

Na osnovu člana 11 stav 3 Zakona o sprječavanju zloupotrebe droga ("Službeni list CG", br. 28/11 i 35/13), Ministarstvo zdravlja donijelo je

## Pravilnik o stručnim smjernicama za pružanje pomoći zavisniku od droga

*Pravilnik je objavljen u "Službenom listu CG", br. 1/2019 od 4.1.2019. godine, a stupio je na snagu 12.1.2019.*

### Član 1

Ovim pravilnikom propisuju se stručne smjernice za pružanje pomoći licu koje se zloupotrebom droga dovelo u stanje zavisnosti od droga, odnosno nekontrolisane fizičke i psihičke potrebe za upotrebom droga (u daljem tekstu: zavisnik).

### Član 2

Pomoć zavisniku pružaju zdravstvene ustanove, nevladine organizacije i porodica, preduzimanjem niza postupaka i mjera zdravstvene i socijalne zaštite, u skladu sa smjernicama koje obuhvataju:

- 1) detekciju i dijagnostiku zavisnosti od droga;
- 2) tretman bolesti zavisnosti;
- 3) smanjenje štete i rizika povezanih sa zloupotrebom droga.

### Član 3

Detekcija i dijagnostika zavisnosti od droga vrši se na osnovu dijagnostičkih kriterijuma zavisnosti - MKB - 10 (međunarodna klasifikacija bolesti SZO - 10. revizija), u skladu sa klasifikacijom droga (Depresanti, Stimulanti i Halucinogeni) i njihovim dejstvom na organizam.

Mjere i aktivnosti koje se preduzimaju za pomoć zavisniku treba da budu u skladu sa njihovim dejstvom na organizam i stanjem zavisnika, koje može da bude predoziranje (intoksikacija) opijatima i apstinencijalni sindrom, odnosno dejstvo inhalanata, kanabisa, kokaina i metamfetamina.

### Član 4

Tretman bolesti zavisnosti od droga je liječenje zavisnosti, koje obuhvata farmakološki i psihosocijalni tretman.

Tretman bolesti zavisnosti od droga preduzima se u skladu sa klasifikacijom droga, njihovim dejstvom na organizam, stanjem zavisnika, kao i u zavisnosti od stepena krize.

### Član 5

Smanjenje štete i rizika povezanih sa zloupotrebom droga podrazumijeva intervencije, programe i mjere kojima treba da se spriječe, smanje i ublaže zdravstvene, društvene i ekonomske štete usljed upotrebe droga i ponašanja zavisnika.

### Član 6

Stručne smjernice za pružanje pomoći zavisniku date su u Prilogu koji je sastavni dio ovog pravilnika.

### Član 7

Ovaj pravilnik stupa na snagu osmog dana od dana objavljivanja u "Službenom listu Crne Gore".

Broj: 011-428/2018

Podgorica, 28. decembra 2018. godine

Ministar,  
dr **Kenan Hrapović**, s.r.

## STRUČNE SMJERNICE ZA PRUŽANJE POMOĆI ZAVISNIKU

### I. Detekcija i dijagnostika zavisnosti od droga

Detekcija i dijagnostika zavisnosti od droga vrši se na osnovu dijagnostičkih kriterijuma za zavisnost - MKB-10 (medunarodna klasifikacija bolesti SZO - 10. revizija).

Konačna dijagnoza zavisnosti može da se postavi samo ako su tri ili više od sljedećih fenomena doživljeni ili manifestovani u nekom periodu tokom prethodne godine:

- 1 ) jaka želja ili nužna potreba za uzimanjem supstance;
- 2) otežana kontrola nad ponašanjem oko uzimanja supstance u smislu početka, završetka ili nivoa upotrebe;
- 3) fiziološki apstinencijalni sindrom kada je upotreba supstance prestala ili je smanjena, što je dokazano apstinencijalnim sindromom karakterističnim za supstancu, ili upotrebom iste (ili blisko povezane) supstance s namjerom da se ublaže/olakšaju ili izbjegnu apstinencijalni simptomi;
- 4) dokaz o toleranciji, tako što su neophodne povećane doze supstance da bi se postigli efekti koji su ranije ostvareni nižim dozama ;
- 5) progresivno zanemarivanje alternativnih zadovoljstava ili interesovanja zbog upotrebe supstance, povećanog obima vremena neophodnog za nabavku ili uzimanje supstance ili za oporavak od njenih efekata;
- 6) nastavljanje sa uzimanjem supstanci i pored jasnih dokaza o nespornim štetnim posljedicama po zdravlje i porodični, društveni i ekonomski status, ponekad uprkos i smrtnoj opasnosti;
- 7) sužavanje ličnog repertoara obrazaca za upotrebu psihoaktivne supstance.

