и стигматизованих група.

Са циљем утврђивања учесталости коришћења алкохола и психоактивних супстанци у популацији младих миграната у Србији Институт за ментално здравље је у сарадњи и уз подршку UNICEF-а током 2021. године спровео студију „Преваленца употребе алкохола и супстанци код младих избеглица и миграната у Србији и психолошке корелације”. Ово истраживање је спроведено на узорку од 184 деце узраста 11 до 18 година, која су смештена у српским центрима за азил у Крњачи и Боговађи.

23 OEBS и Министарство здравља Републике Србије. Методолошко упутство за рад са тимовима за превенцију употребе дрога међу ученицима основних и средњих школа, Београд, март 2020.

24 Horyniak D, Melo JS, Farrell RM, Ojeda VD, Strathdee SA (2016) Epidemiology of Substance Use among Forced Migrants: A Global Systematic Review. PLoS ONE 11(7): e0159134. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0159134>

25 Институт за јавно здравље Србије (2020). Европско школско истраживање о употреби психоактивних супстанци међу ученицима у Србији 2019. Доступно на: <http://www.batut.org.rs/index.php?content=2140>



На основу прикупљених података у оквиру ове студије: „укупно 50% анкетираних конзумира енергетске на-  
питке; 28% пуши дуванске производе; 13% конзумира алкохол; 4,6% је пушило марихуану; 2,7% је пробало  
ЛСД; 2,29% је конзумирало амфетамине; 1,7% је конзумирало кокаински прах; 1,7% је удисало инхаланте  
(нпр. лепак, бензин); 1,7% средства за смирење и 1% крек кокаин”. Пронађено је да је искуство емоционалног  
злостављања значајан предиктор коришћења алкохола и психоактивних супстанци.<sup>26,27</sup>

---

<sup>26</sup> Пејовић Милованчевић, М. Васић, Ј. Грујичић, Р. Тошковић, О. (Ур.). (2021.). Преваленца употребе алкохола и супстанци код младих избеглица и миграната у Србији и психолошке корелације: Помоћ у раду са младим избеглицама и мигрантима који су у транзиту кроз Србију: Превенција употребе алкохола и супстанци

<sup>27</sup> Vasic J, Grujicic R, Toskovic O, Pejovic Milovancevic M. Mental Health, Alcohol and Substance Use of Refugee Youth. *Front Psychiatry*. 2021;12:713152. Published 2021 Nov 19. doi:10.3389/fpsy.2021.713152



# ФАКТОРИ РИЗИКА И ПРЕВЕНЦИЈА УПОТРЕБЕ ПСИХОАКТИВНИХ СУПСТАНЦИ

---

Детињство и адолесценција су периоди значајног развоја и могућности, али и периоди када су деца и адолесценти посебно осетљиви на ризична понашања, укључујући и употребу дувана, алкохола и дрога. Већина младих никада неће користити дроге, али они који хоће често су погођени и факторима који су ван њихове контроле као што су сиромаштво, изложеност насиљу, недостатак родитељске бриге и љубави и провођење времена са вршњацима који се ризично понашају, склони су деликвентном понашању и криминалу. Посебно је важно развијати и спроводити програме намењене осетљивим групама младих, тј. младима под повећаним ризиком за коришћење психоактивних супстанци.

Последњих 30 година спроведена су бројна истраживања о факторима који утичу на пораст или смањење коришћења супстанци.

## Фактори ризика

Под фактором ризика за настанак и развој употребе, злоупотребе и зависности од супстанци подразумева се свако уверење, стање или понашање појединца, група, друштвене заједнице или њених делова који повећавају вероватноћу за настанак и развој употребе, злоупотребе и зависности од супстанци.

Фактори ризика за развој болести зависности могу се поделити у три велике групе:

- > супстанца (доступност, цена, брзина и начин на који делује на мозак, ефикасност супстанце...)
- > окружење (утицај вршњачких група, професија, култура, социјално-економска нестабилност, нагле промене социјалног окружења, система вредности и обичаја)
- > личност (генетска предиспозиција, вишеструки породични проблеми, коморбидитет психијатријских поремећаја).



Индивидуални фактори ризика подразумевају све оне факторе у чијем је средишту појединац, генетика, његова уверења, ставови, афекти, осећања, понашања и сл. који у мањој или већој мери утичу на настанак и развој употребе, злоупотребе и зависности од супстанци.<sup>28</sup> Ова дефиниција укључује различите компоненте личности, почев од когнитивне, емоционалне и вољне, од различитих аспеката понашања појединца у групи, дакле у одређеном смислу социјално-психолошку димензију.

Према једној од подела, ризични фактори сврставају се у следеће групе:

- > фактори повезани са функцијама породице (обавезе родитеља, емоционалне реакције, понашање родитеља и деце, надгледање понашања деце, итд);
- > фактори повезани са првим годинама школовања деце; рани почеци проблематичног понашања, агресије код деце, рано почињање употребе дувана или алкохолних пића;
- > социоекономски фактори — сиромаштво, низак социоекономски статус породице;
- > утицаји и притисци вршњака;
- > индивидуалне особине — импулсивност, отпорност на стрес, емоционална писменост, висока толеранција на алкохол, поремећаји пажње и други.

Напори да се побољша здравље деце и адолесцената обично су се бавили специфичним ризичним понашањем по здравље, као што је рано започињање сексуалног односа, употреба дувана или насиље. Међутим, резултати из све већег броја студија сугеришу да би се већи утицај на здравље могао постићи и повећањем заштитних фактора који помажу деци и адолесцентима да избегну вишеструка понашања која их доводе у опасност од штетних здравствених и образовних исхода.

## Превенција употребе психоактивних супстанци

Превенција у области злоупотребе психоактивних супстанци је склоп психолошких, социјалних, правних и здравствених активности са циљем спречавања оштећења здравља, настанка болести и последица изазваних ризичним понашањем, тј. коришћењем психоактивних супстанци.

Главни циљеви превенције су:

- > спречавање конзумирања психоактивних супстанци,
- > одлагање конзумирања психоактивних супстанци, и
- > спречавање да они, који експериментишу са дрогама, постану корисници високог ризика и зависници од дрога.

Основни принципи који се користе у превенцији злоупотребе психоактивних супстанци су исти или слични онима који се користе и у превенцији других ризичних понашања. Стога је корисно разумети превенцију у ширем смислу, тј. посматрати је као превенцију ризичног понашања. Концепт ризичног понашања је мултидисциплинарне и социјалне структуре. Ризична понашања укључују облике понашања која имају негативан утицај

<sup>28</sup> Reis RK, Fiellin DA, Miller SC, Saitz R. Principles of Addiction Medicine. 4th ed. Lippincott, Williams & Wilkins: Philadelphia. American Society of Addiction Medicine; 2009.





на здравствено, социјално и психолошко функционисање појединца или угрожавају њено/његово социјално окружење.

Према класификацији која проистиче из предлога Комисије за хроничне болести,<sup>29</sup> превенција се дели на примарну, која има за циљ смањење појаве нових случајева, секундарну, којом се тежи раном откривању и смањењу прогресије болести, као и на касније дефинисану терцијарну, која има за циљ смањење последица и оптерећења услед постојећих обољења.

Подела превенције на примарну, секундару и терцијарну подразумева разумевање механизма који повезују узрок болести са појавом болести. Од времена када је овај систем развијен бројна истраживања су указала на сложеност интеракције биолошких, психолошких и социјалних или биопсихосоцијалних фактора у развоју и испољавању болести, укључујући и болести зависности. У складу са новијим схватањима утицаја бројних фактора ризика и њихове интеракције, у области превенције злоупотребе психоактивних супстанци, у које спада и никотин, од половине XX века у широкој употреби је класификација превенције предложена од стране Института за медицину из САД, базирана на Гордоновој класификацији превенције на универзалну, селективну и индиковану превенцију.<sup>30</sup> У оквиру овог приступа, циљне групе се разликују према нивоу ризика у вези са употребом супстанци, а интервенције се дизајнирају на основу нивоа ризика циљне групе. Универзална превенција је усмерена на општу популацију, тј. циљна група се не разликује према ризику, селективна превенција је усмерена ка групама за које се на основу постојања биолошких, психолошких, социјалних фактора ризика сматра да су под повећаним ризиком, док је индикована превенција фокусирана на високоризичне појединце, нпр. појединце који су већ експериментисали и имају проблеме, али не испуњавају дијагностичке критеријуме за зависност. Од великог значаја за смањење употребе легалних психоактивних супстанци су стратегије окружења које подразумевају шире мере као што су опорезивање, ограничења за продају и промоцију алкохола и дувана итд. Ове стратегије усмерене су на мењање непосредног културног, социјалног, психолошког и економског окружења у коме људи живе.

Ефикасни програми превенције базирају се на бројним теоријама које се баве проучавањем начина на који људи уче, мењају понашање, и етиолошким факторима ризичних понашања.

У циљу подстицања имплементације превентивних програма који су засновани на доказима објављено је више препорука које су значајан ресурс за спровођење квалитетних и ефикасних превентивних интервенција у које спадају Међународни стандарди за превенцију злоупотребе дрога UNODC и Европски стандарди квалитета у превенцији (EDPQS — *European Drug Prevention Quality Standards*).

У Европским стандардима квалитета у превенцији наводи се да „без јасних општих и специфичних циљева постоји опасан ризик спровођења превентивног рада ради себе самог, уместо у корист циљне популације”. Како би превентивна интервенција могла да оствари свој циљ, неопходно је да задовољи минимум критеријума.

Стандарди квалитета су општеприхваћени принципи или сет правила за најбоље/најадекватније спровођење интервенције. Они често упућују на структуралне (формалне) аспекте обезбеђивања квалитета. Стандарди квалитета се типично заснивају на стручном консензусу. Европски стандарди квалитета превенције у области употребе дрога обезбеђују први европски оквир о начину вођења веома квалитетних превенција употребе дрога. Они кроз подршку значаја интегративних приступа у раду са младима и кроз оцену и уважавање допри-

<sup>29</sup> Leavell H, Clark E. Preventive medicine for the doctor in his community an epidemiologic approach. 1st edition, New York: McGraw-Hill: 1958

<sup>30</sup> Mrazek PJ, Haggerty RJ. Reducing risks for mental disorders: frontiers for preventive intervention research. Washington, DC: National Academy Press: 1994



носа стручњака у овој области утичу на интерно конзистентни и дугорочни преглед превенције. Превенција употребе дрога, која се спроводи у складу са стандардима, треба да буде: одговарајућа (усмерена на испуњавање потреба учесника, уз осврт на релевантну политику); етичка (нпр. обезбеђивање учешћа на добровољној основи; да омогући реалне користи за учеснике у датим практичним условима у којима се изводи програм); заснована на чињеницама (искористити најбоље могуће научне доказе); ефективна (постизање низа циљева без узроковања штете) и изводљива (достижна у оквирима доступних средстава и обележена логичним и кохерентним приступом).



# ПРЕПОРУКЕ У ВЕЗИ СА ПРЕВЕНЦИЈОМ УПОТРЕБЕ ПСИХОАКТИВНИХ СУПСТАНЦИ УНУТАР И ВАН ЦЕНТАРА

---

Недавна студија о превенцији злоупотребе дрога Европског центра за праћење дрога и зависности (*European Monitoring Center for drugs and Drug addiction — EMCDDA*) открила је да нису све земље ЕУ развиле посебне интервенције усмерене на мањинске етничке популације, као што је предложено у Акционом плану ЕУ за борбу против дрога за 2009. годину. Циљеви спроведених интервенција су били повећавање свести о специфичним рањивостима ових група и њиховој значајној искључености и маргинализацији у заједници. Интервенције су се састојале од пружања информација о употреби дрога, ризицима и услугама лечења од дрога и алкохола, често користећи вршњачке едукаторе. Напори су најчешће усмерени на спречавање младих људи да користе супстанце.

Рад на превенцији злоупотребе психоактивних супстанци одвија се кроз различите активности у складу са ситуацијом и потребама и обухвата читав спектар активности као што је информисање младих миграната приликом здравствених прегледа или кроз организована интерактивна предавања или рад у групи.

Број и стручни профил запослених у транзитно-прихватним центрима варира, као и број деце и младих који бораве у овим центрима. Поред тога постоји и језичка баријера због које је неопходно укључивање преводиоца и његово/њено присуство приликом превентивних интервенција. Сви ови фактори отежавају, а у великом броју случајева и онемогућавају имплементацију структурираних превентивних програма дизајнираних у складу са научним доказима о ефикасности. Упркос томе, постоји читав низ активности и интервенција које је могуће спровести и које су и препоручене у оквиру ових смерница. Имплементација ових мера подразумева континуирану едукацију и информисање особа које пружају подршку и учествују у лечењу и збрињавању популације миграната.



