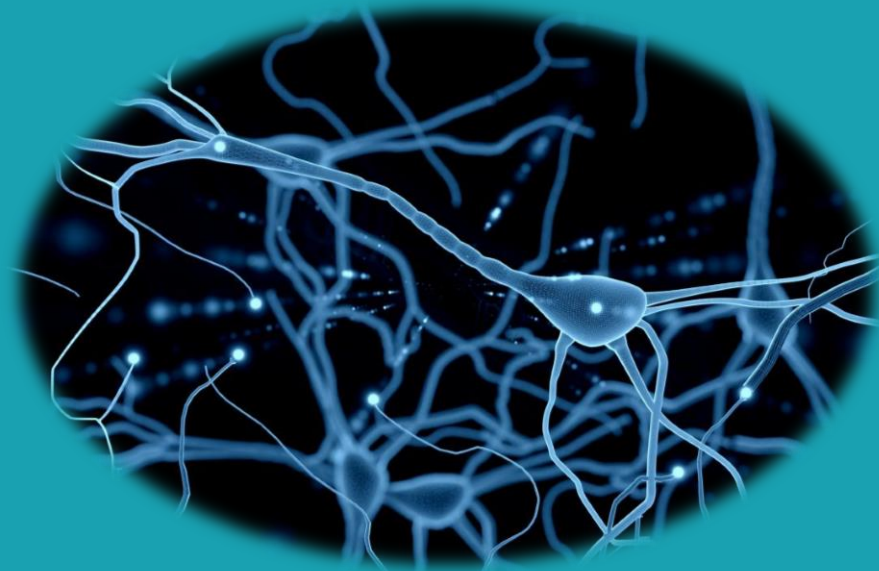


Секција за болести зависности

Српског лекарског друштва



Адиктологија



Билтен секције

Број 1/2023.

САДРЖАЈ

- 04... РЕЧ ПРЕДСЕДНИКА СЕКЦИЈЕ
- 06... ИЗВЕШТАЈ О АКТИВНОСТИМА
- 07... ПРВА СЕДНИЦА
- 08... ОНЛИНЕ ТЕСТ ЗА КМЕ
- 09... ПРИКАЗ КЊИГЕ – ЗАВИСНОСТ ОД „ТАБЛЕТА“
- 13... МОТИВАЦИЈА ЗА ЛЕЧЕЊЕМ И ПРОМЕНОМ
- 30... NOVE PSIHOAKTIVNE SUPSTANCE
- 36... АЛКОХОЛ- ФАКТОР РИЗИКА ЗА ПОЈАВУ МУШКОГ ПАРТНЕРСКОГ НАСИЉА НАД ЖЕНАМА И УТИЦАЈ НА МЕНТАЛНО ЗДРАВЉЕ ЖЕНА
- 43... РУКОВОДСТВО СЕКЦИЈЕ

АДИКТОЛОГИЈА је билтен секције за болести зависности

Број 1. Година 2023.

Уредништво: Председништво секције

Секција за болести зависности
Српско лекарско друштво
Џорџа Вашингтона 24, БЕОГРАД

<https://sld.in.rs/>

<https://sld.in.rs/sekcije/bolest-zavisnosti/>

АДИКТОЛОГИЈА

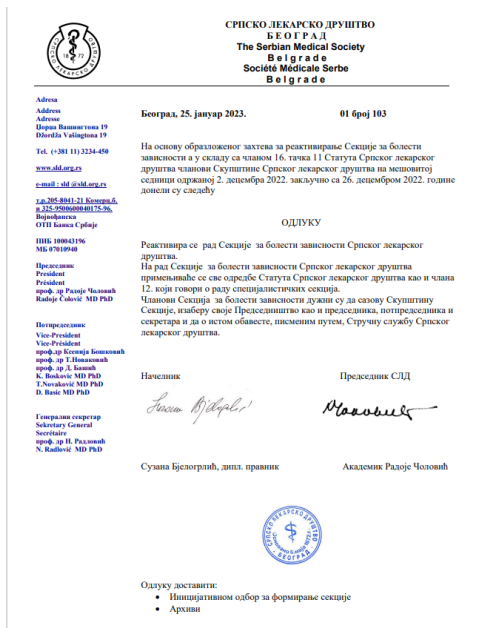
билтен секције за болести зависности Српског лекарског друштва.

Излази два пута годишње и објављује извештаје са састанака, одлуке, догађаје, прегледне радове, приказе случајева, приказе књига из области болести зависности, а све у циљу боље информисаности чланова секције.

РЕЧ ПРЕДСЕДНИКА СЕКЦИЈЕ



Прим. Др Горан Лажетић, психијатар, психотерапеут



Поштовани и драги пријатељи, колегинице и колеге, због малог броја чланова секција за болести зависности и њене неактивности Српско лекарско друштво је угасило секцију. На наше велико задовољство 25.01.2023. године а на основу образложеног захтева Прим. Др Горана Лажетића и иницијативног одбора за реактивирањем секције за болести зависности, на Скупштини Српског лекарског друштва донесена ОДЛУКА о **реактивирању** секције за болести зависности.

Активност секције за болести зависности је неопходна, а циљу унапређења српске адиктологије, имајући у виду да су болести зависности последњих година у све већем порасту, како хемијских тако и нехемијских зависности. У наредном периоду неопходна је већа активност чланова секције како би секција била реорганизована, у циљу повећања броја

чланова и редовним месечним активностима, састанцима, едукацијама и симпозијумима у склопу СЛД.

Овај Адиктолошки Билтен је само један у низи корака новог председништва секције у циљу оснаживања саме секције и њеног чланства, даљих корака у оснаживању српске адиктологије, и да је ово добар темељ за будућа руководства саме секције.

Нека нам је срећан нови почетак.

Прим. др Горан Лажетић

Председник секције за болести зависности СЛД

ИЗВЕШТАЈ О АКТИВНОСТИМА



01 ИЗВЕШТАЈ СА ПРВЕ СЕДНИЦЕ

Скупштина чланова реактивирани Секције за болести зависности одржана је 23.03.2023. у 13ч у сали А Српског лекарског друштва.

Пошто су присутни чланови секције констатовали кворум од укупног броја чланова секције, приступило се тачкама дневног реда седнице.

Секција је формирана.

Изабрано је руководство секције, које у овом тренутку чини и председништво:

1. **Председник** секције за болести зависности и **делегат** за Скупштину СЛД
Прим. Др Горан Лажетић
2. **Потпредседник** секције за болести зависности
Др Александар Вујошевић
3. **Секретар** секције за болести зависности
Др Марија Даветић

На седници донешена је стратегија о самом раду Секције, као и о циљу повећања броја чланова, и њиховим активирањем.

Секција почиње са активним радом одмах.

Наредни задаци секције:

- Израда подсајта секције на сајту СЛД
- Израда дигиталног билтена секције који ће излазити два пута годишње, први број до краја маја 2023.
- КМЕ – електронски тест секције до краја марта 2023. а затим наставак са КМЕ целе године
- Константан рад свих чланова на афирмацији секције и повећању чланства

Прим. Др Горан Лажетић, психијатар

24.03.2023.

02

ОНЛИНЕ ТЕСТ ЗА КМЕ

УПОТРЕБА И ЗАВИСНОСТ ОД БЕЗОДИАЗЕПИНА – ОСНОВЕ

А-1-1165/23

Седативи, хипнотици и анксиолитици спадају у групу лекова који се користе за уклањање напетости, ради постизања стања смирености, код несанице, за релаксацију мишића, итд. Бензодиазепини спадају у велику групу лекова који се зову анксиолитици. Осим бензодиазепинских постоје и небензодиазепински анксиолитици. Бензодиазепини су убедљиво најзаступљенији лекови из групе анксиолитика, међутим и међу њима постоји велика разлика по питању адиктивног потенцијала, тј. потенцијалног ризика од развоја зависности. Бензодиазепини су најкоришћенији, али и најзлоупотребљаванији лекови уопште, јер се често користе неодговарајуће и дуготрајно. Употреба бензодиазепина без лекарског рецепта, и поред поштраних мера (неколико година уназад) је уобичајена, што захтева функционално системско решење. Толеранција на бензодиазепине може се развити већ за неколико недеља, а јатрогена зависност (тј. зависност

као резултат регуларног лечења код лекара) је широко распрострањена. Због потенцијално озбиљних симптома одвикавања, страха од „живота без лека“ или нерешених питања које дуготрајна употреба лекова маскира, многе особе траже стручну помоћ како би смањиле или прекинуле узимање анксиолитика, седатива и/или хипнотика. Нажалост, то се често дешава када је зависност увелико развијена, а пратећи проблеми у разним животним областима веома изражени.

Превенција увек представља најбољи и најефикаснији вид решавања проблема, а с обзиром на комплексност приче о зависности/злоупотреби седатива, у овој области она би морала бити системска и свеобухватна. Поред правног аспекта који се огледа у јасној процедури за прописивање, издавање и манипулацију лековима, неопходно је едуковати лекаре о опасностима које са собом носе седативи, као и о принципима рационалне фармакотерапије. Наравно, подизање нивоа свести друштва у целини је увек најделотворнији, али и најтеже остварив циљ.

Који су едукативни циљеви програма?

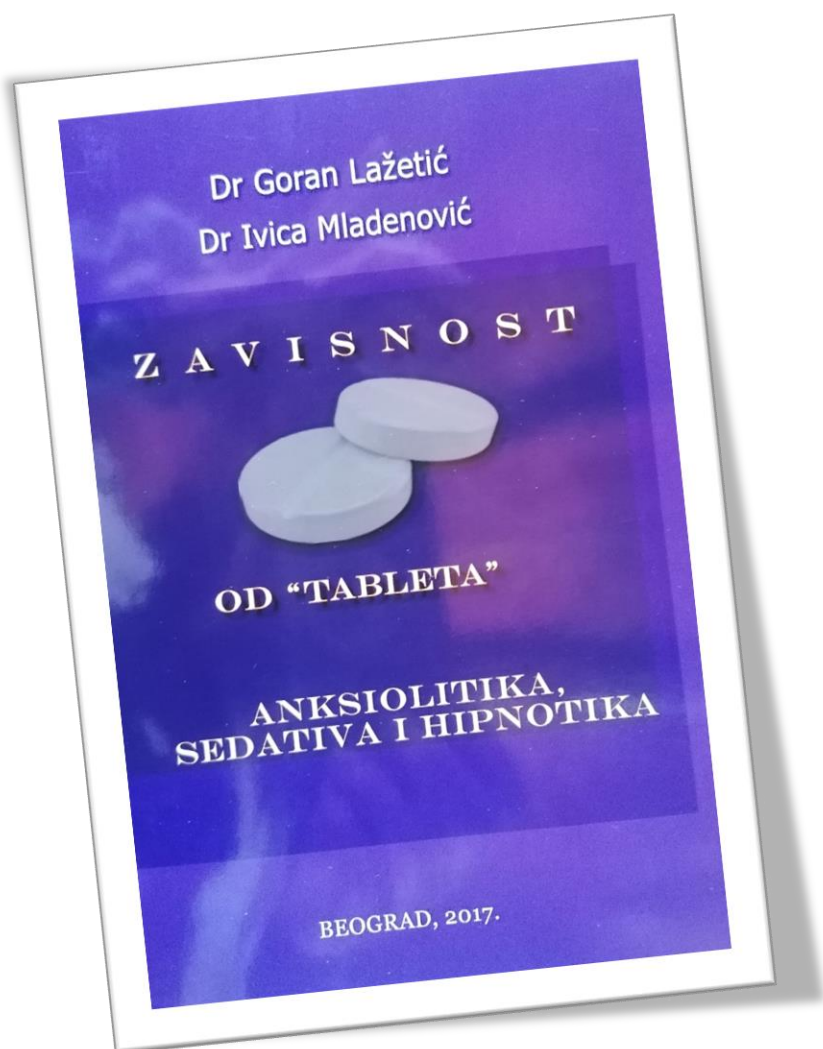
1. Правилна употреба бензодиазепина
2. Препознавање злоупотребе и зависности
3. Први кораци у третману

Која знања ће стећи учесници?

