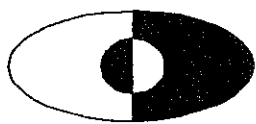


**BORISLAV ĐUKANOVIĆ
IVAN DIMITRIJEVIĆ
JOVAN BUKELIĆ
ZLATKO STOJOVIĆ
JASMINA KNEŽEVIĆ-TASIĆ
MILOŠ BEŠIĆ**

ILUZIJA STVARNOSTI – ALKOHOL I DROGE



CID

SoCEN

PODGORICA

2001

BIBLIOTEKA
SLIKA VREMENA

Urednik
DRAGAN K. VUKČEVIĆ

Recenzenti
PROF. DR JOVAN MARIĆ
DR SCI MED. BRANKO GAČIĆ

Za izdavača
ŽARKO RADONJIĆ

Ovaj istraživački projekat sproveden je
uz pomoć Instituta za otvoreno društvo Crne Gore

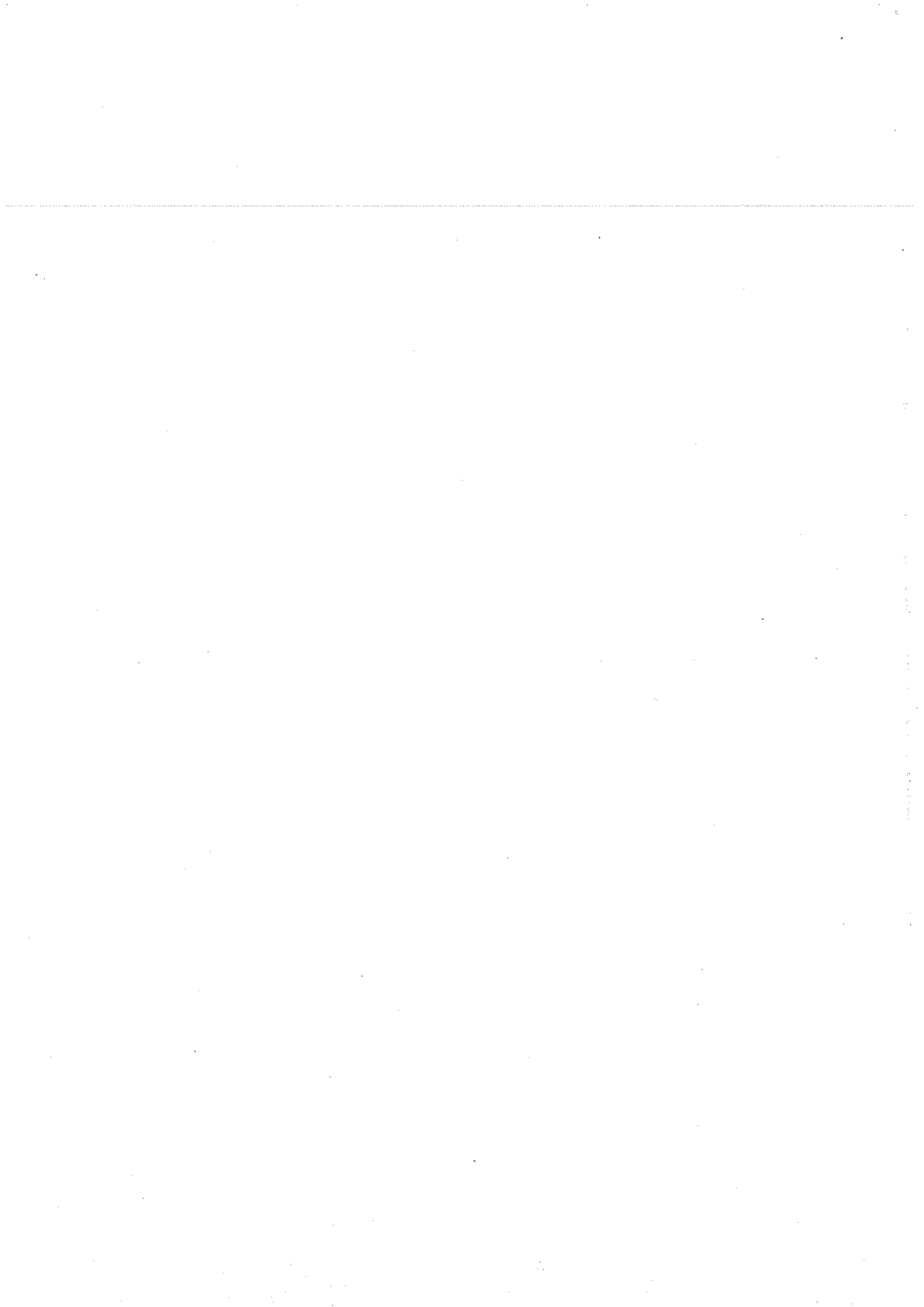
Možda nijedna od savremenih socijalno-patoloških pojava nije među mladom populacijom tako zastupljena kao zloupotreba najraznovrsnijih prirodnih i sintetičkih psihoaktivnih supstanci. Do prije dvije decenije upotreba i zloupotreba psihoaktivnih supstanci među mladima bile su toliko rijetke da nijesu imale značajnije individualne, a pogotovu ne, društvene implikacije. Danas je raširenost upotrebe, zloupotrebe i zavisnosti od psihoaktivnih supstanci među učenicima crnogorskih osnovnih i srednjih škola, dobila karakter ozbiljnog socijalno-političkog problema. Posebno zbog učestalosti upotrebe i zloupotrebe „teških” droga, između crnogorskih učenika i učenika sličnog uzrasta u nekim evropskim zemljama, ne postoje značajne razlike. Učenici crnogorskih osnovnih i srednjih škola značajnije ne zaostaju u pogledu upotrebe i zloupotrebe nekih psihoaktivnih supstanci, ni za američkim učenicima sličnog uzrasta.

Pored ovih osnovnih epidemioloških nalaza, ovim istraživanjem željeli smo da ukažemo na brojne psihološke, psihosocijalne i demografsko-sociološke faktore rizika za nastanak i razvoj zloupotrebe i zavisnosti među mladima Crne Gore što je, po našem uvjerenju, od prvorazrednog značaja za izbor adekvatnih preventivnih programa, ranu socijalnu dijagnostiku zloupotrebe i terapiju adolescentnih narkomana. Te ambiciozne ciljeve ne bismo ostvarili da nije bilo finansijske pomoći Ministarstva za obrazovanje i nauku Crne Gore i posebnog razumijevanja ministra Dragana Kujovića, na čemu mu ovom prilikom izražavamo veliku zahvalnost.

Posebnu zahvalnost dugujemo glavnom uredniku CID-a, akademiku prof. dr Draganu Vukčeviću, koji nam je u velikim istraživačkim naporima pružio značajnu podršku, a direktoru CID-a Žarku Radonjiću što je, zajedno sa svima pomenutim, doprinio publikovanju ove voluminozne studije.

Borislav Đukanović

OPŠTI DIO



KONCEPCIJA ZAVISNOSTI – RAZVOJ TEORIJSKIH MODELA

Jasmina Knežević – Tasić

MORALNI MODEL ZAVISNOSTI. – Prema ovom modelu zavisnik je osoba kojoj nedostaju moralne kočnice da odoli iskušenju. Društvo je, na primjer, doživljavalo alkoholičara kao osobu slabog karaktera i snage volje. Moralna osuda alkoholizma u SAD bila je na vrhuncu u vrijeme Prohibicije. Iako je ovaj model davno prevaziđen, mnogi još uvijek doživljavaju zavisnosti kao rezultat moralnog posrnuća, pa čak i nedostatka inteligencije.

MODEL BOLESTI. – Nakon prevaziđenog i neadekvatnog moralnog modela pojavila se teorijska koncepcija zavisnosti kao bolesti. Ovaj model ne stigmatizuje i ne osuđuje kao prethodni. Prema njemu, ponašanje zavisnika uslovljeno je fizičkom zavisnošću, a njen razvoj određuju nasljedni fiziološki predisponirajući faktori.

Ideja o alkoholizmu kao bolesti sreće se prvi put početkom XIX vijeka, u radovima američkog ljekara Benjamina Rusha. Savremenu verziju ovog modela prvi je, kasnih 1940-ih, uveo E. M. Jellinek sa saradnicima iz Yale, Centra za izučavanje alkoholizma (Jellinek, 1960). Jellinekovo polazište dobilo je potvrdu 1956. godine kada je Američko ljekarsko društvo zvanično proglasilo alkoholizam bolešću. Poslije ovoga, model bolesti prihvatile su mnoge prestižne grupacije, od Nacionalnog savjeta za alkoholizam do SZO.

Koje su glavne prednosti ovoga modela? Sagledavanje alkoholizma kao bolesti i uklanjanje moralne stigme ohrabрили su i podstakli mnoge alkoholičare da potraže medicinsku pomoć za svoj problem. Ovaj pristup oslobađa ih odgovornosti i krivice za svoje stanje. Njihova bolest, kako im se poručuje, slična je drugim biološkim poremećajima, i oni za nju nisu ništa više krivi nego što je to, na primjer, dijabetičar za svoj poremećaj. Pretpostavlja se da, usljed genetske predispozicije, bolest postoji u latentnom (pritajenom) obliku, čak i prije nego što budući alkoholičar dođe u kontakt sa alkoholom. Takođe se pretpostavlja da bolest ostaje aktivna i za vrijeme apstinencije, pa i kada ona traje godinama. Za alkoholičara, u tom slučaju, kažemo da je privremeno u remisiji. O alkoholizmu se, u ovom kontekstu, govori kao o hronično recidivirajućoj bolesti.

KLASIFIKACIJA

Psihoaktivne supstance

Psihoaktivnim nazivamo sve one supstance koje mijenjaju stanje svijesti, opažanje, mišljenje i ponašanje. Neke od ovih supstanci otklanjaju osjećaj bola, druge smanjuju anksioznost, a većina prouzrokuje euforiju koja postaje osnovni motiv za zloupotrebu.

Psihoaktivne supstance se najčešće klasifikuju prema djeйстви. Razlike u pojedinim klasifikacijama uslovljene su dvojakim djeйствиom određenih supstanci kao što su kanabinoidi ili psihodelični amfetamini. U klasifikaciji prema djeйстви, koju ćemo predstaviti kao prototip, ovakve supstance pojavljuju se u objema grupama čija karakteristična svojstva posjeduju.

U odnosu na djeйстви razlikujemo sljedeće grupe psihoaktivnih supstanci:

Psihostimulansi

Depresori CNS

Psihodelici (Halucinogeni)

Inhalansi (Isparljivi rastvarači)

I. Psihostimulansi

Kokain (kokainhidrohlorid, slobodna baza kokaina, crack–kokain)

Amfetamini (amfetaminsulfat, dextroamfetamin, metamfetamin, Ice, psihodelični amfetamini – MDA, MDMA, MDE, itd.)

Analozi amfetamina i srodni stimulansi (kofein, efedrin, metilfenidat, fenmetrazin, pemolin, itd.)

Nikotin

Mada se psihostimulansi definišu kao supstance koje povećavaju aktivnost centralnog nervnog sistema, njihovo djeйстви se, u suštini, odvija u dvije faze. U prvoj dolazi do privremenog povećanja koncentracije dopamina i noradrenalina, neurotransmitera koji izazivaju pojačanu mentalnu i fizičku aktivnost. U drugoj fazi dolazi do pada ovih neurotransmitera ispod prvobitnog nivoa, što ima za posljedicu sasvim suprotne efekte – depresiju, letargiju, bezvoljnost. Ovaj pad raspoloženja rađa potrebu za novom dozom. Što se stimulansi duže koriste, depresija koja se javlja u drugoj fazi sve više se produbljuje. Primjer za ovo je tzv. „postkokainska depresija”. Mada ne stvaraju fizičku zavisnost, psihostimulansi imaju veoma visok adiktivni potencijal. Pri njihovom korišćenju brzo dolazi do potpunog gubitka kontrole i snažne kompulzije.

II. Depresori centralnog nervnog sistema

1. *Barbiturati* (amobarbital, fenobarbital, sekobarbital, pentobarbital, tiopental itd.)
2. *Benzodiazepini* (hlordiazepoksid, diazepam, hlorazepat, lorazepam, midazolam, nitrazepam, prazepam, oxazepam, bromazepam, alprazolam itd.)
3. *Ostali hipnosedativi* (alkohol, glutetimid, meprobumat, hloralhidrat, itd.)

Prirodni i polusintetski opijati (opijum, morfijum, kodein, heroin, oksikodon, oksimorfon itd.)

Opioidi – sintetski analgetici koji ispoljavaju svoje dještvo vezjući se za opijatske receptore (buprenorfin, metadon, fentanil, pentazocin, meperidin itd.)

U zavisnosti od doze, ove supstance izazivaju sve stepene depresije centralnog nervnog sistema. Hipnosedativi, u nižim dozama, izazivaju sedaciju, u nešto višim dozama deluju kao hipnotici, a ako se doze dalje povećavaju nastupiće opšta anestezija, a zatim koma i smrt. Opijati imaju svojstvo analgetika, supstanci koje otklanjaju osjećaj bola pri očuvanoj svijesti. Uz analgeziju opijati izazivaju euforiju koja je osnovni motiv za zloupotrebu. Opijati izazivaju depresiju centra za disanje, što dovodi do fatalnog ishoda pri predoziranju.

III. Psihodelici

LSD i srodni psihodelici (DET, DMT, psilocibin)

Psihodelični amfetamini (meskalin, MDMA /Extasy, Adam/, MDA /Droga ljubavi/, MDE / Eve/, MMDA, itd.)

Disocijativni anestetici (PCP, ketamin, PCE, TCP, itd.)

Kanabis (hašiš, marihuana)

U ovu grupu spadaju raznorodne susptance čije dještvo nije tako predvidljivo kao dještvo klasičnih psihostimulansa i depresora CNS. Ono varira u zavisnosti od motiva za uzimanje, očekivanja, okruženja. I međusobno, ove droge se veoma razlikju prema svojim efektima. Ono što im je zajedničko jeste da izazivaju širok spektar psiholoških efekata, značajno mijenjaju raspoloženje, emocije, kognitivne funkcije i doživljaj sopstvenog tijela). One čine mnogo više od jednostavnog povećanja ili smanjenja mentalne aktivnosti – parališu cenzuru koja sprečava prodor iz nesvjesnog u svjesni dio ličnosti. U stanjima intoksikacije u svijesti se pojavljuju sadržaji i iz individualnog i iz kolektivnog nesvjesnog. Nagli prodor

potisnutih sadržaja u svjesni dio ličnosti dovodi do toga da se kod mnogih psihički nestabilnih i emotivno nezrelih osoba eksperimenti sa psihodelicima završavaju kao „bad trip” – stanje u kome je osoba preplavljena strahom koji izazivaju sadržaji iz sopstvenog nesvjesnog.

IV. Inhalansi (isparljivi rastvarači)

1. *Alifatični nitriti* (amilnitrit, butilnitrit, izobutilnitrit)
2. *Alifatični i aromatični ugljovodonici* (butan, benzin, nafta, itd.)
3. *Halogenirani ugljovodonici* (hloroform, metilhloroform, halotan, trihloretlen itd.)
4. *Ketoni* (acetan, metiletil keton, metilbutil keton, metilamil keton, itd.)
5. *Freoni* (kriofluoran, dihlortetrafluorometan, itd.)
6. *Alkoholi i glikoli* (metil-alkohol, izopropil alkohol, etilen glikol, metilceluloza)
7. *Inhalatorni anestetici* (azotni oksid, halotan, dietiletar, izofluran, metoksifluran).

Mnogi proizvodi koji se koriste u domaćinstvu i industrijski proizvodi sadrže psihoaktivne isparljive materije. Zloupotrebi ovih najčešće jeftinih i lako dostupnih materija pribjegavaju djeca i mladi na uzrastu od 9 do 15 godina. Pored kratkotrajne euforije, ove supstance izazivaju i niz neprijatnih simptoma. Agresivnost, nekritičnost i lažan osjećaj svemoći navode ove mlade na nepromišljene i opasne postupke pri čemu se često povređuju ili stradaju. Inhalansi ponekad mogu dovesti do naglog razvoja aritmije kod mladih i inače zdravih osoba i „sindroma iznenadne smrti uslovljene inhalansima”.

Poremećaji uslovljeni psihoaktivnim supstancama

Sve psihoaktivne supstance, svojim neposrednim i dugoročnim dejstvom, mogu prouzrokovati organske mentalne poremećaje. One grubo remete složene neurohemijske i neurofiziološke procese, stvarajući uslove za razne poremećaje moždanih funkcija (svijesti, kognitivnih funkcija, emocija i ponašanja). Razmotrićemo ukratko kako su ovi poremećaji predstavljeni u najznačajnijim savremenim klasifikacijama ICD-10 i DSM-IV.

Složenost problema vezanih za korišćenje ilegalnih supstanci upravo odražavaju promjene u terminologiji do kojih dolazi svaki put kada se neki profesionalni ili politički odbor sastane da o njima diskutuje.

ICD-10

U ICD-10 u poglavlju „Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja zbog upotrebe psihoaktivnih supstanci” pod terminom „psihoaktivna supstanca” podrazumijevaju se alkohol, opijati, kanabinoidi, sedativi i hipnotici, kokain, drugi stimulansi, uključujući kofein, halucinogeni, duvan i isparljivi rastvarači. Za razliku od DSM-IV, u ovoj klasifikaciji isparljivi rastvarači smatraju se psihoaktivnim supstancama. Ne pravi se razlika između legalnih i ilegalnih supstanci.

ICD-10 je klasifikacija koja slijedi alfanumeričku šemu šifara, tj. zasniva se na jednom slovu i dva broja. Kada se radi o poremećajima nastalim zbog upotrebe psihoaktivnih supstanci, prve dvije cifre poslije slova F (F 10 – F 19) označavaju vrstu supstance, dok treća i četvrta cifra (poslije tačke) označavaju kliničko stanje, odnosno specifičnu prirodu poremećaja. Treća cifra tako određuje da li se radi o akutnoj intoksikaciji, štetnoj upotrebi, sindromu zavisnosti, apstinencijalnom sindromu, apstinencijalnom sindromu sa delirijumom, psihotičnom poremećaju, sindromu amnezije, itd. U slučaju zloupotrebe više psihoaktivnih supstanci pri postavljanju dijagnoze izdvaja se ona koja se najčešće, odnosno najredovnije koristi i čija je zloupotreba skopčana sa najviše posljedica i problema. Ako nije moguće izdvojiti dominantnu supstancu, ako postoji pravi politoksikomanski obrazac zloupotrebe, koristi se šifra F 19 (poremećaji nastali upotrebom brojnih droga).

U slučajevima kada je to adekvatno upućuje se na druga poglavlja. Na primjer, ukoliko je aktuelno pogoršanje već postojeće psihoze uslovljeno jednokratnim uzimanjem psihoaktivne supstance adekvatnije je da u prvom planu bude dijagnoza psihoze, a ne poremećaja uslovljenog upotrebom psihoaktivnih supstanci.

Za razliku od DSM – IV, ICD – 10 sadrži posebno poglavlje (F 55) gdje su klasifikovani poremećaji uslovljeni supstancama koje ne izazivaju zavisnost (antidepresivi, laksativi, analgetici tipa aspirina i paracetamola, antacidi, steroidi i drugi hormoni, vitamini, biljni i narodni lijekovi itd.)

DSM-IV

U DSM-IV, psihoaktivne supstance su označene samo kao „supstance”. Neke materije koje nesumnjivo utiču na funkcionisanje centralnog nervnog sistema, kao što su isparljivi rastvarači, ovdje nijesu uvršćene. Ne pravi se oštra razlika između legalnih i ilegalnih supstanci s obzirom da se mnoge legalne supstance nabavljaju na ilegalan način i koriste se bez preporuke ili čak protivno preporuci ordinirajućeg ljekara (benzo-

diazepinski preparati, na primjer). Termin „supstanca” adekvatniji je i širi od termina „droga” s obzirom da se u engleskom govornom području termin „drug” koristi za hemijske materije proizvedene sintetskim ili polusintetskim putem. Mnoge supstance koje se zloupotrebljavaju su prirodnog porijekla (opijum, kanabinoidi, halucinogene gljive ...) ili se proizvode sintetskim putem, ali im nije namjena da se unose u organizam (lijepci, bronza itd.).

Dijagnostički entiteti iz poglavlja „Poremećaji povezani sa supstancama” (Substance – Related Disorders) mogu se naći i u drugim poglavljima DSM-IV, kao što su „Poremećaji raspoloženja”, „Anksiozni poremećaji”, „Shizofrenia i drugi psihotični poremećaji”, „Poremećaji spavanja” itd. što naglašava diferencijalnu dijagnozu ovih poremećaja, s jedne strane, a s druge strane ukazuje na pojavu da jedna ista supstanca može izazvati čitav spektar neuropsihijatrijskih simptoma i sindroma.

Terminološka određenja

Zavisnost od supstanci

SZO je 1964. god. donijela zaključak da termin adikcija (addiction) više nije naučno zasnovan i preporučila da se zamijeni terminom zavisnost od droga (drug dependence). Konceptcija zavisnosti ima dva aspekta: bihevioralni i fiziološki. Bihevioralni aspekt podrazumijeva aktivnosti koje su motivisane žudnjom za drogom i obrasce patološke upotrebe. Fiziološki aspekt se odnosi na efekte brojnih intoksikacija i podrazumijeva pojave kao što su tolerancija i apstinencijalni sindrom. Fizička zavisnost podrazumijeva metaboličko prilagođavanje organizma na stalno prisustvo droge.

Srodan termin adikcija u međuvremenu dobio je neprikladno, pežorativno značenje, koje ignoriše koncepciju zavisnosti kao bolesti i vezuje se ne samo za zloupotrebu supstanci već i za druga kompulzivna, takozvana adiktivna ponašanja (kockanje, krađa, pretjerivanje u jelu, egzibicionizam itd.). Popularno korišćenje ovog termina kao na primjer u frazi TV adikcija doprinijelo je njegovoj trivijalnosti.

Za postavljanje dijagnoze „sindrom zavisnosti” u ICD 10 klasifikaciji neophodno je da budu zadovoljena bar 3 od ponuđenih 6 dijagnostičkih kriterijuma:

- 1) snažna žudnja ili kompulzija da se uzme supstanca;
- 2) gubitak kontrole ponašanja u odnosu na supstancu (supstanca se uzima češće i u većim količinama nego što to osoba namjerava; iako postoji želja, pokušaji da se smanji ili kontroliše njeno korišćenje uglavnom su bezuspješni);

- 3) javljanje apstinencijalnog sindroma kada se smanji doza ili obustavi korišćenje supstance;
- 4) tolerancija na efekte supstance (potreba za značajnim povećanjem doze da bi se postigli željeni efekti ili slabljenje efekta iste doze);
- 5) preokupiranost supstancom i njenim korišćenjem i zapostavljanje alternativnih zadovoljstava i interesovanja. Znatno vreme se troši na aktivnosti vezane za nabavku supstance, njeno korišćenje ili oporavak od njenih efekata;
- 6) kontinuirano korišćenje supstance uprkos štetnim posledicama.

Dijagnostički kriterijumi u DSM-IV suštinski se ne razlikuju od ovih, što ukazuje da se danas pri postavljanju dijagnoze zavisnosti sve veći akcenat stavlja na dinamiku odnosa osobe prema supstanci, na njene reakcije i ponašanje kao i na uticaj koji korišćenje supstance ima na kvalitet života. U obje klasifikacije moguće je bliže odrediti tok zavisnosti i da li postoji ili ne fizička zavisnost. Dijagnozu zavisnosti moguće je znači postaviti i u odsustvu fizičke zavisnosti ukoliko su zadovoljeni drugi kriterijumi (postojanje žudnje, kompulzija, gubitak kontrole i nastavak upotrebe uprkos štetnim posledicama). Sve više se prepoznaje značaj koji fenomen kompulzije, odnosno prinude da se uzima supstanca, ima u dinamici zavisnosti, te onda, ovaj kriterijum postaje osnova za definisanje zavisnosti. Drugi bihevioralni i kognitivni fenomeni kao što je preokupiranost, opsjednutost drogom, gubitak kontrole i nastavak upotrebe uprkos štetnim posledicama su u tijesnoj vezi sa fenomenom kompulzije ili direktno proističu iz njega. I sama zavisnost se, u skladu sa tim, definiše kao opsesivno-kompulzivna bolest. Kompulzija potiče iz hipotalamusa, iz onog dijela mozga gdje se generišu nagoni. Žudnja i kompulzija, po kvalitetu su slične nagonskoj potrebi, a po intenzitetu mogu se mjeriti sa ukupnim zbirom svih nagonskih potreba.

U ICD-10 definisana je i štetna upotreba kao obrazac upotrebe koji izaziva oštećenje fizičkog ili mentalnog zdravlja. S obzirom da je ovakva upotreba supstanci najčešće i socijalno neprihvatljiva, posljedice se javljaju i na socijalnom planu.

U DSM IV definisana je zloupotreba supstanci kao maladaptivan obrazac korišćenja supstance koji izaziva štetne posljedice po zdravlje pojedinca, njegovo profesionalno i socijalno funkcionisanje i interpersonalne odnose. To može biti neuspjeh u ispunjavanju obaveza na radnom mjestu, školi ili u kući, ponavljano korišćenje supstanci u situacijama u kojima to može biti opasno (npr. vožnja u stanjima intoksikacije), svađe u kući i slično.

Odbrambeni sistem zavisnika

Proces zavisnosti polako prožima sve aspekte života mlade osobe. Uporedo sa razvojem zavisnosti, odnosno gubitkom kontrole i razvojem prinude da se uzima droga razvija se cio sistem psiholoških odbrana. Mehanizam odbrane je obrazac i stil ponašanja, osjećanja i mišljenja koji se pokreće kao reakcija na opaženu psihološku opasnost. Ovom nesvjesnom reakcijom uklanjamo ili umanjujemo psihološke konflikte koji uzrokuju anksioznost. Slično bolu, anksioznost je signal da postoji problem na koji treba obratiti pažnju. U idealnom slučaju, anksioznost nas motiviše da preduzmemo nešto povodom toga, na primjer da razriješimo neki unutrašnji konflikt. Do kakvih to unutrašnjih konflikata dovodi zavisnost? Osnovni konflikt podrazumijeva gubitak kontrole i nastavljanje *zloupotrebe uprkos štetnim posljedicama*. Postoji evidentan rascjep između svjesne namjere i ponašanja. Zavisnik nije u stanju da svjesno, razumom i snagom volje kontroliše intenzivnu žudnju za drogom koja potiče iz limbičkog sistema (iz onog primitivnijeg dijela mozga koji predstavlja sjedište osjećanja i nagona). Dio limbičkog sistema je i takozvani „centar za zadovoljstvo” čijom aktivacijom većina psihoaktivnih supstanci izaziva euforiju. Pored gubitka kontrole, kod većine zavisnika javlja se i osjećaj krivice zbog same zloupotrebe i zbog problema koje prave sebi i drugima. Poricanjem, racionalizacijom, minimiziranjem, projekcijom, euforičnim sjećanjem ... zavisnik se brani od bolnog saznanja da je izgubio kontrolu nad svojim životom. Iste ove mehanizme odbrane koriste i članovi porodice zavisnika. Oni ih drže u lažnom uvjerenju da je porodica zdrava i da nema potrebe za promjenama. Pomoću ovih odbrana zavisnik i njegova porodica privremeno uspijevaju da pobjegnu od surove realnosti zavisnosti. Da bismo razumjeli zavisnost i psihologiju zavisnika moramo razumjeti ove odbrane.

Svakome od nas u nekim trenucima realnost postane nepodnošljiva, te koristimo mehanizme odbrane da se psihološki zaštitimo. Mehanizmi odbrane, prema tome, mogu imati odbrambenu funkciju, ali, ako onemogućavaju sagledavanje realnosti tokom dužeg vremenskog perioda postaju nezdrave i opasne.

Poricanje

Poricanje je nesvjesni, iracionalni odbrambeni mehanizam kojim osoba izbjegava da opazi i prizna sebi neku značajnu činjenicu očiglednu svima drugima. Svaki zavisnik dugo poriče da problem zavisnosti uopšte postoji, a ono što najupornije poriče je gubitak kontrole. U radu sa njima

veoma često čujemo konstatacije tipa „Ja nijesam narkoman, ja samo šmrčem heroin.” Ili „Ja se redovno tuširam i vodim računa o izgledu, nijesam kao oni narkomani.” Ili „Ja mogu da ostavim drogu kad god hoću”. Kada poricanje same zavisnosti postane neodrživo zavisnik će obično poricati da mu je potrebna pomoć da riješi svoj problem. Većina zavisnika ima više bezuspješnih i naivnih pokušaja samoliječenja prije nego što prihvati stručnu pomoć. U kasnijem toku zavisnik može poricati da postoji bilo kakvo rješenje za njegov problem. Svaki zavisnik grčevito izbjegava da razmišlja o budućnosti, što je takođe vid poricanja, njegove misli i planovi dosežu samo do sljedeće doze. Isuviše bi bilo zastrašujuće otvoreno se suočiti sa svim onim što ga, kao zavisnika, čeka u narednim mjesecima i godinama. Kod višegodišnjih zavisnika svako smisleno planiranje budućnosti zamjenjuje se irealnim fantazijama tipa: „Odseliću se na Tajland, (ili negdje drugo gdje je jeftina droga) i živjeću tamo srećno do kraja života.”

Minimiziranje

Kao i poricanje i minimiziranje je nesvjesni odbrambeni mehanizam koji onemogućava objektivno sagledavanje realnosti. Osoba je djelimično svjesna realnosti, odnosno samo jednog dijela svog problema. Upravo usljed korišćenja ove odbrane, zavisnici često nijesu svjesni količine droge koju koriste i uopšte dimenzija svog problema. Rijetko kada su u punoj mjeri svjesni i težine posljedica koje zavisnost ostavlja na njih i njihovu okolinu.

Na primjer, kada pacijent u razgovoru sa terapeutom izvještava o daleko manjoj dnevnoj dozi heroina od one koju stvarno koristi, ili kada onaj koji uzima svaki ili svaki drugi dan heroin tvrdi da to čini „povremeno” nije riječ o svjesnom laganju, već o nesvjesnom samoobmanjivanju. Samo djelimično svjesni realnosti, ovi pacijenti zaista vjeruju u ono što govore.

Racionalizacija

Racionalizacija podrazumijeva korišćenje socijalno prihvatljivih, ali netačnih objašnjenja za sopstveno neprimjereno ponašanje. Ova objašnjenja su obično utješna i služe da se prikriju stvarni motivi koji su u osnovi ovih postupaka. Zavisnici često koriste racionalizaciju kada prvi put probaju neku drogu („Uzeću heroin da pokažem ovim slabićima kako nije ni kakav problem skinuti se sa toga”, ili „Svi mladi u ovom gradu su na nečemu”), da nađu opravdanje zašto nastavljaju da koriste drogu i onda ka-

da su očigledne štetne posljedice („Zavisnike ne uništava heroin nego krize”, ili „Samo da obavim još ovaj posao pa ću onda da prestanem da uzimam.”), da nađu objašnjenje za posljedice, ili da nađu neki razlog zbog koga izbjegavaju odlazak na liječenje.

Intelektualizacija

Osoba koja koristi ovaj nesvjesni mehanizam odbrane u nastojanju da izbjegne ona bolna iskustva, ignoriše sva svoja osjećanja i neprestano se usredsređuje na razmišljanje i logiku. Ovakva tendencija je često prisutna kod zavisnika, koji djeluju kao da su izgubili kontakt sa sopstvenim osjećanjima i da nijesu svjesni kako se osjećaju drugi (na primjer, zavisnik koji je upravo prodao za drogu rođendanski poklon, koji je dobio od roditelja, može ih ubjeđivati kako je to ionako bila njegova svojina i da oni nemaju pravo da se upliću u to što će on sa njome raditi).

Projekcija

Ovim nesvjesnim odbrambenim mehanizmom osoba svoja sopstvena neprihvatljiva (i neprepoznata) osjećanja, vjerovanja, impulse, motive, uvjerenja i misli neopravdano pripisuje drugima. Zavisnici često okrivljuju druge za posljedice sopstvenih postupaka.

Navedene odbrane su primarne odbrane koje koriste svi zavisnici i koje dovode do toga da oni dugo i grčevito odbijaju da prihvate činjenicu da problem zavisnosti uopšte postoji. Kako zavisnost napreduje uz ove odbrane javljaju se i tipične distorzije pamćenja – potiskivanje, amnezije i euforično sjećanje. U kombinaciji, ove tri odbrane onemogućavaju sjećanje na događaje koji su se odigrali u periodima intoksikacije.

Potiskivanje

Potiskivanje je psihološki izazvan period amnezije. Osoba nije u stanju da prizove u sjećanje određene, najčešće traumatske doživljaje ili neprihvatljive misli, osjećanja i želje. Ovaj odbrambeni mehanizam je često zdrav i normalan; on sprečava da ona sjećanja koja su za nas bolna ili kojih se stidimo prodru u svjesni dio ličnosti i izazovu konflikte i anksioznost. Zavisnici često potiskuju sjećanja na postupke kojih bi se inače stidjeli (povraćanje na javnom mjestu, umokravanje u krevetu, krađe, bez-

očne laži, agresivnost ispoljenu prema članovima porodice ili prijateljima, itd.). Ovo potiskivanje je nepoželjno s obzirom da su ovakva ponašanja neposredna posljedica zavisnosti i to je upravo ono što treba upamtiti.

Amnezije (Blackouts, Palimpsest amnezije)

Amnezija predstavlja gubitak pamćenja za određeni, duži ili kraći, vremenski period koji može, između ostalog, biti izazvan i djelovanjem psihoaktivnih supstanci. Zavisnicima se dešava da se ne sjećaju kako su se našli na određenom mjestu, ili kako su se vratili kući, ili da sa nevjericom slušaju kako im drugi pričaju o nepriličnom ponašanju tokom perioda za koji imaju amneziju. Čak i tada odbiće da u to povjeruju i optužice druge da lažu ili kuju zavjeru. Amnezije se obično dešavaju osobama koje su razvile visoku toleranciju na alkohol ili droge.

Euforično sjećanje

Kao i amnezije i euforično sjećanje predstavlja oštećenje pamćenja izazvano psihoaktivnim supstancama. Međutim, dok potiskivanje i amnezije predstavljaju nemogućnost sjećanja ovdje se radi o selektivnom sjećanju na period intoksikacije. Zavisnik će upamtiti svoja osjećanja, ali ne i ponašanje. On će se živo sjećati euforije i dobrog raspoloženja, ali ne i toga da se teturao pri hodu, prosipao piće ili pričao nepovezano. Psihoaktivne supstance dovode do poremećaja u opažanju i rasuđivanju, te zavisnici često pogrešno opaze i protumače, a isto tako i upamte određenu situaciju. Na primjer, može se dogoditi da zavisnik, kome droga daje subjektivan osjećaj superiornosti i samopouzdanja, izazove zgražanje drugih svojom pojavom, načinom govora i ponašanjem. On kasnije može tvrditi (i vjerovati) kako je svoje sagovornike impresionirao svojim izgledom i duhovitošću.

Razvoj zavisnosti od psihoaktivnih supstanci

Zloupotreba droga u adolescenciji obično prolazi kroz 5 faza:

Faza 0 – Faza radoznalosti

U ovoj fazi mlada osoba je pod rizikom, tada stiče svoja prva iskustva sa drogama (ili alkoholom). Ova osoba vjerovatno nema razvijeno samopouzdanje i snažno želi da se osjeti prihvaćenom među vršnjacima. Sve

ono što je saznala o drogama od svojih vršnjaka i putem medija zagolica-
lo je njenu radoznalost i ona sve češće želi da ih proba. Vjerovatno je fa-
scinirana vršnjacima koji piju ili koriste droge jer joj izgleda da se oni mno-
go bolje zabavljaju. Prirodno je radoznala i ima osjećaj besmrtnosti (ko-
jim se većina mladih brani od nesigurnosti i straha). Lako prihvata mitove
koji su uobičajeni među mladima, da to svi rade, da to nije ništa strašno,
da se to može činiti bez posljedica. U ovoj fazi svjesno odlučuje da će pro-
bati neku drogu (ili alkohol), a kada joj se ukaže povoljna prilika to i čini.

Faza 1 – Faza eksperimentisanja

U ovoj fazi mlada osoba uči kako da koristi droge i otkriva da po-
moću njih može mijenjati svoje raspoloženje. Koristi ih povremeno, obi-
čno samo vikendom i isključivo u društvu, na žurkama, kada neko drugi
nabavi i donese drogu. Grupa vršnjaka joj daje osjećaj sigurnosti, podsti-
će je da nastavi sa isprobavanjem i uči je kako to da čini. Istovremeno,
vrši snažan pritisak na nju, a želja da je prihvate je najsnažniji motiv da
nastavi. U ovoj fazi se obično koriste takozvane „uvodne droge” (droge
sa kojima se počinje): alkohol, duvan, marihuana i lijekovi za smirenje.
Ove droge mladoj osobi daju osjećaj zadovoljstva i moći, olakšavaju ko-
munikaciju sa vršnjacima i pomažu joj da se nakratko oslobodi osjećaja
frustriranosti, straha i bespomoćnosti, tako često prisutnih u njenom sva-
kodnevnom životu. U ovoj fazi još uvijek ne razmišlja o mogućim poslje-
dicama onoga što čini, jer se spolja, najčešće, još uvijek ništa ne primje-
ćuje. Povremeno je muči osjećaj krivice, jer zna da čini nešto nedopušte-
no i sve češće pribjegava lažima da bi prikrila svoje aktivnosti.

Faza 2 – Početak redovne upotrebe

U ovoj fazi se javlja žudnja za drogom, odnosno za njenim efektima.
Mlada osoba, na osnovu sopstvenog iskustva, razvija svoj lični odnos prema
drogi, nalazi svoje izvore za nabavku, ima svoj pribor. Korišćenje droge
ne vezuje više za grupu vršnjaka, već za određene situacije, kada želi da
se „opusti”. Drogu koristi svakog vikenda, a ponekad i radnim danom.

Na početku ove faze zapažaju se određene promjene koje vremenom
postaju sve očiglednije. Neke od ovih promjena su direktna posljedica
djejstva droge na mozak, a neke proističu iz osjećaja krivice i stida zbog
nesposobnosti da kontroliše svoje ponašanje. Mlada osoba zapostavlja
ličnu higijenu i školu i sve više napušta prijatelje koji ne koriste droge.
Sve više se udaljava od porodičnih i društvenih vrijednosti.

Faza 3 – Redovna upotreba (zavisnost)

U ovoj fazi osoba postaje preokupirana drogom i njenim efektima.
Sve više gubi kontrolu nad svojim životom. Sve njene misli i aktivnosti

usredsređene su na nabavku i korišćenje droge. Uspostavljena zavisnost se, kada ne može da dođe do droge, ispoljava apstinencijalnom krizom i neraspoloženjem. Kad nema droge ova mlada osoba se osjeća bolesno, razdražljiva je, apatična, umorna i depresivna sa osjećajem stida i krivice. Na osnovu prethodnog iskustva zna da je jedini način da olakša patnje ponovno uzimanje droge i ona ponovo ulazi u isti začarani krug.

Stalno djelovanje droge na nervni sistem, životni stil usredsređen na drogu i sve veća potreba za drogom dovode do moralne degradacije zavisnika: on laže, krade, vara, ponaša se nasilno, bavi se prostitucijom, sve češće dolazi u sukob sa zakonom zbog posjedovanja i preprodaje droge kao i zbog ponašanja uslovljenog neposrednim djelstvom droge. Napušta školu, gubi posao, živi od danas do sutra, bez ikakvih planova za budućnost. Porodica je u haotičnom stanju. Zavisnik sve češće razmišlja o samoubistvu. Sklon je rizičnom i samodestruktivnom ponašanju.

Faza 4 – Krajnja faza (faza pregorijevanja)

Droge u ovoj fazi ne pružaju više nikakvo zadovoljstvo. Zavisnik ih uzima samo da bi izbjegao krizu i da bi smanjio stalno prisutno i sve dublje neraspoloženje. Depresija, osjećaj stida, krivice i kajanja sve su izraženiji, a razmišljanja o samoubistvu sve češća. Zavisnik koristi sve jače droge, u sve većim količinama, najčešće intravenskim putem. I tjelesno i psihički nezadrživo propada. Rizično i samodestruktivno ponašanje sve je učestalije. Odnosi u porodici su krajnje poremećeni i on često biva odbačen. U ovoj fazi zavisnik je paranoidan i veoma agresivan, te sve češće pribjegava nasilju. Sve su češći poremećaji pamćenja i predoziranja. Zavisnik izgleda i osjeća se kao težak bolesnik, pati od posljedica dugotrajne pothranjenosti, hroničnog bronhitisa, oboljenja jetre i raznih infekcija. Ako je ranije bio zaražen virusom side, sada dolazi do razvijenog oblika i zadnje faze bolesti.

LITERATURA

1. American Psychiatric Association: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders IV (DSM-IV)*. Washington DC, American Psychiatric Press, 1994.
2. Campbell, E. J. M. Scadding, J. G., Roberts, R.S: *The concept of disease*. British Medical Journal 1,2: 757-762, 1979.
3. Jellinek, E. M.: *The disease concept of alcoholism*. CT: Hillhouse. New Haven, 1960.
4. Kaplan, I. H., Sadock, J.B.: Substance-related disorders. In Kaplan and Sadocks: *Synopsis of Psychiatry; Behavioral Sciences, Clinical Psychiatry*, 8th ed., Williams & Wilkins, Baltimore, 1998.
5. Landry J. M.: *Understanding drugs of abuse; The process of addiction, treatment and recovery*. American Psychiatric Press Washington, DC, 1993.
6. Marlatt, G. A.: *Relaps prevention: theoretical rationale and overview of the model*. In Marlatt, G. A., Gordon J. I. *Relaps prevention*. New York, NY: Guilford Press; 1985.
7. Muramoto M. L., Leshan L.: *Adolescent substance abuse: recognition and early intervention*. Primary Care, Vol. 20, No 1, March 1993.
8. WHO: *The ICD-0 Classification of mental and behavioral disorders Clinical descriptions and diagnostic guidelines*, 1992.
9. Peele, S., Brodsky, A.: *The truth about addiction and recovery: The life process program for outgrowing destructive habits*. Simon & Schuster. New York, 1991.

MENTALNI POREMEĆAJI I POREMEĆAJI PONAŠANJA ZBOG UPOTREBE PSIHOAKTIVNIH SUPSTANCI (PAS)

Jovan Bukelić

Prema (MKB-10) klasifikaciji u zajedničkom bloku se nalaze mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja zbog upotrebe psihoaktivnih supstanci (83).

Ovi poremećaji razvrstani su u deset podgrupa: *mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja zbog upotrebe alkohola, zatim opijata, kanabinoida, sedativa i hipnotika, kokaina, drugih stimulansa (uključujući i kofein), halucinogena, duvana, isparljivih rastvarača i brojnih droga i drugih psihoaktivnih supstanci.*

Kliničko stanje specifikovano je na sljedeći način:

- akutna intoksikacija (nekomplikovana, zatim sa traumama ili drugim tjelesnim povredama, sa drugim medicinskim komplikacijama, sa delirijumom, sa izmijenjenom percepcijom, sa komom, sa konvulzijama i patološka intoksikacija);
- štetna upotreba;
- sindrom zavisnosti;
- apstinencijalni sindrom;
- apstinencijalni sindrom sa delirijumom;
- psihotični poremećaj;
- sindrom amnezije;
- rezidualni poremećaj i psihotični poremećaj sa kasnim početkom;
- drugi mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja i
- nespecificovan mentalni poremećaj i poremećaj ponašanja.

Akutna intoksikacija definiše se kao „prolazno stanje koje prati unošenje alkohola ili drugih psihoaktivnih supstanci i rezultira smetnjama nivoa svijesti, kognicije, percepcije, afekta ili ponašanja, ili drugih psihofizioloških funkcija i odgovora”.

Štetna upotreba opisana je kao „obrazac upotrebe” koji izaziva oštećenje tjelesnog i mentalnog zdravlja.

Sindrom zavisnosti je „skup fizioloških, bihevioralnih i kognitivnih fenomena kod kojih upotreba neke supstance ili grupe supstanci za osobu dobija veći značaj nego drugi obrasci ponašanja koji su ranije imali veću vrijednost. Centralna opisana karakteristika sindroma zavisnosti je žudnja

(često jaka, ponekad nadjačavajuća) za uzimanjem droge, alkohola ili duvana”.

Upozorava se na vrlo značajnu karakteristiku recidiva poslije perioda apstinencije, koji dovodi do bržeg ponovnog pojavljivanja drugih osobina sindroma zavisnosti nego kod osoba koje nijesu uspostavile zavisnost.

Apstinencijalni sindrom uključuje „grupu simptoma različitog obima i težine koji se javljaju po apsolutnom ili relativnom prekidu uzimanja supstance nakon ponavljano i obično produženog uzimanja i/ili upotrebe supstance u visokim dozama”.

Apstinencijalni sindrom može biti komplikovan konvulzijama.

Apstinencijalni sindrom sa delirijumom praćen je delirijumom tremensom, opasnim toksično konfuznim stanjem sa pratećim tjelesnim smetnjama, konvulzijama ili, pak, bez konvulzija.

Psihotični poremećaj definiše se kao „skup psihotičnih fenomena koji nastaju tokom ili neposredno nakon upotrebe supstance i karakteriše se živim halucinacijama, pogrešnim prepoznavanjem, sumanutostima i/ili idejama odnosa (paranooidnim ili persekutivnim), psihomotornim smetnjama (do stupora) i abnormalnim afektima (od paničnog straha do ekstaze)”.

Sindrom amnezije prepoznatljiv je po upadljivom oštećenju pamćenja za skorije događaje, dok je neposredno reprodukovanje očuvano. Postoji poremećaj doživljavanja vremena, zatim teškoće u učenju (ne uvijek), konfabulacije.

Rezidualni psihotični poremećaj i psihotični poremećaj sa kasnim početkom karakteriše se poremećajem kognicije, afekta, ličnosti ili ponašanja.

Prema kriterijumima MKB-10, dijagnoza zavisnosti može se postaviti samo ako su tri ili više od sljedećih fenomena doživljeni ili manifestovani tokom prethodne godine:

1. jaka žudnja ili osjećaj prinude da se supstanca uzme;
2. smanjena kontrola uzimanja supstance (početak, završetak i količine);
3. fiziološki apstinencijalni sindrom (manifestan i karakterističan), ili korišćenje supstance da se umanje ili izbjegnu apstinencijalni simptomi;
4. dokaz o toleranciji (neophodno je povećanje doze da bi se postigli raniji efekti);
5. progresivno zanemarivanje alternativnih zadovoljstava ili interesovanja;
6. nastavljanje sa upotrebom supstance i pored očiglednih činjenica o nespornim štetnim posljedicama (oštećenja jetre, na primjer).

Neophodno je voditi računa o činjenici da li je osoba svjesna prirode i obima štetnog dještva (83, 84, 85).

Karakteristična odlika je i sužavanje ličnog repertoara obrazaca za korišćenje supstance (pijenje na stereotipan način i za vrijeme vikenda).

Sindrom zavisnosti može se odnositi na jednu supstancu, na grupu supstanci (grupa opijatskih supstanci) ili na više različitih supstanci (alkohol i droge, na primjer).

1. Zavisnost od alkohola

Alkohol i alkoholizam

Od davnina, oko šest hiljada godina prije nove ere, alkohol se pominje kao razbibriga, kao lijek, kao hrana. Danas je to jedna od najrasprostranjenijih toksikomanija iako negdje tretiran krajnje nenaučno, kao porok, danas je već prihvaćen tretman alkoholizma kao bolesti. Tačnije, alkoholizam treba prihvatiti kao ozbiljan medicinski i socijalni problem.

Stotinama godina njegovano je shvatanje da je alkohol porok. Thomas Troter (Thomas Trotter), ljekar britanske mornarice, napisao je 1878. disertaciju na latinskom jeziku i ukazao da je alkoholizam bolest u kojoj je infekcija započela u djetinjstvu. Svjetska zdravstvena organizacija odbacila je kao nenaučno i nazadno shvatanje o alkoholizmu kao poroku. Utvrdivši da je alkoholizam bolest, socijalni i medicinski problem, ona ga definiše kao ekscesivno uzimanje alkohola u tom stepenu da uživaocima remeti zdravlje, skladne interpersonalne odnose i psihički mir. Takve osobe dolaze, konačno, u stadijum potpune fizičke i psihičke zavisnosti, tiranske želje i gladi za alkoholom.

Za nastajanje alkoholizma postoje uzroci, o alkoholu, na žalost i u našem vijeku, kruže zablude. Uzroci su najprije u čovjeku, zatim u njegovoj socijalnoj sredini, koja čaše i zdravice njeguje kao svetinju, i u samom alkoholu, čija proizvodnja rapidno raste.

Većina ljudi pije, ali svi ne postaju alkoholičari. Da li će neko postati alkoholičar zavisi od strukture njegove ličnosti. Prema Fenihelu, to su ličnosti „za koje dještvo drogâ ima specifično značenje: ispunjenje ili bar nadu u ispunjenje jedne duboke primitivne želje, koju one osjećaju na urgentniji način nego što normalne osobe osjećaju seksualne i instinktivne želje... Sa erogene tačke gledišta, glavne zone su usta i koža. Samopoštovanje, egzistencija sama, zavise od postizanja hrane i toplote, a dještvo droge zamjenjuje hranu i toplotu” (78).

Nasljeđe, psihička konstitucija i socijalna okolina značajni su faktori u nastajanju alkoholizma. Nasljeđe ne treba shvatiti kao fatalnu predodre-

đenost za alkoholizam svih budućih generacija. Nasljeđuje se neurotični, alkoholičarski ambijent, atmosfera porodice. Vrlo je važna identifikacija sa roditeljem alkoholičarem, koji postaje najprije ego-ideal. Govorljivi, veseli, šarmantni otac je neko ko se prihvata. Ako je van djejtva alkohola tmuran, neprijatan, asocijalan ili agresivan, mladi član porodice zaključuje da je ono narkotičko stanje oca prihvatljivije.

To su ličnosti koje ne podnose ili vrlo teško podnose tenziju, frustracije (osujećenja nekih svojih želja), patnje i neizvjesnosti. Bol ili frustraciju raznježe, razbiju ili odlože alkoholom. Ali, faza u kojoj je sve divno, bezbrižno i lijepo, ne traje dugo. Efekti opijenosti ustupaju mjesto još nepodnošljivijem bolu i frustracijama, što uz osjećanje krivice i autoagresivne potrebe za kaznom vodi ponovnom opijanju. Stvarnost bez droge, bez alkohola, čini se nepodnošljivom i doze alkohola se povećavaju.

Oralne i depresivne crte, reagovanje po principu zadovoljstva i nemogućnost odlaganja zadovoljstva, potreba za važenjem i ljubavlju, vrlo slab ili kastrativan *super-ego*, atributi su ličnosti predisponiranih na alkohol.

Alkoholozici iz godine u godinu povećavaju broj karakteristika alkoholičara, koje smatraju infantilnim (djetinjastim, nezrelim), emocionalno nezrelim i neintegrativnim ličnostima, nesigurnim u sebe, zavisnim i neurotičnim. Za njihovo Nad-Ja, formirano po principu nesvjesne identifikacije sa ponašanjem i karakteristikama ličnosti kraj kojih osobe u svom djetinjstvu rastu, a koje je strogi moralni sudija cjelokupne aktivnosti spreman da spartanski kažnjava ili velikodušno prašta, sklono je korupciji i kompromisima. U šali, za njihov *super-ego* kaže se da je „lako rastvorljiv u alkoholu”.

Analitičari im pripisuju oralne crte, koje, pored ostalog, podrazumijevaju i pribavljanje zadovoljstava oralnim putem. To su zavisne i nesigurne ličnosti. Neki naziru latentne homoseksualne impulse od kojih se alkoholom brane. (Zbog toga navodno piju u grupi s osobama istog pola). Sigurno je, međutim, da je alkohol kupovanje hrabrosti, oblik razrješenja emocionalnih tenzija, „potvrda muškosti”, potreba za važenjem, kompenzacija kompleksa inferiornosti, pokušaj rješavanja konfliktnih situacija koje nastaju sukobom suprotnih motiva, ili su znak ozbiljnog duševnog poremećaja.

Alkoholizam se može interpretirati kao vid autoagresije, autodestrukcije, ali ne u anatemisanom Frojdovom značenju nagona smrti (*tantos nagoni*). Konačno, kao znak raštimovanog *super-ega* nastaje etička deprivacija ličnosti i sukob s moralnim kodeksom društva. Zbog toga smatramo opravdanom konstataciju da je alkoholizam socio-medicinski problem.

Drugi značajan faktor je socijalna sredina, u kojoj, na žalost, još važe običaji da u svim prilikama podignemo čašu: kad se neko rodi ili kad umre, kad smo veseli ili kada smo tužni, kada polažemo ispite ili kada pa-

damo, kada se ženimo ili kada se razvodimo, zato što imamo ili zato što nemamo razloga. Na taj način, rečeno stihom pjesnika, „hudi svoj proćerdavamo vijek”.

U velikim gradovima, koji sve više dobijaju artribute „tvrđava samoće” osobe se boje da će ostati same. Taj strah od otuđenja, samoće, to plaćanje danka tehnološkoj revoluciji, odlažu se bjekstvom u euforični, irealni svijet hemije u čašama i flašama ukletih radosti.

Treći, manje važan, faktor je masovna proizvodnja alkoholnih pića. Stara je istina da kada ne bi bilo alkohola ne bi bilo ni alkoholičara. Međutim, rješenje ne treba tražiti u prohibiciji.

Alkoholna zavisnost

Alkoholizam, odnosno alkoholnu zavisnost karakterišu primarni i sekundarni simptomi. *Primarni simptomi* su specifično toksikomanski (gubici kontrole, alkoholne amnezije, pad tolerancije i nemogućnost apstinencije) i *nespecifično toksikomanski* (učestalost opijanja, sistematsko pijenje, jutarnje pijenje, usamljeno pijenje, promjena obrasca pijenja, pijenje na radnom mjestu i karakterne promjene).

Primarne simptome prate *sekundarni simptomi*, pa alkoholičar postaje agresivan, pompezan, sklon optuživanju drugih ili, pak, ispoljava znake patološke ljubomore u odnosu na seksualnog, odnosno bračnog partnera (uz manifestnu seksualnu impotenciju), zatim krize anksioznosti i sklonosti kajanju (80).

Zbog izmijenjenog kriterijuma moralnog ponašanja i sve manifestnije radne neefikasnosti i nesposobnosti, alkoholičari češće dolaze u sukob sa organima vlasti, brutalni su prema porodici ili ih potpuno zanemaruju, pokazuju veliku profesionalnu mobilnost često mijenjajući radna mjesta i radne organizacije. Izostaju sa posla u visokom procentu (apsentizam), uz često neopravdana bolovanja, da bi konačno izgubili radni status.

Pod *gubitkom kontrole* podrazumijeva se nemogućnost alkoholičara da se poslije prve čaše ne opredijeli za sljedeću, odnosno nesposobnost da se zaustavi u pijenju. Alkoholičar nastavlja s pijenjem do intoksikacije. Izvjesno vrijeme alkoholičari mogu da osjete kritične trenutke i da stanu, ali to ne traje dugo.

Gubitku količinske pridružuje se gubitak situacione kontrole (grub poremećaj ponašanja, ekscesivni ataci). Ovo je vrlo značajna faza u razvoju toksikomanskog alkoholizma. („Najprije čovjek uzima piće, onda piće traži piće i, na kraju piće uzima čovjeka”).

Alkoholna amnezija manifestuje se gubitkom sjećanja za period alkoholne intoksikacije. Poznata je kao palimpsest–amnezija (palimpsest je

pergament sa kojeg je stari tekst nedovoljno izbrisan, a preko njega napisan novi). To je često parcijalna amnezija i izvjesnih sadržaja se osoba naknadno može sjetiti. Pozne amnezije su potpune i alkoholičar se naknadno ne može uopšte sjetiti događaja koji su se odigrali u fazi njegove akutne intoksikacije.

Povećana i često poslovična *tolerancija* na unošenje ogromnih količina alkoholnih pića, posebno u nekim prigodnim ceremonijama, zatim pri takmičenju ko će više popiti (u nekim krajevima naše zemlje čaše se poredaju jedna pored druge i tako pije na metar ili do teške intoksikacije), karakteristična je za rane stadijume pijenja. U toksikomanskoj fazi, pak, dolazi do pada tolerancije na alkohol, male količine unesenog alkohola dovode do brzog opijanja.

Alkoholna tolerancija: sposobnost bržeg metabolizma supstance i sposobnost tkiva da izdrži toksične efekte većih količina supstance.

Nemogućnost apstinencije značajna je karakteristika toksikomanskog alkoholizma. Osoba ne može da se liši alkohola i stalno je alkoholizirana (češće intoksikovana). U ovoj fazi dijagnostikuje se veliki broj tjelesnih poremećaja i oboljenja, uz znake ozbiljne mentalne alijenacije i deterioracije alkoholičara.

Mamurluk (Hangover sindrom), opisan prije više od dvije i po hiljade godina, javlja se kod osoba koje su se opile velikim količinama alkoholnih pića, ali je on izraženiji kod alkoholičara. Karakteristični su sljedeći simptomi mamurluka: zamor, glavobolja, nesvjestice, vrtoglavice, bljedilo, znojenje, povraćanje, gubitak apetita, žeđ, otežan hod, promjena raspoloženja, anksiozno-depresivna stanja, kajanje, osjećanje krivice, intenzivna potreba sa kaznom i, nerijetko, pokušaji samoubistva.

O postojanju takozvanog *apstinencijalnog sindroma* postoje kontroverze.

Apstinencijalni sindrom nastaje nekoliko časova po prestanku pijenja (naravno, u hroničnoj, toksikomanskoj fazi alkoholizma). Apstinencijalni sindrom može imati blag, miran, ali i buran tok, uz pojavu takozvanog delirijum tremensa. Blažu formu apstinencijalnog sindroma karakteriše tremor (drhtanje ruku), malaksalost i izrazita razdražljivost alkoholičara. U težim slučajevima javlja se teži psihički poremećaj, uz evidentne halucinacije, koje se objašnjavaju poremećajima sna i spavanja, zbog hronične intoksikacije alkoholom.

Fetalni alkoholni sindrom

Novorođena djeca čije su majke bile hronični alkoholičari, ispoljavala su apstinencijalni sindrom nekoliko sati ili dana poslije rođenja.

Fetalni alkoholni sindrom (alkoholna fetopatija) opisan je kod djece čije su majke ekscesivno pile ili su, pak, alkoholičari, a karakteriše se nakaznošću novorođenčeta i zaostajanjem djeteta u psihičkom i tjelesnom razvoju.

Izvjesni autori ističu da i male količine alkohola, konzumirane tokom graviditeta, mogu izazvati alkoholni fetalni sindrom. Teže su posljedice ukoliko se alkohol koristi u vrijeme organogeneze (formiranja organa fetusa).

Opisane su mikrocefalija, zatim deformacija usana i ušnih školjki, mentalna zaostalost i uopšte usporen psihomotorni razvoj djeteta.

Teorije nastanka alkoholizma

Isključivo medicinski model shvatanja nastanka alkoholizma bio je krajnje jednostavan i nenaučan. Pored medicinskih (fizioloških) teorija, postoje psihološke i socijalne teorije geneze alkoholizma, pa je tako pristup etiologiji alkoholizma sveobuhvatan (1).

Medicinske (fiziološke) teorije bave se metabolizmom etil-alkohola (etanola) i fiziološkim reakcijama koje nastaju zbog njegovog prisustva u organizmu. U medicinskom modelu alkoholizma postoji više teorija, prema kojima on nastaje kao posljedica:

- neutvrđenog poremećaja metabolizma (poremećaja ćelijskog metabolizma);
- poremećaja endokrinih žlijezda (hipofize, nadbubrega);
- nedovoljne ishrane, vitaminskog i elektrolitskog deficita;
- disfunkcije hipotalamusa;
- urođene osjetljivosti („hemijske alergije”).

Genetske teorije pokušavaju da odgonetnu alkoholizam uticajem nasljednih faktora. Vrsni poznavalac alkoholizma Jelinek je, ispitujući nasljeđivanje alkoholizma, došao do sljedećih podataka: 52% alkoholičara ima bar jednog roditelja alkoholičara. Očekivana učestalost alkoholizma djece kreće se od 20 do 30%, gdje je najmanje jedan roditelj alkoholičar.

U vezi sa nasljednom predodređenošću za alkoholizam na planu istraživanja postoje tendencije „genetske alkoholne averzije” i „genetske predispozicije prema alkoholu”. No, manje je značajna fatalnost „patogenih” gena od imitacionih i identifikacionih modela u mnogim slučajevima tradicionalnog porodičnog alkoholizma.

Nema saglasnosti među istraživačima o fenomenu fizičke (metaboličke) zavisnosti od alkohola. Pristalice teorije o metaboličkoj zavisnosti

kao jedan od implicitnih razloga navode tzv. apstinencijalni delirijum, koji nastaje poslije naglog prestanka pijenja.

Predstavnici suprotnog tabora veći značaj pridaju fenomenu psihičke zavisnosti, gdje je alkohol hemijski moderatork ili „kreator” uljepšane stvarnosti.

Psihološke teorije pokušavaju da iznađu model „alkoholičarske ličnosti”. Sva ispitivanja proistekla su uglavnom iz ličnih iskustava ispitivača sa alkoholičarima, ali bez validnih komparativnih grupa nealkoholičara.

Alkoholičari su osobe naglašenog senzibiliteta, a malog kapaciteta tolerancije na razna osujećenja (frustracije); teško podnose anksioznost i emocionalnu tenziju, sklone da snijevaju u svojim narcističkim vrtovima, spremne da fasciniraju ekshibicionizmom.

To su istovremeno pasivno zavisne ličnosti, sklone depresivnim, često samoubilačkim ruminacijama. Karakterišu ih impulsivnost, doživljaji usamljenosti i otuđenja (alijenacije), hostilnost, često visoki nivoi aspiracija, latentna homoseksualnost i slično.

Psihoanalitičari govore o oralnoj fiksaciji alkoholičara: ne samo oralni erotizam već smanjenje inhibicije (često „inhibicija inhibicije”) i samouživanja, „stvaraju” idealizovane, fasadne slike o sebi. Ukoliko je raskorak između stvarne i idealizovane slike veći, osjećaj neadekvatnosti i neautentičnosti dovodi do pijenja.

Hemijski proizvedene self-gratifikacije (samopoštovanje i samouvažavanje) ustupaju mjesto depresiji (kada prestaju euforični efekti alkohola). Razvija se osjećanje krivice i bezvrijednosti, zatim samooptuživanje, samokažnjavanje i autodestruktivni impulsi.

Bihevioralne teorije

Alkohol dovodi do privremene redukcije straha i osoba pribjegava ponavljanim pokušajima da se na strah i konflikt adaptira pomoću alkohola.

Teorija učenja objašnjava alkoholizam kao poremećaj ponašanja, naučeno (devijantno) ponašanje.

Socijalne teorije nastanka alkoholizma vrlo su brojne. Oko dva do tri procenta cjelokupnog stanovništva obolijeva od alkoholizma.

Čovjek je u svom socijalnom prostoru često neadaptiran, teško sprovodi simboličnu poruku da je „on sam jedini kutak svemira koji može promijeniti”. Nemoguće je i teško moguće mijenjati druge. Uzajamnošću društvenih i psiholoških faktora objašnjavaju se uzroci alkoholizma.

Društvo najčešće zauzima tolerantan odnos prema alkoholu. Pijenje se smatra kao proces socijalizacije i sazrijevanja. (Prema drogama je, međutim, dominantan negativan stereotip).

Pijenje je dio društvenog rituala, ceremonijala („integriranog pijenja”); pijenje je način da se dobije bedž grupne pripadnosti, ili se to čini iz protesta mladih prema svim oblicima autoriteta.

Karakteristično je za alkoholizam „da se uči najprije na nivou molekula, zatim ćelije, organizma i, na kraju, društva”.

Anri Ei (Henry Ey) sažeto zaključuje: postoji hedonistički i mitski prestiž alkohola.

Za Evropu su karakteristična dva tipa alkoholizma: mediteranski i nordijski. Za mediteranski tip karakteristično je svakodnevno pijenje vina (uz svaki obrok), dok nordijski tip alkoholizma podrazumijeva upotrebu žestokih alkoholnih pića.

Epidemiologija alkoholizma. – Prema najnovijim podacima, broj alkoholičara u svijetu i kod nas svakodnevno raste. Zbog nepouzdanosti i nepotpunosti podataka o rasprostranjenosti alkoholizma, najčešće se koriste podaci o broju liječenih u zdravstvenim ustanovama, učestalosti cirotičnih oboljenja jetre, kao i drugih tjelesnih i psihičkih poremećaja, prouzrokovanih prekomjernim pijenjem, zatim drugi indikatori, kao što su traumatizam, porast kriminogenih aktivnosti i slično. Zbog toga su u mnogim zemljama formirani registri alkoholičara. Jugoslovenska komisija za mentalno zdravlje, posebno u vezi sa akcijom „Mentalno zdravlje do 2000. godine”, predložila je registar za alkoholičare. Postojale su i ostaće mnoge stručne, etičke i pravne dileme o ovom registru. Tih dilema biće znatno manje ukoliko kriterijumi prema kojima neko ulazi u registar alkoholičara budu stručno definisani. Sigurno da slučajevi pijenja i opijanja, koji nemaju karakteristike alkoholne bolesti, ne ulaze u registar.

Registri će se koristiti isključivo u zdravstvene i naučnoistraživačke svrhe. Nema opasnosti da registar koriste ili zloupotrijebe neke druge institucije. Registar će omogućiti da se preduzimaju odgovarajuće mjere svih oblika prevencije, zatim da se organizuju ili grade institucije za liječenje alkoholičara, da se organizuje primjeren naučnoistraživački rad.

Smatra se da u svijetu postoji oko 30 miliona alkoholičara. SAD daju podatak da 5 do 7 miliona Amerikanaca (oko milion žena) svih socijalnih slojeva pripada alkoholičarima, koji se okrivljuju u 25 hiljada slučajeva za saobraćajne nesreće, dok su 15 hiljada ubice ili samoubice.

Skid-rou alkoholičari (3%) piju najjeftinija pića i pripadaju kategoriji skitnica, klošara, beskućnika.

U Evropi su Francuzi rekorderi i izlaze iz svjetskog prosjeka postotka alkoholičara.

Jedan alkoholičar – direktno ili indirektno – ugrožava 4 do 10 članova najuže porodice ili rodaka.

S pravom se smatra da je alkoholizam „bolest broj tri” u svijetu.

U najvećem broju zemalja oko 50% bolnički liječenih mentalnih bolesnika pripada dijagnostičkoj kategoriji alkoholičara.

Vrste alkoholičara – Jelinek (E.M. Jellinek) dijeli alkoholičare u četiri grupe.

Alfa alkoholičari. – Ovoj grupi pripadaju osobe čija je zavisnost od alkohola psihičke prirode. Alkohol je zamjena za tjelesne i duševne patnje, za teškoće u uspostavljanju socijalnih relacija.

Oni nemaju gubitak kontrole i mogu da apstiniraju. Kad prestane problem, nestaje i njegov prateći simptom – alkoholizam. Nema apstinencijalnog sindroma i liječenje je manje neprijatno.

Beta alkoholičari. – Ovoj grupi pripadaju tzv. običajni, tradicionalni alkoholičari. Ovi alkoholičari nemaju simptome psihičke i fizičke zavisnosti, ne postoji opasnost apstinencijalnog sindroma, ali zbog deficitarne ishrane, naročito zbog nedostatka vitamina, ispoljavaju tjelesne simptome koji se smatraju komplikacijom alkoholizma: zapaljenja perifernih nerava (polineurit), zapaljenski procesi na digestivnom traktu (gastritis, coloitis) i pojava čira (ulcus).

Gama alkoholičari. – Alkoholičari ove grupe ispoljavaju povišenu toleranciju na alkohol, koja se manifestuje unošenjem velikih količina alkohola. Oni se hvale i ponose tom svojom „sposobnošću”. I pored simptoma fizičke i psihičke zavisnosti, sa sve češćim gubicima kontrole, oni su sposobni za apstinenciju. Ispoljavaju teške poremećaje u interpersonalnim odnosima, spremnost na agresivni, prepotentno-kabadahijski način eksponiranja.

Delta alkoholičari. – Predstavnici ove kategorije su osobe psihički i fizički zavisne od alkohola, prema kome ispoljavaju povišenu toleranciju. Oni nemaju gubitak kontrole, ali su nesposobni za apstinenciju. U slučaju prekidanja unošenja alkohola javlja se sindrom apstinencije, koga se ove osobe boje i zbog koga ne uspijevaju da istraju u namjeri da ostave alkohol.

Osim ovih, Jelinek opisuje i epsilon – alkoholičare. Kod nas su oni poznati kao dipsomani. Po nekoliko dana ne izlaze iz kafane i piju impulsivno, i to ogromne količine alkohola. Kod takvih osoba treba tražiti za epilepsijom, cirkularnim „ludilom” (psihozom), luetičnim oboljenjima centralnog nervnog sistema. U strukturi takvih lica mogu se naći psihotične crte. Smatra se da je kod ovih osoba metabolizam sličan epileptičnom. Oni su potpuno neuračunljivi u vrijeme izvršenja krivičnog djela i ispoljavaju amneziju za prohujali period alkoholisanosti, kao i za cjelokupno svoje ponašanje iz tog perioda.

„Zeta alkoholičari”, prema Hudolinu, poslije izvjesnog alkoholičarskog staža, povremeno ili stalno ispoljavaju agresivno i destruktivno ponašanje, kao i sklonost krvnim deliktima.

Simptomi apstinencije su: nesаница, tremor (drhtanje prstiju na rukama), razdražljivost, depresivnost.

Dugotrajno konzumiranje alkoholnih pića prouzrokuje etičku depriaciju. Alkoholičari gube etičke norme ponašanja, moralno otupljuju, bestidni su, karakterno izmijenjeni, skloni glupim šalama, egocentrični,

„povjerljivi” u piću, bezvoljni, skloni stereotipnom nemaštovitom obavljanju svoje profesije (zbog nestajanja kreativnih asocijacija) sa smetnjama pamćenja i upamćivanja, rasute pažnje i razuzdanog, neukrotivog afekta, koji se manifestuje neočekivanim i burnim reakcijama bez povoda ili na beznačajan povod. Zbog nesklada između razbuktalog libida (energije vezane za seksualni nagon) i slabe seksualne moći, postaju seksualno agresivni ali neuspješni seksualni partneri. Zbog toga kasnije nastaju prve zle slutnje da ih partneri varaju, sve do pojave morbidne ljubomore, koja se kod alkoholičara muškaraca razvija do sumanutih dimenzija.

Seksualni nagon alkoholičara se izvitoperuje. Skloni su ekshibicionističkim istupima, pri kojima se neukusno i napadno razgolićuju. Mogu ispoljavati seksualnu privrženost prema djeci, kao i homoseksualne tendencije i aktivnosti.

Faze alkoholizma

Stadijum ekscesivnog pijenja:

- više vremena provodi pijući u društvu,
- pije tokom više noći nedjeljno,
- prikriva piće i svoju žeđ za alkoholom,
- uzima jača pića nego ostali u društvu,
- pronalazi strategiju da dođe do veće količine pića,
- preokupiran je pijenjem,
- pije da bi olakšao psihičku tenziju,
- ispoljava povećanu toleranciju,
- neuspjehe u društvu opravdava pred sobom i drugima izmišljenim objašnjenjima,
- potrebno mu je piće da bi posao uspješno obavljao, a u društvu se adekvatno ponašao,
- osjeća da mu je piće postalo potreba,
- osjećanja krivice su pojačana.

Stadijum alkoholne adicije

- ataci alkoholne amnezije (nesjećanja);
- češće amnezije,
- gubitak kontrole i kompulzivno pijenje,
- smanjivanje interesovanja,

- pad radne efikasnosti,
- apsentizam (izostajanje s posla),
- pijan danju,
- prijekori od prijatelja, pretpostavljenih ili rođaka,
- nema samopoštovanja,
- griža savjesti i kajanje,
- kompenzatorno hvalisanje i velikodušnost,
- finansijska ekstravagantnost, rasipnost,
- obmanjuje porodicu i zadužuje se,
- povećana društvena izolacija,
- agresivni nastupi,
- supruga preuzima veće porodične i druge odgovornosti,
- deterioracija u odnosima sa suprugom,
- pogrešna paranoidna tumačenja,
- samosažaljenje,
- opravdava pijenje samoobmanjivanjem,
- sniženje seksualne moći,
- bolesna ljubomora,
- pijan u toku vikenda,
- prijeti mu otkaz,
- gubi zapošljenje,
- raspad porodice,
- jutarnje drhtanje i povraćanje,
- jutarnje pijenje,
- prikriva zalihe pića,
- ponovni pokušaji da prekine pijenje,
- suicidalni (samoubilački) impulsi i pokušaji,
- zanemarivanje obroka.

Stadijum hroničnog alkoholizma

- dominiraju tjelesni i mentalni znaci,
- gubitak apetita, oskudni obroci,
- neprekidno pijenje,
- smanjenje tolerancije,
- produženo konfuzno mišljenje,
- upotreba jeftinih vina i metilovanih pića,

- delirijum tremens,
- dolazi u antialkholičarski dispanzer,
- traži ljeakarsku pomoć,
- ozbiljna tjelesna oštećenja ili akutna somatska oboljenja,
- dobrovoljni pristanak na liječenje,
- psihijatrijsko „hapšenje”.

Alkohol i tjelesna oštećenja

Najčešće tjelesna oštećenja prouzrokovana su povremenim i permanentnim prisustvom izvjesnih količina alkohola i njihovim štetnim djelovanjem na organizam, na metaboličke procese, koji omogućavaju razmjenu materija i snabdijevanje unutrašnjih organa supstancama koje su neophodne za njihovo normalno funkcionisanje.

Karenca ili potpuni nestanak (avitaminoza) jako neophodnih vitaminskih supstanci, slab kvalitet unesene hrane, nesposobnost oštećenog gastrointestinalnog (želudačno–crijevnog) trakta da resorbuje vitamine, bjelančevine i gvožđe, zloupotreba velikog dijela kalorija u procesu sagorijevanja alkohola, direktno djelovanje toksičnih sastojaka alkohola, dovode do zapaljenjskih, atrofičnih i degenerativnih oštećenja unutrašnjih organa i nerava.

Hronična zloupotreba alkohola dovodi do somatskih i neuroloških oštećenja.

U grupi tjelesnih poremećaja najčešći su: katar jednjaka i želuca, čir, alkoholna ciroza jetre, zapaljenje gušterače (pankreas) i sekundarni *dijabetes* (šećerna bolest), kardiovaskularna oštećenja, veći rizik od infekcije bacilom tuberkuloze, rak, zatim kožni poremećaji (alkoholičarski izgled lica „facies potatorum”, blijedo–plava boja i proširenje krvnih sudova nosa).

U grupi neuroloških komplikacija dominiraju: zapaljenja mozga (encefalitis), atrofija mozga, alkoholna epilepsija, zapaljenjska i degenerativna oštećenja kičmene moždine i perifernih nerava.

Alkoholne psihoze

Pod alkoholnim psihozama podrazumijevamo stanja ili rastrojstva psihičkog sklopa ličnosti, koje po kliničkim manifestacijama liče na duševne bolesti i u kojima dominiraju: „kreativnošću” i raznovrsnošću bogate sumanutе ideje koje se graniče sa bizarnošću, iluzioni fenomeni, za-

strašujuće halucinacije, morbidno vjerovanje da se osoba transformiše, neadekvatni, divlji strahovi, zavada sa svijetom realnosti i potpuno otuđeno egzistiranje u tom svijetu.

Alkoholne psihoze (duševni poremećaji):

- patološko (atipično) napito stanje;
- alkoholni delirijum;
- alkoholna ljubomora;
- alkoholna halucinoza;
- Korsakovljeva psihoza;
- alkoholne demencije.

Drugi psihijatrijski poremećaji

1. *Antabus psihoze*

Antabus (disulfiram) je tetraetituramdisulfid i koristi se u liječenju alkoholizma, upravo zbog svog antagonizma prema alkoholu.

Razgradni produkti antabusa u toku duže upotrebe svojim toksičnim efektima mogu dovesti do psihoze ili latentnu psihozu učiniti manifestnom.

Javlja se teška slika depresije sa samoubilačkim impulsima i preokupacijama, ili, pak, manija, kod koje dolazi do iracionalne veselosti i govornosti. Mogu se javiti i sumanute „kreacije”, među kojima su najkarakterističnije sumanute ideje proganjanja.

Ovo je izuzetno rijetka neželjena posljedica antabusa, kada se njegova dalja aplikacija mora obustaviti.

2. *Karakterne promjene alkoholičara*

Treba jasno razlikovati karakterne promjene nastale zloupotrebom alkohola, od karakternih devijacija gdje je alkohol sekundaran.

Super Ego alkoholičara je vrlo krhka struktura, „lako rastvorljiva u alkoholu”. Zbog toga alkoholičari lako gube kompas socijalno usklađenog ponašanja, a hrabrost, savjesnost, poštenje, dosljednost, upornost, energičnost, sposobnost altruističnog žrtvovanja, ozbiljno su poljuljani.

To su neintegrativne ličnosti, male frustracione tolerancije, neuklopljive i neprijatne kada su u nečemu osujećene. Reaguju po principu trenutnih želja i zadovoljstava. Impulsivna skala afektivnog reagovanja je bogata nedosljednostima, baš kao i njihovi postupci. Narcistički naklonjeni sebi, oni se teško vežu za druge osobe, iako se u pijanim stanjima bra-

time. Nedosljedni su i nepovjerljivi. Kad su pijani imaju potrebu za povjerenjem, nemaju osjećaj mjere dokle ići u otkrivanju „istina”. Otkrivaju profesionalne, intimne, vojne ili diplomatske tajne. Imaju neograničene sposobnosti, ali sve ostaje na obećanjima.

Ne poznaju barijere koje bi ih osujetile u njihovim nagonskim potrebama i aktivnostima. Kada im jedina preokupacija ostane „piti, piti”, ne biraju metode da do sredstava za alkohol dođu. Neuredni, prljavi, prilaze kategoriji „ljudi s ispruženom rukom”.

Motivacione snage brzo usahnu. Alkohol ih osujećuje i ostavlja na pola puta, kosi iluzije. Iz života su odagnali radosti, pa im je ostalo samo trajanje.

II. Zavisnost od droga (Narkomanija)

Potajno ili ekshibicionistički, od radoznale želje do tiranske potrebe, čovjek je od davnina težio da izmijeni svoju svijest svijetom snova i tražio za eliksirom vječite mladosti.

Drevne knjige starih naroda, koje govore o religioznim i filozofskim poimanjima života, zdravlja i smrti govore i o iskonskoj čovjekovoj potrebi da pobijedi bol i da nepodnošljivi svijet realnosti zamijeni svijetom fantazija, u kome je, makar za trenutak, lakše živjeti. (78)

I danas, suočeni s problemima alijenacije i opasnostima da „svakog trenutka mogu da postanu ništa”, mladi, koji se na žalost češće okreću hemijskim nadahnućima, pribjegavaju specijalnom vidu otuđenja, nazvanom bjekstvo od realnosti.

Kraj ovog „gorkog i pustog” vijeka karakterišu dramatične promjene, krah mnogih ideologija i sistema, redefinisanje reprezentativnih i moralnih vrijednosti, moralne krize i destrukcije, egzistencijalni strahovi i promašaji, u društvima tzv. tranzicije. To su samo neki od pratećih zlih fenomena (nadajmo se prolazni) raslojavanja društva, u kojem porodica i tradicionalne porodične vrijednosti trpe bolne destrukcije.

Ovo je vijek svemirske ravnodušnosti, kosmičke studeni, vijek velikih zabluda, tragičnih nesporazuma, kolosalnih izdaja, vijek u kojem su „minirani duhovni svjetovi”. Ovo je vijek agresije i svemirske anestezije prema ljudskoj patnji i bolu, prema gladi, prema umiranju. Raste zlo, čovjek se smanjuje, a „tuđi bol hladniji je od snijega”.

Ovaj surovi vijek oblikuje homo tehnologicus, ubija svaku nadu homo ludens-u, čovjeku bezbrige i igre, s pravom na maštu. Kako spriječiti porast broja hemijske i alhemijske djece naše civilizacije, koja tumačaju po životu. A ako „zalutaju na zemlji nemaju šta da traže na nebu”.