Адекватан одговор на проблеме повезане са дрогом није могућ без мултисекторске сарадње. Она подразумева сарадњу различитих сектора као што су здравство, полиција, правосудни органи, социјална заштита, просвета, али и други сектори и организације.

У области заштите права и здравља избеглица, миграната и интерно расељених лица у Србији активно учествују институције и организације из различитих сектора, и то: Министарство здравља, Министарство за рад, запошљавање, борачка и социјална питања, Комесаријат за избеглице Србије, Институт за јавно здравље Србије са мрежом института и завода, здравствене установе на свим нивоима здравствене заштите, центри за социјални рад, организације цивилног друштва и многи други.

Бројне међународне организације, као и институције и организације на националном нивоу дају свој допринос у смањењу оптерећења друштва последицама изазваним употребом психоактивних супстанци, при чему превенција спада у најефикасније мере.

Препоруке у оквиру овог водича су подељене на:

- > Превентивне активности у транзитно-прихватним центрима и основни принципи за њихову имплементацију
- > Систем упућивања
- > Сет информација у вези са психоактивним супстанцама и зависности за пружаоце услуга у центрима.

## Превентивне активности у транзитно-прихватним центрима и основни принципи за њихову имплементацију

Циљ припремљених препорука је давање основних смерница и информација особама које пружају подршку младим мигрантима у транзитно-прихватним центрима и ван њих, без обзира на стручну спрему и профил и свима онима који непосредно раде са мигрантском популацијом, али и особама које планирају програме и пројекте и/или одлучују о њиховој реализацији.

### Основни принципи за имплементацију превентивних активности

#### Окружење

- > Окружење у коме се обављају разговори на индивидуалном нивоу треба да буде организовано тако да онемогући страх од стигме и дискриминације.
- > Уколико није могуће да се обезбеди посебна просторија, онда направити физичку поделу како би се постигла максимална могућа приватност када се ради на индивидуалном нивоу.

#### Комуникација

У специфичним окружењима као што су транзитно-прихватни центри и центри за азил, од посебног значаја је да се одржи квалитетна комуникација, а приликом контакта са младима у центрима, особе које пружају услуге треба да буду флексибилне, јасне и фокусиране на најзначајнија питања.



Значајно је подстицати отворену комуникацију, и то:

- > Поздравити особу, представити себе и све присутне, предложити разговор без присуства других особа, али и прихватити ако особа жели другачије. Уколико је потребан преводилац тражити сагласност, а преводиоцу дати инструкције о обавезности поверљивости и буквалног превода без додавања сопствених ставова и интерпретација
- > Нагласити да је разговор добровољан и поверљив
- > Укључити родитеље/пратиоце младих миграната у планирање даљих корака уколико су потребни
- > Бити кратак и концизан
- > Не осуђивати понашање.

## Етички принципи у превенцији

У области лечења и истраживања етички принципи су добро разрађени и примењени приликом њиховог планирања и имплементације. Знатно мање пажње поклања се етичким принципима у области превенције употребе психоактивних супстанци. Међутим, без обзира што не захтева физичку или клиничку интервенцију, превенција укључује људе, најчешће младе особе које често припадају и посебно осетљивим популационим групама. Етичка питања јављају се, стога, на различитим нивоима, почевши од оправдања за превентивне интервенције, и не треба подразумевати да су све превентивне интервенције ефективне.

Етичка начела превенције наводе се у EDPSQ и подразумевају:

- > Поштовање законских норми
- > Поштовање корисникових права на аутономију
- > Осигурање стварне користи за крајњег корисника (тј. побринути се за то да је интервенција релевантна и корисна за крајње кориснике)
- > Осигурање да интервенција не може узроковати штету или значајно погоршање положаја за крајње кориснике (нпр. стигма)
- > Давање транспарентних, истинитих и разумљивих информација
- > Добијање информисаног пристанка
- > Добровољно учешће и поверљивост података
- > Планирање интервенције која је у складу с потребама корисника
- > Заштита здравља и сигурности корисника и имплементатора.

Процена потенцијалне добити за корисника је у случају превентивне интервенције комплексна. Посебан изазов представља добијање информисаног пристанка због језичке баријере или у случају деце без родитељске пратње. Све информације у вези са интервенцијом морају се поделити са корисником те интервенције, како би у случају да није могуће дати писану сагласност, он/а могао да да усмену сагласност.



## Информисање приликом смештања у смештајни објект

Приликом смештања у смештајни објект, потребно је:

- > Упознавање корисника са правилима у вези са употребом ПАС у центру. Понашање лица смештених у центрима регулише се Правилником о кућном реду којим се изричито забрањује уношење и уживање алкохола и психоактивних супстанци у просторима за смештај миграната, азиланата и тражилаца азила.<sup>31</sup>
- > Истицање кратких информација у вези са забраном употребе ПАС, укључујући и забрану пушења и алкохола у складу са важећом законском регулативом.

## Предлог превентивних интервенција

Због специфичности ове популације врло често није могуће планирање структурираних програма који су засновани на доказима. Један од разлога за то су брзе промене места пребивалишта и последично немогућност организовања поновљених сесија са адекватним мониторингом и евалуацијом, недовољна мотивација за учешће, немогућност укључивања родитеља или заједнице, недовољно кадра и друге. У случају када је то могуће, приликом планирања програма/пројеката препоручује се коришћење смерница које треба да помогну да се у датим околностима активности планирају на најбољи могући начин.

Приликом планирања садржаја рада значајно је да се поред фактора ризика специфичних за општу популацију, сагледају и фактори ризика и заштитни фактори који су специфични за ову популацију. Истраживања показују да су у популацији младих миграната посебно као фактори ризика издвојени и дискриминација и поремећај традиционалне хијерархије у породици, током прилагођавања западној култури. На пример, родитељи могу постати у одређеној мери зависни од подршке деце за интеракције у заједници, што може нарушити динамику односа између родитеља и деце. Међутим, у овој популацији су идентификовани и одређени заштитни фактори као што су религиозна уверења, културалне норме, јак породични утицај.<sup>32,33,34</sup>

У планираним активностима треба да буде препозната и адаптивност, прилагодљивост окружењу (језик, временски рокови, број учесника, поруке и др), као и изненадним промењеним околностима и отежавајућим ситуацијама. Прилагођавање активности треба предвидети у односу на спољашње факторе и околности, али тако да те промене буду пажљиво планиране, буду усмерене на исту циљну популацију и не наруше остваривање циљева. Другим речима, дизајн активности треба да буде флексибилан тако да дозвољава прилагођавање активности без мењања оригиналног плана.

Приликом планирања садржаја од значаја су и резултати студије Института за ментално здравље који су показали да су изазови са којима се суочавају млади мигранти узраста 11–18 година у Србији „комуникација, ограничен приступ услугама здравствене заштите, сиромаштво и одвојеност од породице”. Поред тога, резултати студије су указали и да изазове за ову популацију представљају дискриминација, усамљеност, перцепција ограниченог приступа систему социјалне заштите, као и процедурама добијања азила у Србији.

<sup>31</sup> Правилник о кућном реду у центру за азил и другом објекту за смештај тражилаца азила. „Службени гласник РС”, бр. 96/2018

<sup>32</sup> Badr LK, Taha A, Dee V. Substance abuse in Middle Eastern adolescents living in two different countries: Spiritual, cultural, family and personal factors. *J Relig Health* 2013; DOI:10.1007/s10943-013-9694-1.

<sup>33</sup> Horigian VE, Lage OG, Szapocznik J. Cultural differences in adolescent drug abuse. *Adolesc Med Clin* 2006;17(2):469-98.

<sup>34</sup> Georgiades K, Boyle MH, Duku E. Contextual influences on children's mental health and school performance: The moderating effect of family immigrant status. *Child Dev* 2007;78(5): 1572-91



Узимајући у обзир све изазове, неке од превентивних интервенција које се могу спроводити у центрима су:

- > Интервенције усмерене на јачање вештина родитељства за особе са пратњом родитеља, али и особа које су у пратњи других особа.

Ове интервенције треба да обухвате и децу и родитеље или друге блиске особе у њиховој пратњи, кроз заједничке и појединачне сесије. Циљеви ових интервенција су јачање вештина родитељства, начина суочавања са стресом, вештина комуникације, начини подстицања позитивних и одговор на нежељене облике понашања, побољшање информисаности родитеља о свим аспектима живота младих, стилови родитељства са посебним освртом на родитељство у отежаним тј. специфичним условима.

Начин рада интерактивне сесије са мањим групама родитеља, уз повремено учествовање деце (у зависности од теме).

- > Интервенције усмерене на јачање личних и социјалних вештина и о социјалном утицају злоупотребе супстанци код младих.

Ове интервенције се могу спровести кроз интерактивне сесије, а теме се усклађују са узрастом деце због специфичности које младе особе имају у различитим периодима адолесценције, а то су рана (12–15 година), средња (15–18 година) и касна адолесценција (18 и више година).

- > Организовано слободно време/окупационе активности су посебно корисне и кроз ове активности се младима пружа могућност квалитетног провођења слободног времена уз стицање одређених вештина као што су шивење, спортски турнири и слично.
- > Интервенције спроводе обучени тренери које младе мигранте укључују у интерактивне превентивне активности.

Током интерактивних сесија младима се пружа прилика да вежбају и стичу личне и социјалне вештине као што су доношење одлука, одупирање притиску, комуникација, превазилажење проблема и стреса без узимања психоактивних супстанци. Посебно је значајно дискутовати о перцепцији ризика и утицају социјалних норми на понашање и о очекивањима везаним за употребу ПАС.

Значајно је нагласити да искључиво пружање информација о ПАС, застрашивање и фокусирање само на изградњу самопоштовања и емоцијално образовање, као и укључивање бивших зависника са циљем представљања њиховог искуства, спадају у елементе који нису ефикасни или су повезани са негативним исходом.

Током групног рада, учеснике је потребно информисати о могућности индивидуалног разговора у терминима за то одређеним када особе едуковане за спровођење кратких интервенција које раде са младим мигрантима треба да процене постојање проблема у вези са употребом супстанци, да спроведу кратку интервенцију, мотивацију корисника за престанак употребе и/или јављање медицинском тиму који ће упутити особу на лечење и у дом здравља.

Проблем злоупотребе психоактивних супстанци често није идентификован, тако да рана идентификација и превенција могу значајно да утичу на смањење проблема болести зависности. Стога рано препознавање знакова коришћења психоактивних супстанци и спровођење кратких интервенција постаје посебно важно у периоду средње адолесценције када је социјална комуникација интензивна, и када је јака потреба за што бољим статусом у кругу вршњака, као и тестирање ауторитета.



За евидентирање показатеља ризика тј. прелиминарну процену која указује на одређено стање испитаника користи се скрининг који подразумева низ техника и поступака за евалуацију. Они се користе да би се евидентирале особе под повећаним ризиком и млади који су већ пробали психоактивне супстанце и који због тога већ имају неке проблеме и/или су под повећаним ризиком да развију зависност. Укратко, скрининг је поступак који пружа информације за будућу дијагнозу и третман. Циљ скрининга је да се идентификују особе са проблемима узрокованим психоактивним супстанцама и/или оне које су под ризиком да ту врсту проблема развију. Обухвата привидно здраве особе, пре појаве клиничких манифестација поремећаја.

Добробити скрининг прегледа су то што пружа могућности за едукацију и рану интервенцију, и показао се корисним у смањивању високоризичних активности у случају људи који још увек нису зависници. Такође пружа могућност за веће ангажовање пацијента и обавештава даваоце услуга о ризицима интеракције са лековима или другим аспектима лечења.

**У центрима спровођење структурираног скрининга представља изазов.** Стога се идентификација особа са проблемима узрокованим психоактивним супстанцама може спровести од стране медицинског тима. У случају да запослени у центрима као и сарадници уоче особу под сумњом да користи супстанце, обавештавају о томе родитеља/старатеља и медицински тим који врши даљу процену и у зависности од процене спроводи кратку интервенцију или ту особу упућује на даљу дијагностику и лечење, а у складу са информацијама датим у овим смерницама.

**Кратке интервенције** су временски ограничене и обично су усмерене према младима или особама у ризику. Кратке интервенције имају за циљ идентификовање потенцијалних проблема у вези са употребом психоактивних супстанци и мотивисање појединца за предузимање акције у вези са тим или у случају да не користи супстанце мотивисање за даље придржавање таквом стилу живота. Предности ових интервенција су лака изводљивост због кратког времена потребног за њихову примену, могућност реализације од стране стручњака који нису специјализовани за лечење болести зависности и докази о њиховој учинковитости. Уопштено гледано, разговор у вези са употребом психоактивних супстанци се третира као осетљива тема, не само због отпора који особе могу имати према овом питању, већ и због неопходности укључивања преводиоца.