Detekcija i dijagnostika zavisnosti od droga vrši se u skladu sa klasifikacijom droga i njihovim dejstvom na organizam, i to:

Depresanti	Stimulanti	Halucinogeni
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Opijati/Opioidi</li> <li>• Kanabis(niske doze)</li> <li>• Inhalanti</li> <li>• NPS*</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kokain</li> <li>• Amfetamin</li> <li>• Metamfetamin</li> <li>• MDMA (ekstazi)</li> <li>• NPS*</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kanabis(visoke doze)</li> <li>• Ketamine</li> <li>• PCP</li> <li>• LSD/DMT</li> <li>• Magične pečurke</li> <li>• Meskalin</li> <li>• MDMA (ekstazi)</li> <li>• NPS*</li> </ul>

\*NPS- nove psihoaktivne supstance

## II. Dejstvo određenih droga na organizam zavisnika

### 1) Opijati/Opioidi

Opijati/opioidi su vrsta droga koje su hemijski slične alkaloidima nađenim u biljci maka. Obično se upotrebljavaju kao analgetici, ali imaju i veliki potencijal za zloupotrebu. Ponavljana upotreba znatno povećava rizik za razvoj poremećaja povezanih sa opijatima.

Opijati/opioidi klasifikuju se na sljedeći način:

Klasifikacija	Primjeri
Čisti agonisti	Opijum, Morfin, Kodein, Papaverin
Polusintetički agonisti	Heroin, Hydromorfin, Oksikodon
Sintetički agonisti	Metadon, Petidin, Fentanil, Meperidin, Pentazocin
Parcijalni agonisti	Buprenorfin

Dejstvo opijata/opioida na organizam može da izazove predoziranje (intoksikacija) i apstinencijalni sindrom.

Predožiranje (intoksikacija) opijatima je životno ugrožavajuće stanje i to kako kod zavisnika koji pređu svoje propisane doze lijekova tako i kod onih koji se predožiraju injekcijama heroina i sl. Predoziranje se tretira u bolničkim uslovima, a često i u jedinicama za intenzivno liječenje. Heroin se vrlo brzo apsorbuje, bez obzira na način unošenja. Intravenski administriran heroin dostiže maksimalnu koncentraciju u serumu za manje od jednog minuta, a intranazalno za tri do pet minuta. Zbog svoje liposolubilnosti, krvno-moždanu barijeru prolazi unutar 15 do 20 sekundi, stvarajući tako visoku koncentraciju u mozgu.

Predožiranje je jedna od najozbiljnijih komplikacija zloupotrebe heroina. Manifestuje se poremećajem stanja svijesti od somnolencije do kome, kao i jednim ili više pratećih znakova: usporen misaoni tok, odloženo reagovanje, punktiformne nereaktivne zenice, hipotenzija, bradikardija, hipotermija, nauzeja, povraćanje, centralna cijanoza, respiratorna depresija, nepravilno sporo disanje - broj respiracija ispod 12 udaha u minutu, sa kardiopulmonalnim zastojem. Ugrožava život zavisnika i zahtijeva hitan bolnički tretman. Patofiziološke posljedice zavise od vrste i količine uzetog heroina i postojanja konkurentnih patoloških stanja. U ovom slučaju, potrebna je pozitivna anamneza o nedavnoj upotrebi opioida i/ili fizičkim pregledom uočeni skoriji ubodi. Kombinacija sedativa i alkohola je česta i može da zbuni i da navede na pogrešne zaključke.

Apstinencijalni sindrom kod zavisnika od opijata (apstinencijalna kriza), može da predstavlja veći problem nego predožiranje. U ovom slučaju simptomatska terapija često ne daje odgovarajuće rezultate, pa je potrebna primjena opioida koje zavisnik upotrebljava ili supstitucija. Pri naglom prestanku uzimanja opijata razvija se opijatski apstinencijalni sindrom, koji može veoma da varira u intenzitetu, što prvenstveno zavisi od doze heroina (opijata), dužine vremena upotrebe supstance, proteka vremena od poslednjeg uzimanja heroina, osobina ličnosti zavisnika, ambijenta i drugih socijalnih uticaja.

Simptomi apstinencijalnog sindroma koji se najčešće javljaju u kliničkom radu su: jaka želja za ponovnim uzimanjem droge, uznemirenost, napetost, razdražljivost, nesanica, midrijaza, zijevanje, suzenje, kihanje, rinoreja, naježenost kože, drhtavica, preznojavanje, dijareja, abdominalni bolovi, grčevi, bolovi i napetost mišića leđa i ekstremiteta. Heroinski apstinencijalni sindrom razvija se 8–12 sati, nakon uzimanja posljednje doze heroina. Simptomi su najizraženiji 36–72 sata od posljednjeg kontakta sa PAS, a nakon 5–7 dana tegobe se postepeno smanjuju i iščezavaju. Iako je veoma neprijatan i težak, apstinencijalni sindrom nije vitalno ugrožavajući za one zavisnike koji su relativno očuvanog tjelesnog zdravlja.