Živimo u vremenu dezorganizacije porodice, bankrotstva očeva, anhedonizma i nestajanja mnogih životnih radosti. Djeca iz razorenih, dezorganizovanih porodica, sa apatičnim oblicima komunikacija, u kojima dominira konfuzija između verbalnih i neverbalnih poruka, nemaju prave uzore identifikacije (što potencira krize sazrijevanja, maturacione strahove i konfuzije identiteta), ne uspijevaju da rastu i sazrijevaju sa svojim roditeljima, bivaju frustrirana i osuđena na neharmoničan razvoj, ponižavanja i zlostavljanja.

Prije skoro četiri decenije fascinirala nas je i onespokojavała subkultura hipija i narkomana. U posljednjoj deceniji ovoga vijeka na scenu stupala „extasy generacija”, zabrinjavajuće mlada i tiranski sluđena mnoštvo tzv. dizajner droga, vještačkih droga koje mlade vode u paralelne iracionalne svjetove, nudeći im vještačke rajeve. (77, 78)

Droga je postala civilizacijska neuroza, a svijet je sve češće i sve paničnije upozoren: planeta je drogirana!

Savremenu patologiju mladih karakteriše: delinkventno, nasilničko i kriminogeno ponašanje, zloupotreba psihoaktivnih supstanci, pojava vjerskih sekti i sve češće preziranje života, uz porast samoubistava među mladima (15).

U svijetu je:

- jedna milijarda i sto miliona osoba sa nikotinskom zavisnošću,
- 150 miliona pušača hašiša i marihuane,
- 30 miliona korisnika stimulatora CNS-a,
- 15 miliona kokainomana,
- osam miliona heroinomana,
- 9–15% muškaraca i 6% osoba ženskog pola ima problem alkoholne zavisnosti.

U trgovini psihoaktivnim supstancama angažovano je 10% stanovništva, a godišnji obrt je 400 milijardi dolara.

Najveći dio prijetnji po zdravlje mladih naziva se „socijalni morbiditet”, sa širokim dijapazonom rizičnog ponašanja: – Zloupotreba PAS, nasilje, suicidi, rizično seksualno ponašanje, pripadnost vjerskim sektama (V. Cucić).*

U uzorku studenata ispitanika 70% probalo je cigaretu u prosjeku sa 15 godina, a polovina njih nastavila je da puši. *Dnevno popuši više od 15 cigareta 49% studenata.* Studentkinje su i brojniji i strasniji pušači.

* Zdravstveno ponašanje studentske i srednjoškolske omladine, Zavod za zdravstvenu zaštitu studenata Beograda, za izdavača Dragan Ilić, Zbornik, Zlatibor, maj 2000.

Akohol je probalo 92% studenata, u prosjeku sa 15 godina. Djevojke u 65% a mladići u 29% slučajeva nikad nijesu bili pijani. Blizu 4% studenata ispoljava gubitak kontrole i oni se mogu smatrati osobama sa problemom pijenja ili zavisnim od alkohola.

Marihuanu je probalo 26% a hašiš 6% studenata, extasy 2%, alkohol sa sedativima 5%, kokain i heroin nešto više od 1%, neku drugu drogu 3% (LSD).

U grupi *srednješkolske omladine* 42% probalo je *cigarette* (polovina nastavila da puši), 71,5% probalo je *alkohol* u prosjeku sa 12 godina, a više puta bilo je pijano 44%. *Lijepak* je duvalo 1,5%, *marihuanu* 5%, *hašiš i kokain* manje od 1%, neku drugu drogu 1,2%, *kombinaciju droga* 1%, npr. *alkohol i tablete* i sl. Droge se najčešće dijele na žurkama (28%), ali i u školi—čak 15%.

Zavisnost od psihoaktivnih supstanci ima razmjere epidemije. Procjenjuje se da više od 15% opšte populacije SAD iznad 18 godina ima ozbiljan problem sa zloupotrebom supstanci, pri čemu otprilike dvije trećine primarno zloupotrebljavaju alkohol, a preostala trećina neku drugu supstancu.

U SRJ nije poznat tačan broj zavisnika, ali je problem evidentan i zabrinjavajući. Pretpostavlja se da u Beogradu postoji oko 20.000, a u Srbiji oko 30.000 narkomana. Najbrojnija su transmisiona grupa u prenošenju virusa side, najbrojniji su među oboljelima od AIDS-a i hepatitisa C.

Oko 7% pokušava ili realizuje suicid. U Beogradu godišnje umire oko 100 narkomana (suicidi, akcidentalne intoksikacije, AIDS i dr.).

Blizu 12% ispoljava znake deklanširanih psihoza (u predisponiranih, hereditarno opterećenih i tzv. prepsihotičnih struktura), kao i toksičnih psihoza koje su posljedica intoksikacije CNS (najčešće halucinogenim drogama).

Kriminalitet vezan za psihoaktivne supstance u dramatičnom je porastu (obračuni vatrenim oružjem, krivična djela protiv života i tijela). Svakodnevno raste broj dilera i krijumčara droge, koji se s pravom smatraju "ubicama na distanci".

Na evropski kontinent droga je došla sa oreolom mita. Usmena mitska glorifikacija drogu je stavila na pijedestal deifikacije, nečeg božanski novog. Hipiji i narkomani postali su identifikacioni uzori. Kitili su ih romantičnim imenima „djeca cvijeća”, „djeca sunca”, koja se bore protiv alijeniranog čovjeka, kome prijete opasnost da doživi egzistencijalni promašaj i postane „kosmička nula”.

Pojavile su se harizmatičke vođe (Timoti Liri, na primjer) koje su mladima nudile tzv. farmakološko pričešće i fascinirale ih psihedeličnim kultom.

Prva generacija narkomana (prije tri decenije) poznata je kao hipi generacija, sa hedonističkim kultom prezenta (živjeti sada!) i zloupotre-

bom opijata. Narkomani Zapada imali su svoju drogu. Naši narkomani bili su politoksikomani. (Kao kokoške na bunjištu – kljucaju šta nađu).

Droga kod nas nije više privilegija ekonomske i intelektualne elite velikih gradova, već njena demetropolizacija, nova hemijska epidemija, kojom su pogođena djeca (10–12 godina) svih društvenih slojeva ne samo u gradovima već i u selima.

To su osobe gladnih čula, željne senzacija, sklone self–analizi i self–medijaciji, uz iščekivanje self–gratifikacija. Droga se prihvata da bi se zadovoljile arhaične oralne (i seksualne) želje, kao potreba za sigurnošću i samopoštovanjem. Adikt anticipira drogu radi libidinozne i narcističke gratifikacije Ega, brani se od anksioznosti i prijetećih sila dezintegracije farmakoprotektivnim mehanizmima. Poznato je da je adikcija „traumatizacija na narcističkom nivou”. Adikt je zakoračio u triangulaciju da bi se vratio „simbiozi” (drogi kao neadekvatnom surogatu za majku). Droga je tendencija vraćanja u svijet emocionalnih doživljaja i veza svog ranog djetinjstva, izbjegavanje konflikata između spoljnog i unutrašnjeg svijeta, da se ne odraste (ostati „veliko dijete” u često ruiniranom tijelu). To su isto tako osobe krhkih, fragilnih struktura, netolerantne na anksioznost i frustracije, sklone anhedonizmu, preziranju života i bjekstvu iz života (droga kao prolongirano samoubistvo).

To su, nerijetko, infantilne, narcistički zaokupljene sobom, osobe sa krizom ili konfuzijom identiteta, perverzno radoznale, sa „fater prote- stom” i izborom droge kao osvetničkim trijumfom (77, 78).

U literaturi postoje pristalice teorije o tzv. toksikofilskoj spremnosti (Bisio), 81, pod kojom se podrazumijeva veći afinitet za supstancu, veća sklonost i brže stvaranje zavisnosti. Sve je više radova i o tzv. transgeneracijskom premošćenju i alkoholizma i narkomanije. (Sa sjetom moram da priznam da u savjetovalištu za bolesti zavisnostim sretam djecu svojih bivših pacijenata narkomana. U ovoj drugoj generaciji nalaze se korisnici psihoaktivnih supstanci, raznih smirujućih lijekova koja dovode do „tihe, čudljive zavisnosti” i ekscesivni konzumenti alkohola).

I ovdje važi pravilo: nije važna vrsta traume, već vrsta glave!

Pojam zavisnosti

Droge su sirovi, nepotpuno preparirani produkti biljnog, životinjskog i mineralnog porijekla. Od najstarijih vremena korišćene su radi dobijanja raznih lijekova, pa se i nazivaju ljekovite droge, zatim kao mirođije, ili su, pak, korišćene pri raznim vjerskim i drugim ritualima.

Svjetska zdravstvena organizacija (1969) daje sljedeću definiciju droge: „Droga je svaka supstanca koja, unesena u organizam može da modifikuje jednu ili više funkcija”.

Narkomanija je termin koji se nalazi u svim klasičnim udžbenicima, pa je i danas u masovnoj upotrebi. Grčko značenje riječi narkomanija svodi se na bolesnu zaokupljenost stanjima obamrlosti do kojih dovode droge.

Odbor eksperata Svjetske zdravstvene organizacije definiše (1957) *toksikomaniju kao stanje periodičnog ili hroničnog trovanja štetnog za pojedinca i društvo, prouzrokovano ponavljanim uzimanjem prirodnih ili sintetskih droga.*

Karakteristike toksikomana su:

- neodoljiva želja (žudnja, kompulzija) da se nastavi uzimanje droga i da se droga nabavi po svaku cijenu;
- tendencija da se separata ili cjelokupna doza droge povećava;
- postajanje psihičke ili fizičke ili, pak, i psihičke i fizičke zavisnosti;
- štetne posljedice po pojedinca i društvo u cjelini;
- pojava apstinencijalnog sindroma poslije naglog prekidanja uzimanja droge.

Odbor stručnjaka Svjetske zdravstvene organizacije predložio je 1964. godine zamjenjivanje termina *toksikomanija i navika* jednim nazivom – *zavisnost od lijeka, a u X međunarodnoj klasifikaciji – zavisnost od psihoaktivnih supstanci (PAS).*

Psihička zavisnost, habituacija razvija se kod svih oblika zloupotrebe droga. Droga postaje sastavni dio mehanizma emocionalne i socijalne adaptacije i za svaku ličnost ima „teško shvatljivo i imperativno značenje”.

Kod nekih osoba droga će dovesti do smirivanja anksioznosti, ublažavanja depresivnosti, ili, pak, do hemijski proizvedenih iracionalnih euforija. Kod sindroma psihičke zavisnosti postoji opsesivna sklonost uzimanju droga, kao i znaci psihičkog komfora pri intoksikaciji (3, 4, 46).

Fizička zavisnost ne razvija se pri upotrebi svih droga. To je specijalni stadijum adaptacije na drogu, pa droga najčešće postaje sastavni dio metabolizma ćelija. Naglo prekidanje daljeg unošenja droga može dovesti do mnogih metaboličkih perturbacija, zbog čega se ova vrsta zavisnosti naziva i *metabolička zavisnost*.

Droge, koje karakteriše stvaranje fizičke zavisnosti, odlikuju se time da njihovim nestankom iz organizma nastaju fiziološki poremećaji poznati kao *apstinencijalni sindrom*.

Toleranciju karakteriše nepostizanje željenih efekata ranijom dozom droge, koju, stoga, korisnik često povećava na nivo toksične ili letalne doze. Ovaj fenomen specifičnog oblika celularne adaptacije na drogu, iako bitan za fenomen zavisnosti, još uvijek je ostao nerazjašnjen na nivou medicinske fiziologije i patofiziologije.

Navika (habituacija) karakteriše se željom za uzimanjem droga, tendencijom povećavanja doza droge i emocionalnom zavisnošću. *Habituaciju*, dakle, karakteriše odsustvo kompulzivnih potreba i znakova fizičke zavisnosti.

Adikcija podrazumijeva intoksikaciju drogom, razvijanje tolerancije na ranije količine droge, kompulzivnu, neodoljivu potrebu adikta da dozu droge stalno povećava, izraženu fizičku, i naravno, psihičku zavisnost, kao i nemogućnost apstinencije.

Abusus je povremena ili stalna ekscesivna, neumjerena upotreba nekog lijeka ili supstance (najčešće droge i alkohola).

Farmakomanija podrazumijeva zloupotrebu raznih vrsta lijekova, najčešće hipnotika i analgetika, pa se zbog svoje raširenosti, posebno kod osoba koje teško podnose bol i razne oblike osujećenja i depresija, naziva i *tabletomanija*.

Da ne bi došlo do terminoloških nesporazuma, ukazaćemo na, za nas, bitnu razliku između pojmova *narkoman* (osoba sa znacima zavisnosti od droga) i *narkofil*.

Kod narkofila postoji izvjestan interval eksperimentisanja i fascinacije drogama. To su najčešće emocionalno nezrele osobe, sa histeričnim, ekshibicionističkim ili nekim drugim sklonostima, gdje je bedž grupne pripadnosti izvjesna emocionalna i socijalna satisfakcija ili prestiž. Demistifikacijom efekata droge prestaje narkofilska radoznalost. Iz ove kategorije, djelovanjem patoloških induktora ili patoloških indukcionih grupa, može se pojaviti izvjestan broj osoba koje postaju zavisne od droga.

Apstinencijalni sindrom karakteriše, zavisno od vrste droge i dužine zavisnosti, mnoštvo somato-vegetativnih i psihičkih simptoma, koji nastaju kao znak prestanka djejtva droge. Apstinencijalni sindrom je organski psihosindrom, čija vizuelna dramatičnost često odgovara stepenu vitalne ugroženosti adikta. On zavisi od farmakodinamskih osobina droge, tipa zavisnosti, dužine i intenziteta zloupotrebe, vitalnih, odnosno konstitucionalnih spremnosti organizma i drugih, nekad ugrožavajućih dodatnih faktora (iscrpljenost, gladovanje, interkurentne bolesti i sl.).

Najteže komplikacije apstinencijalnog sindroma ili krize jesu apstinencijalni delirijum, slika provocirane psihoze i ozbiljna vitalna ugroženost do nivoa kome, tako da izostanak brze i adekvatne pomoći (najčešće sa istom ili sličnom vrstom droge) znači smrtni ishod. U slučajevima ozbiljne vitalne ugroženosti indikovano je upućivanje u centre za reanimaciju.

Zavisnost od opijata

Opijum

Opijum (grč. opos – sok) upotrebljava se od davnina. Prvi pisani tragovi o opijumu nalaze se počev od 3. v. prije n.e. (78).

Opijum i njegovi prirodni derivati (morfin i kodein) i polusintetski derivati (heroin, dilaudid) nazivaju se opijati, dok se sintetski opijati (metadon, pentazocidarvon) nazivaju opioidi (1).

Aktivni sastojci opijuma su alkoholoidi, kojih ima preko dvadeset, ali se svi ne upotrebljavaju u medicini. Opijum se unosi intramuskularno, endovenozno (intravenozno), ušmrkavanjem, gutanjem, pušenjem i preko debelog crijeva.

U našoj populaciji adolescentnih zavisnika od opijata najviše se koristi sirovi opijum. Najveće količine, najčešće ilegalno proizvedenog opijuma, ne koriste se u medicinske svrhe. U prometu se ovaj opijum nalazi u obliku pločica ili „opijumskih pogača”.

Priprema ovog opijuma za intravensku upotrebu (u slengu narkomana za „fiksanje”) krajnje je primitivna i po zdravlje i život ugrožavajuća, upravo zbog činjenice da ne podliježe nikakvim pravilima asepsa i antiseptice.

Posljednjih godina narkomani koji nijesu u mogućnosti da nabavljaju opijum ili heroin kuvaju čaure maka i dnevno unose čak 2–3 litre čaja; kod njih su zapažena oštećenja jetre u znatno većem procentu.

Špric koristi i više osoba, čime se povećava mogućnost inficiranja. Nekada se ne sačeka ni hlađenje opijumskog rastvora niti sterilizacija višegigala i špriceva. To je dovelo do zabrinjavajućeg porasta broja HIV pozitivnih narkomana (AIDS, sida).

Pušenjem se postiže euforija, koja se opisuje kao „pasivno, blaženo, kontemplativno uživanje, praćeno razbuktalom imaginacijom”. (zavisno od intelektualnih i kreativnih potencijala ličnosti pušača).

Intravenski unesen opijum ima obično tri faze dještva:

- fazu udarnog dještva – fazu bljeska („fleš”),
- euforično–meditativnu fazu (stound) i
- hipnotičku fazu.

Prva faza dještva vrlo je kratkog trajanja (nekoliko minuta). Po pravilu zavisi od strukture ličnosti adikta, od atmosfere drogiranja, od jačine unesene droge i brzine intravenskog ubrizgavanja. Simbolično je nazvana njihovim slengom – „fleš”, jer bljesne poput blica. Praćena je uglavnom tjelesnim senzacijama, sa subjektivnim doživljavanjem toplote i tahikardijom (ubrzanim radom srca).

Kada se duže intravenski ubrizgava opijum, dolazi do uslovljavanja na iglu, što narkomani zovu „iglomanija”.

Vrlo brzo ulazi se u drugu fazu, u kojoj dominiraju: smirenost, pospanost, prijatan umor, blaga euforija sa self-meditacijama i self-gratifikacijama, zbog kojih se ova droga naziva „egocentričnom drogom”. Iluzioni fenomeni imaju simboliku neurotske realizacije želja. Ova faza praćena je odsustvom bola.

Treću fazu, ukoliko je unesena dovoljna količina droge, karakteriše pospanost i san. Poslije buđenja nastupa umor, pospanost, odsustvo motivacije, psihička depresija, anksioznost, strah, opsesivna želja da se nabavi i aplikuje nova količina droge, sve do nemogućnosti egzistencije bez droge.

Korisnici imaju crveno lice zajapurenog izraza, sa doživljajem toplote u stomaku, uskih zenica, a javljaju se i drugi simptomi: povećano lučenje pljuvačke, znojenje, muka, gađenje, povraćanje, zatvor i otežano disanje.

Uprkos ovako neprijatnim doživljajima, javlja se kompulzivna želja za novim, po pravilu sve većim dozama droge.

Morfin

Morfin se nalazi u obliku bijelih igličastih kristala, kristalnih komada ili praška. Narkoman, sklon stalnom povećanju doze, unosi i 500 puta veću dozu od takozvane analgetičke doze (doze koja suzbija bol).

Uneseni morfijum lokalizuje se u centralnom nervnom sistemu i u jetri, a u naviknutom organizmu mišići sadrže veliku količinu morfijuma. Izlučuje se preko želudačno-crijevnog trakta i bubrega (22).

Pronalaskom šprica za injekcije (1864) počela je potkožna primjena lijeka.

Osobe koje pripadaju grupi takozvanih klasičnih narkomana upotrebljavale su morfijum potkožno i intramuskularno. Adolescenti narkomani morfijum unose intravenski, da bi postigli efekte „fleša”. Potkožno i intramuskularno ubrizgavanje nije napušteno. Nerijetko, kada nemaju pri ruci injekcioni pribor, narkomani piju ampulirani morfijum.

Najvažnije je djejestvo morfina na centralni nervni sistem, pri čemu se ispoljavaju snažni analgetički i hipnotički efekti. Euforija je razlog zloupotrebe preparata na bazi morfina. Praćena je blagim hipnotičkim opuštanjem, mišićnom relaksacijom, nestankom anksioznosti i straha i slabljenjem skoro svih inhibicija ličnosti.

Smanjenje ili gašenje libida i erekcija bez ejakulacije poznati su efekti djejestva morfina na muškarce. U žena su opisani gubitak menstruacije i involucija polnih organa, do kojih dolazi zbog inhibitornog uticaja morfina na hormone prednjeg režnja hipofize.

Morfinomani dugo ostaju lucidni. Hronični tok zloupotrebe postepeno dovodi ličnost do emocionalnih poremećaja, gubitka sposobnosti kreativnog mišljenja i rasuđivanja, epizoda konfuznosti i oniričnih doživljavanja (viđenje raznih scena).

Na socijalnom planu delinkventno ponašanje prerasta u antisocijalno, često u zločinačko ponašanje.

Tonući u svoju narkomaniju, adikt ulazi u fazu koju bismo nazvali „faza marionete”: droga, koja mu je najprije davala iluziju slobode, pružila mu je, u stvari, ropstvo i cjelokupni njegov život podređen je njenim tiranskim zahtjevima. Postajući rob droge, narkoman cjelokupnu svoju aktivnost usmjerava na njeno nabavljanje, jer se užasava već od pomisli da može bez nje ostati.

Tjelesni znaci hronične intoksikacije morfina su: uske zenice, snižen tonus mišića, podrhtavanje prstiju, teturav hod, senzitivne smetnje, gubitak apetita, povraćanje, želudačni bolovi, zatvor, smanjenje i poremećaj lučenja mokraće, krize potencije (u žene poremećaj i gubitak menstruacije), ubrzan i neritmičan rad srca, povišen krvni pritisak, visoke temperature, fibroziranje i nekroza venskih krvnih sudova, kožne infiltracije i apscesi, blijeda i suva koža smanjenog tonusa, otoci očnih kapaka, kao i opšta, zastrašujuća slika mršavosti.

Heroin

Heroin je polusintetski derivat morfina, izolovan 1898. godine. Po svojim fizičkim osobinama, to je bijeli prašak bez mirisa, ali gorkog ukusa, rastvorljiv u vodi. Dobro se resorbuje sa sluzokože nosa i crijeva, pa se unosi u organizam ušmrkavanjem i injekciono. Heroin ima snažnije euforično djeystvo nego morfin, pa zavisnost od njega nastupa vrlo brzo.

Analgetički efekti heroina oko 2,5 puta su snažniji nego morfina.

Kao sredstvo protiv kašlja nalazi terapijsku primjenu u izuzetno teškim slučajevima karcinoma pluća koji se ne mogu operisati.

Terapeutske doze su od tri do pet miligrama, a maksimalne od pet do petnaest miligrama dnevno.

Narkomani unose drogu u organizam pušenjem, ušmrkavanjem i injekciono.

Među heroinomanima mali je broj onih koji se zadovoljavaju pasivnom euforijom, već čeznu za dramatičnim eksplozivnim euforičnim šokom („fleš”), čime se objašnjava brzo prelaženje na intravensku upotrebu.

Nagle smrti poslije intravenske primjene heroina nijesu rijetkost, a opisane su čak i pri udisanju heroina.

Farmakodinamski efekti heroina, s obzirom da je on polusintetski derivat morfina, ne razlikuju se bitno od morfinskih.

Heroin je snažna, takozvana herojska, tvrda droga, koja kod korisnika razvija snažnu euforiju. Zbog ovakvih njegovih svojstava omiljena je droga među psihopatski strukturisanim osobama. Zapadni autori govore o „heroinskim getima”, „gangovima”, jer heroin raspiruje pražnjenje brutalne, primitivne agresije.

Heroin brzo dovodi do karakternih devijacija, gubitka etičkih kapaciteta ličnosti i normalnog življenja i ponašanja, do seksualne dezinhibicije, antisocijalnog ponašanja (do vandalizma i ubilačkih ataka).

Heroin brzo stvara i fizičku i psihičku zavisnost. Strah od apstinencijalne krize u narkomana je razumljiv, jer je apstinencijalna kriza heroinomana često dramatična, iako traje kraće od morfinske.

Granica intoksikacije za heroin vrlo je niska. Dominiraju smetnje disanja (3).

Ubrizgavanje nesterilnog materijala može da izazove niz inokulacionih bolesti: inokulacioni hepatitis i žuticu, cirozu jetre, močvarnu groznicu, bakterijski endokardit, sifilis, tetanus i plućne infiltracije (u slučajevima unošenja heroina sa talkom!). Kod hroničnih heroinomana česti su: tuberkuloza, pothranjenost, karijes i druge infekcije zuba, kožne infekcije i traume glave, a posljednjih godina i HIV infekcija (sida, AIDS).

Iako samo 1% morfina prolazi placentarnu barijeru (posteljicu ploda), zbog biohemijske nezrelosti i nerazvijenosti krvno-moždane barijere, kao i zbog trpljenja nastalog hroničnom intoksikacijom, poslije rođenja razvija se apstinencijalni sindrom kod novorođenčeta, sa mogućim smrtnim ishodom. Dijete, koje je već u materici majke narkomana takođe postalo narkoman, rođenjem, u stvari, ostaje bez droge.

Novorođena djeca ispoljavala su tzv. *Fetalni apstinencijalni sindrom*, koji je trajao više nedjelja i, nerijetko, završavao se smrću (25)

Apstinencijalni sindrom novorođenčeta karakterišu: uznemirenost, glasan plač, krici, povraćanje, želudačno-crijevnne smetnje, prolivi, znojenje, gubitak tečnosti, nesаница, konvulzije, disajne smetnje (ubrzano disanje, začepljenje nosa), promjene boje kože, porast temperature, prekid disanja i cijanoza (49).

Aspiracija stranog sadržaja izaziva aspiraciono zapaljenje pluća (aspiraciona pneumonija) zbog koje je život novorođenčeta maksimalno ugrožen.

Apstinencijalni sindrom razvija se između trećeg i četrnaestog dana po rođenju.

Metadon

Metadon pripada grupi sintetskih opijata. Bezbojni kristali ili bijeli kristalni prašak metadonhlorida rastvorljivi su u vodi. Pojedinačne doze su od 0,005–0,015 g, a maksimalna dnevna doza 0,045 g (1,78).

Koriste se: injekcije metadonhlorida, tablete, čepići.

Izaziva blagu euforiju. Primjenjuje se u supstitucionoj terapiji opijatskih zavisnika, kako bi se izbjegla drastična apstinencijalna kriza. Postoji mogućnost navikavanja, koje može da traje, dugo, godinama. Zavisnici od metadona nijesu motivisani da se liječe i mogu postati tzv. doživotni metadonici.

Zavisnost od kanabisa

Aktivni, djelujući sastojak konoplje je tetrahidrokanabinol (THC-9). Iz indijske konoplje (*Canabis sativa*) dobija se hašiš, a iz meksičke konoplje (*Canabis mexicana*) – marihuana.

Postupak THC-a veći je u indijskoj nego u meksičkoj konoplji (veći je u hašišu – do 15%, nego u marihuani – do 3%). Kanabisovo ulje, koje se pojavljuje na ilegalnom tržištu, sadrži do 35% THC-a.

Pri upotrebi kanabisa razvijaju se psihička zavisnost, porast tolerancije i relativno blag apstinencijalni sindrom. Posljednjih godina izvjestan broj stručnjaka ističe postojanje i fizičke zavisnosti na kanabis (4, 67).

Djelstvo kanabisa na organe i organske sisteme ispoljava se u obliku lupanja srca i ubrzanja srčanog ritma, povećanog krvnog pritiska, bronhodilatacije, emfizema pluća, zapaljenjskih i pretkancerogenih promjena u respiratornim putevima (posebno su ugroženi strasni pušači duvana, povećanja alergijskih tendencija organa, smanjenja količina sperme i smanjenje pokretljivosti spermatozoida kod muškaraca, kao i do remećenja ovulacionog ciklusa kod žena.

Hašiš

U stručnoj literaturi opisuju se četiri faze djelstva hašiša (78,1)

U prvoj fazi poslije pet do deset minuta, javljaju se strah, zabrinutost, podozrivost i pogrešno opažanje spoljnjih draži.

Početak druge faze javljaju se simptomi iznurenosti i dobrodušnosti, poslije kojih nastaju poremećaji opažanja, svijesti i mišljenja, uz mnoge tjelesne nelagodnosti. Mentalni poremećaji zavise od sklopa i nekih drugih potencijala ličnosti. Pogrešno se opažaju prostor (pa su moguća zadesna samoubistva), vrijeme, zvuci, sopstveno tijelo, što može da bude uznemirujući doživljaj.

Mišljenje se mijenja po toku, formi i sadržaju, dok poremećaji svijesti zavise od stepena intoksikacije drogom. Smijeh i mimika djeluju zaražno na okolinu.

Treća faza odlikuje se paradoksalnošću percepcija, emocionalnom sputanošću i haotičnim emocionalnim doživljajima. Zbog straha i halucinacija nastaju paranoidne „kreacije”, uz ubjeđenje da su progonjeni. Mogu se javiti prisilni afekt, ponavljanje tuđih riječi i pokreta.

Češće je crvenilo nego bljedilo kože, crvenilo beonjača i vežnjača, sjaj očiju, široke zenice, suva usta, žeđ, povećanje apetita, ubrzan rad srca i pulsa, kao i preosjetljivost čula. Mogu se javiti još trnjenja po koži, glavobolje, šumovi u ušima i glavi, poremećaj koordinacije pokreta i govorne smetnje.

Četvrta faza, do koje rijetko dolazi, karakteriše se bljedilom, opštom hipotonijom, snižavanjem refleksa i gašenjem pulsa. Osobe u sličnim stanjima mogu da pojedju ogromne količine hrane, naročito slatkiša, kao i da popiju velike količine tečnosti.

Svijest se bistri, osobe postaju pribrane, ali usporene i apatične. San traje 10–12 časova, a poslije buđenja osjećaju se intenzivna glad i žeđ. U slučajevima akutnog trovanja izuzetno rijetko nastupa smrt.

Kod predoziranosti može doći do kolapsa i kome, a na psihičkom planu moguće je izbijanje duševne bolesti. Dolazi do delirantnih epizoda, sumračnih stanja i halucinatorne zbrkanosti. Osobe su pričljive, govore nepovezano, iznenada zaplaču, besmisleno bježe, ili su agresivne, živo haluciniraju, ispoljavaju sumanutost proganjanja ili strah od sopstvenog nestanka, što prati užasan strah ili neobuzdana veselost. Ovakvo stanje traje nekoliko časova ili dana, a docnije se osobe ničega ne sjećaju. Mogu se javiti i epileptički napadi.

Marihuana

Marihuanu su prihvatili hipici da bi uz njen omamljujući dim propovijedali altruizam i misticizam, poštenje, radost, nenasilje, iskazujući na taj način protest protiv autoritarnog, dehumanizovanog i alijeniranog društva. Mladi marihuanu koriste da bi postigli neke nove senzacije iskustva. Pop–muzičari, slikari i pisci traže vještačku stimulaciju, nove kreativne prostore, najčešće zbog nedostatka sopstvenih unutrašnjih podsticaja.

Marihuana se najčešće puši spravljena u obliku cigareta, koje se u žargonu narkomana nazivaju „džoint“, „riter“ ili „stik“. Može da se puši pomoću lule ili specijalno konstruisanih muštikli sa proširenim prednjim krajem.

Dim marihuane ima snažan i oštar miris, sličan mirisu zapaljene suve trave ili konopca koji gori. „Ovaj miris dugo se zadržava u odijelu.

Efekti marihuane prolaze kroz četiri faze (1,78).

Faza euforičnog uzbuđenja traje jedan do dva časa, a karakteriše se tjelesnom i moralnom lagodnošću, radošću, neodređenim spokojstvom, nekontrolisanom i zaraznom egzaltacijom koja se prenosi na druge, iluzionim fenomenima, fantastičnim slikama, utiskom da je opijenost trajala dugo i djelimičnim sjećanjem na događaje koji su se odigrali.

U ovoj fazi mogu se javiti depresije, mentalna zbrka, halucinacije, tjeskoba i agresivnost, kao i prolazna stanja duševne poremećnosti kod predisponiranih osoba.

Faza senzoričke egzaltacije tipična je po preosjetljivosti subjekta, povećanoj izoštrenosti percepcija, sugestibilnosti, napadima zebnje i neodređene napetosti, agresivnosti i nasilja, kao i poremećajem orijentacije u prostoru i vremenu.

Faza pasivne ekstaze karakteristična je po neizrecivom ekstatičnom doživljaju koji je isprekidan vizijama. Osobe su u ovoj fazi lucidne, ali nemoćne. Mogu doživljavati fenomene depersonalizacije, s uznemirujućim utiskom da se mijenjaju.

Faza utonulosti u san traje nekoliko časova.

Intoksikacija marihuanom ima talasast tok, a zbog djejtva na koru mozga naziva se „otrovom razuma”.

Mogu se javiti napadi delirantne uznemirenosti, napetosti, individualni i grupni kriminalitet, kao i divlja agresivnost. Sliku duševne poremećenosti karakterišu depresije ili egzaltacije.

Kod hroničnih korisnika marihuane karakteristična je pojava tzv. amotivacionog sindroma, za koji je tipičan gubitak volje za radom, apatični oblici komunikacije i odsustvo inicijative da se uspostavi dijalog sa okolinom.

Među psihičkim poremećajima, zavisno od stepena krhkosti mentalne strukture ličnosti, najčešći su: reakcije panike, toksične psihoze i naknadne psihotične reakcije.

Kanabis–zablude i istine

Kanabis je najčešće korišćena i zloupotrebljavana droga u svijetu (200–300 miliona ljudi). U SAD je koristi 42,2% mladih (u starosnoj grupi od 18 do 25 godina, čak 51%). Kanabis je i droga o kojoj postoji najviše zabluda.

Kanabis je tzv. ulazna droga (gateway), droga koja se prvo proba i sa koje se u izvjesnom procentu slučajeva prelazi na tzv. adiktivne droge (droge koje stvaraju izrazitu metaboličku zavisnost).

Terminom „kanabis” obuhvaćene su supstance koje se dobijaju iz indijske konoplje. U konoplji postoji oko 60 kanabinoida, 400 štetnih hemikalija, a tokom pušenja čak 2000!

Aktivni princip je delta–9–tetrahidrokanabinol (THC). Selekcionisanjem povećava se potentnost. Akumulira se u organizmu i može se otkriti i nakon četiri sedmice.

U žargonu poznata je kao „trava”, „vutra”, gas, Meri Džejn, Rite, stik, „domaćica”, a cigareta je prepoznatljiva kao „džoint”, „albanka”...

Metabolička zavisnost je diskutabilna, ali tolerancija, psihička zavisnost i apstinencijalni sindrom postoje.

Zablude:

Marihuana je bezopasna, „bebi droga”.

Manje opasna od duvana.

Manje opasna od alkohola.
Povećava kreativnost.
Afrodizijak.
Ne senzibilizuje prelazak na druge droge.
Nije most ka drugim drogama.
Ljekovita.
Ne stvara zavisnost.
Ne utiče na sposobnost upravljanja motornim vozilima.
Legalizovana u nekim zemljama.

Simptomi u službi istine

Djejestvo počinje poslije nekoliko minuta, svoj maksimum postiže poslije pola sata i traje 4–5 časova.

Psihički simptomi: euforija (konoplja je „sjeme smijeha” bljeskasta euforija, nekontrolisani smijeh koji indukuje okruženje, govornost do brbljivosti, druželjubivost i lažno osjećanje bliskosti, osjetljivost na zvukove, boje i svjetlost, sporo proticanje vremena, poremećaj doživljavanja prostora, poremećaj upamćivanja, oniroidna stanja, vizuelne i akustičke halucinacije, depersonalizacija, derealizacija, sumanute ideje, razdvajanje svjesnosti, istovremeno doživljavanje efekata droge i posmatranje sopstvenih doživljaja (unutrašnji monitor).

Tjelesni simptomi: suvoća usta, hiperemija konjunktiva, ubrzan rad srca, povećan apetit i potreba za unošenjem slatkiša, zatim poremećaj hormonalne ravnoteže /impotencija, ginekomastija kod dječaka, privremeni sterilitet, pobačaji, hromozomska oštećenja, pad imuniteta.

Apstinencijalni sindrom: razdražljivost, umor, malaksalost, muka, nesаница, tremor, prolivi, bolovi u mišićima.

Talasasti tip intoksikomanije karakteriše se smjenjivanjem budnosti i gubitka svijesti.

Prema Konvenciji od 1961. Kanabis je svrstan u red droga, a u posljednjoj, Desetoj međunarodnoj klasifikaciji to je „zavisnost od kanabino-ida”.

Pristalice legalizacije polaze od pretpostavke da kada se sa ovih droga skine veo tajanstvenosti postaće manje atraktivne. Po njima droge su opasne zato što su zabranjene, a ne obratno: zabranjene su zato što su opasne.

Treba procijeniti opasnost, ukazati na posljedice, ne satanizujući ih, jer se i laka droga može koristiti na težak način.

Farmakodinamski aktivni princip konoplje (hašiša, marihuane) tetrahidrokanabinol (THC) otkriva izvjesne receptore u mozgu i u djelovima

mozga koji kontrolišu raspoloženje. Ti receptori su uključeni u specijalni neuromedijator. Taj molekul nazvan je „anandamid” (sanskritski „anandamid” – sreća) dovodi navodno do popravljivanja apetita (1).

Poznato je da jedna trećina pušača prelazi na toksikomanski obrazac korišćenja supstance, a 95% heroinomana bili su pušači „trave”, što potkrepljuje tvrdnju da su kanabinoidi most ka tzv. adiktivnim drogama (drogama koje izazivaju zavisnost).

Kanabis izaziva iluzije i halucinacije koje u početku mogu biti prijatne, zavodljive, fascinantne, ali kasnije i košmarne („bed trip” – košmarni izlet), zastrašujuće. Euforično raspoloženje i brbljivost često imaju predznak „bljeskaste euforije”. To je stanje pasivne ekstaze, poslije kojeg će nastupiti amotivacioni sindrom. Opisane su i encefalopatije sa pratećim intelektualnim osiromašenjem, kao i endokrini poremećaji (smanjenje pokretljivosti spermatozoida, poremećaji ovulacije). THC-u se pripisuju kancerogena svojstva. Najteži su, svakako, anksioznost do nivoa panike, depersonalizacioni fenomeni, progonstva iz svijeta realnosti i „kanabis psihoze” (1,78).

Poznato je da se treba bojati savršenstva. Nereda, vjerovatno, još više!

Zavisnost od sedativa i hipnotika

Zloupotreba raznih lijekova (farmakomanija, raniji stručno neadekvatan naziv tabletomanija) postaje sve više problem i mladih i starijih generacija. Najčešće se koriste: hipnotička sredstva tipa barbiturata i nebarbiturata, umirujuća sredstva (anksiolitici, trankilizeri i sedativi), sredstva protiv bolova (analgetici), protiv Parkinsonove bolesti (antiparkinsonici).

Hipnotici imaju uspavljujuće efekte. Propisuju ih ljekari pacijentima koji pate od nesanice, ali upozoravaju na opasnost stvaranja zavisnosti. Češća je njihova nemedicinska upotreba i zloupotreba.

Najpoznatiji iz ove grupe su barbiturati, izrazito efikasni lijekovi za liječenje epilepsije gdje ne izazivaju zavisnost i pacijenti sa zadovoljstvom prihvataju njihovo smanjivanje i ukidanje. Osobe koje ih koriste samoinicijativno postaju od njih zavisne i u slučaju naglog ukidanja može doći do neželjenih posljedica, među kojima je najčešća pojava epileptičnih konvulzija.

U ovoj grupi koriste se (ili zloupotrebljavaju): metakvalon, doriden, arvinol.

Sedativi djeluju umirujuće. Najpoznatiji su heminevrin i meprobramat. U nekontrolisano dugom liječenju alkoholizma meprobramatom može doći do stvaranja zavisnosti.

Hipnosedativima pripada velika grupa benzodijazepina, koji imaju miorelaksantna (opuštaju miškulaturu) i antikonvulzivna svojstva (antiepileptici), dovode do smirivanja anksioznosti i spavanja.

Analgetici ublažavaju ili kupiraju bol. Najčešće se koriste: trodon, valoron, optalidon, spazmocibalgín, plivadon, saridon, fenacetin, fentanil i dr.

Antiparkinsonici se koriste u liječenju Parkinsonove bolesti i neuroleptičkog sindroma, izazvanog upotrebom neuroleptika i u liječenju duševnih bolesti.

Mladi zavisnici koriste artan, akineton, panalid, heksifen.

Anksiolitici

Efekti: anksiolitički, sedativni, miorelaksantni, antikonvulzivni (podižu konvulzivni prag).

Neželjeni efekti i toksičnost:

Velika terapijska širina, mala toksičnost, stvaranje zavisnosti („tiha, čudljiva zavisnost”).

Predoziranje:

Pospanost, sopor, koma.

Početni efekti:

Pospanost, pad arterijskog pritiska, vrtoglavica, opijenost, tjelesna slabost, pad koncentracije, ataksija, poremcáj koordinacije, dizartrija, smetnje vida (diplopije), konfuzna stanja.

Paradoksalne reakcije:

Agresivnost, hipomanično i manično ponašanje, žutica.

Duža, nekontrolisana i nemedicinska zloupotreba dovodi do stvaranja zavisnosti. Diazepam se vezuje za proteine, jako je liposolubilán. Hemodijaliza ne djeluje! Antagonist je flumazemil (anexate).

Apsolutne kontraindikacije:

Glaukom, mijastenija, alergija na lijek, trudnoća (u organizmu fetusa koncentracija lijeka je veća nego u majke).

Relativne kontraindikacije:

Insuficijencija jetre i bubrega, degenerativna oštećenja mozga, hronična opstruktivna bolest pluća, hipoalbuminemija, zavisnost od alkohola i opijata.

Apstinencijalni sindrom:

Loše osjećanje, depresivno raspoloženje, anksioznost sa somatskim manifestacijama, nemir, vrtoglavica, anoreksija.

Teži apstinencijalni sindrom:

Košmar, gastrointestinalne smetnje (gađenje, povraćanje), tremor, konfuzija, delirijum, epileptični napadi, egzacerbacija anksioznosti, panični napadi.

Barbiturati

Otkriveni su početkom 20. vijeka (1903), a u proteklom periodu proizvedeno je preko 2500 različitih lijekova na bazi barbiturata.

Barbiturati su lijekovi izbora u liječenju epilepsije, a takođe i za postizanje anestezije (ublažavanje i sprečavanje raznih bolova, kao i pri hirurškim intervencijama).

Prema dužini dještva podijeljeni su u tri grupe: dugog, kratkotrajnog (srednjeg) i ultrakratkotrajnog dještva. Do zloupotrebe i zavisnosti dovede barbiturati sa kratkotrajnim i ultrakratkotrajnim dještvom (1, 80, 78).

Barbiturati u visokim dozama mogu izazvati vesela raspoloženja (euforije), mentalne konfuzije i kliničke slike nalik na stanje alkoholisanosti.

Značajno je upozoriti da nemali broj osoba kombinuje barbiturate sa alkoholom, zatim sa opijatima (heroinom) i stimulatorima centralnog nervnog sistema (amfetaminom).

Kombinacija alkohola, barbiturata i heroina može dovesti do potenciranja dještva supstanci, teškog trovanja, kome, nerijetko s vitalnom ugroženošću i fatalnim ishodom.

Postoje osobe koje ne mogu da funkcionišu bez hemijskih „moderatora stvarnosti”, koje koriste naizmjenično, čak u toku istog dana, barbiturate i stimulare. Na taj način, kao na klackalici, razvijaju dvostruku narkomaniju: čim počinju da slabe ili nestaju euforični i stimulatívni efekti, prelaze na supstancu koja će dovesti do smirivanja (sedacije).

Poznat je i fenomen automatizma, koji se ispoljava ponovnim uzimanjem supstance zato što osoba nije postigla željene efekte. Vjerujući da lijek nije ni uzela, ali i zbog blage i neprepoznate sopstvene konfuznosti, supstanca se automatski uzima više puta u toku noći, sve do nena-mjerne intoksikacije, nekad i sa smrtnim ishodom.

U kliničkoj slici akutnog trovanja ispoljavaju se psihički i neurološki simptomi.

Među psihičkim poremećajima najkarakterističniji su: promjene raspoloženja (od bezrazložne veselosti do napada plača), poremećaj pažnje, pamćenja i rasuđivanja, ali i efekti smirivanja, zatim progresivno pogoršanje praćeno delirijumom, halucinacijama, gubitkom svijesti i smrću ukoliko se blagovremeno ne interveniše.

Od neuroloških simptoma tipični su: nistagmus, usporen, nerazumljiv i dizartričan govor, teturav hod, težak poremećaj koordinacije i smanjenje refleksa.

Pri hroničnoj upotrebi barbiturata, osoba ispoljava konfuznost, poremaćaj emocionalne kontrole, agresivnost, razdražljivost, teškoće u artikulaciji i poremećaje koordinacije.

Od želudačno–crijevnih smetnji karakterističan je zatvor (opstipacija), a hronični moždani sindrom karakterističan je po propadanju nervnih ćelija i intelektualnom osiromašenju ličnosti.

Po prestanku uzimanja droge (namjerno, kao „kriziranje na suvo”, ili zbog iznenadnog nestanka supstance) razvija se dramatičan apstinencijalni sindrom, koji može ugroziti život zavisnika.

Desetak časova po prestanku djejtva droge, osoba ispoljava anksioznost, strah, potištenost, muku, gađenje, povraćanje, drhtavicu, znojenje, nesanicu, tahikadiju, hipertenziju, tremor prstiju na rukama, pojačane reflekse, grčeve nalik na epileptične i delirijum.

Skok temperature (poremećaj ravnoteže elektrolita), kardiovaskularni kolaps i smrt mogu biti tragičan završetak apstinencijalnog sindroma. Upravo zbog toga ne preporučuje se naglo prekidanje unošenja barbiturata, već to treba činiti postepeno, uz savjete i kontrolu ljekara. Pri naglom prekidanju unošenja barbiturata mogu se javiti epileptični napadi, delirantne epizode (apstinencijalni delirijum) i, na kraju, smrtni ishod.

Zbog delikatnosti i nepredvidljivosti toka apstinencije, liječenje treba prepustiti stručnim osobama, koje će apstinencijalnu krizu uspješno razriješiti odgovarajućom i blagovremeno ordiniranom terapijom, kao i ostalim mjerama zaštite osobe sa razvijenom zavisnošću od barbiturata.

Benzodijazepini

Benzodijazepini pripadaju grupi hipnosedativa, sa miorelaksantnim i antikonvulzivnim svojstvima. Brzo prolaze hematoencefalnu i placentarnu barijeru.

U slici akutne intoksikacije dominiraju kardiovaskularna i respiratorna depresija.

Mehanizam nastajanja tolerancije i zavisnosti nije jasan.

Zbog njihove prevelike ekscesivne i nekontrolisane upotrebe („tiha, ćutljiva zavisnost”) Svjetska zdravstvena organizacija je broj od preko trideset benzodijazepina svela na minimum, ukazujući na neželjene efekte, i najavila strogu kontrolu dijazepina.

Ogromna je potrošnja lijekova iz grupe benzodijazepina, posebno u SAD. Potencijal stvaranja zavisnosti je mali, ali pri njihovoj neterapijskoj i nekontrolisanoj upotrebi razvijaju zavisnost, naročito tavor, valijum, librijum i mogadon (29,45)

Postoji oko 2.000, a u upotrebi je oko 100, benzodiazepina. Svjetska zdravstvena organizacija vrši redovne kontrole, redukcije i zabrane.

Oko 6% stanovništva na Zapadu koristi benzodiazepine.

Prolaze hemato-encefalnu i placentarnu barijeru.

Kombinuju se sa drugim lijekovima i alkoholom .

Neželjeni efekti:

Metabolička zavisnost (benzodiazepinski receptori u mozgu), psihička zavisnost, „talismanska zavisnost” (nose lijek sa sobom)

Farmakodinamski efekti:

Poremećaj koordinacije, poremećaj ritma govora do nerazumljive verbalne komunikacije, smjenjivanje sedacije i razdražljivosti, konflikt-nost, dezinhbirano ponašanje, depresija, pokušaji suicida, suicidi.

Paradoksalni efekti:

Stimulacija, uznemirenost, nesanica, agresivnost

Apstinencijalni sindrom:

Napetost, psihomotorni nemir, nesanice, tremor ruku, porast arterijskog pritiska, tahikardija, znojenje, gastrointestinalne smetnje (muka, gađenje, povraćanje), bolovi i grčevi u mišićima, poremećaj koordinacije, ataksija, senzibilnost na dještvo pojedinih draži, poremećaji opažanja (iluzije i halucinacije), poremećaji sheme tijela, depresionalizacija, derealizacija, depresija, epileptični napadi.

Protrahovani apstinencijalni sindrom:

„Postapstinencijalni sindrom” poslije 1 do 3 mjeseca. Neslaganje: recidiv oboljenja”

Neonatalni apstinencijalni sindrom:

Apstinencijalni sindrom novorođenčeta u slučajevima kada su majke bile zavisne od benzodiazepina!

Zavisnost od analgetika

Analgetici su sredstva koja ublažavaju ili kupiraju bol.

Depresivnim dještvom na CNS objašnjava se njihov analgetički efekat. Svojim toksičnim dještvom mogu oštetiti funkciju jetre i bubrega (23).

Valoron

Valoron (tilidin) pripada grupi snažnih analgetika. Po hemijskoj strukturi razlikuje se od narkotičkih analgetika, a efekti upoređeni sa morfinom su: 100 mg valorona odgovara 10 mg morfijuma.

Analgetici mogu dovesti do ukrštene tolerancije sa narkotičnim sredstvima.

Akutna intoksikacija nastupa poslije unošenja jednog grama valorona. U kliničkoj slici dominiraju psihomotorni nemir, ataksija i hiperventilacija.

Apstinencijalni sindrom je neprijatan i traje dosta dugo. Karakteriše ga kompulzivna žudnja za ponovnim uzimanjem valorona, anksioznost i izrazita mišićna malaksalost, praćena mišićnim bolovima koji otežavaju kretanje. Pacijenti su razdražljivi i skloni verbalnoj hostilnosti u komunikaciji sa članovima porodice, ali i sa drugim osobama.

Narkomani mogu tokom apstinencijalne faze da zamijene valoron narkoticima, kao što su morfijum, heroin, heptanon, naivno vjerujući da će to trajati samo desetak dana. Na nesreću, oni će postati zavisnici morfinskog tipa ili će se, eventualno, vratiti valoronu (1).

Trodon (Tramadol)

Trodon je, po hemijskoj strukturi sličan opijatskim analgeticima, pripada grupi analgetika sa jakim djelovanjem.

Lijek se brzo resorbuje. Prolazi krvno-moždanu (hematoencefalnu) i placentarnu barijeru (što znači da lijek iz posteljice može da pređe u krvotok ploda), dok u mlijeko doji se u malim količinama (0,1%).

Trodon je 1,5 do 3 puta slabiji analgetik od morfina. Ublažavanje bolova postiže se u intervalu od jednog do dva sata. Nema ukrštene tolerancije između trodona i morfina. Trodon stvara i fizičku (metaboličku) i psihičku zavisnost i apstinencijalni sindrom (1,80).

Kao indikatori specifične iritacije centralnog nervnog sistema mogu nastati vrtoglavica, jeza, drhtavica i poremećaji koordinacije, zatim sedacija, centralna stimulacija, euforija i disforija, dok su u domenu autonomnog nervnog sistema karakteristični znojenje i suvoća usta.

U gastrointestinalnom sistemu dominiraju sljedeći poremećaji: gubitak apetita, muka, povraćanje, zatvor (opstipacija).

Od kardiovaskularnih najizrazitiji simptomi su tahikardija i poremećaj arterijskog krvnog pritiska.

Treba istaći i sljedeća neželjena dejstva: alergiju, glavobolju, slabost, senzorne efekte, poremećaje mokrenja i šok.

Visoke doze trodona izazivaju respiratornu depresiju, zastoj ili prestanak disanja, stanja mentalne konfuzije, gubitak svijesti, povraćanje, kardiovaskularni kolaps i komu. Predozirani pacijenti imaju uske zenice. Narkomani predozirani većim dozama ispoljavali su sljedeće simptome: depresiju centralnog nervnog sistema (od sanjivosti do dubokih nesvjесnih stanja), popuštanje periferne cirkulacije, konvulzije i izrazito suženje zenica.

Antiparkinsonici

Grupa antiparkinsonskih lijekova koristi se u neurologiji i psihijatriji u cilju liječenja Parkinsonove bolesti, kao i suzbijanja neprijatnih efekata neuroleptika, snažnih lijekova, koji se daju radi liječenja mnogih simpto-

ma duševnih bolesti. Na žalost, došlo je do njihove zloupotrebe i stvaranja zavisnosti.

Antiparkinsonici djeluju na ekstrapiramidne centre i puteve.

Ove lijekove narkomani miješaju s alkoholom i drugim lijekovima.

Opisani su sljedeći simptomi intoksikacije: umor, malaksalost, vrtoglavica, muka, želudačno–crijevni poremećaji, karakteristična suva usta, nemir, poremaćaj akomodacije i viđenje duplih slika (diplopije), uznemirenost, povećanje krvnog pritiska, neprijatno onespokojavajuće lupanje srca, otežano mokrenje, poremećaji svijesti, čulne obmane uz izmijenjeni doživljaj sopstvene ličnosti i svijeta oko sebe, dezorijentacija u prostoru, vremenu i prema drugim ličnostima, brbljivost, paranoidnost i agresivno ugrožavanje okoline (1).

Zavisnost od kokaina

Sredinom 19. vijeka kokain u čistom obliku izolovan je iz lišća koke, „božanske biljke” Inka. Žvakanje lišća koke poznato je u Južnoj Americi još iz praistorije, jer je siromašnom stanovništvu koje je teško živjelo u brdovitim predjelima „utoljavalo glad i darivalo snagu” (78).

Kokain se apsorbuje preko svih sluzokoža: nosne sluzokože, zatim sluzokože usta, vagine, debelog crijeva i drugih.

Kod ušmrkavanja (snifovanja”) kokaina nastaje zapaljenje sluzokože nosa, a zatim erozije i perforacije nosne pregrade.

Zbog efekata koji traju kratko, kokainomani su prinuđeni da kokain unose u organizam i do dvadeset sekundi, a potkožno i intramuskularno unošenje kokaina je rijetko. Može se pripremati i piti kao čaj.

Kokain spada u najstarija psihostimulativna sredstva. Najveći broj ljudi (danas ih navodno ima 5–6 miliona, dok ih je ranije bilo mnogo više u planinskim predjelima Perua, Bolivije i Sjeverne Argentine), poznati su kao kokersi, žvaću lišće koke (78).

Izolovan iz droge sintetizovan kokain se upotrebljava rastvoren u vodi ili nekom alkoholnom piću, zatim u obliku praška za inhalaciju, kao dodatak cigaretama ili duvanu za lulu, i, naravno, injekciono (4).

Opisuju se tri stadijuma djejtva kokaina:

- euforični,
- konfuzno–halucinatorni i
- depresivni.

U euforičnom stadijumu postoji subjektivni osjećaj neograničene intelektualne moći, kao i smanjenje tjelesnog i mentalnog zamora.

Osoba uživa u samozadovoljstvu ili je, pak, impulsivnog ponašanja.

Kokainoman je preduzimljiv, samosvjestan, brbljiv, samopouzdan i seksualno dezinhibiran. Prijatne kožne senzacije bude kožni erotizam i potenciraju libido, čime se objašnjavaju promiskuitetna ponašanja, ali i inverzije seksualnog nagona i načina zadovoljavanja seksualnih želja. Kokainomanija je česta u homoseksualaca, ali je isto tako moguće da homoseksualnost bude posljedica kokainomanije. U kasnijim fazama kod muškaraca nastupaju impotencija i patološka ljubomora.

U *drugom stadijumu* dominiraju halucinatorni i iluzioni fenomeni. Tipične su mikropsije, tzv. liliputanske halucinacije. U ovom stadijumu javljaju se još anksioznost i razdražljivost. Akustične halucinacije provociraju samooptužujuće produkcije.

Treći stadijum karakteriše se depresivnošću, apatijom, redukcijom voljne motorike do nivoa pravog stupora, kada osoba, ukočena poput mumijske, ne reaguje ni na kakve draži.

U *hroničnoj fazi* kokainomanije, osoba je razdražljiva, zabrinuta, često asocijalnog i antisocijalnog ponašanja.

Kokain je droga koja stvara najsnažniju psihičku zavisnost, pa narkoman upada u krize potištenosti i očajanja, ili, pak, divlje agresivnosti i kriminalnog ponašanja, kada mu zaprijeti opasnost da će ostati bez droge (1).

Kokain je karakterističan i zbog ozbiljnih oštećenja intelektualnog funkcionisanja subjekta. Tipične su demencije izazvane njegovom hroničnom zloupotrebom. Brzo dolazi do pada intelektualnih aktivnosti, do nesposobnosti upamćivanja, defekata rasuđivanja i kreativnog mišljenja, gubitka ideja i etičkog osiromašenja (5).

Ideje proganjanja mogu da prerastu u osvetnički čin, kao neka vrsta „odbrambenog napada”, a strukturiraju se kao paranoidna psihoza (sumanutost proganjanja).

Od kokainskih psihoza opisani su delirantni sindrom, pa u ovim fazama postoji ozbiljna opasnost od samoubilačkih impulsa.

Akutna intoksikacija kokainom praćena je ubrzanjem pulsa, bljedilom, mukom, povraćanjem, vrtoglavicom, trbušnim bolovima, strahom, psihomotornim nemir, logoreom (brbljivošću) i halucinacijama.

Kod teških intoksikacija razvija se težak poremećaj disanja, širenje zenica, glavobolja, skok pritiska, jeza, drhtavica, grčevi, nemir, zatim gubitak svijesti i paraliza disanja.

U slučajevima preosjetljivosti na kokain brzo nastaje kokainski šok, sa malim mogućnostima teškog terapijskog djelovanja, pa je život kokainomanu ozbiljno ugrožen.

Krek

U grupi novih „dizajn” (oblikovanih) droga pojavio se osamdesetih godina u SAD i Evropi – krek (crack), supstanca nalik na žučkastosive mrvice soli. Pvi put je „krek” otkriven prilikom jedne policijske racije (1983) u Los Angelesu. Naziv krek droga je dobila zbog „pucketajućih” šumova (crackle – prštanje, pucketanje).

Ova droga najčešće se unosi u organizam pušenjem („duvanjem”), ušmrkavanjem („snifovanjem”), gutanjem ili injekciono. Konačni produkt je kokain, ali se osnovnoj supstanci (adiktivnoj supstanci koja stvara zavisnost) dodaju druge (aditivne) da bi se povećala količina droge. Na taj način, svojstva vrlo često nijesu tipična kokainskom djelovanju, pa se krek smatra „najkatastrofalnijom” drogom.

Zbog brzog dejstva droga je nazvana „brzim pokretačem” i smatra se opasnijom od svih zaraznih bolesti koje su harale u srednjem vijeku (1).

Tipičan efekat droge je brza stimulacija. U početku osoba zavisna od kreka upadljivo popravlja moć koncentracije, ali brzo slijedi njeno propadanje.

Najčešće posljedice uzimanja kreka su: hipertenzija, zapaljenje pluća, gubitak apetita, svrab kože, tjelesno propadanje zbog avitaminoze, kao i psihički poremećaji nalik na paranoju i shizofreniju.

Zavisnost od stimulatora nervnog sistema

Amfetamin

Amfetamin je stimulator centralnog nervnog sistema (kore mozga i moždanog stabla), detoksikuje ga jetra, a izlučuje se preko bubrega (renalno).

Tolerancija na amfetamin razvija se vrlo sporo, a terapijska doza (5–10 mg) može se povećati 500 puta (0,5–5,0g.).

Uprkos činjenici da se tolerancija uspostavlja postepeno, korisnik je primoran (radi postizanja euforičnih efekata, koji idu do nivoa pohlepe) da unosi vrlo visoke doze amfetamina (do 1500 mg!) – „manijaci na spidu” (1).

Dominiraju sljedeći efekti: euforija, sprečavanje sanjivosti i produžena budnost, uklanjanje umora, gubitak apetita i subjektivni doživljaj jačanja intelektualnih i tjelesnih potencijala (20).

Korisnik amfetamina je u zabludi, jer vjeruje da droga dovodi do jačanja mentalnih i tjelesnih kapaciteta. Droga, u stvari, primorava organizam da koristi preostale rezerve, čime korisnik amfetamina postaje vital-

no ugrožen. Droga ga, dakle, unaprijed ne daruje snagom, već njegove preostale snage grubo potkrada!

Euforični efekti traju kratko. Po njihovom prestanku osoba upada u fazu depresije i primorana je da ponovo uzme amfetamin, ne primjećujući kojom brzinom ulazi u začarani krug, u kojem se, kao u krugovima pakla, može dugo ili doživotno kretati.

Zbog gubitka apetita i tjelesne mase dolazi do pravog tjelesnog ruiniranja. Nastaju želudačno–crijevni poremećaji, nesiguran hod, drhtanje ruku, vrtoglavice i srčane smetnje u obliku ekstrasistola (50, 69).

Osobe postaju razdražljive, naprasite, delinkventnog i asocijalnog ponašanja, gube erotska interesovanja i etičke kriterijume, ponašaju se dezinhibirano i nasilnički (4).

Akutna intoksikacija nastaje unošenjem neterapijske doze droge, njenim intravenskim unošenjem ili hazardnim rastvaranjem tableta i intravenskim ubrizgavanjem takvog „rastvora”.

Karakteristični su sljedeći simptomi: crvenilo i (ili) bljedilo lica, cijanoza, groznica, tahikardija, skok arterijskog krvnog pritiska, širenje zenica, povišen tonus perifernih krvnih sudova, smanjenje tonusa glatkih mišića probavnog i urinarnog sistema, povećano lučenje pljuvačke i pretjerano znojenje (27).

Među psihičkim simptomima dominiraju: euforija, živahnost, čilost, nerealna optimistička stanja, naglašena psihička i motorna aktivnost, pričljivost, nesanica, nestanak doživljaja umora uz subjektivni doživljaj jačanja intelektualnih i tjelesnih snaga.

Do predoziranosti (over dose) može doći nenamjerno ili, pak, namjerno, kad zavisna osoba ispoljava pohlepu za ekstremnom stimulacijom ili u cilju samoubistva. Nastaju sljedeći simptomi: psihički i motorni nemir, iluzije i halucinacije, stanja mentalne konfuzije, nagli skok arterijskog krvnog pritiska, ubrzani rad srca, raširenost zenica, poremećaji ritma disanja (površno, ubrzano disanje), povraćanje, proliv, trbušni bolovi, porast temperature, krvarenje i drugi poremećaji na krvnim sudovima, tremor, poremećaj koordinacije, poremećaj senzorijuma, tetanija, grčevi, poremećaj svijesti i koma (2, 3).

Komplikacije, odnosno posljedice, nastaju na psihičkom, tjelesnom i socijalnom planu.

Postaju nepovjerljivi, sumnjičavi i skloni paničnom reagovanju. Inicijalna, blaga euforija prerasta u depresiju i hipohondriju. Slušne halucinacije dugog trajanja često uključuju paranoidne odbrane, čak paranoidni gard, koje su dosta čest simptom. Iskusniji narkomani nauče da žive u takvom stanju, svjesni iluzornosti sopstvene paranoidnosti.

Psihotične sumanute reakcije praćene su mentalnom konfuznošću, dezorijentacijama, teškoćama u mišljenju, rasuđivanju i shvatanju, kao i ispadima u sjećanju.

Paranoidni sindrom praćen je anksioznošću i akustičnim i vizuelnim halucinacijama.

Fenciklidin

Fenciklidin (PCP) ili u žargonu „anđeoski prah”, karakterističan je po stimulativnim, depresivnim i analgetičkim efektima. Najčešće se unosi u organizam pušenjem, ušmrkavanjem, rijetko oralno i intravenski. Korišti se kao kristalni prah, u obliku tableta i kapsula.

Prodaje se kao prah (50–100%), zatim u tečnom stanju ili u tabletama (u koncentraciji 5 do 30%).

Kombinuje se sa drugim drogama, na primjer sa barbituratima, heroinom, kokainom, amfetaminom, LSD–25, meskalinom, metakvalonom i sl. (71).

U dozama manjim od 5 mg fenciklidin (PCP) izaziva euforične i anestetičke efekte, koji se manifestuju blagom, lebdećom euforijom i omamljenošću. Pri unošenju doza od 5 do 10 mg razvija se klinička slika intoksikacije sa psihičkim, tjelesnim i neurološkim simptomima.

Psihičke smetnje ispoljavaju se kao uznemirenost, anksioznost, emocionalna labilnost, lijepo, euforično raspoloženje, ideje veličine, ali i kao stanja konfuznosti, doživljaja usamljenosti i tanatofobije (strah od smrti), zatim kao psihomotorna uzbuđenost, obmana čula u vidu iluzija i halucinacija (posebno vizuelnih), pogrešno doživljavanje sopstvenog tijela, poremećaj pažnje i pamćenja, kao i dramatičan razvoj furioznog delirijuma.

Od somatsko–neuroloških simptoma tipični su: horizontalni i vertikalni pokreti očnih jabučica (nistagmus), crvenjenje, znojenje, vrtoglavica, srčane i plućne smetnje, porast krvnog pritiska, smanjenje osjećaja bolnih senzacija, pretjerano lučenje pljuvačke, nerazumljiv govor, nesiguran teturav hod, smetnje koordinacije, konvulzije (grčevi) i rupture („prskanja”) krvnih sudova mozga.

Extasy

Extasy ima potencijale psihostimulativne i psihodelične supstance. Godine 1985. Ekstazi je stavljen na listu sa drugim psihedelicima, uz naglašenu zabrinutost zbog njegove nemedicinske upotrebe i „prenaglašene dobronamjerne podrške i beskompromisnog prozelitizma”, koji se ispoljava epidemijskim širenjem ekstazija u populaciji djece i mladih.

Rejv je brak psihedeličnog i kibernetičkog, dvostruke fascinacije nove generacije.

Mnoge mlade osobe prelaze sa ekstazija na metamfetamine, a ulični uzorci ekstazija problematični su i opasni.

Extasy vodi do „ekstatičnog” raspoloženja, „falsha” i „rusha”, funkcije mozga su brže, tijelo je prožeto osjećanjem topline, prijatne naježenosti, miline.

„Rave” muzika, koja se sastoji od visokofrekventnih zvukova i tek po kojeg shizoidnog glasa i poruke prošaputane dubokim glasom, izaziva kod konzumenta stanje vrhunca, cijelo tijelo zatreperi, smijeh, višerasovno frenetično igranje bez osjećanja umora, ali i opasnosti od naprasne smrti („smrti na bini”).

„Extasy je nova modna ludost, novi hemijski ruski rulet u novom talasu zloupotrebe psihoaktivnih supstanci.”

Po sastavu „extasy” je sličan amfetaminu i meskalinu, pa su slični i dominantni farmakodinamski efekti: stimulacija mentalne aktivnosti i iluziono-halucinatorne kreacije”. Supstanca se brzo resorbuje, prelazi krvno-moždanu barijeru i djeluje na centralni i periferni nervni sistem (66).

Na Zapadu zloupotreba ove supstance dostiže epidemijske razmjere među tinejdžerima. Čitava generacija supkulture mladih s kraja devedesetih može se nazvati „extasy generacijom”, koju karakteriše upotreba tableta extasyja, određena muzika, garderoba i kultura, zatim rijetko isticanje muškosti ili ženskosti, kratke frizure, kratke majice s izvitoperenim sloganima, uske PVC pantalone i vještački materijali.

U trendu su i energetske napici: „red bull”, „explosive”, kao dodatna energija da bi se igralo desetak i više sati.

Smrtni ishodi su posljedica predoziranja, hiperpireksije, dehidracije i otkazivanja rada srca.

Posljedice zloupotrebe ove supstance su na nivou mentalnog funkcionisanja, tjelesnog zdravlja i poremećaja ličnosti. Reakcije su individualne, a toksični efekti mogu biti ispoljeni i pri vrlo malim dozama.

Među psihičkim simptomima dominiraju: strah, depresivnost, slušne i vidne halucinacije, toksične ili tzv. deklansirane psihoze kod osoba koje su, u nepovoljnim životnim situacijama ili zbog intoksikacije, predisponirane da obole od neke duševne bolesti.

Toksične psihoze praćene su halucinacijama, paranoičnim ideacijama i paničnim strahom da su egzistencijalno ugroženi, samoubilačkim idejama i samoubistvima.

Brojne su posljedice na somatskom planu i zdravlje mladih osoba ozbiljno je ugroženo. Najčešći poremećaji su: zapaljenje jetre i bubrega, insuficijencija bubrega i srca, kardiomiopatije, vaskularna krvarenja, razna nervna oboljenja (tikovi, poremećaji nalik na parkinsonizam), kao i konvulzije epileptičnog karaktera (u osoba koje imaju ličnu i porodičnu predispoziciju).

Droga djeluje i na endokrini sistem, posebno na štitnu žlijezdu i hormon rasta. Zabilježeni su slučajevi zastoja rasta u djece koja su koristila neke od derivata amfetamina.

Opisani su slučajevi dramatičnog propadanja mišićne mase.

Smrtni ishodi takođe su zle posljedice intoksikacije, posebno u slučajevima kada je droga uzeta u kombinaciji s alkoholom, ili sa lijekovima koji smanjuju krvni pritisak, nekim antidepresivima i antimalaricima.

Značajno je istaći i poremećaje ličnosti korisnika droge. Najčešće to su opsesivno-kompulzivni fenomeni, karakteristični po prisilnim postupcima, kao i stereotipna ponašanja.

„Ledena oluja: (Led-, „ice”, metamfetamin)

Najmoćnija droga amfetaminske grupe. Brzo stvaranje zavisnosti.

Način korišćenja:

Pušenje, inhaliranje, oralnim i intravenskim putem.

Djestvo:

Efekti počinju poslije šest sekundi i traju oko 12 sati.

Tipični su sljedeći simptomi: smanjenje umora, pojačana budnost, euforija, samopouzdanje, pojačana motorna i verbalna aktivnost (1,77).

Psihički efekti: euforija, promjena raspoloženja, anksioznost, naelektrisanost, panika, paranoja, halucinacije, paranoidna shizofrenija.

Bihevioralni efekti: pretjerana aktivnost, nesanica, pričljivost, nervoza.

Somatske smetnje: tahikardija, hipertenzija, glavobolja, dijareja, gubitak težine, konstipacija, impotencija.

Intoksikacija

Akutni simptomi intoksikacije: tahikardija, hipertenzija, aritmija, bol u grudima nalik na anginu pectoris, zatim – nemir, groznica, euforija, insomnija, konfuzija, borbenost, povećan libido, anksioznost, delirijum, halucinacije paranoidno oboljenje, panična stanja, suicidalne i homicidne tendencije.

Kod pretjerane upotrebe zavisnik konzumira samo led do nedjelju dana, ne uzima nikakvu hranu. Halucinacije i paranoidne ideje nalik su na shizofreniju.

Kod prolongirane upotrebe: iscrpljenost i depresivnost. Razvija se nekoliko vrsta sumanutih ideja: proganjanja, ljubomore i erotomanska sumanutost, koja se ispoljava atacima silovanja.

Apstinencijalni sindrom:

Usporene reakcije, opšta iscrpljenost, slom, razdražljivost, apatija, teška letargija, depresija.

Anabolici – androgeni steroidi

U novije vrijeme sve je češća zloupotreba androgenih steroida koji zbog svojih endokrinoloških, ali i drugih, prije svega psihijatrijskih efekata, iako još nijesu klasifikovani po pomenutim klasifikacijama bolesti i poremećaja, mogu značajno ugroziti zdravlje mladih ljudi (17).

Akutna stanja do sada opisana podrazumijevaju:

- kardiomiopatije,
- akutni infarkt miokarda,
- moždani udar,
- peliosis hepatis (krvlju punjene ciste u jetri koje mogu da perforiraju i izazovu smrt).

Od psihijatrijskih simptoma zabilježeni su:

- hipomanija i manija,
- depresije sa pokušajima samoubistva,
- apstinencijalni simptomi sa napadima panike.

Zavisno od unesene doze anaboličko–androgenih steroida, simptomi se mogu kretati do ekstremno agresivnog homicidnog ponašanja. Interesantno je da je agresivnost izazvana prekomjernim dozama steroida često usmjerena ka ženama.

Zavisnost od halucinogena

Najznačajnije halucinogene droge su LSD–25, psilocibin i meskalin LSD–25.

Ovu snažnu halucinogenu drogu sintetizovao je Hofman 1938. godine. Jedino dietilamid d–lizergične kiseline ima halucinogena svojstva. Lako prolazi krvno–moždanu barijeru i djeluje na koru mozga i moždano stablo (78).

Ovaj fantastikum, izuzetne jačine koja se mjeri gramima, aktiviranjem svih senzitivnih puteva i nerava, izaziva vremensku neusklađenost ritmova kore mozga i zamjenjivanje normalnih ritmova odmora ritmovima buđenja.

Tolerancija na LSD–25 uspostavlja se vrlo brzo, čak poslije dva do tri uzimanja. Postoji i ukrštena tolerancija (s meskalinom i psihlocibinom).

Štetni efekti LSD–25 su dvojaki: psihički i teratogeni (koji se manifestuju oštećenjem hromozoma).

U prvoj grupi poremećaja najteže su toksične i deklanširane psihoze. (Osobe koje su prepsihotične strukture ili, sarkastično rečeno, osobe na

tzv. Socijalno dopuštenom nivou šašavosti, mogu pod djejtvom LSD-25 da ispolje kliničku sliku duševne bolesti).

LSD-25 ima mutagena i teratogena svojstva, koja se manifestuju različitim oštećenjima hromozoma. Ukoliko su korisnici LSD-25 osobe ženskog pola, može doći do pobačaja ili steriliteta, kao i do rađanja djece s raznovrsnim oblicima nakaznosti.

Atmosfera u kojoj se uzima droga utiče na emocionalni doživljaj i on je mnogo prijatniji ako se u društvu nalazi osoba koja je najčešće vođa „putovanja”, koja pruža sigurnost i konzumentima objašnjava efekte, hrabri ili tješi prolaznošću i bezopasnošću simptoma.

Početnu fazu, koja nastaje pola sata po unošenju droge a traje oko jedan sat, karakterišu: glavobolja, muka, povraćanje, crvenilo ili bljedilo lica, ubrzani rad srca, usporeno disanje i široke zenice, suzne oči, trostruko pojačano lučenje mokraće, subjektivni doživljaj hladnoće, kao i motorne smetnje – nesiguran hod, sa dugim koracima po podu koji kao da je „namazan sapunicom”, nagli živahni pokreti, loša artikulacija, promijenjen rukopis, konačno „kašast tjelesni doživljaj”, doživljaj „unutrašnje praznine” (1, 77, 78, 80).

Drugu fazu karakterišu obilje poremećaja opažanja i emocionalne promjene.

Upotreba LSD-a praćena je bogatstvom vizuelnih doživljaja, okićenih intenzivnim „raspomamljenim bojama” do stanja fascinacije. Doživljavaju se: kaleidoskop disparatnih slika i blistava ornamentika, režija erotskih scena i diskontinuirana vizuelna ekspresija nesvjesnih sadržaja.

Iluzioni fenomeni imaju tendenciju elaboriranja u halucinatorne doživljaje. Dominiraju: fantazmogorična opažanja, fluktuiranje predmeta, iskrivljenost trodimenzionalnosti prostora, karikaturalno mijenjanje likova, ponavljanje slika, iluzionističko prepoznavanje okoline, osiromašenje ili ornamentalno ukrašavanje doživljaja okoline ili sopstvene ličnosti, uz često nekritično vjerovanje subjekta da će i u mraku vidjeti sopstvenu ruku, fenomeni nikad viđenog i slično.

Akustičke smetnje manifestuju se pojačavanjem intenziteta zvuka, sinhronizovanjem pojave zvuka i slike (govor drugih čuje se kao ubrzan), kao i pojava akustičnih halucinacija.

Slušne i vidne halucinacije mogu se javiti nedjeljama i mjesecima po uzimanju LSD-a.

Postoje taktilne i senzitivne smetnje, sa izmijenjenim odnosom subjekta prema sopstvenom tijelu ili djelovima tijela. Doživljava da mu glava raste, da mu se odvajaju pojedini djelovi tijela, a tijelo izgleda „razbaćano kao na nekoj nadrealističkoj slici”.

Poremećenim opažanjima pridodat je i fenomen „obojenog čuvenja” (Zvuk ima i vizuelni doživljaj). Nekontrolisani i besmisleni podaci mogu,

slabeći filtrat, prodrijeti u svijest. Apstraktne ideje dobijaju vizuelni oblik u formi metafora.

Iako LSD ne pripada grupi droga koje dovode do tipičnih poremećaja svijesti, registruje se obilje fenomena koji ukazuju na poremećaje svijesti, mijenjanje nekih aspekata svjesnog iskustva, posebno poremećaji identiteta sopstvenog ja.

U izvjesnim slučajevima dolazi do fragmentacije ja, iščašene predstave o sebi, nastajanja „unutrašnje svijesti” karakteristične po „sposobnosti” subjekta da doživljava tjelesne funkcije i „prati signale nervnog sistema i aktivnost mozga”.

Droga grubo napada lični identitet subjekta, čija svijest o sebi i sopstvenom identitetu može da se gubi u okeanskom osjećanju pripadanja spoljnjem svijetu.

Iluzorna ekspanzija i drugi poremećaji svijesti nazivaju se „ekstazom užasa”. Nastaju: kompletna destrukcija svijesti, konfuzionalna uznemirenost, delirantne epizode i, nerijetko, psihotična scenografija droge.

Misaoni tok bježi logičkim referencama. Postoje brojne nesređene asocijacije, fragmentacija ideacije, teškoće nalaženja pravih riječi, ubrzanost ili usporenost misaonih sekvenci i blok u misaonom toku.

Paranoidne ideacije su česte, osobe se osjećaju inkapsulirane, odvojene od spoljnog svijeta neprobojnim prstenom, a jedna osoba iz eksperimentalne grupe imala je utisak, paranoidno dograđen, da se nalazi u zoološkom vrtu izložena podsmijehu.

Podložnost sugestijama je izrazito potencirana, naročito u grupi gdje postoji osoba sa oreolom sugestivnosti. Nekritično se prihvataju sugerirane ideje, čak i one koje se kose sa etičkim stavovima individue, a mogu ići do nivoa usvajanja i realizacije ubilačkih namjera. Ovaj efekat droge zloupotreblijan je u cilju „ispiranja mozga”.

Opisano je pet grupa psihičkih poremećaja izazvanih LSD-om: akutne reakcije panike, akutne psihotične epizode, produžene psihotične reakcije tipa shizofrenije, povratne psihotične reakcije i hronične izmjene ličnosti.

Akutne reakcije panike („bad trips”). – Ovo je najčešći tip psihotičnih reakcija koje obično prolaze u toku 24 časa ili poslije 2–3 dana, samo uz ohrabrujući stav okoline i male intervencije terapeuta. Intenzitet simptoma zavisi od zrelosti subjekta i afektivnog stanja, kao i od uslova u kojima se uzima droga. Naročito nepovoljno na subjekat može da djeluje izostanak podrške okoline. Javlja se strah od gubitka kontrole, paranoidnost, strah od osvetničke kazne koju očekuje zbog upotrebe droge.

Akutne psihotične epizode. – Mogu, a ne moraju, zavisiti od pojave paničnih reakcija. Psihotična osoba ima pokidane veze sa realnošću, pa je razumljiva i paranoidna simbolika psihoze i smanjen stepen autokritičnosti.

Prolongirane psihotične reakcije. – Nalik na shizofreniju, manifestuju se u predisponiranih osoba, pa droga ima više incidentalni nego uzročni značaj. Iako psihoze liče na poznata psihijatrijska oboljenja, one imaju i svoj LSD kolorit.

Povratne psihotične reakcije. – Nastaju po prestanku uzimanja LSD-a, poslije jednog ili više mjeseci. Nastajanje ovih reakcija može da korelira sa upotrebom neke druge droge (kanabisa i amfetamina, na primjer), ili sa konzumiranjem alkohola, stanjima emocionalnog stresa, kao i nekog tjelesnog poremećaja ili oboljenja.

Hronične izmjene ličnosti. – Za ove izmjene karakteristični su amotivacioni sindrom nalik na onaj kod korisnika marihuane, ili „disocijalna”, odnosno „asocijalna” reakcija.

* * *

Blaže halucinogene droge psilocibin i meskalin ne koriste se na našim geografskim prostorima. Zanimljivo je broj korisnika ovih dvaju droga.

Zavisnost od duvana (Nikotinizam)

Duvanski dim je najsloženija smjesa jedinjenja. Razlikuju se dvije reakcije: gasovita i faza raspršenih čestica.

Gasovita faza sadrži: azot, kiseonik, ugljen monoksid, vodu, plemenite gasove, amonijak, azotni oksid, cijanovodonik.

U odnosu na vazduh u duvanskom dimu ima dva puta manje kiseonika, 200 puta više ugljendioksida i oko 30.000 puta više ugljenmonoksida.