Интервенција их едукује о супстанци, упозорава их на могуће последице и мотивише их да промене своје понашање. Кратка интервенција је краткотрајно саветовање ниског интензитета за оне код којих се утврди да већ експериментишу са супстанцама. Успешна кратка интервенција укључује повратну информацију о личном ризику и савет за промену, нуди низ опција за промену, одговорност за промену се препушта пацијенту, заснива се на стилу саветовања са мотивационим интервјуом и обично укључује Модел фаза промене.

## Мотивационо интервјуисање — повећање спремности за промену

Једна од метода која је усмерена на разрешавање амбиваленције према лечењу, инхерентне сваком адиктивном проблему, је мотивационо интервјуисање. Мотивационо интервјуисање (МИ) је директивна метода саветовања. Преовлађујући конфронтациони стил саветовања, који подразумева директну персуазију, често побуђује и појачава порицање и отпор. Недостатак мотивације и тенденција зависника ка минимизирању и порицању део су проблема зависности и узрок су вербалних битки у интервјуима, а сва одговорност за то била је пребачена на зависника. Са препознавањем да је можда у основи проблема погрешан приступ терапеута дошло је до развоја МИ, алтернативне стратегије за развој и јачање мотивације за промену. Мотивациони интервју могу спровести сви за то едуковани здравствени радници и сарадници у случају да им се обрати млада особа у





вези са својим проблемом употребе психоактивних супстанци, а уколико особа одбија да се јави медицинском тиму. Поред кратких интервенција и мотивационог интервјуисања у центрима се могу спроводити и друге врсте интервенција уколико за то постоји едукован кадар.

Паралелно са МИ појавио се Модел „Круга промене” који обезбеђује основу за идентификовање различитих мотивационих стања и одговарајућих терапијских задатака. Задатак терапеута је да процени општу спремност за промену и специфичну фазу промене.

Прохаска и Ди Клементе закључили су да је сазревање мотивације и спремности за промену процес који уобичајено пролази кроз континуум од шест фаза. Већина зависника у почетку негира проблем зависности и не види потребу да било шта мења. Ово стање би одговарало фази преконтемплације.

Када зависник постане свестан везе између адиктивног понашања и прогресивно све тежих и бројнијих последица, престаје порицање и он прихвата да је потребно да нешто предузме. Почиње да се интересује за искуства других у лечењу и да прикупља информације о терапијским програмима, али то још увек не значи да је спреман за промену. Ову фазу, која се назива фазом контемплације, карактерише амбиваленција. Без активног ангажовања породице или стручњака, може трајати веома дуго, понекада и годинама. Тек када помогнемо зависнику да у потпуности постане свестан димензија свог проблема и пронађе личне разлоге да промени понашање, могуће је померање ка фази припреме. У овој фази зависник је решен да направи одлучујући корак и почиње у том смислу да прави планове. Још увек је присутно адиктивно понашање, али и намера да престане са тим.

Пролазак кроз прве две фазе резултира фазом акције када предузима одлучујуће кораке, престаје са активношћу или настоји да је контролише на различите начине, започиње програм лечења. Ова фаза је највидљивија, то је оно што изазива позитивно реаговање околине. Обично не постоји свест о дугом процесу који јој је претходио. Ова фаза обично траје 3–6 месеци.

У фази одржавања апстиненције зависници настоје да избегну рецидив и томе прилагоде животни стил. Ова фаза може бити увод у трајну апстиненцију. Иако ће многи рецидивирати и вратити се на раније фазе, вероватно је да ће брже пролазити кроз њих, с обзиром да су у претходном покушају стекли нове увиде у проблеме који су осујетили њихов претходни покушај. Пацијент се креће напред и назад кроз ове фазе, а задатак терапеута је да одреди његову тренутну позицију и томе прилагоди своје интервенције. Конфронтационе интервенције од стране терапеута могу да га врате уназад. Ако терапеут разговара са клијентом као да је спреман за промену, а он то није, то ће развити отпор. Овај отпор представља сигнал терапеуту да се врати назад дуж континуума и усагласи се са пацијентом.

Мотивациони интервју могу да обављају чланови стручног тима (медицинске сестре, лекари, психолози), као и социјални радници и представници других организација које пружају програме подршке у центру, који су прошли едукацију за спровођење кратких интервенција и мотивационо интервјуисање.

У табели у продужетку приказан је модел интервјуа са особама које користе психоактивне супстанце (табела 1).



Табела 1. Интервјуисање у складу са спремношћу особе за промену понашања

Интервјуисање у складу са спремношћу особе за промену понашања	
Знаци спремности	Приступу интервјуу
Преконтемплација	<ul style="list-style-type: none"><li>&gt; Изразите забринутост за особу и коришћење супстанци</li><li>&gt; Реците без осуђивања да је употреба супстанци проблем</li><li>&gt; Прихватите неслагање о озбиљности проблема</li><li>&gt; Размотрите апстиненцију у циљу разјашњавања проблема</li><li>&gt; Предложите да доведе члана породице при следећој посети</li><li>&gt; Испитајте перцепцију особе о проблематичности употребе супстанци</li><li>&gt; Нагласите значај поновне посете</li></ul>
Контемплација	<ul style="list-style-type: none"><li>&gt; Истакните позитивне и негативне аспекте коришћења супстанци</li><li>&gt; Питајте о позитивним и негативним аспектима претходних периода апстиненције</li><li>&gt; Сумирајте коментаре особе о коришћењу супстанци и апстиненције</li><li>&gt; Јасно истакните дискрепанцу (неусаглашеност) између вредности и понашања</li><li>&gt; Размислите о пробном периоду апстиненције</li></ul>
Одлука о промени понашања	<ul style="list-style-type: none"><li>&gt; Нагласите значај одлуке да се започне третман</li><li>&gt; Подржите самоефикасност</li><li>&gt; Потврдите способност особе да успешно затражи третман</li><li>&gt; Помозите особи да одлучи о адекватним и остварљивим поступцима у вези са третманом</li><li>&gt; Нагласите да је пут пред њом/њим тежак, али веома значајан</li><li>&gt; Нагласите да релапс не би требало да утиче на однос са терапеутом</li></ul>
Промена понашања	<ul style="list-style-type: none"><li>&gt; Будите извор охрабрења и подршке</li><li>&gt; Истакните да сте свесни непријатних аспеката жудње за супстанцом и синдрома кризе</li><li>&gt; Поново нагласите важност третмана и опоравка</li></ul>
Одржавање	<ul style="list-style-type: none"><li>&gt; Предвидите тешкоће у циљу превенције релапса</li><li>&gt; Препознајте личну битку коју води особа</li><li>&gt; Подржите решеност особе</li><li>&gt; Поново нагласите да релапс не би требало да утиче на однос са терапеутом</li></ul>
Релапс	<ul style="list-style-type: none"><li>&gt; Истражите шта се може научити из релапса</li><li>&gt; Изразите забринутост, па чак и разочарање због релапса</li><li>&gt; Нагласите позитиван аспект настојања да се затражи третман/помоћ</li><li>&gt; Подржите самоефикасност особе тако да опоравак изгледа остварив</li></ul>

Преузето и адаптирано из: Center for Substance Abuse Treatment. A Guide to Substance Abuse Services for Primary Care Clinicians. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); 1997. (Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 24.) Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64827/>

### Препоруке:

- > За саветовање и кратке интервенције препоручује се одређивање термина током недеље када се особе могу јавити уз претходно заказивање, како би се планирало довољно времена између сесија за различите кориснике и тиме смањила могућност нелагодности због могућих сусрета са другим особама. Једна од могућности је и онлајн саветовање, што у центрима може бити једна прикладна опција.



- > Уколико постојање проблема услед употребе психоактивних супстанци утврде друге особе укључене у превентивни рад са малолетним мигрантима, они им дају савет да се обратe медицинском тиму који ради стручну процену и уколико се потврди потреба за даљим интервенцијама, обавештава родитеље и упућује малолетну особу у надлежни дом здравља како би одатле били упућени у центре који су специјализовани за лечење поремећаја изазваних психоактивним супстанцама.
- > Скрининг, кратке интервенције и упућивање на третман тзв. SBIRT (SBIRT — *Screen, Brief Intervention, Refer to Treatment*) треба да буду есенцијалне практичне вештине медицинских тимова у центрима, као и социјалних радника и представника других организација које пружају програме подршке у центру, као и других особа које су у контакту са системом здравствене заштите (здравствени радник, сарадник...). И други сарадници који спроводе превентивне активности у центрима (психолози, здравствени радници и сарадници, социјални радници и други) треба да буду едуковани о основним методама за спровођење скрининга и кратких интервенција.

**Супортативна (мотивациона) терапија:** Ову врсту брзе терапијске интервенције карактерише емпатијски приступ кроз који терапеут мотивише пацијента да постављањем про и контра садржаја у терапијској сеанси сâм изнађе одговоре за своје понашање. Такође, терапеут покушава да помогне пацијенту у проналажењу и достизању постављених циљева, усвајању одређених садржаја и промишљања. Мотивациона супортативна терапија обично представља прву и често пожељну форму терапијске подршке у лечењу пацијента, нарочито у почетним фазама лечења опијатних зависника.

**Когнитивно-бихејвиорална терапија (КБТ)** у лечењу зависности у основи има теорију социјалног учења, која описује оперантно и класично условљавање, али наглашава и улогу когнитивних процеса. КБТ је фокусирана на:

- > мењање когнитивних процеса који доводе до маладаптивног обрасца понашања
- > спровођење терапијских интервенција усмерених тако да за циљ имају корекцију насталих промена понашања, које су резултат конзумирања супстанци
- > пружање помоћи клијентима да се успешно изборе у ситуацијама акутног и/или хроничног конзумирања супстанци
- > промовисање и увођење нових модела понашања и социјалног функционисања у фазама апстиненције.

Основ когнитивних интервенција ослања се на примену терапијских техника које имају задатак да дефинишу и постепено модулишу маладаптивни образац понашања, помогну пацијенту да смањи или елиминише негативна осећања и штетне облике понашања не би ли достигао пуну и квалитетну апстиненцију.

Превенција рецидива је приступ у третману зависности који подразумева низ когнитивно-бихејвиоралних техника и измена животног стила, чији је циљ да се постигну, учврсте и одрже позитивне промене у понашању. Овај приступ самоконтроле применљив је и ефикасан код свих адиктивних понашања и може се примењивати уз све друге психотерапијске методе. Пацијент се учи да предвиди и препозна ситуације у којима постоји висок ризик за рецидив. Те ситуације су обично везане за болна осећања, дуготрајне сукобе са особама из непосредног окружења и за утицај старог друштва. Учи се како да у свакој од тих ситуација успостави и одржи контролу и одреагује на конструктиван начин. Такође овладава техникама за контролу жудње. Све технике за превенцију рецидива подразумевају активно укључивање пацијента који се подстиче да анализира своје понашање, ставове и емоционалне реакције, да учи и да се мења. Уколико ипак дође до поновног узимања дроге и поред свих предузетих мера, брзом интервенцијом се прекида пре него што се пацијент врати старим обрасцима



понашања, изгуби мотивацију за апстиненцију и поново подигне гранитни зид психолошких одбрана. Рецидив се користи и као прилика да особа научи које замке треба да избегне у будућности.

**Породични приступ** полази од премисе да зависност од психоактивних супстанци није само болест појединца, већ целе породичне средине. Улога породице је значајна у генези, одржавању и тежини болести зависности. Породице зависника су дисфункционалне на више нивоа. Поремећени комуникациони обрасци се манифестују кроз неадекватна, нејасна породична правила, поремећене емоционалне односе, дисфункционалне, нејасне и недоследне комуникације, поремећене границе и хијерархију, смањење социјалних контаката ван породице. Породична терапија је терапија избора за зависнике од алкохола, и веома је корисно да сви чланови породице буду укључени у третман. Од виталног је значаја да се промени цео породични миље, односно систем у коме зависник обитава, јер је веома честа појава да чланови породице (углавном несвесно) подржавају болест и отежавају позитивну промену код зависника.

## Систем упућивања

Сви запослени у центрима треба да буду упознати са поступањем у случају младих под дејством ПАС у центрима. Поступање подразумева препознавање знакова коришћења ПАС, препознавање да ли је потребна хитна помоћ и упућивање на систем подршке унутар и ван центра (слика 1).