## **2) KANABIS**

Kanabis (marihuana, trava, skank, haš ili gandža) najčešće se prodaje kao tamno braon masa ili u kesicama u kojim je biljka sušena (cvjetovi ili sjeme). Aktivni sastojak je tetra-hidro-kanabinol (THC).

U okviru dva sata od upotrebe kanabisa može da se razvije crvenilo očiju, povećan apetit, sušenje usta ili ubrzan rad srca, a javlja se i euforija, anksioznost, poremećaj motorne koordinacije, doživljaj sporog proticanja vremena i oštećena funkcija rasuđivanja.

Teži zavisnici obično češće upotrebljavaju kanabis, usljed javljanja tolerancije na drogu. Redovna upotreba kanabisa posebno u ranijem uzrastu i među mladima dovodi do dugotrajnih efekata i rizika, kao što su socijalno povlačenje, gubitak motivacije (amotivacioni sindrom), visok krvni pritisak, srčani problemi i problemi sa disanjem (astma), a mogu da se jave i kratkotrajni gubitak memorije, problemi sa koncentracijom, psihoza i depresija. Apstinencijalni simptomi mogu da uključuju i pojavu iritabilnosti, bijesa, agresije, nervoze ili anksioznosti, probleme sa spavanjem (insomnija ili košmari), snižen apetit ili gubitak tjelesne težine, umor, depresivno raspoloženje, kao i simptome koji uzrokuju značajne nelagodnosti - bol u abdomenu, tremor, preznojavanje, groznicu, drhtavicu ili glavobolju.

## **3) INHALANTI**

Inhalanti su supstance koje su prisutne u različitim kućnim i industrijskim proizvodima, kao što su rastvarači (razređivač, benzin, lijepak), gasovi (butan, propan, aerosol propelanti, azotni oksid), nitriti (izoamil, izobutil, cikloheksil), „gas za smijanje“ i sl. Inhaliraju se preko nosa ili usta putem ušmrkivanja i udisanja.

Zloupotreba inhalanata je definisana kao rekreativno izlaganje hemijskim isparenjima kao što su nitrati, ketoni, alifatici i aromatični hidrokarboni. Posebno je zastupljena upotreba kod djece i mladih.

Većina inhalanata proizvodi euforiju i povišenu ekscitabilnost VTA (vetralna tegmentalna area). Kod hronične izloženosti aromatičnim hidrokarbonatima (benzen, toluen) može da dođe do toksičnih efekata na nivou mnogih organa, uključujući lezije bijele mase u centralnom nervnom sistemu.

## **4) KOKAIN**

Kokain (koka, C, blou, Čarli, snijeg, prašina, bijelo, flejk, moho, paradiso, slatkiš za nos i sl.) je ekstrahovan iz lista biljke koke koja raste u Andima u Južnoj Americi. Kokain je moćan stimulans čiji efekti brzo prolaze, što navodi zavisnika da ponovo

uzme dozu. Inicijalni efekti indukuju euforiju i „high“ faza obično traje 5-10 minuta, nakon čega se zavisnik osjeća depresivno. Efekti kokaina uključuju euforiju, pretjerano samopouzdanje, gubitak apetita, budnost, povišenu energiju i želju za novom dozom kokaina. Pojave koje su prisutne nakon dejstva kokaina su umor, depresija, paranoidna ideacija i depersonalizacija.

Prekomjerna doza kokaina može da uzrokuje ozbiljne medicinske probleme - plućni edem, infarkt miokarda, srčane tegobe, cerebralnu hemoragiju, moždani udar, hipertermiju, čak i smrt.

## **5) METAMFETAMIN**

Metamfetamin se obično nalazi u obliku čistog kristalizovanog komada koji može da se rastopi u vodi i usitni na manje djelove. Proizvodi jaku euforiju kod zavisnika i stimuliše oslobađanje dopamina i noradrenalina u centralnom nervnom sistemu. Metamfetamin je psihostimulans čije dejstvo obično prate depresija i umor. Pušenje može produžiti efekte do 24 časa po uzimanju.

Efekti metamfetamina uključuju: ekstremnu ushićenost, budnost, povećano samopouzdanje, agresiju, logoroičnost, gubitak apetita, povećanu preduzimljivost i fizičku aktivnost. Apstinencijalni simptomi uključuju: ozbiljnu želju za ponovnim uzimanjem, duboku depresiju, umor, inerciju, paranoju i psihozu.