1. информације о злоупотреби седатива, анксиолитика и хипнотика, лечењу одређених психијатријских поремећаја са овом врстом лекова, зависности од њих и о апстиненцијалном синдрому, као и упутство које ће омогућити да успешно помогну пацијентима у започињају третмана

Онлине тест има 30 питања и предвиђено време је 3 сата. Тест носи 3 бода КМЕ.

ПРИКАЗ КЊИГЕ



ЗАВИСНОСТ ОД „ТАБЛЕТА” - анксиолитика, седатива и хипнотика

Аутори: Прим. др Горан Лажетић, психијатар

Прим. др Ивица Младеновић, психијатар – психотерапеут

Рецензенти:

Академик Душица Лечић Тошевски Редовни професор медицинског факултета
Универзитета у Београду

Проф. Др Марко Муњиза, Редовни професор медицинског факултета Универзитета у
Београду

Из рецензије Монографија Зависност од „таблета” - безодизепина, анксиолитика и хипнотика је значајно дело. Текст је савремено конципиран, читљив и писан јасним стилем и представља и синтезу најновијих научних сазнања и искуства аутора у овој области као и постулата лечења и рехабилитације који се примењују у Клиници за болести зависности Института за ментално здравље у Београду. С обзиром на то да монографија представља пионирски подухват у овој области на српском говорном подручју, уверена сам да ће она допринети квалитетнијем лечењу у Србији и иницирати даљи рад на унапређењу менталног здравља становништва.

Академик Душица Лечић Тошевски

ЦИЉ ОВЕ КЊИГЕ

Књига је структурисана и осмишљена да пружи информације о злоупотреби седатива, анксиолитика и хипнотика, лечењу одређених психијатријских поремећаја са овом врстом лекова, зависности од њих и о апстиненцијалном синдрому, као и упутство које ће омогућити терапеутима да успешно помогну пацијентима кроз процес и рехабилитацију.

Живимо у динамичном и стресогеном времену, у којем је „нормализовано“ да се истовремено ради више послова, при чему је успех мерило вредности човека, а страх од губитка посла је стресор број један! У неким деловима света људи не смеју да оду на одмор да им неко не би заузео радно место, а систем обилато користи новонасталу (креирану) ситуацију и користи људе као потрошну робу. Запостављене су суштинске вредности, породица као стуб развоја друштва је гурнута у запећак, а испољавање хуманости неретко представља „знак слабости“. Евидентно је да суштинско решење проблема лежи у промени система вредности у друштву, животне филозофије појединца или бар лоших навика и дисфункционалног стила живота. Међутим, с обзиром да су напред наведене промене дијаметрално супротне протежираној филозофији глобализације (профита), систем их маргинализује и игнорише људе који заговарају хуманији и праведнији свет. У новонасталој ситуацији висок ниво стреса најчешће се купира „хемијским путем“, тј. људи посежу за супстанцама које вештачки смањују ниво стреса. Анксиозност, као корелат хроничног стреса, врло је непријатно стање тако да свака супстанца која елиминира овај

непријатни осећај постаје „Божији дар“. Културолошки, за „Србију међу шљивама“, већ годинама седатив број 1 је алкохол, међутим, с обзиром на то да је анксиозност симптом многих психијатријских болести, фармакоиндустрија је развила палету лекова који неутралишу анксиозност – анксиолитике. С обзиром на њихово благотворно дејство, ти лекови су врло брзо постали веома популарни у друштву, тако да многи посежу за њима без консултације са психијатром, чиме привремено „решавају“ проблем анксиозности, али често стварају нови (па и већи) проблем – зависност! Седативи, хипнотици и анксиолитици спадају у групу лекова који се користе за уклањање напетости, ради постизања стања смирености, код несанице, за релаксацију мишића, итд. Бензодиазепини спадају у велику групу лекова који се зову анксиолитици. Осим бензодиазепинских постоје и небензодиазепински анксиолитици. Раније су коришћени и барбитурати, као и други седативи (карбамати – „мепробамат“), али су они данас због већег потенцијала за развијање зависности и мање сигурности углавном напуштени. Бензодиазепини су убедљиво најзаступљенији лекови из групе анксиолитика, међутим и међу њима постоји велика разлика по питању адиктивног потенцијала, тј. потенцијалног ризика од развоја зависности. Тако нпр. алпразолам има велики адиктивни потенцијал, док је адиктивни потенцијал бромазепана релативно мали. Бензодиазепини су најкоришћенији, али и најзлоупотребљаванији лекови уопште, јер се често користе неодговарајуће и дуготрајно. Употреба бензодиазепина без лекарског рецепта, и поред поштрених мера (неколико година уназад) је уобичајена, што захтева функционално системско решење. Толеранција на бензодиазепине може се развити већ за неколико недеља, а јатрогена зависност (тј. зависност као резултат регуларног лечења код лекара) је широко распрострањена. Због потенцијално озбиљних симптома одвикавања, страха од „живота без лека“ или нерешених питања које дуготрајна употреба лекова маскира, многе особе траже стручну помоћ како би смањиле или Зависност од „таблета“ – анксиолитика, седатива и хипнотика 13 прекинуле узимање анксиолитика, седатива и/или хипнотика. Нажалост, то се често дешава када је зависност увелико развијена, а пратећи проблеми у разним животним областима веома изражени. Превенција увек представља најбољи и најефикаснији вид решавања проблема, а с обзиром на комплексност приче о зависности/ злоупотреби седатива, у овој области она би морала бити системска и свеобухватна. Поред правног аспекта који се огледа у јасној процедури за прописивање, издавање и манипулацију лековима, неопходно је едуковати лекаре о опасностима које са собом носе седативи, као и о принципима рационалне фармакотерапије. Наравно, подизање нивоа свести друштва у целини је увек најделотворнији, али и најтеже остварив циљ.

Аутори Књиге

Књигу можете наћи у ПДФ формат на интернет страници

<http://www.drлазетиц.цом/књиге/>

Цитирање: Лажетић Г, Младеновић И. Зависност од „таблета“ – анксиолитика, седатива и хипнотика. Београд: аутори, 2017. ИСБН 978-86-908323-2-3

БОЛЕСТИ ЗАВИСНОСТИ – МОТИВАЦИЈА ЗА ЛЕЧЕЊЕМ И ПРОМЕНОМ



Прим. Др Горан Лажетић, психијатар, психотерапеут
Институт за ментално здравље, Београд

Зависност започиње откривањем новог извора задовољства, што доводи и појачава обрасце жеље да се изнова и изнова препустимо тим изворима тако да поново створимо то очекивано задовољство. Редовна употреба такође успоставља хроничност, која је одржавана аутоматизацијом као и задовољством. Зависник функционише по принципу задовољства. Стварају се неки нови пориви, неки нови нагони. Вољна контрола остаје, али њени ограничени ресурси онемогућавају зависнику да одустане, тако да је потребно надвладати многе жеље да се супротставе неописивим жудњама и кризама. Комбинација недостатка жеље и воље и уобичајених нагона, а неодољиве жудње, најчешће производи неуспех у успостављању апстиненције.

ЛИЧНОСТ ЗАВИСНИКА

Оно што отежава саму мотивацију за променом тј. лечењем је сама личност зависника.

У ПРОЦЕСУ ЛЕЧЕЊА ПРОМЕНОМ СТИЛА ЖИВОТА ЈАЧА СЕ „ЗДРАВА ЛИЧНОСТ“ А ПОНИШТАВА СЕ „ЗАВИСНИЧКА ЛИЧНОСТ“!

Услед коришћења алкохола и/или других психоактивних супстанци, као и изложености понашању које уводи у нехемијску зависност (коцка, видео игре), особе доживљавају трансформацију личности, тј. долази до формирања карактеристичне – „**зависничке личности**“. У новоформираној зависничкој личности постоје елементи неодговорности, егоцентричности, безосећајности, непоштовање социјалних норми. Понашање зависника заснива се на „принципу задовољства“, уместо „принципа реалности“. Вољна активност је озбиљно нарушена.

Зависник нема реалне циљеве, а још мање снаге да реализује своје ирационалне циљеве.

Савладавање зависности једна је од најтежих ствари са којима ће се зависник и породица икада морати да се суоче.

Због чега је важно схватити да је зависност болест мозга, а не питање лоше навике.

Иако део мозга који управља логиком говори да требате престати са употребом дрога и алкохола, мозак (сада са јаком зависничком личношћу) узрокује да центри за задовољство превладају ову логику са неконтролисаним жудњом која одузима способност да се престане са узимањем алкохола и дрога или престане са понашањем као што је коцка или претерано коришћење видео игара.

Дакле, питање је ... шта ће зависника инспирисати да направи прве кораке у промени свог зависничког понашања?

Мотивацију можемо схватити не као нешто што неко има, већ као нешто што неко чини. То укључује препознавање проблема, тражење начина за промену, а затим започињање и држање те стратегије промена. Испада да постоји много начина да се људима помогне да схвате проблем и направе акцију.

Нажалост, већина зависника негира постојање болести и користи разне одбрамбене тактике које су део зависничке личности, што појачава отпоре према лечењу и планираним променама.

Почетна мотивација за улазак у лечење састоји се углавном од неког спољашњег притиска који долази из неколико праваца:

1. Породица врши притисак на зависника да се лечи
2. Услов центра за социјални рад, или одлука суда
3. Финансијски проблеми – велика дуговања (претње)
4. Здравствени разлози – страх од озбиљних психичких тегоба

ОСНОВЕ МОТИВАЦИЈЕ – Масловљева хијерархија потреба

Масловљева хијерархија потреба је мотивацијска теорија у психологији која садржи петостепени модел људских потреба, често приказан као хијерархијски ниво у пирамиди. Ниже потребе у хијерархији су базичне и оне морају бити задовољене пре него што појединци могу да приступе вишим потребама.