Faza raspršenih čestica sastoji se od raznih čestica i rastvorljivih materija, među kojima: aromatični i alifatični ugljovodonici, alkohol, ester, fenol, katran, kisjeline (cijanovodonična, ugljena, organske kisjeline), amonijak, alkaloid nikotin, radioaktivni polonijum, hrom, nikel.

Razlozi pušenja

Razlozi pušenja nijesu sasvim poznati. Pušenje je najprije „privilegija” oralnog karaktera ljudi, satisfakcija oralnog erotizma, koji se smatra oblikom autoerotske ekscitacije. Pušenje može biti i znak oralne inhibicije. Poznati psihoanalitičar Fenihel zaključuje da se „oralne inhibicije mogu premjestiti na druge aktivnosti, koje imaju skriveno oralno značenje, kao što je piće i pušenje, čitanje ili društvene aktivnosti”.

Nikotin, kao i alkohol, pripada toksinima koji hemijskim putem dovede do promjene u ravnoteži nagonskih konflikata. Te promjene sma-

njuju inhibiciju, jačaju smaouvažavanje i potiskuju strah, bar za izvjesno vrijeme i do izvjesnog stepena.

Psihička komponenta, ritual pušenja, koji isto tako donosi zadovoljstvo, zatim faktor podražavanja u školi, u kasarni, među djecom čiji su roditelji strasni pušači, takođe su od značaja da se pripali prva cigareta.

Izvjesni autori daju sljedeći profil pušača: aktivan, instinktivan, spontan, nije moralno strog, emotivno nestabilan, ljubitelj jela, pića i kafe.

Psihičkom zavisnošću može se, djelimično, objasniti teško uspostavljanje apstinencije i recidivizma, koje je duhovito objasnio Mark Tven: „... najlakše je prestati sa pušenjem i zauvijek ostaviti duvan. Ja sam to učinio hiljadu puta”.

Zavisnost od nikotina

Do prije nekoliko godina zavisnost od nikotina nije bila klasifikovana kao zloupotreba psihoaktivnih supstanci, djelimično zbog toga što se efekti nikotina nijesu povezivali sa očiglednom intoksikacijom i zbog toga što navika nije socijalno nepoželjna, ili se nijesu prepoznavali štetni socijalni efekti. Sada je jedinstveni zaključak da nikotin izaziva zavisnost i da su mehanizmi koji određuju zavisnost od duvana slični kao kod zavisnosti od supstanci kao što su heroin i kokain.

Farmakologija

Iako je negdje klasifikovan kao simpatomimetik, nikotin se značajno razlikuje od drugih stimulansa. Ovo razlikovanje počiva na prepoznavanju specifičnih receptora za nikotin, kao i na činjenici da se nikotin pokazao kao manje potentan potkrepljivač u izolovanim eksperimentima, iako je navika rezistentna na ekstinkciju kada se jednom uspostvi. Nakon samo jedne cigarete nivoi kateholamina u perifernoj krvi brzo rastu, što dovodi do naglog porasta krvnog pritiska, srčanog ritma, mišićnog tonusa i elektroencefalografskih promjena u mozgu. Nikotin utiče i na metabolizam dopamina i serotonina, kao i najvažnijih hormona stresa. Pri većim dozama uključuju se hormon rasta i prolaktina.

Pušenje i zdravlje

Kardiovaskularne posljedice unošenja nikotina djelimično su posljedica stalne stimulacije simpatičkog nervnog sistema i paralelnog spazma (grča) koronarnih sudova (krvnih sudova srca). Učešćem u metabolizmu masti i oštećenjem endotela (unutrašnjeg sloja krvnih sudova) nikotin značajno utiče na proces arterioskleroze.

Duvan ima veliki uticaj na nastajanje koronarne bolesti, hipertenzije, poremećaja ritma srca, srčanog bloka (posebno u situacijama akutnog trovanja i djejtva na autonomni nervni sistem).

Promjene na arterijama, praćene suženjem lumena krvnog suda, mogu kompromitovati perifernu cirkulaciju, što je tipično za Birgerovu bolest, koja je praćena bolovima u ekstremitetima, ulceracijama, gangrenom kada se mora pribjeći amputaciji gangrenoznog dijela.

Među želudačno–crijevnim poremećajima najčešći su: gubitak apetita (anoreksija), povećana kiselost želudačnog soka praćena poremećajem varenja, čir želuca i dvanaestopalačnog crijeva, zapaljenjski procesi na želucu i dvanaestopalačnom crijevu, smetnje u periostaltici crijeva, sa opstipacijom ili dijarejom.

Promjene na nervnom sistemu manifestuju se nemirom i razdražljivošću, tremorom (poznati nikotinski tremor ruku), neuralgičnim smetnjama, kao i prolaznim motornim oduzetostima, koje su praćene nemogućnošću govora.

Oštećenje oštine vida, privremeni ispadi u vidnom polju, poremećaj prepoznavanja boja – uglavnom su prolaznog karaktera. Ukoliko dođe do atrofičnih i degenerativnih promjena vidnog živca, javlja se nikotinska ambliopija (pušač ne vidi), zbog zapaljenja ili atrofije vidnog živca. Čest je spazam krvnih sudova mrežnjače.

Osoblje zapošljeno u duvanskoj industriji može imati genitalne smetnje, koje se u žena manifestuju izostankom menstruacije i sterilnošću, a u muškaraca impotencijom.

Katrani i organske kisjeline u duvanskom dimu smatraju se uzrokom manje težine novorođenih beba, čije su majke strasni pušači i pušile su tokom trudnoće. Kod odojčadi može doći i do naglog trovanja nikotinom, ukoliko njihove majke popuše veliki broj cigareta u toku dana.

Pušači ispoljavaju psihičke smetnje među kojima dominiraju: anksioznost, depresivnost, usamljenost, umor, dosada.

Dokazano je da je pušenje uzrok najvećeg broja slučajeva hroničnog bronhitisa i emfizema pluća, zatim u oko 90% slučajeva bronhogenog karcinoma i 35% infarkta miokarda sa fatalnim ishodom. Karcinom pluća, sada je najčešći oblik karcinoma kod žena i od nedavno po učestalosti nadmašuje karcinom dojke.*

Smrtnost pušača u 70% slučajeva češća je u odnosu na nepušače.

Toksičnost

U kliničkoj praksi moguće je naići na slučajeve akutnog trovanja nikotinom. Nikotin pripada grupi jakih otrova, a toksični efekti upoređuju se sa efektima cijanida. Letalna doza iznosi 60 mg.

Simptomi trovanja počinju bolom u trbuhu, povraćanjem, dijareom, a ubrzo zatim nastaju glavobolja, vrtoglavica, poremećaji vida i sluha,

* Antonijević, M. Bukelić, J. et al. Narkomanije mladih, BIGZ – Kultura, Beograd, 1970.

konfuzionost, malaksalost, skok arterijskog pritiska, slabljenje pulsa, kolaps, terminalni grčevi i smrt zbog paralize disanja.

* * *

Moćni duvanski giganti ispisali su na omotima cigareta da je nikotin štetan po zdravlje, jer im to zakon nameće. Možemo li se nadati da će ovi giganti prihvatiti borbu za čovjeka ili započeti novi taktički rat za klijenta?

Zavisnost od isparljivih rastvarača

Razne isparljive supstance koje se udišu zbog svojih psihoaktivnih efekata označene su i terminom „inhalanti”. Svrstani su u sljedeće grupe:

- rastvarači za lijepke i adhezive;
- tečna goriva za aerosol, sprejeve boja, sprejeva za kosu, pjena za brijanje;
- supstance za formiranje tankih slojeva (za boje ili fluide za korekciju) i
- goriva.

Najčešće zloupotrebjavane supstance su: toluen, n – heksan, metilbutilketon, trihloretilen, trihloretan, dihlormetan, benzin i butan.

Inhalanti su jeftini, lako dostupni, jednostavni za uzimanje, njihovo posjedovanje je legalno, ali su veoma toksični. Sve je to od uticaja na njihovu široku primjenu, uprkos činjenici (koja je, istina, manje poznata) da dovode do smrtnih ishoda, posebno kod osoba koje ih prvi put uzmu!

Farmakologija

Među dvadeset (20) supstanci koje se zloupotrebjavaju, toluen i benzin koriste se najčešće. Inhalirane koncentracije toluena iz jedne kese sa lijepkom dostižu i 100 puta veće koncentracije od preporučene granice za industrijsku ekspoziciju, a zavisne osobe mogu konzumirati i nekoliko tuba dnevno (15–20 udaha dovodi do intoksikacije koja traje nekoliko sati). Koncentracije toluena u mozgu i u masnim tkivima znatno su veće, a u kombinaciji sa alkoholom koncentracije toluena u perifernoj krvi dramatično rastu i toksični efekti su izraženiji. Efekti su slični efektima drugih depresora centralnog nervnog sistema: male doze izazivaju psihomotornu stimulaciju, a veće doze supresije.

Toksičnost

Isparljivi rastvarači djeluju toksično na jetru, bubrege i skeletne mišice. Kombinacija teških metala, bakra, cinka i rastvarača dovodi do atro-

fije mozga, epilepsije, elektroencefalografskih promjena na mozgu, smanjenja koeficijenta inteligencije.

Kod akutno intoksiciranih mladih zavisnika dominiraju kardiovaskularni* i respiratorni poremećaji, dok su hronično intoksicirani upadljivi po anemiji, encefalopatiji, oštećenjima jetre, bubrega, po nerazumljivom, dizartričnom govoru. Moguća su i oštećenja hromozoma!

Udisanjem i brzom apsorpcijom, supstanca direktno djeluje na centralni nervni sistem i, pored ostalih, izaziva sljedeće karakteristične simptome: diplopije (viđenje duplih slika) fotofobiju, nistagmus (pokreti očnih jabučica, „igranje očiju”), zapaljenje sluzokože nosa (rinitis), muku, gađenje, povraćanje, dijareju, kašalj, bolove u grudima, neodređene bolove u mišićima i zglobovima.

Komplikacije i posljedice

Akutna intoksikacija može biti praćena bolovima u grudima, spazmom bronhija, poremaćajem ritma i zastojem srca. Hronična zloupotreba može izazvati kardiomiopatiju. U kombinaciji sa alkoholom nastaju brzi poremećaji svijesti, a u težim slučajevima depresija i smrt. Opisane su iznenadne smrti pri inhaliranju fluorougljenika, zbog naglog osujećenja kontraktilnosti srčanog mišića.

Hronična upotreba, tačnije zloupotreba, isparljivih rastvarača, dovodi do atrofije mišića, disfunkcije bubrega sa teškim disbalansom, elektrolita, oštećenja jetre, poremećaja hematopoetskog sistema (koji je praćen raznim vrstama anemije, čak i akutnom mijelocitnom leukemijom) zatim želudačnocrijevnih poremećaja (bolovi, mučnina, povraćanje, povraćanje krvnog sadržaja – hematomeza).

Najčešći nervni poremećaji su: glavobolje, periferne neuropatije praćene trnjenjem, degeneracija tkiva malog mozga, demencija (gubitak intelektualnog posjeda izazvan encefalopatijom zbog olova prisutnog u benzinu, kao i zbog oštećenja bijele moždane mase toksičnim djelovanjem toluena).

Toluen

Toluen je sastavni dio mnogih lijepaka i masovno se koristi među najmlađom populacijom, što nam daje za pravo da posebno opišemo njegove efekte i posljedice.

Karakterističan je po visokoj toksičnosti i zapaljivosti. Pripada grupi delirijanaata, a efekti su slični barbiturnim, alkoholnim.

* Bukelić, J. Jović, V. „Zloupotreba psihoaktivnih supstanci i kardiovaskularni poremećaji, Kardiologija, III izdanje, tom 2., Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu, Beograd, 2000.

Nakon faze tolerancije, razvija se zavisnost.

Simptomi udisanja toluena su: euforija, halucinacije, vrtoglavica i ataktičan hod.

„Snifer” se lako prepoznaje: blijed je, na licu se mogu vidjeti tragovi lijevka, a osjeća se miris lijevka. Pri dužem udisanju dolazi do otoka gornjih disajnih puteva (posebno bronhija), a opisani su i slučajevi ugušenja.

Akutna intoksikacija izaziva kardiovaskularne i respiratorne poremećaje, dok se u slučajevima hronične intoksikacije dijagnostikuje: anemija, oštećenja mozga (encefalopatije) i malog mozga, jetre i bubrega. Opisana su i oštećenja hromozoma.

Dominiraju: pospanost, vrtoglavica, vizuelne i akustičke halucinacije, zatim euforija, nekontrolisani smijeh i poremećaj rasuđivanja. Govor je dizartričan, a hod nesiguran i teturav. Mogu se pojaviti fenomeni sve-moći (omnipotencije), lebdenja u prostoru.

Korisnici i zavisnici mogu biti anksiozni, dezinhibiranog, agresivnog ponašanja (moguća su zadesna samoubistva, skakanjem ili pokušajem letenja). Postoji retrogradna amnezija za period dještva ove supstance.

Upotreba toluena u trudnoći dovodi do bubrežnih poremećaja, koji su praćeni acidozom. Karakteristični su i sljedeći simptomi: mučnina, povraćanje, povećan krvni pritisak i rane kontrakcije materice. Novorođenčad pokazuje intrauterinu retardaciju rasta (koju je moguće otkriti ultrazvučnim pregledom), koja se, nažalost, nastavlja i poslije rođenja. Česte su smrti novorođenčadi u toku porođaja!

Izvjesni autori u tri četvrtine slučajeva „snifera” otkrili su shizoidne i shozofrene karakteristike, a neka druga ispitivanja pronalaze među njima čak jednu polovinu shizofrenih. Skloni su dezinhibiranom, agresivnom ponašanju, mada mogu patiti od osjećanja neadekvatnosti i frustriranosti.

Prestanak „snifovanja” izaziva: anksioznost, razdražljivost, nesаницe, tremor, poremećaj ili gubitak apetita, grčeve u mišićima, a nekad i delirantne kliničke slike.

Hladni sprej

Najnovija droga iz ove grupe jeste hladni sprej iz limenke, izrazito popularan među srednjoškolcima. Hladni sprejovi su lokalni anestetici i sportski treneri koriste ih za zbrinjavanje lakših sportskih povreda u toku takmičenja.

Ponavljanim i namjernim inhaliranjem postiže se stanje omamljenosti.

Benzin

Benzin izaziva akutne toksične efekte koji se manifestuju na kardiovaskularnom i respiratornom sistemu (aritmijom i respiratornim zastojem).

„Snifuje” se miris iz upaljača ili iz auspuha automobila.

Kod hronične ekspozicije nastaje oštećenje koštane srži, sa aplastičnom anemijom, zatim leukemija i oštećenje jetre. Opisana su direktna toksična dejstva na mozak, pojava halucinacija i toksičnih delirantnih psihoza.

Zbog stvaranja fizičke (metaboličke) zavisnosti, u slučajevima lišavanja razvija se apstinencijalni sindrom, u kojem dominiraju želudačno-crijevni poremećaji, agresivnost i delirantne epizode.

Istraživački kriterijumi Svjetske zdravstvene organizacije za dijagnozu intoksikacije i apstinencijalnog sindroma

Akutna intoksikacija alkoholom

A. Mora biti prisutno disfunkcionalno ponašanje koje se ogleda u najmanje jednom od sljedećeg:

- dezinhibicija,
- svadljivost,
- agresivnost,
- nestabilnost raspoloženja,
- poremećaji pažnje,
- poremećaji procjene,
- ometano lično funkcionisanje.

B. Mora biti prisutan najmanje jedan od sljedećih znakova:

- nestabilan hod,
- otežano stajanje,
- nerazgovijetan govor,
- nistagmus,
- pad nivoa svijesti (npr. stupor, koma),
- crveno lice,
- konjunktivalna infekcija.

Teška akutna alkoholna intoksikacija može biti praćena hipotenzijom, hipotermijom i gašenjem refleksa iskašljavanja.

Akutna intoksikacija opijatima

A. Moraju biti prisutni generalni kriterijumi akutnih intoksikacija

B. Mora biti prisutno disfunkcionalno ponašanje evidentirano kao bar jedno od sljedećih:

- apatija i sedacija,
- dezinhibicija,
- psihomotorna retardacija,
- poremećaj pažnje,
- poremećaj rasuđivanja,
- interferencija sa funkcijama ličnosti.

C. Mora biti prisutan bar jedan od sljedećih simptoma:

- pospanost,
- sliveni govor,
- pupilarna konstrukcija, osim kod anoksije izazvane ozbiljnim predoziranjem kad dolazi do pupilarne dilatacije,
- snižen nivo svijesti (stupor, koma).

Primjedba

Kada je intoksikacija ozbiljna može postojati respiratorna depresija i hipoksija, hipotenzija i hipotermija.

Akutna intoksikacija kanabinoidima

A. Moraju biti prisutni generalni kriterijumi akutnih intoksikacija

B. Mora biti prisutno disfunkcionalno ponašanje evidentirano kao bar jedno od sljedećih:

- euforija i dezinhibicija,
- anksioznost ili agitacija,
- sumnjičavost i paranoidne ideacije,
- temporalno usporavanje (doživljaj da vrijeme sporo protiče i/ili se doživljava brz protok ideja),
- poremećaj pažnje,
- poremećaj rasuđivanja,
- poremećaj reakcionog vremena,
- auditivne, vizuelne i taktilne iluzije,
- halucinacije sa sačuvanom orijentacijom,
- depersonalizacija.
- derealizacija,
- interferencija sa funkcijama ličnosti

C. Mora biti prisutan bar jedan od sljedećih simptoma:

- povišen apetit,
- suva usta,
- crvene konjunktive,
- tahikardija.

Akutna intoksikacija sedativima i hipnoticima

A. Moraju biti prisutni generalni kriterijumi akutnih intoksikacija

B. Mora biti prisutno disfunkcionalno ponašanje evidentirano kao bar jedno od sljedećih:

- euforija i dezinhibicija,
- apatija i sedocija,
- uvredljivost i agresivnost,
- promjenljivo raspoloženje,
- poremećaj pažnje,
- anterogradna amnezija,
- psihomotorni poremećaji,
- interferencija sa funkcijama ličnosti.

C. Mora biti prisutan bar jedan od sljedećih simptoma:

- nestabilan stav,
- teškoće sa stajanjem,
- sliveni govor,
- nistagmus,
- snižen nivo svijesti (stupor, koma)
- eritematozne kožne promjene ili prišt

Primjedba

Kada je intoksikacija ozbiljna može postojati respiratorna depresija i hipoksija, hipotenzija i hipotermija.

Akutna intoksikacija kokainom

A. Moraju biti prisutni generalni kriterijumi akutnih intoksikacija.

B. Mora biti prisutno disfunkcionalno ponašanje, evidentirano kao bar jedno od sljedećih:

- euforija i senzacija povišene energije,
- preosjetljivost,
- grandiozne ideje i akcije,
- naprasitost i agresivnost,
- svadljivost,
- nestabilno raspoloženje,
- stereotipno ponašanje,
- auditorne, vizuelne i taktilne iluzije,
- halucinacije (obično s očuvanom orijentacijom),
- paranoidne ideacije,
- interferencija sa funkcijama ličnosti.

C. Mora biti prisutan bar jedan od sljedećih simptoma:

- tahikardija i ponekad bradikardija,
- kardijačne aritmije,
- hipertenzija (ponekad hipotenzija),
- preznojavanje i drhtavica,
- mučnina i povraćanje,
- evidentan gubitak težine,
- pupilarna dilatacija,
- psihomotorna agitacija,
- mišićna slabost,
- bol u grudima,
- konvulzije.

Akutna intoksikacija drugim stimulansima, uključujući i kofein

A. Moraju biti prisutni generalni kriterijumi akutnih intoksikacija.

B. Mora biti prisutno disfunkcionalno ponašanje evidentirano kao bar jedno od sljedećih:

- euforija i senzacija povišene energije,
- preosjetljivost,
- grandiozne ideje i akcije,
- naprasitost i agresivnost,
- svadljivost,
- nestabilno raspoloženje,
- stereotipno ponašanje,
- auditorne, vizuelne i taktilne iluzije ili halucinacije u stanju pune budnosti i svjesnosti
- depersonalizacija,
- derealizacija,
- paranojne ideacije,
- ideje značajnosti,
- poremećaj pažnje,
- nestabilno raspoloženje,
- hiperaktivnost,
- impulsivno ponašanje,
- interferencija sa funkcijama ličnosti.

C. Mora biti prisutan bar jedan od sljedećih simptoma:

- tahikardija,
- palpitacije,
- preznojavanje i drhtavica,
- tremor,

- zamagljen vid,
- pupilarna dilatacija,
- nekoordinisanost.

Akutna intoksikacija duvanom

A. Mora biti prisutno disfunkcionalno ponašanje ili perceptivni poremećaji koji se ogledaju u najmanje jednom od sljedećeg:

- insomnija,
- bizarni snovi,
- labilnost raspoloženja,
- derealizacija,
- ometeno lično funkcionisanje.

B. Mora biti prisutan najmanje jedan od sljedećih znakova:

- mučnina i povraćanje,
- preznojavanje,
- tahikardija,
- srčane aritmije.

DSM-IV Dijagnostički kriterijumi za intoksikaciju alkoholom

A. Skorašnja upotreba alkohola

B. Klinički značajno neprilagođeno ponašanje ili fiziološke promjene (npr. neodgovarajuće seksualno ili agresivno ponašanje, promjenljivo raspoloženje, oštećeno rasuđivanje, oštećeno socijalno ili profesionalno funkcionisanje) koje su se razvile tokom ili ubrzo po uzimanju alkohola.

C. Jedan (ili više) od sljedećih simptoma, razvijenih tokom ili ubrzo poslije uzimanja alkohola.

- (1) sliveni govor
- (2) nekoordinisanost
- (3) teturanje
- (4) nistagmus
- (5) oštećenje pažnje ili pamćenja
- (6) stupor ili koma

D. Simptomi ne smiju biti posljedica opšteg medicinskog stanja i ne mogu se bolje povezati sa nekim drugim mentalnim oboljenjem.

LITERATURA

1. Bukelić, J.: *Droga u školskoj klupi*. Velarta, Beograd, 1997.
2. Bukelić, J., Veličković, R., Lapčević, D., Kaličanin, J.: *Kardiovaskularni poremećaji izazvani zloupotrebom droga*, Kardiologija. Priručnik za studente Medicinskog fakulteta, Beograd, 1997.
3. Bukelić J., Veličković R: *Akutne intoksikacije psihoaktivnim supstancama*. Jugoslovenski tematski simpozijum HPM (sa međunarodnim učešćem), Zbornik radova sa Simpozijuma, održanog u Petrovcu na Moru, Društvo ljekara Crne Gore, Podgorica, 2000.
4. Kaplan & Sadock, *Comprehensive textbook of psychiatry, seventh edition*. Lippincott Williams & Wilkins, 924–1095, 1999.
5. Matsumoto, R. B., Brackett, R. L., Kanthasamy, A. G.: *Novel MDMA/glucine site antagonists attenuate cocaine induced behavioral toxicity*, European J. pharmacology, Nov., 12, 338(3), 233–42, 1997.
6. Cadet, J. L., Brannock, C.: *Free radicals and the pathobiology of brain dopamine system*. Neurochem. Int., Feb, 32(2); 117–31, 1998.
7. *Guide to Clinical Preventive Services*. Second Edition, *Mental Disorders and Substance Abuse*, Barry, P. McCaffrey, Director: Screening for Drug Abuse, Testimony of director, Office of Natonal Drug Control Policy Before the Senate Committee on Armed Services Subcommittee on Emerging Threats and Capabilities: The Department of Defense's Role in U.S. Drug Control Policy, April 27, 1999.
8. *Mandatory Guidelines for Federal Workolace Testing*. Department of Health and Human Services. Federal Register 53, 11970, 1988.
9. Irving, J.: *Drug screening experience in the military*. Clinical Chemistry 34, 637–40, 1988.
10. Sunshine I.: *Mandatory drug testing int the United States*. Forensic Science International 63, 1–7, 1993.
11. Schepens i sar.: *Drugs of abuse and alcohol in weekend drivers involved in car crashes in Belgium*. Ann. Emerg. Med., May; 31(5); 633–7, 1998.
12. Brown R. L., Leonard, T., Saunders, L. A. Papasouliotis, O.: *The prevalence and detection of substance use disorders among inpatients ages 18–49. an opportunity for prevention*. Prev Med. 27(1); 101–10, Jan.–Feb., 1998.
13. Zwerling, C., Rayan, J., Orav, E. J.: *The efficacy of preemployment drug screening for marijuana and cocaine in predicting employment outcome*. Journal of the American Medical Associaton, 264, 2639–43, 1990.

14. Moriya, F., Hashimoto, Y.: *Evaluation of Triage screening for drugs of abuse in postmortem blood and urine samples*. Nippon Hoigaku Zasshi, 51(3), 214–19, Jun 1997.
15. The epidemiology of mental illness. Medical Science Bulltein, Feb. 1994.
16. Hall, W., Zador, D.: *Challenge of reducting drug related deaths*. Lancet; 2000. 3256; 7–8, 2000.
17. Stocker, S.: *Overall teen drug bise stays level, use of MDMA and steroids increases*. NIDA Notes News, 15(1), 2000.
18. *Hospital Visits and Deaths*. NIDA INFOFAX
19. *Drug screening in USA*, 1994.
20. *Differences in Human Brain Chemistry may account for different responses to stimulants*; NIDA–NEWS Release, September, 1999.
21. *A new line on addiction*; Nature, September, 1999.
22. Popa, C., Beck, O., Bradin, K.: *Morphine formation from ethylmorphine; implications for drugs of abuse testing in urine*. J. Ann. Toxicology, May, 1998.
23. Hedenmalm, K., Sundgren, M., Gradberg, K., Spigset., O., Dahlquist, R.: *Urinary excretion of codeine, ethylmorphine and their metabolites, related to the CYP2D6 activity*. Ther Drug Mont. 19(6); 643–9, Dec., 1997.
24. Geletko, S. M., Ericson, A. D.: *Decreased Methadone Effect after Ritanovir Initiation*. Pharmacotherapy, 20(1), 93–4, 2000.
25. *Cittee on Drugs – American Academy of Pediatrics: Neonatal Drug Withdrawal* (RE 9746); Pediatrics, 101(6); 1079–88, June, 1998.
26. Kwong, T. C., Shearer, D.: *Detection of drug use duting pregnancy*. Obstet Gynecol. clin. North Am. 25(1); 43–64, Mar., 1998.
27. Plesinger, M. A.: *Prenatal exposure to amphetamine, Risks and adverse outcomes in pregnancy*. Obstet. Gynecol. Clin. North, Am., 35(1); 119–38, Mar., 1998.
28. Schoener, E. P., Doodamane, S., Kerdos, S., Niedbala, R. S: *Detection of Abused Drugs in Oral Fluid*
29. Fraser A. D; Howel P.: *Oxaprozine cross–reactivity in three commercial immunoassays for benzodiazepine in urine*. J. Anal. Toxicol, 22(1); 50–4, Jan.–Feb., 1998.
30. Badia, R., Sequra, J., Atrola, A., De la Torre, R: *Survey on drug of abuse testing in the European Union*, J. Ann. Toxicology, 22(2); 117–26, Mart–Apr., 1998.
31. Badia, R., De la Torre R.; Corcione, S., Sequra, J.: *Analitical approach of European Union Laboratories to drugs of abuse analysis*. Clin Chem, 44(4); 790–9, Apr., 1998.

32. Olesen, H., Cowand, D., Bruunshuus, I., Klempel, M.: *International Federation of Clinical Chemistry and Intrnational Union of pure and Applied Chemistry; Properties and Units in the Clinical Laboratory Sciencies. Propreties and Unis in TOC Prohibited drugs FFCC-IUPAC Recommendations 1997*, Clin Chim Acta, 268(1-2); 5-73, Dec. 10, 1997.
33. Laura, M. B. et all: *Meconium drug screening of stillborn infants; a feasibility stydy*. Fetal diagn. Ther, 12(4); 248-51, jul-avg., 1997.
34. Wennig, R.: *European Aspects of Drug testing*. Workshop Report Frontline, 3-11, Nov. 1994.
35. Wison, J. F. et all.: *Performance of technics used to detect drugs abu-se in urine; study based on exteranal quality assesment*. Clin Chem. 37(3); 442-447, 1991.
36. Stolk, L. M. L., Hoogtaanders, K.: *Detection of laxative abuse by uri-ne analysis with HPLC and diode array detection*. PWS, 21(1); 40-43, Feb., 1999.
37. *Drug and Alcohol screening, Policy statement*; Approved by Council, October, 1990.
38. Flies, M., Wenning, R.: *Performance of GC-MS Confirmation*. Wor-kshop Report Frontline, 22-24, Nov., 1994.
39. Goerlach - Graw, A.: *The development of the FRONTLINE Test Strips*. Workshop Report Frontline, 25-28, Nov., 1994.
40. Rashid, B. A., Aherne, G. W., Katmeh, M. F., Ewasowski, P., Ste-venson, D.: *Determination of morphine in urine by solid-phas immu-nextractiion and high-performance liquid chromatography with elec-trochemical detection*. J. Chromatography A. 797(1-2); 245-50, Feb. 27., 1998.
41. Armbruster, D. A., Hubster, E. C., Kaufman, M. S., Ramon M. K.: *Cloned enzyme donor immunoassay (CEDIA) for drugs of abuse screening*. Clin. Chem. 41(1); 92-8, Jan. 1995.
42. *Reporting Specimen validity test results*. Abuse Testing- Documents. September, 28, 1998.
43. Carstensen, C. A. Lemberger. R.: *Results of multicenter Evaluation*. Workshop Report Frontline, 29-40, Nov., 1994.
44. De la Torre, R.: *The drug scene in Spain, Workshop Report Frontli-ne*, 12-19, Nov. 1994.
45. Iguchi, M. Y.: Handels, L., Bickel, W. K., Griffiths, R. R.: *Benzodia-zepine and sedative use (abuse) by methadone maintence clients*. Drug Alcohol Depend., 32(3), 257-66, 1993.
46. Veličković R, Bukelić J, Ramah A, Timotijević I, Pavić, M: *Clinical pharmacy and drugs of abuse*. Proceedings of 29th Sumposium of ESCP, Basel; 2000; (u štampi).

47. Koch, T. R., Raglin, R. L., Kirk, S. Bruni, J.: *Improved screening for benzodiazepine metabolites in urine, using the Triage Panel for Drugs of Abuse*. J. Anal. Toxicology, 18(3), 168-72, Maj-June, 1994.
48. Moller, M. R. *Testing Reckless Drivers for Alcohol Abuse, Illicit drugs and prescription drugs which impair their ability to drive*. Workshop Report Frontline, 20-21, Nov, 1994.
49. Owen, M. J., Cardio, G.A.: *Psychiatric genetics: progress, problems and potential*. The Lancet 354; suppl. 1; 11-14, 1994.
50. Wang, X. B., Uhl, G. R.: *Subtracted differential display, genes with amphetamine - altered expression patterns include calcineurin*. Brain Res. Mol Brain. Res., 538(1-2); 344-7, Jan. 1998.
51. Tyndale, R. E; Droll, K. P.; Sellers, E. M.: *Genetically deficient CYP2D6 metabolism provides protection against oral opiate dependence*. Pharmacogenetics, 7(5); 375-9, Oct, 1997.
52. Alaja, R.: *Physical and mental comorbidity of substance use disorders in psychiatric*, Oct, 1997.
53. *Consultation - European Consultation - Liaison Work Group: Alcohol Clin. Exp. Res.*, 11; 8; 1820-4, Nov. 1998.
54. Ventura, R., Gonzales, Smeyers M. T., De la Torre, R., Sequera, J.: *Screening Procedure for beta - adrenergic drugs in sports drug testing by immunological methods*. J Annal. Toxicol., 22(2); 127-34, Mar-Apr., 1998.
55. *Club Drugs*. NIDA-Community Drug Alert. Bulletin, 2000.
56. Fraser, A.D.: *Urine drug testing for social service agencies in Nova Scotia-Canada*. J. Forensic Sci. 43(1); 194-6, Jan. 1998.
57. Garattini, S: *Pharmacocentricity: „from elixir to magic bullets”*. The Lancet 354; supp. 4, 2000.
58. Frohberg, N. R., Hewrting, R. L. Jr: *Psychiatry: Substance - use disorders*. University of Iowa Family Practice Handbook, 3 Edition, chapter 15.
59. Wessling, A., Bergman, U; Westerholm, B. *On the differences in psychotropic drug use between three major urban areas in Sweden*. Eur. J. Clin. Pharmacol. 40(5); 495-500, 1991.
60. Garcia, A. T: *Regulation and abuse liability testing of medicines in Europe beyond 1990*. Br. J. Addict; 86(12); 1533-6, Dec. 1991.
61. Zwerling, C., Ryan. J., Orav. E. J.: *Costs and benefits of pre-employment drug screening*. Journal of the American Medical Association 367, 91-3., 1992.
62. Musto, D. F: *The mystery of addiction*. The Lancet, 354; supp. 4, Dec. 1999.

63. Edwards, G.: *Addiction and the truth in magic realism*. The Lancet; 1999. 354; supp. 4, 1999. Substance Notice to HHS Certified and applicant Laboratories; Subject: Guidance for American Society of Health System Pharmacists: *ASHP Statement on the Pharmacist's Role in Substance Abuse prevention, Education and Assistance*. Am. J. Health-Syst. Pharm., 55; 1721-4, 1998.
64. Ball, J. C., Chambers, C. D. (eds): *The epidemiology of opiate addiction in the United States*. Charles C. Thomas, Springfield, 1970.
65. Hughes, G. F., McElnay, J. C., Mc Kenna, H., McKenna, P.: *Abuse (misuse) of non-prescription drugs*. Pharmacy World and Science - PWS, 21(6); 251-255, Dec. 1999.
66. De Boer, D., Egberts, T., Maes., R.A.A.: *Para-methylthioamphetamine, a new amphetamine desinger drug of abuse*. PWS; 199, 21(1); 44-46, Feb. 1999.
67. Hart, C: *Marijuana: From evil weed to wonder drugs, Modeling Cannabinoid receptors in leading toward therapeutic synthetics*. Modern drug Discovery, 2(6); 39-40,43,45, 1999.
68. Loew, G. H.: *Molecular modeling of opoid analgesics, the designer's goalisto eliminate adverse side effects*. Modern Drug Discovery; 2(6); 24-26, 28, 30, 1999.
69. Stumm, G.: *Amphetamines induce appoptosis and regulation of bel-x slice variants in neocortical neurons*. FASEB J, 13; 9; 1065-72, June 1999.
70. Cohen, P. J. *Immunisation for prevention and treatmnt of cocaine abuse, legal and ethical implications*. Drug Alc. Depend., 48(3); 167-74, Dec. 1997.
71. Hardin, J.S.,Wessinger, W.D., Prokich, J. W., Owens, S.M.: *Pharmacodinamics of a monoclonal antiphencyclidine Fab, with broad selectivity for phencyclidine like drugs*, 1998, Jun, 285 (3), 1113-22, June, 1998.
72. Coleman, D. E.; Baselt, R.C.: *Efficacy of two commercial products for altering urin drug test results*. J. Toxicol. Clin. Toxicil., 35(6); 637-42, 1997.
73. Cassella, G.,Wu, A.H., Shaw, B. P.: Hill D. W.: *Analysis of thebaine in urine for the detection of poppy seed consumption*. J. Ann. Toxicol., 21(5); 376-83, Sep. 1997.
74. Lesner A.: *NIDA Research report - Steroid Abuse and Addiction*, 1999.
75. U.S. Department of Health and human Services, *Mental Health Assessment and Diagnosis of substance abusers*, Clinical Report Series, 1994.
76. U.S. Department of Health and human Services, *Assessing Drug abuse among adolescents and adults: Standardized instruments*, 1994.

77. Bukelić, J.: *Djeca Pakla*, Velarta, Beograd, 1998.
78. Bukelić, J.: *Droga – mit ili bolest*. Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd, 1988.
79. *Workshop Report Frontline*, Luxembourg, November 14–15, 1994.
80. Bukelić, J.: *Socijalna psihijatrija*. Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd, 2000.
81. Bisio, B: *Psiha i droga*. „Ognjen Prica”, Zagreb, 1977.
82. *ICD–10 Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja*. Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd, 1991.
83. *MKB–10 Uputstva za dijagnostiku i vođenje mentalnih poremećaja u primarnoj zaštiti*, Institut za mentalno zdravlje i Svjetska zdravstvena organizacija, 1996.
84. *MKB–10 Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja, Dijagnostički kriterijumi za istraživanje*. Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd, 1998.

ETIOLOGIJA ZAVISNOSTI

Jasmina Knežević-Tasić

Kao i u slučaju ostalih psihijatrijskih poremećaja prve etiološke teorije su proistekle iz psihodinamskih modela; poslije ovih uslijedili su bihevioralni, genetički i neurohemijski modeli. Najnoviji etiološki modeli zloupotrebe supstanci obuhvataju čitav spektar teorija. Prema ovim teorijama nastanak zavisnosti je rezultat interakcije brojnih faktora vezanih za zavisnika i njegovo okruženje.

Psihodinamski faktori

Prema klasičnim psihoanalitičkim teorijama zloupotreba supstanci predstavlja masturbatorni ekvivalent, odbranu od homoseksualnih impulsa ili manifestaciju oralne regresije. Novije psihodinamske teorije povezuju zloupotrebu supstanci sa depresijom ili je tretiraju kao odraz poremećenih ego funkcija.

Kada je alkoholizam u pitanju, psihodinamske teorije nadgrađuju hipotezu o pretjerano strogom i kažnjavajućem Superegu. Osobe sa ovakvim Superegom, inače sklone samokažnjavanju, ponekad pribjegavaju alkoholu kao sredstvu kojim ublažavaju osjećaj krivice i anksioznost. Superego rastvorljiv u alkoholu aforizam je koji često koriste psihoanalitičari. Druga značajna hipoteza koja je u osnovi psihodinamskih teorija o nastanku alkoholizma jeste hipoteza o fiksaciji na oralnu fazu psihoseksualnog razvoja. Oralno fiksirane osobe ispoljavaju sklonost prema oralnim zadovoljstvima, odnosno one često smanjuju anksioznost uzimanjem supstanci, kao što je to alkohol, preko usta. Neki psihoanalitičari opisuju osobe sklone alkoholu kao stidljive, izolovane, razdražljive, nestrpljive, anksiozne, preosjetljive i seksualno inhibisane.

Psihodinamski pristup zavisnostima od droga mnogo se više vrednuje i šire je prihvaćen nego što je to slučaj u liječenju alkoholizma. Za razliku od alkoholičara politoksikomani su češće imali nestabilno djetinjstvo, skloniji su samoliječenju supstancama i postoji veća vjerovatnoća da će imati koristi od psihoterapije.

Psihosocijalne teorije

Velki broj istraživanja povezuje poremećaje ličnosti sa razvojem zavisnosti od psihoaktivnih supstanci. Prema teoriji problematičnog ponaša-

nja (Jessor i Jessor) zloupotreba psihoaktivnih supstanci kod mladih predstavlja samo jednu od manifestacija opšte sklonosti ka problematičnom ponašanju. Pod problematičnim ponašanjem smatra se svako ono koje krši norme date društvene sredine. Ova teorija implicira da se protiv problematičnog ponašanja (zloupotreba alkohola i droga, preuranjene seksualne aktivnosti, devijantno ponašanje...) može boriti podsticanjem konvencionalnih oblika ponašanja (stremljenje ka akademskom postignuću, sportske aktivnosti, religioznost...).

Druge psihosocijalne teorije razmatraju odnose u porodici i širem socijalnom okruženju kao moguće etiološke faktore.

Bihevioralne teorije

U fokusu mnogih bihevioralnih teorija nije fenomen fizičke zavisnosti već ponašanje uslovljeno žudnjom. Da bi bihevioralni model bio relevantan za sve supstance, on ne smije zavisiti od prisustva ili odsustva apstinencijalnog sindroma i tolerancije. Pretpostavka nekih istraživača je da četiri glavna bihevioralna principa djeluju indukujući ponašanje uslovljeno žudnjom. Prva dva principa su kvalitet (svojstvo) pozitivnog potkrepljivanja i negativni efekti nekih supstanci. Većina supstanci koje se zloupotrebljavaju pri prvom korišćenju izazivaju euforiju, te tako pozitivno potkrepljuju žudnju i njome uslovljeno ponašanje. Neke supstance otklanjaju strah i napetost ili daju privremeni osjećaj psihičke i fizičke snage i samopouzdanja što sve može pozitivno potkrepljivati želju za njihovim korišćenjem. Negativni efekti koje izazivaju neke supstance, kao što su npr. mučnina i glavobolja, umanjuju žudnju i njome uslovljeno ponašanje.

Genetski faktori

Postoje snažni dokazi, zasnovani na istraživanjima vršenim na braći i sestrama, usvojenoj djeci i blizancima, koja ukazuju da genetska uslovljenost ima veliki udio u nastanku alkoholizma. I za zavisnost od drugih supstanci postoje dokazi, mada ne tako ubjedljivi, da i u njihovom razvoju postoji genetski obrazac.

Neurohemijski faktori

Receptori i receptorski sistemi. – Za mnoge psihoaktivne supstance koje se zloupotrebljavaju, sa izuzetkom alkohola, istraživači su identifi-

kovali određene receptore preko kojih djeluju, ili određene neurotransmitere na koje te supstance ispoljavaju svoje efekte. Opijati, na primjer, djeluju na opijatske receptore. Osoba koja ima smanjenu aktivnost endogenih opijata (npr., sniženu koncentraciju endorfina) ili kod koje je povišena aktivnost endogenog opijatskog antagonista, može biti pod rizikom da razvije zavisnost od opijata. Čak i kod osoba sa potpuno normalnim funkcionisanjem endogenih receptora i normalnom koncentracijom neurotransmitera, dugotrajno korišćenje psihoaktivne supstance može izmijeniti receptorske sisteme u mozgu, na takav način da oni sada zahtijevaju prisustvo egzogenih supstanci da bi se održala homeostaza. Ovakav jedan proces, na nivou receptora, može biti mehanizam razvoja tolerancije unutar centralnog nervnog sistema. U fokusu najnovijih istraživanja su efekti psihoaktivnih supstanci na „second messenger” sistem i regulaciju gena.

Nervni putevi i neurotransmiteri

Glavni neurotransmiteri uključeni u procese zloupotrebe supstanci i sljedstveni razvoj zavisnosti su opiodi, kateholamini (posebno dopamin), i sistem gama-aminobuterne kisjeline (GABA). Najznačajnije nervne puteve čine dopaminergički neuroni u oblasti ventralnog tegmentuma. Ovi neuroni se projektuju u kortikalne i limbičke oblasti, posebno nucleus accumbens. Ovaj nervni put je vjerovatno uključen u doživljaj nagrade i može biti osnovni medijator efekata psihostimulativnih supstanci kao što su kokain i amfetamini.

Locus ceruleus, koji predstavlja najveću grupu adrenergičkih neurona, povezan je sa efektom opijata i opioda.

Biopsihosocijalni model

Nastanak zavisnosti rijetko se može pripisati jednom etiološkom faktoru. Znatno češće zavisnost predstavlja rezultantu djelovanja i međugre više faktora vezanih za zavisnika i njegovo okruženje (Todd, 1985, Muisener, 1985) i najlakše se može sagledati iz biopsihosocijalne perspektive. Biopsihosocijalni model, koji su opisali ovi autori, podrazumijeva širok spektar faktora koji mogu doprinijeti nastanku i razvoju zavisnosti, a koji se mogu grupisati u 5 nivoa u međusobnoj interakciji:

- biološki faktori (genetski, neurološki i idiosinkrazijski),
- varijable vezane za psihološki razvoj u adolescenciji,
- interpersonalni faktori (funkcionisanje u porodici i odnosi sa vršnjacima),

- faktori vezani za zajednicu,
- faktori vezani za šire socijalno okruženje.

Grafički ovi nivoi se mogu predstaviti kao koncentrični krugovi ili se zamisliti kao kineske kutije koje su sadržane jedna unutar druge.

S obzirom da se inicijalno iskustvo sa psihoaktivnim supstancama najčešće stiže u periodu adolescencije, u tekstu koji slijedi akcenat će biti na nekim specifičnostima ovog perioda koje tome doprinose. Da bismo što bolje razumjeli etiologiju zavisnosti kod adolescenata, fokus će biti na trijasi primarnih faktora, a to su: psihološki razvoj u adolescenciji, funkcionisanje porodice i odnosi sa vršnjacima.

Psihološki razvoj u adolescenciji

Adolescencija je faza na prelasku iz djetinjstva u odraslo doba koju karakterišu veoma burne biološke, psihološke i socijalne promjene. Početak adolescentne faze je uočljiviji i znatno ga je lakše odrediti nego njen kraj. Adolescentna faza počinje oko 12-e godine ulaskom u pubertet i brzim tjelesnim promjenama – rastom skeleta i početkom razvoja sekundarnih seksualnih karakteristika. Završetak adolescencije mnogo je teže vremenski odrediti. Obično se vezuje za usvajanje identiteta odrasle osobe. Psihološki razvoj u adolescenciji podrazumijeva postizanje određenih razvojnih zadataka – formiranje identiteta (tjelesnog, polnog, emotivnog, duhovnog, etičkog, moralnog, socijalnog, kulturnog, profesionalnog i intelektualnog), stvaranje osnove za ekonomsku nezavisnost, razvijanje kapaciteta za bliskost i odgovornost u odnosu sa drugima, prilagođavanje na tjelesne promjene i seksualnost. Adolescenti često pribjegavaju zloupotrebi alkohola i droga u pokušaju da savladaju teškoće u postizanju razvojnih zadataka.

Psihološki razvoj u adolescenciji, kognitivni, emotivni i socijalni, prolazi kroz tri subfaze sa specifičnim razvojnim zadacima i mogućim stresovima. Ukoliko mladoj osobi nedostaju kapaciteti da postigne ove razvojne zadatke i prevaziđe stresove, moguće je da maladaptivna ponašanja, kao što je zloupotreba droga, koristi kao neuspješne zamjene za dalji razvoj individualnih potencijala.

Rana adolescencija

Obuhvata period puberteta, od 12. do 15. godine. Zbog dezorganizovane i nestabilne psihičke strukture, mladi su tada najvulnerabilniji i pod najvećim rizikom da započnu eksperimentisanje sa psihoaktivnim

supstancama. Ovo je vrijeme kada počinju da dovode u pitanje apsolutni autoritet svojih roditelja i da preispituju njihove vrijednosti i standarde. U psihološkom smislu, sve više se oslanjaju na grupu vršnjaka i usvajaju njihove vrijednosti i uvjerenja. Potreba da se osjete prihvaćenim u grupi vršnjaka mnoge mlade navodi da po prvi put prihvate ponuđenu drogu. Što je više novi sistem vrijednosti podržan od vršnjaka, u raskoraku sa sistemom vrijednosti roditelja, adolescent će sve više biti u sukobu sa roditeljima, udaljavaće se od njih i gubiti komunikaciju sa njima. Kod onih adolescenata kod kojih je borba za autonomiju veoma intenzivna, eksperimentisanje sa psihoaktivnim supstancama postaje jedan vid prkosa i lju-titog bunta protiv roditelja i drugih autoriteta.

Početak zloupotrebe supstanci u ovako ranom periodu onemogućava dalji psihološki razvoj u adolescenciji, odnosno, dovodi do zaustavljanja i regresije u kognitivnom, emocionalnom i socijalnom razvoju. I pored toga što dobija tjelesne karakteristike odrasle osobe u psihološkom smislu i dalje ostaje dijete. Svi razvojni zadaci adolescencije su još uvijek ispred njega.

Srednja adolescencija

Ovaj period karakteriše smirivanje unutrašnje emocionalne bure, odnosno haotičnih unutrašnjih stanja rane adolescencije i ovladavanje negativnim emocijama. Ovo je vrijeme kada mlada osoba uči da savlada emocionalni bol. To je period kada se pati dublje i intenzivnije nego i u jednom periodu prije ili kasnije u životu. Za neke adolescente patnja je prevelika i oni bježe u regresivne oblike ponašanja, među kojima je i zloupotreba alkohola i droga.

Za ovu razvojnu fazu karakteristična je sklonost ka rizičnom ponašanju (zloupotreba alkohola, lijekova i droga često u veoma visokim dozama i opasnim kombinacijama, promiskuitet, brza vožnja. Ovakva ponašanja često predstavljaju odraz onipotentnih fantazija o neranjivosti i besmrtnosti kojima se adolescenti brane od nesigurnosti i straha. U osnovi ove sklonosti može biti i kontrafobična dinamika, strah od neadekvatnosti, potreba da se potvrdi seksualni identitet ili da se prihvati izazov grupe vršnjaka.

U adolescentnom periodu koji karakteriše povišena samosvjesnost, adolescent je preokupiran sopstvenim vrijednostima i kvalitetima i stalno ih preispituje. Istovremeno uobičajena je nesigurnost i pad samopouzdanja (narcistička kriza). Ova nesigurnost posljedica je brzih tjelesnih promjena, na koje se nije uvijek lako psihološki adaptirati i eksperimentisanje sa novim načinima komunikacije sa vršnjacima i roditeljima. Zbog lažnog osjećaja samopouzdanja koji ponekad daju psihoaktivne supstance,

mladi ih koriste u pokušaju da prevaziđu osjećanja inferiornosti, zbunjenosti, stida, krivice, straha kao i osjećaj nezgrapnosti i neadekvatnosti koji su tako često prisutni u njihovom svakodnevnom životu. Pokušaj da se na ovaj način ublaže negativne emocije, paradoksalno, dovodi do toga da one postaju još nepodnošljivije i sve je veća potreba za većim dozama i jačim supstancama.

Kasna adolescencija

Ovo je period kada se završava proces integrisanja raznovrsnih identifikacija i formiranja identiteta. Mlada osoba koja je u prethodnim fazama uspjela da izbjegne eksperimentisanje ili samoliječenje psihoaktivnim supstancama biće mnogo spremnija za zahtjeve i izazove ove faze. Ali to ne znači da je opasnost prošla. Krize identiteta, karakteristične za ovaj period, povećavaju psihološku vulnerabilnost i mlade mogu dovesti u iskušenje da u pokušaju da ih prevaziđu koriste psihoaktivne supstance. Adolescent koji doživljava da gubi korak sa svojim vršnjacima, da više nema osjećaj usmjerenosti u svom životu, konfuzan i paralisiran neodlučnošću najvjerovatnije je usred krize identiteta. Sve ovo prati depresivnost, anksioznost i duboko osjećanje usamljenosti. Na žalost, zloupotreba alkohola, lijekova i droga dovodi do veće deterioracije nego sama kriza identiteta i prateća emocionalna nestabilnost.

Osnovno je pitanje zašto neki mladi izazove adolescentnog perioda doživljavaju kao priliku za rast i razvoj, dok drugi sa njima pokušavaju da izađu na kraj zloupotrebljavajući psihoaktivne supstance. Porodična dinamika, funkcionalnost porodice i mnogi uticaji kojima je mlada osoba izložena u svom užem i širem socijalnom okruženju igraju odlučujuću ulogu.

Porodica i zloupotreba droga

Psihološki razvoj u adolescenciji odvija se pod okriljem porodice i u velikoj mjeri zavisi od kvaliteta emocionalnih odnosa u ovom primarnom okruženju. U adekvatnom, čvrstom i stabilnom, ali, istovremeno i elastičnom, porodičnom okruženju adolescent kontinuirano ima osjećaj sigurnosti i podrške. U takvom okruženju on se uči da iskusi i adekvatno izrazi širok spektar osjećanja i da konstruktivno rješava probleme koji nastaju u porodičnom životu. Ako je porodica izložena pritiscima spolja ili iznutra koje nije u stanju da amortizuje, ona više ne pruža okrilje i oslonac za zdrav psihološki razvoj adolescenta. To može usloviti različita maladaptivna ponašanja, pa i zloupotrebu droga. Pored toga, što može preci-

pitirati zavisnost, disfunkcionalna porodica, koliko god da to zvuči paradoksalno, može doprinositi njenom održavanju. Umjesto da se suoče sa problemom i preduzmu konstruktivne korake ka njegovom rješavanju, članovi porodice se adaptiraju na zavisnost adolescenta, nauče da žive sa njom, stvarajući jednu novu patološku ravnotežu porodičnog sistema. Čineći to, oni koriste one iste odbrambene mehanizme koje koristi sâm zavisnik, oni negiraju, minimiziraju, racionalizuju i potiskuju traumu izazvanu zavisnošću svoga člana. Opisana su 4 tipa neadkvatnog reagovanja roditelja, kojim potpomažu održavanje zavisnosti kod adolescenta:

1. Roditelji mogu biti neinformisani i potpuno nesvjesni zavisnosti svoga tinejdžera. Ovakva situacija obično postoji u početnim fazama razvoja zavisnosti, kada je negacija potpuna i kada adolescent veoma vješto skriva svoje aktivnosti.
2. Roditelji mogu biti svjesni zavisnosti, a odlučiti da ne intervenišu. Razlog može biti njihova racionalizacija da je to prolazna pojava u procesu sazrijevanja ili neznanje o mogućim posljedicama i problemima koje zloupotreba psihoaktivnih supstanci može stvoriti.
3. Roditelji mogu biti svjesni zavisnosti, ali se u odnosu na taj problem mogu osjećati potpuno nemoćni. To se obično dešava onda kada su njihovi dotadašnji pokušaji da intervenišu bili neuspješni ili kontraproduktivni.
4. Roditelji su svjesni problema i svjesno ga podržavaju tako što kupuju supstance svom adolescentu ili ih čak koriste zajedno sa njim.

Porodični faktori koji mogu biti katalizatori, kako u procesu precipitiranja, tako i u procesu podržavanja zavisnosti, mogu se svrstati u pet grupa:

Faktori vezani za uslove života porodice

Promjene u strukturi porodice

U životu svake porodice dešavaju se promjene. Neke od njih, mada očekivane, kao što je rođenje djeteta ili odlazak starijeg djeteta na školovanje, zahtijevaju od ostalih članova prilagođavanje na nove uslove.

Neočekivane promjene, kao što je smrt u porodici, razvod ili razdvajanje roditelja, ili ponovno stupanje u brak jednog od njih, mogu prevazići sposobnost porodice da se prilagodi. Ove stresogene promjene, posebno komplikacije u procesu žalosti, mogu ugroziti kapacitet porodice da pruži zdrave uslove za razvoj i zadovoljenje emocionalnih potreba adolescenta.

Sastav porodice

Da li će porodica pružiti optimalne uslove za razvoj adolescenta, zavisi, između ostalog i od broja djece u porodici, njihovog uzrasta i redoslijeda rođenja. Stariji brat ili sestra, koji zloupotrebljavaju supstance mogu imati presudnu ulogu u nastanku i održavanju zavisnosti kod adolescenta.

Geografski faktori

Podrazumevaju karakteristike mjesta stanovanja i granice porodice prema zajednici. Nekada je zloupotreba droga bila specifičnost velikih gradova i centralnih gradskih opština. U posljednjoj deceniji, u našoj zemlji, na djelu je proces decentralizacije i demetropolizacije; droga je lako dostupna i njena zloupotreba je raširena i po perifernim gradskim opštinama, u manjim gradovima i seoskoj sredini. Epidemijske razmjere poprima posebno u onim mjestima gdje veliki broj roditelja radi u inostranstvu, a babama i djedovima prepušta brigu o djeci i njihovo vaspitanje.

Ukoliko su granice porodice prema zajednici suviše permeabilne, ona neće moći da zaštiti svoje članove od negativnih pojava prisutnih u zajednici. Ako su, nasuprot tome, granice porodice suviše rigidne, ona može biti izolovana i nespremna da, u slučaju problema kao što je zloupotreba droga kod adolescenta, iskoristi pomoć koju nudi zajednica.

Socioekonomski status porodice

Socioekonomski status porodice može značajno uticati na psihološki razvoj adolescenta.

Loši i neadekvatni uslovi života i stanovanja, nedostatak privatnosti i konflikti u porodici, uslovljeni nemaštinom, mogu predstavljati hronične izvore stresa za adolescenta. Da li će mladi pribjeći zloupotrebi droga zavisi i od prilika i mogućnosti koje nudi sredina u kojoj živi. Ako im se model uspjeha, koji odgovara važećim standardima, čini nedostižnim veća je vjerovatnoća da će odustati od konvencionalnih ciljeva i okrenuti se problematičnim oblicima ponašanja. Adekvatne mogućnosti za školovanje i zaposlenje i druge, društveno poželjne i korisne aktivnosti, obezbjeđuju neophodnu alternativu, koja smanjuje rizik od zloupotrebe psihoaktivnih supstanci.

Prezaštićena djeca iz dobrostojećih porodica, takođe mogu biti pod visokim rizikom, s obzirom da su često lišena obaveza, odgovornosti i ličnih postignuća koja za njih imaju smisla.

Prilagođenost porodice na postmoderno doba

Doba u kome živimo karakteriše dekonstrukcija nuklearne porodice i zaposlenost majke. Sve je veća stopa razvoda i nepotpunih porodica.

Neodrživost stereotipnih uloga dovodi do toga da kod mladih često postoji konfuzija, vezana za ulogu polova.

Druga značajna karakteristika savremenog doba je promijenjen odnos prema adoelscentima. Ne doživljavamo ih više kao „ nezrele” već kao „s sofisticirane” osobe (Elkind, 1991).

Faktori vezani za porodičnu dinamiku

Vođenje porodice

Ukoliko roditelji djecu vode i usmjeravaju, ispoljavajući, pri tom, čvrstinu, dosljednost i empatiju, svojoj porodici će obezbijediti osjećaj sigurnosti i stabilnosti.

Autoritarnost, s jedne strane, ili pretjerana popustljivost roditelja, s druge, povećavaju rizik za zloupotrebu droga kod adolescenta. I tu uticaj ima nedosljednost u postavljanju i održavanju granica kao i „rascjep” u vaspitnim stilovima roditelja, gdje je jedan od njih sveprisutan i kontrolišći, a drugi se ponaša suprotno tome.

Granice

„Granice su emocionalna vrata i prozori porodice” (Muisener, 1994, p. 82). Postavljanje granica omogućava diferenciranje između članova porodice, između generacija i između porodice i spoljnog svijeta. Za porodice zavisnika karakteristično je da jedan od roditelja postavlja rigidne granice, nezainteresovan je za dijete i ne učestvuje u njegovom životu, dok drugi održava propustljive granice previše se upliće u život djeteta. Na ovaj način se, unutar porodice, stvaraju nezdrave koalicije između jednog roditelja i djeteta. Ovdje je ugroženo i drugo dijete koje se obično osjeća izostavljenim ili zapostavljenim (Huberty& Huberty, 1984, p.133). Ukoliko je adolescent već započeo da zloupotrebljava alkohol ili droge, u odnosu na ovaj problem, krosgeneracijska koalicija u daljem toku generiše disfunkcionalni porodični trougao. Ovaj trougao podrazumijeva nezainteresovanog roditelja (u ulozi „Progonioca”), roditelja, sa kojim je adolescent u koaliciji (u ulozi „Spasioca”) i samog adolescenta (u ulozi „Žrtve”), (Shaefer, 1987).

Ispoljavanje emocija

Zdrava porodica podstiče slobodno ispoljavanje širokog spektra adekvatnih emocija među članovima, od ljubavi i brige, do bijesa, straha i krivice. Ispoljavanje emocija je sputano onda kada su interakcije među članovima hostile i zasnovane na bijesu i strahu ili kada se ljutnja i bijes poti-

skuju i izbjegavaju po svaku cijenu. U oba slučaja među članovima nema prave bliskosti, što je zajednička karakteristika porodica adolescenata koji zlorabljavaju psihoaktivne supstance (Wight, 1990, Muisner 1994).

Komunikacije

Zdrava komunikacija u porodici podrazumijeva otvorenost, jasno izražavanje i sposobnost da se brzo i adekvatno odgovori na primljene poruke. Neefikasne, zatvorene i nejasne komunikacije unutar porodičnog sistema mogu precipitirati zlorabljavanje droga kod adolescenta, a disfunkcionalni obrasci komunikacije, kao što je međusobno optuživanje, doprinose njenom daljem održavanju.

Odnos prema obavezama i ciljevima

Zdravu porodicu karakteriše sposobnost članova da međusobno saraduju i pruže svoj doprinos u rješavanju problema i prevazilaženju kriza, ali i u zajedničkom planiranju budućnosti, rekreativnim aktivnostima, zabavi itd.

Ukoliko sposobnost međusobne saradnje članova za dobrobit cijele porodice nije razvijena, porodično okruženje postaje haotično i nepredvidljivo. Problemi se ne rješavaju, a roditelji su obično neefikasni u svojoj ulozi i pokušajima da uspostave disciplinu, što je u tijesnoj korelaciji sa zlorabljavanjem droga u adolescenciji.

Porodične krize označavaju sastavni dio normalnog porodičnog života, a nastaju kada prestaju da važe pravila koja su do tada uspješno upravljala porodičnim interakcijama. Nerazriješene krize mogu oslabiti porodicu i njen kapacitet da pruži adekvatno okruženje za zdrav razvoj adolescenta. Ove krize mogu biti razvojne, dramatične i strukturalne.

Razvojne porodične krize

Mada predstavljaju normalne prelazne faze u životu svake porodice, mogu biti izvor stresa i prevazići sposobnost porodice da im se prilagodi. Promjene i reorganizacija u intrapsihičkoj strukturi adolescenta takođe dovode do promjena i reorganizacije u strukturi porodičnog sistema. To je tzv. adolescentna faza u životnom ciklusu porodice.

Dramatične porodične krize su iznenadni i često katastrofični stresni događaji u životu porodice koje značajno mijenjaju porodični život. Takvi događaji podrazumijevaju smrt člana porodice, razvod, ponovno stupanje u brak jednog od roditelja, preseljenje u drugi grad ili državu, gubitak posla roditelja, između ostalog, nagla promjena socioekonomskog statusa porodice.

Disfunkcionalne porodice i zloupotreba droga

U ovim porodicama obično postoji kombinacija životnih stresova, poremećene porodične dinamike i nerazriješenih razvojnih porodičnih kriza. Porodice u kojima postoji seksualno zlostavljanje, fizičko zlostavljanje, emocionalno zapostavljanje kao i porodice u kojima roditelji zloupotrebljavaju psihoaktivne supstance ili imaju psihijatrijske poremećaje, primjeri su disfunkcionalnih porodica. Djeca koja odrastaju u ovakvim uslovima snažno su predisponirana za različite oblike problematičnog ponašanja, pa i zloupotrebu alkohola i droga.

Odnosi u grupi vršnjaka

Grupa vršnjaka je „druga porodica adolescenta”, na koju se on sve više oslanja i koja dobija sve veći značaj u njegovom životu. Postoje dvije grupe faktora vezanih za grupu vršnjaka koji učestvuju u etiologiji zloupotrebe psihoaktivnih supstanci. To su krize u odnosima sa vršnjacima (krize isključivanja iz grupe, izdaje i razočarenja) i pripadnost disfunkcionalnoj grupi vršnjaka.

Krize u odnosima sa vršnjacima

Odnosi sa vršnjacima u periodu adolescencije podrazumijevaju druženje (dijadni odnos) sa osobom istog pola („najbolji drug ili drugarica”), dijadni odnos sa osobom suprotnog pola („djevojka”, „mladić”) i grupu vršnjaka („klika”, „gang”). Ovi odnosi su od izuzetnog značaja za emocionalni i socijalni razvoj adolescenta. U određenim fazama razvoja u adolescenciji neki od ovih odnosa dominiraju i imaju veći značaj.

U ranoj adolescenciji najveći značaj ima druženje sa vršnjacima istog pola („najbolji drug/ drugarica”). U srednjoj adolescenciji dominira sve jača želja i potreba adolescenta da se psihološki odvoji od roditelja i uklopi u grupu vršnjaka. Ova grupa je nosilac vrijednosti i kulture mladih i za razliku od grupe mladih adolescenata heteroseksualna je i manje ili više orijentisana protiv odraslih. Sve veći značaj dobija odnos sa osobama suprotnog pola. Ovo je vrijeme prvih ljubavi i prvih seksualnih iskustava. U kasnoj adolescenciji sve više se razvija kapacitet za bliskost sa osobom suprotnog pola i ovi odnosi postaju zreliji. „Par” je dominantan oblik odnosa sa vršnjacima u ovom periodu.

Teškoće u bilo kom od pomenutih odnosa sprečavaju zadovoljenje potrebe za druženjem i pripadanjem i mogu precipitirati bilo koju od razvojnih kriza u adolescenciji (krizu separacije, narcističku krizu, krizu identiteta). Elkind (1984) opisao je 3 tipa krize (šoka) koji se mogu javiti u odnosima sa vršnjacima.

Kriza isključivanja vezana je za odnose u grupi vršnjaka. Odbacivanje, odnosno sprečavanje adolescenta da postane član grupe veoma je bolno iskustvo u ovom periodu života. U ponašanju grupe prema adolescentu može biti izražen ostrakizam i fenomen žrtvenog jarca.

Kriza izdaje vezana je za prekid odnosa sa najboljim drugom ili drugaricom, a kriza razočarenja za prekid emotivne veze.

Adolescent, čiji drugovi ili partner koriste psihoaktivne supstance može i sâm prihvatiti da ih oproba da bi izbjegao odbacivanje i druge oblike krize u odnosu sa vršnjacima. Isto tako, adolescent koji nije prihvaćen u grupi vršnjaka koja ne koristi supstance, može naći utočište u grupi mladih koja ima taj problem. Mnogi adolescenti će učiniti sve da bi izbjegli patnju koju bi im izazvalo odbacivanje od vršnjaka.

LITERTURA

1. Blum, K., Noble, E. P., Sheridan, P. J., Montgomery, A., Ritchie, T., Jagadesswaran, P.; Nogami, H., Briggs, A. H., Cohn, J.B.: *Allelic association of human dopamine D2 receptor gene in alcoholism*. Journal of American Medical Association, 263, 2055–2060, 1990.
2. Cohen, S.: *The chemical brain: The neurochemistry of addictive disorders*. CA: Care Institute, Irvine CA., 1988.
3. Elkind, D.: *Teenagers in the postmodern world*. In A. Pederson & P.O. Meara (Eds.), *Teens: A fresh look* (pp. 34–50). NM: John Muir Publications, Santa Fe, 1991.
4. Gabband, G. O.: *Psychodynamic psychiatry in clinical practice: The DSM-IV Edition*. American Psychiatric Press, Washington, 1994.
5. Huberty, D. J. & Huberty, C. E.: *Helping the parents to survive: A family systems approach to adolescent alcoholism*. In E. Kaufman (Ed.), *Power to change: Family case studies in the treatment of alcoholism* (pp. 131–176). Gardner, New York, 1984.
6. Jessor, R., Jessor, S. L.: *Problem behavior and psychosocial development: A longitudinal study of youth*. Academic Press, New York, 1977.
7. Johnson, V. & Pandina, R. J.: *Effects of the family environment on adolescent substance abuse, delinquency and copin styles*. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 17, 71–88, 1991.
8. Kaplan, H. I., Sadock, B. J.: *Substance-Related Disorders*. In A. Kaplan and Sadocks: *synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry*. 8 th ed. Williams & Wilkins, Baltimore, pp. 375–456, 1998.
9. Miller, D.: *Attack on the self : Adolescent behavioral disturbances and their treatment*. N. J.: Jason Aronson. Northvale, 1986.
10. Muisener, P.: *Understanding and treating adolescent substance abuse*. Sage Publications, Inc., London, 1994.
11. Page, R. M.: Cole, G. E.: *Loneliness and alchocolism risk in late adolescence: A comparative study of adults and adolescents*. Adolescence, 26, 925–930, 1994.
12. Schaefer, D.: *Choices and consequences: What to do when a teenager uses alcohol and drugs*. MN: Johnson Institute, Minneapolis, 1987.
13. Smith, S. S., O' Hara, B. F., Persico, A.M., Gorelick, D. A., Newlin, D. B., Vlahov, D., Soloman, L., Pickens, R., Uhl, G. R.: *Genetic vulnerability to drug abuse*. Archives of General Psychiatry 49, 723, 1992.
14. Tree, C., Khantzian, E. J.: *Psychodynamic factors in developing of drug dependence*. Psychiatric Clinics of North Americas, 399–412, 1986.
15. Wight, J. C.: *Family systems theory and adolescent substance abuse: A proposal for expanding the role of the school*. Journal of adolescent Chemical Dependency, I(2), 57–76,1990.

EPIDEMIOLOGIJA ZLOUPOTREBE PSIHOAKTIVNIH SUPSTANCI

Borislav Đukanović, Miloš Bešić

Preovlađujuća tendencija u posljednje dvije decenije jeste širenje socijalne upotrebe i zloupotrebe psihoaktivnih supstanci, iako valja istaći dosta različite, pa često i oprečne trendove u zemljama koje nijesu prostorno suviše udaljene, ali je dinamika širenja ovih pojava među njima dosta različita u posljednjih dvadeset godina. S jedne strane, krajem 80-ih postoji tendencija pada zloupotrebe psihoaktivnih supstanci, bar u pojedinim značajnijim zemljama Zapadnog kulturnog kruga, a s druge strane, od početka 90-ih ponovni rast, o čemu će biti više riječi kasnije.

U epidemiološkim analizama javlja se nekoliko ozbiljnih metodoloških problema. Najznačajniji je parcijalnost epidemioloških izvještaja i njihova nedovoljna pouzdanost. Epidemiološki prikazi o zloupotrebi psihoaktivnih supstanci najčešće se odnose na vrlo uske segmente stanovništva, a i za te uže segmente, po pravilu, nijesu reprezentativni. Sljedeći, jednako važan problem jeste nepostojanje klasifikacionih kriterijuma, zbog čega se javlja šarolikost shvatanja i tumačenja pojmova socijalne upotrebe, zloupotrebe, zavisnosti i dr. Nekada se kriterijumi klasifikacije ne mogu ni naslutiti. Usljed svih navedenih problema, poređenje podataka u akutnoj i dinamičkoj perspektivi dosta je otežano, ako ne i nemoguće.

Ako se ima u vidu da su reprezentativni epidemiološki pregledi relativno rijetki, onda nas ne treba iznenaditi da se u savremenim epidemiološkim pregledima češće sriječemo sa manje ili više arbitrarnim procjenama, nego sa zaključcima utemeljenim na validnim i reljabilnim epidemiološkim podacima za datu populaciju. Zato će i ovaj naš sumarni epidemiološki prikaz nužno nositi obilježja svih pomenutih nedostataka.

Jedan od najpotpunijih epidemioloških izvještaja zloupotrebe i zavisnosti od psihoaktivnih supstanci u Evropi je onaj regionalnog ogranka Svjetske zdravstvene organizacije o upotrebi i zloupotrebi psihoaktivnih supstanci u evropskim zemljama, uključujući Tursku i Izrael. Riječ je o sumarnom prikazu statističkih podataka koji se tiču upotrebe droga i problema koji su u direktnoj vezi sa konzumacijom droga. Valja naglasiti da ESDA (European Summary on Drug Abuse) funkcioniše od 1989. godine i posjeduje komparativne podatke od 1985. do 1990. godine. Podaci, čiji ćemo pregled dati u tabeli 1, dobijeni su iz različitih izvora (dokumenti, studije, pojedinačne analize, podaci iz novina i sl.).

Tabela 1. – Prikaz najprisutnije droge u državama Evrope, ukupan broj korisnika po jednoj godini, trend kretanja u tim zemljama u pravcu povećanja, opadanja ili stabilizacije stanja za posebne droge i ukupan trend kretanja

Država	A Najprisutnija droga	B Broj korisnika na godinu dana	C Trend za specifičnu drogu	D Ukupni trend
Albanija	Nema psihoaktivnih supstanci	4 korisnika	Anksiolitici ±	Narkomanija se ne pominje kao problem
Austrija	Kanabis 20–25%	4474 korisnika	Barbiturati (++) Opijati (-) Kokain (+) Korišćenje mult. Droga (+)	Povećanje korišćenja heroina iznad očekivanja
Belgija	Marihuana Hašiš	–	Farmaceutici (analgetici) (+)	Opadanje korišćenja droga u srednjoj školi
Bugarska	Trankilizeri, popy products, inhalansi, barbiturati	1276 registrovanih zavisnika	–	Povećanje broja korisnika, koje se očekivalo
Čehoslovačka	Inhalansi, kanabis (domaći), derivati kodeina, multiplo korišćenje droga	8500 korisnika	Upotreba multiplih droga (+)	Povećanje broja korisnika, ali po očekivanju stabil. situacija
Danska	Kanabis, (15) nasumice koristi multiple droge	10000 koji zloupotrebljavaju, 3000 adikta u tretmanu	Amfetamini (+)	Povećanje ilegalne prodaje farmaceutika
Finska	Kanabis (11%)	Hospitaliz., oko 200 koji zloupotrebljavaju droge		Stabilna situacija
Francuska	Kanabis, heroin	120.000–150.000 onih koji zloupotrebljavaju droge (1990)	Intravensko smanjenje zloupotrebe heroina multiple droge (+) ruralne sredine (+)	Očekivani trend
Njemačka (samo Zapadna)	Hašiš, marihuana, 26% heroin, kokain, amfetamini	60.000 do 80.000 zavisnih od „teških“ droga: kokaine 20.000 do 50.000, amfetamin 10.000	Amfetamini među mladima (+) Kokain, heroin ostali klijenti (+)	Smanjenje

Država	A Najprisutnija droga	B Broj korisnika na godinu dana	C Trend za specifičnu drogu	D Ukupni trend
Grčka	Analgetici, derivati kodeina, tranquilizeri, hašiš (15%)	40.000–50.000	Farmaceutici (–)	Smanjenje u mladoj populaciji briga za mlade u budućnosti
Mađarska	Trankilizeri, hidrocodin / derivat kodeina, inhalansi, korišćenje multiplih droga	3000 zavisnika, česta upotreba, 100.000 zavisnika od trankilizera (1986)	Amfetamini (– –) Solvensi (–) Benzodiazepini derivati (+) Kućni proizvodi (+)	Stabilna situacija
Irska	Heroin Upotreba multiplih droga među liječenim pacijentima	3515 zavisnika u tretmanu (1985–1990)	Multiple droge u opštoj praksi (+)	Povećanje broja u cjelini
Izrael	Farmaceutske droge, hašiš, opijum, heroin	–	–	Povećanje od 100% godišnje
Italija	Opijum Heroin, kanabis, psihotropne droge (među tretiranim)	100.000–200.000 svakodnevno koristi heroin; 60.000 koji zloropotrebljavaju na tretmanu (1989)	Multiple droge (++) Heroin (+) Sve ostale droge (– –) Kokain (++)	–
Luksemburg	Kanabis, heroin	1200–1500 zavisnika od droga	–	Blago opadanje
Malta	Kanabis Heroin	–	–	Blago opadanje
Holandija	Kanabis	22.000–24.000 korisnika „teških” droga (1989)	Heroin (–)	Opadanje
Norveška	Kanabis Heroin	4.000–5.000 onih koji intravenski zloropotrebljavaju droge	Heroin (– –) Kanabis (–) Amfetamini (+) Benzodiazepini (+) Derivati kodeina (+) Solvensi (0)	Povećanje korišćenja multiplih droga, uključujući alkohol

Država	A Najprisutnija droga	B Broj korisnika na godinu dana	C Trend za specifičnu drogu	D Ukupni trend
Poljska	Kućna proizvodnja opijata	Oko 20.000 registrovanih koji zlopotr. (Policija, Min. obraz. 1989)	Volatilne supstance (mladi) +	Poslije rasta 1981-83. Opa- danje, <i>smanjen</i> <i>broj na tretma- nu</i>
Portugal	Kanabis Heroin	Oko 5.000 na tretmanu	Heroin je kontinuirano najozbiljniji problem (+)	Stabilno
Rumunija	Inhalanti, trankilizeri, hipnotici	122 hospitalizova- na zavisnika u 1988. godini	Hipnotici tran- kilizeri inhalanti (među mladima +)	Povećanje hos- pitalizovanih narkomana
San Marino	Kanabis	22 koji zlopotreblja- vaju (1990/97)	Kanabis (+)	Smanjenje
Španija	Kanabis Opijati Kokain	18.823 u tretmanu za zlopotrebu opijata i kokaina	Kokain	
Švedska	Kanabis Amfetamini Trankilizeri Aferoin	10.000 do 14.000 koji zlopotreblja- vaju (1500 do 2000 putem injekcija)	Heroin (-) Kanabis (- -) Amfetamini (+)	
Švajcar- ska	Hašiš (25%) Marihuana Heroin Kokain	28.000- 50.000 onih koji hronično zlopotreblja- vaju droge	Heroin (+) Kanabis (+)	
Turska	Opijati, Kanabis	597 slučajeva u tretmanu (1990) 1308 aktualnih korisnika (od toga 40% na heroinu)	Povećanje broja liječenih	
Ujedinje- no Kralje- vstvo	Kanabis Heroin Metadon	14.800 zavisnika, evidentiranih od porodičnih ljekara		
SSSR	Marihuana Opijum Kućne droge	60.000 zavisnika	Nove sintetske droge (psihotropici) (+)	
Jugosla- vija	Heroin	2125 registro- vanih zavi- snika u 1990.	Heroin (+)	Smanjenje broja korisnika

Legenda: ++ veliko povećanje + povećanje - smanjenje

Sumarne analize ukazuju na sljedeće: u 11, od 29 evropskih zemalja u periodu od 1985. do 1990. godine, zapaža se povećanje zloupotrebe droga, smanjenje takođe u 11 evropskih zemalja, a u 7 je stabilna, stagnantna situacija. U jednoj zemlji (Albanija) ističe se da droge uopšte nije su problem (vidjeti tabelu 2). U pomenutom petogodišnjem periodu veliko povećanje bilježe: Austrija, Irska, Izrael i tadašnji SSSR, a umjerenije Bugarska, Čehoslovačka, Danska, Italija, Norveška, Rumunija i Španija. Zanimljivo je zapaziti da, izuzev Poljske koja bilježi blagi pad i Mađarske, u kojoj je trend zloupotrebe psihoaktivnih supstanci bio stabilan, stagnantan, pored SSSR i ostale zemlje bivšeg Istočnog bloka (Bugarska, Rumunija, Čehoslovačka) pokazuju tendenciju povećanja. Kao što ćemo kansije vidjeti, ta tendencija nastaviće se i 90-ih godina, što se bar djelimično može dovesti u vezu sa nepovoljnim djelovanjem procesa tranzicije.

Grupu zemalja, u kojima je u navedenom periodu došlo do smanjenja, uglavnom čine zemlje Zapadne Evrope i Mediterana (Belgija, Njemačka, Luksemburg, Holandija, San Marino, Grčka, Turska, Jugoslavija), kao i Poljska. Najzad, stabilne, stagnatne tendencije zapažaju se u Finskoj, Francuskoj, Mađarskoj, Švedskoj, Švajcarskoj i Velikoj Britaniji.

U cjelini posmatrajući, pomenuti petogodišnji period karakteriše se prosječno laganim rastom i stagnacijom zloupotrebe droga u Evropi, da bi tokom 90-ih godina došlo do nešto bržeg uvećanja zloupotrebe i zavisnosti od ovih supstanci. Međutim, uočavaju se i značajne epidemiološke razlike među evropskim zemljama u pogledu najčešćih droga koje se zloupotrebljavaju u određenoj zemlji, kao i u pogledu trenda rasta ili opadanja za specifične droge (vidjeti tabelu 1). Koje su droge u evropskim zemljama bile najčešće zloupotrebljavane u periodu između 1985. i 1990. godine?

Uprkos činjenici da evropske zemlje krajem 80-ih „osvajaju” nove vrste droga iz grupe psihostimulansa, psihotropne i sintetske droge, ipak su i dalje kanabinoidi dominantni bar kao uvod u „teške” droge i heroin koji je zbog svoje raširenosti i pozicije i dalje dominantna droga u 15 evropskih zemalja. Zato smo ga i posebno izdvojili iz grupe opijata. Poslije kanabinoida i opijata, na trećem mjestu su trankilizeri, zatim slijede inhalansi i volatilne supstance, itd.

Tabela 2. – Rang učestalosti zloupotrebe najraširenijih droga u 29 evropskih zemalja*

Vrsta droge	Broj evropskih zemalja u kojima se ova droga najčešće koristi**	
	N	%
Kanabinoidi	24	82,75
Heroin	15	51,72
Opijati	6	20,68
Trankilizeri	5	17,24
Inhalansi i volatilne supstance	4	13,79
Multiple zavisnosti	3	10,34
Psihotropne supstance	2	6,89
Kokain	2	6,89

Bez obzira što se struktura najčešće zloupotrebjavanih droga u evropskim zemljama mijenja, ipak kanabinoidi (83%) i heroin (preko 50%) ostaju okosnice zloupotrebe.