### **III. Tretman bolesti zavisnosti od droga**

Tretman bolesti zavisnosti od droga je liječenje zavisnika. To je dugotrajan, često i doživotan proces, sa nepredvidljivom dinamikom i konačnim ishodom, a sprovode ga psihijatri u centrima za mentalno zdravlje u domu zdravlja, u saradnji sa zdravstvenim ustanovama na primarnom, sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene zaštite, kao i sa zdravstvenim ustanovama za rehabilitaciju i resocijalizaciju, organom državne uprave nadležnim za poslove rada i socijalnog staranja, kancelarijama za prevenciju bolesti zavisnosti koje obrazuju jedinice lokalne samouprave i nevladinim organizacijama.

Nema univerzalno uspješnog tretmana za sve zavisnike i zato modalitet tretmana treba da bude prilagođen svakom zavisniku.

Liječenje zavisnosti od droga ima sljedeće karakteristike:

- 1) treba da bude lako dostupno;
- 2) obavezno zadržavanje zavisnika u programu i njegova motivacija da u tome istraje;
- 3) efikasan program liječenja treba da ima integrativni pristup koji podrazumijeva planiranje liječenja, uz individualni pristup zavisniku, uzimajući u obzir njegove različite potrebe i očekivanja;
- 4) upotreba lijekova je važan dio liječenja, a detoksikacija je samo prvi korak i neophodno je da se kombinuje i sa drugim vidovima psihosocijalne pomoći i psihoterapijskim intervencijama;
- 5) obavezno testiranje na droge tokom liječenja, zbog mogućnosti recidiva i potrebe da se kontroliše i objektivizira;
- 6) obavezno testiranje na zarazne bolesti HIV, HCV i drugih zaraznih bolesti, radi zaštite od krvlju prenosivih bolesti i drugih infekcija; i
- 7) edukacija o smanjenju rizika od predoziranja i sl.

Složeni postupci tretmana zavisnika su: farmakoterapija, psihoterapija, terapija promjenom ponašanja, pomoć u traženju smisla života, psiho-edukacija, porodična terapija, psihosocijalne intervencije (socijalna rehabilitacija i reintegracija), mjere prevencije širenja virusnih bolesti, kontrole urina radi provjere održavanja apstinencije, paralelno liječenje komorbidnih psihičkih i somatskih bolesti.

## **1) Farmakološki tretman**

Farmakološki tretman u zavisnosti od droga vrši se u skladu sa klasifikacijom droga i njihovim dejstvom na organizam, i to:

### **A) Depresanti**

#### **a) Opijati/ Opioidi**

Zbrinjavanje akutne intoksikacije uglavnom se radi u jedinicama za detoksikaciju u opštim bolnicama ili u Urgentnom centru Kliničkog centra Crne Gore, i uključuje:

- 1) procjenu vitalnih parametara;
- 2) procenu tjelesnog stanja zavisnika, uključujući i postojanje akutnih trauma;
- 3) brzu orijentaciju o vrsti unijete supstance (brza detekcija opijata u urinu);
- 4) utvrđivanje vremena od trenutka uzimanja supstance do opservacije;
- 5) isključivanje diferencijalno dijagnostički druge štetne supstance.

Terapijsku proceduru potrebno je započeti odmah.

Terapijske procedure za zbrinjavanje akutne intoksikacije heroinom zavise od stepena intoksikacije i opšteg psiho-fizičkog stanja zavisnika.

Standardna procedura za pružanje medicinske pomoći u datoj situaciji bazirana je na uspostavljanju i podržavanju vitalnih funkcija i primjeni opioidnih antagonista (Nalokson).

Za zavisnika sa očuvanom disajnom funkcijom potrebna je opservacija i budno praćenje stepena stanja svijesti. Za zavisnika sa kompromitovanom disajnom funkcijom: asistirana ventilacija-oksigenacija 100% kiseonikom i infuzija. Ordinira se ampula Naloksona 0,2–0,4 mg/ml, intravenski u 10 ml fiziološkog rastvora (alternativno sc. ili i.m. administracija samo ampuliranog lijeka). Ponavljanje doza Naloksona sprovodi se do maksimalne doze od 2 mg. Ponavljanje doza neophodno je ako nakon jednog minuta ne dolazi do bitnog oporavka stanja svijesti. Zavisnik se opservira unutar 2–3 minuta i doza lijeka se ponavlja.

Ako nakon ponovljene doze lijeka nema bitnog poboljšanja stanja svijesti, doza može da se ponavlja na svakih 2–3 minuta, ako se zavisnik opservira u uslovima gdje se može nastaviti asistirana ventilacija i reanimacija, do maksimalne doze. Ako se zavisnik opservira u ambulantnim uslovima, odmah nakon druge doze lijeka, sprovodi se hitan transport u najbližu bolnicu u jedinicu intenzivne njege koja posjeduje asistiranu ventilaciju i reanimaciju, u pratnji zdravstvenog radnika, uz adekvatan monitoring i opremljenost transportnog vozila neophodnom opremom i medikacijom, uključujući i Nalokson. Opservacija zavisnika obavezna je u narednih 24 sata.