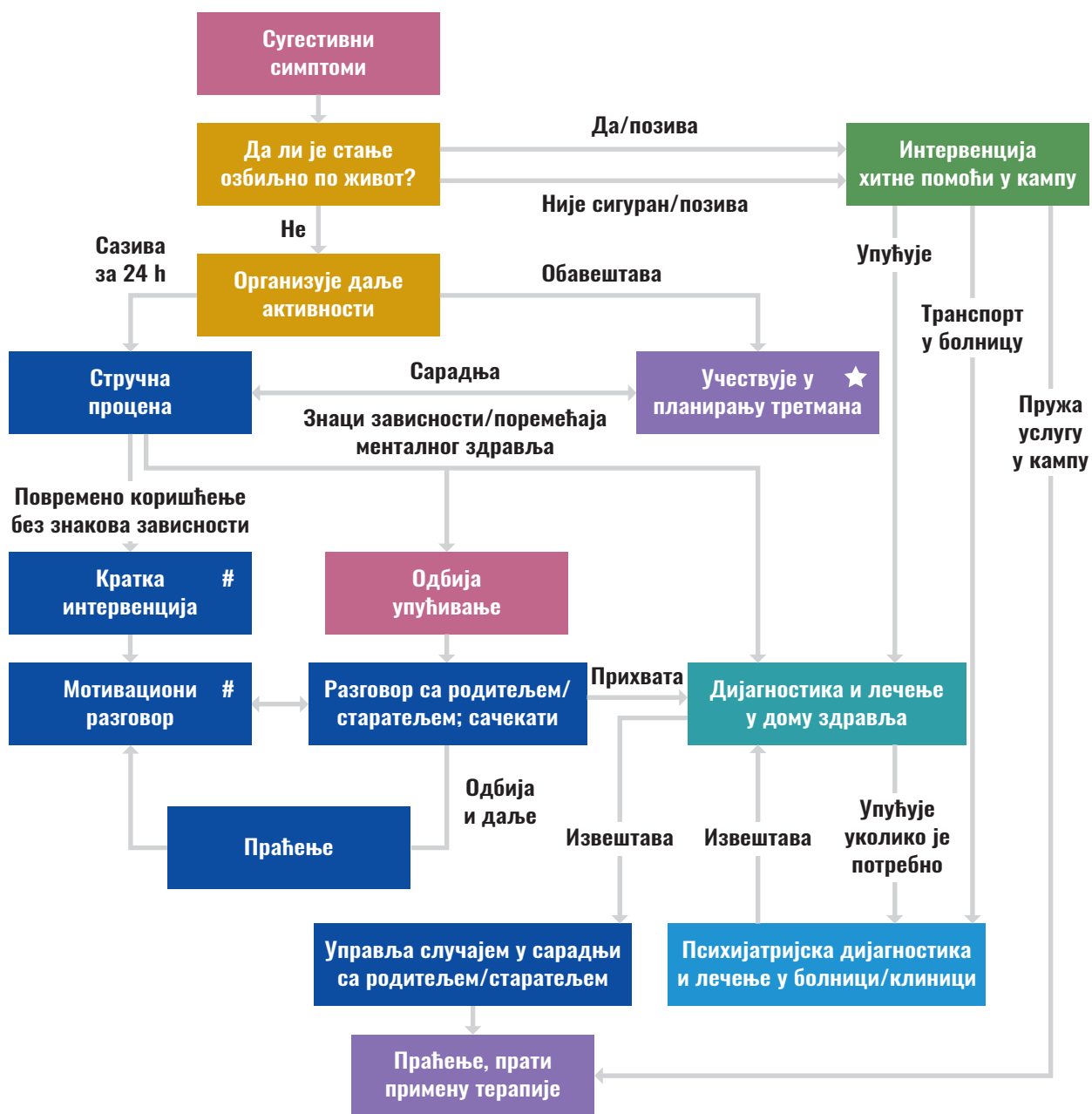
Такође, неопходно је да сви запослени буду упознати са установама и организацијама укљученим у овај систем подршке младима и њиховим надлежностима. Препоручује се да се у сваком центру континуирано ажурира листа ових установа са контактима.

Лечење треба да буде подешено према потребама и могућностима сваког клијента појединачно уз уважавање не само његових психобиолошких, већ и социокултуролошких специфичности. Да би био успешан, третман мора да се континуирано прати и модификује ако је потребно и неопходно је да траје довољно дуго. Фармакотерапија је важан фактор уз психотерапијске технике. Такође, коморбидни поремећаји се морају интегративно лечити и не заборавити да је детоксикација само прва фаза лечења, често недовољна за успешан третман. Није увек нужно да третман буде добровољан да би био ефикасан.

Савремени концепт лечења зависника је веома широк: од промена понашања, индивидуалне и групне терапије, породичне терапије, фармакотерапије, психотерапије, специфичних програма у терапијским заједницама или комунама, групе самопомоћи, специјалним болницама са разноврсним програмима лечења. Специфичност лечења је у томе да су она индивидуална и комплексна. Фармакотерапија је важан чинилац у третману болести зависности, тако да је често неизбежна. Лекови имају значајну улогу у третману интоксикација и апстиненцијалног синдрома, такође и у лечењу коморбидних поремећаја сходно терапијским водичима добре праксе. Важна је и примена одређених специфичних лекова који се користе у лечењу зависности од ПАС, пре свега се мисли на лекове који контролишу тј. редукују жудњу преко специфичних рецептора и неуротрансмисијских система као шта су блокатори опијатских рецептора (налтрехоне, налмефен), GABA агонисти (акампросат, бацлофен), дисулфирам (аверзивно дејство лека) који се користе у третману зависника од алкохола, опијата и кокаина, наравно увек у комбинацији са другим психофармакотерапијским техникама.



Слика 1. Поступање са младима под дејством ПАС у транзитно-прихватним центрима



★ Родитељ/старатељ је укључен у све фазе лечења

# Могу да обављају и социјални радници као и представници других организација које пружају програме подршке у центру, а који су прошли адекватну едукацију

■ Дете ■ Особа из КИРС-а ■ Стручни тим ■ Хитна помоћ ■ Родитељ/старатељ ■ Болница/клиника ■ Дом здравља



## Основне информације у вези са психоактивним супстанцама за запослене у смештајним објектима

Сви медицински тимови, као и представници других организација које пружају програме подршке у центру, треба да буду едуковани и да имају на располагању основни сет информација. Сет обухвата дефиниције и класификацију болести у вези са употребом психоактивних супстанци, основне информације о врсти и штетним ефектима ПАС и препознавање злоупотребе, акутне интоксикације, предозирања и начин реаговања.

### Дефиниција и класификација болести у вези са употребом психоактивних супстанци

Према Светској здравственој организацији психоактивна супстанца је „свака супстанца која је у стању да, када се нађе у живом организму, модификује једну или више функција организма и да након поновљене употребе доведе до психичке или физичке зависности”. Психоактивне супстанце могу бити легалне (дуван и алкохол) и илегалне за које се често користи израз дрога. Дроге су различите природне или хемијски синтетизоване супстанце, које утичу на промене у организму у физиолошким и психичким функцијама (интелектуалним, емоционалним и мотивационим) и битно мењају понашање. При продуженом конзумирању ових супстанци може се развити тежа или лакша психичка и/или физичка зависност. Категорије и болести у вези са употребом психоактивних супстанци, дефинисане у Међународној статистичкој класификацији болести и сродних здравствених проблема (МКБ) X ревизија, приказане су у табели 2.

Табела 2. Душевни поремећаји и поремећаји понашања у вези са употребом психоактивних супстанци (МКБ X)

Група V Душевни поремећаји и поремећаји понашања	
<b>Органски и симптоматски душевни поремећаји</b>	
F04	Органски синдром несећања, неизазван употребом алкохола и психоактивних супстанци
F05	Делиријум, неизазван употребом алкохола и психоактивних супстанци
<b>Душевни поремећаји и поремећаји понашања узроковани употребом психоактивних супстанци</b> (ова подгрупа садржи широк спектар поремећаја који се разликују по клиничкој слици и тежини, а сви се могу приписати употреби једне или више психоактивних супстанци, које могу бити или не бити медицински прописане)	
F10	Душевни поремећаји и поремећаји понашања узроковани употребом алкохола
F11	Душевни поремећаји и поремећаји понашања узроковани употребом опијата
F12	Душевни поремећаји и поремећаји понашања узроковани употребом канабиноида
F13	Душевни поремећаји и поремећаји понашања узроковани употребом хипнотика или седатива
F14	Душевни поремећаји и поремећаји понашања узроковани употребом кокаина
F15	Душевни поремећаји и поремећаји понашања узроковани употребом других стимуланса, укључујући кофеин
F15	Душевни поремећаји и поремећаји понашања узроковани употребом халуциногена
F17	Душевни поремећаји и поремећаји понашања узроковани употребом дувана
F18	Душевни поремећаји и поремећаји понашања узроковани употребом испарљивих растварача
F19	Душевни поремећаји и поремећаји понашања узроковани употребом више психоактивних супстанци и других дрога



Идентификацију психоактивне супстанце треба базирати на што већем броју информација, што укључује аутоанамнестичке податке, лабораторијске анализе крви, мокраће и др., соматске и психосоматске симптоме, понашање и клиничке знаке и друге доказе, као што су поседовање дроге, позитивни хетероанамнестички подаци од трећих лица и др. Многи корисници дроге употребљавају више од једне врсте дроге. Ипак, главна дијагноза треба да буде класификована, када год је то могуће, према једној супстанци (или групи коришћених супстанци) која је узроковала присутни клинички синдром.

Поред тромесне шифре, постоји и четврто место у шифри које означава подкатегије у категоријама F 10–F 19 и то:

- .0 — Акутно тровање
- .1 — Злоупотреба
- .2 — Синдром зависности
- .3 — Апстиненцијални синдром
- .4 — Апстиненцијални синдром са делиријумом
- .5 до .9 — (различити душевни и/или други поремећаји)

Поремећаји услед употребе супстанци укључују поремећаје употребе дрога и алкохола, као и одређена стања, укључујући акутну интоксикацију, предозирање и повлачење.

Акутна интоксикација је пролазно стање након уноса психоактивне супстанце које резултира поремећајима свести, сазнања, перцепције, афекта или понашања.

Предозирање је употреба било ког лека у таквој количини да настају акутни штетни физички или ментални ефекти.

Апстиненција је искуство низа непријатних симптома након наглог престанка или смањења дозе психоактивне супстанце, претходно конзумиране у довољно високим дозама и довољно дуго да особа може физички или ментално да зависи од њих. Апстиненцијални симптоми су у основи супротни онима које производи сама психоактивна супстанца.

Злоупотреба је образац употребе психоактивних супстанци који штети здрављу. Ова штета може бити физичка, нпр. болести јетре или ментална нпр. епизоде депресивног поремећаја. Злоупотреба је често повезана са социјалним последицама, нпр. породични или радни проблеми.

Зависност је скуп физиолошких, бихејвиоралних и когнитивних феномена у којима употреба психоактивне супстанце за датог појединца има приоритет у односу на остала понашања која су некада имала већу вредност. Карактерише је снажна жудња за употребом супстанце и губитак контроле над њеном употребом. Зависност је често повезана са високим нивоом употребе супстанци и присуством симптома апстиненције након престанка употребе супстанци.



## Врсте психоактивних супстанци и њихово деловање на организам

Употреба дрога изазива штетне последице по здравље, утичући на готово све органе тела. Зависност од психоактивних супстанци је болест чије је лечење дуготрајно, комплексно и захтева стручну помоћ. Стога је превенција злоупотребе психоактивних супстанци од изузетног значаја у свим државама света.

**Према дејству** на централни нервни систем, психоактивне супстанце се деле на депресоре ЦНС-а, стимулансе и халуциногене:

- > **Депресори** (алкохол, опијати, хипноседативи, инхаланси) смањују активност централног нервног система. У нижим дозама ове супстанце делују умирујуће, у нешто вишим дозама успављују, а ако се дозе даље повећавају наступа општа анестезија, а затим кома и смрт због депресије центра за дисање. У ову групу спадају алкохол, лекови за смирење и спавање и опиоиди (опијум, морфијум, хероин, метадон, бупренорфин и остали јаки лекови за уклањање болова).
- > **Стимуланси** (кокаин, амфетамини, канабис\*) су психоактивне супстанце које повећавају активност централног нервног система. Под њиховим дејством долази до краткотрајног повећања концентрације допамина и норадреналина, неуротрансмитера који изазивају појачану менталну и физичку активност. Међутим, убрзо долази до пада концентрације ових трансмитера испод првобитног нивоа, што проузрокује сасвим супротне ефекте: тугу, апатију и безвољност. Овај пад расположења рађа потребу за новом дозом. У ову групу се убрајају најшире коришћене легалне дроге кофеин и никотин, као и нелегалне дроге кокаин и амфетамини. Канабис поред стимулативног има и халуцинаторно и благо депресивно дејство.
- > **Халуциногени или психоделици** (LSD, PCP, мескалин, псилоцибин) су психоактивне супстанце које чине много више од једноставног смањења или повећања менталне активности. Ове дроге значајно мењају доживљај стварности. Изазивају читав спектар психолошких ефеката (промена стања свести, расположења, осећања, опажања, мишљења и доживљаја сопственог тела). Њихов ефекат је крајње непредвидив и зависи од мотива узимања, окружења, очекивања.

Психоактивне супстанце се могу поделити и на легалне (дуван, алкохол, лекови) и илегалне.