Potpuniju sliku dobijamo kada sagledamo rast i opadanje zloupotrebe pojedinih droga u evropskim zemljama (tab. 3. i tab. 4).

Tabela 3. – Povećanje zloupotrebe pojedinih droga i grupa droga u evropskim zemljama od 1985. do 1990. godine***

Vrsta droge	Stepen povećanja		
	Umjereno povećanje	Veliko povećanje	Ukupno
Barbiturati	2	1	3
Multiple zavisnosti	4	1	5
Analgetici	1	0	1
Amfetamini	4	1	5
Kokain	3	1	4
Kućne droge	1	0	1
Heroin	4	0	4
Derivati kodeina	1	0	1
Nepoznato	7		7
Ukupno	27	4	31

* Ukupan zbir je daleko veći od 29, jer se u većini zemalja javljaju dvije i više droga kao najprihvaćenije.

** Uzimaju se najprihvaćenije, najraširenije korišćene droge u toj zemlji.

*** Valja istaći da je u nekolike zemlje došlo do povećanja zloupotrebe i više od jedne droge, zbog čega konačan zbir iznosi više od 29.

Prije svega, zapaža se povećanje zloupotrebe devet vrsta droga. Na prvom mjestu su amfetamini čije povećanje zloupotrebe je zabilježeno u 5 zemalja, a isto tako u 5 zemalja se zloupotrebljavaju i multiple droge (tab. 2). Na trećem i četvrtom mjestu su heroin i kokain koji se povećano zloupotrebljavaju u po četiri evropske zemlje. Na petom su barbiturati (vjerovatno sa dominacijom benzodijazepina) čije povećanje je između 1985. i 1990. uočeno u tri evropske zemlje. U cjelini, uočljiv je porast zloupotrebe psihostimulansa uz povećanje zloupotrebe već ranijih „teških” droga (tab. 3).

Kada je riječ o smanjenju zloupotrebe droga, na prvom mjestu je heroin (tab. 4) koji uz povećanje zloupotrebe u četiri evropske zemlje bilježi smanjenje u drugih pet evropskih zemalja, a zatim kanabis kao jedna uobičajena, „laka” droga.

Tabela 4. – Opadanje zloupotrebe pojedinih droga i vrsta droga u evropskim zemljama od 1985. do 1990. godine

Vrsta droge	Broj zemalja u kojima je zloupotreba određenih droga smanjena ili veoma smanjena		
	Smanjena	Veoma smanjena	Ukupno
Opijati	2	0	2
Heroin	4	1	5
Farmaceutici	1	0	1
Solvensi	1	0	1
Benzodiazepini	1	0	1
Sve ostale	1	0	1
Kanabis	4	0	4
Ukupno	14	1	15

Prema očekivanju, zloupotreba opijata je u pomenutom periodu smanjena u dvjema evropskim zemljama. Za osam evropskih zemalja nedostajali su kvalitativni podaci.

Iz saznanja da je trend umjerenog, a u nekoliko slučajeva i velikog porasta zloupotrebe droga (kokain, amfetamin i multiple zavisnosti) izraženiji nego trend opadanja zloupotrebe u pojedinim evropskim zemljama, može se donekle relativizirati raniji zaključak da su relativno stabilne, stagnantne tendencije dominantne u periodu od 1985. do 1990. godine.

Na distribuciju zloupotrebe droga po polu utiču i određeni tradicionalni kulturni modeli u socijalizaciji polova. Zapaža se da su najveće razlike po polu u zemljama sa jakim tradicionalnim kulturnim obrascima (Turska, SSSR, Grčka), a zatim u zemljama u kojima je uticaj katoličke konfesije u pravcu tradicionalnih obrazaca socijalizacije polova relativno snažan: Luksemburg, Mađarska, Italija, Malta, Poljska, Portugal (vidjeti tabelu 5).

Zanimljivi su i podaci o zloupotrebi droga u 23 evropske zemlje po polu.

Tabela 5. – Distribucija zloupotrebe droga po polu u 23 evropske zemlje*

Država	P o l	
	Muški	Ženski
Austrija	4	1
Belgija	dominiraju muškarci	
Čehoslovačka	2	1
Danska	2	1
Francuska	2	1
Njemačka	2	1
Grčka	9	1
Mađarska	4	1
Italija	4	1
Luksemburg	9	1
Malta	4	1
Holandija	3	1
Norveška	3	1
Poljska	4	1
Portugal	4	1
San Marino	2	1
Španija	4	1
Švedska	3	1
Švajcarska	3	1
Turska	19	1
Velika Britanija	2	1
SSSR	10	1
Jugoslavija	3	1

Posebno je upozoravajuća stopa smrtnosti narkomana u periodu od 1985. do 1990. godine (tabela br. 6). Zanimljivo je napomenuti da među 10 zemalja koje imaju najveću stopu smrtnosti narkomana na 100.000 stanovnika dolazi Švajcarska (tab. 6) u kojoj je stanje označeno kao stabilno u pravcu povećanja zloupotrebe droga i Poljska u kojoj je čak zabilježeno smanjenje. Ove dvije zemlje zauzimaju prva dva mjesta po stopi smrtnosti.

* Nedostaju informacije o zloupotrebi droga po polu za Albaniju, Bugarsku, Finsku, Irsku, Izrael i Rumuniju

Tabela 6. – Smrtnost narkomana u 19 evropskih zemalja u periodu od 1985. do 1990. godine.

Država	Broj smrtnih slučajeva povezanih sa narkomanijama	Broj smrtnih slučajeva (oko 1985)	Promjene	Smrtnost na 100.000 stanovnika
Austrija	86 – 1988.	N – 49 – 1987.	+ 45%	1,1
Bugarska	N – 12	–	–	–
Čehoslovačka	N – 35	–	–	2,3
Danska	N – 125 – 1989.	N – 125 – 1985.	+ 8%	2,6
Finska	N – 0 – 3	–	0,0%	0,03
Francuska	N – 350 – 1990.	N – 127 – 1885.	+ 176%	0,6
Njemačka (Zapadna)	N – 991 – 1989.	N – 324 – 1985.	+ 200%	1,6
Mađarska	N – 5	–	–	0,5
Izrael	N – 61 – 1987.	N – 41 – 1985.	+ 48%	1,5
Italija	N – 841 – 1989.	N – 292 – 1986.	+188%	1,5
Luksemburg	N – 2 – 1989.	N – 3 – 1985.	– 33%	0,5
Holandija	N – 42 – 1989.	N – 61 – 1987.	– 31%	0,3
Norveška	N – 75 – 1990.	N – 33 – 1985.	128%	1,8
Poljska	N – 100	–	0%	2,7
San Marino	N – 0	N – 0	–	–
Španija	N – 455 – 1990.	N – 143 – 1985.	+ 223	1,2
Švedska	N – 48 – 1988.	N – 61 – 1985.	– 21%	0,6%
Švajcarska	N – 280 – 1990.	N – 120 – 1985.	+133%	4,3
Velika Britanija	N – 1171 – 1989.	N – 1206.	–	2,1

Takođe valja pomenuti da Velika Britanija i Njemačka imaju visoke stope (među prvih deset) pri čemu je u Velikoj Britaniji zabilježeno stabilno stanje, a u drugoj smanjenje onih koji zloupotrebljavaju droge. Pored navedenih značajna povećanja smrtnosti imaju Španija, Njemačka, Italija, Francuska, Norveška, Švajcarska. Zanimljivo je napomenuti da se Francuska i Španija ne nalaze među zemljama sa najvišom stopom smrtnosti narkomana na 100.000 stanovnika, a još zanimljivije da od pomenu-tih šest zemalja sa najvećim rastom smrtnosti Njemačka, koja je na drugom mjestu, ima opet tendenciju opadanja broja narkomana, a Francuska i Švajcarska stagniranja. Očigledno je da posljedice ne moraju korelirati sa raširenošću narkomanija, već na ove kvalitativne razlike djeluju i drugi činioci u koje ovom prilikom ne možemo detaljnije ulaziti.

Autori ovog značajnog epidemiološkog izvještaja (1) Klingemann, Goss, Hartnoll, Jablensky i Rehm ističu da podaci ukazuju na sljedeće faktore rizika u istočnoj Evropi za nastanak i razvoj zloupotrebe i zavisnosti od psihoaktivnih supstanci:

1. Povećanje fluktuacije u slobodnom kretanju među državama
2. Slabljenje mehanizama društvene kontrole

3. Povećanje nezapošljenosti, naročito među mladima
4. Povećanje prostitucije, delinkvencije i kriminala
5. Povećanje broja subkulturnih i kontrakulturnih grupa.

Epidemiološka slika u SAD

U epidemiološkoj slici zloupotrebe psihoaktivnih supstanci u SAD zapaža se stalni rast 70-tih i ranih 80-ih. Od 80-ih počinje pad do 1990. godine, da bi od 1992. ili 1993. zloupotreba počela opet značajno da raste, naročito među adolescentima. Taj vremenski segment i sličan trend analizirali smo na primjeru evropskih zemalja do 1995. godine. Međutim, epidemiološka slika za SAD je ne samo obuhvatnija nego i tačnija jer je vođena sa mnogo više sistematičnosti i preciznosti. Za evropske zemlje uglavnom imamo kvalitativne, a za SAD pretežno kvantitativne podatke, bez obzira o kom je segmentu populacije riječ.

Tako je, prema istraživanju koje su sredinom 90-ih u SAD na reprezentativnom uzorku sprovedi saradnici Nacionalnog instituta za zavisnosti od droga (NIDA), utvrđeno da je 37% ispitanika iznijelo kako je u toku života koristilo jednu ili više ilegalnih supstanci tokom prethodne godine, a 6% je koristilo u toku prethodnog mjeseca (2). U američkoj populaciji najrizičnija je grupacija od 18 do 25 godina, jer je više od 2/3 ispitanika u ovoj starosnoj grupaciji koristilo ilegalne droge, a 15% stanovništva iznad 18 godina imalo je ozbiljne probleme zbog zloupotrebe.

Na osnovu jednog obimnog epidemiološkog istraživanja u SAD, sredinom 90-ih, ustanovljeno je da prevalencija zloupotrebe supstanci i zavisnosti od njih u populaciji SAD iznad 18 godina iznosi 16,7, prevalenca za ukupno stanovništvo 13,8%, a za druge supstance 6,2%. Godine 1995, čak je 6,1% populacije iznad 12 godina aktivno koristilo droge tokom prethodnog mjeseca. Prema očekivanju, nikotin i alkohol su najčešće zloupotrebljavane supstance, a zatim hašiš, marihuana i kokain.

Pomenuli smo da je od 1992 – 1993. godine zapažen porast zloupotrebe psihoaktivnih supstanci, prvenstveno među adolescentima. Zanimljivo je istaći da podaci jednog opsežnog epidemiološkog istraživanja ukazuju da je 30% učenika završnih razreda srednjih škola koristilo druge psihoaktivne supstance, izuzev alkohola, bar jednom u životu, a 16% je koristilo druge psihoaktivne supstance, izuzev alkohola i marihuane (amfetamini, inhalansi, halucinogeni, sedativi i kokain).

U 1994. godini bilo je u SAD 12,6 miliona korisnika ilegalnih droga, a u 1995. 12,8 miliona. Razlike nijesu statistički značajne. Najveći broj korisnika ilegalnih droga zabilježen je 1979 – čak 25 miliona. Stopa korisnika ilegalnih droga se od 1994. do 1995. popela sa 8,2% na 10,9%, a u odnosu na 1992. u 1995. je došlo do udvostručenja korišćenja ilegalnih droga. Samo od 1994. do 1995. godine procenat onih koji koriste ma-

rihuanu porastao je od 6,0% do 8,2%, kokaina od 0,3% do 0,8%, halucinogena od 1,1% do 1,7%. Primjera radi, samo u 1994. godini je 2,3 miliona ljudi počelo da koristi marihuanu. Od broja onih koji uopšte koriste ilegalne droge, čak 77% koristi marihuanu. Velika zastupljenost marihuane ogleda se i u strukturi ukupne potrošnje. Od 57% korisnika ilegalnih droga u SAD sredinom 90-ih, 57% je koristilo samo marihuanu, 20% marihuanu u kombinaciji sa nekom drugom ilegalnom drogom, a ostalih 23% uzimalo je samo druge ilegalne droge bez marihuane.

Kokain je u 1994. godini učestalo koristilo 734.000 osoba, a 781.000 u 1995. godini. Pod učestalim korišćenjem podrazumijeva se upotreba do 51 put u toku godine, a pod povremenim manje od 12 dana u godini. Povremeno je kokain koristilo 7,1 milion ljudi 1985. godine, a 2,5 miliona 1995. godine.

U 1995. godini u SAD je 111 miliona populacije starije od 12 godina koristilo alkohol u prethodnom mjesecu ili 52% populacije, a 32 miliona se napijalo bar jednom u posljednjih mjesec dana. Čak 10 miliona aktuelnih potrošača bilo je mlađe od 21 godine. Od 10 miliona 4,4 miliona se napijalo, a u taj broj od 4,4 miliona ubraja se i 1,7 miliona mlađih koji su teški pijanci (2). Skoro isti broj i isti procenat pominje se i u 1998. godini (12). Od 60 miliona Amerikanaca koji su pušili, u 1998. godini 4,1 milion su bili u uzrastu od 12 do 17 godina (12).

Zapažena je značajna povezanost između pušenja, teškog pijenja i zloupotrebe ilegalnih droga. Od ukupnog broja pušača u SAD 1995. godine 12,6% bili su teški alkoholičari, a 13,5% je uzimalo ilegalne droge. S druge strane, samo 2,7% nepušača su bili alkoholičari, a 3% je koristilo ilegalne droge.

Kada je riječ o socijalno-demografskim karakteristikama uživalaca ilegalnih droga, onda se, pored nekih već uobičajenih saznanja, javljaju i zanimljive tendencije. Kao i u epidemiološkom izvještaju SZO za evropske zemlje (1) muškarci i u SAD češće koriste ilegalne droge nego žene, ali je relativna razlika prema polu u SAD manja nego u bilo kojoj evropskoj zemlji (7,8% muškaraca prema 4,5% žena).

Preovlađujuća je tendencija da je zloupotreba droga relativno najveća među mladima i u SAD. Tako je najveća stopa socijalne upotrebe i zloupotrebe nađena među mladima na uzrastu od 16 do 17 godina (15,6%) i od 18 do 20 godina (18%). Poslije toga, te stope su postajale sve niže u višim starosnim grupama, da bi među ispitanicima koji imaju preko 50 godina iznosila svega 1%. Opisane tendencije u pogledu pola i starosti zapažene su i kada je riječ o demografskim i sociološkim obilježjima uživalaca posebnih ilegalnih droga (3, 4, 5, 6).

Zloupotreba ilegalnih droga je u značajnoj korelaciji sa obrazovanjem. Najveću stopu zloupotrebe u 1995. godini imali su mladi od 18 do 34 godine sa nezavršenom srednjom školom (15,4%), a mladi sa završenim koledžom imali su najnižu stopu (5,9%). Međutim, stepen obrazova-

nja nije imao nikakvog uticaja na vjerovatnoću da će mladi starijeg uzrasta bar jedanput u životu probati drogu (2).

U svim istraživanjima se ističe da je zapošljenost značajan diskriminirajući činilac zloupotrebe droga. U pomenutom epidemiološkom istraživanju 1995. godine 14,3% mladih, starijih od 18 godina, bili su aktuelni korisnici droga, a 5,5% mladih istog uzrasta sa punim radnim vremenom. Ova stopa za zapošljene je u 1994. iznosila 6,7% i u 1995. se značajno smanjila. Međutim, negativna korelacija između zapošljenosti i korišćenja ilegalnih droga nađena je u drugim istraživanjima (4, 5, 7, 8).

Kada je riječ o rasnim i etničkim razlikama, onda se generalno može zapaziti da su stope upotrebe, zloupotrebe i zavisnosti od supstanci značajno veće među obojenim Amerikancima i ekonomskim migrantima (3, 4, 5, 9, 10, 11). Te tendencije su karakteristične i za druge socijalno-patološke pojave (18).

Budući da su najrasprostranjenije droge u SAD duvan, alkohol, kanabis, heroin, kokain, a budući da su to inače najčešće korišćene droge i u mnogim drugim zemljama, mi ćemo ukazati na neke osnovne epidemiološke trendove vezane za ove droge u opštem stanovništvu, prvenstveno u SAD, a manjim dijelom i za druge zemlje za koje budemo raspolagali epidemiološkim podacima.

Kanabinoidi

U SAD je 1995. godine 9,8 miliona ljudi koristilo hašiš i marihuanu bar jedanput u prethodnom mjesecu, što je činilo 4,7% populacije starije od 12 godina. Već smo vidjeli da je marihuana najčešće korišćena droga. Počev od 1992/93. do 1995. godine upotreba marihuane među adolescentima skoro se udvostručila. U tom pogledu porast se odnosi na oba pola, različite obrazovne, etničke i rasne grupacije. U odnosu na 1985. u 1995. zapaža se pad učestalosti korišćenja marihuane; u 1985. godini 8,4 miliona ili 4,4% populacije učestalo je koristilo marihuanu prema 5,3 miliona ili 2,5% populacije 1994. i 1995. godine. Pod učestalim korišćenjem se podrazumijeva upotreba 51 put tokom godine ili prosječno jedanput nedjeljno (2).

Opioidi

Kao i u ranijem epidemiološkom izvještaju o evropskim zemljama (1) u SAD se od opioda najčešće koristi heroin. Tako se navodi da je 1991. godine u SAD 1,3% populacije bar jednom u životu koristilo heroin.

U SAD zloupotreba opijata ima dugu istoriju. Još davne 1890. godine, kada je populacija SAD brojala 60 miliona stanovnika, bilo je oko 250.000 opiomana, da bi taj procenat 1990. iznosio milion. Riječ je o relativnom smanjenju broja opiomana, ali je učešće heroinomana u ovom broju ostalo relativno najveće.

Zbog posebnih farmakoloških svojstava u odnosu na druge opijate heroin su još početkom XX vijeka u SAD češće zloupotrebljavali mladi između 15 i 25 godina starosti, koji su imali devijantne roditelje (14).

Poslije Drugog svjetskog rata dolazi do ekspanzije zloupotrebe heroína. Najviše ga zloupotrebljavaju mladi oba pola, neobrazovani, nastanjeni u marginalnim urbanim područjima velikih urbanih aglomeracija širom SAD (npr. 10 do 15% mladih crne rase u Njujorku, Čikagu, Vašingtonu oko 1950, 3, str. 13).

Tokom 60-ih i 70-ih u SAD se javlja prava ekspanzija zloupotrebe heroína kod mladih između 15. i 21. godine. Govori se o „heroínskoj generaciji” (3). Preferira se intravenozno uzimanje heroína sve do javljanja AIDS-a. Prvo iskustvo sa heroínom sticalo se na sve nižim i nižim uzrastima, pa čak i na uzrastu od 10 godina. Početak uzimanja na tim najnižim uzrastima od 12 ili čak 10 godina najčešće se javlja ako i roditelji zloupotrebljavaju supstance i u onim gradskim regionima gdje je korišćenje droge vrlo rasprostranjeno. Kako je za heroin neophodno obezbijediti značajna sredstva, ona se najčešće nabavljaju ili kriminalnim aktivnostima ili prostitucijom, a nerijetko i kombinovano (3).

Godine 1991. 1,3% stanovništva uzelo je bar jednom u životu heroin. Odrasli od 26 do 34 godine su to dvostruko češće radili (1,8%) nego odrasli od 18 do 25 godina (0,8%), a višestruko češće nego mladi ispod 18 godina (0,3%). Između 1990. i 1991. stariji od 35 godina su bar jednom u životu dva puta češće uzimali heroin nego oni ispod 18 godina (0,3%, 2).

Upotreba heroína je veoma raširena u različitim područjima svijeta. Ipak je Tajland, koji je po broju stanovnika bio ravan SFRJ, zabilježio najveću stopu za koju se zna – 500.000 heroinomana 1980. godine (16).

Kokain

U 1995. godini bilo je čak 5,7 miliona aktuelnih korisnika kokaina (bar jedanput u životu), što je činilo 3% populacije. Iste godine, 1,5 miliona ljudi koristilo je kokain u prethodnom mjesecu, što je sa učenicima završnih razreda srednjih škola iznosilo 1,9 miliona. Broj onih koji su učestalo koristili kokain iznosio je 581.000 ljudi ili 0,3% ukupne populacije. Kao što smo pomenuli, pod učestalim korišćenjem smatra se korišćenje do 51 put i više tokom godine ili bar prosječno jedanput nedjeljno. Od 1985. godine nije bilo značajnih povećanja u pogledu učestalog korišćenja. Međutim, u pogledu povremenog jeste. Povremeno korišćenje podrazumijeva korišćenje manje od 12 puta godišnje. U 1985. je povremenih korisnika bilo 7,1 milion, a u 1995 – 2,5 miliona (2), što je trostruko manje. Jačanje svijesti stanovništva o štetnim efektima kokaina sprovođenjem različitih formi masovne edukacije, uticalo je na radikalno smanjenje upotrebe tokom desetogodišnjeg perioda. Drugi razlog je vrlo visoka cijena kokaina koja na malo iznosi od 100 do 150 dolara po gra-

mu, već zavisno od stepena čistoće. Međutim, to je doprinijelo porastu veoma razornog supstituta za kokain, sa jakim adiktivnim svojstvima – kreka, koga najčešće koriste mladi od 18 do 25 godina, (3). Razlog je i niska cijena kreka koja iznosi 10 dolara za 50 do 100 miligrama. Broj korisnika kreka procijenjen je na 400.000. Ovaj broj se nije značajnije mijenjao od 1988. godine.

Kokain relativno najviše koriste mladi na uzrastu od 18 do 25 godina (1,2%), dok ga mladi od 12 do 17 godina koriste nešto rjeđe od ove starosne grupe – 0,8%. Međutim, samo najmlađi (od 12 do 17 godina) bilježe značajno povećanje u odnosu na 1994. godinu – sa 0,3% u 1994. na 0,8% u 1995. godini. Već poslije 34. godine, stopa korišćenja kokaina drastično pada – na 0,4%.

Incidencija korišćenja kokaina od 1990. do 1994. je relativno stabilna. Tako je u 1994. bilo 530.000 novih korisnika. Međutim, u odnosu na period od 1980. do 1984, kada je godišnji porast iznosio 1,3 miliona, ovaj porast od 500.000 predstavlja drastično smanjenje. Naročito smanjenje potrošnje od 1980. do 1994. bilježi starosna kategorija od 18 do 25 godina. Stopa korisnika u ovoj grupi približava se nižoj uzrasnoj grupi od 12 do 17 godina.

Zloupotreba supstanci među osnovnoškolskom i srednjoškolskom omladinom SAD

Od 1975. godine Institut za socijalna istraživanja u Mičigenu sprovodi svake godine istraživanje o mjeri zloupotrebe droga među učenicima 8-ih, 10-ih i 12-ih razreda osnovnih i srednjih škola u SAD, a finansijer ovog projekta je Nacionalni institut za zavisnost od droga (NIDA). Cilj je da se prikupe podaci o uzimanju droga prethodnog mjeseca, prethodne godine i tokom života (17).

Zbog toga što su to najsystematičnije izneseni podaci o stepenu upotrebi i zloupotrebe psihoaktivnih supstanci, a budući da je ova starosna kategorija najpribližnija onoj koja će biti predmet našeg istraživanja, odlučili smo da podatke ovog izvještaja nešto iscrpnije interpretiramo.

U 1999. u odnosu na 1998. godinu upotreba droga je stabilizovana, a kod nekih droga je i smanjena. Donekle je zabilježen porast potrošnje ekstazyja, anaboličko-androgenih steroida i alkohola (17).

U 1999. godini 54,7% učenika 12. razreda uzimalo je drogu prije nego što su upisali 12. razred, a u 1998. godini 54,1%. Razlika nije statistički značajna, ali se trend blagog rasta i dalje nastavlja. U odnosu na 1992, kada je 40,7% učenika uzimalo neku drogu, 54,7% učenika je zabilježilo osjetno povećanje, ali značajno manje od apsolutnog maksimuma od 65,6% u 1981. godini.

Među učenicima 12-ih razreda upotreba bilo koje droge povećana je sa 41,4% u 1998. na 42,1% u 1999. godini. Slično kao i u prethodnom

slučaju, povećanje nije statistički značajno, ali u odnosu na 1992, u kojoj je taj procenat iznosio 27,1%, jeste.

Najzad, valja istaći da je procenat učenika koji su u toku prethodnog mjeseca uzimali drogu, u 1999. ostao nepromijenjen u odnosu na 1998. godinu.

Sada ćemo prezentovati značajnije epidemiološke podatke za upotrebu i zloupotrebu pojedinih vrsta droga među učenicima 8-ih, 10-ih i 12-ih razreda.

Duvan

U 1999. godini učenici 8-ih razreda svakodnevno su pušili cigarete u posljednjih 30 dana u 8,1% slučajeva, dok je u 1996. taj procenat iznosio 10,6%. Stabilan trend u odnosu na prethodnu godinu zabilježen je i među učenicima 10-ih razreda koji su u proteklih 30 dana svakodnevno pušili duvan u 15,9% slučajeva, a i za učenike 12-ih razreda koji su takođe u posljednjih mjesec dana svakodnevno pušili duvan u 23,1% slučajeva.

Tabela 7. – Prevalencija upotrebe droga u toku života za učenike 8-ih, 10-ih i 12-ih razreda u SAD, 1999. godina – studija praćenja

Vrsta droge	R a z r e d i		
	Učenici 8-ih razreda	Učenici 10-tih razreda	Učenici 12-tih razreda
Marihuana	22,2%	40,9%	49,7%
Kokain	4,7%	7,7%	9,8%
Inhalansi	19,7%	17,0%	15,4%
LSD	4,1%	8,5%	12,2%
Heroin	2,3%	2,3%	2,0%
Alkohol	52,1%	70,6%	80,0%
Cigarete	44,1%	57,6%	64,6%

Alkohol

U toku 1999. godine 3,4% učenika 12-ih razreda svakodnevno je konzumiralo alkohol prema 3,9% u 1998. godini, a među učenicima 10-ih razreda taj procenat u odnosu na 1998, ostao je isti (1,9%), kao i među učenicima 8-ih razreda (1%).

Učenici 12-ih razreda su u 30,8% slučajeva pili 5 i više pića u kontinuitetu, 10-ih – 26,5%, a 8-ih u 15,2% slučajeva. U 1998. učenici su manje pili u kontinuitetu – u 13,7% slučajeva. Tokom 1999, 94% učenika 8-ih razreda izjavilo je da je pilo do stepena opijanja, dok je taj procenat za 1998. iznosio 8,4%.

S druge strane, 40,9% učenika 10-ih razreda je u toku prethodne godine pilo do opijanja prema 38,3% u toku 1998. godine, a za učenike 12-ih razreda taj procenat je u 1999. iznosio 74,3% i u odnosu na 1998. ostao je nepromijenjen.

Marihuana

U 1999. godini učenici 12-ih razreda su bar jednom u toku života probali marihuanu u 38,1% slučajeva, što je nepromijenjen rezultat u odnosu na 1998. godinu i neznatno manji u odnosu na 1997. godinu, ali zato značajno manji od najvišeg procenta iz 1979. koji je iznosio 50,8%.

Učenici 10-ih razreda izjavili su da su u 1999. godini marihuanu koristili bar jednom u toku života u 40,9% slučajeva, a u 1998. u 39,6%, što nijesu značajna povećanja.

Porast upotrebe u toku jedne godine kretao se od 31,1% u 1998. do 32,1% u 1999. godini, a mjesečne zloupotrebe sa 18,7% u 1998. na 19,4% u 1999. godini.

Najzad, među učenicima 8-ih razreda upotreba u toku života iznosila je 22%, na godišnjem nivou 16,5, a u toku prethodnog mjeseca 9,7%. U odnosu na 1998. godinu riječ je o stagnantnom trendu, a u odnosu na 1997. zapaža se blagi pad.

Heroin

Učenici 8-ih razreda su u 1999. godini u 2,3% slučajeva naveli da su probali heroin jednom u životu, 10-ih takođe u 2,3%, a 12-ih u 2,0% slučajeva. Nemamo drugih informacija za upotrebu heroina na godišnjem i mjesečnom nivou, kao ni saznanje o trendu u odnosu na ranije godine.

Kokain (krek)

Tokom 1998. godine učenici 8-ih razreda su u 2,1% slučajeva uzimali krek prema 1,8% u 1999, dok se procenat učenika 10-ih razreda koji su uzimali krek vrlo malo smanjio – sa 1,1% (1998) na 0,8% u 1999. godini. Isti odnosi važe za učenike 12-ih razreda. U sa tri navedena slučaja razlike su statistički značajne. Za kokain su procenti u odnosu na 1998. ostali nepromijenjeni i dati su u tabeli 7. Zanimljivo je napomenuti da je procenat od 9,8% za upotrebu kokaina u toku života u 1999. godini najveći od 1989. godine.

LSD

Upotreba LSD-a je dosta specifična, a u nekim aspektima i neočekivana. Tako je zabilježeno da su učenici 12-ih razreda u 1999. godini koristili LSD bar jedanput u svom životu u 12,2% slučajeva i taj procenat nije premašen još od kasnih 70-ih godina, koje se po zloupotrebi droga među učenicima SAD smatraju ekstremnim. Upotreba bar jednom u toku godine od 8,1% u 1999. ista je kao i 1998, ali je znatno veća od rekordnih 70-ih, kada je iznosila 2,7%.

Korišćenje LSD-a bar jednom godišnje u 8-im razredima od 2,4% u toku 1999. manje je od 3,5% zabilježenih u 1996. godini. Upotreba LSD-a

u 8 razredima u toku prethodnog mjeseca 1999. godine niža je od maksimalno dostignutog procenta u 1996. od 1,5%.

Najzad, učenici 10-ih razreda koji su nekada u životu uzimali LSD u 1999. je iznosio 8,5%; jednom godišnje 6,0% i 2,3% u toku prethodnog mjeseca. U odnosu na 1998. stanje je ostalo nepromijenjeno.

Inhalansi

Inhalansi su supstance koje učenici poslije duvana, alkohola i marihuane najčešće zloupotrebljavaju. Pošto se u eksperimentisanju najprije počinje sa inhalansima prirodno je što su stope upotrebe ovih supstanci među učenicima 8-ih razreda relativno najveće.

Učenici 8-ih razreda su 1995. godine ove materije koristili u 8% slučajeva u toku prethodnog mjeseca, prema 3,0% u toku 1975. godine.

U 1999. godini upotreba inhalansa je među učenicima 7-ih razreda značajno povećana i iznosila je 19,7%, među učenicima 10-ih razreda 17%, a 12-ih 15,4%.

Procenat učenika 7-ih razreda koji su uzimali inhalanse u toku prethodne godine iznosio je 10,3% (1999), 7,2% za učenike 10-ih razreda i 5,6% među učenicima 12-ih razreda.

Najzad, 5% učenika 8-ih razreda uzimalo je inhalanse prošlog mjeseca (u 1999.) prema 2,6% među učenicima 10-ih razreda i 2,0% učenika 12-ih razreda.

Extasy

U 1999. godini je 8% učenika nekada u životu koristilo extasy prema 5,8% u 1998. godini. U toku prethodne godine extasy je u 1999. uzimalo 5,6%, a 1998. 3,6% učenika. U oba slučaja riječ je o statistički značajnim povećanjima. Najzad, procenat učenika 12-ih razreda koji su uzeli extasy u prethodnom mjesecu iznosio je u 1999. godini 2,5%, a u 1998. godini 1,5%, što predstavlja značajno povećanje.

Anaboličko – androgeni steroidi

Učenici 10-ih razreda su 1999. godine u 2,7% slučajeva izjavili da su bar jednom u toku života uzimali anaboličko-androgene steroide prema 2,0% u 1998. godini.

Procenat onih koji su ih uzimali prethodne godine porastao je sa 1,2% u 1998. godini na 1,7% u 1999, a prošlog mjeseca sa 0,6% u 1998. na 0,9% u 1999. godini.

Učenici 7-ih razreda, uzimali su anaboličko-androgene steroide u 1998. godini u 1,2% slučajeva, a u 1999. je taj procenat iznosio 1,7%; sa 0,5% u toku prethodnog mjeseca 1998. porastao je na 0,7% u 1999. godini.

EPIDEMIOLOŠKI PREGLED ZLOUPOTREBE I ZAVISNOSTI MLADIH OD PSIHOAKTIVNIH SUPSTANCI, SA POSEBNIM OSVRTOM NA JUGOSLAVIJU

Na sreću, mladi u SFRJ su znatno kasnije bili zahvaćeni epidemijom zloupotrebe droga od mladih u nizu zapadnoevropskih zemalja iz kojih su primarno droge i „uvezene“.

Do 1965. godine zloupotreba i zavisnost mladih od psihoaktivnih supstanci u SFRJ nijesu bile poznate. Javljao se morfinizam među teškim bolesnicima koji su morfinom ublažavali bolove. Morfin su u rjeđim slučajevima koristili i zdravstveni radnici, ali to su više bili izolovani slučajevi osoba u srednjim i starijim godinama. Zbog izvjesne „kontrole“ ove osobe su bile relativno neupadljive za sredinu i dugo su ostajale profesionalno funkcionalne. Zloupotreba morfina i opijuma tada nije bila niti značajniji medicinski, a pogotovu nije bila socijalni problem.

Prvi slučajevi narkomanije javljaju se u Beogradu 1965. godine. Nekoliko učenika i studenata, zaintrigirani pričama svojih vršnjaka koji su se vratili iz inostranstva, probaju prvu drogu, ali ona nije bila jedna od tada uobičajenih droga na Zapadu, već relativno rijetka psihostimulativna droga preludin (19) koji nije bio označen kao droga, te se mogao nabaviti u slobodnoj prodaji. Zbog svojih psihostimulativnih svojstava postaje veoma popularan. Gotovo u isto vrijeme počinje da se koristi i centedrin koji ima jača psihostimulativna svojstva i takođe se mogao nabaviti na slobodnom tržištu.

Početak 1966. prvi put počinje da se koristi hašiš, a 1967. godine jedan beogradski par iz Turske donosi opijum. Iako je u početku bilo izraz znatiželje mladih osoba da „prošire“ svoja intelektualna, estetska, filozofska saznanja, podržavajući tada vladajuće intelektualne, filozofske, umjetničke (prvenstveno muzičke) trendove, a dijelom i posljedica infantilnih i neurotskih tendencija, od 1968–69. godine širenje zloupotrebe odvijala se dosta brzo. Tome su svakako doprinijeli i žestoki studentski protesti koji su tokom 60-ih zahvatili mlade prvenstveno iz različitih slojeva srednje klase u najrazvijenijim evropskim zemljama. Bili su to najozbiljniji i najdugotrajniji protesti koji su zapadna društva „protresli“ od kraja Drugog svjetskog rata i to, paradoksalno, protesti mladih u najbrojnijoj srednjoj klasi, tom stožeru ekonomske i političke stabilnosti ovih društava blagostanja. Iako su svoje „političke zahtjeve“ crpli i iz humanističkih ideja socijalnih filozofa Frankfurtskog kruga, istočnjačke filozofije, ovi spontani, masovni protesti zbog svoje neorganizovanosti i sasvim nejasnih političkih zahtjeva nijesu doveli do iole značajnije promjene u zapadnim društvima (20). Međutim, jedan od epifenomena ovog bunta je i hipi – pokret koji je na specifičan način praktično „ovaploćivao“ istočnjačko

filozofsko i, upošte, duhovno nasljeđe i koji je uticao da se širom SAD i Evrope formira jedna sasvim osobena, a nama dobro poznata hipi subkultura. Možda je glavno simboličko obilježje ove subkulture bilo eksperimentisanje i uzimanje različitih droga (hašiša i dr.).

Krajem 60-ih godina studentski pokreti su zahvatili socijalističke zemlje istočne Evrope, dovodeći do ozbiljnih političkih i socijalnih potreba jer su autoritarni real-socijalistički politički obrasci u ovim zemljama sadržavali mnogo manje efikasnih mehanizama za razrješavanje socijalnog bunta mladih. U SFRJ su studentski protesti od kraja Drugog svjetskog rata do početka 90-ih predstavljali najteži socijalni potres. Ako ne neposredno, a ono posredno i dugoročno, ovi protesti su za promjene koje će znatno kasnije nastupiti, imali neuporedivo veći značaj nego u zapadnim društvima. Studentska, a djelimično i srednjoškolska omladina, snažno su bile involvirane u ove proteste i, dijelom, prihvatile i epifenomene studentskog bunta – hipi subkulturu.

Od 1968–69. do 1972–73. godine naglo se povećava broj mladih koji zloupotrebljavaju droge ili su od njih zavisni u nizu jugoslovenskih gradova: Beogradu, Zagrebu, Splitu, Nišu, Novom Sadu, Mariboru, Rijeci, Zadru i dr. (19).

Već početkom 70-ih javljaju se prve elaboracije adolescentne narkomanije. Po našem uvjerenju, najtemeljniju i najinventivniju analizu, koja ni danas nije bitno izgubila od aktuelnosti, iznosi prof. dr Josip Berger (21).

Godine 1969. počinje masovno da se zloupotrebljava opijum, koji narkomani švercuju iz Makedonije ili kupuju od preprodavaca u tranzitu, a na sličan način od preprodavaca kupuju hašiš, opijum, a rjeđe heroin i kokain. Zbog nedostatka „pravih”, „teških” droga iz reda opijata, psihostimulansa ili halucinogena, često se koriste različiti lijekovi, najčešće iz reda barbiturata, a zatim psihostimulansa. To je već prekretnica u novi ciklus narkomanije koji se od prvog razlikuje ne samo tim što je prvi bio epifenomen hipi – subkulture i neuspješnih nastojanja mladih da osmisle vlastite socijalne pozicije u društvima koja su im svojim sistemom vrijednosti izgledala daleka i neprihvatljiva. Nova subkultura proističe iz narkomanskog stila života i nije tako direktno uplivisana društvenim okolnostima. Odlučujuća promjena nastupa sa masovnijom zloupotrebom heroina, koji od sredine, a naročito kraja sedamdesetih postaje najfavorizovanija droga među jugoslovenskim zavisnicima, kao i u planetarnim razmjerama. U to vrijeme mladi „otkrivaju” i inhalanse sa kojima, kao i drugdje, najčešće eksperimentišu vrlo mlade osobe. To su obično inicijalne droge.

Osamdesete i devedesete godine karakterišu se drastičnim padom potrošnje opijuma i opijata, izuzev heroina koji i dalje ostaje apsolutno najraširenija i najfavorizovanija droga, uz istovremeni porast psihostimulansa, halucinogena i, naročito, porast novih sintetskih droga (extasy, i dr.). Najznačajnije obilježje ovog trećeg vremenskog ciklusa u razvoju adole-

scentne narkomanije u Jugoslaviji je razvoj kombinovanih, multiplih zavisnosti, pri čemu je najčešća kombinacija alkohola i sintetičkih droga i dr.

* * *

Epidemiološka slika o zloupotrebi psihoaktivnih supstanci i zavisnosti od njih, nepotpuna je, jednostrana, a često i kontradiktorna, čak i kada epidemiološki podaci dolaze iz zdravstvenih institucija u kojima su se zavisnici liječili. Najčešći razlozi su nepostojanje jedinstvenih kriterijuma za klasifikaciju vrsta zavisnosti, nepostojanje jedinstvene i obavezne evidencije zavisnika, niti republičkih i saveznih registara za bolesti zavisnosti. Ipak, pokušaćemo da „rekonstruišemo” epidemiološku sliku drugog vremenskog ciklusa adolescentne narkomanije u tadašnjoj SFRJ.

Kao što smo pomenuli, nagli porast broja narkomana bilježimo naročito od 1968–69. godine. Samo u beogradskom Institutu za alkoholizam i narkomanije liječeno je 600 narkomana (22). Od tog prvog kontingenta liječenih narkomana iz Beograda, Srbije i Jugoslavije 70,8% su bili muškarci, a 19,2% žene (22). Odnos je bio 1:2,42 u „korist” muškaraca.

U istom vremenskom periodu u Kliničkoj bolnici „Dr Mladen Stojanović” bilo je liječeno 293 narkomana, od čega su 57% bili muškarci, a 43% žene. I ovdje su razlike u polnoj strukturi značajne, ali znatno manje nego u kontingentu beogradskih narkomana (1:1,32).

Starosna struktura zavisnika liječenih u Institutu za alkoholizam i narkomanije od 1967. do 1971. godine ukazuje da je 22,3% narkomana bilo na uzrastu od 15 do 19 godina, a čak 63,3% na uzrastu od 20 do 24 godine, poslije čega taj procenat naglo pada (22).

Na osnovu epidemiološkog izvještaja Zavoda za mentalno zdravlje od 526 ispitanih narkomana u sličnim vremenskim okvirima, čak 19% su bili mlađi od 14 godina, 55,7% su pripadali dobnoj grupi od 15 do 19 godina, dok su 33,5% imali između 20 i 24 godine (22). Starosna struktura narkomana je u objema institucijama slična, jer je više od 85% narkomana prilikom dolaska na liječenje bilo staro do 24 godine, ali je prosječna starosna struktura narkomana u Zavodu za mentalno zdravlje bila niža, pogotovu ako se ima u vidu relativno brojna grupa do 14 godina starosti (22).

Od 600 narkomana, liječenih u beogradskom Institutu za alkoholizam i narkomanije, 64,6% su bili učenici srednjih škola, a 12,9% studenti. Opijate je koristilo 27 (4,5%), 171 (28,5%) kanabis, a najveći procenat 363 (60,8%) kombinacije različitih lijekova.

U periodu od 1970. do 1981. godine na Odsjeku za zavisnosti Klinike za neurologiju, psihijatriju, alkoholizam i druge ovisnosti Kliničke bolnice „Dr Mladen Stojanović” liječeno je 978 zavisnika. Od tog broja 102 su bili iz drugih republika, a 27 iz inostranstva. Čak 517 narkomana

bilo je samo iz Zagreba, što, slično Beogradu, pokazuje da je adolescentna narkomanija fenomen vezan za vrlo urbanizovane sredine (23). Od 978 pacijenata 259 (26,48%) koristilo je opijate, 102 (10,22%) kanabis, a 522 (53,37%) razne tablete. Potrošnja opijata je u ovoj grupi bila višestruko veća nego u populaciji beogradskih zavisnika liječenih u Institutu.

Starosna struktura zagrebačkih zavisnika veoma se razlikuje od starosne strukture beogradskih zavisnika. Od 978 pacijenata 448 (45,80%), dakle blizu polovine, ima više od 24 godine, a više od 40 godina čak 187 (19,12%). Među liječenima u Institutu za alkoholizam i narkomanije starijih od 24 godine je 14,4%, a među liječenima u Zavodu za mentalno zdravlje svega 9,1%. U odnosu na zagrebačku populaciju zavisnika razlike su statistički visoko značajne. U komentaru prof. Hudolina ističe se da je u ovoj grupi bio znatan broj patogenih zavisnika koji su ostali samo na tabletama i nijesu prešli na teže droge ili opijate, čime se pretežno može objasniti znatno veća prosječna starost u zagrebačkoj populaciji narkomana. Dok u profesionalnoj strukturi beogradske populacije narkomana dominiraju učenici i studenti, u zagrebačkoj dominiraju radnici (489 ili 50%). Očigledno, bar tokom 70-ih hrvatska populacija narkomana je po demografsko-sociološkim obilježjima bila dosta atipična za sociološku matricu adolescentne narkomanije.

Prvi narkomani u Vojvodini javili su se godinu-dvije kasnije nego u Beogradu. Godine 1974. u SUP u Novom Sadu registrovan je 61 zavisnik. Od 1966. do 1978. u psihijatrijskim ustanovama Vojvodine liječeno je ukupno 897 narkomana, od čega je sa teritorije Vojvodine bio 251 zavisnik. Prema podacima iz 1984. godine, sa teritorije Vojvodine registrovano je 524 zavisnika, a među njima je bilo 204 narkofila (24). Od 252 registrovana narkomana u Novom Sadu 1984. godine 50 (20%) su učenici, 63 (25%) su studenti, a 23% lica bez zanimanja.

Prema evidenciji SUP-a Beograda prvi slučajevi su registrovani 1967. godine, a 1977. godine registrovano je 269 adolescentnih narkomana (24, str. 143). Krajem 1971. već je registrovano 450, a 1972. – 565 narkomana. Od tada evidentan je stalni rast: 1973. – 991; 1974. – 1313; 1975. – 1479; 1976. – 1649; 1977. – 1787; 1978. – 1902; 1979. – 1979 i 1980. – 2147 narkomana.

Što se iz ovih epidemioloških izvještaja u početnih deceniju i po adolescentne narkomanije u SFRJ može zaključiti?

1. Veoma je teško doći do približno tačnog podatka o broju liječenih narkomana, a pogotovu narkomana uopšte, prije svega zato što su neki narkomani dva, tri i više puta prekidali pa nastavljali liječenje, a nekada se u statističkim izvještajima vode kao novi slučajevi, što eksplicitno priznaju i sami autori ovih izvještaja (23).

2. Drugi problem je što ne postoje jasni kriterijumi klasifikacije, bilo da se neopravdano jedinstveno prikazuju zavisnici i oni koji samo povre-

meno zloupotrebljavaju psihoaktivne supstance (22), zbog čega smo i imali tako atipičnu starosnu i obrazovno-profesionalnu strukturu (22). U drugim slučajevima čini se da klasifikacije nijesu uvijek odražavale druge razlike; npr., između zloupotrebe i zavisnosti (23, 24).

3. Podaci su u većini institucija nesistematično vođeni, tako da se u statističkim obrascima sistematski prate samo neka obilježja, ili, jednostavno, postoje vremenski diskontinuiteti u statističkom praćenju uopšte.

Iz svih navedenih razloga veoma je teško doći do iole pouzdanijeg podatka o broju zavisnika u SFRJ u ovih prvih deceniju i po. Vidjeli smo da je prema evidenciji SUP-a sa područja Beograda i Srbije 1980. godine registrovano 2147 narkomana. Da li u tom broju sa značajnim procentom, kao i u slučaju liječenih, učestvuju recidivisti. Vjerovatno. Međutim, samo na osnovu činjenice da je u Institutu za alkoholizam i narkomanije do 1980. liječeno preko 1000 narkomana, u psihijatrijskim institucijama Vojvodine u pomenutom periodu preko 900, u Hrvatskoj blizu 1000, bez BiH, Slovenije i Makedonije, za koje ne raspolažemo podacima (jedan broj iz Makedonije liječio se u Beogradu i Zagrebu), dolazimo do broja od blizu 3000. Čak i da pretpostavimo da su u ovaj broj ušli i oni koji su se istovremeno ili, češće sukcesivno, liječili u dvije ili više psihijatrijskih institucija i da su neki dva ili tri puta vođeni uvijek kao nove osobe, opet bi po svoj prilici bila vjerodostojna brojka od 2000 zavisnika u SFRJ za navedeni period kao najminimalnija moguća brojka. Ovdje su ušli samo oni koji su se liječili u manje ili više specijalizovanim psihijatrijskim odjeljenjima ili ustanovama za bolesti zavisnosti. Ovdje nijesu ušle i mnoge manje psihijatrijske i druge zdravstvene ustanove koje su sporadično i nesistematično pružale zdravstvenu pomoć zavisnicima, najčešće zbog interkurentnih bolesti (psihijatrijske i opšte bolnice, zatvorska psihijatrijska odjeljenja, domovi zdravlja i dr.).

U evidenciji SUP-a javlja se selekcionisana grupa, ali i tako selekcionisani, nepotpuni podaci ukazuju na brojku koja prelazi 2000 osoba. Kada se zna da oni koji su iz raznih motiva zatražili psihijatrijsku pomoć zbog zloupotrebe ili zavisnosti od psihoaktivnih supstanci čine najviše 15% od opšte populacije, pod uslovom da je veoma dobro organizovan kompletan tretman narkomana (što u SFRJ nije bio slučaj, a pogotovu ne u SRJ) onda je vrlo vjerovatno, uz svu arbitrarnost ovakve procjene, pretpostaviti da je u SFRJ oko 1980. bilo 10.000 osoba koje su zloupotrebljavale psihoaktivne supstance ili su od njih bile zavisne, što je činilo 0,045% tadašnje ukupne jugoslovenske populacije. Sa brojem onih koji povremeno koriste droge, taj je broj svakako znatno veći.

Ako bismo ukazali na neke sličnosti i razlike epidemiološke slike u SFRJ i svijetu do 1980. godine, možemo sa izvjesnom rezervom zaključiti:

1. Zloupotreba i zavisnost od psihoaktivnih supstanci među mladima u SFRJ javila se znatno kasnije od mnogih zapadnih zemalja – prije svega od SAD, Velike Britanije i dr.

2. Do 1980. godine SFRJ nije spadala u grupu zemalja sa veoma visokom i visokom stopom zloupotrebe i zavisnosti mladih od psihoaktivnih supstanci, kakve su bile mnoge zapadne zemlje. Međutim, ako se ima u vidu da je za relativno kratak period od petnaest godina došlo do vrlo brzog rasta koji se u SFRJ tada približavao prosjeku, onda treba pretpostaviti da je relativni rast na žalost bio brži nego u nizu evropskih zemalja.

3. Demografsko-socijalna struktura zavisnika u pogledu godina starosti, obrazovanja i zanimanja bila je slična onoj u nizu evropskih i vanevropskih zemalja, sa izuzetkom narkomana liječenih u kliničkoj bolnici „Dr Mladen Stojanović”.

4. Glavna razlika je u strukturi supstanci. Među jugoslovenskim narkomanima tokom 70-tih godina procenat mladih koji su zloupotrebljavali razne lijekove, prije svega iz reda barbiturata, neuporedivo je veći nego zastupljenost lijekova u tadašnjoj strukturi potrošnje evropskih i američkih zavisnika, dok su u odnosu na opijate te razlike znatno manje, a najmanje su razlike u pogledu korišćenja kanabinoida. S druge strane, u evropskim i vanevropskim zemljama u tim godinama mnogo je zastupljeniji heroin, pa i kokain. U izvjesnoj mjeri, postoje razlike i u potrošnji psihostimulanasa i halucinogena. Te razlike u strukturi potrošnje primarno su bile uslovljene, i još uvijek su, znatno slabijim finansijskim mogućnostima jugoslovenskih narkomana za nabavkom kvalitetnijih, „teških” droga.

Od početka 80-ih do danas postoji vrlo malo reprezentativnih epidemioloških izvještaja, prije svega zato što su sa psihijatrijskim institucijama u republikama bivše SFRJ prekinuti gotovo svi naučni i profesionalni kontakti, koji su već od sredine 80-ih godina značajno oslabili. Od 1987. godine počinje da funkcioniše Centar za narkomanije pri Zavodu za bolesti zavisnosti u Beogradu (do početka 70-ih Institut za alkoholizam i narkomanije), kao tehnički i kadrovski najopremljenija institucija ove vrste na Balkanu, a u to vrijeme i jedna od najznačajnijih u jugoistočnoj Evropi. To je institucija u kojoj se za pet godina od osnivanja do raspada SFRJ liječio najveći broj narkomana iz drugih republika. Uslijed te okolnosti epidemiološka slika liječenih u ovoj instituciji odražava i neka osnovna demografska i sociološka obilježja jugoslovenske populacije, bar u tom petogodišnjem periodu. Ta epidemiološka slika iscrpno je prezentovana u epidemiološkoj studiji „Jugoslovenski narkomani 1987 – 1995. godine” (25).

Od početka rada Centra za narkomanije pri Zavodu za bolesti zavisnosti u Beogradu, 1987. godine liječeno je 2452 zavisnika ili osoba koje imaju druge probleme povezane sa zloupotrebom droga (25). U navedenom periodu smanjen je broj stalno nastanjenih narkomana u Beogradu sa 83% u 1987, na 69% u 1995. godini, ali je taj trend smanjenja bio skokovit. Početkom 90-ih pao je na samo 44,1%, da bi već 1992. dostigao 2/3. Prema očekivanju, jedino je učešće zavisnika iz Crne Gore do 1995. godine poraslo za 2,5 puta (25).

Odnos muškaraca i žena mijenja se „u korist” muškaraca i kreće se od 1:2,9 u 1987. do 1:4,6 u 1995, sa prosjekom od 1:4,2. Među narkomanima 70-ih taj odnos je bio 1:2,42 „u korist” muškaraca.

U odnosu na raniji period značajno se mijenja i starosna struktura. Kao i u ranijem uzorku (22) najbrojnija je grupa od 19 do 23 godine (ranije 20 do 24), ali u nekim godinama i dvostruko manja od populacije narkomana Zavoda iz 70-ih (22), odnosno 63,3% iz 1971. prema 28,2% iz 1989. Udio zavisnika ove starosne kategorije za devetogodišnji period u prosjeku iznosi 35,9%. Odmah zatim dolazi grupa od 24 do 28 godina koja učestvuje sa 28,52% sa tendencijom, pada jer od 29,8% u 1987. godini pada na 20,2% u 1995. Udio grupe od 29 do 33 godine je značajan i u prosjeku iznosi 14,88%, a preko 34 godine 8,98%.

Ako se zna da ranija grupa narkomana Zavoda za bolesti zavisnosti iz 70-ih, starijih od 24 godine, broji 15,4% (22), a slična grupacija Zavoda za mentalno zdravlje iz 70-ih ima svega 9,1% starijih od 24 godine, onda udio od čak 52,3% starijih od 24 godine (istini za volju klasifikacioni razredi se razlikuju za jednu godinu) govori o značajnom pomjeranju ukupne starosne strukture prema starijim uzrastima „na račun” najmlađih do 19 godina i od 20 do 24 godine. Tako je udio grupacije do 19 godina, Zavoda za bolesti zavisnosti iznosio 22,3% (22), a sadašnji 11,66%, što je dvostruko manji udio u ukupnoj starosnoj strukturi, a mnogo manji nego u grupaciji narkomana Zavoda za mentalno zdravlje 70-ih u kojoj je do 19 godina starosti bilo čak 74,7% onih koji zloupotrebljavaju droge ili su zavisnici.

Obrazovna struktura takođe se razlikuje od one iz 70-ih, ali su te razlike manje nego polne i starosne. Učešće onih sa srednjom školom slično je onom iz grupacije narkomana Zavoda za bolesti zavisnosti iz 70-ih; u 1987. sa srednjom spremom je bilo 66,2% zavisnika, a 1995. 67%, dok ih je u grupaciji iz 70-ih bilo 64,6%. Godine 1987. procenat sa osnovnom školom iznosi 29,7%, a 1995. 28,4%, a sa nepotpunom osnovnom ovaj procenat iznosi za pomenute godine preko 30% (prosjeak za devetogodišnji period sa nepotpunom osnovnom iznosi 27,3%). U poređenju sa narkomanima Zavoda za bolesti zavisnosti iz 70-ih, broj onih sa nepotpunom osnovnom je višestruko veći, te ta razlika dostiže stepen visoke statističke značajnosti. To se može objasniti i činjenicom da zbog vrlo rano početka uzimanja droga (nerijetko i ispod 14 godina) mnogi zavisnici završe samo osnovnu školu.

U odnosu na zavisnike sa početka 70-ih, sadašnji zavisnici imaju na prvi pogled nepovoljniju bračnu strukturu. Međutim, takav zaključak bi bio neadekvatan jer zavisnici iz dvije ustanove 70-ih godina nijesu u ogromnoj većini slučajeva dostigli karakteristične godine za sklapanje braka, dok preko polovine ispitanika iz devetogodišnje serije jesu, te je ova razlika jednostrano artificijelna.

Procenat oženjenih-udatih je u 1987. godini iznosio 25% da bi uz oscilacije 1995. pao na 15,6% u 1995. godini. Istovremeno, opet uz oscilacije povećao se procenat neoženjenih – neudatih – od 64,8% u 1987. na 76,9% u 1995. godini. Broj brakova bez djece se u pomenutom devetogodišnjem periodu povećao od 38% na 62%. Svi ovi podaci ukazuju na strukturalne porodične poremećaje i veću nestabilnost braka i porodice zavisnika treće generacije.

Među narkomanima Zavoda za bolesti zavisnosti iz 70-ih u braku je bilo samo 3,3% ispitanika, razvedenih 0,7% i udovaca 0,2%, dok u braku nije bilo 94,8%. U periodu od 1987. do 1995. prosječno se razvelo 7,84% zavisnika, dok ih je za pomenuti devetogodišnji period u prosjeku 3,41% zavisnika bilo u vanbračnoj zajednici.

Najnovija generacija zavisnika pokazuje izrazitu nestabilnost i u pogledu zapošljenosti, jer je 1987. samo 1/3 pacijenata bilo zapošljeno, a njihov broj je 1995. pao na 24%. Za devetogodišnji period prosječno je 65,6% ili skoro dvije trećine bilo nezapošljeno. Zanimljivo je napomenuti da, za razliku od zavisnika iz 70-ih godina, zavisnici od 1987. do 1995. godine imaju trostruko duži staž, ali je i to vjerovatno artefakt prosječno veće starosti.

Godine 1987. preko 2/3 (66,8%) ispitanika pripadalo je kriminogenoj populaciji, sa tendencijom pada do 1992. godine i onda ponovnim rastom u 1995. na 56,6%. Dominiraju djela protiv imovine (obično krađe radi nabavke novca za droge), prekršajno ponašanje i falsifikovanje recepata. U odnosu na zavisnike iz 70-ih, koji su imali stopu kriminaliteta od 17%, riječ je o višestrukome povećanju. Razlike između ove dvije kategorije narkomana dostižu stepen visoke statističke značajnosti (25).

Prvo uzimanje droge najčešće je vezano za period do 18 godina. Na uzrastu do 14 godina 5,7% pacijenata je prvi put uzelo drogu, a 1995. godine 4,7%. Prosječno je 6,38% ispitanika u devetogodišnjem periodu probalo drogu do 14 godina, a na uzrastu od 14 do 18 godina 51,17%. Zanimljivo je napomenuti da naročito u grupi od 14 do 18 godina postoji tendencija opadanja uz oscilacije uzimanja droga u devetogodišnjem periodu. Tako je drogu na ovom uzrastu 1987. počelo da uzima 66% a 1995. 46% pacijenata. Razlike između 1987. i 1995. statistički su značajne.

Kada je riječ o brojnosti pacijenata po vrsti prve uzete droge onda valja istaći da su sa kanabisom u najvećem procentu slučajeva (46,2%) pacijenti sticali prvo iskustvo, da bi 1992. učešće ove droge palo na 38,2%, a zatim ponovo počelo da raste dostigavši 41,3% u 1995. godini i prosjek za devetogodišnji period od 45,17%.

Po učestalosti prvog iskustva sa drogom, heroin dolazi na drugo mjesto. Heroin je 1987. godine bio inicijalna droga u 12,5%, a već 1992. u čak 44,8% slučajeva, da bi 1995. opao na 32,3%. Prosječno su u devetogodišnjem periodu heroin kao prvu drogu uzeli 26,53% pacijenata.

Poslije heroína dolazi opijum čije učešće kao inicijalne droge progresivno opada od 15,6% u 1987. godini na svega 1,9% u 1995. Prosječno je heroin kao prvu drogu od 1987. do 1995. godine zloupotrebljavalo 6,53% ispitanika.

Četvrta psihoaktivna supstanca je lijepak sa kojom obično počinju najmlađi. U 1987. sa lijepkom je počelo 4,1% zavisnika, a 1995. 5,2%. U devetogodišnjem periodu sa lijepkom je prosječno počinjalo 4,85% ispitanika.

Zanimljivo je napomenuti da alkohol kao inicijalna psihoaktivna supstanca zauzima tek peto mjesto. Sa alkoholom kao prvom drogom u 1987. godini počelo je 5,6% pacijenata, a 1995. 3,4%, sa prosjekom za navedeni period od 4,66%.

Hipnosedativi dolaze na šesto mjesto sa 4,1% u 1987. i 7,7% u 1995. i sa prosjekom od 2,97%.

Đokić i saradnici (25) ističu da analiza učestalosti korišćenja pojedinih droga svjedoči o kombinovanom korišćenju. Zavisnici primljeni na liječenje 1987. godine kombinovali su pet vrsta droga, a oni 1994–1995. četiri vrste. S pravom zaključuje da je kombinovanje droga jedno od najznačajnijih obilježja ove najnovije generacije mladih zavisnika (25).

Kada je riječ o brojnosti pacijenata prema najčešće korišćenoj drogi, onda je to znatno ispred svih ostalih heroin. Od 77,8% u 1987. godini do 77,5% u 1995. godini, heroin je čak 91,7% pacijenata najradije zloupotrebljavalo 1991. godine. Prosjek za devetogodišnji period iznosi 82,22%.

Po učestalosti na drugom mjestu, ali daleko, daleko iza dolazi kanabis sa prosjekom od 2,90, koji je u 1987. favorizovalo 1,4%, a 1995. 4,9% pacijenata. Razlika je statistički visoko značajna.

Zapaža se i porast hipnosedativa kao najčešće korišćenih droga koje u 1987. najčešće koristi 3,8%, a u 1995. 6,7% pacijenata. Po rangu učestalosti zloupotrebe za devetogodišnji period sa 2,47% nalaze se na trećem mjestu.

Na četvrtom mjestu sa 2,34%, pacijenata, koji su ga tokom devetogodišnjeg perioda najčešće koristili, nalazi se čaj od maka. Vrlo je zanimljiv trend zloupotrebe ove droge; u 1987. godini za svega 0,3% ispitanika je čaj od maka favorizovana droga da bi do 1990, taj procenat porastao na 10,6%, a onda 1995, pao na nulu.

Opijum je tokom devetogodišnjeg perioda prosječno najčešće koristilo 2,2% ispitanika i po rangu najčešće korišćene droge nalazi se na četvrtom mjestu. U 1987. godini ovu drogu najčešće koristi 7,8% pacijenata i svega 0,6% u 1990. godini, na kom nivou ostaje do 1995. godine.

Alkohol je za period od 1987. do 1995. godine prosječno najradije koristilo 1,94% pacijenata i po tom prosječnom procentu nalazi se na petom mjestu. U 1987. najčešće je alkohol koristilo 1,4% pacijenata, a

1995. 4,3%. Razlika između graničnih godina je statistički veoma značajna. Porast korišćenja alkohola može se objasniti činjenicom da se alkohol vrlo često kombinuje sa drugim drogama.

Budući da je, koliko je nama poznato, bilo veoma malo većih epidemioloških istraživanja adolescentne narkomanije, smatramo da bi bilo poželjno prezentovati osnovne rezultate jednog obimnijeg epidemiološkog istraživanja koje smo sprovedi 1997. godine na uzorku od 956 učenika sedmih razreda beogradskih osnovnih i 974 učenika beogradskih srednjih škola sa četiri gradske i tri prigradske beogradske opštine. Razlog što smo se odlučili da glavne rezultate ovog istraživanja iznesemo nešto detaljnije je i u tome što oni nijesu nigdje publikovani (26).

Putem seta pitanja o vrsti psihoaktivne supstance, početku i učestalosti njenog korišćenja, te dinamici upotrebe i zloupotrebe (prekidanje i ponovno uzimanje) formirali smo tri grupe:

1. Apstinenti
2. Narkofili
3. Oni koji zloupotrebljavaju droge ili su od njih zavisni.

Apstinentima smo označili ispitanike koji nikada nijesu probali neku drogu.

Kao narkofili su označeni oni koji poslije prvih uzimanja više nijesu koristili drogu ili su je kraće vrijeme povremeno uzimali, a zatim potpuno prestali.

Kao one koji zloupotrebljavaju droge označili smo ispitanike koji su poslije prvih uzimanja droge nastavili da kontinuirano uzimaju drogu u dužem periodu i koji su je uzimali i u vrijeme istraživanja, kao i ispitanike koji zbog kontinuiranog uzimanja ispoljavaju simptome fizičke i (ili) psihičke zavisnosti.

Apstinenata je bilo 84,7%, narkofila 63 (3,3%), a onih koji su zloupotrebljavali droge i (ili) bili od njih zavisni 181 ili 9,4%.

U drugoj studiji, proizašloj iz ovog epidemiološkog istraživanja, izvedena je kompleksnija klasifikacija tipova, s tim što su iz obrade isključeni apstinenti. Od preostale dvije grupe (narkofili i oni koji zloupotrebljavaju droge (ili) su od njih zavisni, formirali smo pet podgrupa, uzimajući kao kriterijum sa kojom vrstom droga su ispitanici počeli i završili.*

Da bismo došli do grupa (tipova) uz varijable vezane za istorijat upotrebe, zloupotrebe i zavisnosti uključili smo i veliki broj varijabli vezane za porodičnu pozadinu, interesovanja, hobije, vrijednosne orijentaci-

* Prvu grupu čine oni koji su uzimali droge pa prestali, drugu, oni koji su počeli sa lakim drogama (marihuana, hašiš, lijepak) i nastavili sa lakim drogama; treću, oni koji su počeli sa „teškim”, a nastavili sa „lakim” drogama; četvrtu, oni koji su počeli sa „lakim” pa prešli na „teške” i petu, oni koji su počeli i nastavili sa „teškim”.

je i dr. Tako je na 51 kategoriju nominalnih i binarnih varijabli primijenjena generalizacija kanoničke korelacione analize za nominalne varijable. Ova generalizacija je realizovana pomoću metode optimalnog skaliranja koja kvantifikuje kategorije nominalnih varijabli tako da zadovolje uslov maksimalne homogenosti, kako je taj pojam definisan u okviru metode optimalnog skaliranja.

Učinili smo još jedan korak dalje, tako što smo ovu nominalnu kanoničku korelacionu analizu upotrijebili kao nominalnu kanoničku diskriminacionu analizu. To smo uradili prosto tako što smo kao skup varijabli uzeli binarizovane grupišuće varijable. Dobili smo pet grupa, pri čemu je svaka grupa predstavljena binarnom varijablom grupisanja. Treća grupa je iz dalje analize izostavljena jer se u njoj nalazio samo jedan ispitanik.

Budući da je iz pet grupa zbog samo jednog slučaja u njoj izostavljena treća grupa, ostale četiri grupe prva i druga, te četvrta i peta svrstane su u dva osnovna tipa. Prvi tip – tip lakih čine prva i druga grupa, a drugi tip – tip teških čine četvrta i peta grupa. Koje osobine i ponašanja pokazuje tip „lakih” uživalaca, koji su najpribližniji narkofilima.

„Laki” pokazuju pretežno loš školski uspjeh, a roditelji su im pretežno visoko obrazovani. Roditelji im se uglavnom dobro slažu, a majke ispitanicima daju slobodu da sami odlučuju. Majke su u principu spremne da saslušaju probleme ispitanika, iako taj aspekt ponašanja majki nije naročito karakterističan. Sa očevima se uglavnom dobro slažu i očevi im takođe u principu daju slobodu da sami odlučuju, iako ni ovaj aspekt odnosa očeva i ispitanika nije naročito karakterističan za pripadnike ovog tipa.

Slobodno vrijeme najčešće provode sa osobom sa kojom su u vezi. U slobodno vrijeme ne čitaju knjige, niti se bave sportom, ali vole da se druže sa prijateljima i da idu u kafiće, diskoteke i restorane. Interesovanja im nijesu usmjerena niti prema sportu, niti prema radu na računarima, ali jesu prema izlascima i druženju. Posmatrano u cjelini, nemaju neki poseban hobi, niti izraženih interesovanja. Druže se i sa onima koji upotrebljavaju i sa onima koji ne upotrebljavaju droge, a u životu im je najvažnije da imaju dosta novaca i da im je život lagodan i komforan. U opredjeljenju za izbor buduće profesije najvažnije im je da posao bude dobro plaćen.

U posljednjih godinu dana često „planu” bez većih razloga, nezadovoljni su sobom i drugima, imaju problema sa spavanjem i lošiji im je apetit, ali nijesu izgubili interes za druženje, mada interes za druženje nije toliko diskriminativna kategorija za pripadnike ovog tipa.

Tip „teških”. – Podsjetimo se da tipu „teških” pripadaju oni koji zloupotrebljavaju droge ili su od njih zavisni. Majke pripadnika ovog tipa imaju relativno visoko obrazovanje. Ispitanici ovog tipa potiču iz vanbračnih zajednica ili porodica razvedenih roditelja ili je porodica na drugi način deficijentna. Roditelji se loše slažu i često se sukobljavaju. Sa majkama se loše slažu, često se sa njima sukobljavaju, a rjeđe se slažu,

„uglavnom dobro”. Majkama se ne mogu povjeriti, niti majke razumiju njihove potrebe i probleme. Sa očevima se loše slažu i često se sukobljavaju. Očevima takođe ne mogu da se povjere. Očevi ne razumiju njihove potrebe i probleme, niti imaju vremena za pripadnike ovog tipa. Kada imaju neki problem najradije se povjeravaju prijateljima.

U slobodnom vremenu ne vole da slušaju muziku, ali vole da idu u pozorište, bioskop ili na koncerte. Interesovanja im nijesu vezana za školu, ali jesu za umjetnost. Uglavnom se druže sa drugovima koji upotrebljavaju drogu. U životu najviše cijene ljubav i prijateljstva, a u opredjeljenju za buduću profesiju najvažnije im je da posao bude lak i da ne oduzima puno vremena i snage.

U posljednjih godinu dana zapažaju da im je lošija koncentracija, češće nego prije bježe sa školskih časova. Izgubili su interesovanje za školu, ispunjavanje školskih obaveza, druženje i hobije. Pokušali su da se namjerno fizički povrijede. Misle da droge nijesu štetne po zdravlje i život, da popravljaju raspoloženje, pomažu da se lako riješe problemi, da mogu da se povremeno koriste, bez štetnih posljedica i da podstiču maštu i kreativnost.

Pomenuta dva tipa („laki” i „teški”) predstavljaju svojevrsne analitičke, idealno-tipske konstrukcije, socijalno-psihološke „profile” za poređenje sa sličnim „profilima” koji su, između ostalog, i predmet ovog istraživanja. Ovo istraživanje je za nas utoliko interesantnije što je glavni uzorak u Crnoj Gori po osnovnim demografskim i sociološkim obilježjima sličan uzorku učenika beogradskih osnovnih i srednjih škola.

* * *

Kada je riječ o zloupotrebi i zavisnosti mladih od psihoaktivnih supstanci u Crnoj Gori, onda valja istaći da su praktično sve do početka 80-ih godina slučajevi zloupotrebe i zavisnosti bili sasvim epizodični, tako da do 80-ih godina nijesu predstavljale medicinski problem, a još manje su imale karakteristike socijalno-patološke pojave.

Dokić i saradnici su u ranije detaljno opisanoj epidemiološkoj studiji iznijeli da je udio liječenih iz Crne Gore od 1987. do 1995. porastao za dva i po puta (25). Međutim, autori ove studije ne iznose početni broj liječenih u 1987. godini da bi se o stvarnom povećanju moglo zaključivati na osnovu kvantitativnih pokazatelja. U svakom slučaju, ovaj kvalitativni podatak indirektno ukazuje na brzo širenje zloupotrebe i zavisnosti psihoaktivnih supstanci među mladima Crne Gore.

Novije epidemiološke podatke o zloupotrebi i zavisnosti mladih Crne Gore od psihoaktivnih supstanci u sažetoj epidemiološkoj studiji iznosi prim. dr Zlatko Stojović, svakako jedan od pionira prevencije narkomanije i liječenja narkomana u Crnoj Gori (28).

Prema jednoj procjeni SZO o broju narkomana u Jugoslaviji, Stojović analogno zaključuje da u Crnoj Gori 90-ih ima oko 4000 narkomana i osoba koje zloupotrebljavaju psihoaktivne supstance zbog kojih imaju različite probleme, a po istom principu zaključuje da na teritoriji opštine Herceg Novi ima oko 200 takvih osoba (28).

Stojović dalje izvještava da je grupa istraživača iz Podgorice (Laušević, Backović Mugoša), sprovodeći epidemiološko istraživanje među 4000 učesnika podgoričkih osnovnih i srednjih škola, došla do saznanja da je 6,7% srednjoškolaca i 0,4% osnovaca uzimalo droge (28). Droge je nekoliko puta nedjeljno koristilo 17,9%, a svakodnevno 10,3%. Do novaca za kupovinu droga 22,6% dolazilo je krađom, prostitucijom 14,3%, dok 10% saopštava da droge nabavlja u školskoj sredini.

Prema jednoj anketi Organizacije protiv alkoholizma, nikotinizma i narkomanija Crne Gore na uzorku od 1862 učenika sedmih razreda osnovnih škola i trećih razreda srednjih škola, sprovedenoj 1999. godine 30% učenika tvrdi da im je droga nuđena u srednjoj školi. Drogu je probalo 9,5% učenika srednjih i 0,4% učenika osnovnih škola. Prema rezultatima istog istraživanja (29) ispitanici tvrde da drogu u 35% slučajeva kupuju na ulici, u kafićima u 37% i u školskoj sredini u 15% slučajeva.

U ranije pomenutoj studiji (28) prim. Stojović ističe da su rezultati objedinjenih epidemioloških istraživanja pokazali da je 0,9% mladih do 14 godina probalo drogu, a 11,7% mladih se družilo sa vršnjacima koji upotrebljavaju droge.

Ako dozvolimo da u ovim podacima ima izvjesne doze arbitrarnosti, ne možemo se oteti utisku da različiti izvori, koje navodi prim. Stojović, daju relativno slične podatke o rasprostranjenosti upotrebe i zloupotrebe psihoaktivnih supstanci među mladima Crne Gore. Ti podaci ukazuju da ove pojave u Crnoj Gori nijesu epizodične i da već imaju sve attribute medicinskog i socijalnog problema. Ranije pomenuti podatak o naglom povećanju broja liječenih iz Crne Gore, koji imaju medicinske i socijalne probleme zbog zloupotrebe droga ili su od droga zavisni, indirektno potvrđuje i epidemiološku sliku koju nam dr Stojović prezentira (28).

Tri „generacije” jugoslovenskih narkomana

Što možemo zaključiti na kraju ove sumarno prezentovane epidemiološke slike?

1. Veoma je teško utvrditi približan broj narkomana u SFRJ. Opšta društvena kriza uticala je da inače nesistematski prikupljana medicinska statistika u ovoj oblasti bude još lošija, o čemu je ranije bilo više riječi. Na osnovu registra Instituta za zdravstvenu zaštitu Srbije u periodu od

1980. do 1998. godine liječeno je 2.618 narkomana (30). Riječ je o nepotpunom obuhvatu. Da li se u nekim slučajevima radi o istoj osobi koja je započela liječenje u više institucija. Posljednjih godina sve se veći broj narkomana liječi u privatnim psihijatrijskim ordinacijama, iz kojih ne raspoložemo nikakvim epidemiološkim podacima. Zato je svaki pokušaj da se odredi približan broj narkomana u SR Jugoslaviji krajnje problematičan i na osnovu aktualnih epidemioloških podataka, krajnje arbitraran.

2. Još je teže govoriti o stvarnim razmjerama narkomanije u Crnoj Gori u proteklom periodu, jer, koliko je nama poznato, nijedna republička institucija ne registruje narkomane koji se zbog bilo koje medicinske pomoći javljaju medicinskim ustanovama. Koliko nam je poznato, takvu evidenciju ne posjeduju niti odgovarajuće institucije i službe socijalne zaštite kada se narkomani zbog socijalnih problema obraćaju ovim institucijama.

3. Sa više pouzdanosti možemo govoriti o epidemiološkoj slici liječenih narkomana, o čemu je detaljnije bilo riječi na prethodnim stranicama. Kada smo na osnovu najmanjeg broja liječenih do 80-ih godina izvodili generalizacije o 10.000 do 12.000 mladih koji zloupotrebljavaju droge ili su od njih zavisni, uzimajući kao kriterijum da se tamo gdje su dobro organizovane psihijatrijske, psihološke i socijalne službe najviše liječi do 15% ukupne narkomanske populacije, bili smo svjesni znatne arbitrarnosti takvih procjena, te smo ipak pošli od najmanjeg mogućeg broja.

Sumirajući epidemiološke podatke možemo govoriti o prvom talasu adolescentne narkomanije koji počinje sredinom 60-ih i završava se početkom 70-ih, drugom talasu, koji, uslovno rečeno, počinje početkom 70-ih i završava se sredinom 80-ih i trećem koji počinje u drugoj polovini 80-ih do danas. Naravno, ovakve vremenske granice treba shvatiti vrlo uslovno. Epidemiološki podaci ukazuju da se zbog nekih značajnih demografsko-socioloških razlika, te razlika u strukturi adiktivnih supstanci može govoriti o svojevrsnim sociološkim profilima. Mi smo ih nazvali tri „generacije” jugoslovenskih narkomana, iako pojam *generacija* ovdje koristimo u jednom prenosnom značenju kome bi više odgovarao pojam socijalni profil, te da bi ukazali na vremensku sukcesiju. U završnim stranim ovog poglavlja ukazaćemo na bitne karakteristike svakog profila, a indirektno na sličnosti i razlike među njima.

Prva „generacija”

Kao što smo pomenuli, nastanku adolescentne narkomanije prethodilo je korišćenje najčešće opijata od strane medicinskih radnika koji su prva iskustva sa morfinom imali relativno kasno – u ranim srednjim godinama. Morfin su obično koristili solidarno i ilegalno. Pošto su dobro kontrolisali doze, količine i vrijeme upotrebe, dugo su ostajali neupadljivi i neprepoznatljivi u socijalnoj sredini. Zbog relativno malih profesionalnih

zahtjeva vrlo dugo su na zadovoljavajućem nivou i profesionalno funkcionisali. Morfin su koristili i bolesnici u terminalnim stadijumima neizlječivih bolesti. Zbog male brojnosti i anonimnosti korisnika, te relativno malih socijalnih i medicinskih posljedica, ovi korisnici nijesu predstavljali veći medicinski i socijalni problem, bez obzira što takva epizodična upotreba ima relativno dugu istoriju.

Prva „generacija” jugoslovenskih narkomana bitno se razlikuje od druge dvije činjenicom da je narkomanija bila epifenomen, posebne hipi – subkulture koja je u SFRJ imala svoje brojne pristalice. Hipi – subkultura, iako jedna od najpopularnijih među mladima, bila je samo jedna od mnogih među mladima zapadnih zemalja toga vremena. Sve te subkulture kao zajednički imenitelj sadržavale su protest protiv temeljnih protestantskih vrijednosti koje su svoje uporište imale među srednjom i starijom generacijom srednje klase, bez obzira što se taj protest u različitim subkulturama izražavao na različite načine i različitim sredstvima.

Pristalice hipi – pokreta u SFRJ najradije su koristili kanabinoide i opijate, bili su upadljivog, karakterističnog izgleda sa naglašeno dugom kosom, vrlo karakterističnog oblačenja, stila života, specifičnog sistema vrijednosti koji je bio oštro suprotstavljen oficijelnom, društveno poželjnom ili ga je jednostavno ignorisao (32, 20).

Hipi – pokret jugoslovenskih narkomana nije imao jasnu vezu sa socijalnim miljeom. Nijesmo skloni da vjerujemo kako je on bio izraz socijalnog protesta mladih Jugoslovena. Mnogo nam je bliže uvjerenje da je bio izraz podražavanja određenih zapadnih subkulturnih obrazaca prema kojima su mladi istočnoevropskih zemalja bili uvijek otvoreni, nekada i bez dovoljnog razloga, vjerovatno i zbog autoritarnih društvenih obrazaca u socijalizaciji. U prilog uvjerenju da je riječ o podražavanju govori i činjenica da se prva „generacija” jugoslovenskih narkomana predstavljala kao svojevrsna kulturna avangarda, prestižna grupacija mladih iz porodica višeg socio – ekonomskog statusa, obezbjeđujući im u grupi vršnjaka posebnu popularnost, poseban prestiž i imidž, te svojevrsnu zavist vršnjaka i želju za oponašanjem (32, 20).

Prva „generacija” jugoslovenskih narkomana bila je obuhvaćena jednom subkulturom koja primarno nije bila u funkciji socijalnog bunta kao u zapadnim zemljama, ali je putem jakih kolektivističkih obrazaca i kolektivnih ego – ideala, vezanih za sistem subkulturnih vrijednosti, u izvjesnoj mjeri mogla da uspostavi mehanizme kolektivne kontrole bar u prvim godinama, do početka 70 – ih. Time se može objasniti da naglo širenje narkofilije nije rezultiralo i brzim porastom broja narkomana, bar ne dok su ti kolektivni obrasci i mehanizmi bili djelotvorni. Ovi kolektivistički obrasci specifične hipi – subkulture bili su značajni kontrolni mehanizmi za kompulzivno, adiktivno uzimanje droga, karakteristično za drugu, a naročito za treću „generaciju” o kojima će sada biti riječi.