Napomena - Poseban problem stvara razlika u dužini dejstva opijata i Naloksona, jer dužina djelovanja opijata je oko šest sati, Naloksona oko tri puta kraće, pa u periodu od oko dva sata nakon intravenske aplikacije Naloksona i popravljanja opšteg stanja, prijeti opasnost od relapsa simptoma (moguć i ponovni kardiopulmonalni zastoj). Zbog toga se preporučuje da nakon intravenske aplikacije Naloksona (u bolusu), zavisnik primi infuziju Naloksona, te da se nakon toga nastavi sa njegovom opservacijom.

Kupiranje apstinecijalnog sindroma (detoksikacioni tretman) može da bude u obliku akutnog pružanja pomoći zavisniku kome treba da se otklone neprijatni simptomi ili započne liječenje, ako je zavisnik motivisan. Primarni zadatak detoksikacione terapije je da ublaži simptome apstinencijalne krize, dok se zavisnik navikava na stanje bez droge. Detoksikacija nije potpun tretman, već samo prvi korak u liječenju zavisnika. Sprovodi se u ambulantnim ili bolničkim uslovima.

Apstinencijalna kriza težeg stepena obavezno se zbrinjava u bolničkim uslovima, jer je zbog dehidracije i gubitka minerala neophodna parenteralna nadoknada tečnosti i elektrolita, ali i česte izmjene i korekcije ostale terapije.

Kod apstinencijalne krize primjenjuju se tretmani, u zavisnosti od stepena krize, kod:

1) blage krize:

- Neopijatski analgetici- Diklofen, Ibuprofen,
- Anksiolitici–Lorazepam do 7,5 mg, Diazepam do 30 mg, Bromazepam do 18 mg,
- Hipnotici-Midazolam do 15 mg, Nitrazepam do 10 mg, Zolpidem do 10 mg;

2) umjereno teške krize:

- Opijatski analgetici- Tramadol do 300 mg - tri dana, uz postepenu redukciju,
- Anksiolitici- Lorazepam do 10 mg, Diazepam do 40 mg, Bromazepam do 24 mg, Klonazepam do 4 mg,
- Hipnotici- Midazolam do 30 mg, Nitrazepam do 10 mg, Zolpidem do 10 mg,
- Antipsihotici- Klozapin 12,5 mg do 25 mg;

3) teške krize:

- Opijatski analgetici- Tramadol do 450 mg prva tri dana, a zatim redukcija doze,
- Anksiolitici - Lorazepam do 15 mg, Diazepam 60 mg, Bromazepam do 36 mg, Klonazepam do 8 mg,
- Hipnotici- Midazolam 30 mg, Nitrazepam do 20 mg, Zolpidem do 20 mg,
- Antipsihotici- Klozapin 25 mg do 75 mg.

Iako se medikamentozna terapija zasniva na nekim opštim principima, ona nije uvijek ista i dozvoljava se kombinovanje različitih medikamenata, u zavisnosti od vrste i intenziteta simptoma.

Pored navedenih medikamenata koji se najčešće primjenjuju i njihovih preporučenih doza, u zavisnosti od težine simptoma, terapijski protokol se prilagođava svakom zavisniku i shodno tome, mogu da se primijene i sljedeći lijekovi:

1) iz grupe anksiolitika, pored Lorazepama, Diazepama, Bromazepama, Klonazepama primjenjuje se i Alprazolam u dozi od 0,5 do 4 mg;

2) iz grupe antipsihotika pored Klozapina, primjenjuje se i Haloperidol u dozi od 1 mg do 5 mg, Hlorpromazin u dozi od 25 mg do 300 mg, Levomepromazin u dozi od 25 mg do 300 mg, Risperidon u dozi od 2 mg do 4 mg.

Od lijekova iz grupe antidepresiva primjenjuju se: Escitalopram u dozi od 10 mg do 20 mg, Fluoksetin u dozi od 20 mg do 80 mg, Mianserin u dozi od 30 mg do 90 mg, Mirtazapin u dozi od 15 mg do 45 mg, Paroksetin u dozi od 20 mg do 50 mg, Sertralin u dozi od 50 mg do 200 mg, Trazodon u dozi od 50 mg do 300 mg i Venlafaksin u dozi od 75 mg do 375 mg, a iz grupe stabilizatora raspoloženja: Valproat u dozi od 500 mg do 1500 mg, Karbamazepin u dozi od 400 mg do 1200 mg, Lamotrigin u dozi od 25 mg do 400 mg, Gabapentin u dozi od 300 mg do 3600 mg.