**Алкохол.** Прекомерно конзумирање алкохола доводи до низа здравствених, породичних и друштвених проблема. Социјалне последице су разна ризична понашања, проблеми у саобраћају, утицај на школовање, радне последице. Породичне последице чине поремећени емоционални односи и комуникација, поремећене родитељске и партнерске улоге, честе свађе, насиље, економско и социјално пропадање, изолација и сл.

Психичке последице подразумевају алкохоличарско понашање и врло озбиљне психотичне поремећаје као што су атипично напито стање, алкохолни делиријум, алкохолна халуциноза, патолошка љубомора, алкохолна епилепсија, алкохолне деменције. Нема органа који није изложен штетном дејству алкохола, тако да је широк спектар соматских оштећења (од кардиоваскуларног система, гастроинтестиналног, коштаног-мишићног система, коже, склоности туморима до ослабљеног имунитета и склоности инфективним болестима).

Јачина алкохолних пића одређује се према концентрацији етанола коју садрже. Алкохол не делује на специфичне рецепторе у мозгу, већ утиче на промену пропустљивости целокупне неуронске мембране. Потенцира дејство GABA, повећавајући улаз јона хлора у ћелију и тако смањује неуронску ексцитабилност, инхибира глутамат, главни ексцитаторни неуротрансмитер ЦНС. По уносу алкохола повећава се ниво допамина који утиче на награђујућа, пријатна искуства, док се хроничним пијењем његова концентрација смањује. Концентрација алкохола у ликвору је увек већа него у крви. Различите особе различито реагују на исту количину алкохола.





Реакција зависи од објективних фактора (количина и квалитет алкохола, брзина конзумирања алкохолних пића и сл), али и од читавог низа субјективних чинилаца (здравствено стање, телесна конституција, присуство јаких емоција...).

**Седативи** (анксиолитици, хипнотици) имају депресивно дејство на ЦНС које остварују преко GABA рецепторског комплекса. Осим седативног и анксилитичког дејства, имају и миорелаксантно и антиконвулзивно дејство. Ови лекови се због свог примарног дејства често злоупотребљавају.

Осим смирености и опуштености код узимања већих количина ових лекова долази често и до дезинхибованог, агресивног понашања, нарочито ако су узети у комбинацији са алкохолом. Развијају и психичку и физичку зависност. Престанак узимања анксиолитика доводи до низа непријатних симптома као што су напетост, раздражљивост, несаница, страх, а при наглој обустави ових лекова може се развити озбиљан апстиненцијални синдром компликован конвулзијама, тј. епи нападима углавном GM типа.

**Канабис.** Најважнији природни извор канабиноида је биљка конопља: *Cannabis sativa*, *Cannabis indica*, *Cannabis ruderalis* (*Cannabaceae*), као и многе хибридне линије настале спонтаним или намерним укрштањем. Марихуану чине исушени делови листа, цвета и стабљике, хашиш је смола из цветова женске биљке. Активни састојак је тетрахидроканабинол (THC). Марихуана садржи 1%, хашиш 5–15%, канабисово уље 35% активног састојка. Дејство канабиса зависи од облика конзумирања (преко пушења, јела) и технике конзумирања (дубина инхалирања и сл), THC садржине канабиса, психичког стања конзумента, ситуације у којој се конзумира (амбијент, друштво). Места у телу где канабис делује су мождана кора, лимбички систем, хипоталамус, мали мозак, али и други делови тела (слезина, црева). Године 1988. доказано је постојање специфичних рецептора за канабиноиде, тзв. „анандамиди“ (од речи ананда — блаженство). Приликом пушења, најраспрострањенијег облика конзумирања канабиса, до 60% активне супстанце доспева у крвоток, расподела THC настаје у кратком року, максимални THC ниво у крви је у року 15 до 30 минута, а психичко дејство траје од два до четири сата. Развија се и психичка и физичка зависност. Телесни ефекти канабиноида су: проширене зенице, црвена конјунктива, сува уста, суво грло, превелика активност, убрзан пулс, измењен крви притисак, опуштеност мишића, сметње у покретима, вртоглавица, поспаност, мучнина. Психички ефекти су: еуфорија — богатство асоцијација уз тежњу ка причању и смењу, промена опажања (осећаја за време, повећана осетљивост на музику и светлост), смањена концентрација и способност за рад, размишљање у одломцима, поремећено памћење непосредних догађаја и продужено време реакције, дезоријентација, збуњеност, страх, паника, халуцинације, онироидна стања, сумњичавост до параноидних идеја, деперсонализација, дереализације. Ризици употребе су да се за време акутног дејства могу јавити многобројни озбиљни психички (психијатријски) поремећаји који захтевају лечење. Анксиозни поремећаји све до напада панике (страх од лудила), психотични поремећаји (сумануте идеје, халуцинације), делиријум (дезоријентација са психомоторним немиром), повратне реакције (*flash back*). Када и да ли ће се јавити ови поремећаји је непредвидиво. Психички поремећаји који се могу јавити услед дуготрајне употребе су амотивациони синдром (особа постаје лења, апатична, безвољна, без амбиција, без иницијативе, одустаје од циљева, не завршава започето) и сметње когнитивног учинка (проблем са концентрацијом, пажњом, памћењем — што значајно отежава учење). Физички поремећаји који се могу јавити услед дуготрајне употребе су оштећење дисајних путева, оштећење хромозома, поремећаји у полним хормонима, смањење броја и покретљивости сперматозоида, смањење отпорности имуног система. Само дејство канабиса на ЦНС је претежно халуцинаторно, може бити и депресивно или благо стимулативно. Канабис је најраспрострањенија и најчешће злоупотребљавана илегална психоактивна супстанца у свету, посебно међу адолесцентима и млађим људима.



**Кокаин** је високо адиктивна супстанца стимулативног дејства, блокира поновно преузимање допамина, ствара јаку психичку зависност. Добија се из лишћа биљке *Erythroxylon coca*. Први пут је изолован у другој половини XIX века, коришћен у медицини као локални анестетик, вазоконстриктор. Употребљава се у облику кокаин-хидрохлорида, слободне базе (крек), кока-пасте или сирових листова. Препарати кокаина се могу користити ушмркавањем, пушењем, жвакањем, интравенозно, субкутано. Орално унет у организам је слабо активан. Ефекти наступају изузетно брзо и трају релативно кратко, до 60 минута.

**Амфетамини** су синтетички стимуланси ЦНС, производе се у облику таблета, капсула, беличастог праха или кристала. Могу се користити орално, интравенозно, ушмркавањем, ређе пушењем. У медицини се у све мањој мери користе за лечење нарколепсије, хиперкинетског поремећаја код деце, гојазности. Краткотрајни ефекти зависе од дозе, максимално дејство је 1–3 сата по узимању, а то су добро расположење, осећај издржљивости и снаге, смањују апетит и појачавају будност. Нежељени ефекти дуже употребе су изражена анксиозност, агитација, губитак на телесној тежини, општа телесна исцрпљеност, пораст крвног притиска, аритмије, несаница, психозе.

**Екстази (Ecstasy) MDMA.** Супстанца MDMA позната је више од 100 година, по хемијској структури сличан стимулансу амфетамину и халуциногеној дроги мескалину. Дејство представља комбинацију стимулативног и халуциногеног (преко допаминергичког и серотонергичког система). Починје да делује након 20 минута, а дејство траје 3–5 сати. Краткотрајни ефекти су: осећај емпатије и блискости за људе око себе, лажне безбрижности и енергије, потреба за кретањем и играњем, ремети рад центра за регулацију телесне температуре, тако да играње, плесање доводи до дехидратације, последично хипертермије која је и главни узрок смрти повезан са овом дрогом. Дуготрајне последице су: редуција и дегенерација серотонергичких аксона, промене расположења, честа депресија, поремећај спавања, поремећаји у концентрацији, пажњи, памћењу, тешка оштећења мозга, јетре и бубрега. Иако се широко злоупотребљава, ретки су извештаји о успостављеној зависности.

**Халуциногене дроге (LSD, псилоцибин, мескалин).** Код старих народа коришћени у спиритуалне сврхе да им омогући виђење „чудесних ствари”. Најчешће су користили мексички кактус — пејотл, у коме се налази активна супстанца мескалин и гљиве са активном супстанцом псилоцибин. Чак иста особа која употребљава исту халуциногену дрогу може код сваког узимања имати потпуно различито искуство. LSD је најпознатија и најснажнија халуцинаторна дрога. Најчешће се појављује у облику таблета, али због лакшег кријумчарења размазује се и по поштанским маркицама, делићима платна и листовима желатина. Ретко је изоловано коришћење. Након пола сата до 45 минута после узимања јављају се први ефекти: губитак контакта са реалношћу, халуцинације, илузије, визије, подложност сугестији. Дејство дроге траје од 2 до 12 сати и не може се ничим зауставити. У халуциногена средства спадају и антипаркинсонци (антихолинергици као што су Парцопан (проциклидин), Артане (трихексифенидил) и Акинетон (бидериден), али и класични антихолинергици атропин и скополамин (којих има у биљкама као што су велетина, буника, татула). У дозама већим од терапијских доводе до измене перцепције и конфузно-халуцинаторних стања.

**Опијати и опиоиди.** Опијати су психофармаколошка средства која се користе и као лекови и као дроге. Опијати имају снажно аналгетичко и умирујуће дејство, изазивају уклањање бола, емоционалне напетости, стрепње и изазивају пријатно расположење. Њихово узимање може врло брзо довести до зависности. Постоје природни опијати добијени из опијума, полусинтетички и синтетички. Опијум је смоласти сок који се добија из чаура белог мака (*Papaverum somniferum*), који садржи највише морфина, а поред њега и друге психоактивне супстанце које се могу издвојити у чистом облику, укључујући и кодеин фосфат, лек који се обично користи за ублажавање болова и кашља. Пречишћавањем опијума добија се морфин (аналгетични морфин-хлорид), кога у чаури у просеку има око 0,5%. Поред природних састојака (морфина и кодеина), из опијума се прерадом



могу добити полусинтетски деривати: диацетил-морфин (хероин) и дилалудин. Различити су путеви администрације: удисање „хватање змаја“ са фолије, ушмркавање или интравенска администрација. Опиоиди су синтетички опијати који ступају у интеракцију са специфичним опиоидним рецепторима у мозгу — претежно класе  $\mu$  изазивајући аналгезију, еуфорију, респираторну депресију, зависност. Према афинитету за везивање за опиоидне рецепторе, подељени су на:

- > комплетни агонисти — везују се у потпуности и активирају опиоидне рецепторе метадон /Heptanon<sup>®</sup>/, петидин /Dolantin<sup>®</sup>/, хидроморфин /Dialadiud<sup>®</sup>/, меперидин, фентанил, оксикодеин.
- > парцијални агонисти — везују се и активирају опиоидне рецепторе у мањем степену од комплетних агониста, у високим дозама, везујући се за  $\mu$  рецепторе испољавају ефекат платоа и засићења. нпр. бупренорфин (Subutex<sup>®</sup>), буторфанол (Moradol<sup>®</sup>), пентазоцин (Fortral<sup>®</sup>). Трамадол је атипични опиоид са централним аналгетичким дејством који се користи за купирање бола средњег и тежег степена. Поред аналгетичког дејства лек испољава еуфоризантни ефекат, те се из тих разлога често злоупотребљава.
- > антагонисти — везују се и блокирају у потпуности опиоидне рецепторе налтrexон (Nemexin<sup>®</sup>), налохон (Narcan<sup>®</sup>), налмефен.

Интоксикација опијатима се одвија у две фазе: после кратког период еуфорије (флеш) следи знатно дужи период апатије (стоунд). Еуфорична епизода може трајати од пар минута до пола сата, веома је наглашена код особа које узимају опиоиде интравенским путем. Поред еуфорије у овој фази се јавља осећај тоpline, сувоћа уста, тежине у ногама, свраб по кожи и црвенило лица, зенице су сужене, пунктиформне, као глава чиоде. Период апатије, зависно од толеранције, врсте дроге и количине, може трајати неколико сати. Ову фазу карактеришу успорене реакције, поспаност, отежан и неразумљив говор, поремећаји у концентрацији, пажњи, памћењу. Често се запажа тзв. „кљуцање“ особе која обично није свесна тога. Услед реченице или неке активности падне глава и особа изгледа као да је накратко заспала. Опиоиди доводе до депресије центра за дисање и она је основни узрок смрти у случајевима тешке интоксикације. Парадоксално, зависник почиње да узима дрогу како би постигао осећање задовољства и блаженства, а врло брзо долази у ситуацију да и са дрогом (без обзира на количину) и без ње није у стању да доживи било какво позитивно осећање (да се радује, да буде срећан, да воли). Опијати стварају веома брзо и психичку и физичку зависност. Услед наглог престанка узимања дроге јавља се непријатни апстиненцијални синдром (болести, мучнина, повраћање, несаница, знојење, грозница, жежење коже и осећај жезе, што обично траје до седам дана). Уз то, хронична употреба опијата доводи до бледила коже, изражености подочњака, испијености, губитка телесне тежине, зависник изгледа и осећа се као тежак болесник. Честе су инфективне болести (хепатитис Б, Ц, HIV), ендокрини поремећаји (аменореја код жена), болести коже, апсцеси, болести срца, плућа.