Оригинална Масловљева теорија чини модел са пет фаза. Маслов је изјавио да су људи мотивисани за постизање одређених потреба и да неке потребе имају предност над другима.

Наша најосновнија потреба је физичко преживљавање и то ће бити прва ствар која мотивише наше понашање.

Кад се тај ниво испуни, следећи ниво према горе је оно што нас следеће мотивише, и тако даље.

1. Физиолошке потребе – то су биолошки захтеви за опстанак људи, нпр. ваздух, храна, пиће, склониште, одећа, топлина, секс, сан. Ако ове потребе нису задовољене, људско тело не може оптимално функционисати. Маслов је сматрао да су физиолошке потребе најважније јер све остале потребе постају секундарне док се те потребе не задовоље.

2. Сигурносне потребе – заштита од елемената, сигурност, ред, закон, стабилност, слобода од страха.

3. Потребе љубави и припадности – након што су задовољене физиолошке и безбедносне потребе, трећи ниво људских потреба је социјални и укључује осећај припадности. Потреба за међуљудским односима мотивира понашање. Примери укључују пријатељство, интиму, поверење и прихватање, примање и давање наклоности и љубави. Придружити се, бити део групе (породица, пријатељи, посао).

4. Поштовање потреба – које је Маслов разврстао у две категорије: (и) поштовање себе (достојанство, достигнућа, мајсторство, независност) и (ии) жеља за угледом или поштовањем од других (нпр. Статус, углед). Маслов је указао да је потреба за поштовањем или угледом најважнија за децу и адолесценте и претходи стварном самопоштовању или достојанству.

5. Потребе за самоактуализацијом – остваривање личног потенцијала, самоиспуњење, тражење личног раста и врхунских искустава. Жеља „да постане све што је неко способен да постане“.

Промене у изворном моделу са пет степени су истакнуте и укључују седмостепени модел и модел са осам степени; обе су развијене током 1960-их и 1970-их.

1. Биолошке и физиолошке потребе – ваздух, храна, пиће, склониште, топлина, секс, сан итд.

2. Сигурносне потребе – заштита од елемената, сигурност, ред, закон, стабилност итд.

3. Потребе за љубављу и припадношћу – пријатељство, интимност, поверење и прихватање, примање и давање наклоности и љубави. Придружити се, бити део групе (породица, пријатељи, посао).

4. Поштовање потреба – које је Маслов разврстао у две категорије: (и) поштовање себе (достојанство, достигнућа, мајсторство, независност) и (ии) жеља за угледом или поштовањем од других (нпр. Статус, углед).

5. Когнитивне потребе – знање и разумевање, радозналост, истраживање, потреба за смислом и предвидивошћу.

6. Естетске потребе – уважавање и тражење лепоте, равнотеже, форме итд.

7. Потребе за самоактуализацијом – остваривање личног потенцијала, самоиспуњење, тражење личног раста и врхунских искустава.

8. Потребе за трансценденцијом – Особа је мотивисана вредностима које надилазе лично ја (нпр. Мистична искуства и одређена искуства с природом, естетска искуства, сексуална искуства, служење другима, тежња за науком, религијска вера, итд.).

ОТПОРИ

Отпори су обавезни и током доношења одлуке за променом, а касније и током терапије !!!

Отпори се јављају у само почетку и помисли за успостављањем апстиненције и трају током целог терапијског процеса, с тим што се мењају његови појавни облици и значење.

Фројд каже: “Отпор је разноврстан, као **камелеон**, а представља снагу у болеснику која делује против напретка терапије, против терапеута и против терапијског процеса”. Другим речима, то је опирање помагачу, а у интересу своје болести, са тенденцијом да се очува статус *qvo*.

Зашто се јављају отпори?

Човек је изузетно инертно биће, тј. бори се да по сваку цену сачува актуелно стање и спречи промену чак и у ситуацији која је евидентно неповољна по њега. Отпори се јављају због тога што пацијент жели да избегне непријатна осећања (стид, психичка патња, осећање кривице...) који се по дефиницији јављају са продубљивањем увида у своју болест, током терапијског процеса. Међутим, отпори као одраз принципа задовољства, манифестују и избегавање личног психичког и физичког ангажовања током промене која је неопходна у терапијском процесу (манипулативна активност).

Зашто су отпори важни?

Отпори могу бити несвесни или свесни, а опасни су јер неразрешавањем истих долази до кризе, која може довести до прекида лечења. Отпори указују на важну тачку (актуелни проблем) у терапијском процесу. Баш оне идеје и помисли до којих се дође током терапије, а које пацијент „ са гнушањем...или осмехом” одбацује као дефинитивно погрешне („...то је бесмислено...неважно...моја приватна ствар”) су по дефиницији у том тренутку најбитније за терапијски процес.

Које врсте отпора постоје?

Као што је напред речено, отпори могу бити свесни и несвесни, те их сходно томе можемо поделити у следеће групе:

- **Трансферни отпор**

Трансферни отпор представља отпор према терапеуту, а психоаналитички посматрано, представља одигравање пацијентове неурозе у терапијској ситуацији са терапеутом. Тај отпор према терапеуту као “важној особи” (терапеут се идентификује са неком заиста важном особом из пацијентовог живота) може да се манифестује у једном од следећих облика:

- зависност од терапеута
- страх од терапеута
- непријатељство према терапеуту (стална критика терапеута, или такмичење са терапеутом по принципу “чик ме излечи”)

- **Отпор због “секундарне добити”**

То су отпори према одузимању разних “бенефиција” које са собом носи сама болест, а заснивају се на принципу задовољства, тј. избегавању одговорности (ове “добити” су углавном из материјалне и социјалне сфере).

- **Отпор потискивања**

Остварује се “примарна корист”, јер симптоми пружају заштиту од анксиозности, до које би довело освешћивање несвесних садржаја.

– **Отпори “оног”(ИД-а)**

То је несвесни отпор који представља манифестацију страха од нових и зрелих облика понашања, и тиме омогућава да стари обрасци понашања перзистирају

– **Отпори “над-ја”(СУПЕРЕГА)**

Ови отпори потичу од несвесног осећаја кривице и потребе за самокажњавањем (“не заслужујем да будем здрав – срећан”)

Како се отпори испољавају?

Сви отпори делују преко Ега (“ЈА”). Отпори се служе и изражавају кроз механизме Его обране. Најчешће се користи механизам интелектуализације, те се ови отпори зову “интелектуализирајући отпори”, мада се у пракси у мањој или већој мери сусрећу и сви други механизми Его одбране. Интелектуализација представља замену прораде потиснутог афекта интелектуалним разумевањем, и најчешће се сусреће код високообразованих пацијената, опсесиваца, или оних са блокираним афектима. Најчешћи показатељи постојања отпора су следећи:

1. **Реакције бекства**
2. закашњење, недолазак на терапију
3. размишљање и разговор о крају лечења
4. заборављање задатака или свеске за план и анализу дана
5. површни разговори, недостатак спонтаности у терапији
6. припремање „сеансе” унапред („шта ћу да кажем када ме пита терапеут”)
7. бежање у прошлост
8. ћутање...
9. **Реакције напада**

– тврдоглаво доказивање својих ставова

– ривализирање и критика терапеута

- **Реакције укочености**

– безпоговорно пристајање на сваки коментар и меру терапеута, без размишљања

– потреба за бесконачним лечењем

– самопотцењивање

Да ли се отпори јављају и код чланова породице?

Отпори су обавезни код зависника, али се по правилу јављају и код чланова породице). Неке од манифестација отпора код чланова породице су:

- **Отпори око уласка у терапијски процес**

Најчешће се јавља осећај „неправде” („...ем смо морали да га трпимо ем сада са њим морамо да улазимо у лечење”)

- **Отпор у прихватању позиције „копацијента”**

Чланови породице имају доживљај да њих „окривљујемо” за проблем у породици, а отпор је суштински везан за прихватање личне одговорности за дисфункционалност породице. Неспорно је да је за проблем зависности најодговорнији сам зависник, али је такође неспорно да се ова зависност не би развила да су се чланови породице другачије понашали.

- **Отпор око одбацивања старих „образаца понашања”**

Суштинска промена у породици је могућа само ако дође до промене код свих чланова породице. По системској хипотези, функционисање породице са чланом зависником је могуће само ако остали чланови компензују његову

нефункционалност. Значи, ако пацијент у току терапије поново преузме своје „породичне улоге“, други чланови породице такође морају да промене обрасце понашања на које су навикли.

- **Отпори због губитка „добити“**

Круцијално питање је: Зашто породица која види да један њен члан пропада, и да због тога трпи цела породица, не предузима годинама ништа конструктивно по том проблему? Одговор је лак, али тешко прихватљив члановима породице: Зато што из такве ситуације сви чланови породице имају неку добит, тј. користе се болешћу свог члана. Дефинитивно најтежи део терапијског процеса је препознавање и прихватање „добити“ чланова породице, од болести зависности свог члана.

- **Отпори због страха од промене**

Неизбежни епилог сваког успешног терапијског процеса је промена која се јавља као последица адекватног увида у проблем. Страх од промене је страх од неизвесности новог, који је иманентан свим људима, а увид у своје несврхисходно понашање је најбољи пут за превазилажење сваког отпора.

Шта радити када се појави отпор?

Разбијање и превазилажење отпора је могуће само кроз стицање увида и кроз прихватање неодложности промене зарад бољег функционисања појединца, али и породице у целини. Током терапије пацијент почиње отпоре да доживљава као одбрамбену реакцију страну Егу, те лакше прихвата интерпретације истих чиме се стварају предуслови за промену, тј. даљи напредак у терапији. Терапијски процес је изузетно напоран и захтеван и представља борбу између принципа задовољства и принципа реалности, односно представља неки вид закаснелог сазревања. С обзиром да изискује велики психички напор, стални утрошак енергије за разоткривање и превазилажење отпора, неопходно је константно продубљивати мотивацију за лечењем и јачати спољашњу мрежу подршке. Игнорисањем и нерешавањем отпора када се јаве, долази до њиховог акумулирања што се у третману манифестује у виду кризе. Значи, једино конструктивно решење у ситуацији када се јави отпор је анализа истог.

КАКО МОТИВИСАТИ ЗАВИСНИКА ДА СЕ ЛЕЧИ

Породица има централну улогу у лечењу било којег здравственог проблема, укључујући злоупотребу супстанци или зависничког понашања.

Резултати многих истраживања указују да је за успешну апстиненцију и квалитетну промену стила живота неопходно учешће што више чланова породице.

Мотивациона снага породице и свих њених субсистема (брачног, родитељског, сиблинг) не налази простора само у процесу мотивације зависника за лечењем. Породица је кључан фактор у свим фазама третмана – и мотивацији за лечењем, и у лечењу и рехабилитацији..

Породица је кључан фактор у свим фазама лечења.