Detoksikacioni tretman podrazumijeva i nadoknadu tečnosti i elektrolita, u trajanju od tri do pet dana, a po potrebi i duže.

Detoksikacija opioidnim agonistima obuhvata sprovođenje postupaka i tretmana putem kojih se upotrebom specifične medikacije vrši farmakološko kupiranje nepovoljnih efekata (proizvod upotrebe opijata), kao i višednevno terapijsko zbrinjavanje sa poboljšanjem opšteg stanja zavisnika, uz kupiranje simptoma apstinencijalne krize.

Prema trajanju detoksikacioni tretman može da bude kratkotrajan - od sedam do 30 dana i dugotrajan – duže od 30 dana.

Prema klasi lijekova koji se primjenjuju vrši se:

### **Detoksikacija opioidnim agonistima- Metadonom**

Početne doze su od 30 mg do 40 mg Metadona i smatraju se adekvatnim dozama, za optimalno kupiranje simptoma i znakova apstinencijalnog sindroma. Metadon se daje četiri puta dnevno, započinje se sa dozom od 10 mg i nakon svake pojedinačne doze slijedi opservacija od dva sata. Doze se prvog dana pažljivo titriraju. Nakon 24 sata ovakvog doziranja Metadona, efekti primijenjenih doza se prate i u zavisnosti od predviđene dužine trajanja detoksikacije (14, 21, 28 dana), smanjuju se dnevne doze Metadona u prosjeku za pet do deset mg nedjeljno. Posljednje nedjelje snižavanje doza se sprovodi postepeno i oprezno, do nule.

### **Detoksikacija parcijalnim agonistom- Buprenorfinom**

Buprenorfin se daje najmanje šest sati poslije uzimanja heroina, poslije uzimanja Metadona 24 do 48 sati, a u organizmu se zadržava 72 sata. Pošto nije potpuni agonist, djeluje antagonistički na sve ostale supstance koje imaju opijatski afinitet. Ne daje osjećaj bilo kakvog psihoaktivnog djelovanja. Doza od osam mg može da zamijeni 30 mg Metadona. Djeluje na kappa receptore i stimuliše dodatno lučenje dopamina, manje od Metadona. Euforija je manje izražena, kriza je slabija. Ima svoju base liniju – 32 mg dnevno (po nekim najnovijim saznanjima 24 mg) - veća doza nema efekta. Ne smije se uzimati sa Naloreksom, alkoholom, lijekovima za smirenje i nekim antidepresivima.

Supstituciona terapija je oblik liječenja u kome se za liječenje opijatske zavisnosti koristi slična ili identična supstanca sa svojstvima i dejstvom sličnim drogi koja je uzeta. Supstituciona terapija je terapija održavanja, ne eliminiše fizičku zavisnost ali omogućava normalniji život, legalno dobijanje lijekova. U odnosu na postavljene ciljeve to je terapija sa niskim pragom – smanjenja štete. Osnovni cilj je kod zavisnika da se uspostavi apstinencija od heroina.



Prema trajanju, supstituciona terapija je kratkoročna – do šest mjeseci i dugoročna – duža od šest mjeseci. U terapiji se koriste: Metadon – 60 mg do 120 mg dnevno i Buprenorfin, početna doza 2 mg do 6 mg dnevno. Prva doza se daje posle osam sati od uzimanja heroina, supervizira se svaka dva sata. Ako je zavisnik prethodno bio na Metadonu potrebno je da prođe 24–36 sati. Doza održavanja je 4 mg do 24 mg.

## **b) KANABIS**

### **Tretman intoksikacije**

Zavisnik može da pokazuje znake agitiranosti i anksioznosti. Intoksikacija kanabisom može da pokrije psihozu, panični poremećaj i poremećaje raspoloženja, pa ovo mora da se utvrdi.

Benzodiazepini kao što je Lorazepam od 1 mg do 2 mg, mogu da se koriste za olakšavanje u simptomima agitacije i anksioznosti. Antipsihotici kao što je Haloperidol od 2,5 mg do 5 mg (najviše do 10mg) mogu da se koriste ako postoje perceptivne obmane.

### **Tretman apstinencijalnog sindroma**

Apstinencijalni sindrom vezan za kanabis može da prouzrokuje iritabilnost, bijes, agresiju, nervozu i anksioznost, probleme sa spavanjem (insomnija ili košmari), smanjen apetit i gubitak tjelesne mase, umor, depresiju kao i fizičke simptome (bol abdomena, tremor, preznojavanje, groznicu, drhtavicu ili glavobolju).

Ne postoji na dokazima baziran tretman, uglavnom se simptomi kupiraju kako se javljaju.

Kanabisom indukovana psihoza se tretira neurolepticima, kao što je Haloperidol.