Druga „generacija”

Druga generacija karakteriše se ranim početkom uzimanja prve droge. Inicijalne droge su kanabinoidi, a dominantne droge razni lijekovi, prvenstveno iz reda barbiturata, a u manjoj psihostimulansa i halucinogena. U drugoj polovini 70-ih heroin sve više preuzima primat, tako da je to ostao do danas.

Iskustva sa drogama se stiču od 15. do 19. godine, a najveći broj mladih postaje zavisan od 20. do 24. godine. Najčešće je riječ o učenicima srednjih škola (skoro u 2/3 slučajeva), zatim o studentima i u manjem procentu o osobama sa nepotpunom ili potpunom osnovnom školom. S obzirom na relativno kasno započinjanje profesionalne karijere i na činjenicu da je riječ o mladima ispod 25 godina, većina nije zapošljeno, a onaj mali procenat zapošljenih pokazuje veliku profesionalnu nestabilnost. Zbog nedovoljnog broja godina ogromna većina nije u braku, ali onaj vrlo mali procenat, takođe, ispoljava i bračnu nestabilnost. Kriminogeno ponašanje je najčešće u funkciji nabavke sredstava za kupovinu droge. Sitnije krađe, falsifikovanje recepata, obijanje apoteka, najčešći su oblici kriminogenog ponašanja pripadnika ove „generacije”. Prostitucija za žene ostaje jedan od značajnih vidova nabavke sredstava za kupovinu droge.

Odnos muškaraca i žena u ovoj „generaciji” kreće se oko 3:1 „u korist” muškaraca, što je bio prosječni odnos i u većini evropskih zemalja.

Za razliku od pripadnika prve „generacije”, u kojoj je uzimanje droga bilo i simbol prestiža u grupama vršnjaka, narkomani druge i treće „generacije” karakterišu se slojnom nespecifičnošću, iako u relativnom pogledu zavisnici nešto češće potiču iz porodica sa višim socijalno-ekonomskim statusom, što je dijelom uslovljeno i njihovim boljim finansijskim mogućnostima za kupovinu droge.

Treća „generacija”

U trećoj „generaciji” jugoslovenskih narkomana, na žalost se povećavaju sličnosti, a smanjuju razlike sa mladim zavisnicima u evropskim i vanevropskim zemljama, dok se produbljuju razlike prema drugoj „generaciji”.

Najznačajnije izmjene ogledaju se u demografskim i sociološkim obilježjima, kao i u strukturi potrošnje psihoaktivnih supstanci. Međutim, ova sociološko-demografska obilježja prepokrivaju mnogo složenije, dublje razlike zbog čega se u nizu aspekata može govoriti i o strukturalnim razlikama. Naravno, samo neke od njih ovdje ćemo anticipirati.

Prvo, u polnoj strukturi mnogo su više zastupljeni muškarci nego žene (5:1). Pošto su zavisnosti od psihoaktivnih supstanci mladih završna karika složenog ilegalnog lanca trgovine i prodaje, djevojke u njemu sve teže opstaju, jer su finansijski zahtjevi za nabavkom kvalitetnih, skupih droga sve oštriji i u takvoj konkurenciji mladići se jednostavno bolje snalaze.

Starosna struktura se radikalno mijenja pomjeranjem donje granice zloupotrebe inicijalne droge, a, s druge strane, velikim produžavanjem starosne granice za nastanak i razvoj zavisnosti. U drugoj „generaciji” zavisnost se praktično rijetko javlja poslije 25-te godine. Ako je u drugoj generaciji narkomanija bila fenomen adolescentne i postadolescentne populacije (od 15 do 25 godina), u ovoj se prva iskustva stižu i prije 14, a nastajanje zavisnosti produžava i do ranih srednjih godina. Čime se ovo može objasniti? Mi ćemo ovom prilikom ukazati samo na neke moguće sociološke činioce koji su doveli do ove promjene. Došlo je do potpune „demokratizacije” i potpune komercijalizacije potrošnje u ovoj trećoj „generaciji”. Jedini ograničavajući faktor postao je finansijski. To je dovelo do velikog porasta korisnika i stvaranja ogromnih profita koji niti u jednoj oblasti ilegalnih aktivnosti nijesu tako enormno visoki kao u trgovini drogom. U visoko kompetitivnu ilegalnu trgovinu drogama ušle su i nove sintetičke droge (npr. extaxy i dr.) kao izraz potrebe da se izađe u susret željama onih brojnih grupa koje za male pare mogu imati dobar supstitut za elitne droge (npr. zamjena kokaina krekom), ali i brojne druge droge – supstituti, kojima se izlazi u susret zahtjevima mladih poslije 25 – 30. godine, pa i kasnije.

Tako smo došli do najznačajnijeg obilježja treće „generacije” jugoslovenskih narkomana, do kombinovanih zavisnosti. Uz glavnu drogu heroin, javljaju se i brojni vještački supstituti koji su mnogo jeftiniji, a utiču na postignuće sličnih efekata kao sa „pravim”, skupim drogama. Većina se priklanja kombinovanju i eksperimentisanju. Zakonitosti masovnog potrošačkog mentaliteta u savremenim industrijskim i postindustrijskim društvima zahvatile su jednako potrošnju brze hrane, sladunjavih sadržaja masovne kulture i kompulzivnu potrošnju psihoaktivnih supstanci. Iako ove tendencije nijesu toliko tipične za treću „generaciju” jugoslovenskih zavisnika, nijesu od njih ni mnogo daleko. Tako je zavisnost u SR Jugoslaviji zahvatila i one uzraste koji se nalaze između mladih i ranih srednjih godina.

Uporedo sa ovom „socijalizacijom” potrošnje teče paralelan proces. Što je potrošnja više „socijalizovana” posljedice, bar u slučaju jugoslovenskih narkomana treće „generacije”, postaju sve više individualizovane. Zbog redukcije zdravstvenih institucija za tretman narkomana i opšte društvene krize u SR Jugoslavij, te usljed nekih specifičnih razloga o kojima će kasnije biti više riječi, jugoslovenski narkomani treće „generacije” uglavnom ostaju prepušteni sebi, ukoliko ne raspolažu značajnim finansijskim sredstvima za liječenje u privatnim psihijatrijskim ordinacijama. Stavovi javnog mnjenja koji su puni predrasuda, a u najmanju ruku su vrlo stereotipni (31) „opravdavaju” nedovoljnu brigu državnih institucija za tretman narkomana, pogotovu u uslovima opšte društvene krize. U jednom istraživanju pokazalo se da javno mnjenje od svih nosilaca socijalno-patoloških pojava ima najnegativnije stavove i najveću socijalnu distancu prema narkomanima (33).

Ranijim sticanjem prvih iskustava i ranijim nastankom zavisnosti, te relativno dužim narkomanskim stažom može se dijelom objasniti fenomen teže socijalne deterioracije narkomana treće „generacije”. Zavisnici treće „generacije” imaju niže obrazovanje nego zavisnici ranijih „generacija”; znatno ih je više samo sa osnovno–školskim obrazovanjem, nezapošljenih i sa vrlo nestabilnom bračno–porodičnom strukturom. Ako idemo malo dalje u prošlost, u njihovim roditeljskim porodicama naići ćemo na karakteristične patološke bračno–porodične konstelacije, o čemu je bilo više riječi kada smo govorili o dominantnim tipovima (profilima) zavisnika (27) i o čemu će kasnije biti više riječi.

Kao posljedica svih promjena u vrsti i strukturi potrošnje droga, kriminogenost jugoslovenskih zavisnika treće „generacije” mnogo je izraženija nego druge, a pogotovu prve.

Najzad, treća „generacija” se karakteriše brojnijim i ozbiljnijim interkurentnim oboljenjima, nego prve dvije. Posebno treba istaći da se AIDS vezuje za treću generaciju. Za obolijevanje od AIDS–a, zavisnici i dalje čine visokorizičnu grupu.

Na kraju, valja istaći da su zavisnosti mladih u Jugoslaviji sa trećom „generacijom” ušle u jedan novi, složeniji i po mnogo čemu nepredvidljivi tok društvene i individualne patologije.

LITERATURA

1. Klingemann, H., Goos, C., Hartnoll, R., Jablensky, A., Rehm, I.: *European summary on drug abuse. First Report (1985-1990)*. WHO, Copenhagen, 1992.
2. Kaplan, I. H., Sadack, J.B.: *Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences, clinical psychiatry*, 8th ed. Williams & Wilkins, Baltimore, 1998.
3. Inciardi, A. J., Harrison, D. L. (Eds.): *Heroin in the age of Crack-Cocaine*. Sage Publications. Thousand Oaks, London - New Delhi, 1998.
4. Ball, J. C. and Chambers, C. D. (Eds.): *The epidemiology of opiate addiction in the United States*. Charles C. Thomas, Springfield, 1970.
5. Rittenhouse, J. D. (Ed.): *The epidemiology of heroin and other narcotics*. MD National Institute on Drug Abuse, Rockville, 1977.
6. Abelson, H.L. and Miller, J. D.: *A decade of trends in cocaine use in the household population*. In: N. J. Kozel and E. H. Abrams (Eds): *Cocaine use in America: Epidemiologic and clinical perspectives* (pp. 35-49), National Institute on Drug Abuse Research Monograph 56. National Institute on Drug Abuse, Rockville, 1985.
7. *Epidemiology of youth drug abuse - Research Findings (from 2/98)*. National Institute on Drug Abuse, Rockville, 1998. Gillespie, G. D., Hills, R. D.:
8. Glatt, M.M., Pittman, J. D.: *The drug scene in Great Britain. „Journey into Loneliness”*. Edward Arnold (Publishers) Ltd., London, 1967.
9. Akers, R. L.: *Drugs, alcohol and society*. Wadsworth, C. A., Belmont, 1992.
10. Underhill, L. A., Finnegan, G. D. (Eds.): *Chemical dependency. Women at risk*. Harrington Park Press - New York, The Haworth Press - London, 1996.
11. Schur, E. M.: *Narcotic Addiction Adiction Britain an America*. Tavistock, London, 1963.
12. *Cigarettes and other nicotine products*. No 13545. National Institute on Drug Abuse. Bethesda, M. D. 20824-0652, Rockville, 1999.
13. Rhodes, W., Sheiman, P., and Carlson, K.: *What America's users spend on illegal drugs, 1988-1991*. Dc: Bbt. Associates, Washington, 1993.
14. Musto, D. F.: *The American disease: Orgins of narcotic control*. Yale University Press, New Haven, 1987.
15. Robins, L. N., Davis, D. H. and Nurco, D. N.: *How permanent was Wietnam drug addiction?* American Journal of Public Health, 64, (Supplement), 38-43, 1974.

16. Grupa autora: *Društveni, pravni i medicinski problemi zavisnosti od droga*. Zbornik radova. Savez pravnika SR Srbije, Srpsko ljekarsko društvo, Savez udruženja za penologiju, Republički sekretarijat za zdravlje i socijalnu politiku SR Srbije, Institut za socijalnu politiku, Gradski komitet za obrazovanje, nauku i kulturu, Gradski sekretarijat za unutrašnje poslove, Beograd, 1981.
17. *High school and youth trenes*. No 13565. National Institute on Drug Abuse. National Institute of Health, Rockville, 1999.
18. Merton, K. R., Nisbet, R.: *Contemporary social problems*. Harcourt Brace Jovanovich, Inc. New York, Chicago, San Francisco, Atlanta, 1976.
19. Petrović, S.: *Droga i ljudsko ponašanje*. Dečije novine, Gornji Milanovac, 1989.
20. Jakovljević, V.: *Prilozi za socijalnu patologiju*. (Priredili: Đukanović, B., Živković, M.), Sloboda, Beograd, 1984.
21. Berger, J.: *Individualno-psihološki i socijalni aspekti adolescentne narkomanije*. U knjizi: Despotović, A., Stojilković, S. i sar.: *Čovek i droge. Priručnik o narkomanijama*. Sloboda, Beograd, 1971, str. 259–313.
22. Kilibarda, M., Žižić, V.: *Epidemiologija narkomanija u Jugoslaviji*. Rad je saopšten na Četvrtom internacionalnom simpozijumu o prevenciji i lečenju narkomanija, održanom juna 1973. godine u Beogradu.
23. Hudolin, V.: *Istina o drogama*. Jugoslovenska medicinska naklada, Zagreb, 1982.
24. Savić, D.: *Bolesti zavisnosti*. (Priređivač: Đukanović, B.). Organizacija Crvenog krsta, Novi Sad, 1991.
25. Đokić, D., Nenadović, M., Babić, D., Đukić-Dejanović, S., Petrović, D., Ilanković, A., Jović, A.: *Jugoslovenski narkomani 1987–1995*. Alkoholizam 29(3–4), 24–41, Zavod za bolesti zavisnosti, Beograd, 1995.
26. Đukanović, B., Blagojević, Lj., Boras, G., Fajgelj, S., Veljković, B., Bešić, M.: *Socijalno-psihološki „profili” apstinenata, narkofila i narkomana među osnovnoškolskom i srednjoškolskom omladinom Beograda*. Rad je saopšten na Trećem jugoslovenskom simpozijumu (sa međunarodnim učešćem), održanom na Divčibarama 1998. godine.
27. Blagojević, Lj., Đukanović, B., Boras, G., Fajgelj, S., Veljković, B., Bešić, M.: *Tipovi narkofila i narkomana u zavisnosti od vrste i dužine uzimanja droge među učenicima beogradskih osnovnih i srednjih škola*. Rad je saopšten na Trećem jugoslovenskom simpozijumu (sa međunarodnim učešćem), održanom na Divčibarama 1998. godine.
28. Stojović, Z.: *Epidemiologija bolesti zavisnosti kod mladih Crne Gore*. Rad je saopšten na Trećem jugoslovenskom simpozijumu o bole-

stima zavisnosti (sa međunarodnim učešćem), održanom na Divčibarama, 1998. godine.

29. *Preliminarni rezultati godišnje ankete*. Organizacije protiv alkoholi- zma nikotinizma i narkomanija Crne Gore. Podgorica, 1999.
30. Nikolić, D.: *Bolesti zavisnosti. Alkoholizam. Narkomanije. Pušenje*. Socijalna misao, Beograd, 2000.
31. Popović, M., Opalić, P., Kuzmanović, B., Đukanović, B., Marković, M.: *Mi i oni drugačiji. Istraživanje stavova prema duševnim bolesni- cima, narkomanima i alkoholičarima*. Institut za sociološka istraživa- nja Filozofskog fakulteta, Beograd, 1988.
32. Đukanović, B.: *Subkultura adolescentnih narkomana*. Sociološki pre- gled br. 2-3, Beograd, 1974, str. 383-395.
33. Đukanović, B.: *Stavovi javnog mnjenja Crne Gore prema socijalno- patološkim pojavama i njihovim nosiocima*. Rukopis.

POSEBNI DIO

ZLOUPOTREBA PSIHOAKTIVNIH SUPSTANCI MEĐU MLADIMA CRNE GORE

Borislav Đukanović

Budući da je riječ o eksplorativnom istraživanju, većina ciljeva istraživanja ne proističe iz čvrste teorijsko-hipotetičke osnove. To svakako ne znači da je ovo istraživanje lišeno teorijskog okvira, već samo da veza između teorijskog koncepta i empirijskih podataka nije suviše čvrsta. Razlog tome svakako treba tražiti u činjenici da je svaka od posebnih teorija uska da bi pružila objašnjenje vrlo različitih aspekata zloupotrebe psihoaktivnih supstanci među mladima, te se to može postići primjenom samo jednog integrativnog teorijskog koncepta koji zadire u polje izučavanja različitih, često tematski udaljenih nauka i naučnih disciplina. Dakle, jedino bi se jednom integrativnom, interdisciplinarnom teorijom mogla obuhvatiti tako široka eksplikativna osnova. Međutim, upravo takvim pokušajima teorijske sinteze nedostaju one premise koje, svaka istraživanjima prilagođena teorija, treba da sadrži: mogućnost relativno jednostavne operacionalizacije u istraživanjima i pouzdana eksplikacija. Takva je, npr. Fromova antropološka teorija i niz drugih bliskih teorijskih pokušaja, u kojima se sa manje ili više uspješnosti nastojala postići sinteza marksizma i psihoanalize. Slično je i sa Marksovom antropološkom teorijom. Takvi i slični teorijski pokušaji, ma koliko izgledali zadovoljivi, nemaju one, po našem mišljenju, za ranije pomenute istraživačke potrebe dvije najvažnije pretpostavke: vrlo ih je teško operacionalizovati, a rezultate empirijskih istraživanja nije lako podvesti pod osnovne teorijske premise na jednoznačan način. Zato što nije niti na početku, niti na kraju istraživačkog procesa moguće ustanoviti povezanost između teorijskog koncepta i empirijske osnove, eksplikativna moć tih teorijskih pokušaja je, po našem mišljenju, relativno ograničena. Zato smo se opredijelili za teorijske pristupe koji su uži, ali koji su, više prilagođeni prirodi istraživačkog problema ili, što je još tačnije, u određenim važnim istraživačkim segmentima omogućavaju bolju operacionalizaciju.

Mi smo se opredijelili za kognitivno-bihevioralni pristup, jer većina naših istraživačkih instrumenata proizilazi iz teorijskih premisa ovog pristupa. Daleko smo od toga da smatramo kako je ovaj pristup dovoljno obuhvatan za sva područja predviđena ovim istraživanjem. Ovaj pristup omogućava objašnjenje jednog relativno užeg aspekta istraživane cjeline – prvenstveno one rezultate istraživanja, relevantne za određene vidove prevencije i terapije zloupotrebe psihoaktivnih supstanci mladih. Na ovo opredjeljenje prvenstveno su uticala saznanja da su kognitivno-bihevioralnim teorijskim premisama bila inspirisana brojna istraživanja čiji su rezultati bili značajni kako za izradu programa primarne prevencije zloupotrebe i zavisnosti mladih od psihoaktivnih supstanci, tako i za evaluaciju

tih programa (1, 2, 3, 4, 5, 6). Budući da su terapijski programi tijesno ispreplijetani sa preventivnim i *vice versa*, to su pomenuta istraživanja imala indirektan značaj i za terapijske programe.

Drugi širi teorijski pristup, koji je više implicitno sadržan u pozadini dizajna ovog istraživanja, jeste sistemski pristup. On, prije svega, čini teorijsku pozadinu onih istraživačkih problema koji se tiču povezanosti socijalno-demografskih i socioloških varijabli sa specifičnim faktorima rizika za zloupotrebu psihoaktivnih supstanci mladih.

Ciljevi istraživanja

Poslije ovih uvodnih napomena osvrnućemo se na osnovne istraživačke ciljeve.

Prvi istraživački cilj je da se ispita rasprostranjenost socijalne upotrebe, zloupotrebe i zavisnosti od psihoaktivnih supstanci među mladima Crne Gore, koje se, prema ranijim parcijalnim epidemiološkim saznanjima najčešće na ovom području susrijeću.

U vezi sa ovim osnovnim su i specifičniji istraživački ciljevi.

Specifičniji, ali vrlo važni istraživački cilj, povezan sa ovim prvim osnovnim ciljem, jeste ispitivanje strukturalnih karakteristika zloupotrebe droga među mladima. Naime, nas interesuje da li mladi Crne Gore zloupotrebljavaju psihoaktivne supstance na takav način da se mogu identifikovati „tipovi” koji zloupotrebljavaju određene vrste droga. Da bi se moglo govoriti o tipovima neophodno je da se jasno izdvoje i relativno čvrsto strukturišu po zloupotrebi određenih vrsta droga u jednom, drugih vrsta droga u drugom, odnosno nekih trećih čvrsto strukturisanih vrsta droga u trećem slučaju, itd. Ukoliko to nije slučaj, ne možemo govoriti o tipovima.

Drugi naš osnovni istraživački cilj je da ispitamo uticaj individualnih socijalno-psiholoških/bihevioralnih i socioloških, odnosno socijalno-demografskih faktora rizika za nastanak i razvoj zloupotrebe i zavisnosti kod mladih Crne Gore. Posebnu pažnju obratićemo na strukturalne karakteristike faktora rizika u tri grupe.

U vezi sa ovim drugim istraživačkim ciljem posebni su istraživački ciljevi.

Prvi specifični istraživački cilj u okviru individualnih (psiholoških) faktora rizika jeste ispitivanje uticaja kognitivne dimenzije za nastanak i razvoj zloupotrebe i zavisnosti, te preko stavova učenika prema duvanu, alkoholu i marihuani, posredno konativne i emocionalne dimenzije.

Drugi specifični cilj odnosi se na ispitivanje asertivnosti i samopouzdanja kao faktora rizika za nastanak i razvoj socijalne upotrebe, zloupotrebe i zavisnosti mladih od psihoaktivnih supstanci. Asertivnost i sa-

mopouzdanje mjerili smo primjenom petostepenih ordinalnih skala. Pošli smo od pretpostavke da su opšta niska asertivnost i nisko samopouzdanje faktori rizika za nastanak i razvoj zloupotrebe i zavisnosti mladih od psihoaktivnih supstanci. Još specifičnije, nastojaćemo da ispitamo u kakvoj su korelaciji posebne podskale u okviru skale samopouzdanja (podskala samocijenjenja, podskala zadovoljstva sobom, podskala podložnosti zloupotrebi psihoaktivnih supstanci pod uticajem drugih, podskala socijalne anksioznosti, podskala opšte podložnosti socijalnim uticajima) sa zloupotrebom psihoaktivnih supstanci među mladima Crne Gore.

Ispitivanje dimenzija ličnosti mladih mjerenih Ajnzekovirm EPQ inventarom ličnosti, na nastanak i razvoj zloupotrebe i zavisnosti od psihoaktivnih supstanci sadržaj je *trećeg* specifičnog istraživačkog cilja.

Četvrti specifični istraživački cilj kao konkretizacija drugog osnovnog cilja, odnosi se na psihosocijalne (biheviornalne) faktore rizika za zloupotrebu i zavisnost mladih Crne Gore od psihoaktivnih supstanci. U okviru ovog trećeg posebnog cilja ispitaćemo širok spektar faktora rizika koji se odnose na roditeljske porodice ispitanika. Oni uključuju neusklađenost vaspitnih metoda roditelja prema ispitanicima, neadekvatne modele vaspitno-emocionalnih odnosa roditelja prema ispitanicima, a posebno upotrebu i zloupotrebu psihoaktivnih supstanci od strane roditelja, te braće i sestara i postojanje socijalno-patoloških pojava među članovima roditeljskih porodica ispitanika.

Peti specifični istraživački cilj takođe predstavlja konkretizaciju drugog osnovnog istraživačkog cilja i njima će biti obuhvaćeni poremećaji ponašanja i učenja ispitanika oba uzorka na nastanak i razvoj zloupotrebe i zavisnosti.

Šesti specifični istraživački cilj svrstan je u grupu psihosocijalnih faktora rizika, a odnosi se na uticaj stresnih događaja na zloupotrebu i zavisnost mladih od psihoaktivnih supstanci.

Sedmi specifični istraživački cilj vezan je za treću grupu socioloških i socijalno-demografskih obilježja kao faktora rizika za zloupotrebu i zavisnost mladih Crne Gore od psihoaktivnih supstanci.

Instrumenti istraživanja

U prethodnom poglavlju vidjeli smo da je riječ o dva nezavisna uzorka. Prvi uzorak od 1246 ispitanika odnosi se na uzrast od 12 do 18 godina, a drugi od 571 ispitanika na uzrast od 19 do 30 godina. Naše početno uvjerenje pokazalo se većim dijelom opravdanim. Naime, u pogledu raširenosti, zloupotrebe i strukturalnih karakteristika zloupotrebe različitih psihoaktivnih supstanci, faktora rizika koji leže u pozadini ova dva

uzorka značajno se razlikuju. Pokazala se opravdanom naša početna pretpostavka o potrebi odvajanja uzoraka na dvije uzrasne grupe. Međutim, gdje god kognitivne mogućnosti mlađeg uzrasta nijesu bile barijera za samostalno popunjavanje upitnika (mlađi na uzrastu od 12 do 13 godina) nastojali smo da primijenimo iste ili slične setove pitanja. To je bilo neophodno zbog analize sličnosti i razlika između ova dva uzrasta. Po prirodi stvari, neke skale, o kojima će kasnije biti riječi, kao skala stresnih događaja, nijesu mogle da budu zadate ispitanicima na nižem uzrastu, ne samo zato što je njihov doživljaj stresa i po intenzitetu i kvalitetu drugačiji već i zato što su realne mogućnosti da neke stresove dožive i percipiraju bile ograničene činjenicom da ih roditelji štite od stresova, prikrivaju ih ili amortizuju djeinstvo stresa na djecu (npr. materijalna lišavanja, pri čemu ta lišavanja prvenstveno iskuse roditelji i sl.). Osim toga, prosta je činjenica da je potrebno dostići određeni uzrast da bi se određeni stresovi mogli javiti (npr. stresovi povezani sa obavljanjem profesije, stresovi u braku, itd.). Is istih razloga nijesmo na mlađi uzrast primijenili niti Ajnzekov EPQ, jer smatramo da ta skala nije najprilagođenija za najmlađi uzrast.

Pored ostalog, niti skala zloupotrebe i zavisnosti od alkohola i drugih droga nije mogla biti primijenjena na mlađi uzrast od 12 do 18 godina, jer na tom uzrastu jednostavno nema alkoholičara, a vrlo su rijetki i oni koji pokazuju pretoksikomanske simptome.

S druge strane, neke skale koje su primijenjene na mlađi uzrast, na starijem djeluju gotovo anahronično (npr. skala stavova o pušenju i pije-
nju, skala znanja i skala stavova o marihuani).

Upitnik za mlade (uzrasta od 12 do 18 godina)

Prvi upitnik (Prilog br. 1) namijenjen je mladima od 12 do 18 godina. Pored identifikacionih podataka o polu, razredu, starosti, u prvom dijelu su sadržana pitanja o vremenskoj učestalosti pušenja cigareta (godišnje, mjesečno, nedjeljno, dnevno), brojnosit pušača među drugovima i drugaricama i stavovi roditelja prema pušenju.

Pored pitanja iz prvog bloka o pušenju, kada je riječ o pijenju, sadržana su i pitanja o vrsti pića, te informacije o postojanju, odnosno nepostojanju problema u školi, sa milicijom, u kući, tučama pod uticajem alkohola.

Treći dio obuhvata skalu znanja o pijenju koja sadrži 20 stavki sa binarnim odgovorima „tačno – netačno”.

Četvrti dio čini petostepena ordinalna skala asertivnosti mladih od 20 stavki.

Peti dio upitnika obuhvata ordinalnu petostepenu skalu stavova mladih prema pušenju i pijenju. Skala sadrži 22 tvrdnje, date i u pozitivnom i

u negativnom značenju. Ta skala nije sadržana u upitniku za mlade od 19 do 30 godina.

Šesti dio čini skala samopouzdanja koja sadrži 37 tvrdnji. Sastoji se od pet podskala samopouzdanja koja sadrži 37 tvrdnji raspoređenih u pet podskala: podskala samocijenjenja (tvrdnje od 1-1. do 1-9, kao i tvrdnja 2, odnosno 10 tvrdnji, prilog 1); *podskala zadovoljstva sobom* (sadrži tvrdnje od 3. do 7) *podskala podložnosti zloupotrebi* supstanci pod uticajem drugih (tvrdnje od 8. do 15); *podskala socijalne anksioznosti* (tvrdnje 16. i 17, te tvrdnje od 18-1. do 18-6); i, najzad, skala opšte podložnosti uticajima drugih (tvrdnje od 19-1. do 19-5, prilog 1).

Sedmi dio sadrži blok pitanja o socijalnoj upotrebi i zloupotrebi marihuane, identičan je bloku pitanja koji se odnosi na pušenje cigareta, s tim što se u slučaju traženja informacija o vremenskoj učestalosti ne traže podaci o količini kao kod pušenja cigareta.

Osmi i deveti dio zadati su samo ispitanicima mlađeg uzrasta od 12 do 18 godina i ne sadrži ih upitnik za mlade od 19 do 30 godina.

Osmi dio sadrži skalu znanja o marihuani od 10 tvrdnji, datu u binarnoj formi.

Deveti dio sadrži petostepenu skalu stavova o marihuani od 11 tvrdnji ordinalnog tipa.

Deseti dio čini blok pitanja o lijekovima za smirenje i spavanje. S obzirom na rasprostranjenost zloupotrebe ovih lijekova kao dopunskog narkotičnog sredstva, a nekad i kao glavnog, broj pitanja u ovom bloku je nešto veći nego kada je riječ o drugim psihoaktivnim supstancama, izuzev alkohola. Pored već uobičajenog pitanja o početku uzimanja sredstava za smirenje i spavanje (pod uslovom da ih je uzimao), od ispitanika se traži informacija o načinima nabavke, već poznatoj vremenskoj učestalosti, informacija o količini, izraženoj u tabletama, korišćenju alkohola uz tablete, traženju medicinske pomoći zbog trovanja ovim lijekovima, te najzad standardna dva zadnja pitanja o broju drugova i drugarica koji koriste lijekove za smirenje i spavanje, kao i stavovima roditelja prema zloupotrebi ovih sredstava od ispitanika. Valja napomenuti da je broj pitanja, njihov sadržaj i redosljed u ovom bloku identičan sa osmim blokom upitnika za mlade od 19 do 30 godina.

U jedanaestom dijelu sadržana su pitanja o uzimanju, početku uzimanja heroina, kao i vremenskoj učestalosti zloupotrebe heroina, te već pomenuta dva standardna pitanja o broju drugova i drugarica koji uzimaju heroin i o stavu roditelja. Ovaj blok pitanja sadrži pitanje o načinima uzimanja heroina i vrstama medicinske pomoći zbog problema povezanih sa uzimanjem heroina (vidjeti prilog 1).

Dvanaesti dio sadrži nešto skraćeni blok pitanja o uzimanju trozona, učestalosti uzimanja trozona i broju tableta ukoliko ispitanik zloupotrebljava trodon, zatim pitanja o uzimanju ili neuzimanju droge extasy, uče-

stalosti uzimanja ove droge, a ta ista pitanja odnose se i na uzimanje kokaina.

Sljedećim pitanjima u ovom bloku želi se saznati da li ispitanici uzimaju odnosno ne uzimaju amfetamin i efedrin, a posljednja dva se odnose na „duvanje”, odnosno „neduvanje” lijepaka i bronze i učestalosti uzimanja ovih psihoaktivnih supstanci.

Valja takođe napomenuti da je broj, sadržaj i redosljed jedanaestog i dvanaestog dijela ovog upitnika identičan devetom i desetom dijelu upitnika za mlade od 19 do 30 godina (uporedite priloge 1. i 2).

Trinaesti dio sastoji se od pitanja kojima se traže informacije o potpunosti porodične strukture i domaćinstva, te socijalnom porijeklu ispitanika. Zatim su traženi podaci o učestalosti pušenja i pijenja roditelja, odnosno broju braće i sestara koji puše i piju, te uzimanju sredstava za smirenje i spavanje i marihuane od strane roditelja, kao i braće i sestara. Takođe su mladi pitani o tome da li je u porodici bilo heroinskog zavisnika.

Četrnaesti, posljednji dio upitnika (prilog 1) sastoji se od pitanja o poremećajima ponašanja ispitanika u djetinjstvu i mladosti, prekršajnom i krivičnom kažnjavanju za eventualne prekršaje i krivična djela, te pitanja o školskom uspjehu i problemima u učenju.

Upitnik za mlade uzrasta od 19 do 30 godina

Drugi upitnik – upitnik za mlade od 19 do 30 godina (prilog br. 2) sadrži većinu pitanja prvog upitnika – upitnika za mlade od 12 do 18 godina.

Kao što smo malo ranije pomenuli, upitnik za mlade uzrasta od 19 do 30 godina uopšte ne sadrži ordinalnu petostepenu skalu stavova mladih prema pušenju i pijenju, koja ima 22 stavke (V dio upitnika za mlade od 12 do 18 godina), niti skalu znanja o marihuani sa 10 pitanja u binarnoj razdiobi (VIII dio upitnika – prilog 1), niti petostepenu ordinalnu skalu stavova mladih o pušenju marihuane sa 11 tvrdnji (uporediti priloge 1. i 2). Međutim, u upitniku za mlade starijeg uzrasta postoje osjetna proširenja koja se odnose na metode vaspitanja i emocionalne odnose roditelja prema ispitaniku (XX dio, prilog br. 2), na poseban upitnik skala stresnih događaja i Ajnzekov EPQ inventar ličnosti.

Poređenjem dva upitnika (vidjeti prilog 1. i 2) uočava se da je broj nezavisnih socijalno-demografskih i socioloških varijabli u drugom upitniku znatno veći. Dok je u upitniku za mlade od 12 do 18 godina svega dvije takve varijable (pol i starost) u upitniku za mlade starijeg uzrasta broj tih varijabli iznosi 16. To je donekle očekivano, ako se zna da mladi na nižem uzrastu ne mogu biti stalno zapošljeni, oženjeni, itd.

Treći dio upitnika za mlade starijeg uzrasta sadrži 24 pitanja (od 35. do 58. – prilog br. 2) koja se odnose na postojanje zloupotrebe i zavisnosti od alkohola i drugih droga, data u binarnoj formi. Taj set pitanja nemamo u upitniku za mlade od 12 do 18 godina.

Četvrti dio u upitniku za mlade starijeg uzrasta, koji sadrži skalu znanja o pušenju i pijenju, identičan je trećem dijelu u upitniku za mlade od 12 do 18 godina, a skala asertivnosti za mlade starijeg uzrasta, koja čini V dio, analogna je skali asertivnosti za učenike, izuzev što ne sadrži tvrdnje 13 i 18 iz upitnika za mlađi uzrast, prosto zato što se ove tvrdnje odnose na period osnovne i srednje škole koje su mladi starijeg uzrasta već prerasli.

Šesti dio, koji sadrži skalu samopouzdanja potpuno je identičan u broju, redosljedu tvrdnji i njihovom sadržaju skali samopouzdanja za mlađi uzrast, koja takođe obuhvta šesti dio upitnika.

U sedmom dijelu smješten je blok pitanja o marihuani i on je potpuno identičan bloku pitanja o marihuani za mlađi uzrast, koji takođe čini sadržaj sedmog dijela.

Kao što smo pomenuli, setovi pitanja o lijekovima za smirenje i spavanje i o heroinu čine sadržaj osmog i devetog dijela upitnika za mlade starijeg uzrasta, potpuno analognog desetom i jedanaestom dijelu iz upitnika za mlađi uzrast, dok je blok pitanja o trodonu, kokainu, amfetaminu, efedrinu i inhalansima, sadržan u desetom dijelu upitnika za mlade starijeg uzrasta, identičan dvanaestom dijelu upitnika za mlade od 12 do 18 godina (uporediti priloge 1. i 2).

Jedanaesti dio u upitniku za mlade od 19 do 30 godina koji se odnosi na informacije, o deficijentnosti porodične strukture i, naročito, o socijalnoj upotrebi i zloupotrebi psihoaktivnih supstanci od strane članova roditeljskih porodica, identičan je trinaestom dijelu iz upitnika za mlade od 12 do 18 godina.

Dvanaesti dio upitnika za mlade od 19 do 30 godina, sa izuzetkom pitanja 191 i 192, u cjelini je blok pitanja kojih nema u upitniku za mlade od 12 do 18 godina. Razlog zbog koga smo ova pitanja uključili samo u upitnik za odrasle, sadržan je i u saznanju da mladi na uzrastu osnovne škole ne mogu da imaju potrebnu emocionalnu i kritičku distancu prema roditeljima u pogledu metoda, vaspitanja, emocionalnih relacija i sl.

Ranije smo pomenuli da u upitniku za mlade nije sadržana deseto-stepena skala od 60 stresnih događaja. Pored svakog stresnog događaja, koji se potencijalno mogao desiti, od ispitanika je traženo da upiše vrijeme prvog javljanja stresnog događaja. Prisjetimo se ranijeg komentara da ova skala za ispitanike najmlađih uzrasta nije primjerena jer se zbog godina ispitanika pojedini događaji jednostavno nijesu mogli desiti.

Najzad, u upitniku za mlade nije prisutan ni Ajnzekov EPQ inventar ličnosti, koji u ovoj verziji takođe nije prilagođen za najmlađe uzraste. EPQ se sastoji od četiri podskale: podskale psihotizma, podskale neuroticizma, podskale ekstraverzije i podskale laži.

Uzorak

Što se samog uzorka tiče, kao teritorijalni okvir za izbor uzorka uzeta je cjelokupna teritorija Crne Gore. Na toj teritoriji, kao populacija iz koje se biraju finalne jedinice uzorka (osnovni skup), tretirani su učenici viših razreda osnovnih škola (počev od šestog), srednjoškolska omladina i ostala lica starijeg uzrasta, zaključno sa navršениh 30 godina starosti.

Uzorak je stratifikovan teritorijalno, starosno i po kriterijumu urbanosti naselja. Teritorijalna stratifikacija imala je za cilj da obezbijedi približno proporcionalnu zastupljenost područja u okviru kojih se može očekivati veći homogenitet ispitanika u pogledu ekonomskih, socioloških, i kulturnih kategorija.

Opštine su podijeljene u tri grupe (stratuma), pri čemu je najveći broj opština u prvom stratumu (sjeveroistočni dio), drugom (centralnom) stratumu pripadaju opštine Podgorica, Danilovgrad i Nikšić, dok treći stratum čine primorske opštine sa Cetinjem.

Drugi nivo stratifikacije na gradska i ostala naselja omogućava da se aproksimativno obezbijedi proporcionalna zastupljenost omladine urbanih i ruralnih sredina među kojima svakako postoje znatne razlike u pogledu dostupnosti i prijemčivosti prema pojedinim vrstama droge.

Konačno, potrebno je imati u vidu i različita ponašanja pojedinih starosnih grupa, koje je najlakše i najsigurnije odrediti podjelom na učenike osnovnih i srednjih škola i starije, odnosno uzrastima do 14, zatim od 15 do 18 godina i populaciju, starijih od 18 godina.

Kao što je već navedeno, sami ciljevi istraživanja diktirali su izradu dva nezavisna uzorka (prvi za populaciju do 18 godina i drugi za starije). Jedino što je zajedničko, definisano je izborom opština u kojima će se sprovesti istraživanje, zbog racionalnosti u pogledu kadrova, vremena i sredstava.

Veličina uzorka planirana je na oko 1200 učenika osnovnih i srednjih škola, odnosno lica starosti do 18 godina i uzorka od oko 600 lica starih od 19 do 30 godina, bez obzira na njihov status u pogledu aktivnosti.

Disproporcija u veličini uzorka za dvije starosne grupe proističe dijelom iz činjenice da je prva grupa znatno osjetljivija na iskušenja prvog kontakta a dijelom i zbog ograničenja koja postoje u pogledu materijalnih sredstava za sprovođenje istraživanja na terenu.

Realizovan je uzorak od 1246 učenika osnovnih i srednjih škola i 571 ispitanika starijeg od 18 godina. Odnos broja učenika osnovnih i srednjih škola planiran je u razmjeri 7:5 (700:500), dok je na terenu realizovan veoma bliski količnik (699:547).

Primijenjen je dvoetačni uzorak, radi smanjivanja troškova rada na terenu. Jedinice izbora prve etape su opštine, u kojima će se sprovoditi

anketa. U drugoj etapi birani se punktovi na kojima se vršilo anketiranje lica. Okvir za izbor jedinica prve etape je spisak opština Crne Gore, sa procijenjenim brojem stanovnika ciljne grupe (starih 12 do 30 godina).

Kao izvor podataka za pravljenje adresara jedinica druge etape bilo je potrebno više registara (registar škola, fakulteta, radnih organizacija, mjesnih zajednica i drugih).

Opštine su birane procedurom izbora sa vjerovatnoćama proporcionalnim veličini, mjerenoj brojem stanovnika ciljne grupe, bez ponavljanja, i to tako da su u svakom teritorijalnom stratumu birane po dvije opštine u kojima će se vršiti anketiranje.

Izabrane su opštine: Bijelo Polje, Andrijevica, Podgorica, Nikšić, Herceg–Novi i Bar (po dvije iz svakog teritorijalnog stratuma).

Primijenjen je sistem ocjenjivanja koji odgovara uzorku jedinica izabranih procedurom SRSWOR (sa jednakim vjerovatnoćama, bez vraćanja). Ocjene proporcija za pojedine stratumne jednake su mjerama istih veličina na realizovanom uzorku, dok se ocjene totala i prosjeka za istu teritoriju dobijene ekspanzijom brojem stanovnika ciljne grupe sa date teritorije. Takođe su i ocjene na višem nivou formirane na bazi neponderisanih uzoračkih sredina.

Reprezentativnost uzorka možemo sagledati poređenjem struktura realizovanih na uzorku, sa odgovarajućim parametrima osnovnog skupa.

Tako je, na primjer u uzorku učenika osnovnih škola, zastupljenost učenika seoskih škola 179 od ukupno 699 učenika ili 25,7%, dok procenat zastupljenosti seoske djece tog uzrasta u samoj populaciji iznosi 40,5%. Razlika je prihvatljiva, s obzirom na činjenicu da znatan broj učenika iz seoskih (vangradskih naselja) gravitira bliskim gradskim centrima.

Situacija je jasnija kad se ima u vidu da je takvo poređenje već u srednjim školama nemoguće, pošto van opštinskih centara (a to su isključivo gradovi) nema srednjih škola.

U uzorku lica starijih od 18 godina, tip naselja je striktno poštovan za kontingente poljoprivrednika i domaćica, dok se za studente, zapošljene i lica koja traže posao, ta proporcionalnost realizovala kroz slučajnost izbora finalnih jedinica na fakultetima, radnim organizacijama i biroima za zapošljavanje, koji postoje u naseljima gradskog tipa.

Reprezentativnost po godinama starosti za učenike osnovnih i srednjih škola nije bilo teško postići, pošto je planom uzorka predviđena jednaka zastupljenost svih razreda u okviru nivoa škole.

Za uzorak lica starijih od 18 godina, zastupljenost grupe od 19–24 godine iznosi 241 lice (42,2%), a onih sa 25–30 godina ima 330 (57,8%). U samoj populaciji ovaj odnos je približno 1:1. Slično je i sa polnom strukturom, pošto su žene zastupljene sa 248 (43,4%) anketiranih a muškarci sa 323 (56,6%).

Obrazovna struktura ispitanika može se smatrati zadovoljavajućom, s obzirom da se ne radi o kvotnom, već o slučajnom uzorku. Najveće odstupanje je zabilježeno kod lica sa završenom srednjom školom, kojih u uzorku ima 298, odnosno 52,2%, dok ih je u populaciji 62,5%. Potcijenjeno je takođe učešće lica sa završenom osnovnom školom – u uzorku ih je 101, odnosno 17,7 %, umjesto 26,1 % koliko ih ima u osnovnom skupu. Za 8,3% precijenjeno je učešće višeg obrazovanja, za 6,4 % visokog, kao i nepotpunog osnovnog obrazovanja (za 4%).

Lica koja obavljaju zanimanje ima u uzorku 259, odnosno 53,2% a u populaciji 41,9%. Nezaposlenih je 192 (34,7%), dok je u osnovnom skupu taj procenat 30,9%. Modalitet „na prinudnom odmoru”, koji ne postoji u ranijim istraživanjima (Popis 1991. i ostala), donekle objašnjava ove razlike.

Strukture ispitanika u pogledu zanimanja ne mogu se porediti sa odgovarajućim iz Popisa, pošto obrada zanimanja po starosnim grupama nije vršena. Jedino je uočljivo da obrada ovog obilježja daje pravu sliku izdržavanih lica (8,1% domaćica i 14,1% učenika – studenata, za 0,1% se razlikuje od broja izdržavanih lica, prema Popisu).

Neki metodološki problemi terenskog istraživanja

Terensko istraživanje je sprovedeno od novembra 1999. godine do aprila 2000. godine. U tom periodu praktično su sprovedena dva istraživanja na dva nezavisna uzorka. Istraživanjima su prethodila pilot istraživanja u cilju poboljšanja određenih pitanja, naročito kada je riječ o epidemiološkim djelovima oba upitnika. Npr., iako smo na osnovu kliničkog iskustva istraživača (Stojović, Knežević–Tasić) imali relativno cjelovita saznanja o najčešćim drogama koje mladi na području Crne Gore zloupotrebljavaju i, donekle, o vremenskoj učestalosti, pilot–istraživanje nam je pomoglo da nađemo pravu mjeru u pogledu izbora psihoaktivnih supstanci i, naročito, vremenske učestalosti njihovog korišćenja.

Konačnu reviziju oba instrumenta izvršili smo poslije temeljne analize rezultata dva pilot–istraživanja, koja su početa i završena oktobra 1999. godine. Budući da su ostali značajni djelovi upitnika manje ili više standardizovani i provjereni u drugim istraživanjima, kao, npr. skala asertivnosti, samopouzdanja, EPQ, skale znanja i stavova o pušenju, pijenju i marihuani. To nije slučaj sa skalom stresnih događaja, koja je dijelom preuzeta iz istraživanja prof. dr Jelene Vlajković, dok je izvjestan broj stresnih događaja dopunjen. Rezultati pilot–istraživanja bili su nam dragocjeni, jer su nam ukazali za koja još tematska područja treba vezati stresne događaje.

Terensko istraživanje sprovedeno je u šest gradova: Bijelom polju i Andrijevići u Sjevernom, Podgorici i Nikšiću u Srednjem i Herceg Novom i Baru u Južnom regionu Crne Gore.

Istraživanje na prvom uzorku osnovnoškolske i srednjoškolske omladine sprovedeno je u 11 osnovnih i 10 srednjih škola.* Sa istraživanjem je otpočeto u prvoj polovini oktobra, a završeno je krajem decembra iste godine.

Istraživanje je na terenu realizovalo sedam anketara, od čega su većina bili ljekari.

Terenskom istraživanju prethodio je kratak kurs, na kome se sa anketarima analizirao sadržaj pitanja. Tom prilikom su sva nedovoljno jasna mjesta u upitnicima temeljno diskutovana, a zatim su anketari dobili spisak sa školama i razredima u kojima će se izvršiti istraživanje, sačinjen na osnovu detaljnog plan realizacije izabranih istraživačkih uzoraka. Anketari su dobili i detaljne instrukcije o zamjeni odjeljenja u datoj školi ukoliko iz bilo kojih razloga dođe do odbijanja saradnje od strane razrednog starješine da se anketiranje sprovede u određenom odjeljenju ili ukoliko direktor škole odbije da se istraživanje uopšte sprovede u datoj školi, kao i u slučajevima kada je dio učenika datog odjeljenja na određeno vrijeme odsutan (npr. epidemije, ekskurzije i sl.). U tim slučajevima jedno odjeljenje je zamjenjivano drugim, susjednim, a škola takođe najbližom susjednom školom, po mogućnosti istog ili sličnog profila, ukoliko je riječ o srednjoj školi.

U odjeljenjima nekih škola bilo je nekada prosječno manje od 30 učenika. U tom slučaju vršena je dopuna onim odjeljenjem u kome je relativno najveći procenat neispunjenja kvote za dati razred osnovnoškolskog ili srednjoškolskog uzrasta. Najčešće je opet birano sljedeće odjeljenje, ali pošto u takvim slučajevima nije bilo uvijek moguće izabrati sljedeće odjeljenje, jer su određeni razredi u određenoj godini školovanja već bili obuhvaćeni istraživanjem, birana je susjedna škola po ranije navedenom principu (npr. drugi iz srednje mašinske, drugim iz srednje mašinske u istom gradu ili regionu). Takvih slučajeva dopune bilo je oko 10% na nivou cjelokupog uzorka mladih od 12 do 18 godina i to procentualno više u srednjim nego u osnovnim školama.

Upitnik je popunjavan grupno. Anketari su pružali osnovne informacije o načinu popunjavanja upitnika, ističući da je anketa anonimna i da se zato ispitanici ne trebaju potpisivati. Prilikom pružanja informacija o načinu odgovaranja na pitanja i na skalama, anketari su naročito nastojali

* Od jedanaest osnovnih škola, četiri su bile na području opštine Bijelo Polje, tri Podgorice, dvije Nikšića i dvije Herceg Novog. Od deset srednjih škola jedna je bila sa područja opštine Bijelo Polje, dvije sa područja opštine Andrijevića, tri iz Podgorice, dvije iz Nikšića i dvije iz Bara. Relativno neravnomjerna distribucija osnovnoškolskih i srednjoškolskih ustanova po opštinama korigovana je brojem učenika u pojedinim školama.

da na bilo koji način ne budu sugestibilni, što je posebno izražena opasnost na ovim uzrastima. S obzirom na obimnost upitnika prosječno popunjavanje je trajalo oko jedan školski čas. Na osnovnoškolskom uzrastu to vrijeme je bilo nešto duže, a na srednjoškolskom nešto kraće od jednog časa. Valja napomenuti da su u određenim slučajevima, naročito kada je bila riječ o pitanjima vezanim za zloupotrebu droga, ispitanici bili skloni da preskoče odgovore. To se može tumačiti ili željom da se prikrije eventualno socijalno uzimanje droge ili, jednostavno, nezainteresovanošću, zamorom i sl. Procenat takvih slučajeva nije u cjelini veliki, ali nije zanemarljiv. Najčešće su davani nesistematski odgovori na skali stresnih događaja.

Saradnja sa ispitanicima bila je sasvim zadovoljavajuća.

Odbijanje iz bilo kojih razloga da se grupno ispune upitnici bilo je vrlo malo i nije iznosilo više od nekoliko procenta. Ispitanici i na najnižim uzrastima dobro su razumijevali značenja pojedinih tvrdnji, ali se ipak može primijetiti da je broj preskočenih odgovora na neke značajne grupe pitanja iznad očekivanog. Najčešće se dešavalo da nijesu popunjavana pitanja u bloku. Očigledno je bila namjera da se izbjegnu iz bilo kojih razloga „neprijatna” pitanja, možda iz neobjašnjive bojazni da mogu biti identifikovani kao socijalni korisnici psihoaktivnih supstanci. Da li je na ove bojazni od razotkrivanja uticao i relativno jak kolektivni *super-ego* u ovoj sredini, teško je reći. Međutim, tu znatnu bojazan, koja nije imala nikakvog realnog utemeljenja, najprije time možemo objasniti.

Uzorak mladih od 19 do 30 godina sačinjava 571 ispitanik. Kada je riječ o kvotama, o čemu je posebno raspravljano u dijelu u kome se opisuje uzorak, nastojali smo da u uzorku održimo proporcije kvota stanovništva Crne Gore od 19 do 30 godina u pogledu odnosa zapošljenih u društvenom i privatnom sektoru, relativno približnog obrazovanja i godina starosti, udjela nezapošljenih i zapošljenih, domaćica, studenata i poljoprivrednika, aktivnog i izdržavanog stanovništva u okviru ove starosne grupacije crnogorskog stanovništva.

Kada je riječ o zanimanju, nastojali smo da dobijemo što šarolikiju strukturu zanimanja time što su anketari obuhvatili veliki broj društvenih i privatnih preduzeća – ukupno 45. Uvođenjem kvota i za zanimanje inače složena struktura uzorka postala bi još složenija, a time veoma teška za realizaciju na terenu. Istraživanje je sprovedeno od januara do juna 2000. godine u sljedećih 6 gradova: Bijelo Polje, Berane, Podgorica, Nikšić, Nerceg Novi i Bar. Riječ je o istim gradovima u kojima su obuhvaćeni mladi od 12 do 18 godina, sa izuzetkom Berana, koje je „zamijenilo” Andrijevicu. Iako je broj ispitanika manji, istraživanje je trajalo duže zbog velike disperzivnosti uzorka (45 randih organizacija), znatnog broja domaćinstava, kao i zbog okolnosti da je procenat ispitanika koji su odbili da popune upitnik bio osjetno veći – 30%. To se može vjerovatno obja-

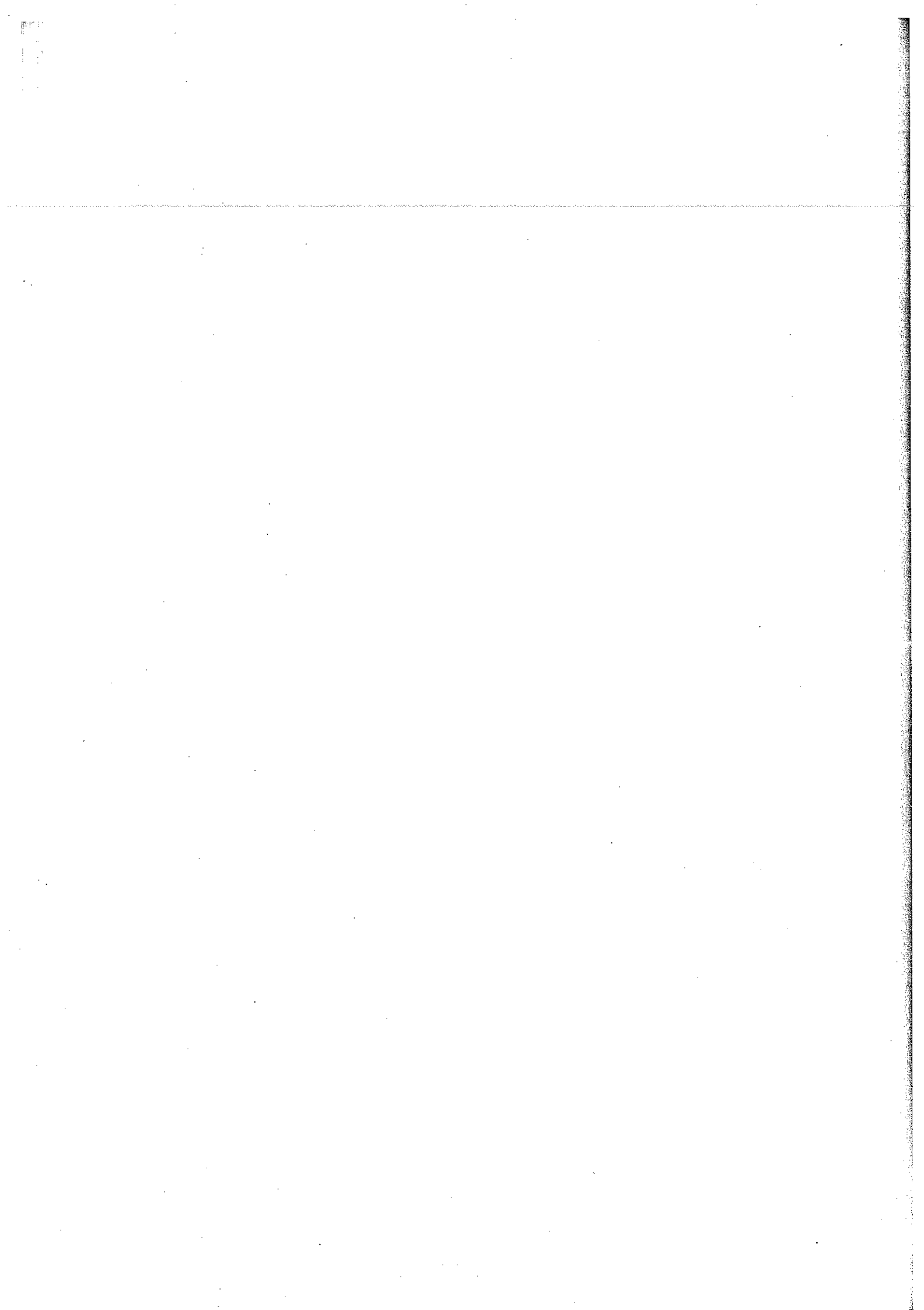
sniti velikim obimom upitnika, ali i strahom ispitanika da značajni podaci o vlastitom ponašanju na neki način ne dospiju u javnost. Ta bojazan je izgleda bila važan faktor jer su mnogi iskazivali nepovjerenje, bez obzira što se nijesu potpisivali i što su dobili dodatna uvjerenja da nijedan podatak neće biti u naučnoj obradi i analizi iskorišćen tako da se zna na koga se odnosi i od koga je dobijen.

Budući da je upitnik za mlade starijeg uzrasta znatno obimniji od upitnika za mlade od 12 do 18 godina, ispunjavanje upitnika trajalo je prosječno 55 minuta. Obrazovaniji su upitnik popunjavali u prosjeku za oko 45 minuta, a neobrazovani – oni sa nepotpunom osnovnom i osnovnom školom za 65 minuta. Anketari su davali samo osnovne informacije, vezane za tehniku popunjavanja upitnika, izbjegavajući svaku sugestibilnost.

Popunjavanje upitnika odvijalo se u zatvorenim posebnim prostorijama, u kojima je obično bilo dva, tri do pet ispitanika iz preduzeća – ustanove. U domaćinstvima uvijek smo uzimali samo jednog ispitanika, sa kojim je razgovarano ili u posebnoj prostoriji ili, kada to nije bilo moguće, u zasebnom dijelu prostorije. Dakle, u domaćinstvima upitnik je popunjavan putem intervjua. Samo jedan ispitanik je biran prema unaprijed utvrđenim kvotama koje je precizno dobio svaki anketar.

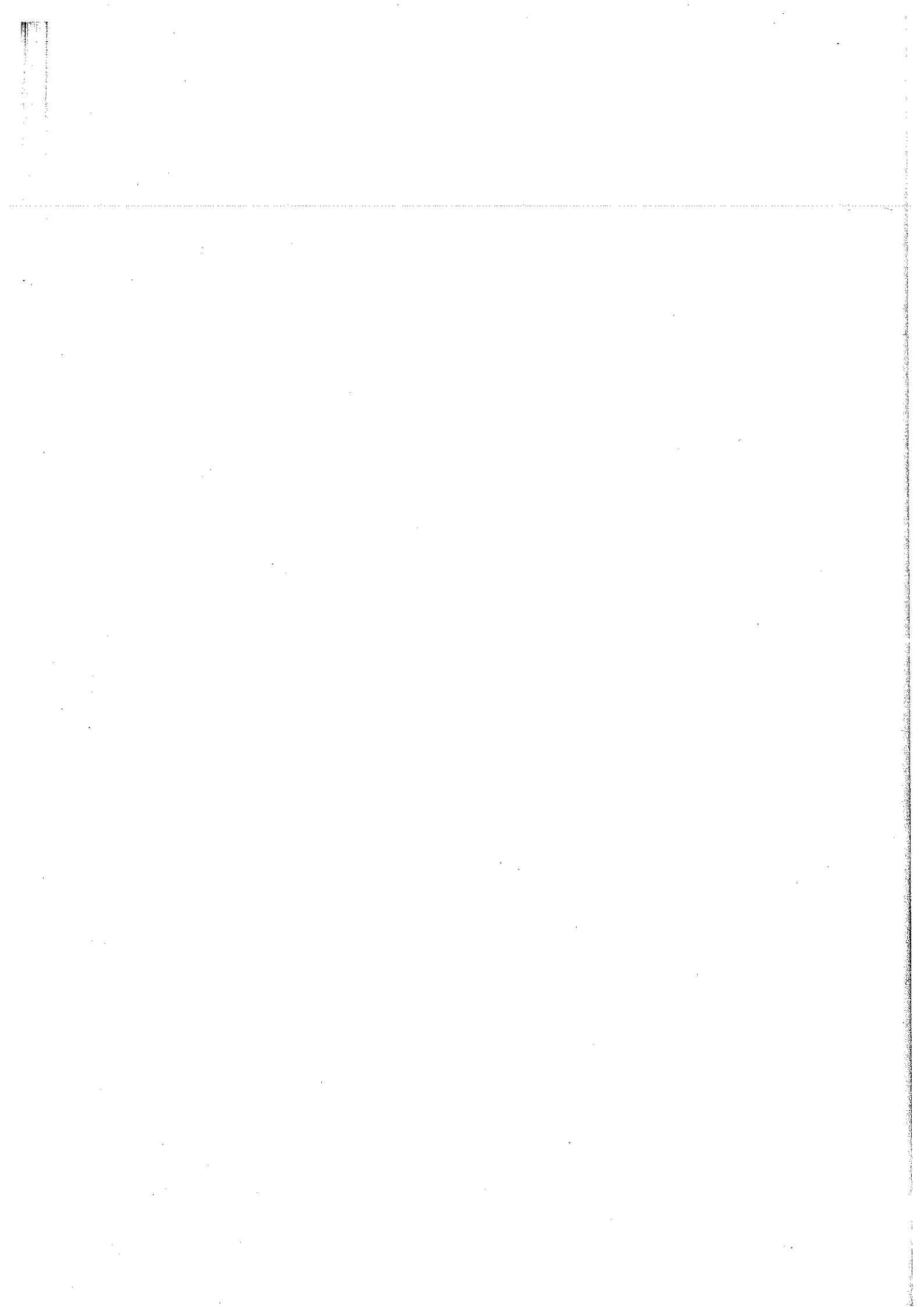
Prema očekivanju, odbijanje je bilo veće u domaćinstvima nego u radnim organizacijama. To je i očekivano jer je očuvanje anonimnosti, bar prema bojaznima ispitanika, bilo neizvesnije kada je anketar lako mogao identifikovati pojedinačnog ispitanika prema domaćinstvu koje je posjetio.

Na kraju ovih napomena u vezi terenskog istraživanja, valja napomenuti da je riječ o jednom od najvećih epidemioloških istraživanja sprovedenih u Jugoslaviji ove vrste, a svakako najvećim u Crnoj Gori, kojim je prikupljeno oko 700.000 podataka.



REZULTATI ISTRAŽIVANJA

Epidemiološka slika upotrebe, zloupotrebe i zavisnosti od
psihoaktivnih supstanci među mladima Crne Gore



EPIDEMIOLOŠKA SLIKA UPOTREBE, ZLOUPOTREBE I ZAVISNOSTI OD PSIHOAKTIVNIH SUPSTANCI MEĐU MLADIMA CRNE GORE

Prvi cilj našeg istraživanja jeste sagledavanje raširenosti upotrebe i potrebe psihoaktivnih supstanci, koji uključuje istraživanje učestalopotrebe i zloupotrebe, fazu u razvoju zavisnosti, istraživanje raširenloupotrebe kombinovanih psihoaktivnih supstanci, te formiranje klacije zavisnosti preko optimalnog faktorskog skora zavisnosti i fornja klasifikacije, uzimajući u obzir vrste droge koje ispitanici upotreavaju i zloupotrebljavaju.

Na početku ovog epidemiološkog prikaza, odmah se javila posebna idološka dilema: kako prikazivati rezultate? Da li za svaki uzorak po ili sintetizovane rezultate za oba uzorka prikazati objedinjeno? Već snovu elementarne analize mogle su se uočiti značajne kvalitativne ke među uzorcima, zbog čega ih je potrebno najprije odvojeno analitretirati, što, svakako, ne isključuje i zajednički, sintetički prikaz iko je riječ o istim pitanjima i odgovorima, ili ukoliko se podaci odna samo jedan uzorak.

Sada ćemo prezentovati epidemiološke podatke za pojedine vrste psitivnih supstanci, najprije za svaki uzorak posebno, a zatim i skupno.

Duvan

Od 1246 učenika osnovnih i srednjih škola 342 (27,4%) izjavilo je pušilo cigarete, a 899 (72,2%) da nije.

U posljednjih mjesec dana pušilo je 178 (14,28%), a u posljednjih elju dana 141 (11,3%), dok je dan uoči sprovođenja ankete pušilo (9%).

Zanimljivo je napomenuti da je na pitanje o učestalosti pušenja du- (vidjeti pitanje I-9, upitnika za mlade od 12 do 18 godina), njih % odgovorilo da nikada nije pušilo, a u odgovoru na ranije interpreti- pitanje (I-1, istog upitnika, vidjeti prilog) kao što smo već naveli, vorilo je 72,2%. Na pitanje I - 9 ukupno je 9,7% ispitanika odgovo- la je pušilo nekoliko puta nedjeljno i svaki dan, dok je taj procenat u vorima na pitanja I-5 i I-7, bio veći.

U prosjeku, učenici crnogorskih osnovnih i srednjih škola počinju s ijem sa 13 godina i 3 mjeseca. Distribucija je pomjerena prema starijim iama (u 15. i 16. godini počinje najveći broj - 34,6%). Između 12. i 17. e počinje blizu 70%, a između 15. i 16. godine polovina od tog bro- eđutim, zabrinjava i činjenica da 1/4 počinje prije 11. godine života.

Jedan od značajnih indikatora upotrebe i zloupotrebe određenih psi- tivnih supstanci je i procjena ispitanika o tome koliko njihovih dru-

gova i drugarica upotrebljava ili zloupotrebljava datu supstancu. Ispitanci koji intenzivnije i češće zloupotrebljavaju određenu psihoaktivnu supstancu skloniji su da uvećaju stvarni broj drugova i drugarica koji tu supstancu koriste. Osnovna znanja iz socijalne psihologije mogu nam pružiti ubjedljiva objašnjenja ove pojave (12). Naime, svako atipično ponašanje pojedinca ili grupe, ma koliko bili realno uvjereni u ličnu ili grupnu opravdanost takvog ponašanja, izaziva bojazan od negativne reakcije okoline. Ta svjesna ili nesvjesna bojazan mehanizmima negiranja, racionalizacije i projekcije biva ublažena. „Svi od mene više puše „Meni pušenje ne smeta, smeta drugima” itd.). Pojedini istraživači (27) ističu da pitanje o broju drugarica i drugova koji puše u adolescentnoj populaciji može biti dobar indirektni pokazatelj raširenosti zloupotrebe. Međutim, valja imati u vidu da istovremeno može biti riječ o jednostavnoj činjenici da oni koji zloupotrebljavaju psihoaktivne supstance sa većom učestalošću i u većim količinama biraju samo takvo društvo koje ih u takvim adiktivnim ponašanjima prati, jer se o tome da li je više drugova i drugarica koji zloupotrebljavaju psihoaktivne supstance obično zaključuje na osnovu pomalo arbitrarnih kvalitativnih obilježja. Kada je riječ o našem uzorku izgleda da su mladi ipak bili skloni da malo uvećaju broj drugova i drugarica koji puše, jer je samo 369 ili 29,6% izjavilo da njihovi drugovi i drugarice ne puše; da puše jedan ili dva, izjavilo je 146 ili 11,71%, nekoliko, 390 (31,30%), većina, 281 (22,55%) i svi, 31 (2,48%).

Odavno je poznato da stavovi roditelja prema korišćenju ili zloupotrebi psihoaktivnih supstanci utiču i na pozitivan i na negativan stav prema upotrebi ili zloupotrebi kod njihove djece (13, 14, 15, 16). U našem uzorku samo je 99 učenika osnovnih i srednjih škola (7,94%) izjavilo da se njihovi roditelji nimalo ne bi ljutili kada bi saznali da njihova djeca puše duvan, a 570 (45,74%) je izjavilo da bi se roditelji ljutili, dok je čak 540 (43,33%) izjavilo da bi njihovi roditelji bili jako bijesni kada bi saznali da im djeca puše.

Da li postoje neke značajnije razlike kada se navedeni epidemiološki podaci sagledaju u svjetlu polnih razlika.

Zanimljivo je napomenuti da dječaci crnogorskih osnovnih i srednjih škola nijesu značajno češće pušili nego djevojčice, posmatrano u cjelini. Značajnost od 0,07 je još ispod donje granice od 0,05. Od broja onih koji puše, 74,1% djevojčica ne puši, a 69,3% dječaka.*

Dječaci počinju znatno ranije da puše nego djevojčice? Tako je 24,5% dječaka počelo da puši do 10. godine, a 15% djevojčica. Od 11. do 14. godine prvi put je pušilo duvan 47,4% dječaka, a 23,3% djevojčica. Najzad, prvo iskustvo sa duvanom imalo je 27,9% mladića i 61,6% dje-

* Ako nije posebno naznačeno, procenat se izračunava od broja onih koji upotrebljavaju (odnosno ne upotrebljavaju određenu psihoaktivnu supstancu, a ne od ukupnog uzorka ispitanika).

vojaka od 15 do 18 godina. Razlika među polovima statistički je visoko značajna ($X^2 = 55,95$, BSS = 15, $p = 0,000$).

U pogledu učestalosti pušenja u posljednjih mjesec dana prije anketiranja između dječaka i djevojčica u crnogorskim osnovnim i srednjim školama nema statistički značajnih razlika ($X^2 = 0,19$, BSS = 1, $p = 0,66$). Od učenika koji su u posljednjih mjesec dana pušili, do 10 cigareta je popušilo 39,6% dječaka, a 69,7% djevojčica; od 10 do 20 cigareta popušilo je 27,1% dječaka i 19,7% djevojčica, a preko 20 cigareta 33,3% dječaka i 17,8% djevojčica. U pogledu količina popušanih cigareta u posljednjih mjesec dana među polovima ne postoje statistički značajne razlike ($X^2 = 23,21$, BSS = 1, $p = 0,27$).

Dječaci i djevojčice se ne razlikuju ni u pogledu učestalosti pušenja u posljednjih nedjelju dana ($X^2 = 1,02$, BSS = 0,1, $p = 0,31$), kao ni u pogledu količine popušanih cigareta ($X^2 = 20,10$, BSS = 19, $p = 0,38$). Isto tako, između dječaka i djevojčica ne postoje statistički značajne razlike u pogledu učestalosti pušenja dan uoči popunjavanja ove ankete ($X^2 = 0,62$, BSS = 1, $p = 0,43$), kao ni u pogledu količine popušanih cigareta dan uoči ankete ($X^2 = 12,13$, BSS = 16, $p = 0,73$). Međutim, u pogledu zbirne procjene učestalosti pušenja u toku mjeseca, nedjelje ili svakodnevnog pušenja postoje statistički značajne razlike. Značajno više dječaka puši nekoliko puta nedjeljno (7,9%), odnosno svakodnevno (11,5%), nego djevojčica, koje nekoliko puta nedjeljno puše u 5,8% a svakodnevno u 6,4% slučajeva ($X^2 = 14,03$, BSS = 4, $p = 0,007$). Zanimljivo je da je veći broj djevojčica nego dječaka procijenio da većina ili sve njihove drugarice puše, iako objektivno nije tako. Ukupno je 28,4% djevojčica istaklo da većina ili sve njihove drugarice (drugovi) puše, a 23% dječaka ($X^2 = 9,90$, BSS = 4, $p = 0,04$). Vrijednost X^2 je na granici značajnosti. Vjerovatno je da su djevojčice sklonije da precijene broj drugarica koje puše nego dječaci, nešto zbog racionalizacije i projekcije, a nešto zbog veće emocionalnosti i time nešto manje kritičnosti u prosuđivanju adiktivnih osobina svojih vršnjačkih grupa.

Najzad, u pogledu stava roditelja prema pušenju djevojčica odnosno dječaka (tabela 8) jasno se uočava patrijarhalni mentalitet. Naime, 11,8% roditelja dječaka ne bi se ljutili kada bi saznali da njihovi sinovi puše, a svega je takvih roditelja 5,4% kada su u pitanju njihove kćerke. S druge strane, 40,8% roditelja dječaka bili bi jako bijesni na saznanje da im sinovi puše, a 47,6% kada bi saznali da su to kćerke. Razlike su statistički visoko značajne ($X^2 = 16,93$, BSS = 0,2, $p = 0,000$).

Tabela 8. – Stavovi roditelja prema pušenju i polu učenika

Stavovi roditelja po mišljenju učenika	Pol učenika		
	Muški	Ženski	Ukupno
Ne bi se nimalo ljutili kada bi saznali da pušim	61,0	34,0	95,0
	11,8	5,4	8,3
	64,2	35,8	
Ljutili bi se	244,0	294,0	538,0
	47,4	47,0	47,2
	45,4		
Bili bi jako bijesni	210,0	298,0	508,0
	40,8	47,6	44,5
	41,3	58,7	
Ukupno	515,0	626,0	1141,0
	45,1	54,9	

Za 205 ispitanika odgovori nijesu poznati.

$$X^2 = 16,93$$

$$BSS = 2$$

$$p = 0,000$$

Epidemiološka slika pušenja mladih bitno je drugačija ako se mladi posmatraju prema stupnju školovanja, a ne po polu. Prema očekivanju, među učenicima osnovnih škola je 15,7%, a među učenicima srednjih 42,9% onih koji su pušili ili puše. Razlika među učenicima osnovnih i srednjih škola u pogledu iskustva sa pušenjem duvana statistički je visoko značajna ($X^2 = 111,48$, $BSS = 1$, $p = 0,000$)

Učenici osnovnih škola značajno češće prva iskustva sa duvanom stiču na nižem uzrastu nego učenici srednjih škola. Od onih koji su pušili ili puše 41,2% učenika osnovnih škola je prvo iskustvo sa duvanom imalo prije 10-te godine, a samo 9,5% učenika srednjih škola. Od 11 do 14 godina prva iskustva sa duvanom je imalo 51,9% učenika osnovnih škola, a 27,5% srednjih. S druge strane, poslije 14-te godine počelo je sa pušenjem 63% učenika srednjih škola, a 6,8% osnovnih. Razlika među grupama statistički je visoko značajna ($X^2 = 113,99$, $BSS = 15$, $p = 0,000$).

U posljednjih mjesec dana prije sprovođenja ove ankete pušilo je 4,1% učenika osnovnih škola i 27,9% srednjih. Nije pušilo 95,8% učenika osnovnih i 72,1% srednjih škola. Učenici srednjih škola značajno su češće bili pušači posljednjih mjesec dana prije anketiranja ($X^2 = 134,28$, $BSS = 1$, $p = 0,000$). Podjednak broj učenika osnovnih i srednjih škola je u posljednjih mjesec dana popušio po 10 cigareta – 50%, od 11 do 20 cigareta pušilo je 35% učenika osnovnih i 22,2% učenika srednjih škola. U posljednjih mjesec dana prije sprovođenja ankete više od 20 cigareta popušilo je 15% učenika osnovnih i 28% srednjih škola. Učenici srednjih škola su u toku prethodnog mjeseca popušili značajno više cigareta nego učenici osnovnih, ali razlika jedva dostiže stepen statističke značajnosti ($X^2 = 31,46$, $BSS = 20$, $p = 0,04$).

U posljednjih nedjelju dana prije sprovođenja ankete pušilo je 3,2% učenika osnovnih i 22,3% srednjih škola. Razlika među grupama je statistički visoko značajna ($X^2 = 106,70$, BSS = 1, $p = 0,000$) „u korist” učenika srednjih škola. Do 10 cigareta u posljednju nedjelju dana pušilo je 78,7% učenika osnovnih i 53,3% srednjih škola; od 11 do 20 cigareta 14,3% učenika osnovnih i 15,6% srednjih škola, dok je preko 20 cigareta pušilo 7,3% učenika osnovnih i 36,4% učenika srednjih škola. Razlika je statistički značajna na nivou 0,05.

Dan uoči istraživanja pušilo je 2,0% učenika osnovnih i 18,6% srednjih škola, a nije pušilo 98% učenika osnovnih i 81,4% učenika srednjih škola. Razlika među grupama statistički je visoko značajna ($X^2 = 96,20$, BSS = 1, $p = 0,000$). Do 10 cigareta dan prije anketiranja popušilo je 70% učenika osnovnih i 60% učenika srednjih škola; od 11 do 20 cigareta 30% učenika osnovnih 26,7% učenika srednjih škola, a preko 20 cigareta – 11% učenika srednjih škola. Razlike među grupama ne dostižu stepen statističke značajnosti, iako su blizu značajnosti na nivou 0,05).

Prema sumarnoj procjeni samih učenika, učenici osnovnih škola značajno rjeđe puše od učenika srednjih škola. Tako 24,11% učenika srednjih škola puše nekoliko puta nedjeljno ili svaki dan, a 8,1% učenika osnovnih škola. S druge strane, 88,2% učenika osnovnih škola nikada nije pušilo prema 63,2% učenika srednjih škola. Kao što se vidi, razlika je statistički visoko značajna – na nivou 0,000.

Takođe se zapaža da su oni koji relativno češće puše, češće okruženi drugovima i drugaricama, koji takođe puše (tab. 9). Iz tabele 9. vidi se da je 47,4% učenika srednjih škola izjavilo da većina ili svi njihovi drugovi i drugarice puše, a samo 8,4% učenika osnovnih škola, dok je 50,2% učenika osnovnih škola izjavilo da im nijedan drug ili drugarica ne puši, a svega 5,2% učenika srednjih škola. Razlike su statistički veoma visoko značajne ($X^2 = 412,17$, BSS = 4, $p = 0,000$).

Tabela 9. – Broj drugova i drugarica koji prema izjavama učenika crnogorskih osnovnih i srednjih škola puše

Broj drugova i drugarica koji puše	Učenici osnovnih i srednjih škola		
	Učenici osnovnih škola	Učenici srednjih škola	Ukupno
Nijedan (na)	341,0	28,0	369,0
	50,2	5,2	
	92,4	7,6	
Jedan ili dva (dvije)	105,0	41,0	146,0
	15,5	7,6	12,0
	71,9	28,1	
Nekoliko	176,0	214,0	390,0
	25,9	39,8	32,0
	45,1	54,9	
Većina	52,0	229,0	281,0
	7,7	42,6	23,1
	18,5	81,5	
Svi	5,0	26,0	31,0
	0,7	4,8	2,5
	16,1	83,9	
Ukupno	679,0	538,0	1217,0
	55,8	44,2	

Bez odgovora 29 ispitanika

$$X^2 = 412,17$$

$$\text{Za BSS} = 4$$

$$p = 0,000$$

$$C = 0,503$$

$$\text{Kramerov } V = 0,582$$

$$F_i = 0,582$$

Najzad, negativna reakcija roditelja, kao refleksija opšte negativne socijalne reakcije prema korišćenju bilo koje psihoaktivne supstance, pa i duvana, najnegativnija je kada je koriste mladi na najnižim uzrastima (tab. 10), Dok bi 56,2% učenika osnovnih škola bili jako bijesni kada bi saznali da njihova djeca puše, dotle je taj procenat za učenike srednjih škola 29,9%. Svega 2,5% učenika osnovnih škola smatraju da bi se njihovi roditelji ljutili kada bi saznali da puše, dok to isto smatra 15,4% učenika srednjih škola. Razlika među učenicima osnovnih i srednjih škola statistički je visoko značajna ($X^2 = 117,99$, za BSS = 2, $p = 0,000$).

U uzorku starijih (od 19 do 30 godina 342 (59,89) imalo je iskustva sa pušenjem duvana. Od broja onih koji su to iskustvo stekli 68% su mladići, a 56% djevojke. Mladići su značajno češće imali iskustva sa pušenjem duvana ($X^2 = 8,82$, sa BSS = 1, $p = 0,000$).

Tabela 10. – Stavovi roditelja prema pušenju učenika osnovnih i srednjih škola u Crnoj Gori

Stavovi roditelja	Učenici osnovnih i srednjih škola		
	Učenici osnovnih škola	Učenici srednjih škola	Ukupno
Roditelji se nimalo ne bi ljutili kada bi saznali da pušim	17,0	82,0	99,0
	2,5	15,4	8,2
	17,2	82,8	
Ljutili bi se	280,0	290,0	570,0
	41,3	54,6	47,1
	49,1	50,9	
Bili bi veoma bijesni	381,0	159,0	540,0
	56,2	29,9	44,7
	70,6	29,4	
Ukupno	678,0	531,0	1209,0
	56,1	43,9	100,0

$$X^2 = 117,99$$

$$C = 0,298$$

$$\text{za BSS} = 2$$

$$\text{Kramerov } V = 0,312$$

$$p = 0,000$$

$$Fi = 0,312$$

Bez odgovora 37 ispitanika

Starija generacija mladih prva iskustva sa pušenjem duvana ima prosječno znatno kasnije – sa 16 godina i 5 mjeseci, dok su mladi od 12 do 18 godina prvi put pušili cigarete duvana sa 13 godina i 3 mjeseca, odnosno prosječno više od 3 godine ranije. I ovi podaci još jednom potvrđuju ranije iznijetu pretpostavku da novije generacije mladih prva iskustva sa psihoaktivnim supstancama stižu na sve nižim uzrastima.