Ацкерман је пророчки написао: “Није потребна велика машта да би се схватило да ће опстанак или уништење наше цивилизације умногоме зависити од разрешења конфликта у нашој култури по питању породичног живота и односа, тј. наша будућност зависи од менталног здравља породице”.

Почетна мотивација за улазак у лечење састоји се углавном од неког **спољашњег притиска** који долази из неколико праваца:

1. **Породица као главни мотивациони фактор**
2. Немогуће је не чинити ништа, а очекивати да се догоди нешто. Зависник неће потражити помоћ све док породица подржава његов зависнички животни стил. Неопходно је учинити нешто дијаметрално супротно дотадашњим обрасцима понашања у породици. Потребно је донети одлуке које могу и да „заболе“ родитеље или супружника, како би се зависник од коцке приволео на лечење.
2. **Здравствени разлози – психички проблеми (депресија, суицидалност...)**
3. **Условљавање од стране Центра за социјални рад или друге институције (суд, фирма, итд...)**

Мотивација са којом зависници приступају лечењу праћена је сталним отпорима у лечењу. Неопходна је активна подршка сарадника (породице), да коцкар развије суштинску мотивацију за лечењем, а за то је потребно време. Суштинска мотивација се јавља тек када зависник савлада своје отпоре и реално схвати и доживи сву тежину своје зависности, изражене кроз последице. На мотивацији је неопходно стално радити. Без дисциплине и самодисциплине у лечењу нема успеха!

Изазов је да зависник успешно заврши терапијски програм, али још теже је мотивисати зависника да прихвати да уђе у терапијски програм. На жалост не постоји универзални рецепт како да зависник од коцке прихвати третман, а још мање како да опстане у њему. Како би наставили своје деструктивно понашање, већина зависника живи у свету порицања (користећи разне одбрамбене тактике) – они или не мисле и поред свих последица да им је потребно лечење или су свесни да им је потребна помоћ, али нису вољни да уђу у терапијски програм који захтева

ангажовање и одрицање. Породица, углавном, зна да њиховом члану треба помоћ, али исто тако им је јасно да коначна одлука да „оздрави“ лежи на зависнику. Без обзира колико породица жели да има поред себе здраву особу лечење зависника није могуће уколико они сами не покажу мотивацију за лечењем! Иако не може нико на силу да се лечи (када је зависност у питању), постоји неколико ствари које може породица урадити да мотивише зависника за лечењем.

1. Признати проблем

Први корак да се помогне зависнику је да схвати да он или она у ствари имају проблем са патолошким коцкањем. У већини случајева свађе, или преклињање неће уродити плодом. Да би се водили конструктивни разговори неопходно је да породица „разуме шта је то патолошко коцкање“.

У разговору са зависником корисне су одређене смернице:

- Разговор започети разматрањем неких позитивних ствари између зависника и члана породице.
- Реченице започињите са „Ја“; користите реченице које су јасне и нису осуђујуће, нпр.: „Ја сам стварно забринут/а у вези овога што нам се дешава, мислим да нешто морамо да променимо у нашем животу.“
- Држити се конкретних тема (сходно циљу који је постављен): „Осећам се лоше када не долазиш кући у предвиђено време.“ „Ја сам забринут/а због финансијских проблема у нашој породици, не осећам никакву сигурност.“
- Усредсредити се на решења, пружати тачне информације о томе шта треба да се мења. Неопходно је добро се припремити за разговор, и упознати област патолошког коцкања.
- Треба бити спреман за одбијање, па чак и непријатељство. Не улазити у игру манипулисања које ће покушати зависник. Многи коцкари ће кривити брачног партнера или родитеље за проблем. Чврсто се држати циљева и онога шта је неопходно да се ради.
- **Подстицати одговорност и не прихватати зависников начин живота**

Већа је вероватноћа да ће зависник признати да има проблем са коцкањем ако породица престане да подржава његов зависнички стил живота. На пример, породица може да одбије враћање дугова или да и даље обезбеђује место за боравак у настојању да помогне зависнику да употпуни доживљај негативних последица коцкања.

Није циљ казнити зависника, већ једноставно суочити га са последицама свог понашања, тако да они почину да се питају да ли је коцкање корисно за њихов живот.

3. Укључивање шире мреже (породица, пријатељи) у процес мотивације

Када разговори један-на-један и последице нису довољне да зависник схвати тежину и укључи се у третман, интервенција „мреже“ може да помогне да зависник „схвати“ тежину болести и последице и да потражи стручну помоћ. Циљ интервенције је да се група блиских пријатеља и фамилија суоче са зависником и да инсистирају на томе да започне третман.

Иако интервенција мреже има репутацију „изненадне заседе“ или јаке конфронтације, добро испланирана интервенција је заправо израз љубави и саосећања са неким коме је помоћ потребна. У већини случајева, организатор интервенције окуља групу уже породице и пријатеља, обично 3-6 људи, чија су мишљења и подршка најважнији за зависника. Заједно, они формирају круг подршке око зависника.

Сваки учесник зависнику изражава љубав и забринутост и то описује на миран, једноставан начин. Свака особа даје конкретне примере инцидента који им изазивају бол, као и списак понашања који они више неће толерисати ако зависник одбије третман. Док ће неки зависници слушати смирено и пажљиво забринутост својих најмилијих, други ће одговорити бројним изговорима зашто они не могу да се посвете лечењу (нпр. трошкови лечења, обавезе на послу и друге обавезе). Али ту не треба одустајати већ наставити са притисцима за лечењем.

У великом проценту, након оваквих интервенција зависник ће ући у третман. Ако зависник одбија да прихвати лечење, породица мора да буде истрајна у обавезама које су договорене током интервенције и покушати поново за неколико дана или недеља. Уз стрпљење и упорност, на крају ће успети у мотивисању зависника да прихвати помоћ која им је потребна.

4. Преносити љубав и емпатију

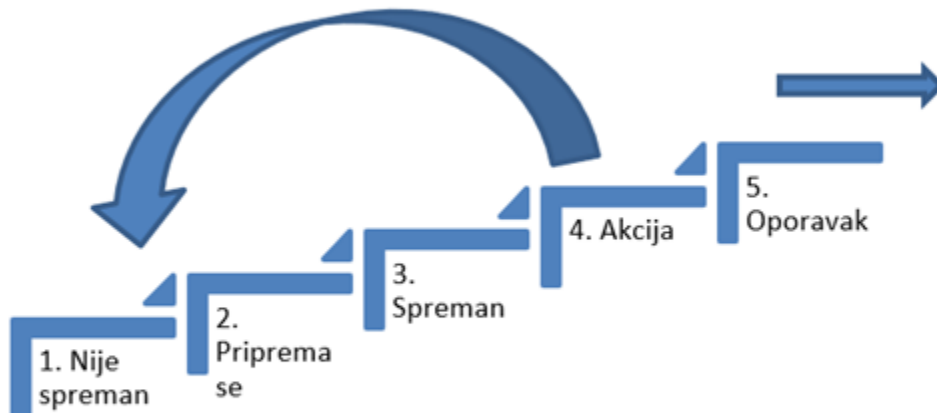
Нико не жели да слуша или да прихвати помоћ од некога ко их третира са презиром или осуђује као главне кривице. У свим покушајима да се допре до некога ко има проблем зависности, не треба заборавити и испољавање љубави и емпатије. Како зависник чини напредак, неопходно га је похвалити и охрабрити за даље кораке – лечење.

ЦИЉ	АПСТИНЕНЦИЈА И ПРОМЕНА СТИЛА ЖИВОТА
ЗАШТО	Апстиненција и промена стила живота ће довести до побољшања психичког и телесног здравља, као и до поправљања других последица (породичне, социјалне, професионалне)
УПОЗОРЕЊЕ	Уколико се не придржавају правила лечења рецидиви су чести!
НАЧИН	Потребно је зависнику одузети могућност манипулисања људима у свом окружењу
КАКО	Дисциплином и истрајношћу. Попуштања не сме да буде, јер сваки пут када попустите, неколико корака сте даље од циља.

ЗАПАМТИТЕ Зависност развија карактерне промене (зависничко понашање) које отежава мотивацију

МОДЕЛ ПРОМЕНЕ

Године 1977, Јамес Процхаска и Царло Ди Цлементе развили су модел фаза промена, који процењује спремност појединца да се укључи у третман. Модел фазе промене користан је за помоћ члановима породица да боље схвате мотивацију зависника за опоравак.



ФАЗА 1. – преразматрање

(НИЈЕ СПРЕМАН)

Зависници у овој фази не намеравају да предузму било какву активност у вези успостављања апстиненције и лечења. Неинформисани су или недовољно информисани о последицама. Вишеструки неуспешни покушаји промене могу довести до деморализације о способности промене. Предконтемплатори се често у другим теоријама карактеришу као отпорни, немотивирани или неспремни за помоћ. Чињеница је да традиционални програми нису били спремни за такве појединце и нису осмишљени тако да задовоље њихове потребе.

ФАЗА 2 – разматрање

(ПРИПРЕМА СЕ)

Фаза у којој се зависници намеравају променити у наредних шест месеци. Они су свеснији предности промена, али такође су јасно свесни недостатака. У метаанализи на 48 здравствених ризичних понашања, предности и недостаци промене били су једнаки (Халл & Росси, 2008). Ова тежина између трошкова и користи промене може произвести дубоку амбивалентност која може довести до тога да људи остану у овој фази дужи временски период. Овај феномен се често карактерише као хронична контемплација или одуговлачење са понашањем. Појединци у фази разматрања нису спремни за традиционалне акционо оријентисане програме који очекују да учесници одмах делују.

ФАЗА 3 – припрема

(СПРЕМАН)

Припрема је фаза у којој људи намеравају да предузму акцију у непосредној будућности, која се обично мери следећег месеца. Обично су већ предузели неке значајне акције у протеклој години. Ове особе имају план деловања, као што су придруживање теретани, саветовање саветника, разговор са лекаром или ослањање на приступ само-промене. То су људи које би требало регрутовати за програме оријентисане према акцијама.

ФАЗА 4 – поступак

(АКЦИЈА)

је фаза у којој су људи направили посебне очигледне модификације у начину живота у последњих шест месеци. Пошто је акција приметна, целокупни процес промене понашања често се изједначује са акцијом. Али у ТТМ-у, Акција је само једна од пет фаза. У овом се моделу обично све модификације понашања не сматрају акцијом. У већини примена људи морају да достигну критеријум за који се научници и професионалци слажу да је довољан да умањи ризик од болести. На пример, смањење броја цигарета или прелазак на цигарете са мало катрана и са мало никотина раније су сматране прихватљивим акцијама. Сада је консензус јасан – рачуна се само тотална апстиненција.