## **c) INHALANTI**

### **Tretman intoksikacije**

Upotreba inhalanata može da uzrokuje oštećenje srca, bubrega, jetre i ostalih organa. Inhalanti smanjuju prisustvo kiseonika u organizmu i dovode do forsiranja srca da radi ubrzano i nepravilno. Zavisnik može da ima mučninu, krvarenje iz nosa i gubitak čula mirisa. Brzo dolazi do intoksikacije ali i do brzog oporavka. Liječenje uključuje uklanjanje inhalanata, blage sedative, pomoć i njegu.

### **Tretman apstinencijalnog sindroma**

Benzodiazepini mogu da redukuju simptome i da preveniraju psihozu, iritabilnost, insomniju i nasilničko ponašanje. Ostale pojave se tretiraju simptomatski.

## **B. STIMULANTI**

### **Tretman intoksikacije**

Terapija je simptomatska. „Slom“ nakon intoksikacije ili akutna disforija se obično saniraju u narednih 24-48 sati. Važan je odmor i pomoć.

Beta blokatori, kao što je Propranolol mogu da snize autonomnu ekscitaciju i ograniče rizik od kardiovaskularnih komplikacija. Psihotični simptomi mogu da se kontrolišu niskim dozama sedativnih antipsihotika - Kvetiapin od 50 mg do 100 mg ili Hlorpromazin od 50 mg do 100 mg.

Benzodiazepini mogu da se koriste za liječenje intoksikacije stimulansima, a ispoljavaju manje neželjenih efekata od antipsihotika.

### **Tretman apstinencijalnog sindroma**

Depresija je izrazita i povezana je sa slabošću, inertnošću i nestabilnošću. Najveći rizik karakterističan za apstinencijalni sindrom povezan sa stimulansima je što zavisnik može da nanese značajnu štetu pojedincu i okruženju.

Disforija i depresija povezani su sa apstinencijalnim sindromom i mogu da budu posebno ozbiljni kod zavisnika stimulansa, rizik od suicida je pojačan, te je brižno liječenje veoma važno.

Ne postoji specifičan farmakološki režim detoksikacije. Farmakološki tretman zavisi od hitnosti stanja u kome se zavisnik nalazi. Kontinuirana agitacija i nesаница tretiraju se simptomatski.

## **C. HALUCINOGENI**

### **Tretman intoksikacije**

Zavisnik može da doživi konfuziju i halucinacije. Mogu da se koriste Lorazepam i drugi benzodiazepini.

Antiholinergici ili stimulansi su kontraindikovani jer mogu da pogoršaju konfuziju i halucinatorne fenomene.

### **Tretman apstinencijalnog sindroma**

Terapija je simptomatska: antipsihotici, antidepresivi, sedativi, analgetici i antipiretici se često koriste.

## **2) Psihosocijalni tretman**

Kod većine zavisnika, farmakoterapijom se uspostavlja psihobiološka funkcionalnost mozga, što je uslov za njegovo osposobljavanje za učešće u psihoterapiji i socioterapiji. Sam lijek nema potencijal da promijeni ponašanje zavisnika, pa je farmakoterapija samo element u dugotrajnom terapijskom postupku.

Psihoterapijski tretman zavisnika, odnosno određene modalitete, ne sprovode samo psihijatri, već i izabrani doktori, psiholozi, psihoterapeuti, defektolozi, socijalni radnici, medicinske sestre i drugi stručnjaci koji su edukovani za taj posao. Psihoterapija je kvalitetna samo ako se uspostavi dobar odnos između zavisnika i lica koje radi psihoterapijski tretman.

Psihosocijalni tretman zavisnika sprovodi se u zdravstvenim ustanovama i u centrima za rehabilitaciju i resocijalizaciju zavisnika. Tretman se zasniva na principu da za oporavak od bolesti zavisnosti nije dovoljno samo uspostavljanje apstinencije, već je neophodna i promjena navika, ponašanja, stavova, razmišljanja, kao dugotrajnog

procesa. Za uspjeh u ovakvim tretmanima neophodna je visoka motivisanost i istrajnost zavisnika.

Dva osnovna procesa na kojima se zasniva tretman u ovim centrima su rehabilitacija i resocijalizacija zavisnika.

Rehabilitacioni proces podrazumijeva psihoterapijski rad na razvijanju sposobnosti zavisnika za zrelo i racionalno ponašanje, kao i za preuzimanje odgovornosti za svoje postupke, odnosno razvijanje potencijala za lični napredak kroz mijenjanje navika i eliminaciju neprihvatljivog ponašanja. Tretman rehabilitacije obično podrazumijeva i određeni period izolacije zavisnika kako bi se, između ostalog, prekinule veze sa drugim licima koja upotrebljavaju droge ili su dio druge grupe zavisnika. Tretman traje jednu ili više godina. Ako je zavisnik duži vremenski period na tretmanu, vodi se briga o njegovom zdravlju u zdravstvenim ustanovama. Jedan od važnijih segmenata u radu sa zavisnicima je i radno-okupaciona terapija, koja podrazumijeva aktivno angažovanje i zalaganje zavisnika.