Kada je riječ o polnim razlikama, valja istaći da je 2,4% djevojaka (od broja onih koje puše) prvo iskustvo sa pušenjem duvana steklo do navršene 10. godine života, a 8,9% mladića; od 11. do 14. godine to prvo iskustvo je imalo 14,7% djevojaka i 19,6% mladića; od 15. do 18. godine 63,2% djevojaka i 50,6% mladića, a sa 19 i više godina 24,4% djevojaka i 21% mladića. Mladići su značajno češće ranije sticali prva iskustva sa pušenjem ($X^2 = 37,62$, sa BSS = 23, $p = 0,02$).

U posljednjih mjesec dana pušilo je 262 (45,88%) od ukupno 571 ispitanika. Tokom posljednjeg mjeseca pred sprovođenje ankete pušilo je 4,34% djevojaka, a 59,3% mladića, odnosno značajno veći procenat mladića nego djevojaka ($X^2 = 12,32$, sa BSS = 1, $p = 0,000$).

Tokom posljednje nedjelje pred sprovođenje ankete pušilo je 253 ispitanika, odnosno 44,30% od ukupnog broja. Od broja onih koji su pušili u posljednjoj nedjelji 58,7% su bili mladići, 40,9% djevojke, dakle statistički značajno više mladića nego djevojaka ($X^2 = 12,43$, sa BSS = 1, $p = 0,000$).

Odgovori o vremenskoj učestalosti pušenja u toku mjeseca, nedjelje ili svakodnevno po polu prezentirani su u tabeli 11. Iz tabele 11. vidi se

da su 330 ili 44,4% ispitanika svakodnevni pušači, 5,1% su povremeni pušači, a 8,5% su pušili pa prestali, dok je 40,9% nepušača. Značajno više je intenzivnih (svakodnevni) pušača među mladićima nego djevojkama. (53,8%:37,4%) odnosno značajno je više djevojaka nepušača nego mladića nepušača (47,8% : 31,7%). Razlika je statistički značajna ($X^2 = 16,81$, sa BSS = 4, $p = 0,002$).

Tabela 11. – Vremenska učestalost pušenja prema odgovorima mladih Crne Gore, od 19 do 30 godina, po polu

Učestalost pušenja u toku mjeseca i nedjelje	P o l		
	Muški	Ženski	Ukupno
Nikada nijesam pušio(la)	70,0	142,0	212,0
	31,7	47,8	40,9
	33,0	67,0	
Nekoliko puta mjesečno	7,0	10,0	17,0
	3,2	3,4	3,3
	41,2	58,8	
Nekoliko puta nedjeljno	8,0	7,0	15,0
	3,6	2,4	2,9
	53,3	46,7	
Svaki dan	119,0	111,0	230,0
	53,8	37,4	44,4
	51,7	48,3	
Ranije sam pušio(la), sada ne	17,0	7,0	44,0
	7,7	9,1	8,5
	38,6	61,4	
Ukupno	221,0	297,0	44,0
	42,7	57,3	8,5

$X^2 = 16,81$,

sa BSS = 4

$p = 0,002$

$C = 0,177$

Kramerov V = 0,180

Fi = 0,180

Poredeći naše epidemiološke podatke sa epidemiološkim podacima u američkim osnovnim i srednjim školama, dolazimo do nekih zanimljivih saznanja. U posljednjih mjesec dana uoči istraživanja 8,1% učenika 8 razreda američkih osnovnih škola je pušilo (4) a u našem uzorku 4,2%. Međutim, u američkom epidemiološkom istraživanju bila je riječ samo o osmim razredima, a mi smo uzorkom obuhvatili šeste, sedme i osme razrede. Da smo anketiranjem obuhvatili samo osme razrede, ta razlika bi bila osjetno manja. Mnogo je adekvatnije poređenje sa učenicima srednjih škola. U našem istraživanju svakodnevno je pušilo 18,6% učenika srednjih škola, a američki epidemiolozi saopštavaju da je prosjek za 10. i 12. razrede iznosio 19,5% (4). Razlike su minimalne i nijesu statistički značajne.

Nešto stariji podaci o raširenosti pušenja u Srbiji, jer do novijih, nažalost, nijesmo uspjeli doći, ukazuju da je među osnovnoškolcima i sred-

njoškolcima u Srbiji situacija još nepovoljnija, kako u pogledu vremenske učestalosti pušenja, tako i količine popušenih cigareta. Nalazi o početku pušenja mladih u Srbiji vrlo su slični onima za mladu populaciju u Crnoj Gori.

Prim. dr Dragoslav Nikolić ističe da smo po raširenosti pušenja duvana zauzeli treće mjesto u Evropi (1). Dječaci počinju sa pušenjem oko 11. do 12, a djevojčice oko 17 – 18. godine. Prema istom autoru, učenici Novog Sada do 14. godine starosti puše u 12% slučajeva (redovno u 3%), a u srednjim školama u 46% slučajeva (redovno u 31%), a ukupno redovno puši 17% školske djece (1, str. 31).

Bjelogrlić je 70-ih godina iznio zapanjujuće podatke da je čak 27% učenika sedmih i osmih razreda osnovnih škola već prosječno imalo godinu dana pušačkog staža, te da su sa pušenjem počeli u 12 – 13. godini (6, str. 187).

Prema jednom istraživanju iz 80-ih godina na području opštine Smederevo svakodnevno je po 5 do 6 cigareta pušilo 34% učenika srednje škole. Od tog procenta 97% su bili muškarci, da bi sa starijim razredima raslo relativno učešće djevojčica (5).

Zanimljivo je istraživanje koje su srednjoškolci sami sproveli. Naime, učenici trećih razreda gimnazije u Čačku saopštavaju da između 50% i 85% srednjoškolaca stalno puši (7, str. 22).

Autori drugog epidemiološkog istraživanja, sprovedenog među učenicima prvih razreda gimnazije, saopštavaju da među njima 8% često puši duvan (8).

Najzad, od 607 učenika iz dvije srednjoškolske ustanove u Kraljevu, 40% su izjavili da su pri završetku srednje škole redovno pušili (8, str. 106).

Prema nešto ranijim epidemiološkim izvještajima Šestaka, prva iskusva sa cigaretama duvana mladi stiču oko 15 – 16. godine. Zatim interes za pušenje opada, dok se kod jednog broja mladih javlja tendencija svakodnevnog pušenja (3, str. 9)

Na osnovu rezultata jednog opsežnog inostranog epidemiološkog istraživanja 15% učenika počinje da puši u 13. godini, dok u 18. godini već puši 36% (3). Prema istraživanjima Prebega iz 70-ih godina stalno puši 10% srednjoškolskih učenica i oko 40% srednjoškolaca (3). Vrlo je zanimljiva i opservacija da ako oko 15. godine, mladi počnu redovno da puše psihička zavisnost se trajno ustali. Ukoliko se u kritičnom periodu od 15. do 18. godine ne razvije želja za svakodnevnim pušenjem duvana, po pravilu poslije 18. godine želja za pušenjem se drastično smanjuje. Sudeći po tome da mladi u našoj populaciji počinju još ranije da puše (oko 13) i da sa godinama raste vremenska učestalost pušenja i količina popušenih cigareta, ne znači li to da će najveći broj već kroz nekoliko godina biti strasni pušači. Vrlo vjerovatno!

Beljajev iznosi dosta poraznu sliku o pušenju mladih u Evropi 70-ih godina. Tako na uzrastu od 11 godina nedjeljno puši cigarete duvana 16%

mladih (2) a na uzrastu od 15 godina već 39%. U SAD na uzrastu od 18 do 19 godina puši čak 50% mladih (2).

Prema rezultatima jedne ankete, sprovedene među 6000 amsterdamskih učenika, na mlađem školskom uzrastu pušilo je čak 17%. Učenici belgijskih osnovnih škola izjavili su da povremeno puši svaki drugi učenik na uzrastu od 14 godina, a među danskim učenicima čak 81%, dok je na uzrastu od 11 do 14 godina, čak 56% imalo prvo iskustvo sa pušenjem duvana (2).

Na osnovu epidemioloških studija, u Kanadi puši od 44% do 46% mladića u starijim razredima srednje škole i 28% do 41% djevojaka.

U tadašnjem SSSR-u Stojko je iznio podatke da među srednjoškolicima puši od 12% do 45% (2). Prema drugom obimnom epidemiološkom istraživanju na 2000 učenika lenjingradskih osnovnih i srednjih škola, iskustvo sa pušenjem imalo je 6% učenika šestih razreda, sedmih 12%, osmih 18%, a u prvom srednje čak 32% učenika (2).

Svi ovi epidemiološki podaci svjedoče da je pušenje među mladima u evropskim i vanevropskim zemljama ozbiljan problem, iako u posljednje dvije decenije ipak postoji tendencija pada. Novija epidemiološka slika pušenja mladih je drugačija i bliža američkoj populaciji sličnog uzrasta. Međutim, u Srbiji očigledno nijesu uočene tendencije osjetnijeg pada stope pušenja osnovnoškolske i srednjoškolske omladine.

Posmatrano u cjelini, epidemiološki podaci o pušenju duvana među mladima Crne Gore u pogledu mjesečne, nedjeljne učestalosti i svakodnevnog pušenja, kao i količine popušanih cigareta kreću se u donjoj granici evropskog i američkog prosjeka, stope su niže od onih u Srbiji i Rusiji.

Kada je riječ o mladima starijeg uzrasta, onda u odnosu na evropske zemlje i SAD nema nikakvih razlika. Štaviše, stiče se utisak da je među mladićima uzrasta od 19 do 30 godina rasprostranjenost pušenja i u kvantitativnom i u kvalitativnom pogledu izraženija nego u nizu zapadnoevropskih zemalja.

Pušenje mladih u Crnoj Gori očigledno je ozbiljan socijalni problem. Bez obzira što neki epidemiološki pokazatelji nijesu toliko obeshrabrujući, drugi ipak jesu. Prije svega, vrlo je izražena tendencija da svaka nova generacija mladih stiče prva iskustva sa pušenjem duvana na sve nižim uzrastima, a taj prosjek je za učenike osnovnih i srednjih škola vrlo nizak i iznosi 13 godina i 3 mjeseca, dok 1/4 učenika osnovnih škola koji puše počinje prije 11. godine. Neočekivan je rezultat da između mladića i djevojaka nema značajnih razlika u pogledu vremenske učestalosti pušenja, kao ni u pogledu količine popušanih cigareta, osim ako nije riječ o svakodnevnom pušenju. Pri tome, ne treba zaboraviti da je procenat srednjoškolaca koji učestalo puše po svoj prilici iznad prosjeka nekih evropskih zemalja u sadašnjem vremenu. Iako je osuda pušenja djevojaka mnogo oštrija ona se, osim u kategoriji mladića koji svakodnevno puše, zna-

čajnije ne razlikuje od mladića niti u pogledu mjesečne i nedjeljne učestalosti, niti u pogledu količine popušanih cigareta.

Kada je riječ o mladima starijeg uzrasta, situacija je još nepovoljnija jer blizu polovine mladih od 19 do 30 godina intenzivno, svakodnevno puši i u tom pogledu je iznad uobičajenog prosjeka za tu najozbiljniju a među mladima u Crnoj Gori, nažalost, najbrojniju kategoriju pušača.

Alkohol

Od 1264 učenika crnogorskih osnovnih i srednjih škola 702 (56,3%) probalo je tokom života neko alkoholno piće. Do 10-te godine života 24,7% ispitanika imalo je prvo iskustvo sa alkoholnim pićima, a od toga 5,2% od 6-te godine. Od 702 ispitanika 19,7% dječaka i 18,4% djevojčica prvo iskustvo sa alkoholom imalo je do 10. godine života. Više od polovine (51,1%) prva iskustva sa alkoholom stiže između 12. i 16. godine života, dječaci između 10. i 15. godine, a djevojčice između 14. i 17. godine. Dječaci značajno ranije stižu prva iskustva sa alkoholom od djevojčica ($X^2 = 69,45$, za BSS=16, $p = 0,000$). Prosječno vrijeme u kome učenici crnogorskih osnovnih i srednjih škola prvi put u životu okuse neko alkoholno piće jeste 12 godina i osam i po mjeseci. Dakle, prosječno nešto ranije nego što steknu prvo iskustvo sa duvanom, a to je 13 godina i 3 mjeseca, odnosno nešto duže od pola godine. Razlike nijesu statistički značajne.

U posljednjih godinu dana 504 (40,44%) ispitanika popilo je neko alkoholno piće, opet značajno češće dječaci nego djevojčice ($X^2 = 38,92$, sa BSS = 1, $p = 0,000$).

Tokom posljednjeg mjeseca prije početka ispitivanja 312 (25,03%) ispitanika popilo je neko alkoholno piće. Ponovo su to značajno češće dječaci nego djevojčice ($X^2 = 47,14$, sa BSS=1, $p = 0,000$).

U posljednjih nedjelju dana 165 (13,24%) ispitanika popilo je neko alkoholno piće (dječaci značajno češće nego djevojčice, $X^2 = 36,36$, sa BSS = 1, $p = 0,000$).

Od 1246 učenika 54 (4,33%) pije nekoliko puta nedjeljno ili svakodnevno. Dječaci statistički značajno učestalije piju od djevojčica $X^2 = 86,51$, sa BSS = 4, $p = 0,000$).

Od ukupnog broja onih koji piju 59,9% obično popiju jedno piće, 18,5% dva, 11,6% tri do šest pića, 2% preko 6 pića, a čak 8,9% pije sve dok se ne napije. Kada piju, dječaci su značajno češće skloni konzumiranju većih količina alkoholnih pića ($X^2 = 17,61$, sa BSS = 4, $p = 0,001$).

Od onih koji piju, 24,4% najčešće piju vino, 50,7% pivo, 18,6% koktele i žestoka pića 6,3%. Dječaci su značajno češće skloni pijenju žestokih pića, a djevojčice pijenju piva i koktela ($X^2 = 64,95$, sa BSS = 3, $p = 0,000$).

Od 1246 učenika crnogorskih osnovnih i srednjih škola nikada se ne napije 1098 (87,39) učenika, dok se nekoliko puta godišnje napije 126

(10,91% učenika, nekoliko puta mjesečno napija se 24 (1,92%), nekoliko puta nedjeljno napija se 15 (1,20%) učenika, a svakodnevno 12 (oko 1%). Ako bismo rezimirali, više od 4% učenika pokazuje jasnu tendenciju ka toksikomanskom pijenju. Prema očekivanju, dječaci se značajno češće napijaju jednom, dva ili više puta nedjeljno ili svaki dan, nego djevojčice ($X^2 = 22,66$, za BSS = 4, $p = 0,000$). Samo na prvi pogled procenat od 4% izgleda nizak. Ustvari, riječ je o značajnom procentu učenika koji imaju ozbiljne probleme zbog pijenja i koji pokazuju jasne znakove zavisnosti. O njima indirektno govore i podaci da je 32 (2,56%) učenika zbog pijenja imalo ozbiljne neprilike u kući, 41 (3,29%) se tuklo u pijanom stanju, 20 (1,60%) učenika se povrijedilo u pijanom stanju, a 24 (1,92%) je zbog pijenja imalo ozbiljne neprilike u školi. Kada se ima u vidu da je riječ o populaciji u kojoj se simptomi toksikomanskog pijenja (pijenje do opitosti) ne javljaju, jer su „rezervisani” za znatno starije (preko 30 godina), onda samo naizgled mali procenat od 4% suspektnih na rano toksikomansko pijenje veoma zabrinjava.

U navedenim devijantnim ponašanjima, osim kada je riječ o neprilikama u kući, dječaci su značajno više zastupljeni. Jedino u pogledu ozbiljnih porodičnih neprilika između djevojaka i mladića ne postoji statistički značajna razlika. Očigledno je da se usljed patrijarhalnih standarda djevojčicama mnogo manje prašta svaki oblik društveno neprihvatljivog pijenja nego dječacima. Nepostojanje razlika u smislu porodičnih neprilika vjerovatno se može objasniti ne većom tolerantnošću porodica prema djevojkama, već željom da se neprihvatljivo ponašanje djevojaka prikrije bar u porodici.*

Značajne razlike u pogledu učestalosti pijenja nađene su između učenika osnovnih i srednjih škola. Sa alkoholnim pićima nikakvih iskustava nije imalo 355 (51,4%) učenika osnovnih i 176 (32,5%) učenika srednjih škola ($X^2 = 43,50$, za BSS = 1, $p = 0,000$). Dakle, učenici srednjih škola su značajno češće probali ili pili alkoholna pića. Inače, ukupan broj učenika osnovnih škola je 698, a srednjih 548.

Zanimljiv je nalaz da su učenici osnovnih škola u većem procentu prvo iskustvo sa alkoholom imali prosječno ranije nego učenici srednjih. Tako je, npr. 41,8% ispitanika osnovnih škola prvo alkoholno piće popilo do 10. godine, a svega 8,7% učenika srednjih škola. Razlika je statistički visoko značajna „u korist” učenika osnovnih škola ($X^2 = 304,35$, sa BSS=16, $p = 0,000$). Još jasnije nego kada je bila riječ o pušenju duvana ispoljava se tendencija da svaka nova generacija na sve nižem uzrastu stiče prva iskustva sa psihoaktivnim supstancama, u ovom slučaju sa alkoholom, a ranije sa duvanom. To saznanje je izuzetno značajan putokaz da se prevencijom pušenja duvana i pijenja alkoholanih pića među učeni-

* Zanimljivo je zapaziti da su 17 dječaka (1,36%) i 5 (0,4%) djevojčica zbog pijenja imali probleme sa milicijom, što čini blizu 2% ukupnog uzorka. Međutim, u pogledu intervencije policije zbog asocijalnog ponašanja u pijanom stanju nema statistički značajnih razlika ($X^2 = 2,95$, sa BSS = 1, $p = 0,08$).

ma crnogorskih osnovnih škola treba početi baviti rano, svakako od nižih razreda osnovnih škola, uz napomenu da preventivne metode i tehnike treba da budu prilagođene uzrastu.

Kada je riječ o tome koliko često učenici crnogorskih osnovnih i srednjih škola piju u toku godine, iznosimo sljedeće podatke:

– 33,3% učenika osnovnih, a 52% srednjih škola u posljednjih mjesec dana popilo je neko alkoholno piće ($X^2 = 42,54$, sa BSS = 1, $p = 0,000$);

– 19,4% učenika osnovnih, a 34,1% učenika srednjih škola u posljednjih mjesec dana popilo je neko alkoholno piće ($X^2 = 32,59$, sa BSS = 1, $p = 0,000$);

– 9,3% učenika osnovnih, a 19,3% učenika srednjih škola je u posljednjih nedjelju dana popilo neko alkoholno piće ($X^2 = 23,85$, sa BSS = 1, $p = 0,000$);

– učenici osnovnih škola ističu da nikada ne piju u 61,7% slučajeva, nekoliko puta godišnje u 31,8%, a srednjih u 48,2% slučajeva (tab. br. 12). S druge strane, 7,5 učenika srednjih škola pije nekoliko puta nedjeljno ili svakodnevno, a 1,9% učenika osnovnih škola. Učenici srednjih škola piju značajno češće nego učenici osnovnih škola ($X^2 = 44,19$, sa BSS = 4, $p = 0,000$).

Tabela 12. – Učestalost pijenja u toku godine, mjeseca, nedjelje i svakodnevno pijenje učenika crnogorskih osnovnih i srednjih škola

Učestalost pijenja	Učenici osnovnih i srednjih škola		
	Osnovnih škola	Srednjih škola	Ukupno
Nikada	407,0	258,0	665,0
	61,7	48,2	55,6
	61,2	38,8	
Nekoliko puta godišnje	210,0	184,0	394,0
	31,8	34,4	33,0
	53,3	46,7	
Nekoliko puta mjesečno	31,0	51,0	82,0
	4,7	9,5	6,9
	37,8	62,2	
Nekoliko puta nedjeljno	9,0	34,0	43,0
	1,4	6,4	3,6
	20,9	79,1	
Svakodnevno	3,0	8,0	11,0
	0,5	1,5	0,9
	27,3	72,7	
Ukupno	660,0	535,0	1195,0
	55,2	44,8	

Izostavljen 51 odgovor

$$X^2 = 44,19,$$

$$C = 0,189$$

$$\text{sa BSS} = 4$$

$$\text{Kramerov } V = 0,192$$

$$p = 0,000$$

$$Fi = 0,192$$

– Kada piju, učenici osnovnih škola u 80,6% slučajeva popiju samo jedno piće, u 11,1% dva pića, u 4,6% tri do šest pića i u 3,7% slučajeva piju sve dok se ne napiju. S druge strane, učenici srednjih škola u 41,5% slučajeva popiju samo jedno piće, u 24% dva pića, u 17,4% tri do šest pića, u 4,3% više od šest pića, a u 12,8% sve dok se ne napiju. Prema očekivanju, učenici srednjih škola kada piju, popiju značajno veću količinu alkoholnih pića nego učenici osnovnih škola ($X^2 = 78,17$, sa BSS = 4, $p = 0,000$).

– Kada piju, učenici osnovnih škola značajno češće piju vino i pivo nego učenici srednjih škola, a učenici srednjih škola značajno češće piju koktele (npr. koka-kola i vinjak) i žestoka pića, nego učenici osnovnih škola ($X^2 = 16,19$, sa BSS = 3, $p = 0,000$).

– Od broja koji pije 77,7% učenika osnovnih škola nikada se ne napije, 19,7% to čini jednom ili dva puta godišnje, 1,7% jednom ili dva puta nedjeljno, 0,4% više puta nedjeljno i 0,4% svaki dan. Od učenika srednjih škola koji piju 49,8% nikada se ne napiju, 33,5% to čine jednom ili dva puta godišnje, 7,4% jednom ili dva puta nedjeljno, 5,4% više puta nedjeljno i 4,1% svaki dan. Učenici srednjih škola značajno se češće opijaju nego učenici osnovnih škola ($X^2 = 49,19$, sa BSS = 4, $p = 0,000$).

Zanimljivo je napomenuti da razlike između učenika osnovnih i srednjih škola nijesu statistički tako značajne kada je riječ o ozbiljnim problemima u porodici, školi ili van njih, što se vjerovatno može objasniti negativnijom socijalnom reakcijom okoline na ekscesivno pijenje najmlađih, a moguće je i da su vrlo ranim opijanjima sklonije psihopatizirane strukture ličnosti (10). Naime, 4,6% učenika osnovnih i 10% učenika srednjih škola imalo je ozbiljne probleme u kući zbog pijenja. Razlika među grupama je statistički značajna (iako je značajnost blizu donje granice – prim. B. Đ.) „u korist” srednjoškolaca ($X^2 = 3,97$, sa BSS = 1, $p = 0,04$).

U prilog naše pretpostavke o psihopatiziranim strukturama ličnosti vrlo mladih koji počinju veoma rano da se opijaju govori i nalaz da se čak 8,4% osnovaca potuklo iako ih je relativno znatno manje u odnosu na ukupan broj koji se opija, a 10,6% srednjoškolaca. Razlika nije statistički značajna.

U pripitom stanju povrijedilo se ili je imalo nesrećan slučaj 2,0% osnovnoškolaca i 7,4% srednjoškolaca. Srednjoškolci su značajno češće skloni povređivanju i nesrećnim slučajevima u pijanom stanju nego osnovnoškolci, iako je značajnost razlika umjerena ($X^2 = 5,61$, sa BSS = 1, $p = 0,001$).

Neprilika u školi zbog pijenja imalo je 4,8% učenika osnovnih i 6,5% učenika srednjih škola. Razlike nijesu statistički značajne.

Od onih koji piju, 2,4% učenika osnovnih i srednjih škola zbog pijenja je imalo posla sa policijom, a 7,9% učenika srednjih škola ($X^2 = 5,27$, sa BSS = 1, $p = 0,02$).

Učenici osnovnih škola su u 50,3% slučajeva iznijeli da niko od njihovih drugova i drugarica ne pije, a svega 15,8% učenika srednjih škola. S druge strane, 25,7% učenika srednjih škola je istaklo da većina ili svi njihovi drugovi (drugarice) piju, a 11,5% učenika osnovnih škola. Razlika među grupama statistički je visoko značajna „u korist” učenika srednjih škola ($X^2 = 174,96$, sa BSS = 4, $p = 0,000$). Očigledno je da su srednjoškolci, koji značajno češće i značajno više piju, skloniji da uveličaju broj drugova i drugarica koji isto toliko piju.

Od onih koji piju, samo je 9,1% učenika osnovnih i 10,6% srednjih škola izjavilo da se njihovi roditelji ne bi ljutili kada bi saznali da im djeca piju. Međutim, 44% roditelja učenika osnovnih škola bili bi veoma bijesni kada bi saznali da njihova djeca piju, prema 33,5% roditelja učenika srednjih škola, dakle značajno češće nego roditelji učenika srednjih škola ($X^2 = 8,48$, sa BSS = 2, $p = 0,002$). Ovaj rezultat potkrepljuje ranije iznijetu pretpostavku da je društvena reakcija (ovdje indirektno preko stava roditelja – prim. B. Đ.) utoliko negativnija, ukoliko su djeca koja piju na nižem uzrastu.

Kada je riječ o uzorku mladih starijeg uzrasta (od 19 do 30 godina), od 571 ispitanika 434 (76%) je tokom života popilo neko alkoholno piće. Od 434 ispitanika 220 (50,7%) su mladići, a 49,3% djevojke. Međutim, 90,9% od ukupnog broja muškaraca u uzorku tokom života je popilo neko alkoholno piće, a 67,1% djevojaka. Razlike su statistički visoko značajne ($X^2 = 43,25$, sa BSS = 1, $p = 0,000$).

U odnosu na 6 godina i pet mjeseci, kada prosječno mladi uzrasta od 19 do 30 godina počinju sa pušenjem, sa pijenjem prosječno počinju dva mjeseca kasnije – sa oko 16 godina i 7 mjeseci. Vidjeli smo da su mladi od 12 do 18 godina prosječno pola godine ranije probali neko alkoholno piće – sa 12 godina i 8 mjeseci. Razlike u pogledu godina i mjeseci kod sticanja prvog iskustva sa pijenjem između dva uzorka još su veće nego kada je riječ o početku pušenja. Razlike u prosječnim počecima pijenja između dva uzorka visoko su značajne ($p = 0,000$). Ovaj nalaz predstavlja samo jednu u nizu već izvedenih potvrda da svaka nova generacija mladih prva iskustva sa psihoaktivnim supstancama stiže na sve nižim uzrastima, u ovom slučaju alkohola.

Do 10 godina prva iskustva sa alkoholnim pićima steklo je 9,1% mladića i 4,7% djevojaka, dok je poslije 10-te godine prvo iskustvo sa alkoholnim pićima imalo 28,2% mladića i 50,5% djevojaka. Mladići statistički značajno ranije nego djevojke stižu prva iskustva sa alkoholnim pićima ($X^2 = 43,48$, sa BSS = 23, $p = 0,006$).

U posljednju godinu dana 355 (62,17%) ispitanika popilo je neko alkoholno piće, od čega 81,3% mladića i 56% djevojaka. Mladići su značajno češće u posljednju godinu dana popili neko alkoholno piće nego djevojke ($X^2 = 56,56$, sa BSS = 1, $p = 0,000$).

U posljednji mjesec dana 279 (48,86%) ispitanika popilo je neko alkoholno piće. Tako je 72,2% mladića i 36,3% djevojaka popilo bar neko alkoholno piće u posljednjem mjesecu. Razlike među polovima statistički su visoko značajne „u korist” mladića ($X^2 = 66,81$, sa BSS = 1, $p = 0,000$).

U posljednju nedjelju dana 199 (34,85) i spitanika popilo je bar jedno alkoholno piće (56,2% mladića prema 21,9% djevojaka). Mladići su u posljednjih nedjelju dana prije sprovođenja istraživanja značajno češće popili neko alkoholno piće ($X^2 = 65,40$, sa BSS = 1, $p = 0,000$).

U zbirnoj procjeni godišnje, mjesečne, nedjeljne ili dnevne učestalosti pijenja alkoholnih pića, nekoliko puta nedjeljno ili svakodnevno pije 5,9% djevojaka, a 24,1% mladića. Ovi procenti ukazuju na problematično pijenje, kojim je na nivou cjelokupnog uzorka obuhvaćeno 13,8% ispitanika. S druge strane, 47,2% djevojaka uopšte ne pije, a 15,2% mladića. Mladići značajno češće piju učestalije (i sa problemima) nego djevojke, a djevojke su značajno češće od mladića apstinenti ($X^2 = 97,31$, sa BSS = 4, $p = 0,000$).

Od svih koji uopšte piju, jedno piće popije 47,2% djevojaka i 15,2% mladića, dva pića popije 33,4% djevojaka i 27,8% mladića, tri do šest pića popije 13,4% djevojaka i 32,9% mladića, a više od šest pića 3,9% djevojaka i 16,5% mladića. Najzad, pije dok se ne napije 2% djevojaka i 7,6% mladića. Iz svega proizilazi da mladići piju značajno veće količine alkoholnih pića nego djevojke ($X^2 = 97,31$, sa BSS = 4, $p = 0,000$). U ukupnom uzorku mladih starijeg uzrasta preko 10% su oni koji kada počnu da piju obično prosječno popiju više od 6 čaša alkoholnih pića, ili sve dok se ne napiju. Riječ je o brojno relevantnoj grupi koja pokazuje simptome zavisnosti. Međutim, nije mali broj ni onih koji kada piju obično prosječno, popiju od 3 do 6 čaša alkoholnih pića, što svakako ukazuje i na pijenje sa problemima koje je uvod u zavisnost u značajnom procentu slučajeva. Svi navedeni podaci ukazuju da je pijenje alkoholnih pića ozbiljan socijalni problem mladih u Crnoj Gori starosti od 19 do 30 godina.

Djevojke piju pivo u 31,9%, a mladići u 15,5% slučajeva, muškarci piju vino u 54,9% a djevojke u 28,3% slučajeva, mladići piju koktele (npr. koka-kola i vinjak) u 4,9%, a djevojke u 30,6% slučajeva. Najzad, mladići piju žestoka pića u 24,8%, a djevojke u 8,1% slučajeva. Mladići značajno češće nego djevojke piju vino i žestoka pića, a djevojke pivo i koktele ($X^2 = 80,45$, sa BSS = 3, $p = 0,000$).

Nikada se ne napija 39,9% mladića i 86,3% djevojaka. Međutim, jednom, dva ili više puta nedjeljno, odnosno svakodnevno opija se 8,5% mladića i 2,4% djevojaka. Još 14,3% mladića i 2,8% djevojaka opija se jednom ili dva puta mjesečno. Mladići se značajno češće opijaju od djevojaka ($X^2 = 111,91$, sa BSS = 5, $p = 0,000$). I ovaj podatak ukazuje da 8,5 (dakle relativno blizu 10%) pokazuje jasne simptome zavisnosti, dok još 14,3% vjerovatno imaju određene probleme zbog relativno čestog opijanja. Jedan procenat njih svakako će evoluirati u pravcu zavisnosti od alkohola.

Faktorska analiza skale zavisnosti od alkohola i drugih psihoaktivnih supstanci za mlade od 19 do 30 godina

Zloupotreba i zavisnost od alkohola uz pušenje, najrasprostranjeniji su oblici zloupotrebe psihoaktivnih supstanci. Istovremeno, ekscesivno pijenje i zavisnost od alkohola dovode do brojnih i ozbiljnih socijalnih i psiholoških poremećaja ličnosti, zbog čega se kao indikacije za tretman ne uzimaju samo manifestacije ključnih toksikomanskih simptoma, već i brojnih socijalnih (porodičnih, profesionalnih i sličnih) problema, koji se većinom javljaju prije nego što su se razvili ključni toksikomanski i neurološki simptomi zavisnosti, a pogotovu znatno ranije od javljanja organskih oboljenja prouzrokovanih toksikomanskim pijenjem. Zato se svako pijenje, bez obzira da li za posljedicu ima javljanje toksikomanskih simptoma, ako su se pojavili socijalni i psihološki poremećaji, smatra indikativnim za terapiju.

Zbog toga što je alkohol najrasprostranjenija droga, a i zbog toga što je problematično pijenje alkoholnih pića najrasprostranjenija socijalno-patološka pojava, odlučili smo se da ga temeljnije eksplorišemo u kvalitativnom (strukturalnom) i u kvantitativnom smislu. U pogledu raširenosti, to smo već djelimično uradili u prethodnom dijelu, te ćemo u ovom odjeljku dati samo cjelovitiju analizu strukturalnih obilježja problematičnog pijenja i zavisnosti. U tom cilju primijenili smo jednu od uobičajenih skala za ispitivanje zloupotrebe i zavisnosti od alkohola, ali i od drugih droga (vidjeti pitanja od 35. do 58. upitnika za mlade od 19 do 30 godina).

Bilo bi možda opravdano da rezultate israživanja ovom skalom iznesemo poslije cjelokupnog epidemiološkog prikaza zloupotrebe psihoaktivnih supstanci među mladima Crne Gore od 12 do 30 godina. Međutim, pošto je akcenat prvenstveno na problematičnom pijenju i zavisnosti od alkohola, odlučili smo se da je prikazemo u ovom dijelu.

Drugo značajno metodološko pitanje je i to zašto je skala primijenjena samo na stariju populaciju mladih od 19 do 30 godina. Većina simptoma psihičke, a pogotovu fizičke zavisnosti rijetko se javlja na maloljetničkom uzrastu, a ne javljaju se niti brojni socijalni simptomi (porodični, profesionalni i dr.) jednostavno zato što maloljetnici nijesu u braku, niti zapošljeni, osim izuzetno.

Skala, koja je predmet naše dalje analize, sastoji se od 24 tvrdnje sa binarnim odgovorima. Tvrdnje ukazuju na različite simptome, počev od simptoma psihičke i fizičke zavisnosti od alkohola (droga) do socijalnih simptoma, te informacija o traženju psihijatrijske pomoći zbog problema povezanih sa uzimanjem alkohola i droga (vidjeti upitnik za mlade od 19 do 30 godina, III dio, pitanja od 35. do 58).

Skalu smo podvrgli Imaž faktorskoj analizi. Dobili smo dosta razumdu faktorsku strukturu od čak 24 faktora, od kojih su interpretabilna prva tri, sa kojima smo ušli u dalju analizu. Osim interpretabilnosti kao raz-

loga što smo u dalju analizu uključili prva tri faktora, ovi faktori objašnjavaju najveći procenat ukupne varijanse – više od polovine (53,53%). Prvi faktor je, očekivano, najjači i objašnjava više od trećine ukupne varijanse – 36,74%.

Na prvom, najjačem faktoru (tabela 13) izdvojilo se sedam tvrdnji, od kojih prvih pet ima vrlo visoka opterećenja iznad 0,700*. Prvih pet tvrdnji na ovom faktoru opisuju tražnje ljekarske pomoći zbog zdravstvenih problema povezanih sa zloupotrebom alkohola ili droga, kao i hospitalizaciju na psihijatrijskom odjeljenju zbog zloupotrebe i zavisnosti od alkohola (ili droga). Od druga dva jedan (47) odnosi se na probleme na poslu ili u školi zbog zloupotrebe ili zavisnosti od alkohola (droga), a drugi (43) na simptom fizičke zavisnosti od alkohola (droga).

Tabela 13. – Matrica faktorskog modela skale zloupotrebe i zavisnosti mladih Crne Gore, od 19 do 30 godina, od alkohola (droga)

Tvrdnje	F a k t o r i		
	I	II	III
1. Da li ti je ikad ljekar rekao da imaš problema sa jetrom?	0,911+		
2. Da li si ikada zatražio(la) stručnu pomoć zbog problema sa alkoholom ili drogama?	0,860 +		- 0,107
3. Da li si na psihijatrijskom odjeljenju ležao(la) zbog problema izazvanih alkoholom ili drogom?	0,788 +	- 0,101	- 0,136
4. Da li si ikada ležao(la) na psihijatrijskom odjeljenju?	0,760 +		
5. Da li ti je ikada ljekar savjetovao da prestaneš da piješ ili da smanjiš količinu pića?	0,737 +	- 0,142	0,148
6. Da li si imao(la) problema na poslu ili u školi zbog alkohola (ili drugih droga)?	0,528 +	0,329	
7. Da li ti se dešava da ti se tresu ruke, a da to prođe kada popiješ piće (ili uzmeš neku drugu drogu)?	0,403 +	0,169	0,230
8. Da li si ikada privođen-a zbog problema sa alkoholom ili drogom?	0,361	0,297	0,110
9. Da li je ikada neko od članova tvoje porodice ili prijatelja zatražio stručnu pomoć zbog tvog pijenja (ili zloupotrebe neke druge droge)?	0,354	0,179	
10. Da li si ikada pokušao (la) da kontrolišeš pijenje (ili zloupotrebu neke druge droge) promjenom škole (radnog mjesta) ili preseljenjem u drugi kraj grada?	0,339		0,229

* Kao značajna, označili smo opterećenja iznad 0,400.

Tvrdnje	F a k t o r i		
	I	II	III
11. Da li često poželiš da nastaviš da piješ (ili uzimaš neku drugu drogu) i onda kada je ostalima iz društva već dosta?		0,715	- 0,110
12. Kada si napet-a ili imaš problema, da li piješ (ili koristiš druge droge) više nego obično?	-0,180	0,632	0,161
13. Kada piješ (ili koristiš druge droge) u društvu, da li ti se dešava da dodaš još malo krijući od drugih?	0,136	0,618	- 0,134
14. Da li ti se dešava da se ne sjećaš što si radio(la) u pijanom stanju (ili pod djelovanjem drugih droga), iako ti prijatelji kažu da nisi gubio(la) svijest?		0,597	
15. Da li si primijetio(la) da možeš da podneseš veću količinu alkohola (ili droge) nego što si mogao(la) kada si počinjao(la) da piješ?	- 0,134	0,534	0,107
16. Da li si zbog pića (ili uzimanja neke druge droge) izgubio(la) dobrog prijatelja?	0,321	0,410	0,121
17. Da li ti se često dešava da se pod dejstvom alkohola (ili neke droge) sa nekim potučeš?	0,273	0,403	0,235
18. Da li, dok piješ (ili koristiš neku drugu drogu), pokušavaš da izbjegneš članove porodice ili bliske prijatelje?	0,215	0,389	0,149
19. Da li je alkohol (ili neka druga droga) doveo do problema u tvom odnosu sa nekim od članova porodice ili prijateljem?	0,118	0,358	0,270
20. Da li u posljednje vrijeme primjećuješ da ne možeš da podneseš onu količinu alkohola (droge) koju si mogao (la) ranije?	0,159	0,324	0,120
21. Da li ti se često dešava da prekršiš obećanja koja si sam sebi dao (la) da ćeš staviti pod kontrolu ili smanjiti pijenje (ili uzimanje neke druge droge)?		0,321	0,576
22. Da li tvoji rođaci ili prijatelji brinu ili se žale zbog tvog pijenja (ili zloupotrebe drugih droga)?		0,217	0,526
23. Da li si pokušao (la) da kontrolišeš unos alkohola (ili drugih droga) mijenjajući vrste pića (ili vrste droga) ili na neki drugi način?			0,400
24. Da li ti se čini da imaš sve više problema u školi, na radnom mjestu ili finansijskih problema?		0,131	0,355

Kao što smo kazali, na prvom faktoru izdvojilo se 7 tvrdnji sa sljedećim opterećenjima:

- problemi sa jetrom po nalazu ljekara (0,911);
- traženje stručne pomoći od strane ispitanika zbog problema izazvanih alkoholom ili drogom (0,860);
- hospitalizacija ispitanika na psihijatrijskom odjeljenju zbog problema povezanih sa alkoholom ili drogom (0,788);
- hospitalizacija na psihijatrijskom odjeljenju (0,760);
- savjeti ljekara ispitaniku da prestane da pije ili smanji količinu pića ili droga (0,737);
- problemi na poslu ili u školi zbog alkohola ili drugih droga (0,528);
- jutarnji tremor ruku (0,403).

Na prvom faktoru najveće opterećenje ima ajtem koji ukazuje na zdravstvene probleme ispitanika zbog zloupotrebe alkohola ili drugih droga, a zatim traženje stručne pomoći zbog navedenih problema i hospitalizacije u psihijatrijskoj bolnici, te manifestacija fizičke i psihičke zavisnosti i socijalni problemi zbog zavisnosti. Očigledno, sve ove tvrdnje opisuju razvijeni sindrom zavisnosti, zbog čega prvi faktor možemo nazvati *faktorom izražene zavisnosti od alkohola (droga) sa organskim oštećenjima*.

Na drugom faktoru izdvojile su se sljedeće tvrdnje:

- uzimanje pića (droga) i onda kada je ostalom društvu dosta (0,715);
- napetost ili postojanje problema kao razlozi za povećano uzimanje droga (0,632);
- dolivanje pića (dodavanje droga) krijući od drugih (0,618);
- alkoholne amnezije (0,597);
- povećanje tolerancije u odnosu na početak uzimanja pića ili droga (0,534);
- gubitak prijatelja zbog uzimanja pića ili droga (0,410);
- fizički obračuni pod dejstvom pića ili droga (0,403).

Na drugom faktoru izdvojile su se tvrdnje koje ukazuju na ranu zavisnost od alkohola (droga), te smo taj faktor nazvali *faktorom rane zavisnosti od alkohola (droga)*.

Na trećem faktoru izdvojile su se tri tvrdnje:

- vlastiti neuspjeli pokušaj samokontrole pijenja ili (uzimanja droga) (0,576);
- pojačane brige i žalbe rođaka i prijatelja zbog ispitanikovog pijenja ili uzimanja droga (0,526)
- pokušaj samokontrole unosa alkohola (droga) mijenjanjem vrste droge ili na neki drugi način (0,400).

Ovaj treći faktor mogli bismo nazvati *faktorom pokušaja kontrole rane zavisnosti od alkohola (droga) od strane ispitanika, njegove rodbine i prijatelja*.

Tabela 14. – Matrica korelacija među faktorima

Faktori	F a k t o r i		
	Prvi faktor	Drugi faktor	Treći faktor
Prvi faktor	1,000	0,382	0,503
Drugi faktor	0,382	1,000	0,458
Treći faktor	0,503	0,458	1,000

Zanimljivo je zapaziti da u matrici korelacija među faktorima (tabela 14) nema visoke korelacije između prvog i drugog faktora, iako ona nije beznačajna (0,382). Ta činjenica govori da je riječ o sličnim, ali i donekle različitim strukturama. Veća je korelacija između prvog i trećeg faktora i ona iznosi 0,503, što se može objasniti pojačanom autokontrolom pijenja onoga ko je zavisnik od alkohola (droga), ali i pojačanom spoljnom kontrolom rođaka i prijatelja, ma koliko ta njihova kontrola obično bila neadekvatna i neuspješna. Tim mehanizmima kontrole takođe se može objasniti i relativno visoka povezanost između drugog i trećeg faktora (0,458), koja je nešto manja nego između prvog i trećeg faktora. Ta razlika se možda može objasniti razvijenijim sindromom zavisnosti u tvrdnjama koje ga na prvom faktoru opisuju, te zato pretpostavkom da je intenzitet kontrole, bar do izvjesne granice, u pozitivnoj korelaciji sa fazom zavisnosti.

Spoljnu kontrolu, pa i autokontrolu, u ovoj sredini vjerovatno pospješuje jak individualni i kolektivni super-ego kao svojevrsni kulturološki obrazac.

Ukupni skor zavisnosti za mlade u Crnoj Gori od 19 do 30 godina

Do sada smo analizirali neka kvalitativna obilježja i strukturalne karakteristike skale zloupotrebe i zavisnosti, ali je takođe značajno ukazati i na kvantitativna obilježja skale. Zato ćemo najprije prikazati distribuciju sirovih skorova skale zloupotrebe i zavisnosti od 24 tvrdnje (tabela 15).

Budući da su sve tvrdnje binarnog karaktera, gdje 1 znači uvijek prisustvo, a 2 odsustvo određenog simptoma, niski skorovi ukazuju na postojanje zloupotrebe i zavisnosti, a visoki na odsustvo ovih pojava.

Iz tabele br. 15 vidi se da se najveće frekvencije nagomilavaju prema visokim vrijednostima, dakle od 41. o 48. poena. Budući da je riječ o skali čije tvrdnje ukazuju na postojanje zloupotrebe i zavisnosti, od 498 ispitanika koji su pružili cjelovite odgovore na skali, njih 203 (40,76%) nije imalo nijedan simptom, dok su 108 (21,68%) imali jedan ili dva simptoma, što ukazuje na manje i tranzitorne probleme. Dakle, 311 (62,44%) ispitanika nije imalo nijedan simptom ili, rjeđe, imalo je jedan ili dva relativno lakša i tranzitorna simptoma. U cjelini, skoro 2/3 ispitanika može-

mo označiti kao grupu koja zbog uzimanja alkohola i drugih psihoaktivnih supstanci nema problema ili su ti problemi rijetki i beznačajni.

Tabela 15. – Distribucija opšteg skora skale zloupotrebe i zavisnosti od alkohola (droga) mladih Crne Gore, od 19 do 30 godina

Broj poena	Broj ispitanika	Procenat	Validni procenat	Kumulativni procenat
1	4	0,7	0,8	0,8
2	10	1,8	2,0	2,8
4	4	0,7	0,8	3,6
6	1	0,2	0,2	3,8
8	3	0,5	0,6	4,4
9	2	0,4	0,4	4,8
10	24	4,2	4,8	9,6
11	2	0,4	0,4	10,0
12	3	0,5	0,6	10,6
14	1	0,2	0,2	10,8
15	1	0,2	0,2	11,0
16	2	0,4	0,4	11,4
18	1	0,2	0,2	11,6
20	1	0,2	0,2	11,8
24	2	0,4	0,4	12,2
25	1	0,2	0,2	12,4
29	3	0,5	0,6	13,1
30	2	0,4	0,4	13,5
32	2	0,4	0,4	13,9
33	3	0,5	0,6	14,5
34	3	0,5	0,6	15,1
35	4	0,7	0,8	15,9
36	3	0,5	0,6	16,5
37	5	0,9	1,0	17,5
38	11	1,9	2,2	19,7
39	2	0,4	0,4	20,1
40	9	1,6	1,8	21,9
41	8	1,4	1,6	23,5
42	10	1,8	2,0	25,5
43	15	2,6	3,0	28,5
44	17	3,0	3,4	31,9
45	28	4,9	5,6	37,6
46	53	9,3	10,6	48,2
47	55	9,6	11,0	59,2
48	203	35,6	40,8	100,0
Ukupno	498	87,2	100,0	
Isključeno iz analize	73	12,8		
Ukupno	571	100,0		

Grupu koja ima od 25 do 45 poena (vidjeti tabelu 15) čine oni koji imaju povremene, ali ne naročito izražene probleme. Njih čini 126 do 498 ispitanika ili 23,30%.

Najzad, procenat onih za koje možemo kazati da imaju ozbiljne i česte probleme ili su zavisnici od alkohola (droga) iznosi 12,2% ili 61 ispitanik od 498. Od 498 ispitanika njih 22 ili 4,4% su zavisnici.

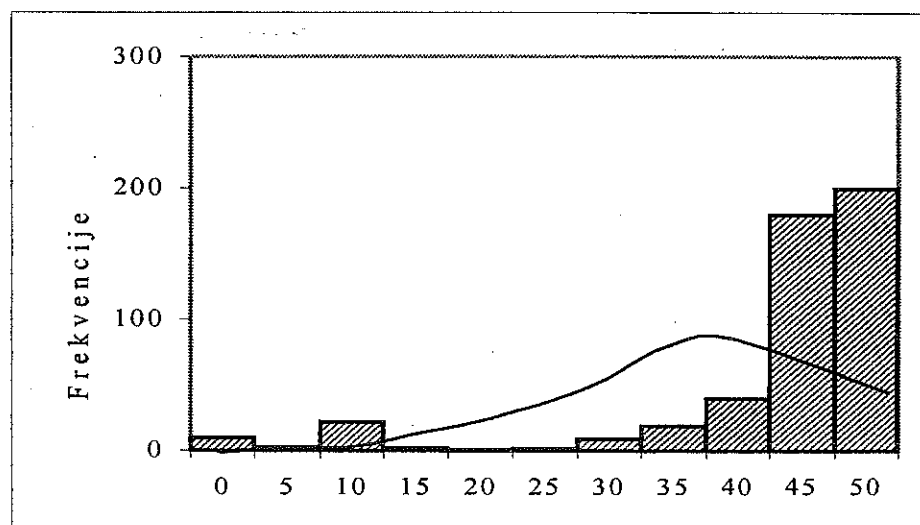
Iz tabele 15. vidi se da je distribucija izrazito asimetrična, jer su frekvencije nagomilane prema vrhu. Distribucija je negativno asimetrična (Skjunes = 2,080) i umjereno zašiljena (Kurtosis = 2,911, vidjeti tabelu 16). O velikoj asimetričnosti distribucije govori i visoka vrijednost aritmetičke sredine ($A = 41,02$) te medijana (47) i moda (48), tabela 16).

Tabela 16. – Statistiki za distribuciju ukupnog skora skale zloupotrebe i zavisnosti od alkohola (droga) mladih Crne Gore od 19 do 30 godina

N	Validni	498
	Nevalidni (isključeni)	73
Aritmetička sredina		41,020
Standardna greška aritmetičke sredine		0,570
Mediana		47,000
Standardna devijacija		12,770
Varijansa		162,950
Skjunes		-2,080
Standardna greška za Skjunes		0,109
Kurtozis		2,911
Standardna greška za Kurtozis		0,218

Grafički prikaz ukupnog skora skale zavisnosti dat je na grafikonu 1.

Grafikon 1. – Grafički prikaz ukupnog skora skale zvisnosti od alkohola i droga



Std. Dev = 12,77
Aritm.sredina = 41
N = 498,00

Ako rezultate našeg istraživanja poredimo sa rezultatima u američkim osnovnim i srednjim školama, sprovedenim u sličnim vremenskim okvirima, dolazimo do saznanja da je u američkom uzorku 1% učenika osnovnih škola svakodnevno konzumiralo alkohol (4), a u našem uzorku 0,5%. Ta razlika bi bila manja da su u naš uzorak osnovnih škola uključeni samo osmi razredi. Učenici američkih osnovnih škola kada piju pili su pet i više pića u kontinuitetu u 15,2% slučajeva, dok je procenat naših učenika osnovnih škola oko 2%. Vjerovatno bi ta razlika bila manja da smo izdvojili samo poduzorak 8-ih razreda. Budući da nijesmo imali sasvim uporedljive poduzorke, uz izvjesnu rezervu mogli bismo zaključiti ne samo da se učenici završnih razreda crnogorskih osnovnih škola češće ne opijaju nego američkih, nego i da učenici osmih razreda američkih osnovnih škola kada piju značajno češće popiju znatno veće količine alkoholnih pića od svojih vršnjaka u Crnoj Gori.

Kada je riječ o učenicima srednjih škola, onda valja istaći da je u prosjeku 2,9% učenika američkih srednjih škola konzumiralo alkoholna pića, a 1,45% učenika crnogorskih srednjih škola. S druge strane, prosječno 57,6% učenika američkih srednjih škola napilo se bar jednom u 1999. godini do stepena opijenosti, a 24,63% učenika crnogorskih srednjih škola. Slično učenicima osnovnih škola, razlike između učenika američkih i crnogorskih srednjih škola izražene su i u pogledu učestalosti opijanja. Indirektna potvrda o učestalijem opijanju američkih srednjoškolaca može se dobiti i na osnovu količine popijenog pića. Tako je 28,6% američkih srednjoškolaca pilo preko 5 pića u 1999. godini, a oko 12% crnogorskih. Razlike su takođe očite.

Prema jednom istraživanju, sprovedenom na uzorku od 6000 učenika u opštini Novi Beograd, 42% ispitanika upotrebljava alkoholna pića; na uzrastu od 11 i 12 godina 13,6%, od 13 do 14 godina 20% i od 15 do 16 godina 57%, te preko 17 godina 71,1%. Sve ove starosne grupe su po ovom izvještaju česti konzumenti. Međutim, autor ovih informacija ne daje detaljniji izvještaj o istraživanju, a prethodne procenete možemo shvatiti samo kao kumulativne (5).

U prikazu jednog drugog epidemiološkog istraživanja, sprovedenog u SAD 1988. godine na uzorku od 25.295.000 ispitanika, prevalenca zloupotrebe alkohola iznosila je 2,38%, a zavisnosti 6,25%. Prevalenca u starosnoj grupi od 18 do 29 godina iznosila je čak 23,5% (13).

Na osnovu rezultata jednog istraživanja od 10 do 20% adolescenata imalo je problema sa pićem (13, str. 61), a u Engleskoj i Velsu 12,5% muškaraca od 25 godina starosti imalo je zdravstvenih problema zbog redovnog uzimanja alkohola (13, str. 61).

U Poljskoj je 14% mladih imalo prve kontakte sa alkoholom prije navršene 11 a 42% prije 14. godine života (13, str. 62).

Prema jednom istraživanju pijenja mladih u Sarajevu, 47% osnovaca i 84% srednjoškolaca povremeno pije. U Novom Sadu je 1970. pilo 56% srednjoškolaca, a 54% bruceša u Zagrebu 1978. godine (13, str. 63).

Dimitrijević je na osnovu podataka Centra za porodičnu terapiju Instituta za mentalno zdravlje u Beogradu, utvrdio da je prosječna starost ispitanika kod prvog kontakta sa alkoholom 13,4 godine (13, str. 63).

Iz većine pomenutih epidemioloških saopštenja nije moguće steći pouzdaniju sliku o faktičkoj raširenosti zloupotrebe alkoholnih pića među mladima. Iz saopštenja da neko pije, ne može se u smislu zloupotrebe, a još manje zavisnosti, izvesti nikakav zaključak, niti iz saopštenja da često pije, ako nam nije saopšteno što podrazumijeva sintagma „često pije”. U tom pogledu, jedino je izuzetak američki epidemiološki izvještaj iz koga se jasno može vidjeti da razlika između učenika američkih i crnogorskih osnovnih i srednjih škola nije tolika u pogledu učestalosti pijenja, kolika je u pogledu učestalosti opijanja, mada obje vrste razlika dostižu stepen visoke statističke značajnosti.

Teško je izvršiti poređenje sa nalazima drugih istraživanja, jer nedostaju brojni podaci da bi se formirala makar djelimična epidemiološka slika. Ali, ako se prihvate pomenuta saopštenja o epidemiologiji pijenja mladih u Jugoslaviji (5, 13) onda mladi osnovnoškolskog i srednjoškolskog uzrasta stoje ispod, ali relativno bliže prosjeku, nego iznad prosjeka. Svakako treba imati u vidu da su to i epidemiološki podaci za jugoslovensku populaciju iz osamdesetih godina, te i ovo poređenje ima vrlo uslovno važenje. Budući da nijesmo upoznati sa značajnijim epidemiološkim istraživanjima ekscesivnog pijenja mladih u SR Jugoslaviji, a kako postoje određene indicije da je došlo do porasta zloupotrebe u posljednjoj deceniji, sa dosta opreza može se pretpostaviti da bi aktuelno poređenje, mlade od 12 do 18 godina u Crnoj Gori dovelo u nešto povoljniju poziciju jer bi se našli još više ispod prosjeka u pogledu učestalosti ekscesivnog pijenja. Ali, to je samo pretpostavka.

Mladi iznad 19 godina iskazuju da im je ekscesivno pijeње i zavisnost od alkohola ozbiljan problem i prije se nalaze iznad nego oko prosjeka kada je riječ o jugoslovenskoj populaciji onih koji imaju manje ili veće probleme zbog pijenja, dok se prije nalaze ispod prosjeka kada je riječ o povremenom, umjerenom, socijalnom pijeњу.

Vrlo je mala procentualna razlika između crnogorskih i američkih omladinaca u pogledu zloupotrebe alkohola, a simptomi zavisnosti znatno su češći među crnogorskim mladićima starijim od 18 godina nego među američkim (13, str. 60).

U cjelini posmatrajući, pijeње mladih u crnogorskom društvu nesumnjivo je ozbiljan socijalni problem, naročito ekscesivno pijeње i zavisnost mladih poslije 18. godine koji su u poređenju sa mladima u ranijoj SFRJ i mladima u nizu zemalja Zapadnog kulturnog kruga izraženiji.

Rezultati koji nijesu ohrabrujući, upućuju na neophodnost preduzimanja niza osmišljenih komplementarnih preventivnih mjera, o čemu će kasnije biti više riječi, i to počevši od nižih razreda osnovne škole. Rana kontinuirana prevencija pušenja duvana i pijenja alkoholnih pića imala bi posredno veliki značaj i za prevenciju zavisnosti od psihoaktivnih supstanci jer je zloupotreba alkohola i duvana uvod u zloupotrebu i drugih psihoaktivnih supstanci i zavisnosti od njih. Treba se podsjetiti osnovne teze Kendalove fazne teorije po kojoj oni koji koriste druge psihoaktivne supstance redovno su prije toga pušili i pili, što nikako ne znači da oni koji puše i piju završavaju sa drugim psihoaktivnim supstancama (14).

Marihuana

Od 1151 učenika i učenice osnovnih i srednjih škola koji su pružili odgovor o tome da li su ili ne pušili marihuanu 72 (6,3%) potvrdno je odgovorilo, značajno češće dječaci nego djevojčice (10,7% prema 2,6%, vidjeti tabelu 17).

Tabela 17. – Pušači i nepušači marihuane među učenicima crnogorskih osnovnih i srednjih škola prema polu

Pušenje marihuane	P o l		
	Muški	Ženski	Ukupno
Da	56,0	16,0	72,0
	10,7	2,6	6,3
	77,8	22,2	
Ne	468,0	611,0	1079,0
	89,3	97,4	93,7
	43,4	56,6	
Ukupno	524,0	627,0	1151,0
	45,5	54,5	

Bez odgovora za pretkolonu = 24 za zaglavlje = 71

Sa Jejtsovom korekcijom $X^2 = 30,84$, sa BSS = 1 P = 0,000

C = 0,162

Kramerov V = 0,164

Fi = 0,164

Od dječaka, koji su imali iskustvo sa marihuanom, procentualno je najveći broj to učinio od 14 do 17 godina – čak 84,3%, a u 16. i 17. godini 54,9%, dok poslije 17. godine nijedan dječak nije probao marihuanu. Međutim, do 13 godina je 15,8% dječaka probalo marihuanu. S druge strane, nijedna djevojčica nije marihuanu probala prije 14. godine, a poslije 17. godine to je učinilo 7,1% djevojčica. Posmatrajući u cijelini, dječaci značajno ranije nego djevojčice počinju sa korišćenjem marihuane, ali je zanimljivo da najveći broj dječaka to čini u 16. i 17. godini života (kod djevojčica čak 71,5%). Poslije kog perioda dječaci potpuno prestaju sa upotrebom marihuane. Ta činjenica potvrđuje ranije izneseno saznanje

da je marihuana uvod u druge droge, ali i da je poslije alkohola i duvana po broju korisnika među mladima najraširenija.

U posljednjih mjesec dana prije istraživanja 31 učenik i učenica pušili su marihuanu, što je iznosilo 2,8% od onih koji su dali odgovore (5%) dječaka prema (1%) djevojčica. Dakle, dječaci su u posljednjih mjesec dana značajno češće koristili marihuanu nego djevojčice ($X^2 = 14,98$, sa BSS = 1, $p = 0,000$).

U posljednjih nedjelju dana prije istraživanja marihuanu su pušili 21 učenik i učenica ili 1,9%. U relativnom odnosu opet su dječaci bili značajno češće zastupljeni u grupi pušača marihuane nedjelju dana prije istraživanja (3,5 prema 0,7%, sa Jejtsovom korekcijom $X^2 = 10,27$, sa BSS = 1, $p = 0,002$).

Nekoliko puta nedjeljno ili svaki dan marihuanu je pušilo 11 (1,1%) učenika i učenica. Ova grupa pokazuje jasne simptome zavisnosti i u njoj nema učenica. Međutim, i grupa koja to čini nekoliko puta mjesečno spadala bi u kategoriju onih koji pokazuju tendenciju da marihuanu zloupotrebljavaju, iako nijesu zavisnici, a njih je 1,2%. Dakle, 2,3% ispitanika u uzorku od 12 do 18 godina zloupotrebljavaju marihuanu ili su od nje zavisni. Dan uoči istraživanja marihuanu je pušilo 18 (1,6%) mladih od 12 do 18 godina, ali razlike među polovima nijesu bile značajne. I ovaj podatak indirektno ukazuje da su polne razlike relativno mnogo veće u grupi onih koji rijetko nego učestalo puše marihuanu. Opet su učenici oni koji značajno češće zloupotrebljavaju marihuanu ili su od nje zavisni ($X^2 = 27,16$, sa BSS = 4, $p = 0,000$).

Tabela 18. – Reakcija roditelja učenika i učenica crnogorskih osnovnih i srednjih škola kada bi saznali da puše marihuanu, prema mišljenju učenika

Reakcija roditelja prema mišljenju učenika	P o l		
	Muški	Ženski	Ukupno
Uopšte se ne bi ljutili	12,0	1,0	13,0
	2,5	0,2	1,2
	92,3	7,7	
Ljutili bi se	51,0	66,0	117,0
	10,5	10,9	10,7
	43,6	56,4	
Bili bi jako bijesni	422,0	538,0	960,0
	87,0	88,9	88,1
	44,0	56,0	
Ukupno	485,0	605,0	1090,0
	44,5	55,5	

Bez odgovora za pretkolonu = 85

za zaglavlje = 71

$X^2 = 12,18$

sa BSS = 2

$p = 0,00$

$C = 0,105$

Kramerov V = 0,106

Fi = 0,106

Zanimljivo je napomenuti da su i učenici i učenice jednako skloni da uveličavaju broj drugova i drugarica koji puše marihuanu, slično kao i sa duvanom i alkoholom, te razlike ne dostižu stepen statističke značajnosti ($X^2 = 7,80$, sa BSS = 4, $p = 0,09$).

Razlike među polovima u pogledu oštine reakcije roditelja na hipotetičko saznanje da im djeca puše marihuanu postoji, ali je relativno mala. Prema očekivanju, nepovoljne reakcije bile bi nešto nepovoljnije prema djevojčicama, što je samo posebna manifestacija oštrijeg reagovanja na devijantno ponašanje djevojaka pod uticajem patrijarhalnih moralnih nazora.

A sada ćemo analizirati kako se epidemiološki podaci, vezani za pušenje marihuane među mladima u Crnoj Gori od 12 do 18 godina, distribuiraju prema stupnju školovanja. U ovom uzorku 2,2% osnovnoškolaca i 11,4% srenjoškolaca probalo je marihuanu. Razlika je statistički visoko značajna „u korist” srednjoškolaca ($X^2 = 41,81$, sa BSS = 1, $p = 0,000$).

Kada je riječ o prvom životnom iskustvu sa marihuanom učenici osnovnih škola značajno ranije počinju sa pušenjem marihuane. Tako je 24,9% učenika osnovnih škola marihuanu prvi put pušilo prije 11-te godine života, 25% u 12. i 13. godini, 41,7% u 14, a samo 8,3% u 15. godini. S druge strane, među srednjoškolcima drogu nije uzeo prije 12. godine nijedan učenik; u 12. godini ih je bilo 8%, u 13. – 5,3%, u 14. – 7%; u 15. – 14%; u 16. – 43,9%; u 17 – 26,3% i u 18. – 1,8% ($X^2 = 37,48$, sa BSS = 9, $p = 0,000$). Ovi podaci, po pravilu, potvrđuju jasno izraženu tendenciju da novije generacije sa uzimanjem psihoaktivnih supstanci (u ovom slučaju marihuane) počinju na sve nižim uzrastima. Prosječno sa 15 godina i 3 mjeseca mladi od 12 do 18 godina počinju sa pušenjem marihuane.

U posljednjih mjesec dana 1,5% osnovnoškolaca i 4,4% srednjoškolaca pušilo je marihuanu. Srednjoškolci su značajno češće u posljednjih mjesec dana pušili marihuanu i ta razlika dostiže stepen statističke značajnosti ($X^2 = 7,70$, sa BSS = 1, $p = 0,002$).

Tokom posljednje nedjelje pred istraživanje 1,1% osnovnoškolaca i 3,1% srednjoškolaca pušilo je marihuanu. U tom pogledu razlika između učenika dva stupnja školovanja postoji, ali jedva dostiže stupanj statističke značajnosti ($X^2 = 5,04$, sa BSS = 1, $p = 0,025$).

U cjelini posmatrajući, srednjoškolci značajno češće, nekoliko puta nedjeljno i svakodnevno, puše marihuanu nego osnovnoškolci (1,8%) prema 0,3%, dok su osnovnoškolci značajno češće u grupi onih koji uopšte ne puše marihuanu. Tako je 1,8% srednjoškolaca, koji bi se mogli nazvati zavisnicima od marihuane, a 0,3% osnovnoškolaca. S druge strane, 1,9% srednjoškolaca pripadaju grupi onih koji zloupotrebljavaju marihuanu, a 0,6% osnovnoškolaca. Razlika je statistički značajna „u korist” srednjoškolaca ($X^2 = 25,07$, sa BSS = 4, $p = 0,000$). Ove razlike su vjerovatno artefakt starosti, jer s obzirom na činjenicu da se prva iskustva sa marihuanom masovno stiču tek na srednjoškolskom stupnju školovanja,

može pretpostaviti da osnovnoškolci neće „zaostajati” u pogledu učestalosti pušenja marihuane kada dostignu kritični uzrast.

Sasvim je očekivano da srednjoškolci, koji značajno češće puše marihuanu od osnovnoškolaca, imaju i značajno veći broj drugova i drugarica koji takođe puše marihuanu. Tako 8,7% srednjoškolaca ističe da većina ili svi njihovi drugovi i drugarice puše marihuanu, a 1,8% osnovnoškolaca. Dok je 20,6% srednjoškolaca saopštilo da nekoliko njihovih drugova i drugarica puše marihuanu, to saopštava samo 5,8% osnovnoškolaca. Statistički značajno veći broj srednjoškolaca saopštava da nekoliko, većina ili svi njihovi drugovi i drugarice puše marihuanu nego što to saopštavaju osnovnoškolci ($X^2 = 106,76$, sa BSS = 4, $p = 0,000$). Ove razlike su vjerovatno artefakt starosti.

Kada bi saznali da im djeca puše 86% osnovnoškolaca i 89,4% srednjoškolaca procjenjuju da bi im roditelji bili veoma ljuti, a samo 1,6% srednjoškolaca i 0,9% osnovnoškolaca smatraju da im se roditelji na to saznanje ne bi ljutili. Bez obzira što bi, prema očekivanju, reakcija roditelja bila nešto nepovoljnija kada su u pitanju osnovnoškolci, razlike ne dostižu stepen statističke značajnosti ($X^2 = 3,22$, sa BSS = 2, $p = 0,2$). Roditelji bi veoma negativno reagovali na saznanje da im djeca puše marihuanu, bez obzira na polne i starosne razlike. Očigledno da stepen negativne reakcije ukazuje ne samo na nepoznavanje problema od strane roditelja, nego još više i na iracionalnu osnovu tih reakcija koju vjerovatno podržavaju njihovi iracionalni strahovi.

Kada je riječ o uzorku mladih od 19 do 30 godina, onda valja istaći da je ukupno 11,8% od 549 ispitanika tokom života pušilo marihuanu, značajno češće mladići nego djevojke ($X^2 = 11,45$, sa BSS = 1, $p = 0,001$).

Do 12 godina nijedan ispitanik u uzorku mladih od 19 do 30 godina nije pušio marihuanu; od 12 do 17 godina takvih je bilo 33,4%; od 18 do 20 godina – 29,1%, a sa 22 i više godina 37,6%. Važno je istaći da su mladi starijeg uzrasta prosječno znatno kasnije probali marihuanu – sa 19 godina i 8 mjeseci nego mladi od 12 do 18 godina koji su prosječno prvi put pušili marihuanu sa 15 godina i 3 mjeseca. U ovom istraživanju stalno se iznova potvrđuje pravilnost da svaka nova generacija prva iskustva sa psihoaktivnim supstancama (u ovom slučaju sa marihuanom) stiče na sve nižem prosječnom uzrastu.

Na ovom uzrastu postoje značajne razlike u pogledu godina starosti u kojima je prvi put pušena marihuana ($X^2 = 10,82$, sa BSS = 12, $p = 0,05$), iako jedva dostiže stepen statističke značajnosti. Mladići prosječno nešto ranije počinju sa pušenjem marihuane nego djevojke.

Ukupno je 5,8% mladića, a 2,8% djevojaka pušilo marihuanu u posljednjih mjesec dana, ali razlika među polovima u pogledu iskustava sa marihuanom tokom mjesec dana uoči istraživanja nije statistički značajna (sa Jejtsovom korekcijom $X^2 = 1,66$, sa BSS = 1, $p = 0,1$). Razlika po polu ne-

ma ni kada je riječ o pušenju marihuane nedjelju dana uoči istraživanja, jer je u tom periodu marihuanu pušilo 5,3% mladića i 5,3% djevojaka. Razlike ne dostižu stepen statističke značajnosti ($X^2 = 2,64$, sa BSS = 1, $p = 0,1$).

Nekoliko puta nedjeljno ili svaki dan marihuanu puši 3,1% mladih od 19 do 30 godina i oni pokazuju jasne znake zavisnosti, dok još 4,9% to čine više puta mjesečno i oni dolaze u grupu onih za koje se može reći da marihuanu zloupotrebljavaju. Međutim, između mladića i djevojaka ne postoje statistički značajne razlike u pogledu učestalosti upotrebe, zloupotrebe i zavisnosti od marihuane ($X^2 = 6,94$, sa BSS = 3, $p = 0,07$).

Mlađi starijeg uzrasta manje su skloni da uveličavaju broj drugova i drugarica koji puše marihuanu nego učenici, što se vjerovatno može objasniti većom socijalnom nesigurnošću mlađih i zato njihovom većom zavisnošću od grupe vršnjaka i izraženijom težnjom da se sa zahtjevima grupe, pa i sa zahtjevom da puše marihuanu, komformiraju. Tako je 77,6% ispitanika, starih od 19 do 30 godina, odgovorilo da nijedan njihov drug i drugarica ne puše marihuanu, 7,2% da to čine jedan ili dva njihova druga (drugarice), 12% nekoliko, 2,7% je saopštilo da to čine većina i 0,4% svi. Djevojke su istakle da značajno veći broj njihovih drugarica i drugova puši marihuanu nego mladići ($X^2 = 17,39$, sa BSS = 4, $p = 0,002$).

Najzad, bez obzira što je riječ o odrasloj populaciji mladih, stavovi roditelja, po mišljenju ispitanika, bili bi blaži nego prema mlađoj populaciji od 12 do 18 godina, što je, uostalom, i očekivano. Samo 4,3% ispitanika smatra da se njihovi roditelji ne bi ljutili kada bi saznali da im djeca puše marihuanu, naspram 25,4% onih čiji bi se roditelji ljutili i čak 70,3% onih čiji bi roditelji bili veoma bijesni. Tako oštar stav roditelja prema mladima koji pripadaju odrasloj populaciji, uz to vrlo negativan, vjerovatno indirektno ukazuje na porodični tradicionalizam i derivate patrijarhalnih vaspitnih modela u crnogorskoj porodici.

Što se o iskustvima mladih sa marihuanom može zaključiti? Ukupno 6,3% mladih u Crnoj Gori, starosti od 12 do 18 godina, puši marihuanu i to četiri puta češće dječaci nego djevojčice. Srednjoškolci su šest puta češće ispoljavali tendenciju zavisnosti od marihuane (1,8% prema 0,3%), dok ta razlika kada je riječ o zloupotrebi iznosi više od tri puta (1,9% prema 0,6%). U cjelini, može se reći da 1% mladih u crnogorskim osnovnim i srednjim školama pokazuje jasne simptome zavisnosti, a 1,2% sklonost ka zloupotrebi.

Mladi Crne Gore na uzrastu od 19 do 30 godina imali su iskustva sa marihuanom u 11,8% slučajeva, češće mladići nego djevojke, iako su u tom pogledu polne razlike osjetno manje nego u kategoriji crnogorskih učenika osnovnih i srednjih škola. Važno je napomenuti da te razlike u pogledu godina starosti u kojim je stečeno prvo iskustvo sa marihuanom nijesu značajne, kao ni u pogledu učestalosti pušenja mjesec i nedjelju dana uoči istraživanja.

Jasne znake zavisnosti ispoljava 3,1% populacije mladih starijeg uzrasta, a 4,9% spadaju u kategoriju onih za koje se može reći da zloupotrebljavaju marihuanu. Dakle, mladi starijeg uzrasta su po relativnoj učestalosti tri puta brojniji kao zavisnici od marihuane, a četiri puta kao oni koji marihuanu zloupotrebljavaju.

Posebno su važna dva nalaza ovog istraživanja. Prvi je da postoji generalna tendencija, bar na osnovu istraživanja epidemioloških obilježja zloupotrebe i zavisnosti od duvana, alkohola i marihuane, da svaka nova generacija prva iskustva stiče na sve nižim uzrastima. Tako su osnovnoškolci u prosjeku prvo iskustvo sa marihuanom imali značajno ranije nego srednjoškolci. Još je značajnija razlika između mladih od 19 do 30 godina i crnogorskih učenika osnovnih i srednjih škola, posmatranih skupno, jer su mladi starijeg uzrasta prva iskustva sa marihuanom stekli sa 19 godina i 8 mjeseci, a učenici crnogorskih osnovnih i srednjih škola sa 15 godina i tri mjeseca.

Zapaža se i jedna druga tendencija koja je, bar kada je riječ o pušenju marihuane, u našim kulturnim prilikama neočekivana. Učenice crnogorskih osnovnih i srednjih škola značajno su manje zastupljene i po broju i po učestalosti pušenja marihuane, nego učenici, dok dječaci stiču ranije prvo iskustvo sa pušenjem marihuane, ali te razlike nijesu naročito izražene kao kada je riječ o broju konzumenata i učestalosti pušenja prema polu. Ti nalazi su očekivani i uglavnom su u skladu sa još uvijek prisutnim tradicionalnim kulturnim modelima. Međutim, među mladima od 19 do 30 godina polne razlike u pogledu učestalosti pušenja osjetno su manje, a u nekim kategorijama učestalosti (i to onima koje ukazuju i na veću učestalost) uopšte ih i nema.

Najzad, kao donekle neočekivan nalaz valja istaći i oštar negativni stav roditelja u slučaju da saznaju hipotetičku istinu da njihova djeca puše marihuanu, naročito negativan prema učenicima osnovnih i srednjih škola, što je, kao što smo već istakli derivat tradicionalnih vaspitnih modela u crnogorskoj porodici.

Prema istraživanjima u SAD je 4,7% populacije starije od 12 godina učestalo pušilo marihuanu. Takvih je u našem uzorku učenika od 12 do 18 godina bilo dvostruko manje, a u uzorku mladih od 19 do 30 godina blizu 7%, i više. Posmatrajući ukupnu populaciju naših ispitanika u pogledu učestalosti pušenja marihuane, crnogorski mladi uzrasta od 12 do 30 godina u 25 do 30% slučajeva rjeđe pripadaju kategorijama onih koji zloupotrebljavaju marihuanu, ili su od nje zavisni. Ako se ima u vidu da je još početkom 70-ih korišćenje droga, a pogotovu njihova zloupotreba bile gotovo nepoznate mladima u Crnoj Gori, onda 7,15% mladih od 12 do 30 godina, koji su rjeđe ili češće pušili marihuanu, predstavlja ipak zabrinjavajući porast. Danas su u profesionalnim i naučnim krugovima potpuno napuštene sholastičke rasprave o „lakim” i „teškim” drogama, a marihuana se uopšte više ne smatra „lakom” drogom.

Očigledno je da je pušenje marihuane takođe ozbiljan socijalni problem mladih u Crnoj Gori. Ako je zloupotreba i zavisnost mladih od 12 do 18 godina značajna, pogotovu ako se ima u vidu da je 70-ih godina ta pojava među mladima bila relativno rijetka, ovo saznanje nije u tolikoj mjeri zabrinjavajuće kao kada je riječ o populaciji mladih od 19 do 30 godina. Prema našim rezultatima 8% ove populacije pokazuje simptome zloupotrebe i zavisnosti od marihuane, što je visok procenat.

Po raširenosti upotrebe, marihuana se poslije duvana, alkohola i lijekova za smirenje i spavanje nalazi na četvrtom mjestu, znatno ispred svih ostalih droga. Tome su, po našem mišljenju, doprinijela dva značajna faktora. Prvi je, veoma rasprostranjena racionalizacija o marihuani kao „lakoj” i gotovo bezopasnoj drogi, benignijoj i od duvana, što se u mladoj populaciji, a naročito u rizičnim grupama mladih za nastanak i razvoj zavisnosti od psihoaktivnih supstanci veoma lako prihvata i služi kao racionalizacija. Drugi je, niska cijena i relativno velika dostupnost marihuane u Crnoj Gori, kao, uostalom, i u većini drugih sredina.

Dosadašnji podaci, a naročito podaci za mlade starijeg uzrasta, ukazuju na neophodnost izgradnje strategije primarne prevencije kojom bi bili obuhvaćeni učenici nižih razreda osnovnih škola, uz primjenu adekvatnijih preventivnih metoda i tehnike za te uzraste. Kada je riječ o primarnoj prevenciji zloupotrebe marihuane specifično je neophodno posvetiti veću pažnju edukaciji o različitim aspektima psihofarmakološkog dještva marihuane. Tačnim i preciznim informacijama o marihuani neophodno je stvarati pretpostavke o suzbijanju zabluda koje su u slučaju marihuane izraženije nego kada je riječ o bilo kojoj drugoj psihoaktivnoj supstanci, uključujući duvan i alkohol. Naravno, edukacija je i ovdje samo pomoćna preventivna metoda, iako zbog navedenih razloga značajnija nego u slučaju prevencije zloupotrebe drugih psihoaktivnih supstanci.

Lijekovi za smirenje i spavanje

Učenici crnogorskih osnovnih i srednjih škola izjavili su da su u 100 (9,5%) slučajeva koristili lijekove za smirenje i spavanje, ali između polova u pogledu uzimanja ovih lijekova nijesu utvrđene statistički značajne razlike ($X^2 = 0,16$, sa BSS = 1, $p = 0,68$).

Zanimljivo je napomenuti da od broja učenika koji uzimaju ove lijekove 23,2% počinje sa uzimanjem prije navršene 10. godine života, a 4,2% učenica. Od 11. do 14. godine počinje 42,9% učenika i 37,5% učenica, te od 14. do 18. godine 33,3% učenika i 58,4% učenica. Učenici značajno češće počinju sa uzimanjem lijekova, iako razlike ne dostižu stepen statističke značajnosti ($X^2 = 12,31$, sa BSS = 11, $p = 0,341$).

Sa korišćenjem lijekova za smirenje i spavanje počinje se prosječno sa 13 godina i 9 mjeseci, dakle osjetno ranije, prije prosječnih godina u

kojima se prvi put puši marihuana. Distribucija je malo pomjerena prema starijim uzrastima i relativno najveći broj počinje sa korišćenjem lijekova za smirenje i spavanje između 14. i 17. godine života.

Procentualno najveći broj učenika i učenica prvi put su sredstva za smirenje i spavanje nabavili iz kućnih zaliha (38 ili 35,8%), a odmah zatim su ih dobili na recept od ljekara (32 ili 30,2%), dok su ih 19 (17,9%) dobili od drugova – drugarica ili kupili bez recepta u apoteci (10 ili 9,4%). Samo se 6 (5,7%) snašlo na drugi način (moguće inkriminiranim radnjama – prim. B. Đ.). Pada u oči da učenici crnogorskih osnovnih i srednjih škola, usljed neuviđavnosti ljekara, roditelja, pa i farmaceuta, lako dolaze do psihoaktivnih supstanci koje imaju visok potencijal za stvaranje zavisnosti.

U posljednjih mjesec dana pred sprovođenje ove ankete, lijekove za smirenje i spavanje koristilo je 33 (2,64%) od ukupnog broja ispitanika. Nije utvrđena statistički značajna razlika prema polu (sa Jejtsovom korekcijom $X^2 = 0,30$, sa BSS = 1, $p = 0,58$).

U posljednjih nedjelju dana lijekove za smirenje i spavanje koristilo je 1,60% ispitanika, nešto češće učenici nego učenice (10,5% prema 7,6%), ali razlike među grupama nijesu statistički značajne (sa Jejtsovom korekcijom $X^2 = 0,26$, sa BSS = 1, $p = 0,609$).

Dan uoči istraživanja 16 (1,28%) učenika i učenica uzimalo je lijekove za smirenje i spavanje i to 8,1% učenika i 5,9% učenica od broja onih koji uzimaju lijekove, ali razlike po polovima nijesu statistički značajne (sa Jejtsovom korekcijom $X^2 = 0,14$, sa BSS = 1, $p = 0,707$).