ФАЗА 5 – одржавање

(ОПОРАВАК)

је фаза у којој су људи направили посебне очигледне модификације у свом начину живота и раде на спречавању рецидива; међутим, они не примењују процесе промене тако често као људи у акцији. Док су у фази одржавања, људи су мање у искушењу да се понове и постају све самопоузданији да могу наставити са

променама. На основу података о самоефикасности, истраживачи су проценили да одржавање траје од шест месеци до око пет година. Иако се ова процена може чинити помало песимистичним, лонгитудинални подаци у извештају генерала хирурга из 2016. подржавају ову временску процену. Након 12 месеци непрекидне апстиненције, 43% појединаца вратило се редовном пушењу. Тек након 5 година непрекидне апстиненције ризик од рецидива опао је на 7% (УСДХХС).

Десет ефикасних катализатора за промену

1. **Подизање свести** – пружање информација о проблему. Интервенције могу укључивати запажања, интерпретације и библиотерапију.
 2. **Самооцењивање** – укључује процену осећаја и размишљања о себи с обзиром на проблематично понашање. Интервенције могу укључивати разјашњење вредности и уверења или очекивања.
- **Самоослобађање** – значи одабир и обавезу да делују или верују у способност промене. Интервенције могу укључивати технике повећања посвећености, терапију доношења одлука и “новогодишње” одлуке.
 - **Противкондиционирање** подразумева замену алтернатива суочавању са анксиозностима узрокованим понашањем везаним за супстанцу. Интервенције могу укључивати тренинг опуштања, десензибилизацију, асертивност и позитивне (мотивационе) поруке.
 - **Контрола стимулуса** значи избегавање или сузбијање подражаја који изазивају проблематично понашање. Интервенције могу укључивати избегавање проблематичних места и уклањање супстанци из нечијег окружења.
 - **Управљање појачањима** награђује себе или га други награђују за извршавање промена. Интервенције могу укључивати ванредне уговоре и отворено и прикривено појачање.
 - **Помагање у односима** – настаје тако што су отворени и верују у проблеме са људима којима је стало. Интервенције могу укључивати групе за самопомоћ, социјалну подршку или терапијски однос.
 - **Емоционално узбуђење** – укључују доживљавање и изражавање осећаја у вези са нечијим проблемима и решењима за њих. Интервенције могу укључивати играње улога и психодраму.
 - **Преиспитивање животног окружења** је процес процене на који нечији проблем утичу на лично и физичко окружење. Интервенције би могле укључивати обуку о емпатији и документарне филмове.

1. **Социјално ослобађање** укључује све веће алтернативе за проблематично понашање. Интервенције могу укључивати залагање за права потлачених и интервенције политике



Питање је времена док живот зависника не постане неподношљив како за њега, тако и за породицу, са озбиљним последицама и “непријатном боли” која онемогућава зависника да функционише у нормалним животним околностима. После почетне светлости у смислу “вау пронашао сам магију” и надолазећих тегоба (последица) јавља се и та логика од још увек присутне здраве личности “требало би да престанем”. Али, интензитет бола и присутне последице које је неопходно схватити да би неко пожелео промену су различити за сваку особу. То се често назива “дотоко сам дно”. За неке људе, дно може бити губитак посла, претње разводом, развод, непремостиве финансијске тешкоће или неподношљиви здравствени проблеми. За друге, бол и срамота морају бити много гори (хапшења, затвор, бескућништво) да би заиста желели бољи живот.

Колико бола ће требати да пожелеле да направе позитивне промене?

Неопходна компонента. Ако сматрају да је њихов живот достигао дубину безнађа, недостатак наде држи их у „оковима зависности“. Нада је кључна у стварању мотива за променом у животу ... надати се да се можете променити и надати се да ће им живот бити бољи ако буду успешни. Нада може доћи од члана породице, колеге, лекара, материјала за самопомоћ или чак песме. А кад почну осећати наду да могу окренути свој живот, наставите да се фокусирасте на било шта и на све што ће подстаћи ове осећаје наде.

После наде обавезно мора да иде и вера... Веровање у то што раде како би променили живот. Нада је пасивно стање, а вера је активно стање.

Разумевање важности живљења, знајући шта им је заиста важно и шта су им приоритети у животу могу им помоћи да остану мотивисани док започнете процес промена, што, искрено, никада није лако и често је баш тај први корак и најтежи. За многе људе остати жив и здрав за своју породицу врло је јак мотивациони фактор. А, ако је породица њихов разлог да желе да живе и унесу промене, мораћете да се концентришете на ову мотивацију, да друга искушења не би контролисала њих.

Проналажење нечег позитивног и узбудљивог осим зависности је кључ за мотивисање и “оздрављење” мозга. То је тешко учинити ако су у оковима зависности, али мало упорности, и како крећу путем опоравка, наћи ће друга занимања која их подстичу, осим дроге, алкохола, коцкања,... који ће заменити негативно понашање. Коначно, важно је имати и неки облик духовности (не нужно и религију). Ово ће их водити у дефинисању сопствених вредности и морала и промовисати одговорност, а све то ће помоћи у процесу опоравка. Препознавање зависности и потреба за променом је први корак, али обично није довољно. Управо је терапија (лечење) тај процес који побољшања мотивацију. Многи су успешно променили свој живот на боље.

Не постоји чаробни штапић!

Суштинска мотивација се јавља тек када зависник савлада своје отпоре и реално схвати и доживи сву тежину своје зависности, изражене кроз последице.

На мотивацији је неопходно стално радити!

Без дисциплине и самодисциплине у лечењу нема ни других промена!

РЕФЕРЕНЦЕ

Ackerman WN. Psihodinamika porodičnog života. Titograd: Pobjeda; 1987.

Babor TF, McRee BG, Kassebaum PA, Grimaldi PL, Ahmed K, Bray J. Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT): toward a public health approach to the management of substance abuse. *Subst Abus*, 2007; 28:3, 7–30.

Ball A.S., Carroll M.K., Canning-Ball M., Rounsaville J.B. Reasons for dropout from drug abuse treatment: Symptoms, personality, and motivation. *Addictive Behaviors* 2006; 31(2): 320-330.

Baumeister, R. F., & Nadal, A. C. (2017). Addiction: Motivation, action control, and habits of pleasure. *Motivation Science* 2017; 3(3): 179-195.

Hall, K. L., & Rossi, J. S. Meta-analytic examination of the strong and weak principles across 48 health behaviors, *Prev Med.* 2008 ;46(3):266-74.

Kenrick, D. T., Neuberg, S. L., Griskevicius, V., Becker, D. V., & Schaller, M. (2010). Goal-driven cognition and functional behavior: The fundamental-motives framework. *Current Directions in Psychological Science*, 19(1), 63-67.

Lažetić G. Alkoholizami narkomanija – razumeti i pobediti zavisnost. Beograd: Institut za mentalno zdravlje; 2011.

Maslow, A. H. (1970a). *Motivation and personality*. New York: Harper & Row.

Miller WR. Rediscovering fire: small interventions, large effects. *Psychol Addict Behav.* 2000 Mar;14(1):6–18.

Mladenović I, Lažetić G. Zavisnost od kockanja sa terapijskim priručnikom – drugo izdanje. Beograd: Čigoja štampa; 2018.

Prochaska J.O., DiClemente C.C., Norcross, J.C. In search of how people change: Applications to the addictive behaviors. *American Psychologist* 1992; 47: 1102-1114..

Prochaska J.O., Redding C.A., Evers K. The Transtheoretical Model and Stages of Change. In K. Glanz, B.K. Rimer & F.M. Lewis, (Eds.) *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice* (3rd Ed.). San Francisco, CA;2002.

SAMSHA. Enhancing Motivation for Change in Substance Abuse Treatment. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES Substance Abuse and Mental Health Services Administration. 2013.

Tay, L., & Diener, E. (2011). Needs and subjective well-being around the world. *Journal of Personality and Social Psychology*, 101(2), 354-356.

The Surgeon General's Report on Alcohol, Drugs, and Health U.S. Department of Health & Human Services (USDHHS). Washington, D.C. 2016.

НОВЕ ПСИХОАКТИВНЕ СУПСТАНЦЕ



Др Катарина Црнић

Специјална болница за болести зависности, Београд

Људска бића су склона истраживању ефеката различитих психоактивних субстанци на своју психу од античких времена. Бројне дроге су се смењивале на друштвеном миљеу њихових уживалаца, да би се током последње декаде та сцена потпуно променила, са продором ткз. нових психоактивних субстанци/НПС/. Број новорегистрованих НПС непрекидно расте, а њихова светска распрострањеност и преваленца корисника постаје алармантна и представља све већу опасност за јавно здравље бројних земаља(1). Оне су познате по различитим уличним именима- „легал хигхтс“, „хербал хигхтс“, батх салтс, парту пиллс, апхродисиац теа, ХуперДриве, НеуроБластер, сунтхетиц другс/сунтхетиц цоцаине, хербал ехтазу/, освеживачи ваздуха, тд. Лако су доступне, јефтине, набављају се преко интернета, или у боду сноп-овима, регулаторна контрола најчешће изостаје, јер је и њихов правни статус недефинисан. Њихова производња се одвија у нерегистрованим лабораторијама, највише у азијским земљама и у Индији, њихов хемијски састав је нерегулисан, често се ради о измењеним молекулима већ познатих дрога, или чак о токсичним синтетским једињењима, уз честе промене структуре. Нису детектабилне до сада коришћеним и познатим токсиколошким тестовима. То све доприноси бројним непознаницама у вези њихових фармаколошких и токсичних ефеката, клиничкој слици и терапијским усмерењима у третману било акутних интоксикација, било зависности и абстиненцијалних синдрома од ових субстанци. Клиничари најчешће нису довољно упознати са постојањем или деловањем НПС, а сусрећу се са њиховим, често животно угрожавајућим ефектима и компликацијама, нарочито међу адолесцентном популацијом(1)

Према дефиницији Униатед Натион Оффице оф Другс анд Цриме/ УНОДЦ/ термин НПС означава „супстанцу за злоупотребу, било чисту или измењену, која није контролисана Конвенцијом о наркотицима из 1961.г. или Конвенцијом о психотропним супстанцима из 1971.г., али може представљати опасност по јавно здравље“(2) .

Ова дефиниција обухвата групу веома различитих субстанци, које су се веома брзо развиле, почев од 2000.г. . а нарочито после 2010.г. и чија је идентификација веома отежана, с обзиром на честе измене фармаколошких и токсиколошких својстава. Такође, процена ризика по здравље конзумента је такође једна од непознаница.

Постоји више основних група НПС, према њиховом хемијском саставу- аминокиселине, синтетски канабиноиди, синтетски катинони, триптамини, фениламини, пиперазини, фенциклидини, синтетски опиоиди, супстанце на бази биља/ кратом, кхат/ и друге. И ова подела је симплификована и оквирна, јер се не могу све НПС са сигурношћу диференцирати према овим групама, нити су њихови ефекти, потентност и профил ризика у потпуности слични супстанцама од којих су изведени(3).

Према последњем извештају УН о дрогама/ Ворлд Друг Репорт/, 2018.г. постоји највише регистрованих синтетских канабиноида- 251 врста и синтетских катинона -148 врста(4).