**Инхаланси** (испарљиви растварачи) укључују низ индустријских хемијских производа који се налазе у свакодневној употреби као што су лепак, бензин, нафта, плин, ацетон, бронза, лакови, средства за чишћење. Уобичајена метода узимања је удисањем паре. Та злоупотреба се најчешће појављује у најмлађим добним групама, тј. код деце која касније у високом проценту узимају и друге дроге.

**Дроге силовања** (*Rape drugs*) укључују флунитразепам (Rohypnol), гама-хидрохубутерну киселину GHB и кетамине. Снажни су депресори ЦНС-а, безбојна течност, без мириса и слаткастог укуса. Помешана или убачена у пиће не може се препознати. У малим количинама има слично дејство као алкохол. Потенцијална опасност је у мешању са алкохолом или лековима за смирење јер може доћи до предозирања и код малих доза. Често се кристе при силовању.



**Анаболици (стереоиди)** представљају деривате (мушког) хормона тестостерона или синтетисане препарате сличног дејства (користе се орално, интрамускуларно или интрадермално). Повећавају телесну масу, волумен, снагу и обично се користе за развој мишићне масе. На психичком плану повећавају агилност (насртљивост), поузданост и самоувереност. Око 1/3 корисника доживљава еуфорију, код учесталијег узимања испољава се раздражљивост, агресивност, виолентни испади.

**Нове психоактивне супстанце** су супстанце које нису под међународном контролом, а посебно забрињава чињеница да нису ништа мање опасне од оних дрога које јесу. „Нови наркотици или психотропне супстанце у чистој форми или препарату који нису стављени под контролу Конвенцијом УН о наркотицима из 1961. године и Конвенцијом о психотропним супстанцама из 1971. године, али могу бити опасни за здравље слично супстанцама које су на наведеним листама (*Council Decision 2005/387/JHA*)”.

Термин „нове” не мора да значи нова открића (неколико НПС су по први пут синтетисане пре 40 година), већ може да значи да је супстанца нова на тржишту дрога или да је нова злоупотреба саме супстанце. У циљу избегавања законске регулативе, илегалне лабораторије за производњу нових психоактивних супстанци често мењају хемијску структуру, назив, дизајн, начин рекламирања и начин дистрибуције ових супстанци. На тржишту Европе број новооткривених НПС се брзо увећава. НПС најчешће покушавају да подражавају дејство неке илегалне дроге. Овакви ефекти ових супстанци настају због сличне хемијске структуре коју НПС има са одређеним дрогама које су под међународном контролом али истовремено довољно различите структуре, како би могле да остану изван постојећих закона у области дрога.

Дуван је снажан ћелијски отров, садржи преко 8000 штетних састојака, од чега је најмање 20 канцерогено. Психоактивна супстанца је никотин који своје дејство остварује двојачко: специфичним агонистичким деловањем на никотински тип ацетилхолинергичких рецептора и неспецифично, покрећући механизам награде и позитивног поткрепљења преко допаминергичких и других система. Ствара психичку и физичку зависност.<sup>35</sup>

Информације о акутним и ефектима продужене употребе психоактивних супстанци су приказане у прилогу 1.

## Бихејвиоралне тзв. нехемијске зависности

У последњих двадесетак година све је израженији тренд да се термином „бихејвиоралне зависности” или „нехемијске зависности” означе бројне компулзивне активности које не захтевају присуство супстанце, а које су по природи адиктивне. У бихејвиоралне зависности се убрајају зависност од интернета, видео игрица, коцкање, зависност од куповине, порнографије, компулзивно преједање и сл. Резултати бројних истраживања указују да бихејвиоралне зависности и зависности од психоактивних супстанци имају многе сличности (по факторима ризика, настанку, неуробиолошким механизмима, по природном току болести, испољавањима, коморбидитету, реаговању на лечење и последицама).

**Патолошко коцкање се сматра најтежим обликом нехемијске зависности.** У највећем броју случајева ова зависност почиње у периоду адолесценције и млађем одраслом добу. Као и зависност од психоактивних супстанци, и зависност од коцкања има хронични, рецидивирајући ток, са могућношћу спонтаног опоравка без формалног лечења. Као и други зависници коцкари највећи део свог времена троше на размишљање о коцкању, на његово планирање, упражњавање и опоравак од последица. Упражњавање активности доводи до

<sup>35</sup> Ракетић Д. Болести зависности и сестринство — улога, значај и специфичност рада. У Миловановић С. Психијатрија са негом психијатријских болесника. Универзитет у Београду, Медицински факултет, 2018; стр. 45–60.



стања еуфорије, подизања расположења. У Србији најчешће врсте коцкања које се упражњавају су: играње на срећу, спортско клађење, карте, покер апарати, рулет, интернет клађење. Коцкање, као и све остале зависности, омета живот појединца, а свакако утиче и на целу породицу. Ове активности одузимају веома пуно енергије и времена, а зависник је све мање у контакту са другим људима. Као и код узимања психоактивних супстанци и ова врста зависности је кобна по појединце — и код њих се јављају финансијски и брачни проблеми, смањена блискост и поверење у породици, запостављање професионалних и других обавеза, бављење илегалним активностима. Велики проценат коцкара има озбиљне проблеме са алкохолом и дрогама (до 60%), а често пате од депресивног поремећаја. Број покушаја и извршења самоубиства код коцкара такође није занемарљив. Као и алкохоличари и други зависници и патолошки коцкари прикривају стварни узрок здравствених, психолошких и социјалних проблема.

**Зависност од интернета** представља скуп адиктивних понашања која се остварују коришћењем интернета као техничке подршке. То су интернет коцкање, зависност од порнографских садржаја, видео-игрица, *Facebook*-а, као и зависности карактеристичне за савремено доба: писање електронске поште, расправе на групама, информисање уопште, читање преузетих вести, часописа, чланака, текстова и др. Најчешће се као узроци зависности од интернета наводе: самолечење неког психичког поремећаја (многи људи користе интернет да маскирају анксиозност, депресију или неки други психички поремећај), глад за информацијама, стидљивост или социјална фобија, усамљеност и компулзија — замена других зависности са интернет адикцијом. Често се дешава да особа постане зависна од интернета због неке онлајн активности која потхрањује неко друго компулзивно понашање. Патолошки коцкари или купохолничари ће прећи на онлајн коцкање или куповину преко интернета.



# ПРЕПОЗНАВАЊЕ АКУТНЕ ИНТОКСИКАЦИЈЕ, ПРЕДОЗИРАЊА И НАЧИН РЕАГОВАЊА

---

Акутна интоксикација је стање које настаје по уношењу психоактивне супстанце и проузрокује сметње стања свести, когниције, опажања, осећања, понашања или друге психосоцијалне ефекте и реакције. Ове сметње су директно изазване фармаколошким дејством унете супстанце, могу битно утицати на психофизичко стање организма и проузроковати чак и смртни исход.

Уопштено, терапијска процедура за збрињавање акутне интоксикације психоактивним супстанцама зависи од степена интоксикације и општег психофизичког стања пацијента. Стандардна процедура за пружање медицинске помоћи у датој ситуацији базирана је на купирању делимичног или знатног поремећаја стања свести и компромитације виталних параметара. Свака процедура мора да обухвати:

- > брзу оријентацију о врсти и количини унете супстанце
- > податке о присутној зависности ако постоји или већ од раније прописаној терапији коју пацијент узима
- > временски интервал који је протекао од тренутка узимања супстанце до опсервације
- > соматско стање пацијента, евентуалне акутне трауме
- > податке о евентуалном хроничном обољењу (соматском или психијатријском)
- > преосетљивост на одређене лекове
- > стање виталних параметара
- > искључивање диференцијално-дијагностички друге ноксе која би могла бити узрок актуелног стања пацијента.



Такође, неопходно је обезбедити:

- > проходност дисајних путева
- > венску линију
- > мониторинг виталних функција
- > примену специфичних антидота (налохоне, флумазенил...).

### **Интоксикација опијатима — стање предозированости (*overdose*)**

Акутна интоксикација опијатима тј. стање предозированости честа је компликација након интравенске администрације хероином, мада се може јавити и код других начина узимања опијата, посебно код особа без јасних знакова развијене зависности или након дуже апстиненције од опијата.

Клиничка слика предозированости је поремећај степена свести од сомноленције до коме, уз један од пратећих знакова:

- > успорен мисаони ток
- > одложено реаговање
- > компромитовано понашање
- > пунктиформне, нереактивне зенице
- > хипотензија, брадикардија, хипотермија
- > наузеја/повраћање
- > знаци централне цијанозе
- > респираторна депресија, неправилно, споро дисање, респирације испод 12 удаха у минуту
- > позитивна анамнеза о недавном конзумирању опиоида
- > физичким прегледом уочени скори убоди.

Терапијски протокол: налохоне, 0,2–0,4 mg, интравенски, субкутано или мускуларно. Понављање доза налохона до 2 mg (максимална доза). Понављање дозе вршити уколико након једног до два минута не долази до битног опоравка стања свести. Уколико након поновљене дозе нема битног побољшања стања свести, доза се може понављати сваких 2–3 минута до максималне дозе ако се пацијент опсервира у условима где се може наставити асистирана вентилација и реанимација. Уколико се пацијент опсервира у амбулантним условима, препорука је да се након друге дозе лека обезбеди хитан транспорт пацијента у пратњи медицинског особља до најближе јединице интензивне неге.

За пацијента са очуваном дисајном функцијом: опсервација и будно праћење степена стања свести. Опсервација пацијента наредних 2 до 3 сата, пожељно до 24 часа.



### **Терапијски протокол за алкохолну интоксикацију**

У интоксикацији алкохолом не постоји специфични антагонист већ стандардна детоксикациона терапија, инфузиони раствори са витаминима (Б1, Б6, Ц витамини), уз праћење виталних параметара и евентуална лаважа желуца.

### **Терапијски протокол за интоксикацију бензодиазепинима**

Поред општих мера перманентног мониторинга виталних параметара и активности ЦНС-а (одстранити нересорбовани садржај из желуца гастричном лаважом), администрација антагонисте флумазенил (Anexat®) и.в. 0,5 mg/ml максимална укупна доза флумазенила је 1 mg (2 mg у условима интензивне неге).

### **Терапијски протокол за интоксикацију стимулативним супстанцама (кокаин, амфетамини...)**

Терапија је симптоматска у зависности од испољених тегоба. За анксиозне и паничне реакције дати анксиолитике (лоразепам, диазепам). У случају повишеног крвног притиска дати антихипертензиве (нпр. Nifelat 10 mg) уз анксиолитике, за убрзан пулс (пропранолол 20 mg), за хипертермију антипиретике, уколико су видни симптоми дехидратације дати инфузионе растворе са поливитаминима, а услед психомоторне агитације и халуцинација дати диазепам ампулу, такође и халоперидол ампулу 5 mg. Уз горе све наведено, неопходна је подршка, умирујући разговори и уверавање да је стање пролазно.

**Комбинована интоксикација** је удружена интоксикација најчешће две или више психоактивних супстанци. Може бити озбиљан дијагностички и терапијски проблем. Често је комбинована интоксикација алкохола са анксиолитицима, опијата са анксиолитицима, ређе са кокаином, амфетаминима и канабиноидима. Терапијска процедура је у складу са општим мерама збрињавања акутних интоксикација, такође од велике су помоћи хетероanamнестички подаци. Ургентне токсиколошке анализе у случајевима предозирања неопходне су како би се рапидно и прецизно дијагностиковала врста коришћене супстанце у циљу одговарајућег третмана.

### **Терапијски протоколи купирања апстиненцијалног синдрома код зависности од психоактивних супстанци**

По дефиницији под појмом апстиненцијалног синдрома (АС) се подразумева психофизичко стање особе зависне од супстанце, које настаје при наглој, потпуној или делимичној обустави конзумирања те супстанце. Ради објективне процене клинички опсервираног апстиненцијалног синдрома и градације постојећих симптома и видљивих знакова користи се у пракси скала процене апстиненцијалног синдрома. Постоји низ таквих скала процене које се користе у клиничкој пракси и подељене су на: Објективне — клиничке скале процене и Субјективне скале процене. У првом случају медицинско особље, а у другом сâм пацијент процењују градацијски израженост појединих знакова апстиненцијалног синдрома.

При акутном збрињавању апстиненцијалног синдрома лекар се руководи проценом степена зависности и актуелном проценом степена изражености тегоба и на основу тога доноси одлуку о терапијском протоколу који ће применити. Купирање апстиненцијалног синдрома може бити у форми само акутног пружања помоћи пацијенту који први пут долази да би му се само отклонили непријатни симптоми или као почетак лечења (мотивисаних





пацијената) које ће потом уследити. Клинички наводи показују да је збрињавање овог стања најчешћи мотив доласка пацијента у здравствену установу.