Od cjelokupnog uzorka učenika i učenica 5 (0,4%) svakodnevno koristi lijekove za smirenje i spavanje, 7 (0,6%) nekoliko puta nedjeljno, a 8 (0,7%) nekoliko puta mjesečno. Dakle, oko 1% učenika pokazuje jasne tendencije ka zavisnosti od lijekova za smirenje i spavanje, a 0,7% ka zloupotrebi, ali razlike prema polu nijesu statistički značajne ($X^2 = 5,46$, sa BSS = 4, $p < 0,24$).

Kada uzimaju tablete, 5 (0,4%) uzima preko 7 tableta, a 10 (0,8%) preko 4 tablete. Obje ove grupe ukazuju na ozbiljnu zloupotrebu i zavisnost. Međutim, na putu zloupotrebe se nalaze i oni koji, uzimaju od dvije do tri tablete, a njih je 23 ili 1,8% od ukupnog broja. Po broju uzetih tableta ne postoji statistički značajna razlika među polovima ($X^2 = 6,95$, sa BSS = 4, $p = 0,139$).

Mladi koji koriste sredstva za smirenje i spavanje često uz njih uzimaju i alkohol. Tako je u uzorku mladih od 12 do 18 godina redovno koristilo alkohol uz ova sredstva 14% od broja onih koji uzimaju sredstva za smirenje i spavanje, a još 22% povremeno. Dakle, nešto više od 1/3 (35%) od broja onih koji koriste sredstva za smirenje i spavanje koristilo je povremeno ili stalno sa njima i alkohol, češće učenici nego učenice, ali razlike nijesu naročito značajne ($X^2 = 8,77$, sa BSS = 2, $p = 0,012$).

Zbog trovanja lijekovima za smirenje i spavanje 37 učenika u učeni-
ca (3%) zatražilo je medicinsku pomoć, ali među polovima u tom pogle-
du nijesu nađene statistički značajne razlike (sa Jejtsovom korekcijom X^2
= 0,03, sa BSS = 1, $p = 0,871$).

Zanimljivo je napomenuti da je 38,3% učenika i učenica istaklo, da
jedan ili više njihovih drugova i drugarica uzimaju lijekove za smirenje i
spavanje. Ako je 19,9% izjavilo da to čini samo jedan njihov drug (drugar-
ica) (19% učenici prema 20,5% učenice); 12,9% je izjavilo da ova sred-
stva uzimaju nekoliko njihovih drugova (drugarica) i to 8,9% učenika
prema 15,7% učenica, 3,8% je izjavilo da to čini većina njihovih drugova
– drugarica (2,3% učenici i 4,4% učenice), dok je na kraju 1,7% izjavilo
da to čine svi njihovi drugovi – drugarice (2,8% učenika i 0,9% učenica).
U cjelini, učenice su značajno češće nego učenici isticale da jedan, neko-
liko ili većina njihovih drugova i drugarica uzimaju lijekove za smirenje i
spavanje ($X^2 = 21,31$ sa BSS = 4, $p = 0,000$). Da li su učenice zaista u ve-
ćem broju okružene drugovima i drugaricama koje uzimaju lijekove za
smirenje i spavanje nego učenici ili je to rezultat njihovih projekcija, te-
ško je reći. Uzimanje lijekova za smirenje i spavanje u svijesti javnog
mnjenja češće vezuje za ženski pol, što potvrđuju i naši rezultati.

Samo se 5,6% roditelja ne bi ljutilo kada bi znalo da njihova djeca
uzimaju lijekove za smirenje i spavanje, dok bi se 36,3% roditelja ljutili, a
58,1% bili bi jako bijesni. Neočekivano, ali među polovima u stavovima
roditelja prema uzimanju lijekova za smirenje i spavanje nema statistički
značajnih razlika ($X^2 = 4,62$, sa BSS = 2, $p = 0,09$). Zapaža se da je u cje-
lini negativna reakcija roditelja prema uzimanju sredstava za smirenje i
spavanje od strane njihove djece blaža nego prema pušenju marihuane,
iako sredstva za smirenje i spavanje imaju veći potencijal za stvaranje
zloupotrebe i zavisnosti. Da su stavovi roditelja osjetno blaži indirektno
se može vidjeti i po tome što mladi lako dolaze do roditeljskih lijekova za
smirenje i spavanje jer, kao što smo rekli, u više od trećine slučajeva
(35,4%) oni do ovih lijekova dolaze iz kućne apoteke. To je i najčešći na-
čin snabdijevanja, bar kod ovog uzorka mladih. S obzirom da ih roditelji
tako masovno koriste, očigledno da nijesu svjesni njihovih adiktivnih
svojstava, a toga su u još manjoj mjeri svjesna njihova djeca. Sve te činje-
nice objašnjavaju relativno blaži stav roditelja prema korišćenju lijekova
za smirenje i spavanje od strane njihove djece, bez obzira na pol, što nije
bio slučaj kada smo ovaj fenomen analizirali u kontekstu drugih psihoak-
tivnih supstanci.

Učenici osnovnih škola u 5,2% slučajeva, a srednjih u 14,8% koriste
lijeke za smirenje i spavanje. Dakle, učenici osnovnih škola statistički
značajno rjeđe koriste ova sredstva ($X^2 = 16,78$ sa BSS = 1, $p = 0,000$).

Kada je riječ o prvom iskustvu sa ovim sredstvima, valja reći da
učenici osnovnih škola osjetno ranije počinju sa njihovim korišćenjem.
Tako su 46% učenika osnovnih škola prva iskustva sa ovim lijekovima

imali prije navršene 12. godine, a 54% od 12. do 14. godine. Treba napomenuti da je 7,6% učenika osnovnih škola prva iskustva steklo čak u 5. i 6. godini. S druge strane, samo je 8,6% učenika srednjih škola prvi put uzelo ova sredstva prije navršene 12. godine; od 12. do 14. godine uzelo ih je 27,2%, a 64,3% od 14. do 18. godine. Kao i u ranijim slučajevima, učenici osnovnih škola značajno ranije počinju sa uzimanjem sredstava za smirenje i spavanje nego učenici srednjih škola ($X^2 = 45,34$, sa BSS = 12, $p = 0,000$).

Učenici srednjih škola značajno češće nego učenici osnovnih škola lijekove nabavljaju od drugova i drugarica (23% prema 0%), kupovinom (9,8% prema 6,7%) uzimanjem iz kućne apoteke (37,8% prema 30%) i iz nepoznatih izvora (1,2% prema 0%). S druge strane, učenici osnovnih škola ove lijekove uzimaju na recept ljekara (56,7% prema 23,2%). Učenici srednjih škola značajno češće koriste polulegalne načine za nabavku lijekova za smirenje i spavanje nego učenici osnovnih škola ($X^2 = 15,72$, sa BSS = 5, $p = 0,008$).

U posljednjih mjesec dana, učenici srednjih škola značajno češće su koristili lijekove za smirenje i spavanje (sa Jejtsovom korekcijom $X^2 = 13,82$, sa BSS = 1, $p = 0,000$).

U posljednjih nedjelju dana pred sprovođenje ankete 1,9% učenika osnovnih, a 15% učenika srednjih škola koristilo je lijekove za smirenje i spavanje ($X^2 = 10,77$, sa BSS = 1, $p = 0,001$).

Dan uoči istraživanja 2,7% učenika osnovnih i 10,7% učenika srednjih škola uzimalo je lijekove za smirenje i spavanje i ova razlika jedva dostiže stepen statističke značajnosti (sa Jejtsovom korekcijom $X^2 = 4,7$, sa BSS = 1, $p = 0,03$).

Među onima koji lijekove za smirenje i spavanje uzimaju nekoliko puta nedjeljno i svaki dan, samo su srednjoškolci, dok 0,9% osnovnoškolaca i 5,4% srednjoškolaca lijekove uzima jednom mjesečno. S druge strane, osnovnoškolci su značajno češće u poduzorku onih koji ove lijekove uopšte ne uzimaju. Srednjoškolci su značajno brojniji uživaoci lijekova za smirenje i spavanje i značajno ih češće koriste ($X^2 = 37,62$, sa BSS = 4, $p = 0,000$).

Od broja srednjoškolaca koji uzimaju lijekove za smirenje i spavanje 12,9% obično uzima 4 do 6 tableta dnevno; 3,5% ovih srednjoškolaca uzima 7 do 9 tableta i 1,2% 10 i više tableta. S druge strane, osnovnoškolaca nema među onima koji uzimaju 4 do 6 i 7 do 9 tableta. Međutim, osnovnoškolci su češći među onima koji uzimaju jednu tabletu dnevno (79,1%: 63,5%), a skoro su jednako zastupljeni među onima koji uzimaju 2 do 3 tablete (18,6% osnovnoškolaca prema 18,8% srednjoškolaca). Razlike među osnovnoškolcima i srednjoškolcima nijesu statistički značajne ($X^2 = 8,33$, sa BSS = 4, $p = 0,08$).

Uz sredstva za smirenje i spavanje 8,1% srednjoškolaca redovno uzima i alkohol, a 5,3% osnovnoškolaca, dok 15,3% srednjoškolaca i 5,3% osnovnoškolaca, to čini povremeno. Iako srednjoškolci češće uz lijekove

za smirenje i spavanje koriste i alkohol nego osnovnoškolci, te razlike jedva dostižu stepen statističke značajnosti ($X^2 = 6,48$, sa BSS = 2, $p = 0,03$).

Od učenika i učenica koji koriste sredstva za smirenje i spavanje 13,8% osnovnoškolaca i 11,8% srednjoškolaca zatražilo je medicinsku pomoć zbog trovanja ovim lijekovima. Prema očekivanju, zbog prosječno nižeg uzrasta i manje tolerancije, osnovnoškolci se usljed trovanja lijekovima nešto češće javljaju za pomoć, ali te razlike ne dostižu stepen statističke značajnosti ($X^2 = 0,01$, sa BSS = 1, $p = 0,742$).

U 9,1% slučajeva srednjoškolci su izjavili da većina ili svi njihovi drugovi koriste sredstva za smirenje i spavanje, a među osnovnoškolcima 2,6%; 18,6% srednjoškolaca i 7,7% osnovnoškolaca izjavilo je da to čine jedan ili dva njihova druga (drugarice), a 75,7% osnovnoškolaca i 45% srednjoškolaca da ta sredstva ne koristi nijedan njihov drug (drugarica). Dakle, srednjoškolci su značajno češće izjavljivali da jedan, dva, nekoliko, većina ili svi njihovi drugovi i drugarice uzimaju sredstva za smirenje i spavanje, dok su osnovnoškolci značajno češće saopštavali da nemaju takvih drugova i drugarica ($X^2 = 97,63$, sa BSS = 4, $p = 0,000$). Najzad, 7,5% roditelja srednjoškolaca i 4,2% roditelja osnovnoškolaca izjavili su da se ne bi ljutili ako bi saznali da njihova djeca uzimaju lijekove za smirenje i spavanje; ljutilo bi se 42,5% roditelja srednjoškolaca, a 31,2% roditelja osnovnoškolaca, dok bi 50% roditelja srednjoškolaca, a 64,6% osnovnoškolaca bilo jako bijesno. Prema očekivanju, inače u relativno blažem stavu roditelja učenika crnogorskih osnovnih i srednjih škola značajno netolerantniji odnos pokazali su prema učenicima osnovnih nego srednjih škola ($X^2 = 23,27$, sa BSS = 2, $p = 0,000$).

Kada je riječ o mladima uzrasta od 19 do 30 godina, sredstva za smirenje i spavanje koristilo je 78 ispitanika ili 13,66% od ukupnog uzorka. Od 205 mladića, koji su odgovorili na ovo pitanje 26 (12,7%) je koristilo ove lijekove, a od 263 djevojke 52 (19,8%) izjavile su da su koristile lijekove za smirenje i spavanje. Djevojke su značajno češće koristile lijekove za smirenje i spavanje nego mladići, iako su ove razlike na granici statističke značajnosti ($X^2 = 3,67$, sa BSS = 1, $p = 0,05$).

Mladi uzrasta od 19 do 30 godina prosječno su prvi put lijekove za smirenje i spavanje uzeli sa 21. godinom i jednim mjesecom starosti. Iako su mladići nešto brojniji na nižim uzrastima, u cjelini ne postoje statistički značajne razlike među polovima u pogledu starosti kod prvog uzimanja sredstava za smirenje i spavanje ($X^2 = 15,21$, sa BSS = 17, $p = 0,58$). Za razliku od uzorka učenika crnogorskih osnovnih i srednjih škola, koji su u 35,4% slučajeva lijekove za smirenje i spavanje uzimali iz kuće, mladi uzrasta od 19 do 30 godina lijekove u 40 slučajeva (48,2%) uzimaju na recept, u 28,9% iz kuće, kupovinom u 14,5% i dobijanjem od drugova ili drugarica u 8,4% slučajeva. Zapaža se da mladi starijeg uzrasta koriste legalnije kanale za nabavku lijekova za smirenje i spavanje, a drugovi i drugarice kao izvori za nabavku ovih lijekova nalaze se na posljednjem

mjestu. U pogledu izvora za nabavku lijekova među polovima ne postoje statistički značajne razlike ($X^2 = 1,70$, sa BSS = 1, $p = 0,630$).

Tokom posljednjeg mjeseca prije sprovođenja istraživanja ove lijekove uzimalo je 7,1% mladića i 9,2% djevojaka, a razlike po polu nijesu statistički značajne ($X^2 = 0,22$, sa BSS = 1, $p = 0,636$).

Posljednju nedjelju prije anketiranja lijekove za smirenje i spavanje koristilo je 3,5% mladića i 5,5% djevojaka, ali ove razlike ne dostižu stepen statističke značajnosti (sa Jejtsovom korekcijom $X^2 = 0,33$, sa BSS = 1, $p = 0,565$).

Dan uoči anketiranja, lijekove za smirenje i spavanje uzimalo je 4,3% mladića i 2,7% djevojaka, ali razlika među polovima nije statistički značajna ($X^2 = 0,22$, sa BSS = 1, $p = 0,639$).

Nekoliko puta nedjeljno i svakodnevno, lijekove za smirenje i spavanje uzimalo je 2,1% ispitanika i za njih bi se moglo reći da ispoljavaju simptome zavisnosti, dok 3,5% ispitanika to čine nekoliko puta mjesečno i oni imaju tendenciju ka zloupotrebi. Najzad, 17% ispitanika lijekove za smirenje i spavanje uzima nekoliko puta godišnje. Podaci ukazuju da skoro 1/4 mladih od 19 do 30 godina koristi lijekove za smirenje i spavanje, da jasne tendencije ka zavisnosti ispoljava 2,1%, a ka zloupotrebi još 3,5%. Međutim, nije utvrđena statistički značajna razlika po polu ($X^2 = 8,46$, sa BSS = 4, $p = 0,076$).

Zanimljivo je zapaziti da nijedan ispitanik od 19 do 30 godina starosti ne uzima 7 i više tableta dnevno, dok čak 83,7% uzima samo jednu tabletu dnevno od onih koji uzimaju; 15,1% uzima od dvije do 3 tablete, a samo 1,2% uzima od 4 do 6 tableta. U pogledu količine uzetih tableta razlike među polovima nijesu statistički značajne ($X^2 = 2,62$, sa BSS = 2, $p = 0,26$).

Uz lijekove za smirenje i spavanje 0,8% ispitanika koristi redovno alkohol, a 2,7% povremeno. Međutim, u ovom pogledu nema statistički značajnih razlika po polu ($X^2 = 4,35$, sa BSS = 2, $p = 0,114$).

Zbog trovanja lijekovima 2% ispitanika zatražilo je medicinsku pomoć (1,9% mladića prema 2% djevojaka). Razlike nijesu statistički značajne (sa Jejtsovom korekcijom $X^2 = 0,00$, sa BSS = 1, $p = 0,963$).

Mladi starijeg uzrasta istakli su u 63,1% slučajeva da nijedan njihov drug ili drugarica ne uzima lijekove za smirenje i spavanje, 15,1% da to čine jedan ili dva druga (drugarice); 3,5% da ova sredstva uzima većina, a 0,5% da to čine svi njihovi drugovi i drugarice. Nijesu utvrđene statistički značajne razlike po polu ($X^2 = 8,24$, sa BSS = 4, $p = 0,142$).

Stav roditelja prema uzimanju sredstava za smirenje i spavanje onako kako ga vide mladi od 19 do 30 godina još je tolerantniji nego prema mladima od 12 do 18 godina, jer se 15,1% roditelja, po mišljenju ispitanika, ne bi ljutili kada bi saznali da im djeca uzimaju sredstva za smirenje i

spavanje, 38,2% bili bi ljuti, a 46,7% jako bijesni. Iznenadujuće je da između polova nijesu nađene statistički značajne razlike ($X^2 = 0,59$, sa BSS = 2, $p = 0,746$).

Dosada izneseni podaci ukazuju na neke specifičnosti. Prije svega, 1,7% učenika crnogorskih osnovnih i srednjih škola skloni su zloupotrebi lijekova za smirenje i spavanje i zavisnosti od njih, što svakako nije beznačajan procenat, iako nemamo uporedne podatke iz domaćih istraživanja.

Važno je istaći da u pogledu upotrebe, zloupotrebe i zavisnosti ovih lijekova nijesu utvrđene statistički značajne razlike po polu, pa čak ni reakcija roditelja na korišćenje ovih lijekova nije značajno nepovoljnija kad je riječ o ženskom nego muškom polu. Štaviše, pripadnice ženskog pola pružile su podatke koji ukazuju da značajno veći broj njihovih drugova i drugarica uzima sredstva za smirenje i spavanje. Bez obzira što objašnjenja mogu biti različita, ne može se sporiti ni činjenica da su lijekovi za smirenje i spavanje rijetke psihoaktivne supstance koje jednako upotrebljavaju, zloupotrebljavaju ili su od njih zavisni pripadnici oba pola.

Mnogo su značajnije razlike među različitim stupnjevima školovanja. Učenici srednjih škola ne samo da u značajno većem broju koriste lijekove za smirenje i spavanje nego i znatno učestalije, a potpuno dominiraju među onima koji ove lijekove koriste više puta nedjeljno ili svakodnevno. Najzad, srednjoškolci imaju značajno veći broj drugova i drugarica koji koriste sredstva za smirenje i spavanje. Stalno se potvrđuje pravilnost da svaka nova generacija pomjera granice prvog kontakta sa psihoaktivnim supstancama (u ovom slučaju sa sredstvima za smirenje i spavanje) ka sve nižim uzrastima, što se potvrdilo i na primjeru osnovnoškolaca u odnosu na srednjoškolce. Posmatrajući u cjelini, djevojke u uzorku mladih od 19 do 30 godina starosti značajno su brojnije među onima koji upotrebljavaju lijekove za smirenje i spavanje nego mladići, posmatrano i u apsolutnom i u relativnom odnosu (19,8 djevojaka i 12,7% mladića). Međutim, u pogledu učestalosti uzimanja pomenutih lijekova i njihove količine među polovima nema statistički značajnih razlika. Važno je napomenuti da mladi starijeg uzrasta prva iskustva sa lijekovima za smirenje i spavanje stižu znatno kasnije nego mladi od 12 do 18 godina, tek sa 21 godinom i jednim mjesecom. Dakle, 7 godina i 2 mjeseca prosječno kasnije od mladih uzrasta od 12 do 18 godina. Značajno je napomenuti da uzorak učenika (naročito srednjoškolaca) zloupotrebljava značajno veće količine lijekova za smirenje i spavanje nego uzorak starijih.

Ako bismo pokušali da iznesemo generalni zaključak, treba istaći da zloupotreba i zavisnost od lijekova za smirenje i spavanje među mladima od 12 do 30 godina u Crnoj Gori dolazi u red vodećih psihoaktivnih supstanci, ako se izuzmu već diskutovani duvan i alkohol. Oni po raširenosti upotrebe zauzimaju treće mjesto, ali po zloupotrebi i zavisnosti dolaze na četvrto – poslije duvana, alkohola i marihuane. Jedan od ključnih razloga je velika dostupnost i niska cijena ovih lijekova, zbog čega se koriste kao

supstituti za „prave” droge, a češće da bi se umanjila nepovoljna dještva drugih droga. Osim toga, ova sredstva su široko prihvaćena i tolerisana od onih koji ih simptomatski i rjeđe koriste, ali i od najšireg javnog mnjenja. Da je tako indirektno govori i podatak da je 7,2% učenika osnovnih škola od broja onih koji su koristili lijekove za smirenje i spavanje prvo iskustvo sa ovim lijekovima imalo u 5. i 6. godini života. Ovaj i neki slični nalazi govore o nedovoljnom poznavanju psihofarmakoloških svojstava lijekova za smirenje i spavanje i zato o velikoj nekritičnosti roditelja pri njihovoj upotrebi. Činjenica da su lijekovi za smirenje i spavanje široko dostupni djeci objašnjava i relativno blag stav roditelja, uslovljen nepoznavanjem njihovih adiktivnih potencijala.

Vrlo permisivni stav imaju i ljekari koji olako i dosta nekritički prepisuju ove lijekove. Zato se zloupotreba i zavisnost od lijekova za smirenje i spavanje brzo šire, te je uz sve specifične primarno–preventivne metode i tehnike, o kojima će kasnije biti više riječi, neophodno primjenjivati i sistematsku edukaciju stanovništva o psihofarmakološkim svojstvima ovih lijekova, od kojih neki imaju visoke adiktivne potencijale. Takođe je neophodna edukacija edukatora (ljekara opšte prakse, psihologa, socijalnih radnika, pedagoga i sociologa) o ovim problemima.

Heroin

U uzorku mladih od 12 do 18 godina 2,8% uzima heroin. Među njima 5,2% čine učenici, a 0,9% učenice (sa Jejtsovom korekcijom $X^2 = 16,78$, sa BSS = 1, $p = 0,000$).

Učenici značajno ranije počinju sa upotrebom heroina. U našem uzorku 9,6% učenika prva iskustva sa heroinom steklo je u 10. godini života i ranije, dok je do 15. godine heroin probalo 33,4% ispitanika, a nijedna učenica. Od 15 do 17 godina prvo iskustvo sa heroinom imali su 57,1% učenika i 100% učenica (50% učenica u 15. godini, a samo 4,8% učenika). Između učenika i učenica u pogledu godina u kojima je stečeno prvo iskustvo sa heroinom nema statistički značajnih razlika ($X^2 = 7,58$, sa BSS = 7, $p = 0,371$). Distribucija je negativno asimetrična i pomjerena prema većim vrijednostima. Najveći broj učenika distribuira se između 14. i 17. godine. Skoro trećina (32%) od onih koji su iskusili heroin prvo iskustvo sa heroinom steklo je u 17. godini, a 20% u 16. godini.

U posljednjih mjesec dana prije istraživanja 8,6% učenika i 1,8% učenica (od broja onih koji su pružili cjelovite odgovore) koristili su heroin, značajno češće učenici nego učenice, a razlike jedva dostižu stepen statističke značajnosti ($X^2 = 4,36$, sa BSS = 1, $p = 0,03$).

Nedjelju dana pred istraživanje heroin je koristilo 5,1% učenika i 1,8% učenica. Među polovima nijesu nađene statistički značajne razlike ($X^2 = 1,17$, sa BSS = 1, $p = 0,280$).

Dan uoči istraživanja heroin je uzimalo 2,9% učenika i 0,9% učenica, a razlike među polovima nijesu statistički značajne ($X^2 = 0,43$, sa BSS = 1, $p = 0,51$).

U odnosu na ukupan uzorak 0,9% učenika i učenica pokazuje jasne simptome zloupotrebe i zavisnosti od heroina, a još oko 1% povremeno koristi heroin. Heroin češće koriste učenici nego učenice, a razlike jedva dostižu stepen statističke značajnosti ($X^2 = 7,46$, sa BSS = 3, $p = 0,05$).

Kada upotrebljavaju heroin, 78,3% učenika i 60% učenica to čini snifovanjem, a kada je riječ o intravenskoj upotrebi onda 4,3% učenika i 40% učenica to čini intravenski. Učenici su značajno češće u grupi onih koji heroin koriste snifovanjem, a učenice intravenski, ali razlike po polu tek dostižu stepen statističke značajnosti ($X^2 = 7,91$, sa BSS = 1, $p = 0,01$).

Oko 0,5% ispitanika bilo je jednom ili više puta na bolničkom liječenju zbog uzimanja heroina, dok je još 1% liječeno dispanzerski, ali razlike po polovima u tom pogledu nijesu statistički značajne ($X^2 = 5,83$, sa BSS = 4, $p = 0,212$).

Zanimljivo je istaći da su naročito heroinomani skloni da uvećavaju broj drugova i drugarica koji uzimaju heroin. Tako su učenici i učenice crnogorskih osnovnih i srednjih škola istakli u 11,47% slučajeva da jedan, dva, nekoliko, većina ili svi njihovi drugovi i drugarice uzimaju heroin. Dakle, naši ispitanici su pet i po puta češće okruženi bar jednim ili sa više vršnjaka i vršnjakinja koji uzimaju heroin nego što to čine sami. Od broja vršnjaka i vršnjakinja koji uzimaju heroin, 64 (44,75%) učenika i učenica kazali su da su to samo jedan ili dva njihova druga (drugarice), 59 (41,25%) da je to nekoliko njihovih vršnjaka i vršnjakinja, 15 (10,48%) da su to većina, a 5 (3,49%) da su to svi njihovi drugovi i drugarice. U ove posljednje dvije kategorije, svakako, treba tražiti one učenike i učenice koji zloupotrebljavaju heroin ili su od njega zavisni. Pokazalo se da su učenici i učenice koji zloupotrebljavaju određenu psihoaktivnu supstancu ili su od nje zavisni, vrlo skloni da većinu ili sve svoje drugove i drugarice „vide” kao zavisnike, ili bar one koji zloupotrebljavaju heroin, što ne mora mnogo biti daleko od istine, jer zavisnici, po pravilu, imaju vrlo selekcionirano društvo u kome su većina, ili svi zavisnici.

S obzirom na veliku popularnost i prihvaćenost heroina među narkomanima, a zbog njegovih velikih adiktivnih svojstava, negativna reakcija roditelja je ne bez razloga veoma oštra. Tako su samo 3,4% učenika i učenica izjavili da se njihovi roditelji ne bi ljutili, iako bi bili zabrinuti kada bi saznali da njihova djeca koriste heroin, 9,2% bili bi ljuti, a čak 87,3% veoma bijesni. Roditeljske reakcije bile bi nešto nepoželjnije prema učenicima, ali te razlike jedva dostižu stepen statističke značajnosti ($X^2 = 6,83$, sa BSS = 2, $p = 0,03$).

Učenici osnovnih škola su u 1,6% slučajeva koristili heroin bilo kada u životu, a srednjih u 4,3%. Učenici srednjih škola su značajno češće

imali iskustvo sa heroinom, iako te razlike ne dostižu stepen statističke značajnosti ($X^2 = 6,19$, sa BSS = 1, $p = 0,01$).

Dok učenici (osnovnih škola prva iskustva sa heroinom u 505 slučajeva stiču do navršene 14. godine života, a čak 33,4% do 12. godine, takvih je među učenicima srednjih škola tek 5%. Dakle, stalno se iznova potvrđuje pravilnost da svaka nova generacija prva iskustva sa psihoaktivnim supstancama (u ovom slučaju sa heroinom) stiže na sve nižim uzrastima. Osnovnoškolci statistički značajno ranije stiču prva iskustva sa heroinom ($X^2 = 21,78$, sa BSS = 8, $p = 0,000$).

Između učenika osnovnih i srednjih škola nijesu nađene statistički značajne razlike u pogledu korišćenja heroina mjesec dana uoči istraživanja ($X^2 = 1,01$, sa BSS = 1, $p = 0,315$), niti nedjelju dana pred anketiranje ($X^2 = 0,76$, sa BSS = 1, $p = 0,383$). Tih razlika nije bilo između osnovnoškolske i srednjoškolske omladine, niti kada je riječ o uzimanju heroina dan uoči istraživanja ($X^2 = 0,0$, sa BSS = 1, $p = 0,961$). Takođe, učenici srednjih škola značajno često ne koriste heroin tokom godine, mjeseca, nedjelje i svakodnevno nego učenici osnovnih škola ($X^2 = 4,81$, sa BSS = 3, $p = 0,184$).

Osnovnoškolci u 27,3% slučajeva heroin uzimaju pušenjem, a u istom tom procentu i intravenski, dok samo 4,3% srednjoškolaca heroin uzima pušenjem, a 8,7% intravenski. S druge strane, 87% srednjoškolaca snifuje heroin, a 45,5% osnovnoškolaca. Osnovnoškolci značajno češće koriste agresivnije metode u upotrebi heroina (intravensko davanje) i značajno češće heroin uzimaju pušenjem, a srednjoškolci ga značajno češće snifuju ($X^2 = 6,81$, sa BSS = 2, $p = 0,03$).

Srednjoškolci nijesu značajno češće odlazili u dispanzer ili bili jednom ili više puta hospitalizovani zbog zdravstvenih i drugih problema povezanih sa zloupotrebom heroina i zavisnošću od njega nego osnovnoškolci ($X^2 = 3,55$, sa BSS = 4, $p = 0,470$).

Učenici srednjih škola istakli su da većina ili svi njihovi drugovi i drugarice upotrebljavaju heroin, a 0,5% učenika osnovnih škola, 9,1% učenika srednjih škola i 2,8% osnovnih istaklo je da je takvih nekoliko, dok je 8,2% učenika srednjih škola i 4,5% osnovnih saopštilo da takvih imaju jednog do dva druga (drugarice). Učenici srednjih škola su značajno češće saopštavali da jedan, dva, nekoliko, većina i svi njihovi drugovi i drugarice upotrebljavaju heroin, nego učenici osnovnih škola ($X^2 = 45,25$, sa BSS = 4, $p = 0,000$).

Najzad, roditeljska reakcija na saznanje da im djeca koriste heroin gotovo je identična onoj saopštenoj po polnoj distribuciji. Samo se 3,4% roditelja ne bi ljutili, iako bi bili zabrinuti, kada bi saznali da njihova djeca koriste heroin; u 9,5% slučajeva bili bi ljuti, a u 87,1% slučajeva jako bijesni. Nema statistički značajnih razlika među osnovnoškolcima i srednjoškolcima ($X^2 = 3,93$, sa BSS = 2, $p = 0,140$).

Među mladima uzrasta od 19 do 30 godina heroin je probalo 1,7% ispitanika, ali razlika među polovima nije statistički značajna ($X^2 = 0,10$, sa BSS = 1, $p = 0,752$).

Prosječno vrijeme kada mladi uzrasta od 19 do 30 godina stiču prvo iskustvo sa heroinom iznosi 17 godina i dva mjeseca, dakle dvije godine i dva mjeseca kasnije nego mladi starosti od 12 do 18 godina. Ovi podaci iznova potvrđuju pravilnost da svaka nova generacija mladih prva iskustva sa psihoaktivnim supstancama (u ovom slučaju heroinom) stiče na sve nižim uzrastima. Međutim, nijesu utvrđene statistički značajne razlike u pogledu starosti kada je stečeno prvo iskustvo sa heroinom po polu ($X^2 = 6,00$, sa BSS = 6, $p = 0,423$).

Tih razlika po polu nije bilo niti u pogledu uzimanja heroina mjesec dana uoči istraživanja ($X^2 = 0,02$, sa BSS = 1, $p = 0,899$), niti nedjelju dana prije sprovođenja ankete ($X^2 = 0,02$, sa BSS = 1, $p = 0,895$), a niti dan uoči istraživanja ($X^2 = 0,02$, sa BSS = 1, $p = 0,890$).

Kada je riječ o vremenskoj dinamici uzimanja heroina našli smo samo one koji heroin uzimaju nekoliko puta godišnje i nekoliko puta mjesечно i samo jednog ispitanika koji to čini više puta nedjeljno. Uključujući i ovog jednog ispitanika, može se reći da oko 0,6% ispitanika ima jasne simptome zavisnosti, a 0,5% zloupotrebe, ali razlike među polovima nijesu značajne ($X^2 = 0,09$, sa BSS = 1, $p = 0,763$). Na takav zaključak indirektno ukazuju i podaci prema kojima je 0,3% ispitanika liječeno dispanzerski, a 0,6% jednom ili više puta stacionarno, ali u pogledu vrste i učestalosti liječenja među polovima nijesu utvrđene statistički značajne razlike.

Kao i u ranijim slučajevima, mladi uzrasta od 19 do 30 godina manje su bili skloni nego učenici osnovnih i srednjih škola da uveličaju broj drugova i drugarica koji koriste heroin. Tako je samo 1% ispitanika iznijelo da heroin upotrebljava jedan ili dva njegova druga (drugarice), 3,62% ispitanika saopštili su da to čini nekoliko njihovih drugova (drugarica) i 0,5% ispitanika da to čini većina, dok niko nije izjavio da to rade svi. Dakle, samo je 4,1% ispitanika saopštilo da ima jednog, dva nekoliko ili veći broj drugova (drugarica) koji upotrebljavaju heroin. Međutim, razlike po polu nijesu statistički značajne.

Reakcija roditelja na saznanje da im djeca koriste heroin, po mišljenju ispitanika bila bi oštra i neznatno blaža nego u saopštenjima mladih uzrasta od 12 do 18 godina. Samo se 3,85% roditelja ne bi ljutilo, iako bi bili zabrinuti, 9,63% ljutili bi se, dok bi čak 86,52% bili jako bijesni. Iako su prema djevojkama roditeljske reakcije na saznanje o mogućem uzimanju heroina nešto strože, među polovima nijesu nađene statistički značajne razlike.

Blizu 3% učenika i učenica crnogorskih osnovnih i srednjih škola uzimalo je heroin. Oko 1% učenika i učenica zloupotrebljavaju heroin ili su od njega zavisni, a još 1% povremeno uzima heroin i zbog toga ima

probleme. Dakle, samo 1/3 učenika od onih koji su uzimali heroin nema značajnije probleme.

Važno je istaći da među polovima nijesu nađene statistički značajne razlike u pogledu broja onih koji su uzimali heroin, učestalosti uzimanja, osim u slučaju onih koji rjeđe uzimaju heroin među kojima su učenici značajno više zastupljeni nego učenice. Međutim, učenice prilikom uzimanja heroina značajno češće koriste agresivne metode (intravensko davanje) nego učenici, koji opet značajno češće pribjegavaju snifovanju.

Polovina od blizu 3% onih koji su imali iskustva sa heroinom stacionarno je jednom ili više puta liječeno, a neki i dispanzerski.

Zabrinjavaju podaci o nepostojanju razlika između učenika osnovnih i srednjih škola u pogledu vremenske učestalosti upotrebe i zloupotrebe heroina u toku godine, mjeseca, nedjelje ili svakodnevno. Štaviše, nijesu nađene razlike niti u pogledu učestalosti bolničkih i dispanzerskih liječenja između učenika osnovnih i srednjih škola. Međutim, osnovnoškolci su značajno ranije sticali prvo iskustvo sa heroinom nego srednjoškolci i značajno češće primjenjivali agresivnije metode (intravensko davanje) u upotrebi heroina.

Mladi uzrasta od 19 do 30 godina kasnije su dvije godine i dva mjeseca stekli prvo iskustvo sa heroinom nego učenici. Mladi ovog uzrasta su u relativnom odnosu imali znatno rjeđe iskustvo sa heroinom nego učenici osnovnih i srednjih škola (1,7% : 2,8%). Međutim, 1,1% populacije mladih starijeg uzrasta zloupotrebljavaju heroin ili su od njega zavisni, dok je 1% ove populacije liječeno jednom ili više puta stacionarno ili dispanzerski.

U pogledu broja korisnika, vremenske učestalosti korišćenja heroina, te učestalosti stacionarnog i dispanzerskog liječenja, među polovima nijesu nađene statistički značajne razlike, osim što djevojke značajno češće intravenski koriste heroin, a mladići ga snifuju.

U oba uzorka reakcija roditelja na saznanje da bi im djeca mogla koristiti heroin veoma je oštra i ne zavisi niti od starosti, niti od pola. To se može objasniti saznanjem da heroin u svijesti javnog mnjenja figurira kao ipak najozbiljnija droga, što, s obzirom na njegova specifična psihofarmakološka svojstva i visok adiktivni potencijal, nije suviše daleko od istine. Saznanjem da je riječ o najpopularnijoj i najraširenijoj psihoaktivnoj supstanci među zavisnicima može se objasniti činjenica da između broja korisnika i onih koji pokazuju znake zloupotrebe i zavisnosti ne postoji izražena diskrepanca kao kod drugih psihoaktivnih supstanci.

Posebna psihofarmakodinamska svojstva heroina i njegov veliki adiktivni potencijal lako brišu granice po polu, starosti i dr. Suprotno drugim psihoaktivnim supstancama, mlade koji zloupotrebljavaju heroin značajno ne diskriminira pol i starost. Ako bar djelimično prihvatimo ove stavove, onda nam procenat od 1% onih koji pokazuju jasne znake zloupotrebe i zavisnosti na nivou oba uzorka ili zbirno ne može izgledati mi-

noran, pogotovu ako se zna da su još 1% učenika, a u uzorku mladih od 19 do 30 godina nešto manje (0,7%), na dobrom putu da relativno brzo razviju simptome zloupotrebe i zavisnosti.

Prisjetimo se epidemioloških podataka o upotrebi i zloupotrebi heroína prema kojima je 1991. u SAD 1,3% stanovništva uzelo heroin bar jednom u životu, a mladi od 26 do 34 godine to su još češće radili (1,8%) nego odrasli od 18 do 25 godina i višestruko češće nego mladi ispod 18 godina (0,3% – 15). U poređenju sa ovim podacima, naši nalazi su zabrinjavajući. Ovi podaci ukazuju da sa mladošću opada stopa upotrebe i zloupotrebe heroína, a naši podaci pokazuju upravo suprotno jer je stopa upotrebe i zloupotrebe veća među učenicima osnovnih i srednjih škola, nego među odraslima. Poređenjem sa navedenim podacima, stopa za našu populaciju odraslih je visoka, jer uključuje i natprosječno visok procenat onih koji zloupotrebljavaju heroin ili su od njega zavisni, dok je za populaciju mladih od 12 do 18 godina ekstremno visoka. Uz pretpostavku da su učenici crnogorskih osnovnih i srednjih škola relativno iskreno odgovarali na pitanja postavljena u priloženoj anonimnoj anketi, upotreba i zloupotreba heroína među učenicima osnovnih i srednjih škola u Crnoj Gori su zabrinjavajuće. Kada bi učenicima crnogorskih osnovnih i srednjih škola bio dostupan samo heroin u ovom obimu i učestalosti korišćenja, bio bi to dovoljan razlog za sprovođenje osmišljenih i dugotrajnih preventivnih programa, kako za sljedećih nekoliko godina o ovom najznačajnijem dijelu crnogorskog stanovništva ne bismo govorili kao o „heroinskoj generaciji”, s obzirom na specifična psihofarmakološka dejstva heroína na mlade, njegov visok adiktivni potencijal i veliku brzinu širenja u adolescentnoj populaciji.

Trodon

Od 1026 učenika crnogorskih osnovnih i srednjih škola njih 33 (3,3%) uzimalo je trodon; 4,1% su bili učenici, a 2,6% učenice. Među polovima nijesu nađene statistički značajne razlike u broju korisnika trodona ($X^2 = 1,33$, sa BSS = 1, $p = 0,249$).

Do 14. godine života 33,2% učenika imalo je prvo iskustvo sa trodom, a nijedna učenica. Od 14. do 16. godine 25% učenika prvi put je probalo trodon, a 66,6% učenica. U 17. i 18. godini 41,6% učenika probalo je trodon, a 33,3% učenica. Iako učenici ranije stiču prva iskustva sa trodom, pogotovu kada je riječ o najnižim uzrastima, razlike među grupama nijesu statistički značajne ($X^2 = 9,14$, sa BSS = 8, $p = 0,330$).^{**}

^{**} Učenici crnogorskih osnovnih i srednjih škola koji su probali trodon, prvo iskustvo stiču sa 15 godina i 3 mjeseca, dakle tri mjeseca poslije prosječnog vremena kada se stiče prvo iskustvo sa heroinom. To je i logično, ako se zna da trodon služi kao supstitut za heroin i da se prosječno vrijeme prvog uzimanja javlja u relativno bliskoj vremenskoj sukcesiji u kojoj prvo uzimanje heroína prethodi prvom uzimanju trodona.

Od 1246 učenika crnogorskih osnovnih i srednjih škola 0,6% pokazuju jasne simptome zloupotrebe i zavisnosti (u približno istom odnosu zloupotrebe i zavisnosti – primj. B. Đ.), dok je još 16 (1,28%) ispitanika koji pokazuju tendenciju ka zloupotrebi. Međutim, nijesu nađene statistički značajne razlike u pogledu vremenske učestalosti upotrebe i zloupotrebe trozona, po polu ($X^2 = 2,44$, sa BSS = 4, $p = 0,652$).

Potvrdu našeg nalaza da oko 0,6% učenika crnogorskih osnovnih i srednjih škola pokazuju jasne simptome zloupotrebe i zavisnosti, nalazimo i u činjenici da oni, koji svakodnevno ili kada im nestane heroin, uzimaju trozon, po pravilu koriste velike količine tableta. Tako 0,8% ispitanika koji vrlo učestalo koriste trozon uzima dnevno preko 20 tableta, a 0,4% od 10 do 20 tableta. Od onih koji koriste trozon 1,3% uzima od 3 do 6 tableta, a 8,5% od jednu do dvije tablete. U pogledu količine uzetih tableta trozona, među polovima nijesu nađene statistički značajne razlike ($X^2 = 3,49$, sa BSS = 4, $p = 0,480$).

Od 1075 učenika osnovnih i srednjih škola, za koje postoje podaci, 0,9% učenika osnovnih i 6,3% učenika srednjih škola upotrebljavalo je trozon. Učenici srednjih škola statistički značajno češće upotrebljavaju trozon (tabela br.19).

Tabela 19. – Upotreba trozona među učenicima crnogorskih osnovnih i srednjih škola

Upotreba trozona	Učenici crnogorskih osnovnih i srednjih škola		
	Učenici osnovnih škola	Učenici srednjih škola	Ukupno
Da	5,0	31,0	36,0
	0,9	6,3	3,3
	13,9	86,1	
Ne	576,0	463,0	1039,0
	99,1	93,7	96,7
	55,4	44,6	
Ukupno	581,0	494,0	1075,0
	54,0	46,0	

Sa Jejtsovom korekcijom $X^2 = 22,54$ sa BSS = 1, $p = 0,000$
 $C = 0,143$ Kramerov $V = 0,145$ $Fi = 0,145$

Od broja učenika osnovnih škola koji upotrebljavaju trozon svih 100% su prvo iskustvo sa ovom supstancom imali do 14. godine života, dok je to iskustvo do 14. godine života imalo samo 8,4% učenika srednjih škola, a od 14. do 18. godine 91,6%. Učenici osnovnih škola značajno ranije stižu prvo iskustvo sa trozonom ($X^2 = 26,00$ sa BSS = 8, $p = 0,001$). Time se stalno iznova potvrđuje pravilnost da svaka nova generacija iskustva sa psihoaktivnim supstancama stiže na sve nižim uzrastima.

Od broja učenika osnovnih i srednjih škola koji upotrebljavaju trodon 8,8% učenika srednjih škola to čini više puta nedjeljno, svakodnevno ili u nedostatku heroina, a samo 1% učenika osnovnih škola. Učenici srednjih škola relativno su znatno brojniji i u kategoriji onih koji trodon upotrebljavaju nekoliko puta mjesečno nego učenici osnovnih škola (15,6% prema 3,1%). Učenici srednjih škola značajno češće upotrebljavaju trodon u toku mjeseca, nedjelje ili svakodnevno i značajno češće kao zamjenu za heroin ($X^2 = 16,56$, sa BSS = 4, $p = 0,002$).

U odnosu na broj učenika koji koriste trodon, 4,5% učenika srednjih škola kada upotrebljava trodon, uzima više od 5 tableta, a samo 0,7% učenika osnovnih škola. Učenici srednjih škola su šestostruko brojniji nego učenici osnovnih škola i među onima koji uzimaju jednu do dvije tablete. U cjelini, učenici srednjih škola kada upotrebljavaju trodon, uzimaju značajno veće količine tableta nego učenici osnovnih škola ($X^2 = 22,24$, sa BSS = 4, $p = 0,000$).

Od 571 ispitanika, starog između 19 i 30 godina, 22 ili 3,85% su imali iskustvo sa trodomom, ali među polovima nema statistički značajnih razlika ($X^2 = 0,20$, sa BSS = 1, $p = 0,657$).

Od broja onih koji su koristili trodon, od 15. do 18. godine 25% mladića steklo je prvo iskustvo sa trodomom, a 45,5% djevojaka u istom periodu. Od 19. do 22. godine prvo iskustvo sa trodomom steklo je 75% mladića i 36,4% djevojaka. Poslije 22. godine nijedan mladić, a 18,2% djevojaka prvi put je probalo trodon.

Prosječno vrijeme u kome su ispitanici uzrasta od 19 do 30 godina probali trodon iznosilo je 19 godina i 9 mjeseci, dakle u prosjeku osjetno kasnije nego što su stekli iskustvo sa heroinom koje su prosječno sticali sa 17 godina i 2 mjeseca. Prema vremenskom prosjeku, sticanje prvog iskustva sa heroinom logično prethodi sticanju iskustva sa trodomom, ali je donekle neočekivano da postoji prosječna vremenska distanca od 2 godine i 7 mjeseci. Da li su mladi starijeg uzrasta imali bolje finansijske mogućnosti i zato stabilnije snabdijevanje heroinom nego učenici i učenice od 12 do 18 godina, te su usljed toga ređe koristili trodon kao zamjenu za heroin, čime bi se donekle mogla objasniti velika prosječna vremenska distanca od 2 godine i 7 mjeseci, teško je reći, ali nam se takvo objašnjenje učinilo najvjerovatnijim.

Za razliku od učenika crnogorskih osnovnih i srednjih škola, samo 0,18% mladih starih od 19 do 30 godina mogu se smatrati zavisnicima, a 1,22% su oni koji pokazuju tendencije ka zloupotrebi. Djevojke su značajno češće sklone zloupotrebi trodona nego mladići, a mladići zavisnosti ($X^2 = 6,77$, sa BSS = 2, $p = 0,03$).

Indirektnu potvrdu o zloupotrebi i zavisnosti od trodona koje su kod mladih od 19 do 30 godina zaista ograničene, pruža konzumirana količina trodona. Od ukupnog broja ispitanika 0,18% dnevno uzima preko 20 tableta, a 1,75% od jedne do tri tablete. U cjelini, značajno češće djevojke

nego mladići, iako razlike jedva dostižu stepen statističke značajnosti ($X^2 = 8,60$, sa BSS = 3, $p = 0,03$).

Iako nemamo uporedljive podatke, činjenica da 0,6% učenika crnogorskih osnovnih i srednjih škola pokazuje simptome zloupotrebe i zavisnosti, a da još 1,28% ima tendencije prema zloupotrebi, svakako, nije bez značaja i bez osnova za zabrinutost. Međutim, s obzirom da se trodon više koristi kao supstitut i činjenicu da je tolerancija na ovaj lijek veoma visoka, donekle umanjuje tu zabrinutost, naročito u poređenju sa heroinom ili nekim lijekovima za smirenje i spavanje. S druge strane, brine činjenica da je procenat zavisnika i onih koji zloupotrebljavaju trodon u relativnom smislu znatno veći među mladima od 12 do 18 godina nego među odraslima, što može biti nagovještaj veće potrošnje trodona, pogotovu u situaciji kada su „prave” droge zbog visokih cijena i malih finansijskih sredstava za kupovinu manje dostupne.

Budući da je trodon svojevrsna zamjena za heroin, nije neočekivano da se jave i neki slični epidemiološki pokazatelji. Prije svega, nijesu uočene nikakve značajne razlike po polu u pogledu obima i učestalosti korišćenja, ali na uzorku mladih uzrasta od 19 do 30 godina djevojke značajno ranije počinju sa upotrebom, značajno ga češće zloupotrebljavaju i uzimaju veće količine od mladića. Doduše, te razlike nijesu naročito izražene, ali ipak postoje. Da li se to možda može tumačiti većim apstinencijalnim teškoćama djevojaka kada ostanu bez heroina, koga i nešto teže nabavljaju nego mladići, ili je riječ o biopsihološkim specifičnostima žena i njihovom karakterističnom afektivitetu kome pogoduje uzimanje trodona (pogotovu u nedostatku heroina), teško je reći. Možda je riječ i o jednoj i o drugoj grupi činilaca u nekim specifičnim konstelacijama. Sve je to u domenu pretpostavki.

Učenici srednjih škola značajno češće pripadaju onima koji su uopšte imali iskustvo sa trodomom i grupi ispitanika koji trodon značajno češće koriste u toku mjeseca, nedjelje ili svakodnevno, a značajno ga češće koriste i kao zamjenu za heroin.

Svi dosada navedeni podaci govore da se po nekim osnovnim epidemiološkim pokazateljima, kada je riječ o mladoj populaciji, između heroina i trodona teško može govoriti o sličnosti, osim kada je riječ o distribuciji ovih epidemioloških obilježja po polu na uzorku učenika od 12 do 18 godina. U svemu ostalom, razlike su ipak značajne, što sugeriše zaključak o mnogo specifičnijim djejtstvima heroina na mlade.

Treba imati u vidu jedan zajednički imenitelj za heroin i trodon, ali, izgleda, i za sve ostale psihoaktivne supstance. Naime, učenici osnovnih škola značajno ranije stižu prvo iskustvo sa trodomom nego učenici srednjih škola, a uzorak mladih od 12 do 18 godina, značajno ranije nego uzorak starijih od 19 do 30 godina.

Dosada izneseni podaci o upotrebi, zloupotrebi i zavisnosti od trodona u populaciji mladih Crne Gore od 12 do 30 godina ne izazivaju takvu

zabrinutost kao kada je riječ o heroinu, pa i drugim psihoaktivnim supstancama o kojima je dosada bilo riječi. Ali veća je stopa zloupotrebe i zavisnosti među mladima od 12 do 18 godina nego među mladima starosti od 19 do 30 godina, upozoravajuća je i zahtijeva nešto specifičniju primarno-preventivnu strategiju kada je riječ o ovoj psihoaktivnoj supstanci, pri čemu, uzrastu primjerena i sistematska edukacija preko različitih mas-medija, svakako može dati značajan doprinos.

Extasy

Extasy je uzimalo 17 ili 0,8% od 1246 učenika, starosti od 12 do 18 godina, ali u tom pogledu između polova nijesu nađene statistički značajne razlike ($X^2 = 0,99$, sa BSS = 1, $p = 0,321$).

Od 1246 učenika, 7 (0,6%) pokazuju simptome zloupotrebe i zavisnosti, a još 12 (oko 1%) ima tendenciju ka zloupotrebi. Među polovima nijesu utvrđene statistički značajne razlike ($X^2 = 2,21$, sa BSS = 3, $p = 0,510$).

Od onih koji koriste extasy 0,5% su učenici osnovnih, a 2,9% srednjih škola. Učenici srednjih škola značajno češće koriste extasy nego učenici osnovnih škola ($X^2 = 10,52$, sa BSS=1, $p = 0,001$).

Iako su učenici srednjih škola relativno češći među onima koji nedjeljno i svakodnevno koriste extasy, u cjelini posmatrajući, ne postoje statistički značajne razlike među učenicima crnogorskih osnovnih i srednjih škola u pogledu učestalosti uzimanja extasyja tokom mjeseca, nedjelje ili svakodnevno ($X^2 = 5,99$, sa BSS = 3, $p = 0,112$).

Od 571 ispitanika starosti od 19 do 30 godina, 9 (1,57%) su uzimali extasy, ali nijesu utvrđene nikakve statistički značajne razlike po polu ($X^2 = 0,00$, sa BSS = 1, $p = 0,953$).

Oko 0,5% ispitanika u uzorku mladih starijeg uzrasta pokazuje jasne simptome zloupotrebe i zavisnosti, dok bi se za još 1,22% moglo kazati da imaju tendencije prema zloupotrebi. Međutim, između polova nijesu utvrđene statistički značajne razlike ($X^2 = 3,50$, sa BSS = 3, $p = 0,200$).

Prema američkim epidemiološkim izvještajima extasy je u 1998. godini koristilo 5,8%, a u 1999. 5,6% učenika osmih razreda, dok su extasy u 1999. godini učenici završnih razreda srednjih škola koristili u 2,5% slučajeva (4). U odnosu na naš uzorak učenika osnovnih škola, situacija je obrnuta, jer su naši učenici srednjih škola relativno brojniji potrošači nego učenici osnovnih škola. Međutim, uzimanje extasyja je u našem uzorku učenika osnovnih i srednjih škola, u cjelini posmatrano, značajno manje, što se može objasniti manjom dostupnošću ove droge za mlade, naročito na nižim uzrastima, koji je u izvjesnom smislu tretiraju i kao statusnu drogu. Naravno, kokain, o kome će uskoro biti riječi, to je u mnogo većoj mjeri.

Bez obzira što raširenost korišćenja extasyja među mladima u Crnoj Gori u odnosu na druge droge nije zabrinjavajuća, prisustvo ove droge u repertoaru psihoaktivnih supstanci koje koriste mladi ove Republike, zna-

čajno je iz jednog drugog razloga; u izvjesnom smislu extasy je statusna i kulturna droga među mladima na nižim uzrastima, te je kao takva i poželjna i popularna i zato se njena upotreba među mladima lako širi. Osim toga, extasy se vezuje za druge droge, sa kojima se sukcesivno često koristi.

Kokain

Od 1246 učenika crnogorskih osnovnih i srednjih škola, kokain je probalo 34 (2,72%) učenika, od tog broja su 25 bili učenici, a 9 učenice. Dakle, učenici su skoro trostruko brojniji. Učenici su značajno češće bar jednom u životu koristili kokain (sa Jejtsovom korekcijom $X^2 = 11,39$, sa BSS = 1, $p = 0,001$).

Do 13. godine života kokain je prvi put iskusilo 10,6% učenika, a nijedna učenica. Od 13. do 15. godine života prvi put je kokain probalo 21,1% učenika i 37,5% učenica, a u 16. i 17. godini 69% učenika i 62,5% učenica. U pogledu godina kada su prvi put probali kokain među polovima ne postoje statistički značajne razlike ($X^2 = 3,82$, sa BSS = 6, $p = 0,701$).

Učenici crnogorskih osnovnih i srednjih škola koji su probali kokain, prvi put su to učinili sa 15 godina, dakle u isto vrijeme kada i heroin.

Može se reći da je od ukupnog broja učenika crnogorskih osnovnih i srednjih škola oko 0,5% zavisno od kokaina, a da isto toliki procenat pokazuje simptome zloupotrebe, dok 1,44% pokazuju tendencije prema zloupotrebi. U svim kategorijama značajno su češći učenici nego učenice, iako razlike jedva dostižu stepen statističke značajnosti ($X^2 = 10,19$, sa BSS = 4, $p = 0,03$).

Od učenika koji su dali odgovore 1,1% učenika osnovnih i 5,5% učenika srednjih škola su probali kokain. Dakle, učenici srednjih škola su značajno češće probali kokain od učenika osnovnih škola ($X^2 = 16,33$, sa BSS = 1, $p = 0,000$).

Od broja onih koji su probali kokain, do 13. godine života, to je učinilo 33,3% učenika osnovnih i 4,2% učenika srednjih škola; u 14. i 15. godini kokain je probalo 66,7% učenika osnovnih i 16,6% učenika srednjih škola, a u 16. i 17. godini kokain je prema očekivanju, probalo samo 75% učenika srednjih škola, jer osnovnoškolaca na tom uzrastu i nema. Osnovnoškolci su značajno ranije probali kokain nego srednjoškolci, a razlike dostižu stepen umjerene statističke značajnosti ($X^2 = 16,88$, sa BSS = 6, $p = 0,01$).

Dok su 0,2% osnovnoškolaca zavisni od kokaina, među srednjoškolcima ih je 0,6%, a među onima koji pokazuju simptome zloupotrebe nalaze sa samo srednjoškolci. Srednjoškolci su značajno češće nego osnovnoškolci skloni zloupotrebi i zavisnosti od kokaina ($X^2 = 15,65$, sa BSS = 1, $p = 0,000$).

Kokain je očigledno popularniji među mladima od 12 do 18 godina, nego među mladima od 19 do 30 godina, jer je od 571 ispitanika starijeg

uzrasta samo 10 (1,75%) probalo kokain, a među polovima nijesu utvrđene statistički značajne razlike ($X^2 = 0,10$, sa BSS = 1, $p = 0,749$).

Od onih koji su koristili kokain 20% mladića je to uradilo do 18. godine, još 20% do 23, a 60% sa 23 i više godina. Kada je riječ o djevojkama, 40% je prvo iskustvo sa kokainom imalo do 18. godine, a 60% od 18. do 23. godine. Djevojke značajno ranije stižu prvo iskustvo sa kokainom nego mladići ($X^2 = 13,86$, sa BSS = 6, $p = 0,03$; $C = 0,707$, Kramerov $V = 1,000$, $Fi = 1,000$).

Prosječno vrijeme u kome mladi uzrasta od 19 do 30 godina stižu prvo iskustvo sa kokainom je 16 godina i 6 mjeseci. Očekivano je da se iskustvo sa kokainom, s obzirom na njegovu veliku ekskluzivnost i poželjnost od mladih, stiže ranije nego sa heroinom, ali je neočekivano da sličan nalaz nije utvrđen i na uzorku mladih od 12 do 18 godina. Jedno od mogućih objašnjenja jeste da su mladi starijeg uzrasta bili u kritičnom periodu (a to je kraj osamdesetih i početak devedesetih – prim. B. Đ.) u boljoj finansijskoj situaciji za nabavku kokaina.

Posmatrano u cjelini, i u ovom slučaju učenici osnovnih i srednjih škola prvi put probaju kokain na prosječno nižem uzrastu, iako relativne razlike nijesu toliko izražene kao kada je riječ o drugim psihoaktivnim supstancama. To je još jedan u velikom nizu nalaza da postoji jasna tendencija da nove generacije prva iskustva sa psihoaktivnim supstancama stižu na sve nižim uzrastima.

Za razliku od učenika crnogorskih osnovnih i srednjih škola, među kojima je 1% onih koji zloupotrebljavaju kokain ili koji su od njega zavisni, među mladima od 19 do 30 godina starosti nema slučajeva zloupotrebe i zavisnosti. Samo 1% od 571 ispitanika pokazuje tendencije ka zloupotrebi, ali u ovom pogledu nijesu nađene statistički značajne razlike među polovima ($X^2 = 0,54$, sa BSS = 1, $p = 0,463$).

Ako rezimiramo, možemo zaključiti da su mladi na uzrastu od 12 do 18 godina relativno više skloni korišćenju kokaina, te zloupotrebi i zavisnosti od njega. Dok 1% učenika crnogorskih osnovnih i srednjih škola pokazuje simptome zloupotrebe i zavisnosti od kokaina, u uzorku starijih nema takav nijedan slučaj. Kokain je zbog ranije navedenih svojstava najfavorizovanija i, istovremeno, najekskluzivnija droga mladih na nižim uzrastima, koga značajno više preferiraju učenici nego učenice, koji i prosječno značajno ranije stižu prva iskustva sa kokainom od djevojičica. Suprotno tome, djevojke u uzorku mladih od 19 do 30 godina, značajno ranije stižu prvo iskustvo sa kokainom, nego mladići. To je ujedno i jedini slučaj da su djevojke prosječno ranije probale neku psihoaktivnu supstancu.

Kao i u analizi svih drugih psihoaktivnih supstanci i ovdje se potvrdila pravilnost da osnovnoškolci prosječno značajno ranije stižu prvo iskustvo sa kokainom, nego srednjoškolci, a srednjoškolci značajno ranije,

nego mladi uzrasta od 19 do 30 godina, čime se ranije komentarisana pravičnost potvrdila i u kontekstu prvog iskustva mladih sa kokainom.

Dok je u 1999. godini 4,7% učenika osmih razreda američkih osnovnih škola probalo kokain bar jednom u životu (4), u našem uzorku 0,6% učenika šestih, sedmih i osmih razreda crnogorskih osnovnih škola probalo je kokain bar jednom tokom života. Ova razlika bi svakako bila manja da smo poredili samo osme razrede i u našoj populaciji, ali je već i na osnovu ovog poređenja očigledno da je potrošnja kokaina rasprostranjenija među učenicima SAD zbog daleko veće prisutnosti ove droge na američkom tržištu, neuporedivo bolje kupovne moći (riječ je o najskupljoj drogi na ilegalnom tržištu – prim. B. Đ.) i zato mnogo većoj dostupnosti i za učenike osnovnih i srednjih škola. Poređenje je potpuno analogno za učenike srednjih škola. Tako je u 1999. godini 2,16% učenika crnogorskih osnovnih škola probalo kokain bar jednom u životu, u američkom je, prema navedenom istraživanju iz 1999. godine (4) to uradilo 8,75% učenika.

Iako je upotreba kokaina u američkim osnovnim i srednjim školama daleko rasprostranjenija nego u crnogorskim, što je uslovljeno neuporedivo manjom kupovnom moći i zato manjom dostupnošću ove mladima veoma atraktivne, ali i veoma skupe psihoaktivne supstance, treba očekivati da će sa poboljšanjem ekonomskih prilika porast potrošnje biti relativno nagao. Ne treba izgubiti iz vida da već procenat onih koji pokazuju simptome zloupotrebe ili zavisnosti iznosi slično kao kod heroina, oko 1%, što je u odnosu na broj potrošača alarmantno, te je zato neophodno sprovesti mnogo sistematičniju kontrolu ilegalne trgovine, s obzirom da se Crna Gora nalazi u području gdje se, nažalost, ukrštaju brojni vodeni i kopneni putevi trgovine ilegalnim psihoaktivnim supstancama. Naravno, neophodno je sistematski sprovoditi i sve one primarno-preventivne programe, počevši od nižih razreda osnovne škole, koje smo ranije pomenuli.

Amfetamin („Speed“)

Amfetamin su od 1246 učenika osnovnih i srednjih škola koristili 23 (1,84%) ispitanika, ali u pogledu broja korisnika između polova nijesu nađene statistički značajne razlike ($X^2 = 0,05$, sa BSS = 1, $p = 0,828$).

Učenici osnovnih škola koristili su amfetamin u 0,5%, a srednjih škola u 4,2% slučajeva. Dakle, učenici srednjih škola su značajno češće koristili amfetamin ($X^2 = 15,65$, sa BSS = 1, $p = 0,000$).

Mladi uzrasta od 19 do 30 godina amfetamin su uzimali u 1% slučajeva od 571 ispitanika. U pogledu broja korisnika nijesu nađene statistički značajne razlike po polu ($X^2 = 0,54$, sa BSS = 1, $p = 0,463$).

Kao i kokain, amfetamin je zbog svojih posebnih psihofarmakodinamskih svojstava favorizovaniji među mladima muškog pola na nižim uzrastima, iako nije ekskluzivna droga kao kokain i mnogo je dostupnija

zbog znatno niže cijene. Naši podaci ukazuju da porast potrošnje amfetamin među osnovnoškolcima i srednjoškolcima u Crnoj Gori može tek da se očekuje, iako sadašnja potrošnja nije zabrinjavajuća, ali je sasvim ne treba ni potcijeniti. Zato je neophodno primijeniti preventivne mjere kao i u slučaju drugih psihostimulativnih supstanci još od nižih razreda osnovne škole, a one moraju biti saobražene uzrastu i stepenu psihosocijalnog razvoja djeteta.

Efedrin

Efedrin je najrjeđe korišćena droga. Od ukupno 1246 učenika crnogorskih osnovnih i srednjih škola efedrin je koristilo njih 11 (0,44%). Nijesu utvrđene statistički značajne razlike po polu ($X^2 = 0,02$, sa BSS = 1, $p = 0,879$).

Među osnovnoškolcima efedrin je uzimalo 0,2%, a srednjoškolcima 2% ispitanika. Srednjoškolci su značajno češće nego osnovnoškolci uzimali efedrin ($X^2 = 7,86$, sa BSS = 1, $p = 0,005$).

Od 571 ispitanika starosti od 19 do 30 godina, efedrin je uzimalo 6 (1%) ispitanika, ali razlike po polu nijesu statistički značajne ($X^2 = 0,56$, sa BSS = 1, $p = 0,476$).

Slično, amfetaminu i kokainu, efedrin spada u grupu psihostimulanasa, ali rjeđe korišćen i slabije prihvaćen, na što ukazuju i gore prezentirani podaci. Njegova upotreba je sporadična, ali već činjenica da se i u manjem obimu konstantno javlja zaslužuje našu pažnju.

Inhalansi i volatilna sredstva

Od 1246 učenika crnogorskih osnovnih i srednjih škola 48 (3,85%) koristilo je inhalanse i volativne rastvarače, dvostruko češće učenici nego učenice. Razlike među polovima dostižu stepen statističke značajnosti ($X^2 = 5,50$ sa BSS = 1, $p = 0,01$).

Poznato je da se prva iskustva sa inhalansima i volatilnim sredstvima stižu veoma rano. Tako je 13% učenika prvi put probalo inhalanse i volatilna sredstva prije navršene 11. godine, a nijedna učenica. Od 11. do 14. godine ove supstance koristilo je 69,5% učenika od broja onih koji su sa njima imali iskustva i 50% učenica. Poslije 14. godine ova sredstva koristilo je 13,1 učenika i 50,1% učenica. Među polovima nijesu nađene statistički značajne razlike ($X^2 = 9,98$, sa BSS = 9, $p = 0,352$).

Prosječno vrijeme u kome učenici crnogorskih osnovnih i srednjih škola prvi put probaju inhalanse i volatilne supstance jeste 13 godina i pet i po mjeseci. U vremenskoj sukcesiji ove supstance počinju da se koriste odmah poslije duvana, a prije alkohola.

Simptome zavisnosti od ovih supstanci ispoljavalo je 1,84% učenika i učenica od ukupno 1246, a zloupotrebe 0,18%. Ovakva nesrazmjera u

broju onih koji su zavisni od ovih sredstava i onih koji ih zloupotrebljavaju govori o njihovim visokim adiktivnim potencijalima.

Od 1112 ispitanika crnogorskih osnovnih i srednjih škola, koji su pružili cjelovite informacije o korišćenju inhalansa i volatilnih supstanci, 2,9% učenika osnovnih i 6,3% srednjih škola imali su iskustva sa ovim supstancama, značajno češće učenici srednjih nego osnovnih škola (sa Jeitsovom korekcijom $X^2 = 6,66$, sa BSS = 1, $p = 0,01$).

Do 12. godine 23,1% učenika osnovnih škola stekne prvo iskustvo sa inhalansima i volatilnim supstancama, a 20,6% učenika srednjih škola. Od 12. do 14. godine 69,9% učenika osnovnih škola proba ove supstance, a 34,4% učenika srednjih škola. Najzad, poslije 14. godine 44,8% učenika srednjih škola prvi put uzme ove supstance. Međutim, nijesu utvrđene statistički značajne razlike između učenika crnogorskih osnovnih i srednjih škola u pogledu vremena kada se prvi put probaju inhalansi i volatilne supstance ($X^2 = 10,20$, sa BSS = 9, $p = 0,334$). Samo u slučaju ovih supstanci nije se potvrdila pravilnost da učenici osnovnih škola prosječno značajno ranije počinju sa njihovom upotrebom. Kada smo pogledali distribuciju, zapaža se tendencija gomilanja frekvencija oko i ispod prosjeka, ali relativno blizu prosjeka, što je uslovalo nepostojanje razlika, iako učenici osnovnih škola ipak nešto ranije počinju sa korišćenjem ovih supstanci.

Od ukupno 1246 učenika osnovnih i srednjih škola 24 (1,92%) pokazuju simptome zavisnosti od inhalansa i volatilnih supstanci, a smao 1 (0,18%) simptome zloupotrebe. Od broja onih koji su pružili cjelovite odgovore 3,6% srednjoškolaca i 1,2% osnovnoškolaca pokazuju simptome zavisnosti, dok je 1 (0,2%) ispitanik, koji pokazuje simptome zloupotrebe, takođe srednjoškolac. Srednjoškolci značajno češće pokazuju simptome zavisnosti od inhalansa i volatilnih sredstava i značajno češće su u kategoriji onih koji su povremeno koristili ove supstance, ali razlike jedva dostižu stepen statističke značajnosti ($X^2 = 11,72$, sa BSS = 4, $p = 0,02$).

Zanimljivo je istaći da ipak neočekivano veliki broj odraslih od 19 do 30 godina koristi inhalanse i volatilne supstance – 15 ili 2,62% od 571 ispitanika u ovom starosnom dobu. To je pomalo iznenađujuće ako se zna da inhalanse najčešće koriste vrlo mlade osobe, što se vidi i po činjenici da su prvo iskustvo sa ovim supstancama mladi sticali relativno najranije, odmah poslije prvih iskustava sa duvanom, a prije prosječnog vremena u kome su prvi put probali alkoholna pića. Moguće je da mladi uzrasta od 19 do 30 godina inhalanse ipak koriste kao dopunsku psihoaktivnu supstancu.

Od broja onih koji su pružili cjelovite odgovore 5,9% mladića koristilo je ove supstance, a 1,7% djevojaka. Iako mladići značajno češće koriste ove supstance, razlike jedva dostižu stepen statističke značajnosti ($X^2 = 3,99$, sa BSS = 1, $p = 0,04$).

Do 13. godine prva iskustva sa ovim supstancama stekne 27,3% mladića i 33,3% djevojaka, od 14. do 18. godine 54,6% mladića, a 66,7% djevojaka, dok su poslije 18. godine ove supstance probali 18,2% mladića. Me-

đutim, iako su djevojke prosječno nešto ranije sticale prva iskustva sa ovim supstancama, među polovima nijesu nađene statistički značajne razlike.

Od 571 ispitanika 10 (1,75%) pokazuju simptome zavisnosti, dok onih koji ispoljavaju simptome zloupotrebe, u ovom uzorku nema. U oba uzorka se zapaža da postoji mala relativna razlika između broja onih koji koriste psihoaktivne supstance i broja onih koji su od njih zavisni, što se može objasniti činjenicom da oni ne izazivaju fizičku zavisnost i da su, slično marihuani, obično uvod u „teške” droge.

Zavisnici od inhalansa i volatilnih supstanci po broju dolaze odmah iza onih koji puše duvan, piju alkoholna pića i puše marihuanu. Kada je riječ o zloupotrebi i zavisnosti od marihuane, onda je uzorak mladih starosti od 19 do 30 godina po broju onih koji su zavisni od marihuane znatno veći od broja onih koji su zavisni od inhalansa i volatilnih supstanci, posmatrano u relativnom odnosu, ali je ta relativna razlika još izraženija kada je riječ o zloupotrebi „u korist” pušača marihuane. S druge strane, broj onih koji su zavisni od inhalansa i volatilnih supstanci među mladima od 12 do 18 godina, posmatrano u relativnom odnosu, nešto je veći nego procenat zavisnika od marihuane na tom uzrastu, ali je zato procenat onih koji zloupotrebljavaju marihuanu na ovom uzrastu izrazito veći, opet posmatrano u relativnom odnosu. U cjelini, mogli bismo reći da po rasprostranjenosti i intenzitetu korišćenja među mladima inhalansi i volatilne supstance dolaze na peto mjesto, iza duvana, alkohola, lijekova za smirenje i spavanje i marihuane.

Upotreba inhalansa među mladima u SAD je znatno raširenija. I prema njihovim najnovijim epidemiološkim izvještajima, inhalansi se poslije duvana, alkohola i marihuane najčešće upotrebljavaju i zloupotrebljavaju (4). Prema njihovom iskustvu, sa eksperimentisanjem sa inhalansima počinje se najranije, te je najveći procenat onih koji koriste ove supstance među učenicima osmih razreda američkih osnovnih škola, što u našem uzorku osnovnoškolaca i srednjoškolaca ipak nije bio slučaj. Teško je to objasniti faktorom dostupnosti i cijene.

U poređenju sa našim učenicima osnovnih škola, američki imaju apsolutnu dominaciju. Tako je u 1999. godini 19,7% učenika osmih razreda američkih osnovnih škola koristilo inhalanse, dok je taj procenat za šeste, sedme i osme razrede crnogorskih osnovnih škola u istoj godini iznosio 1,44%. Ta razlika bi bila vjerovatno manja da smo posjedovali podatke samo za osme razrede, ali svakako ne bitno i ne toliko da ovu ogromnu disproporciju značajnije naruši. U isto vrijeme 6,4% učenika američkih srednjih škola uzimalo je inhalanse, a 1,75% učenika crnogorskih srednjih škola. Međutim, ako se analizira uzimanje ovih supstanci mjesec dana uoči sprovođenja ankete, onda se slika unekoliko mijenja, naročito kada se porede učenici srednjih škola. Naime, relativni odnos se neznatno mijenja kada su u pitanju osnovnoškolci jer je mjesec dana prije istraživanja inhalanse koristilo 5% učenika osmih razreda, a 0,4% učenika šestih, sed-

mih i osmih razreda crnogorskih osnovnih škola. Vjerovatno bi ova razlika bila manja da smo raspolagali podacima samo za osme razrede. Ona se bitno mijenja kada se analiziraju relativni odnosi za srednje škole, jer je 2,3% učenika američkih srednjih škola koristilo inhalanse mjesec dana uoči istraživanja, a 1,75% učenika crnogorskih srednjih škola. Da raspoložemo podacima o zavisnosti za učenike američkih osnovnih i, naročito, srednjih škola te razlike bi u relativnom smislu bile još manje, ako bi ih, kada je riječ o učenicima srednjih škola, uopšte i bilo. To pogotovu važi za uzorak mladih od 19 do 30 godina, za koji vjerujemo da je i u kvantitativnom smislu nepovoljniji za ovu starosnu kategoriju mladih u Crnoj Gori ako se slijedi opadajući trend i u kvantitativnom i u kvalitativnom smislu u američkoj populaciji mladih.

U cjelini posmatrajući, raširenost korišćenja inhalansa i volatilnih supstanci među mladima Crne Gore u relativnom odnosu zauzima isto četvrto mjesto kao i u populaciji mladih u SAD. Međutim, dok su relativno najveći korisnici ovih supstanci u SAD učenici osmih razreda osnovnih škola, u Crnoj Gori su to srednjoškolci, a zatim mladi od 19 do 30 godina. Ovi gotovo suprotni trendovi mogu se objasniti činjenicom manje dostupnosti ostalih droga i moguće okolnošću da je usljed tih razloga za manji broj mladih to jedna od glavnih psihoaktivnih supstanci, što je samo pretpostavka. Tu pretpostavku indirektno potkrepljuje nalaz da je relativna razlika između broja onih koji koriste inhalanse i volatilne supstance i koji su od njih zavisni relativno najmanja u crnogorskoj populaciji mladih, dok je u američkoj populaciji tendencija gotovo obrnuta.

Ako se našoj pretpostavci ipak može pokloniti izvjesna vjerodostojnost, onda je uloga inhalansa i volatilnih supstanci u strukturi upotrebe, zloupotrebe i zavisnosti mladih od psihoaktivnih supstanci u Crnoj Gori drugačija. Naime, zato što oni u kvalitativnom smislu imaju značajniju funkciju među mladima u Crnoj Gori nego što je to očekivano, zahtijevalo bi i sistematsko sprovođenje preventivnih mjera, svakako pored onih specifičnih i adekvatnu opštu edukaciju preko sredstava javnog mnjenja o psihofarmakološkim svojstvima ovih supstanci i mogućnostima njihove zloupotrebe i naročito, mnogo restriktivniju kontrolu njihove upotrebe i distribucije kada su u pitanju mladi u Crnoj Gori.

Potvrđuje se više puta isticana pravilnost da mladi od 12 do 18 godina prosječno i značajno ranije stiču prva iskustva sa inhalansima nego mladi od 19 do 30 godina, što je, sa jednim izuzetkom, univerzalna pravilnost u ovom epidemiološkom istraživanju.

Na kraju, učenici su bili značajno brojniji nego učenice, što se može objasniti većom slobodom dječaka u eksperimentisanju na najnižim uzrastima nego djevojčicama. Neočekivan je nalaz da su učenici srednjih škola relativno značajno brojniji i kao oni koji su samo iskusili ove supstance, ali i kao oni koji ispoljavaju simptome zloupotrebe i zavisnosti. Moguće pretpostavke za te ipak neočekivane rezultate ranije smo komentarisali.

MULTIPLA UPOTREBA I ZLOUPOTREBA PSIHOAKTIVNIH SUPSTANCI

U prethodnim odjeljcima analizirana je epidemiološka slika upotrebe, zloupotrebe i zavisnosti od psihoaktivnih supstanci mladih Crne Gore. U ovom posljednjem odjeljku sumarno ćemo analizirati jednu važnu karakteristiku upotrebe i zloupotrebe psihoaktivnih supstanci kod mladih uopšte. Riječ je o multiploj upotrebi i zloupotrebi psihoaktivnih supstanci. Ističe se da je sklonost ka multiploj upotrebi i zloupotrebi psihoaktivnih supstanci najznačajnija promjena epidemiološke slike posljednjih petnaest do dvadeset godina (16, 18). Ako su ranije upotrebljavane komplementarne supstance, danas postoji težnja ka kombinovanju sve većeg broja psihoaktivnih supstanci, stvaranju sve neobičnijih, neočekivanijih kombinacija (4, 15, 16, 17, 18). Uporedo sa rastom broja kombinacija i sve učestalijom upotrebom dvije ili više droga, javlja se pojava stvaranja zavisnosti od tih supstanci, što veoma usložnjava procese terapije i rehabilitacije, kao i izgradnju adekvatnih preventivnih strategija.

U ovom završnom odjeljku epidemiološkog prikaza ukazaćemo na kvantitativni i kvalitativni aspekt multiple upotrebe i zloupotrebe istraživanih psihoaktivnih supstanci, ne ulazeći u analizu multiplih zavisnosti, jer je istraživanje tog aspekta podrazumijevalo značajno povećanje broja pitanja u upitniku koji je inače preobiman. Iz tabele prostih distribucija broja korišćenih psihoaktivnih supstanci od učenika crnogorskih osnovnih i srednjih škola (tabela br. 20) zapaža se da 461 ispitanik (37%) nije koristio nijednu psihoaktivnu supstancu, a skoro isti toliki procenat (34,8%) koristio je samo jednu* dok je dvije droge (najčešće duvan i alkohol) uzimalo 237 (19% ispitanika, tri znatno manji procenat – 3,9%, četiri 2,2% i više od četiri 37 ispitanika ili 3,1%.

* Neujednačenost u broju apstinenata između ove i kasnijih klasifikacija u smislu većeg broja apstinenata u ovoj podjeli, proističe iz činjenice da su se u drugim klasifikacijama kao apstinenti izjasnili i oni koji su nekada probali neku psihoaktivnu supstancu, a to nije bio slučaj u vrijeme istraživanja, dok su se u ovom slučaju kao apstinenti izjasnili samo oni koji nikada nijesu probali neku psihoaktivnu supstancu.

Tabela 20. – Učenici crnogorskih osnovnih i srednjih škola prema broju korišćenih psihoaktivnih supstanci

Broj korišćenih psihoaktivnih supstanci	Broj ispitanika	Procenat	Kumulativni procenat
Nijedna	461	37,0	37,0
Jedna	433	34,8	71,7
Dvije	237	19,0	90,8
Tri	49	3,9	94,7
Četiri	28	2,2	96,9
Pet i više	37	3,1	100,0

Zabrinjava saznanje da je blizu 10% (9,2%) ispitanika imalo iskustva sa tri i više psihoaktivnih supstanci. S obzirom da je riječ o vrlo mladim ljudima, taj procenat je značajan. Međutim, već sama činjenica da je blizu 2/3 ispitanika imalo iskustva sa nekom psihoaktivnom supstancom, uključujući duvan i alkohol, govori da je potencijal za razvoj zloupotrebe i zavisnosti relativno visok. Iako nije utvrđena visoka pozitivna korelacija između broja potrošača psihoaktivnih supstanci i broja onih koji će nastaviti sa zloupotrebom i zavisnošću od droga, ipak se pokazalo da je raširenost upotrebe značajan faktor rizika za nastanak zloupotrebe i zavisnosti.

U cilju svestranijeg sagledavanja multiple upotrebe psihoaktivnih supstanci izvišili smo i korelacionu analizu svake od jedanaest psihoaktivnih supstanci sa svima ostalima, koja nam je dala značajne informacije. Sadržaj analize dat je u tabeli br. 21. Kao značajne uzeli smo one Pirsoneve korelacije koje su 0,400 i više (tabela br. 21).