УНОДЦ је недавно класификао НПС у шест категорија, према њиховом основном деловању: седативи/хипнотици/ на пр. НПС бензодиазепинског типа/, дисоцијативни/ на пр. десцхлорокетамин/, халуциногени/ на пр. Н-Метхулбензулметхохупхенуламин-25И-НБОМе/, стимуланси/ на пр. диметхулцатхиноне/, синтетски канабиноид рецептор агонисти/ на пр. АБ-ПИНАЦА/ и синтетски опиоиди/ фентанилски и нефентанилски опиоиди/

Зависно од временског периода посматрања, раширеност употребе НПС је у периоду од 2000-2010. била већа у државама света са нижом економијом, док се од 2010-2017. слика мења, те њихова употреба постаје значајна и у државама са богатијом економијом. Епидемиолошки подаци су несистематизовани, с обзиром да нису спровођене довољно детаљне студије.

Према новијим подацима Еуропеан Мониторинг Центре фор Другс анд Друг Аддицион/ЕМЦДДА/ од 2019.г. у популацији одраслих је преваленца употребе НПС нижа- око 1% него у популацији младих, где се креће од 1-8%. Ситуација у Србији, дата у извештају од 2017.г., у оквиру пројекта ЕМЦДДА, није представљена бројчано, али се наводи да је током претходних година примећен пораст преваленције синтетичких стимуланса и других НПС, чија употреба се дешава у ноћним клубовима и на великим музичким фестивалима(6).

Од како су НПС почеле да се прате од стране светских и европских мониторинских центара, од 2004. до сада, почев од 2010.г. сваке године се бележи од око 50 до чак 100 нових супстанци. У периоду од 2009. до 2017. је регистровано 803 НПС(2).

Према подацима УНОДЦ, закључно са децембром 2018. у највећем проценту-36% од свих НПС се користе синтетски стимуланси(катинони), затим синтетски канабиноиди- 39%, халуциногени 15%, синтетски опиоиди 7%, док су дисоцијативи и седативно-хипнотичку са по 3% најмање заступљени. Истиче се да је двоструко увећан број регистрованих синтетских опиода у употреби- њих 62, као и проценат корисника у односу на претходни извештај од 2016.г. што кореспондира са актуелном опиоидном кризом(4).

Клиничке слике, повезане са злоупотребом НПС, се категоришу као акутне интоксикације, што је чешће, јер се НПС најчешће користе у одређеним приликама (изласци, музички догађаји) или као зависност. Акутне интоксикације различитим врстама НПС су тешке, са бројним психициким и телесним симптомима, често животно угрожавајућим и са фаталним исходима. Постављање адекватне дијагнозе је неизвесно, дијагностички лабораторијски тестови за дроге у главном нису примењиви на НПС. У третману се користи симптоматска интернистичка и психијатријска терапија јер не постоје специфични антидоти, сем за групу

синтетских опиоида, (налтрехоне). Пацијенти са тежим компликацијама се збрињавају у јединицама интензивне неге.

Зависност од НПС се ређе описује него акутне интоксикације, с обзиром да се НПС обично злоупотребљавају повремено, током дружења, излазака, музичких догађаја, разних других окупљања младих(7,3). Зависност има карактеристике везане за одређену врсту и ефекте субстанце, али се наглашавају значајно већи ризици интоксикација и предозирања, с обзиром на променљиви састав субстанци, мешање са другим субстанцама и непознату, често велику потентност у односу на оригиналну субстанцу.

Јављају се обично у групама НПС са највећим процентом злоупотребе, као што су синтетски канабиноиди и синтетски катиони. Дијагностички и терапијски протоколи се не разликују од оних примењених на зависнике од оригиналних субстанци, уз уважавање посебних карактеристика НПС и ризика, који су за њих карактеристични. И у дијагностици и у третману се наглашава поштовање принципа дефинисаних важећим ме.дјународним класификацијама и националним водичима добре клиничке праксе (8, 3) .

Изазови у мониторингу и контроли злоупотребе НПС су бројни. Пораст мотивације за злоупотребу НПС подстакнут је бројним факторима- њихова лака доступност , ниска цена , недетектабилност рутинским друг-сцреенинг тестовима, прикривена присутност у наводно безбедним биљним и козметичким производима, некомплицован начин конзумације- пилуле, спреу итд. Све је више извештаја о порасту врста НПС, броја конзументата широм света и о озбиљним здравственим компликацијама, које прате злоупотребу НПС, нарочито тешких интоксикација, са оштећењем виталних органа и често са смртним исходима(1,8).

Конвенционални приступ мониторингу и контроли НПС не даје адекватне резултате. Динамична природа НПС тржишта захтева систем за мониторинг, који ће брзо и проактивно регистровати сигнале – ткз. догађаје од значаја, који могу представљати могући ризик за јавно здравље и извештавати о њима са минималним одлагањем, у оквиру неколико часова или дана. То би омогућило увремењену идентификацију субстанце, која изазива највећу штету, формирање приоритета за одлуке и интервенције за смањивање ризика . Неке организације су већ прихватиле одлике овог новог приступа у свом раду, на пр. ЕМЦДДА- Еарлу Варнинг Систем(5) .

НПС су изазов и за међународни систем за контролу дрога, као и за националну и регионалну контролу.

У овом тренутку су напори усмерени према идентификацији НПС, које би биле приоритет за разматрање, због њихове преваленце коришћења и потенцијалног ризика за здравље. У Европи, формиран је тростепени правни оквир, који подразумева рано упозорење, одређивање ризика и брзе контролне мере, што би требало да омогући детекцију, разматрање и одговор на претњу јавном здрављу од

стране НПС. Неке земље (Данска, Велика Британија, Израел) су прибегле закону о привременој забрани, да би се испитала одређена НПС и одредили њени потенцијални ризици по здравље и евентуално уврстила на листу опасних лекова (субстанци). Законска регулатива није увек јасно дефинисана и различита је, често променљива од земље до земље(1,5,8).

Одговор јавног здравља и клиничара је претежно мотивисан акутним интоксикацијама са НПС и порастом предозирања и смртних случајева повезаних са НПС у различитим земљама. С обзиром на недостатак специфичних тестова за НПС, развијени су водичи клиничке дијагностике и третмана (на пр. Новел Псуцхоактиве Треатмент УК Нетворк- НЕПТУНЕ), чији су принципи представљени у поглављу Клиничка слика и третман. Препоручује се развој централизованих лабораторија, способних за успешну детекцију НПС или коришћење токсиколошких лабораторија(8).

С обзиром на често сензационалистичка саопштавања медија о појединим случајевима интоксикација и смрти повезаних са НПС, предлаже се и шира едукација јавности и подизање свести о природи опасности од коришћења НПС, специфичности потреба њихових конзументата и њихово усмеравање на већ постојеће сервисе одн. здравствене организације које се баве корисницима дрога(8).

Будући развој и распрострањеност НПС је тешко предвидети. Могуће је да ће у развијеним земљама опадати број новооткривених психоактивних субстанци захваљујући развијеном систему надзора и контроле, али постоје индикатори погоршања ризика од развоја штетних здравствених компликација, повезаних са злоупотребом НПС. Такође, могуће је ширење злоупотребе НПС у земљама са средње и ниже развијеном економијом, које имају мање капацитете за адекватну контролу и где се могу испољити теже здравствене импликације(1). Стога је неопходна подршка развоју националних и регионалних система надзора и повезивање у мрежу националних и међународних организација.

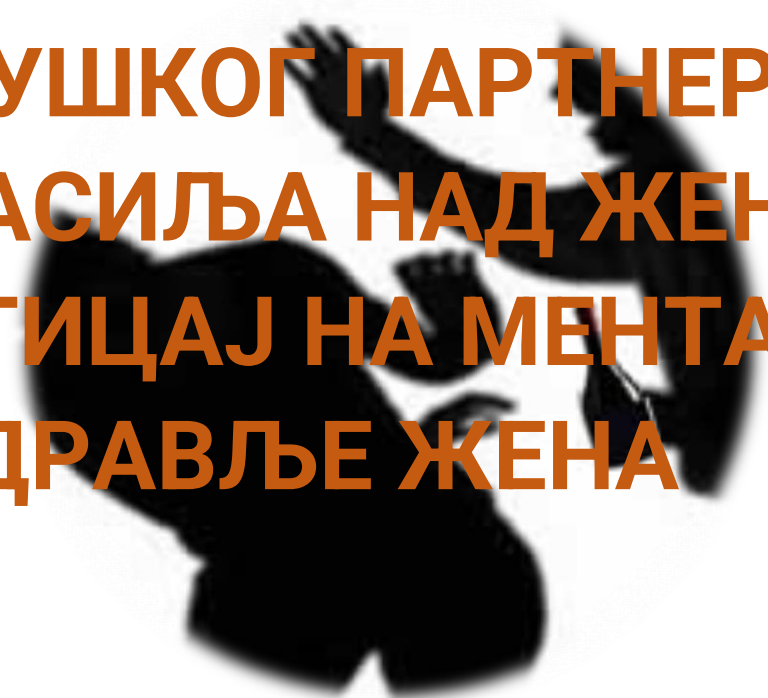
Иако се процеси глобализације, могућности брзе комуникације интернетом могу оптуживати за подстицање производње, транспорта и дифузије НПС у различите делове света и друштва, на начин који је тешко контролисати и регулисати, они се могу искористити за борбу са њима, путем проактивног детектовања нових субстанци, брзе измене информација о њиховој могућој штети по здравље и успостављање координисаног одговора – локалног, националног и интернационалног на утврђене ризике.

Тешкоће у налажењу адекватног одговора на НПС могу мотивисати промену нашег начина размишљања и делања, како би се одговорило на много динамичније и комплексније моделе конзумације дрога и зависности, него што су били они у прошлости(3).