### **Терапијски протокол за лечење апстиненцијалног синдрома алкохолне генезе**

Апстиненцијални синдром се јавља током прва 24 сата након престанка или смањења дуготрајног конзумирања алкохола. У клиничкој слици се јављају симптоми хиперактивности или дисфункције вегетативног нервног система, а постоји ризик од појаве конвулзија или делирантног стања. Бензодиазепини представљају „златни стандард” у третману и превенцији алкохолног апстиненцијалног синдрома, конвулзивних напада и делиријума тременса. Бензодиазепини са дуготрајним дејством су лекови избора као што је диазепам или хлордиазепоксид, уз све друге неопходне мере праћења виталних параметара. Делиријум тременс представља витално угрожавајуће стање и захтева третман на одељењу интензивне неге.

### **Терапијски протокол за лечење апстиненцијалног синдрома опијатског типа**

Детоксикација подразумева спровођење одређених поступака и третмана путем којих се употребом специфичне медијације врши фармаколошко купирање апстиненцијалног синдрома. Зависници од опијата су хетерогена група тако да је приступ индивидуалан (неопходно проценити степен зависности, психолошке и социјалне факторе). Избор детоксикационог протокола неопходно је урадити уз сагласност пацијента, у складу са принципима добре клиничке праксе. Пацијент се упознаје са свим појединостима протокола, предностима и евентуалним ограничењима, ризицима истог. Уз писмени пристанак пацијента и његовог сарадника у форми уговора, као и информисања о алтернативним терапијским протоколима у случају неуспеха, започиње се детоксикација. Постоји читав спектар доступних терапијских протокола и могућности лечења. За лечење свих зависности од психоактивне супстанце важи правило да је неопходна детоксикација до искључења супстанце из употребе, уз одговарајуће психотерапијске процедуре у склопу рехабилитације. Једино код опијатске зависности постоји могућност у току лечења детоксикација и рехабилитација или терапија одржавања (пун ангонист од 60-их година метадон и од 2002. године примена парцијалног агонисте бупренорфина).

Детоксикација може бити:

- > детоксикација агонистима (метадон, LAAM)
- > детоксикација парцијалним агонистима (бупренорфин)
- > детоксикација симптоматском терапијом (поливаленти фармаколошки приступ).

Дужина трајања детоксикације може бити кратка — до месец дана или дуга — до шест месеци. Врши се у амбулантним условима код високо мотивисаних пацијента или у хоспиталним условима уколико постоји више претходних неуспешних лечења, очекивање тежег апстиненцијалног синдрома, пратећа соматска и/или психичка обољења, недостатак адекватне мреже за подршку.

Симптоматска детоксикација је контраиндикована у трудноћи.

Поступак у случају хитног збрињавања приказан је у прилогу 2.



## Мониторинг и евалуација

### Мониторинг

Мониторинг или процесна евалуација, као и завршна евалуација исхода, треба да буду планирани. Програм се спроводи кроз реализацију активности у складу са писаним планом, реализација треба да буде адекватно документована укључујући детаље о недостацима и одступањима од првобитног плана. Спроводи се како би осигурали да се интервенција или политика имплементира онако како је замишљено.

Мониторинг се посматра као интегрални део фазе спровођења програма, подаци се сакупљају и анализирају у циљу процене да ли ће програм бити успешан и да се идентификују потребна прилагођавања. Мониторинг омогућава висок квалитет у раду и прилагођавање новонасталим захтевима, уз спречавање угрожавања реализације програма. У складу са налазима мониторинга могуће је да ће бити потребна флексибилност у решавању питања и насталих проблема. У тим случајевима треба да буде предвиђена евиденција корекција.

Неки од показатеља који се могу пратити су:

- > број особа млађих од 25 година које су упућене медицинским тимовима због сумње да су под дејством ПАС и за које је урађена процена ризика/дат кратак савет/урађен мотивациони интервју, које су упућене у здравствену установу
- > број обухваћених особа и број радионица усмерених на јачање социјалних/животних вештина, и са другим садржајима у циљу превенције употребе ПАС.

### Евалуација

Евалуација има за циљ процену краткорочних и дугорочних исхода превентивне интервенције и повезане факторе. Евалуација се може проводити у свим фазама, од развоја интервенције, фазе планирања, почетка спровођења, током спровођења и након завршетка интервенције.

Евалуација исхода значи оцену да ли су циљеви остварени, док евалуација процеса значи сагледавање начина на који је остварен план или у неким случајевима зашто није остварен. Евалуација треба да буде описана као планирана са дефинисаним индикаторима за све циљеве, са питањима, временским роковима и начином реализације и прикупљања података. Ово омогућава да се потребни подаци добију, буду доступни и искоришћени на најбољи начин. За неке програме ће бити неопходно постојање описа пилот интервенција (на пример ако активност треба да се прилагоди са локалног на национални ниво), а за неке не. Ово помаже да се виде потенцијална питања и слабости које нису видљиве код планирања. Потреба за пилот интервенцијама, као студијама програма малог обима пре пуне имплементације, треба да се разматра када се планира нека нова активност или се програм планира у великом обиму. У сваком случају потребна су образложења и оправданости, а резултати из пилот евалуације се користе за унапређење и правилно спровођење активности до завршетка програма.



# ПРИЛОЗИ

---



## Прилог 1. ДЕЛОВАЊЕ И ПОСЛЕДИЦЕ УПОТРЕБЕ ПСИХОАКТИВНИХ СУПСТАНЦИ

Супстанца	Акутни ефекти	Ефекти после престанка коришћења	Ефекти продужне употребе
Алкохол	Мирис алкохола при дисању, неразговетан говор, губитак контроле над понашањем, узнемиреност, повраћање, нестабилан ход	Тремор, дрхтање, мучнина/ повраћање, убрзан срчани рад, повишен крвни притисак, епилептички напади, узнемиреност, конфузија, халуцинације Могу бити опасни по живот	Атрофија мозга, смањење когнитивних способности, ослабљена могућност одлучивања, губитак равнотеже, фиброза јетре, гастритис, малокрвност, повећан ризик од малигнух болести и низ других медицинских проблема
Бензодиазепини	Нејасан говор, губитак контроле над понашањем, нестабилан ход	Анксиозност, несаница, тремор, дрхтање, мучнина/ повраћање убрзан срчани рад, повишен крвни притисак, епилептички напади, узнемиреност, конфузија, халуцинације Могу бити опасни по живот	Оштећено памћење, повећан ризик од пада код старијих особа, ризик од фаталног предозирања седативима
Опиоиди	Сужене зенице, спаност, сужена свест, успорен говор	Проширене зенице, анксиозност, мучнина/ повраћање/дијареја, грчеви у трбуху, болови у мишићима, главобоље, цурење из носа, сузење очију, склоност зевању, накопшене длане на рукама, убрзан срчани рад, повишен крвни притисак	Опстипација, ризик од фаталног предозирања седативима, хипогонадизам, промене у учењу и одговору на стрес
Дуван	Појачана будност; повећана пажња, концентрација и памћење; смањена анксиозност и апетит; ефекти налик стимулансима	Раздражљивост, непријатељско понашање, анксиозност, негативно или депресивно расположење, убрзан срчани рад, повећан апетит	Болести плућа (код пушача), кардиоваскуларне болести, ризик од малигнух болести и других последица по здравље
Кокаин, метамфетамини и стимуланси амфетаминског типа	Проширене зенице, повишен крвни притисак, убрзан срчани рад, узбуђење, еуфорија, хиперактивност, брз говор, убрзане мисли, поремећено размишљање, параноја, агресивност, променљивост у понашању	Умор, повећан апетит, депресивност, раздражљивост Обратите пажњу на самоубилачке идеје	Повишен крвни притисак, повећан ризик од цереброваскуларних поремећаја, поремећаји срчаног ритма („прескакање срца“), болести срца, узнемиреност, депресија



Канабис (марихуана)	Нормални промер зеница, црвене конјунктиве, закаснеле реакције, еуфорија, опуштеност	Депресивно или нестабилно расположење, узнемиреност, раздражљивост, поремећаји спавања (не уочавају се јасно)	Повећан ризик од проблема са менталним здрављем, укључујући узнемиреност, параноје и психозе, недостатак мотивације, отежана концентрација, повећан ризик од вазоспазма (спазма крвних судова) који може резултирати инфарктом мозга или срчаног мишића
Трамадол	Опиоидни ефекти (седација, еуфорија, итд.) праћени стимулативним ефектима (претерана узбуђеност) и епилептичким нападима у високим дозама трамадола	Последице уздржавања од опијата, али и симптоми престанка коришћења норепинефринских инхибитора преузимања серотонин (депресивно расположење, летаргија)	Зависност, ризик од епилептичког напада, поремећаји спавања
Испарљиви растварачи	Вртоглавица, дезоријентација, еуфорија, ошамућеност, повећано расположење, халуцинације, сумануте идеје, отежана координација покрета, поремећаји вида, узнемиреност	Повећана подложност нападима	Смањена когнитивна функција и деменција, периферне неуропатије, друге неуролошке последице, повећан ризик од по живот опасних аритмија
Халуциногени	Убрзан срчани рад, повишен крвни притисак, повишена телесна температура, смањен апетит, мучнина, повраћање, ослабљена моторичка координација, проширен промер зеница, халуцинације	Нема доказа	Акутне или хроничне психотичне епизоде, флешбекови или поновни доживљаји коришћења супстанце дуго након престанка њене употребе
MDMA (екстази)	Повећано самопоуздање, емпатија, разумевање, осећај интимности и комуникативност, еуфорија, енергичност	Мучнина, укоченост мишића, главобоља, губитак апетита, замагљен вид, сувоћа уста, несаница, депресија, анксиозност, умор, тешкоће са концентрацијом	Неуротоксичност која доводи до промена у понашању или депресије



## Прилог 2. ХИТНО ЗБРИЊАВАЊЕ

### КАРАКТЕРИСТИКЕ ПОРЕМЕЋАЈА ЗДРАВЉА ИЗАЗВАНИХ КОРИШЋЕЊЕМ СУПСТАНЦИ КОЈИ ЗАХТЕВАЈУ ХИТНО ЗБРИЊАВАЊЕ

**Алкохолна интоксикација:** Мирис алкохола у издахнутом ваздуху (халитус на алкохол), нејасан говор, нестабилан ход, непримерено понашање; поремећаји будности, опажања и понашања

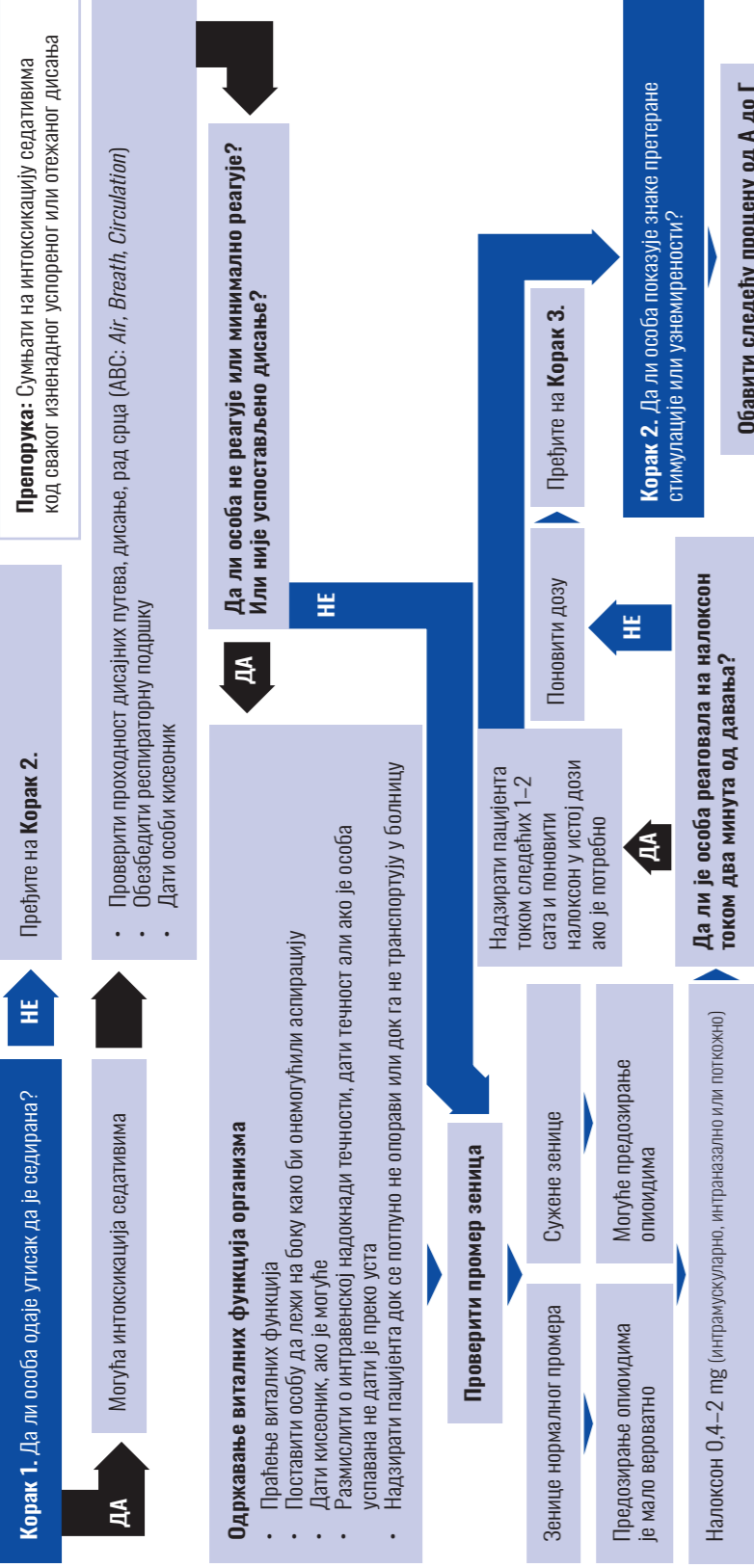
**Предозирање опиоидима — дубока поспаност:** Минимална реакција или изостанак реакције на спољашње дражи, успорено дисање, сужене („тачкасте“) зенице