Proces resocijalizacije se odvija sa ciljem da zavisnik uskladi svoje ponašanje sa zahtjevima društva, kao i da razvije osjećaj društvene svijesti i samodiscipline. To je ponovni povratak u društvo, sa svim izazovima koje ono nosi - zaposlenje, uspostavljanje funkcionalnih emotivnih veza i sl. Često je ovo dosta težak proces zato što najveći broj zavisnika još u ranoj mladosti ispoljava devijantne oblike ponašanja, a kasnija upotreba droga doprinosi njihovom daljem asocijalnom funkcionisanju. Ne treba da se zanemari da većina zavisnika potiče iz porodica sa poremećenim porodičnim odnosima. Zato se često paralelno sa njima, radi i sa drugim članovima porodice kroz porodičnu terapiju, jer je porodica značajan zaštitni faktor zavisnika.

### **III. Smanjenje štete i rizika povezanih sa zloupotrebom droga**

Zavisnici upotrebom droga razvijaju svoju bolest, kao i prateće poremećaje ponašanja. Kod mnogih su često prisutni elementi premorbidnog poremećaja, a većina ima deformaciju strukture ličnosti, socijalno su manje-više marginalizovani. Takvo stanje za kratko vrijeme nije moguće promijeniti, pa u prvih nekoliko godina tretmana kod većine zavisnika ne treba ni pokušavati odvikavanje, već treba ostvariti realno postavljene početne ciljeve:

- 1) prekid ili znatna redukcija uzimanja ilegalnih droga;
- 2) odvajanje zavisnika iz kontrole „ulične” mreže narko-kriminala;
- 3) pokretanje procesa sazrijevanja, u smislu povećanja odgovornosti i samokontrole;
- 4) smanjenje rizika od iznenadne smrti;
- 5) sprječavanje nepotrebne sekundarne štete koja prati uzimanje droge (širenje zaraznih bolesti, infekcija, pogoršanje zdravstvenog stanja, ekonomska propast i sl.);
- 6) sprječavanje daljeg kriminalnog ponašanja i aktivnosti zavisnika; i
- 7) poboljšanje kvaliteta života i socijalno funkcionisanje zavisnika i porodice.

Smanjenje štete i rizika povezanih sa zloupotrebom droga (harm reduction) podrazumijeva intervencije, programe i mjere kojima treba da se spriječe, smanje i ublaže zdravstvene, društvene i ekonomske štete pojedincima i zajednici i koje proizilaze iz upotrebe psihoaktivnih supstanci i zavisničkog ponašanja. Politika smanjenja štete povezane sa zloupotrebom droga predstavlja javnozdravstveni pristup koji je usmjeren na ciljanu populaciju intravenskih zavisnika (primjenjiv i na ostale korisnike droga).

Opšti cilj programa smanjenja šteta je smanjenje zdravstvene i socijalne posljedice upotrebe droga, povećanje svjesnosti zavisnika o odgovornosti za svoje zdravlje i zdravlje drugih, kao i smanjenje društvene marginalizacije.

Intervencije koje treba preduzeti za smanjenje štetnih posljedica zloupotrebe droga su:

- 1) besplatno obezbjeđivanje, kao i legalan pristup čistoj opremi za injektiranje droge (omogućavaju domovi zdravlja, Institut za javno zdravlje i nevladine organizacije);
- 2) liječenje zavisnika - primjena opioidne supstitucione terapije i drugih efikasnih oblika liječenja zavisnosti od droga;
- 3) vakcinacija vakcinama protiv hepatitisa A i B, tetanusa i gripa, a posebno zavisnika koji su HIV pozitivni, vakcinama protiv pneumonije;
- 4) redovno povjerljivo testiranje uz informisani pristanak na HIV, HCV (HBV za one koji nijesu vakcinisani) i druge infekcije, uključujući TB; i
- 5) liječenje infektivne bolesti (HIV, HBV, HCV, TB i sl.) zasnovano na kliničkim indikacijama.

Radi postizanja boljih efekata, intervencije treba da se kombinuju, a smanjenje HIV, HCV i rizičnog ponašanja pri injektiranju može da se postigne sprovođenjem programa zamjene igle i šprica i opioidnom supstitucionom terapijom. Liječenje bolesti i vakcinacija, u kombinaciji sa programima zamjene igle i šprica, kao i liječenjem zavisnosti od droga sprječavaju prenošenje bolesti među zavisnicima.