ЛИТЕРАТУРА

- 1.A Peacock, R Bruno, N Gisev, L Dagenhardt, W Hall, R Sedefov, J White, KV Thomas, M Farrell, P Griffiths. New psychoactive substances: challenges for drug surveillance, control, and public health responses. Lancet 2019; 394:1668-84 www.thelancet.com
- 2.L.Fattore, AM. Weinstein. Editorial: Novel Psychoactive Drugs. Frontier Psychiatry 2019; 10:119 www.ncbi.nlm.nih.gov
- 3.K Crnić, M Todorović, I Timotijević. Kliničke karakteristike i specifičnosti tetmana zavisnika od sintetičkih opioida. Zbornik sažetaka XI Nedelje bolničke kliničke farmakologije Sekcije za kliničku farmakologiju SLD 2019: 56 -57
- 4.News: February 2019- UNODC-SMART Portal of the UNODC ICE Programme www.unodc.org
- 5.The EU Early Warning System on new psychiatric substances(NPS) www.emcdda.europa.eu
- 6.SRBIJA situacija u oblasti droga2017- Pregled www.emcdda.europa.eu
- 7.F Scott Hall, KA Miczek. Emerging threats in addiction: will novel psychoactive substances contribute to exacerbating the ongoing drug overdose epidemic? Psychopharmacology 2019; 236 : 839-843 www.link.springer.com
- 8.K Kadam. New psychoactive substances: An emerging epidemic. Annals of Indian Psychiatry 2019; 3(2): 86 www.researchgate.net

АЛКОХОЛ- ФАКТОР РИЗИКА ЗА ПОЈАВУ МУШКОГ ПАРТНЕРСКОГ НАСИЉА НАД ЖЕНАМА И УТИЦАЈ НА МЕНТАЛНО ЗДРАВЉЕ ЖЕНА



др сци мед Наташа Достанић, спец. психијатрије
Специјална болница за болести зависности, Београд

Насиље на женама је значај проблем широм света. Према подацима Светске здравствене организације, скоро свака четврта жена широм света доживи физичко и/или сексуално насиље у току свог живота (Wong et al., 2014), а та учесталост је још већа код жена чији мужеви/партнери имају зависност од алкохола (Wilson et al., 2017). Значајан предиспонирајући фактор за испољавање мушког партнерског насиља над женама је конзумирање алкохола. Једна трећина насиља над женама се деси под дејством алкохола (Reingle et al., 2014). Конзумирање алкохола спада у индивидуалне факторе ризика за настанак партнерско насиља. Социоколошки модел објашњава настанак партнерског насиља као резултат деловања више фактора на понашање појединца. Партнерско насиље настаје међусобном интеракцијом следећих фактора: индивидуалних фактора, фактора партнерског односа, фактора уже средине и фактора друштва (Abramsky et al., 2011; Djikanovic et al., 2010).

Акутна интоксикација аколом, нарочито тешка пијанства, и конзумирање већих количина алкохола у једној прилици, олакшавају испољавање агресије мушкараца према женама. Алкохол утиче на расуђивање и когницију, мења перцепцију. Особа је дезинхибована, тешко прихвата конструктивно решавање проблема, инхибиторни механизми су ослабљени (Leonard et al., 2017; Wilsom et al., 2017). Особа под дејством алкохола, тешко може јасно да сагледа ситуацију, одређено понашање партнера може да доживи као увреду или потенцијалну неправду и да испољи провокативно и насилничко понашање, без размишљања о могућим последицама. Јасно је да конзумирање алкохола да доведе до агресивног понашања и мушкараца и жена, али ефекти су изаженији код мушкараца (Giancola et al., 2009). Истраживања су показала да конзумирање алкохола код мушкараца представља значајнији фактор у испољавању партнерског насиља над женама, него што је то случај када је у питање конзумирање алкохола код жена (White et al., 2002). Према студијама које су обухватиле појединце и парове укључене у третман лечења од алкохолизма, преваленца мушког партнерског насиља над женама пре почетка лечења била је у опсегу од 50%-60%. Подаци су указивали да је насиље присутно у данима интензивног конзумирања алкохола (Chase et al., 2005). Студије спроведене на ургентним трауматолошким одељењима такође потврђује већу учесталост мушког партнерског насиља над женама у акутној алкохолној интоксикацији. Истраживање спроведено у Србији које је укључило жене чији се партнери лече од алкохолне зависности је показало да је физичко насиље доживело скоро половина жена (46,1%), а 16,3% жена је доживело сексуално насиље од стране свог садашњег партнера. Готово све жене које су доживеле сексуално насиље биле су изложене и физичком насиљу (88,2%). Процент жена које су доживеле физичко или сексуално насиље износио је 48,1% (Dostanic et al., 2021).

Жене чији су партнери алкохоличари, у већем су ризику, чак дупло више да доживе неку повреду или различите друге здравствене проблеме у односу на жене чији партнери не конзумирају алкохол. Студије су показале да ове жене доживе већи

број негативних животних дођаја за 46% више током протеклих 12 месеци и имају нижи квалитет живота за 11% (Dawson et al., 2007).

Партнерско насиље се може испољити као физичко насиље, психолошко насиље, сексуално насиље и као разни облици контроле понашања партнерке (Karakut et al., 2014). Последице партнерског насиља могу бити директне и акутне (повреда, фатални исход), могу бити директне и хроничне (хронична болест, неспособност, инвалидитет) и индиретне (снижен квалитет живота, и смањени здравствени капацитети).

Физичко партнерско насиље обухвата различите форме агресивног понашања које може довести до различитих телесних повреда и које угрожава интегритет жене. Физичко насиље може да се манифестује као гурање, шамарање, ударање, чупање за косу, гађање предметима, коришћење ватреног оружја, оштрих предмета и др. Телесне повреде које настају, могу бити механичке (посекотине, ишчашења зглобова, напрснућа, фрактуре костију) и физичке (опекотине). Ова оштећења и повреде могу у извесном броју случајева витално угрозити живот жртве и довести до фаталног исхода. Физичко насиље може проузроковати и функционалне здравствене поремећаја код жртве. Најчешће се јављају хронични болни синдром, иритабилни колон, синдром иритабилне мокраћне бешике. Психолошко партнерско насиље подразумева константно омаловажавање, вређање и понижавање од стране партнера, као и застрашивање да ће се извести физичко или сексуално злостављање. Под сексуалним партнерским насиљем се подразумева присиљавање на обљубу или са њом изједначене радње уз употребу физичке силе или претње, понижавајући сексуални однос као и одбијање права на употребу средстава за заштиту. Разни начини контролисања понашања жртве подразумева њихову социјалну изолацију, закључавањем у кућу, затим онемогућавање подршке околине, породице и пријатеља, финансијска зависност од партнера, рестрикција образовања и запошљавања (Campbell, 2002)

Партнерско насиље над женама повећава ризик за појаву менталних поремећаја њихових партнерки. Пост трауматски стресни синдром и депресија су најучесталије менталне болести које се јављају као последице изложености насиљу од стране пратнера (Machisa et al., 2017; Oram et al., 2014) Према мета анализи из 1999.године просечна преваленца менталних поремећаја код жена које су биле жрте партнерског насиље износила је 47,6% за депресију у 18 студија; за ПТСД 63,8% у 11 студија, за суицидност 17,9% у 13 студија и за конзумирање алкохола код жена 18,5% у 10 студија (Golding, 1999).

Истраживање које се бавило психијатријским морбидитетом код жена које су биле жртве насиља од стране својих партнера алкохолних зависника у Индији потврђује досадашње податке. Према Dandu и сарадницима 37,6% испитаница које су претрпеле пратнерско насиље је испунило критеријуме за неки психијатрији поремећај (Dandu et al., 2019). Учесталост психијатријских поремећаја је већа код жена које су претрпеле партнерско насиље од стране својих партнера алкохолних

зависника у односу на жене које нису претрпеле партнерско насиље, а такође имају партнере алкохолне зависнике. За депресију преваленца износи 40,5% у односу на 18,5% код жена које нису биле жртве насиља (Ariyasinge et al., 2015). Ови подаци се односе за подручје Шри Ланке, а нешто ниже су вредности укупне преваленце за депресију на подручју Мексика, али и даље постоји значајна разлика у преваленци депресије код жена које су доживеле партнерско насиље од мужева алкохоличара 25% у односу на оне које нису доживеле насиље 8% (Medina-Mora & Lara, 2005). Преваленца анкиозних поремећаја у овој популациној групи жена показује ниже вредности и резултати студија које су извели Indu и сарданици указују на укупну преваленцу од око 10% за анксиозне поремећаје (Indu et al., 2018).

Према истраживању спроведеном у Србији најважнији појединачни предиктор лошег исхода менталног здравља жена била је изложеност насиљу које су починили њихови партнери зависни од алкохола у последњих 12 месеци. Према овом истраживању изложеност партнерском насиљу је повећало шансу за појаву благе депресије за више од пет пута код испитаница, односно, 22 пута за појаву умерена/тешка депресија (Dostanic et al., 2021). Слични су резултати добијени у учесталости појаве умерене/тешке анксиозности, при чему је мушко партнерско насиље повећало шансе за појаву анксиозности код испитаница за три пута (Dostanic et al., 2021).

Јасно је да постоји комплексан однос између конзумирања алкохола мушкараца и алкохолне зависности са једне стране и испољавања мушког партнерског насиља са друге стране, као и њиховог директног и индиретног утицаја на ментално здравље жена, њихових партнерки.

Последице зависности од алкохола и мушког партнерског насиља, њихов однос и утицај на ментално здравље жена, њихових партнерки су тема многобројних истраживања и студија уназад тридесет година. Али упркос томе и даље су присуне дилеме и питања која су отворена и које су остала без јасних и директних одговора: „Које интервенције треба да обухватају терапијски протокли у третману зависника од алкохола у циљу смањеног испољавања мушког партнерског насиља према женама/партнеркама и очувања менталног здравља жена и коме све, ове интервенције треба да буду намењене?“ (Leonrad & Quigley, 2017).

Референце

- Abramsky, T., Watts, C. H., Garcia-Moreno, C., Devries, K., Kiss, L., Ellsberg, M., Jansen, H. A., & Heise, L. (2011). What factors are associated with recent intimate partner violence? findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *BMC Public Health*, 11, 109. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-109>
- Campbell J. C. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *Lancet* (London, England), 359(9314), 1331–1336. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)08336-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08336-8)
- Dandu, A., Bharathi, S., & Dudala, S. R. (2017). Psychiatric morbidity in spouses of patients with alcohol related disorders. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 6(2), 305–310. https://doi.org/10.4103/jfmpe.jfmpe_331_16
- Dawson, D. A., Grant, B. F., Chou, S. P., & Stinson, F. S. (2007). The impact of partner alcohol problems on women's physical and mental health. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 68(1), 66–75. <https://doi.org/10.15288/jsad.2007.68.66>
- Dostanic N, Jovanovic M, Djikanovic B, Stamenkovic Z, Đeric A. The Association Between Family Violence, Depression and Anxiety Among Women Whose Partners Have Been Treated for Alcohol Dependence. *Journal of Family Violence* 2021; DOI10.1007/s10896-020-00238-1
- Djikanovic, B., Jansen, H. A. F. M., & Otasevic, S. (2010). Factors associated with intimate partner violence against women in Serbia: A cross-sectional study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 64(8), 728–735. <https://doi:10.1136/jech.2009.090415>
- Djikanovic, B., Lo Fo Wong, S., Simic, S., Marinkovic, J., Van Heel, C., & Largo-Jansen, A. (2015). Physicians' Attitudes and Preparedness to Deal with Intimate Partner Violence Against Women in Serbia. *Journal of Family Violence*, 30, 445–452. <https://doi.org/10.1007/s10896-015-9708-8>
- Giancola PR, Levinson CA, Corman MD, Godlaski AJ, Morris DH, Phillips JP, Holt JC. Men and women, alcohol and aggression. *Experimental and Clinical Psychopharmacology* 2009;17(3):154–64
- Golding, J.M. (1999). Intimate Partner Violence as a Risk Factor for Mental Disorders: A Meta-Analysis. *Journal of Family Violence*, 14, 99–132. <https://doi.org/10.1023/A:1022079418229>
- Indu, P. V., Jinu, C. R., Pallikkal, N. R., Sampathkumar, R., & Joy, J. (2018). Experience of Domestic Violence and Psychological Morbidity in Spouses of Alcohol-Dependent Males. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 40(4), 322–327. https://doi.org/10.4103/IJPSYM.IJPSYM_38_18
- Karakurt, G., Smith, D., & Whiting, J. (2014). Impact of Intimate Partner Violence on Women's Mental Health. *Journal of Family Violence*, 29(7), 693–702. <https://doi.org/10.1007/s10896-014-9633-2>

Karriker-Jaffe, K. J., & Greenfield, T. K. (2014). Gender differences in associations of neighborhood disadvantage with alcohol's harms to others: a cross-sectional study from the USA. *Drug and Alcohol Review*, 33(3), 296–303. <https://doi.org/10.1111/dar.12119>

Leonard, K. E., & Quigley, B. M. (2017). Thirty years of research show alcohol to be a cause of intimate partner violence: Future research needs to identify who to treat and how to treat them. *Drug and alcohol review*, 36(1), 7–9. <https://doi.org/10.1111/dar.12434>

White HR, Chen PH. Problem drinking and intimate partner violence. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* 2002;63(2):205–14., Levinson CA, Corman MD, Godlaski AJ, Morris DH, Phillips JP, Holt JC. Men and women, alcohol and aggression. *Experimental and Clinical Psychopharmacology* 2009;17(3):154–64.