**Симптоми апстиненције од алкохола или других седатива:** Дрхтање дланова, дрхтање (тремор) целог тела, знојење, повраћање, убрзан пулс и повишен крвни притисак, узнемиреност, главобоља, мучнина, анксиозност; епилептички напади и конфузност

**Интоксикација стимулансима:** Проширене зенице, узбуђеност, поремећај пажње, неконзистентност у мислима, чудно понашање, податак о недавној употреби психоактивних супстанци, убрзан пулс и повишен крвни притисак, агресивност и насилно понашање

**Делиријум повезан са употребом супстанци:** Изостанак оријентације у простору и времену, уплашеност, видне халуцинације, неконзистентности у мислима, узнемиреност, обично повезан са апстиненцијалним симптомима после престанка узимања стимуланса или алкохола





**Одржавање виталних функција организма**

- Праћење виталних функција
- Поставити особу да лежи на боку како би онемогућили аспирацију
- Дати кисеоник, ако је могуће
- Размислити о интравенској надокнади течности, дати течност али ако је особа успавана не дати је преко уста
- Надзирати пацијента док се потпуно не опорави или док га не транспортују у болницу

**Проверити промер зеница**

Зенице нормалног промера

Сужене зенице

Могуће предозирање опиоидима

Налоксон 0,4–2 mg (интравенскуларно, интраназално или поткожно)

**A**

Особа је недавно престала да пије алкохол или користи седативе и сада показује неке од следећих знакова: тремор, знојење, повраћање, повишен крвни притисак, убрзан срчани рад и узнемиреност.

**Транспортујте пацијента одмах у болницу** ако су присутни:

- Други озбиљни медицински проблеми, нпр. хепатична енцефалопатија, гастроинтестинално крварење или повреда главе.
- Епилептички напади: дати диазепам 10–20 mg дневно, и.в. или *per-rectum* (п.р.) пре свега остало.
- Делиријум: дајте диазепам 10–20 mg дневно, и.в. или п.р. први.

У случају озбиљности стања и одсуства реакције на на диазепам, дајте антипсихотичне лекове (халоперидол 1–2,5 mg п.о. или и.м.). Наставите са лечењем осталих симптома (подрхтавање, знојење, поремећај виталних знакова) са диазепамом п.о., и.в. или п.р.

Могући узорци су престанак коришћења:

- алкохола,
- бензодиазепина, или
- осталих седатива.

**Третман**

- Диазепам 5–10 mg п.о., и.в. или п.р.
- Дозу прилагођавати све док се особа не умири и буде благо седирана
- Ако психотични симптоми остају и не реагују на диазепам, дати антипсихотични лек (халоперидол 1–2,5 mg п.о. или и.м.)
- Дозу прилагођавати док симптоми не нестану. Ако симптоми потрају, третирајте психотични поремећај.
- За однос према агресивној и/или узнемиреној особи погледајте табелу 5.
- Ако особа има бол у грудима, убрзани срчани ритам или друге неуролошке поремећаје спровести **ТРАНСПОРТ У БОЛНИЦУ**.
- Током фазе након интоксикације будите опрезни због суицидалних мисли или радње.
- Ако постоје мисли о самоубиству, идите на СУБ.

**B**

**Особа је недавно користила стимулансе** (кокаин, амфетамин, његове деривате или друге стимулансе) показујући неке од следећих знакова: проширене зенице, узнемиреност, некonzистентност мисли.

Сумња на: акутну интоксикацију стимулансима

**Третман**

- Диазепам 5–10 mg п.о., и.в. или п.р.
- Дозу прилагођавати све док се особа не умири и буде благо седирана
- Ако психотични симптоми остају и не реагују на диазепам, дати антипсихотични лек (халоперидол 1–2,5 mg п.о. или и.м.)
- Дозу прилагођавати док симптоми не нестану. Ако симптоми потрају, третирајте психотични поремећај.
- За однос према агресивној и/или узнемиреној особи погледајте табелу 5.
- Ако особа има бол у грудима, убрзани срчани ритам или друге неуролошке поремећаје спровести **ТРАНСПОРТ У БОЛНИЦУ**.
- Током фазе након интоксикације будите опрезни због суицидалних мисли или радње.
- Ако постоје мисли о самоубиству, идите на СУБ.

**B**

**Особа је недавно престала да користи опиоиде** показујући неке од следећих знакова: проширене зенице, болове у мишићима, грчеви у трбуху, главобоља, мучнина, повраћање, дијареја, цурење из носа и сузење очију, узнемиреност, немир.

Сумња на: акутни апстиненцијални синдром услед престанка конзумирања алкохола

**Третман апстиненцијалног синдрома после коришћења опиоида**

- Метадон 20 mg, са додатном дозом од 5 до 10 mg 4 сата касније, ако је потребно.
- Бупренорфин 4–8 mg, са додатном дозом 12 сати касније ако је потребно.
- Ако метадон или бупренорфин нису доступни, могу се користити било који опиоиди нпр. морфијум сулфат 10–20 mg у почетној дози са додатном дозом од 10 mg ако је потребно. Такође размислите о алфаадренергички агонисти, гј. клонидин или лофексидин.
- Уз примену анксиолитика, психостабилизатора, хипнотика, антипсихотика, антиеметика, антидиароика и других симптоматских лекова
- Када се стабилизује, идите на СУБ 2

**Г ИСКЉУЧИТЕ ДРУГЕ МЕДИЦИНСКЕ УЗРОКЕ И БОЛЕСТИ КАО УЗРОКЕ ОБАКВОГ ПОНАШАЊА**

**Корак 3.** Да ли је особа конфузна?

**ДА** Да ли постоје други поремећаји здравља који би могли објаснити конфузност, укључујући:

- повреду главе
- снижени ниво шећера у крви
- упалу плућа или друге инфекције
- хепатичну енцефалопатију
- мождани удар

**НЕ** Обавити процену

**Корак 3.** Да ли особа показује друге знаке апстиненцијалног синдрома (тремор, знојење, измењене виталне знаке):

- Лечити диазепамом 10–20 mg п.о. по потреби.
- ТРАНСПОРТОВАТИ У БОЛНИЦУ.
- Третирајте делиријумом са антипсихотикима као што је халоперидол 1–2,5 mg п.о. или и.м.

Лечите узрок и упутите пацијента у болницу

**Обавити следећу процену од A до B**

**A**

**Особа је престала да пије током последњих седам дана:** конфузија, халуцинације, некonzистентност мисли, узнемиреност, дезоријентација обично удружена са тровањем стимулансима или престанком коришћења алкохола (или других седатива)

Могући узрок: апстиненцијални синдром услед престанка коришћења алкохола или седатива

**Ако особа показује друге знаке апстиненцијалног синдрома (тремор, знојење, измењене виталне знаке):**

- Лечити диазепамом 10–20 mg п.о. по потреби.
- ТРАНСПОРТОВАТИ У БОЛНИЦУ.
- Третирајте делиријумом са антипсихотикима као што је халоперидол 1–2,5 mg п.о. или и.м.

**B**

**Особа је конзумирала алкохол** у великим количинама последњих седам дана и има неке од следећих знакова:

- нистагмус (нехотични, брзи и понављајући покрети очију)
- офталмоплегја (слабост/парализа једног или више њих мишића ока)
- атаксија (некоординирани покрети).

Могући узрок: Верникова енцефалопатија

Лечити тиаминам 100–500 mg и.в. или и.м. 2–3 пута дневно 3–5 дана

Транспортовати у болницу

**B**

**Особа је користила стимулансе у последњих неколико дана:** проширен промер зеница, узбуђеност, конфузност мисли, неубичајно понашање, недавна употреба психоактивне супстанце, убрзана срчана радња, повишен крвни притисак, агресивност, нестабилно или насилно понашање.

Могући узрок: Тровање стимулантима или халуциногенима

Лечити диазепамом 5–10 mg п.о., и.в. или п.р. док пацијент не буде седиран.

- Ако психотични симптоми не реагују на диазепам, размислите о давању антипсихотика (халоперидол 1–2,5 mg п.о. или и.м.)
- Ако психотични симптоми потрају, идите на ПСИ

**Пратити, проценити и лечити дугорочне последице коришћења супстанци по здравље**



Табела 1. Поступање са узнемиреном и/или агресивном особом

Процена	Комуникација	Седација и употреба лекова
<p>Покушајте да комуницирате са особом.</p> <p>Трагајте за узроком:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Проверите ниво шећера у крви. Ако је низак, дајте глукозу.</li><li>• Проверите виталне знакове, укључујући температуру и сатурацију кисеоником. Дајте кисеоник ако је потребно.</li><li>• Искључите делиријум и медицинске узроке укључујући тровање.</li><li>• Искључите употребу дрога и алкохола. Посебно размотрите интоксикацију стимулансом и/или апстиненцијали синдром услед престанка коришћења алкохола/седатива. Ако постоји сумња на дроге и алкохол поступити по правилима за лечење поремећаја изазваних њиховим коришћењем.</li><li>• Искључите узнемиреност због психозе или маничне епизоде биполарног поремећаја.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Сигурност, пре свега!</li><li>• Останите мирни и охрабрите лице да прича о својим бригама.</li><li>• Говорите мирно и покушајте да одагните забринутост ако је могуће.</li><li>• Слушајте пажљиво. Посветите време особи.</li><li>• Никада се не смејте особи.</li><li>• Не одговарајте агресивношћу на агресивност.</li><li>• Покушајте пронаћи извор и решење проблема.</li><li>• Укључите старатеља и друге особе од поверења.</li><li>• Склоните свакога ко би могао бити окидач за агресију.</li><li>• Ако су све могућности исцрпљене, а особа је још увек агресивна, можда ће бити потребно користити лекове (ако су доступни) како би се спречиле повреде.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Применити лекове према потреби како бисте спречили повреде.</li><li>• За узнемиреност због психозе или маније размислите о употреби халоперидола 2 mg п.о./и.м. по сату до 5 доза (максимално 10 mg).</li></ul> <p><b>Опрез: високе дозе халоперидола могу изазвати дистоничне реакције. Користите бипериден за лечење акутних реакција.</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• За узнемирење услед коришћења супстанци, као нпр. одвикавање од алкохола/седатива или интоксикација стимулансом, користите диазепам 10–20 mg и по потреби поновите. Поступити по правилима за лечење поремећаја изазваних њиховим коришћењем.</li></ul> <p>У случајевима да се особа насилнички понаша:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• затражите помоћ полиције или особа задужених за безбедност и ред</li><li>• користите халоперидол 5 mg и.м., по потреби поновите за 15–30 минута (максимално 15 mg)</li><li>• консултујте се са специјалистом.</li></ul> <p>Ако особа остане узнемирена, поново проверите сатурацију кисеоником, виталне знаке и ниво шећера. Узмите у обзир бол. Пошаљите особу у болницу.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Када се узнемиреност повуче, погледајте главни графикон (МЦ) и одаберите релевантне модуле за оцењивање.</li></ul> <p>Посебне популационе групе: консултујте се са специјалистом.</p>





**СМЕРНИЦЕ ЗА ПРЕВЕНЦИЈУ  
УПОТРЕБЕ ПСИХОАКТИВНИХ  
СУПСТАНЦИ КОД ТРАЖИЛАЦА  
АЗИЛА И МИГРАНАТА**