Wilson, I. M., Graham, K., & Taft, A. (2017). Living the cycle of drinking and violence: A qualitative study of women's experience of alcohol-related intimate partner violence. *Drug and alcohol review*, 36(1), 115–124. <https://doi.org/10.1111/dar.12405>

Wong, J., & Mellor, D. (2014). Intimate partner violence and women's health and wellbeing: impacts, risk factors and responses. *Contemporary nurse*, 46(2), 170–179. <https://doi.org/10.5172/conu.2014.46.2.170>

РУКОВОДСТВО СЕКЦИЈЕ



Председник секције

Прим. Др Горан Лажетић, психијатар, породични психотерапеут



Запослен на Клиничком одељењу Клинике за болести зависности Института за ментално здравље у Београду са дугогодишњим искуством из области болести зависности и „здрав стил живота”. Шеф Клиничког одељења Клинике за болести зависности Института за ментално здравље.

Аутор и коаутор бројних стручних и истраживачких радова презентованих на међународним и домаћим конгресима, објављеним у националним и страним часописима. Одржао више предавања на разним семинарима и трибинама са темом „Зависност од Интернета“ и „алкохолизам и наркоманија”.

Предавач у оквиру Едукативних курсева за здравствене раднике и сараднике, и предавач у оквиру двосеместралних семинара.

Аутор књига: Интернет – господар или потчињени (2006), Алкохолизам и наркоманија – разумети и победити зависност (2011), Патолошко коцкање – са приручником за самопомоћ (2012), Национални водич добре клиничке праксе за дијагностиковање и лечење алкохолизма (2013), Изгубљени у виртуелном свету – Зависност од интернета и видео игара (2014), Водич за одговорно пијење алкохола (2014)...

Члан републичке стручне комисије за превенцију злоупотребе алкохола и алкохолизма.

Члан европске асоцијације психотерапеута (ЕАП).

Назив примаријуса додељен 27.04.2021.

Од 24.11.2021. именован од стране Медицинског факултета у Београду за ментора дела специјалистичког стажа.

Е маил: lazetic.goran@gmail.com

Потпредседник секције

Др Александар Вујошевић, психијатар

Запослен у Специјалној болници за болести зависности од 2001. године. Актуелно на месту руководиоца одељења Интезивне и полуинтезивне неге СБЗБЗ. Од 2013 године председник Заједнице клубова лечених алкохоличара Србије. 2018/ члан Владине комисије за борбу против наркоманије у основним и средњим школама, Учествовао активно на трибинама организованим у београдским средњим и основним школама са циљем едукације деце, родитеља и наставног особља. 2019/ изабран за едукатора едукатора од стране МЗ РС за рад са школском децом везано за болести зависности



Објављивање рада(коаутор) у стручном часопису Енграми 2008 године –” Психотицна епизода код политоксикомана, после акутне иноксикације антихолинергицима

Сараник у изради “ Водича добре праксе за лечење опијатских зависника“

Сарадник у изради приручника “ Рад у болестима зависности за лекаре опште праксе.“

Аутор у изради приручника за „Рад у саветовалисту за дроге“

Аутор „Смерница за лечење опијатске зависности“ писан за потребе фонда РФЗО 2014 године

Више предавања у току 2018 и 2019 у организацији УНОДЦ

Више предавања на многобројним међународним и домаћим симпозијумима, конгресима и научним скуповима од 2008 године

Учествовање у многобројним програмима превенције од 2008 године.

Е маил: aleksvujo@gmail.com

Секретар секције

Др Марија Дабетић, психијатар

Марија Дабетић је психијатар и психотерапеут под супервизијом Рационално Емотивно Бихејвиоралне Терапије (РЕБТ), Института Алберт Елис (Њујорк). Додатно је упозната са системском породичном терапијом болести зависности, едукацију из системске породичне терапије је започела ове године. Своје искуство у раду са психијатријским пацијентима стицала је у оквиру специјалистичког стажа на Клиници за психијатрију Клиничког центра и у Дому здравља “Савски венац”, где је поред улоге психијатра, психотерапеута била и одговорни лекар Центра за болести зависности и супституциону терапију здравља. Самостално радила на уводјењу и корекцији доза метадона и бупренорфина, психотерапијском раду као и на програмима смањења штете. Поседује знање о најновијим психоактивним супстанцама, злоупотреби, и епидемиолошким подацима у тој области. Током 2011 и 2012 ангажована од стране Невладине организације „Веза“ као предавач, на тему етилологије и биолошке компоненте зависности. Циљ тренинга је био упознавање здравствених радника са болестима зависности и психоактивним супстанцама. Од 2019. г ради у Институту за ментално здравље у Београду на Клиници за болести зависности, у Дневној болници и на клиничком одељењу, у програмима лечења алкохолизма, патолошког коцкања и политоксикоманије системском породичном терапијом.



Е маил: marijaandrijevic@hotmail.com

УПУТСТВО АУТОРИМА



ВРСТЕ РАДОВА

Сви радови које објављује часопис Хемијска индустрија, морају бити оригинални уз то да нису претходно објављени.

Часопис објављује следеће врсте радова (број у загради односи се на број страна текста без табела и слика):

- оригиналне научне радове
- прегледне радове
- стручне радове
- писма уреднику са различитом тематиком упућена првенствено уредништву часописа.
- стучне радове који представљају преглед одређене теме што је посебно атрактивно за младе лекаре
- представљање књига и догађаја

ПРИПРЕМА РУКОПИСА

Рукописи треба да буду написани на српском језику – ћирилица.

ПРИПРЕМА ТЕКСТА

Рукописи морају бити припремљени као MS Word документи (.доц, .доцх или .ртф). При куцању рукописа користити фонт Цалибри величине 12, двоструки проред (А4 формат) и маргине од 2,5 цм са сваке стране. Неопходно је да рукопис садржи све слике и табеле на одговарајућем месту у тексту, а не на крају рукописа.

Фусноте би требало избегавати. Стране морају бити нумерисане редом од самог почетка рукописа.

НАСЛОВНА СТРАНА

Прва страна рукописа треба да садржи: наслов, имена и презимена свих аутора, као

и назив и место институција у којима раде. Наслов рада треба да је пре свега сажет и информативан, али и атрактиван.

Скраћенице не треба користити у наслову рада, са изузетком уобичајено коришћених израза (нпр. ДНК, НМР). Различите институције аутора треба означити арапским бројевима у експоненту иза имена аутора као и испред назива институције. Употребити знак * за особу задужену за преписку. Име аутора задуженог за преписку дати на дну насловне стране са називом и пуном адресом институције у којој ради, укључујући и електронску пошту.

АПСТРАКТ

На другој страни рукописа дати извод рада у једном параграфу који садржи 150-200 речи. На крају рада после

Кључне речи: Дати до 6 кључних речи после сваког извода (на српском и енглеском језику). Не користити речи који се појављују у наслову.

СТРУКТУРА РАДА

Рад треба да буде подељен у јасно дефинисане и нумерисане секције, односно да садржи: Увод, Експериментални део, Резултате и дискусију и Закључак. Подсекције такође треба нумерисати, нпр. 1.1. (затим 1.1.1, 1.1.2..), 1.2. итд.

(Извод се не укључије у нумерисане секције). Кроз текст рукописа се треба позивати на нумерисане секције, не наводити само "у тексту" или "у поглављу...". Свака подсекција треба да има кратак наслов наведен у посебном реду текста.

УВОД - У Уводу дати циљ истраживања, као и приказ релевантних информација за рад. Избежавати детаљан преглед литературе или резултата других истраживања.

ЕКСПЕРИМЕНТАЛНИ ДЕО (или Материјали и методе)- Експериментални део треба да садржи јасне спецификације свих материјала (чистоћу и назив и државу произвођача) и инструмената (назив и државу произвођача) који су коришћени у раду. Примењене методе треба описати детаљно, тако да се могу репродуковати. За поступке познате у литератури дати одговарајуће литературне наводе и описати евентуалне измене. Неопходно је да се наведе број поновљених експеримената или репликата. Уз то, препорука је да се укључи одељак о статистичкој обради резултата.

Приказ новосинтетисаних једињења у раду треба да буде праћен адекватним доказима о њиховој карактеризацији (тачка топљења

или тачка кључања, УВ-Вис, ИР, НМР, МС и/или анализа елемената). Уколико су једињења позната, навести одговарајуће литературне наводе (нпр. за тачку топљења).

РЕЗУЛТАТИ И ДИСКУСИЈА - Резултати и дискусија могу бити написани одвојено или заједно. Резултате изнети сажето, а у дискусији упоредити значај резултата са релевантним подацима из литературе, али не понављати резултате. Критичка дискусија резултата је неопходна у оригиналним научним радовима и прегледним радовима.

ЗАКЉУЧАК - Закључак треба да прикаже збирно главне резултате и закључке рада.

НОМЕНКЛАТУРА (по слободном избору) - Номенклатура није обавезна, али ако аутори желе могу укључити у рукопис листу симбола који се користе у раду.

ЗАХВАЛНИЦЕ – Захвалнице треба свести на минимум.

Број 1. Година 2023.

Уредништво: Председништво секције

**Секција за болести зависности
Српско лекарско друштво
Џорџа Вашингтона 24, БЕОГРАД**

<https://sld.in.rs/>

<https://sld.in.rs/sekcije/bolest-zavisnosti/>