Pušenje duvana povezano je sa upotrebom alkohola, marihuane, lijekova za smirenje i spavanje i kokaina (tabela br. 21). Zajednički imenitelj korišćenja duvana, alkohola i sredstava za smirenje i spavanje je njihov sedirajući efekat i dostupnost, a ove supstance služe ili da bi pojačale početno dještvo kokaina (alkohol) ili da bi umanjile negativne efekte kokaina poslije prestanka psihostimulativnog dještva.

Alkohol je prvenstveno povezan sa duvanom, što je i očekivano, dokle su njegove veze sa ostalim psihoaktivnim supstancama slabije.

Marihuana se kombinuje sa čak sedam psihoaktivnih supstanci: inhalansima, duvanom, lijekovima za smirenje i spavanje, efedrinom; još jače je povezana sa amfetaminom i trodonom, a najjače sa kokainom. Ona se obično uzima kao uvod u druge „prave” droge (npr. kokain), ali i da bi se otklonili izvjesni nepoželjni psihološki efekti poslije dejstva psihostimulativnih supstanci. Mladi određene psihostimulativne supstance koriste i da bi se upotpunili početni nedovoljni psihostimulativni efekti marihuane.

Lijekovi za smirenje i spavanje koriste se obično u posljednjoj fazi dještva marihuane na ličnost, da bi se otklonila neželjena psihička stanja

uslijed korišćenja marihuane, kao npr. psihomotorni nemir i stanja izmijenjene svijesti. Slične su i funkcije trozona, iako on može imati i funkciju pojačivača nekih psiholoških dejstava marihuane u prvoj fazi njenog djelovanja.

Tabela 21. – Matrica interkorelacija optimalnih skorova psihoaktivnih supstanci koje upotrebljavaju učenici crnogorskih osnovnih i srednjih škola

Optimalni skorovi za psihoaktivne supstance		Optimalni skorovi za psihoaktivne supstance										
		Duvan	Alkohol	Marihuana	Lijekovi za smirenje i spavanje	Heroin	Trodon	Extasy	Kokain	Amfetamin	Efedrin	Inhalansi
Duvan	P.C. ¹	1,000	0,378	0,395	0,302	0,266	0,271	0,173	0,301	0,266	0,201	0,242
	Sig. ²	.	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	N	1246	1246	1246	1246	1246	1246	1246	1246	1246	1087	1104
Alkohol	P.C.	0,378	1,000	0,266	0,272	0,277	0,171	0,113	0,186	0,160	0,189	0,095
	Sig.	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	N	1246	1246	1246	1246	1246	1246	1246	1246	1246	1087	1104
Marihuana	P.C.	0,395	0,266	1,000	0,379	0,506	0,413	0,336	0,540	0,303	0,470	0,383
	Sig.	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	N	1246	1246	1246	1246	1246	1246	1246	1246	1246	1087	1104
Lijekovi za smirenje i spavanje	P.C.	0,302	0,272	0,379	1,000	0,499	0,438	0,292	0,334	0,297	0,341	0,249
	Sig.	.	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	N	1246	1246	1246	1246	1246	1246	1246	1246	1246	1087	1104
Heroin	P.C.	0,266	0,277	0,506	0,499	1,000	0,506	0,385	0,513	0,354	0,461	0,339
	Sig.	.	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	N	1246	1246	1246	1246	1246	1246	1246	1246	1246	1087	1104
Trodon	P.C.	0,271	0,171	0,413	0,438	0,506	1,000	0,558	0,507	0,443	0,596	0,369
	Sig.	.	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	N	1246	1246	1246	1246	1246	1246	1246	1246	1246	1087	1104
Extasy	P.C.	0,173	0,113	0,336	0,292	0,385	0,558	1,000	0,424	0,257	0,510	0,480
	Sig.	.	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	N	1246	1246	1246	1246	1246	1246	1246	1246	1246	1087	1104
Kokain	P.C.	0,301	0,186	0,540	0,334	0,513	0,507	0,424	1,000	0,362	0,578	0,427
	Sig.	.	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	N	1246	1246	1246	1246	1246	1246	1246	1246	1246	1087	1104
Inhalansi	P.C.	0,242	0,160	0,303	0,297	0,354	0,443	0,257	0,362	1,000	0,430	0,346
	Sig.	.	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	N	1246	1246	1246	1246	1246	1246	1246	1246	1246	1087	1104
Amfetamin	P.C.	0,266	0,189	0,470	0,341	0,461	0,596	0,510	0,578	0,430	1,000	0,452
	Sig.	.	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	N	1087	1087	1087	1087	1087	1087	1087	1087	1087	1087	1055
Efedrin	P.C.	0,201	0,095	0,383	0,249	0,339	0,369	0,480	0,427	0,346	0,453	1,000
	Sig.	-	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	N	1104	1104	1104	1104	1104	1104	1104	1104	1104	1055	1104

1) P.C. = Pirsonova korelacija

2) Sig. = Značajnost (2-tailed = 0,01)

Inhalanse mladi obično koriste zato što njima pojačavaju početna euforizirajuća dejstva marihuane.

Lijekovi za smirenje i spavanje kombinuju se sa heroinom, trodonom, marihuanom, duvanom i kokainom. O prirodi ovih veza već je ranije bilo riječi, ali je očigledna njihova uloga smanjenja apstinencijalnih smetnji poslije uzimanja heroina, trozona, kokaina, što i objašnjava njihovu široku povezanost sa drugim psihoaktivnim supstancama.

Heroin je psihoaktivna supstanca koja je snažno povezana sa kokainom, marihuanom i trodonom, lijekovima za smirenje i spavanje i amfetaminom, a evidentne su i korelacije sa extasyjem, inhalansima i efedrinom. Osim toga što je upotreba ove psihoaktivne supstance povezana sa upotrebom velikog broja drugih, evidentne su i prosječno visoke korelacije (vidjeti tabelu 21). Osim toga što je upotreba marihuane uvod u korišćenje heroina, što lijekovi za smirenje i spavanje imaju funkciju ublažavanja apstinencijalnih smetnji, a trodon se uzima kao svojevrsni supstitut, favorizovan cijenom i lakoćom nabavke, uočena je asocijacija heroina i svih psihostimulativnih supstanci, posebno kokaina, što odgovara velikoj želji mladih za eksperimentisanjem i postizanjem novih, „neponovljivih” psihičkih doživljaja. Inhalansi su kao i marihuana uvod u korišćenje heroina, ali ponekad imaju i funkciju blijede zamjene, bar nekih psihoaktivnih djejtava heroina.

Slično heroinu, *trodon* se kombinuje sa velikim brojem drugih psihoaktivnih supstanci, a korelacije su takođe visoke. Trodon je svojevrsni supstitut za heroin, uz to mnogo jeftiniji i dostupniji. Ova povezanost upotrebe trozona sa psihostimulansima nije neočekivana u svijetlu ranije analizirane visoke povezanosti heroina i psihostimulansa. Osim dostupnosti i cijene, valja imati u vidu da mladi koriste trodon da bi smanjili neželjene posljedice dugotrajnog psihostimulativnog djejtva psihostimulansa, uključujući i inhalanse, a mnogo ga rjeđe koriste kao svojevrsnu „zamjenu” za psihostimulativne supstance.

Upotreba *extasyja* u visokoj je korelaciji sa upotrebom amfetamina, efedrina kokaina i trozona, kao i sa marihuanom, a o prirodi ovih veza već je bilo riječi.

Kokain ima najviše korelacije od svih drugih i upotreba kokaina korelira sa upotrebom čak devet drugih, psihoaktivnih supstanci, sa svima izuzev upotrebom alkohola. Najveće korelacije ima sa amfetaminom, marihuanom, heroinom, trodonom, zatim sa efedrinom, extasyjem, a relativno najmanje (ispod 0,400) sa inhalansima, lijekovima za smirenje i spavanje i duvanom. O prirodi ovih veza već je ranije bilo riječi. Ovi podaci govore o tome da je kokain među mladima najfavorizovanija i najprestižnija droga, čime se može objasniti njegovo kombinovanje sa gotovo svim ostalim psihoaktivnim supstancama.

Upotreba *amfetamina* iznenađujuće visoko korelira sa upotrebom niža psihoaktivnih supstanci, što se može objasniti činjenicom da ga koriste kao supstitut za druge psihostimulanse, posebno kokain, jer je mnogo jefti-

niji i dostupniji. Upotreba amfetamina visoko korelira sa upotrebom trozona, kokaina, extasyja, a zatim marihuane, heroina, inhalansa, efedrina i lijekova za smirenje i spavanje. O prirodi tih veza već je bilo riječi ranije.

Slično amfetaminu, upotreba efedrina je povezana sa većinom drugih psihoaktivnih supstanci, iako su te korelacije ipak slabije, što je vjerovatno posljedica relativno malog broja ispitanika koji koriste efedrin i njegove manje popularnosti. Prirodno je da su najjače korelacije (iznad 0,400, a ispod 0,500, vidjeti tabelu 20) sa psihostimulansima, a slabije sa inhalansima, heroinom i marihuanom (ispod 0,400). Ranije je uglavnom diskutovana priroda ovih veza.

Upotreba *inhalansa* povezana je sa upotrebom trozona, amfetamina, kokaina, heroina, efedrina i marihuane. Kao dostupne i jeftine supstance oni se uzimaju kao slaba zamjena za euforizirajuća dještva heroina i trozona, a i kao slaba zamjena za psihostimulativne supstance, o čemu je već bilo riječi.

Tabela 22. – Mladi Crne Gore od 19 do 30 godina prema broju korišćenih psihoaktivnih supstanci

Broj korišćenih psihoaktivnih supstanci	Broj ispitanika	Procenat	Kumulativni procenat
Nijedna	128	22,4	22,4
Jedna	173	30,3	52,7
Dvije	182	31,9	96,5
Tri	68	11,9	96,5
Četiri	10	1,8	98,2
Pet i više	10	1,8	100,0

Ako poredimo mlade od 12 do 18 godina (tabela 19) i mlade od 19 do 30 godina (tabela 22) zapažamo da su mladi starijeg uzrasta relativno brojniji u kategorijama u kojima je riječ o upotrebi jedne, dvije, pa i tri droge, ali su mladi brojniji kada je riječ o kombinovanju četiri i više psihoaktivnih supstanci, što je uslovljeno većom težnjom učenika ka eksperimentisanju u želji za ekskluzivnijim psihološkim doživljajem, čime se naročito može objasniti povećano interesovanje crnogorskih učenika za psihostimulativne supstance. Posmatrano u cjelini, i mladi uzrasta od 19 do 30 godina pokazuju težnju ka multiploj upotrebi i zloupotrebi psihoaktivnih supstanci, ali i manju želju za eksperimentisanjem sa većim brojem ovih supstanci. U svjetlu ranijeg iskustva to je i razumljivo.

Mladi uzrasta od 19 do 30 godina pokazuju manju sklonost za kombinovanjem.

Zanimljivo je zapaziti da pušači u uzorku mladih starijeg uzrasta u čvršćoj asocijaciji sa duvanom ne koriste nijednu drugu psihoaktivnu sup-

stancu, izuzev alkohol. Istini za volju, utvrđena je umjerena povezanost između pušenja duvana i pijenja alkoholnih pića. Slična, ali nedovoljna povezanost utvrđena je između pušenja duvana i korišćenja lijekova za smirenje i spavanje, ali ona nije dostizala kritični stepen. Sa svim ostalim psihoaktivnim supstancama utvrđena je vrlo slaba povezanost. Duvan je najslabije povezana psihoaktivna supstanca sa svima ostalima, ne samo na uzorku mladih starijeg uzrasta nego i mladih uzrasta od 12 do 18 godina.

Zanimljivo je takođe da upotreba alkohola nije značajno povezana sa korišćenjem bilo koje druge od 10 psihoaktivnih supstanci, izuzev donekle duvana, iako je u relativnom smislu bolje povezana nego upotreba duvana. Međutim, ta povezanost je često blizu pomenutih kriterijuma, ali ih ne dostiže (npr. između alkohola i heroina ili alkohola i psihostimulansa).

Slično upotrebi duvana, ali još više upotrebi alkohola, korišćenje mariuane nije značajnije povezano sa drugim psihoaktivnim supstancama. Međutim, povezanost upotrebe marihuane sa drugim psihoaktivnim supstancama, prije svega sa upotrebom heroina, trozona, efedrina i inhalansa, približava se kritičnoj povezanosti.

O prirodi multiple upotrebe marihuane, heroina, trozona, kokaina i inhalansa bilo je riječi kada smo govorili o uzorku mladih od 12 do 18 godina, te je ponovo nećemo interpretirati, jer ta interpretacija u najvećoj mjeri važi i za uzorak mladih starijeg uzrasta.

O čemu nam govori ovo relativno izdvojeno korišćenje duvana, alkohola i marihuane? Budući da se informacija odnosi na aktuelni, ali i na protekli period, sve pomenute psihoaktivne supstance ispitanik je u trenutku istraživanja mogao, ali i nije morao da upotrebljava. Ipak je upotreba marihuane najranije prestala. Naši podaci ukazuju da kada se pređu kritične vremenske granice (a to je period oko 19. godine), rizik za eksperimentisanje sa drugim psihoaktivnim supstancama, pored već navedenih duvana, alkohola i marihuane, bitno opada i mladi se zadržavaju na društveno tolerisanoj upotrebi dvije osnovne psihoaktivne supstance – duvanu i alkoholu.

Upotreba marihuane je samo uvod u korišćenje „pravih”, jakih droga. Za razliku od mladih uzrasta od 12 do 18 godina, koji marihuanu koriste u kombinaciji sa drugim psihoaktivnim supstancama, kod mladih uzrasta od 19 do 30 godina te kombinacije slabije su izražene. Ipak, kao i kod alkohola, utvrđena je njena povezanost, koja skoro dostiže kritične granice, sa heroinom, kokainom, efedrinom i inhalansima, ali ona u ovim konstelacijama nije glavna droga, već dopunska, u situacijama kada nedostaju atraktivne, „prave” droge. Najslabije je povezana upotreba marihuane sa pušenjem duvana i upotrebom lijekova.

Korišćenje lijekova za smirenje i spavanje čvrsto je povezano sa upotrebom extasyja. Ova veza se može objasniti činjenicom da se sredstva za smirenje uzimaju poslije iscrpljenosti nervnog sistema, uslovljene zloupotrebom extasyja.

Korišćenje heroina povezano je sa upotrebom trozona i extasyja, a najjače sa upotrebom kokaina, što je i očekivano. Objašnjenje multiple upotrebe i zloupotrebe ove grupe psihoaktivnih supstanci slično je onome datom za uzrast od 12 do 18 godina.

Važno je napomenuti da je upotreba trozona najjače povezana sa upotrebom tri druge droge: extasyjem, kokainom i efedrinom. Valja istaći da trozon mladi, starijeg uzrasta dosta koriste ili kao samostalnu drogu zbog pojedinih sličnih psihofarmakoloških dejstava sa heroinom, a budući da je upotreba heroina često snažno povezana sa psihostimulansima, naročito kokainom, po navedenoj analogiji ne treba da nas iznenađuje ni veza trozona i psihostimulansa, utoliko prije što je zbog znatno niže cijene i velike dostupnosti trozon daleko lakše nabaviti nego heroin.

Sa upotrebom extasyja jako je povezana upotreba relativno najvećeg broja psihoaktivnih supstanci kada je riječ o uzorku mladih od 19 do 30 godina. To su: kokain, amfetamin, efedrin i inhalansi. Ta povezanost nije jaka kao povezanost trozona sa svim ostalim psihoaktivnim supstancama, ali nije ni značajno slabija. Naime, upotreba extasyja je snažno popraćena upotrebom kokaina i korišćenjem inhalansa, a nešto slabije, ali još uvijek jako, sa upotrebom amfetamina i efedrina. Ako jaku povezanost multiple upotrebe i zloupotrebe psihostimulativnih supstanci nemamo kod mladih od 12 do 18 godina, iako bi, s obzirom na njihovu izraženu radoznalost i sklonost ka eksperimentisanju, to bilo očekivano. Međutim, ne treba izgubiti iz vida da je extasy prestižna i pomodna droga koja nivelirše i „topi” starosne granice, zbog čega njoj očigledno rado pribjegavaju i mladi uzrasta od 19 do 30 godina.

Povezanost efedrina sa drugim psihostimulansima izgleda logična po sebi, a inhalanse u kombinaciji koriste zbog njihove dostupnosti i njihovog komplementarnog neurotizirajućeg dejstva.

Mladi uzrasta od 19 do 30 godina takođe najčešće koriste kokain u kombinaciji sa amfetaminom i inhalansima. Jedino objašnjenje je laka dostupnost inhalansa kao dopune, a nekada i neadekvatnog supstituta za inhalanse. Ovu tvrdnju indirektno potkrepljuje nalaz o jakoj povezanosti upotrebe amfetamina i inhalansa, iako slabijoj nego kada je riječ o multiploj upotrebi kokaina i inhalansa. Međutim, priroda objašnjenja bila bi vrlo slična.

DVIJE KLASIFIKACIJE ZLOUPOTREBE I ZAVISNOSTI OD PSIHOAKTIVNIH SUPSTANCI

U nastojanju da utvrdimo jedinstvenu klasifikaciju zloupotrebe i zavisnosti mladih Crne Gore od psihoaktivnih supstanci, sa kojom bismo ušli u dalju analizu povezanosti upotrebe, zloupotrebe i zavisnosti sa skalama znanja o psihoaktivnim supstancama, skalom asertivnosti i skalom samopouzdanja, pošli smo od dva klasifikaciona kriterijuma da bismo došli do dvije klasifikacije.

Budući da je riječ o istraživačkom problemu koji je važan sa statističkog, a još više teorijskog stanovišta, poklonili smo mu posebnu pažnju, te ćemo ukazati na one bitne činioce koji su važni kako teorijski, tako i statistički. Iako smo se u našem izboru za jednu od ove dvije klasifikacije vodili primarno teorijskim razlozima, nijesmo izgubili iz vida ni statističke. O tome će biti više riječi u dva naredna odjeljka.

Prva klasifikacija

U izboru kriterijuma za klasifikaciju pošli smo od danas preovlađujućeg teorijskog stava, bez obzira kojoj istraživačkoj orijentaciji istraživači pripadali. Naime, zavisnost od psihoaktivnih supstanci kod mladih (a i uopšte) jedinstven je fenomen, bez obzira što se prihvata multikauzalna osnova u nastanku i razvoju zavisnosti. U prevenciji, terapiji, rehabilitaciji i resocijalizaciji takođe se tretira kao jedinstven fenomen. Takvo teorijsko stanovište ima osnovu u sistemskom pristupu i brojnim teorijskim strujama inspirisanim ovim pristupom.

Može na prvi pogled čuditi da se zavisnost od psihoaktivnih supstanci tretira kao jedinstven fenomen, a da se, istovremeno, polazi od multikauzalne osnove jedinstvenog fenomena. Da bismo odgovorili na ovu dilemu, valjalo bi zahvatiti u epistemološke osnove funkcionalističkih teorijskih stanovišta na kojima se sistemski pristup teorijski oslanja. Zato mi ovdje iznosimo samo najopštije konstatacije, smatrajući da čitaoci dobro poznaju epistemološke probleme vezane za odnos uzročne i funkcionalne analize. U okviru sistemskog pristupa istražuju se međuzavisnosti elemenata i segmenata sa sistemom u cjelini i vice versa. Takvim funkcionalističkim pristupom sasvim se relativizira klasična uzročna dija-da uzrok – posljedica, te se uzročna analiza u okviru sistemskog pristupa zamjenjuje funkcionalnom analizom, u kojoj se umjesto klasičnog uzročnog pristupa istraživanja uzročno–posljedičnih veza među pojavama ispituju međuzavisnosti između elemenata i segmenata i ovih prema cjelovitom sistemu i *vice versa*. U takvom teorijskom kontekstu postaje razu-

mljivo da je zavisnost od supstanci jedinstven fenomen, bez obzira što npr. kauzalne konstelacije, koje su u osnovi zloupotrebe alkoholnih pića, nijesu iste kao one koje su u osnovi zloupotrebe heroina ili neke druge psihoaktivne supstance. Naravno, takav pristup dovodi do suštinskih izmjena preventivnih i terapijskih strategija u odnosu na one koje su vladale u osnovi kauzalnog pristupa, primjerenog medicinskim modelima prevencije i terapije.

Budući da je sistemski pristup teorijska osnova ovog istraživanja, mi smo kriterijum za ovu klasifikaciju nastojali da izvedemo iz sistemskog pristupa. Naime, pošli smo od pretpostavke da je zavisnost od supstanci jedinstven fenomen, sa osnovnim zajedničkim karakteristikama, bez obzira o kojoj je psihoaktivnoj supstanci riječ. U tom kontekstu, zavisnost je kontinuum na čijem se jednom kraju nalaze oni koji su apstinenti, a na drugom oni koji su zavisni od psihoaktivnih supstanci. Svaki ispitanik na tom kontinuumu ima svoje mjesto, izraženo određenom numeričkom vrijednošću. Dakle, naš predmet mjerenja je jedinstven, ali su metodi mjerenja da bismo došli do numeričke oznake mjesta na kontinuumu dosta složeni. Ovom prilikom iznijecemo bitne elemente statističke procedure da bismo do tog kontinuumu došli. Obimni statistički materijal, nastao kao rezultat te procedure, neće biti dat ni u priložima, jer bi zauzeo veoma veliki prostor, a zainteresovanim istraživačima za dalja produbljivanja istraživanja, taj materijal biće dat na uvid.

Najprije smo primijenili metodu optimalnog skaliranja za pojedine zavisnosti i pomoću ove metode došli do optimalnih skorova, za pojedine zavisnosti. Zatim smo izvršili faktorizaciju optimalnih skorova i pomoću faktorske analize višeg reda dobili jedinstveni faktorski skor za zloupotrebu i zavisnost kod učenika crnogorskih osnovnih i srednjih škola.

Kada je riječ o duvanu optimalnim skaliranjem bile su obuhvaćene sljedeće nominalne i ordinalne varijable: I-1, I-3, I-5, I-7, I-9, I-10 i I-11 (Upitnik za učenike, vidjeti prilog na kraju knjige).

Za alkohol to su: II-1, II-3, II-4, II-5; II-6; II-7, II-8, II-9, II-10₁, II-10₂, II-10₃, II-10₄, II-10₅, II-11 i II-12.

Za marihuanu su: VII-1, VII-3, VII-4, VII-5, VII-7, VII-8.

Kada je riječ o lijekovima za smirenje i spavanje, to su: X-1, X-4, X-5, X-6, X-7, X-8, X-10 i X-11.

Heroin je reprezentovan sljedećim varijablama: XI-1, XI-3, XI-4, XI-5, XI-6 i XI-9.

Kada je riječ o trodonu, to su sljedeće varijable: XII-2, XII-3 i XII-4.

Extasy reprezentuju varijable: XII-5 i XII-6.

Kokain je takođe zastupljen sa dvije varijable: XII-7 i XII-9.

Amfetamin sa varijablom XII-10 i efedrin sa XII-11.

Inhalansi sa dvije: XII-12 i XII-13 (Vidjeti upitnik za učenike, pri-
log na kraju).

Pomoću metode optimalnog skaliranja kvantifikovane su kategorije nominalnih i ordinalnih varijabli tako da zadovolje uslov maksimalne homogenosti*. Metodom optimalnog skaliranja nominalne i ordinalne varijable „pretvorene” su u intervalne. Ovom metodom izučena je prva osnovna dimenzija za svaku psihoaktivnu supstancu. Svaki ispitanik je na prvoj dimenziji za svaku psihoaktivnu supstancu dobio skor, a u faktor-
sku analizu ušlo se sa optimalnim skorovima za svaku supstancu, dakle, sa 11 optimalnih skorova.

Tabela 23. – Matrica faktorskog modela optimalnih skorova za jedanaest psihoaktivnih supstanci koje koriste učenici crnogorskih osnovnih i srednjih škola

Supstance	F a k t o r i	
	I	II
1. Extasy	0,802	-0,190
2. Amfetamin	0,761	
3. Trodon	0,743	
4. Efedrin	0,660	- 0,120
5. Kokain	0,607	0,154
6. Inhalansi	0,439	0,123
7. Heroin	0,433	0,322
8. Duvan		0,659
9. Alkohol	-0,200	0,645
10. Marihuana	0,305	0,448
11. Lijekovi za smirenje i spavanje	0,217	0,427

Kao značajna opterećenja označili smo ona iznad 0,400.

Na prvom faktoru (tab. br. 23) izdvojili su se optimalni skorovi za „teške” droge: extasy, amfetamin, trodon, efedrin, kokain, heroin, a inhalansi bi vrlo uslovno mogli da pripadaju ovoj grupi. Učenici crnogorskih osnovnih i srednjih škola orijentisali su se prema psihostimulansima, prije svega onima koji se lakše mogu nabaviti na tržištu, jer su zbog cijene mnogo dostupniji (extasy, amfetamin, efedrin) ali i inhalansima. Potpunoš repertoara teških droga na izvjestan način „kvari” nedostatak lijekova za smirenje i spavanje koji su se izdvojili na drugi faktor. Da li je to uslovljeno činjenicom da od onih koji uzimaju psihoaktivne supstance, lijekove za smirenje i spavanje, uzimaju kao dopunu drugih psihoaktivnih supstanci, a ne kao osnovnu drogu. Prvi faktor bismo mogli nazvati *faktorom „teških” droga sa dominacijom psihostimulansa*. Pored toga što psi-

* Homogenost znači da te intervalne varijable maksimalno međusobno koreliraju.

hostimulansi „omogućavaju” realizaciju želje za posebnim, jedinstvenim doživljajem, oni su i svojevrsni statusni simbol u subkulturi zavisnika.

Sa najvećim opterećenjima, na drugom faktoru izdvojili su se duvan i alkohol, a sa osjetno manjim marihuana i lijekovi za smirenje i spavanje. Da li je povremeno uzimanje lijekova moglo da ima i sličnu funkciju „uvodne” droge i da li se time može objasniti njihovo izdvajanje na drugom faktoru, teško je reći?! Ovaj faktor bismo vrlo uslovno mogli nazvati faktorom „lakih” droga.

Iz tabele br. 24. vidi se da među faktorima postoji dosta visoka korelacija (0,657), što ukazuje da su faktori međusobno tijesno povezani i da zato ima osnova za pretpostavku o jedinstvenom predmetu mjerenja.

Tabela 24. – Matrica interkorelacija među faktorima

Faktori	F a k t o r i	
	I	II
I	1,000	0,657
II	0,657	1,000

Iznijeli smo i teorijske i statističke razloge zbog čega smatramo da postoji osnova za utvrđivanje jedinstvenog predmeta mjerenja. Da bismo to postigli, uradili smo faktorsku analizu višeg reda u cilju utvrđivanja zajedničkog faktorskog skora zloupotrebe i zavisnosti od psihoaktivnih supstanci (tabela br. 25).

Tabela 25. – Matrica faktorske analize višeg (drugog) reda za mlade od 12 do 18 godina

Komponente		Prvi faktor višeg (drugog) reda		
Faktor I		0,865		
Faktor II		0,865		
Component	Eigenvalues	%	% of Cumulative	
	Total	Sign.	Variance	Variance
1	1,496	0,000	74,795	74,95
2	0,504		25,205	100,00
Extraction Sums of Squared Loadings			Variance % of	Cumulative %
1,496			74,795	74,795

Prvi faktor višeg reda objašnjava 74,795% varijanse od zajedničke varijanse iz prethodne faktorske analize koja je obuhvatala 42,428% varijanse.

Kako faktorska analiza višeg reda ne sadrži matricu faktorskog modela iz koje bismo mogli vidjeti relativni doprinos pojedinih faktorskih

skorova prvom faktoru preko karakterističnih opterećenja, uradili smo korelacije optimalnih skorova sa prvim faktorskim skorom (tabela br. 26).

Prema očekivanju, veoma visoke korelacije sa opštim faktorskim skorom zloupotrebe i zavisnosti imaju prvi i drugi faktor (0,865) iz kojih je opšti faktorski skor i nastao, što takođe ukazuje da zloupotreba i zavisnost učenika crnogorskih osnovnih škola od psihoaktivnih supstanci ima jedinstveni predmet mjerenja.

Međutim, struktura zloupotrebe i zavisnosti, mjerena korelacijama optimalnih skorova sa opštim faktorskim skorom, izgleda nešto drugačije nego u ranijoj faktorskoj analizi kada su se izdvojila dva faktora, o kojima je ranije bilo riječi. Neočekivano, marihuana ima najveću korelaciju sa opštim faktorskim skorom, pa zatim heroin, kokain i trodon (korelacije iznad 0,700). Sa korelacijama iznad 0,600 dolaze amfetamin, lijekovi za smirenje i spavanje i duvan. Relativno najniže, ali još uvijek visoke korelacije imaju extasy, alkohol, a ispod 0,500 efedrin. Jedan od vjerovatnih razloga ovih izmjena je i relativno slabija zastupljenost upotrebe, a pogotovu zloupotrebe ili zavisnosti od psihoaktivnih supstanci, čime se može objasniti relativno niska koorelacija efedrina, a visoka marihuane.

U svakom slučaju, ako se izuzme marihuana, koja je svakako posebno značajna jer je most između duvana i alkohola i ostalih psihoaktivnih supstanci, ostaju psihoaktivne supstance koje su najznačajnije u strukturi upotrebe onih koji zloupotrebljavaju ove supstance ili su od njih zavisni: heroin, kokain i trodon. Ovaj posljednji kao neadekvatna, ali lako dostupna zamjena za prve dvije.

Tabela 26. – Korelacije optimalnih skorova za 11 psihoaktivnih supstanci i za dva faktorska skora sa prve faktorske analize sa opštim faktorskim skorom

Korelacije			Opšti faktorski skor
1.	Duvan	(Pirsonova korelacija) Sig. N	0,616 0,000 1246
2.	Alkohol	(Pirsonova korelacija) Sig. N	0,509 0,000 1246
3.	Marihuana	(Pirsonova korelacija) Sig. N	0,729 0,000 1246
4.	Lijekovi za smirenje i spavanje	(Pirsonova korelacija) Sig. N	0,643 0,000 1246
5.	Heroin	(Pirsonova korelacija) Sig. N	0,718 0,000 1246

Korelacije			Opšti faktorski skor
6.	Trodon	(Pirsonova korelacija) Sig. N	0,712 0,000 1246
7.	Extasy	(Pirsonova korelacija) Sig. N	0,561 0,000 1246
8.	Kokain	(Pirsonova korelacija) Sig. N	0,715 0,000 1246
9.	Inhalansi	(Pirsonova korelacija) Sig. N	0,547 0,000 1246
10.	Amfetamin	(Pirsonova korelacija) Sig. N	0,660 0,000 1246
11.	Efedrin	(Pirsonova korelacija) Sig. N	0,499 0,000 1246
12.	Faktor I	(Pirsonova korelacija) Sig. N	0,865 0,000 1246
13.	Faktor II	(Pirsonova korelacija) Sig. N	0,865 0,000 1246

Kada posmatramo uzorak mladih od 19 do 30 godina slika je slična, ali i drugačija. Matrica faktorskog modela (tabela br. 27) ukazuje na drugačiji raspored opterećenja na optimalnim skorovima za pojedine psihoaktivne supstance. Najveće opterećenje (iznad 0,700) ima kokain, amfetamin, heroin i trodon (iznad 0,600), inhalansi (iznad 0,500), te extasy i efedrin ispod 0,500. Zapaža se da mladi uzrasta od 19 do 30 godina više preferiraju jake droge (izuzetak su inhalansi) umjesto supstituta za prave psihostimulanse. Ovaj faktor nazvali smo takođe *faktorom „teških” droga*.

Na drugom faktoru izdvojile su se samo dvije psihoaktivne supstance – duvan i alkohol. U izvjesnom smislu, faktorska struktura za mlade od 19 do 30 godina čistija je nego faktorska struktura učenika crnogorskih osnovnih i srednjih škola, što je i razumljivo, jer su mladi na nižim uzrastima skloniji eksperimentisanju i multiploj upotrebi nego mladi starijeg uzrasta koji, ako zloupotrebljavaju psihoaktivne supstance, teže da se više vežu za jednu supstancu, a ostale uglavnom koriste u nedostatku osnovne ili je povremeno supstituišu supstancom sa sličnim psihofarmakološkim svojstvima.

Tabela 27. – Matrica faktorskog modela optimalnih skorova za jedanaest psihoaktivnih supstanci koje koriste mladi u Crnoj Gori starosti od 19 do 30 godina

Supstance	F a k t o r i	
	I	II
1. Kokain	0,736	
2. Amfetamin	0,680	
3. Heroin	0,655	
4. Trodon	0,614	
5. Inhalansi	0,561	0,118
6. Extasy	0,495	
7. Efedrin	0,415	
8. Marihuana	0,367	0,277
9. Duvan	- 0,106	0,655
10. Alkohol		0,556
11. Lijekovi za smirenje i spavanje	0,139	0,210

KMO and Bartlett's Test = 0,774

Chi Squar = 1281,034

df = 55

Sig 0,000

Extraction	Sums of Loadings	Total	Variance	% of Cumulative
1	2,841		25,832	25,832
2	0,771		7,007	32,839

Korelacija između dva faktora je relativno slaba (0,312). To znači da je predmet mjerenja u slučaju mladih od 19 do 30 godina manje jedinstven nego kada je riječ o mladima uzrasta od 12 do 18 godina. Na to indirektno ukazuje i naša ranija analiza multiplih upotreba psihoaktivnih supstanci iz kojih se jasno vidjelo da pušenje duvana i pijenje alkoholnih pića nisu u kombinaciji sa bilo kojom drugom psihoaktivnom supstancom. Ova analiza je to samo na mnogo statistički rigorozniji način potvrdila.

Uprkos činjenici da prvi i drugi faktor nemaju previše izražen zajednički predmet mjerenja, mi smo ipak primijenili faktorsku analizu višeg reda, a faktorsku matricu i druge bitnije statistike prezentiramo u tabeli 28.

Tabela 28. – Matrica faktorske analize višeg (drugog) reda za mlade od 19 do 30 godina i drugi statistici

Faktori	Prvi faktor višeg reda		
	I		
Prvi faktor	0,464		
Drugi faktor	0,464		
Extraction Sums of Squared Loadings	Variance	% of Cumulative	
Total	21,512	21,512	
0,430			

Osim toga što je u prvoj faktorskoj analizi prvi faktor objašnjavao samo 25,832% varijanse (vidjeti tabelu br. 27), dakle manje nego što je to slučaj sa faktorima u prvoj faktorskoj analizi za mlade od 12 do 18 godina, zapaža se i jedna još značajnija razlika kada se porede faktorske analize višeg (drugog) reda za dva uzorka mladih u Crnoj Gori. Naime, dok prvi faktor višeg reda objašnjava čak 74,795% varijanse od zajedničke varijanse iz prethodne faktorske analize prvog reda koja je obuhvatala 41,428%, prvi faktor višeg reda za mlade uzrasta od 19 do 30 godina obuhvata svega 21,512% varijanse od zajedničke varijanse za faktorsku analizu prvog reda koja iznosi 32,839.

Ova sumarna analiza ukazuje da je u faktorskoj analizi prvog reda prvi faktor za mlade od 19 do 30 godina relativno slabiji od drugog nego u faktorskoj analizi prvog reda za učenike crnogorskih osnovnih i srednjih škola, da je u relativnom smislu prvi faktor višeg reda za mlade starijeg uzrasta osjetno slabiji nego što je to slučaj sa prvim faktorom višeg reda za učenike crnogorskih osnovnih i srednjih škola. Time se indirektno potvrđuje da je predmet mjerenja zloupotrebe i zavisnosti među učenicima crnogorskih osnovnih i srednjih škola mnogo jedinstveniji nego za mlade starosti od 19 do 30 godina. Ovi rezultati su neočekivani. Vrlo nam je teško ponuditi moguće objašnjenje. Vjerovatno su mladi starijeg uzrasta bili više skloni da prikriju neke aspekte ponašanja vezane za zloupotrebu i zavisnost od psihoaktivnih supstanci, te su strukturalne veze u pogledu izbora psihoaktivnih supstanci za razvoj zloupotrebe i zavisnosti slabije uočljive. Ali, to je samo pretpostavka.

Druga klasifikacija

U drugoj klasifikaciji samo je implicitno sadržana ideja o svojevrsnom kontinuitetu, ali ona nije niti dosljedno teorijski, niti dosljedno statistički izvedena. Naime, kriteriološki stav za ovu klasifikaciju sadržan je u ideji o progredijenciji faza zavisnosti. U prvoj fazi su apstinenti, u drugoj samo pušači, u trećoj oni koji piju, mogu i da puše (ne moraju) ali ne koriste niti „lake”, niti „teške” droge. U „lake” smo arbitrarno svrstali duvan, alkohol i marihuanu. Četvrtu grupu čine oni koji zloupotrebljavaju „lake” droge, mogu da puše i da piju, ali i ne moraju. Petoj grupi pripadaju oni koji koriste „teške” droge i sve ostale, ali i ne moraju.

U ovoj klasifikaciji, za koju su u tabeli br. 30 date numeričke i procentualne vrijednosti za učenike crnogorskih osnovnih i srednjih škola, svaka sljedeća faza uključuje grupu droga koje su po svojim ukupnim dejstvima na bio-psiho-socijalni život ličnosti ispitanika teže i složenije od prethodnih, pri čemu je onda manje ili više sporedna činjenica da u sljedećoj fazi ispitanici zloupotrebljavaju psihoaktivne supstance iz pret-

hodne faze. Ovaj klasifikacioni princip je dosta problematičan i sa teorijskog i sa iskustvenog stanovišta.

1. Vidjeli smo da je označena kao problematična, a danas uglavnom napuštena teza o podjeli psihoaktivnih supstanci sa stanovišta njihovih ukupnih posljedica na mlade, na „lake” i „teške”.

2. Ovdje stupnjevi (faze) ne podrazumijevaju kontinuitet, nego kvalitativni skok, što je principijelno takođe diskutabilno.

3. Možda je najozbiljnija zamjerka u činjenici da se prihvatanjem ovog klasifikacionog principa marginalizuju kombinovane, multiple zavisnosti, iako su one i dijagnostički i terapijski osjetno složenije, nego kada ispitanici zloupotrebljavaju pojedine psihoaktivne supstance.

Tabela 29. – Distribucija učenika crnogorskih osnovnih i srednjih škola prema fazama u apsolutnim brojevima i procentima

Faze	N	%	Kumulativni %
1. Apstinenti	898	72,1	72,1
2. Pušači	74	5,9	78,0
3. Piju, mogu i da puše (ne moraju), ali ne koriste „lake” i „teške” droge	113	9,1	87,1
4. Zloupotrebljavaju „lake” droge, mogu da puše i da piju, ali ne moraju	108	8,7	95,7
5. Zloupotrebljavaju „teške” droge i sve ostale, ali ne moraju	53	4,3	100,0
Ukupno	1246	100,0	100,0

Imajući sve činjenice koje smo dosada diskutovali, mi smo za dalju analizu zadržali prvu klasifikaciju, koja je dosljedno i teorijski i statistički izvedena, dok drugoj klasifikaciji upravo nedostaje saglasnost teorijskog i iskustvenog, a bitne elemente te nesaglasnosti analizirali smo u tri ranije navedene tačke. Međutim, mi ćemo ovu drugu klasifikaciju takođe povremeno koristiti, uz punu svijest o navedenim nedostacima. To nam posebno daje za pravo jedan čisto statistički pokazatelj. Naime, korelacija između dvije klasifikacije je visoka (tabela br. 30).

Slične visoke korelacije ($\Phi = 0,496$, Kramerov $V = 0,351$, $C = 0,445$, značajni na 0,000) i drugog klasifikovanog faktorskog skora ($\Phi = 0,754$, Kramerov $V = 0,533$, $C = 0,602$, značajni na 0,000) i druge klasifikacije, što nam takođe daje za pravo da i drugu klasifikaciju koristimo u daljoj statističkoj analizi.

U tabeli br. 30 opšti faktorski skor je klasifikovan čisto statističkom podjelom na tri skoro identična dijela, tako što je u svaki dio ušao isti broj ispitanika – 415, izuzev srednji – 416. Prva grupa su sa niskim skorom zloupotrebe i zavisnosti, druga sa srednjim i treća sa visokim. Važno je istaći da niski skorovi znače zloupotrebu (odnosno zavisnost) a visoki apstinenciju i *vice versa*.

Tabela 30. – Klasifikovani opšti faktorski skor za učenike crnogorskih osnovnih i srednjih škola i druga klasifikacija zloupotrebe i zavisnosti

Klasifikovani opšti faktorski skor	Apstinenti	Pušači	Piju, mogu i da puše (ne moraju), ali ne koriste „lake” i „teške” droge	Zloupotrebjavaju „lake” droge, mogu da puše i da piju, ali ne moraju	Koriste „teške” droge i sve ostale, ali ne moraju	Ukupno
Niski opšti skor	123 296 13,7	60 14,5 81,1	82 19,8 72,6	98 23,6	52 12,5 98,1	415 100,0 33,3
Srednji opšti skor	362 87,0 40,3	14 3,4 18,9	31 7,5 27,4	8 1,9 7,4	1 0,2 1,9	416 100,0 33,4
Visoki opšti skor	413 99,5 46,0	–	–	2 0,5 1,9	–	415 100,0 33,3
Ukupno	898 72,1 100,0	74 5,9 100,0	113 9,1 100,0	108 8,7 100,0	53 4,3 100,0	1246 100,0 100,0

Phi = 0,689 0,000

Kramerov V = 0,487 0,000

Koeficijent kontingencije = 0,568 0,000

Prema očekivanju, mladi uzrasta od 19 do 30 godina značajno su brojniji u svim fazama izuzev među apstinentima, gdje ih je značajno manje i među onima koji zloupotrebjavaju teške droge, gdje su u relativnom pogledu izjednačeni (uporedite tabele 30 i 31).

Tabela 31. – Distribucija mladih Crne Gore od 19 do 30 godina prema fazama korišćenja psihoaktivnih supstanci u apsolutnim brojevima i procentima (druga klasifikacija)

Faze	N	%	Kumulativni %
1. Apstinenti	222	38,9	38,9
2. Pušači	105	18,4	57,3
3. Piju, mogu i da puše (ne moraju), ali ne koriste „lake” i „teške” droge	120	21,0	78,3
4. Zloupotrebjavaju „lake” droge, mogu da puše i da piju, ali ne moraju	100	17,5	95,8
5. Zloupotrebjavaju „teške” droge i sve ostale, ali ne moraju	24	4,2	100,0
Ukupno	571	100,0	100,0

Između klasifikovanog faktorskog skora i druge klasifikacije za mlade od 19 do 30 godina takođe je utvrđena značajna statistička povezanost iako niža nego za uzorak mladih od 12 do 18 godina.

Najzad, iznijecemo zbirni prikaz faza upotrebe, zloupotrebe i zavisnosti za oba uzorka prema drugoj klasifikaciji (tabela br. 32).

Tabela 32. – Prosječna distribucija ispitanika oba uzorka prema fazama upotrebe, zloupotrebe i zavisnosti u apsolutnim brojevima i procentima

Faze	N	%	Kumulativni %
Apstinenti	1120	61,64	61,64
Pušači	179	9,85	71,49
Piju, mogu i da puše (ne moraju), ali ne koriste lake i „teške” droge	233	12,82	84,31
Zloupotrebjavaju „lake” droge, mogu da puše i da piju, ali ne moraju	208	11,44	95,75
Zloupotrebjavaju „teške” droge i sve ostale, ali ne moraju	77	4,23	99,98
Ukupno	1817	100,0	100,00

Iz tabele br. 32 vidi se da preko 4% mladih uzrasta od 12 do 30 godina pokazuje simptome zavisnosti, a više od 11% simptome zloupotrebe, što su svakako značajni procenti i u poređenju sa zemljama u kojima se psihoaktivne supstance duže koriste. Posmatrano u cjelini, mladi Crne Gore nalaze se bar u okviru prosječnih vrijednosti, a kada je riječ o nekim psihoaktivnim supstancama i iznad prosjeka. Ako se zna da su još tokom 70-ih godina zloupotreba i zavisnost od većine psihoaktivnih supstanci (izuzev duvana i alkohola) među mladima Crne Gore bili rijetkost, ovi procenti imaju relativno veliku specifičnu težinu.

Sa uzorkom učenika crnogorskih osnovnih i srednjih škola jedini uporedljivi uzorak sa stanovišta osnovnih sociološko-demografskih obilježja, vremena istraživanja, te primijenjenih istraživačkih instrumenata jeste uzorak učenika američkih osnovnih i srednjih škola, s tim što su u našem uzorku obuhvaćeni učenici šestih, sedmih i osmih razreda osnovnih škola, a u američkom samo osmih sa izuzetkom pomenutog značajnog epidemiološkog istraživanja prof. Vučkovića i sar. (12). Posmatrano u cjelini, učestalost zloupotrebe i zavisnosti od psihoaktivnih supstanci mladih Crne Gore od 12 do 18 godina nešto je ispod prosjeka ili u prosjeku zloupotrebe i zavisnosti američkih učenika. Međutim, kada se ima u vidu da je procenat onih koji upotrebljavaju, zloupotrebjavaju psihoaktivne supstance ili su od njih zavisni, među učenicima američkih osnovnih i srednjih škola u grupi najvećih u Zapadnom kulturnom krugu, a i u svijetu, onda se saznanje o vrijednostima blizu prosjeka, pa i onim ispod prosjeka veoma relativizira. Ta relativizacija postaje još veća kada

se zna da su početkom 70-ih slučajevi zloupotrebe i zavisnosti među mladima Crne Gore bili gotovo epizodični.

Kada je riječ o pušenju duvana u uzorku učenika crnogorskih osnovnih škola više puta nedjeljno ili svakodnevno puši 8,1% učenika, a 2,7% vojvođanskih, dok 24,11% učenika crnogorskih osnovnih škola puši više puta nedjeljno ili svakodnevno, a 16,8% učenika drugih razreda vojvođanskih osnovnih škola (12).

Međutim, u pogledu učestalosti pijenja učenici crnogorskih osnovnih i srednjih škola značajno češće piju, jer od 1264 učenika crnogorskih osnovnih i srednjih škola 4,33% piju više puta nedjeljno ili svakodnevno, dok je takvih među učenicima petih razreda vojvođanskih osnovnih škola 0,3%, a među učenicima drugih razreda srednjih škola 1,6%.

Značajno veći broj učenika vojvođanskih osnovnih škola se nekada opio (15,9% među učenicima V razreda i 47,2% među učenicima drugih razreda srednjih škola) nego što je to slučaj sa učenicima crnogorskih osnovnih i srednjih škola.

U uzorku učenika vojvođanskih V razreda osnovnih škola 2,7% učenika uzima marihuanu (12) a čak 12,6% drugih razreda srednjih škola, dok je 1,1% učenika crnogorskih osnovnih i 11,4% srednjih škola probalo marihuanu.

Učenici crnogorskih osnovnih i srednjih škola mnogo su češće imali iskustva sa tabletama za smirenje i spavanje nego učenici petih razreda osnovnih i drugih razreda vojvođanskih srednjih škola. Tako je 0,7% učenika vojvođanskih petih razreda izjavilo da je imalo iskustva sa tabletama, a 5,2% učenika crnogorskih osnovnih škola, dok je 3,61% učenika drugih razreda vojvođanskih srednjih škola imalo iskustva sa tabletama, a 14,8% učenika crnogorskih srednjih škola.

Učenici crnogorskih osnovnih škola su u 1,8% slučajeva imali iskustva sa heroinom, a 0,7% učenika petih razreda vojvođanskih osnovnih škola (12). S druge strane, 2,3% učenika drugih razreda vojvođanskih srednjih škola izjavilo je da su imali iskustva sa heroinom, a 4,3% učenika crnogorskih srednjih škola.

Iskustva sa extasyjem nijesu imali učenici petih razreda vojvođanskih osnovnih škola, dok je to iskustvo imalo 0,5% učenika crnogorskih osnovnih škola. S druge strane, 1% učenika drugih razreda vojvođanskih osnovnih škola imalo je iskustva sa extasyjem, a 2,9% učenika crnogorskih srednjih škola.

Učenici petih razreda vojvođanskih osnovnih škola su u 0,3% slučajeva probali kokain, a učenici crnogorskih osnovnih škola u 1,1% slučajeva. Učenici drugih razreda vojvođanskih srednjih škola su takođe u 0,3% slučajeva probali kokain, a 5,5% učenika crnogorskih srednjih škola.

Dok je 2,9% učenika crnogorskih osnovnih škola probalo inhalanse, takvih nije bilo među učenicima petih razreda vojvođanskih osnovnih škola

(12). Učenici drugih razreda vojvođanskih osnovnih škola su u 0,3% slučajeva probali inhalanse, a 6,3% učenika crnogorskih srednjih škola.

Prije nego što ukažemo na neke generalne razlike između učenika petih razreda vojvođanskih osnovnih škola i učenika crnogorskih osnovnih škola, s jedne strane, a učenika drugih razreda vojvođanskih srednjih škola i učenika crnogorskih srednjih škola, s druge strane, u pogledu upotrebe psihoaktivnih supstanci, važno je napomenuti na one razlike u uzorcima ispitanika i kategorijama odgovora koje ove podatke čine ograničeno uporedljivim. Prije svega, naši podaci se odnose na šeste, sedme i osme razrede crnogorskih osnovnih škola, a podaci prof. Vučkovića i sar. na pete razrede osnovnih škola. Iz ranijeg prikaza drugih epidemioloških studija o upotrebi psihoaktivnih supstanci među mladima mogli smo vrlo ubjedljivo vidjeti da sa starošću značajno raste procenat učenika koji stiču prva iskustva sa psihoaktivnim supstancama, tako da bi ova slika vjerovatno bila drugačija da smo poredili analogne razrede. Osim toga, u našoj kategorizaciji odgovora, učestalosti korišćenja psihoaktivnih supstanci „više puta nedjeljno” i „svakodnevno” spojili smo u jednu kategoriju, dok je najbliža kategorija ovoj u istraživanju prof. Vučkovića „svakodnevno”. U izvjesnoj, iako manjoj mjeri ove kategorije iskrivljuju stvarne razlike.

Najzad, kada je riječ o učenicima srednjih škola u istraživanju prof. Vučkovića obuhvaćeni su samo drugi razredi srednjih škola, a mi smo obuhvatili sva četiri razreda srednjih škola. Teško bi bilo povjerovati da učenici drugih razreda mogu predstavljati prosjek za upotrebu psihoaktivnih supstanci za srednje škole, iako su razlike, u skladu sa očekivanjima, među učenicima vojvođanskih i crnogorskih srednjih škola relativno manje nego kada se porede učenici osnovnih škola.

Bez obzira što bi u slučaju adekvatnih uzoraka razlike u pogledu upotrebe psihoaktivnih supstanci između učenika vojvođanskih i crnogorskih osnovnih i srednjih škola bile manje, pada u oči da su učenici crnogorskih osnovnih i srednjih škola u znatno većem procentu iskusili jače droge (heroin, kokain, extasy, lijekove za smirenje i spavanje i dr.). Te razlike su toliko velike da vjerujemo kako bi i uz nivelisanje svih pomenutih karakteristika one u značajnoj mjeri ostale. Valja imati u vidu da su istraživanja u Vojvodini i Crnoj Gori sprovedena u bliskim vremenskim okvirima. Jedina psihoaktivna supstanca gdje je i pri ovim razlikama izražena dominacija vojvođanskih učenika jeste marihuana.

U cjelini posmatrajući, ako se učenici crnogorskih osnovnih i srednjih škola nalaze na donjoj granici prosjeka kada je riječ o upotrebi i zloupotrebi psihoaktivnih supstanci u odnosu na učenike sličnih razreda američkih škola, onda su oni u pogledu raširenosti upotrebe psihoaktivnih supstanci vjerovatno iznad učenika vojvođanskih osnovnih škola, kada je riječ o „teškim” drogama. Ovaj nalaz utoliko više zabrinjava što je istorija upotrebe, zloupotrebe i zavisnosti mladih od psihoaktivnih supstanci u Vojvodini ipak osjetno duža nego u Crnoj Gori.

Kada je riječ o mladima starosti od 19 do 30 godina opšta epidemiološka slika o zloupotrebi i zavisnosti od psihoaktivnih supstanci relativno je povoljnija nego kod mladih uzrasta od 12 do 18 godina, sa izuzetkom zloupotrebe duvana i alkohola i zavisnosti od njih. Iako su u cjelini među mladima starosti od 19 do 30 godina značajno rasprostranjenije upotreba i zloupotreba niza psihoaktivnih supstanci nego među učenicima, ipak je u relativnom pogledu stanje nepovoljnije među učenicima. Na osnovu pojedinih poređenja zapaža se da su, sa izuzetkom pušenja duvana i, naročito pijenja alkoholnih pića, relativne razlike u poređenju sa sličnim uzrastima u drugim sredinama povoljnije za uzorak mladih u Crnoj Gori od 19 do 30 godina, nego kada je riječ o poređenju uzorka crnogorskih sa američkim učenicima. Istini za volju, poređenje uzorka od 19 do 30 godina sa sličnim uzorcima rjeđi su i neadekvatniji, kako sa stanovišta starosti i pola, tako i sa stanovišta vremenskih koordinata u kojima je sprovedeno istraživanje i primijenjenih istraživačkih instrumenata.

Kada je riječ o učenicima, poslije duvana, alkohola i marihuane, na četvrtom mjestu po učestalosti zloupotrebe dolaze inhalansi, a odmah zatim lijekovi za smirenje i spavanje, trodon, a zatim heroin i kokain i drugi psihostimulansi. Očigledno je da je na postojeći poredak u najvećoj mjeri uticala dostupnost i cijena pojedinih psihoaktivnih supstanci, čime se može objasniti i relativno velika zastupljenost lijekova za smirenje i spavanje. Lijekovi za smirenje i spavanje i trodon zauzimaju relativno visoko mjesto, kako u kvantitativnom smislu, tako i u ukupnoj strukturi zloupotrebe i zavisnosti.

Najmarkantniji nalaz cjelokupne epidemiološke studije, koji se potvrdio u analizi svih psihoaktivnih supstanci (osim u jednom beznačajnom segmentu, *jeste da se prva iskustva sa psihoaktivnim supstancama stiču na sve nižim i nižim uzrastima*). Najveće su razlike u pogledu prosječnog vremena kod prvog uzimanja neke psihoaktivne supstance između mladih uzrasta od 19 do 30 godina i mladih uzrasta od 12 do 18 godina. Teško se te razlike mogu objasniti pukim artefaktom starosti jer u slučaju pretežnog broja psihoaktivnih supstanci ogromna većina počinje da ih uzima do 19. godine života. Te prosječne razlike, već zavisno o kojoj psihoaktivnoj supstanci je riječ, iznose i do 7 godina. Učenici osnovnih škola počinju godinu, dvije, pa i tri prosječno kasnije da upotrebljavaju psihoaktivne supstance, opet zavisno od vrste supstance. Dakle, učenici osnovnih škola prosječno najranije prvi put probaju neku psihoaktivnu supstancu, zatim učenici srednjih škola, a znatno prosječno kasnije mladi uzrasta od 19 do 30 godina.

Sa malim izuzecima, učenici značajno ranije stiču prva iskustva sa psihoaktivnim supstancama nego učenice, ali u slučaju važnih droga, kao što su heroin, kokain i trodon, nijesu utvrđene statistički značajne razlike po polu. Još manje su razlike po polu kada je riječ o mladima uzrasta od 19 do 30 godina. U toj starosnoj grupaciji djevojke još manje „zaostaju”

za mladićima. Kao i na uzorku mladih od 12 do 18 godina, nijesu utvrđene značajne polne razlike u pogledu prosječnih godina za sticanje prvog iskustva sa favorizovanim drogama: heroina i kokaina, pa ni extasyja. Sa druge strane, djevojke na ovom uzrastu prva iskustva sa lijekovima za smirenje i spavanje stižu značajno ranije od mladića. Kada je riječ o pušenju duvana i marihuane, mladići značajno ranije stižu prva iskustva, ali ove razlike jedva dostižu stepen statističke značajnosti. Još manje su polne razlike u pogledu učestalosti upotrebe, zloupotrebe i zavisnosti od psihoaktivnih supstanci.

U pogledu učestalosti pušenja nedjelju i dan uoči istraživanja između učenika i učenica nijesu nađene statistički značajne razlike među polovima, niti u pogledu količine popušenih cigareta. Takođe, nijesu nađene razlike između količine popušenih cigareta kod rjeđeg pušenja (nekoliko puta mjesečno) između mladića i djevojaka starih od 19 do 30 godina.

Utvrđene su polne razlike u pogledu učestalosti pušenja marihuane u oba uzorka, ali one jedva dostižu stepen statističke značajnosti „u koristi” muškaraca. Međutim, u pogledu rijetkog (nekoliko puta mjesečno) pušenja marihuane između učenika i učenica nijesu utvrđene statistički značajne razlike.

Kada je riječ o lijekovima za smirenje i spavanje među polovima nijesu utvrđene statistički značajne razlike u pogledu upotrebe, zloupotrebe ili zavisnosti od ovih psihoaktivnih supstanci u oba uzorka mladih.

Heroin značajno češće koriste učenici nego učenice, ali razlike jedva dostižu stepen statističke značajnosti. Među mladima starosti od 19 do 30 godina nijesu utvrđene značajne razlike u pogledu upotrebe, zloupotrebe ili zavisnosti od heroina, po polu.

Zanimljivo je zapaziti da učenice značajno češće koriste agresivnije metode u uzimanju heroina (intravensko davanje) nego učenici.

Kada je riječ o trodonu, nema statistički značajnih razlika između učenika i učenica u pogledu učestalosti upotrebe i zloupotrebe trozona ili zavisnosti od njega, ali djevojke uzrasta od 19 do 30 godina značajno češće zloupotrebljavaju trozon ili su od njega zavisnije nego mladići istog uzrasta.

U pogledu učestalosti upotrebe i zloupotrebe extasyja nema statistički značajnih razlika po polu u oba uzorka. Statistički značajnih razlika u oba uzorka po polu nema ni kada je riječ o kokainu.

U pogledu učestalosti korišćenja inhalansa, razlike na uzorku mladih od 12 do 18 godina nijesu utvrđene, ali na uzorku mladih od 19 do 30 godina značajno ih češće upotrebljavaju mladići, a razlike su umjereno statistički značajne.

Svi ovi podaci nedvosmisleno upućuju na zaključak o postojanju relativno malih razlika među polovima starosti od 12 do 30 godina, kako u pogledu prosječnog vremena kada stižu prvo iskustvo sa psihoaktivnim

supstancama, tako još više u pogledu učestalosti upotrebe i zloupotrebe psihoaktivnih supstanci. Ovo saznanje predstavlja drugi najmarkantniji nalaz ove eidemiološke studije. U kontekstu isticanja derivata patrijarhalne kulture, koji u značajnoj mjeri determiniraju puteve socijalizacije polova u crnogorskom društvu, ovaj nalaz je sasvim neočekivan. Jedina izrazito „muška” psihoaktivna supstanca među mladima Crne Gore od 12 do 30 godina jeste alkohol.

Prema očekivanju, učenici srednjih škola značajno su češće skloni upotrebi, zloupotrebi i zavisnosti od psihoaktivnih supstanci nego učenici osnovnih škola. Jedino nije utvrđena statistički značajna razlika između učenika crnogorskih osnovnih i srednjih škola u broju popušenih cigareta. Razlike su značajne „u korist” srednjoškolaca, iako relativno slabije kada je riječ o manje jakim drogama (marihuani i inhalansima). Međutim, veoma je značajan nalaz da u pogledu upotrebe, zloupotrebe i zavisnosti od najpotentnije i najfavorizovanije droge – heroina, ne postoje statistički značajne razlike između učenika crnogorskih osnovnih i srednjih škola. Saznanje o prosječno ranom početku uzimanja psihoaktivnih supstanci i ranom ulasku u fazu zloupotrebe i zavisnosti od heroina, indirektno upućuje na zaključak da će za nekoliko godina, možda i ranije, naići još ozbiljniji talas adolescentne narkomanije koji će rezultirati još većim porastom incidence i prevalence upotrebe, zloupotrebe i zavisnosti mladih od psihoaktivnih supstanci. Još je važnije da treba očekivati značajan porast zloupotrebe i zavisnosti od heroina čemu će, paradoksalno, u prilog ići i porast životnog standarda mladih.

Procjena učenika o broju drugova i drugarica koji uzimaju psihoaktivne supstance je jednim dijelom u korelaciji sa učestalošću uzimanja psihoaktivnih supstanci od ispitanika, a s druge strane, predstavlja svojevrsni odbrambeni mehanizam po principu: „Ne uzimam ja tu psihoaktivnu supstancu, koliko je uzimaju drugi”. Zapaženo je da sklonost uvećanju broja drugova i drugarica koji uzimaju određenu psihoaktivnu supstancu raste sa učestalošću uzimanja, fazom uzimanja i vrstom psihoaktivne supstance. Ukoliko je riječ o „teškim” drogama, sklonost uvećanju broja drugova i drugarica koji upotrebljavaju određenu psihoaktivnu supstancu biće veći. Ukoliko ispitanik pokazuje određene simptome zavisnosti biće skloniji da „vidi” veći broj drugova i drugarica koji su takođe na putu zavisnosti nego ako pokazuje određene simptome zloupotrebe. Iz svih navedenih razloga, ova procjena o broju drugova i drugarica koji upotrebljavaju i zloupotrebljavaju određenu psihoaktivnu supstancu ili su od nje zavisni, može biti pomoćni indikator za procjenu faze do koje je ispitanik došao.

Stavovi roditelja prema upotrebi psihoaktivnih supstanci od strane njihove djece, prema mišljenju ispitanika u oba uzorka pretežno su negativni. Međutim, uočljive su razlike u stepenu negativne socijalne reakcije u zavisnosti od nekoliko činilaca.

Prvi je društvena prihvaćenost određene psihoaktivne supstance. Psihoaktivne supstance prema kojima egzistira tolerantan društveni stav (duvan i alkohol) izazivale su manju emocionalnu odbojnost i manji negativan stav iako su, generalno uzevši, roditeljski stavovi bili najvećim dijelom negativni.

Vlastiti stav roditelja prema određenoj psihoaktivnoj supstanci takođe je važan moderator pozitivnosti ili negativnosti stava prema uzimanju te supstance od strane djece, pogotovu ako roditelji prema toj supstanci imaju pozitivan, tolerantan stav na osnovu vlastitog iskustva. Tipičan primjer su lijekovi za smirenje i spavanje. Roditelji su skloni da na osnovu vlastitog uvjerenja, kako korišćenje lijekova za smirenje i spavanje ima samo terapijsko-sedativnu, a ne i adiktivnu dimenziju, budu manje oštri i prema svojoj djeci, polazeći od vlastitog iskustva.

Treći činilac je roditeljska procjena opasnosti određene psihoaktivne supstance u smislu stvaranja adicije i njene društvene kontagioznosti. Naime, roditelji bi imali negativniji stav kada bi saznali da njihova djeca uzimaju heroin nego, npr. lijekove za smirenje i spavanje ili inhalanse. Četvrti činilac je starost djece. Roditelji bi na saznanje o upotrebi iste psihoaktivne supstance najnegativniji stav imali prema najmlađima (osnovnoškolcima), dok bi taj stav bio relativno najblaži prema onima od 19 do 30 godina starosti.

Na kraju ovog vrlo iscrpnog epidemiološkog izvještaja i zaključnih razmatranja treba *istaci da je jedno od najbitnijih obilježja epidemiološke slike zloupotrebe psihoaktivnih supstanci u posljednjih deceniju i po ili dvije, njihova multipla upotreba i zloupotreba. Ovoj multiploj upotrebi i zloupotrebi skloniji su mladi uzrasta od 12 do 18 godina nego oni od 19 do 30 iako je sklonost mladih starijeg uzrasta ka kombinovanju psihoaktivnih supstanci iznad očekivanja.*

Učenici crnogorskih osnovnih i srednjih škola pokazuju posebnu sklonost ka sve brojnijim i raznovrsnijim kombinacijama. Naročito je zabrinjavajuće da su u najčešćim i strukturalno najčvršćim kombinacijama najfavorizovanije i najznačajnije droge – heroin i kokain.

Najznačajnija epidemiološka karakteristika multiple upotrebe i zloupotrebe jeste činjenica da se psihostimulansi nalaze u najrazličitijim, a često i u najjačim kombinacijama sa drugim psihoaktivnim supstancama. Ovaj nalaz utvrđen je u oba uzorka mladih. Tako različite i čvrste kombinacije psihostimulansa sa drugim psihoaktivnim supstancama mogu se objasniti izuzetno velikom popularnošću psihostimulativnih supstanci naročito među učenicima. Pored njih, to je svakako heroin. Heroin i extasy među mladima Crne Gore dobijaju i simboličko značenje statusnih droga.

Takođe je zajednička karakteristika multiplih zavisnosti da sa „pravim”, jakim drogama intenzivno kombinuju manje atraktivne psihoaktivne supstance zbog svoje dostupnosti i cijene (lijekovi za smirenje i spava-

nje, trodon) koje najčešće imaju funkciju da umanje nepoželjne psihološke efekte „pravih”, jakih droga. Druge psihoaktivne supstance su uvod u jake droge, a jake droge se uzimaju da bi u određenim aspektima pojačale njihove različite psihološke aspekte. To su: duvan, alkohol, marihuana, inhalansi i dr.).

Rezultati analize multiple upotrebe i zloupotrebe nijesu previše ohrabrujući jer su najjače i najbrojnije kombinacije, utvrđene na uzorku mladih od 12 do 18 godina, one koje se odnose na najpopularnije, ali i na vrlo adiktivne droge – heroin i kokain. Taj nalaz takođe indirektno ide u prilog predviđanju da će sljedeći talas zloupotrebe psihoaktivnih supstanci među mladima od 12 do 18 godina u Crnoj Gori na žalost, vjerovatno biti još brojniji i ozbiljniji nego sadašnji.

Najzad, važno je istaći da je u analizi epidemiološke slike upotrebe, zloupotrebe i zavisnosti mladih Crne Gore bilo analitički opravdano uzorak učenika crnogorskih osnovnih škola, starih od 12 do 18 godina, tretirati odvojeno od uzorka mladih starosti od 19 do 30 godina, bar iz nekoliko razloga.

Prvo, zapažaju se značajne razlike u pogledu raširenosti i upotrebe, zloupotrebe i zavisnosti među dva uzorka mladih. Te razlike su osjetno veće nego sličnosti.

Drugo, još su veće razlike među uzorcima u pogledu prosječnog početka uzimanja svake psihoaktivne supstance.

Treći, svakako najznačajniji razlog sadržan je u činjenici da su uočene i određene razlike u strukturi psihoaktivnih supstanci koje se upotrebljavaju i zloupotrebljavaju, iako te razlike nijesu tako izražene kao prethodne dvije.

Povezano sa trećom grupom činilaca je i četvrta. Naime, mladi od 12 do 18 godina pokazuju izraženije tendencije ka multiploj upotrebi psihoaktivnih supstanci i u kvantitativnom i u kvalitativnom smislu nego uzorak mladih od 19 do 30 godina. U kvantitativnom smislu postojanost kombinacija najčvršća je kada se kombinuju „prave”, jake droge (npr. heroin i kokain) sa ostalima. Zanimljivo je napomenuti da se sa tim najfavorizovanim drogama na razne načine kombinuje najveći broj drugih droga.

Suprotno očekivanju, najveća sličnost između dva uzorka ogledala se u nedostatku polnih razlika u pogledu mjesečne, nedjeljne ili svakodnevne zloupotrebe većine psihoaktivnih supstanci.

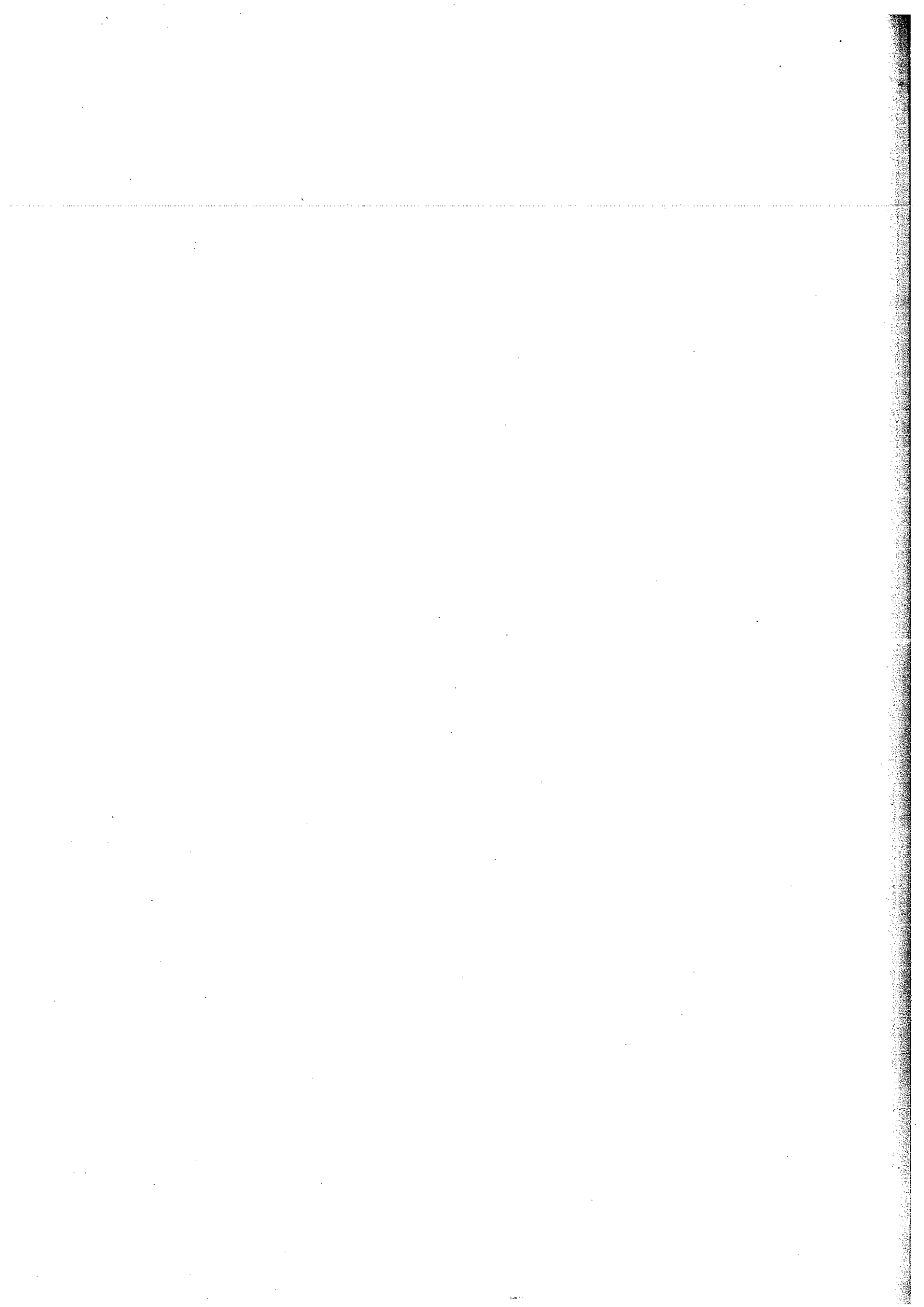
Očigledno da je bilo mnogo više razloga za odvojeno nego zajedničko analitičko tretiranje uzoraka.

LITERATURA

1. Hudolin, V.: *Istina o drogama*. Jugoslovenska medicinska naklada, Zagreb, 1982.
2. Beljajev, I. I.: *Duvan – neprijatelj zdravlja*. „Medicina”, Moskva, 1979.
3. Cekić, J. i sar.: *Pušenje i zdravlje*. Medicinska knjiga, Beograd, – Zagreb, 1979.
4. *High school and youth trends*. No 13565. National Institute on Drug Abuse and National Institute of Health, Rockville, 1999.
5. Đurić, S., Ljumović, M., Manevski, M., Radojević, M. i Radosavljević, M.: *Polivalentna saradnja u prevenciji pušenja*. Knjiga sažetaka radova Drugog jugoslovenskog kongresa o alkoholizmu i drugim ovisnostima, Zagreb, 5, 6. i 7. XII 1982. Izdavač: Jugoslovenski časopis za stručne i društvene probleme klubova liječenih alkoholičara, god. XIX, br. 9–10, Zagreb, 1982, str. 46.
6. Nikolić, D.: *Bolesti zavisnosti. Alkoholizam. Narkomanije. Pušenje*. Socijalna misao, Beograd, 2000.
7. Bjelogrić, M.: *Toksikomanija pušenja kao socijalno–medicinski problem i mjere prevencije*. Zbornik radova sa Drugog jugoslovenskog simpozijuma o prevenciji i liječenju narkomanija. Institut za alkoholizam i narkomanije – Odjeljenje za prevenciju i izdavačku djelatnost, Beograd, 1973.
8. Petrović, R., Vukajlović, S., Kačar, M.: *Adolescenti i politoksikomanija – primjer samoprevencije*. Zbornik sažetaka sa Trećeg jugoslovenskog simpozijuma o bolestima zavisnosti, održanog na Divčibarama, 1998. godine. Zavod za bolesti zavisnosti, Beograd, 1998.
9. Samardžić, J., Leštarević, M., Samardžić, L., Dimitrijević, V., Milenković, T.: *Istraživanje uslova ciljane prevencije zavisnosti srednjoškola*. Zbornik sažetaka sa Trećeg jugoslovenskog simpozijuma o bolestima zavisnosti, sa međunarodnim učešćem: „Bolesti zavisnosti, aktuelni trenutak i perspektive”, održan na Divčibarama, oktobra 1998. godine. Zavod za bolesti zavisnosti, Beograd, 1998, str. 23.
10. Marinković, R., Luković, J., Simović, M.: *Pušenje i mladi*. Zbornik sažetaka sa Trećeg jugoslovenskog simpozijuma o bolestima zavisnosti, sa međunarodnim učešćem: „Bolesti zavisnosti, aktuelni trenutak i perspektive”, održanog na Divčibarama oktobra, 1998. godine. Zavod za bolesti zavisnosti, Beograd, 1998, str. 106.
11. Rot, N.: *Elementi socijalne psihologije*. Zavod za udžbenike i nastavna sredstva SR Srbije, Beograd, 1972.
12. Đukanović, B.: *Alkoholizam*. Naučna knjiga, Beograd, 1988.

13. Dimitrijević, I: Alkoholizam mladih. „Nina-Pres”, Beograd, 1992.
14. Kendal, D. B.: Developmental stages in adolescent drug involvement. In: Littieri, D. J., Sayers, M. and Perason, H. W.: *Theories on drug abuse: Selected contemporary perspectives* (NIDA Research Monographs 30, DHHS) US Government Printing Office, Washington DC, 1980.
15. Inciardi, A. J., Harrison, D. L. (Eds.): *Heroin in the Age of Crack-Cocaine*. Sage Publications. Thousand Oaks, London – New Delhi, 1998.
16. Klingemann, H., Goos, C., Hartnoll, R., Javlenky, A., Rehm, I.: *European summary on drug abuse. First Report (1985–1990)*. WHO, Copenhagen, 1992.
17. Ball, J. C. and Chambers, C. D. (Eds.): *The epidemiology of opiate addiction in the United States*. Charles C. Thomas, Springfield, 1970.
18. Đokić, D., Nenadović, M., Babić, D., Đukić-Dejanović, S., Petrović, D., Jović, A.: *Jugoslovenski narkomani 1987–1995*. Alkoholizam 29 (3–4), 24–41, Zavod za bolesti zavisnosti, Beograd, 1995, str. 23–38.
19. Pelicier, I., Thuillier, G.: *Droga*. Plato, Beograd, 1999.
20. Kandel, D. B.: *Epidemiological and psychosocial perspectives on drug use*. Journal of American Academic Psychiatry, 21 (4), 328–347, 1982.
21. Manojlović, Lj., Dobrijević, R.: *Alkoholizam kod adolescenata*. Jugoslovenski simpozijum o rehabilitaciji zavisnika od droga, održan maja 1996. u Velikoj Plani, Zavod za bolesti zavisnosti, Beograd, 1996. godine, str. 60.
22. Dobrijević Lj., Manojlović, Lj.: *Deca – alkoholičari – stop*. Jugoslovenski simpozijum o rehabilitaciji zavisnika od alkohola i droga, održanog u Velikoj Plani, maja 1996. godine. Zavod za bolesti zavisnosti, Beograd, 1996, str. 59.
23. Gordon, N. P., McAlister, A. L.: Adolescent drinking: Issues and research. In: Coates, T. J., Peterson, A. C., Perry, D. (Eds.) *Promoting adolescent health: A dialog on research and practice*. Academic Pres, New York, 1982.
24. Kilibarda, M., Žižić, V.: *Epidemiologija narkomanija u Jugoslaviji*. Rad je saopšten na Četvrtom internacionalnom simpozijumu o prevenciji i liječenju narkomanija, održanom juna 1973. godine u Beogradu.
25. Bukelić, J.: *Droga, mit ili bolest*. Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd, 1981.
26. Đukanović, B.: *Alkoholizam i porodica*. Privredna štampa, Beograd, 1979.
27. Akers, R. L.: *Drugs, alcohol and society*. Wadsworth, C. A., Belmont, 1992.

**FAKTORI RIZIKA ZA NASTANAK I
RAZVOJ ZLOUPOTREBE I
ZAVISNOSTI OD PSIHOAKTIVNIH
SUPSTANCI KOD MLADIH
CRNE GORE**



FAKTORI RIZIKA ZA NASTANAK I RAZVOJ ZLOUPOTREBE I ZAVISNOSTI MLADIH OD PSIHOAKTIVNIH SUPSTANCI – NEKI TEORIJSKO–METODOLOŠKI PROBLEMI

Došli smo do onog nivoa analize u kome se nužno nameće i potreba za izgradnjom sintetičkog pristupa. Da bismo do njega došli neophodno je sumarno prikazati teorijske osnove na kojima ovo istraživanje počiva. Bez obzira što je riječ o epidemiološkom i eksplorativnom istraživanju, bilo je neophodno jasno istaći teorijske okvire iz kojih je proizišao istraživački dizajn. Po našem uvjerenju, vrijednost svakog istraživanja bitno je umanjena ukoliko između istraživačkih rezultata i teorijskih stavova nije moguće utvrditi korespondentnost, odnosno ukoliko nije moguće pokazati da empirijski podaci potvrđuju (odnosno ne potvrđuju) osnovne teorijske premise, koje su eksplicitno, a nekada i implicitno sadržane u teorijskom nacrtu.

Budući da je riječ o jednom epidemiološkom i eksplorativnom istraživanju nije uspostavljena čvrsta veza između teorijskog polazišta i istraživačkih rezultata ili, još tačnije, između implicitno sadržane teorijsko–hipotetičke osnove i empirijskih podataka. Ova veza može se više indirektno nego direktno sagledati preko toga u kojoj mjeri određeni istraživački rezultati omogućavaju (ili ne omogućavaju) realizaciju postavljenih istraživačkih ciljeva. Bilo bi pogrešno samo epidemiološkim i eksplorativnim karakterom istraživanja objašnjavati ovu relativno labavu vezu između teorijskih premisa i istraživačkih rezultata. Po našem mišljenju, ona je uslovljena i osnovnim epistemološkim obilježjima sistemskog pristupa koji u krajnjem slučaju proističu iz funkcionalističke teorijske paradigme (1, 2, 3).

Ovaj drugi epistemološki aspekt nastojaćemo da osvjetlimo jer je prvi koji se odnosi na epidemiološki i eksplorativni karakter istraživanja po sebi razumljiv.

Ako ne dovodimo u pitanje opšteprihvaćeno saznanje da je funkcionalizam širi od sistemske „teorije”, iako su osnovni metodi objašnjenja slični, ipak valja konstatovati da za razliku od funkcionalizma koji ima sve logičke attribute teorije, to ne možemo kazati za sistemsku „teoriju”. Sistemska „teorija” nema logičke osnove teorije, već predstavlja samo

metodološki princip. Svaku teoriju gradi logički čvrsto povezan pojmovno–hipotetički okvir, izveden iz jednog osnovnog, krucijalnog teorijskog pojma koji se *a priori* prihvata i ne dovodi se u pitanje. Pomoću pojmovno–hipotetičke mreže nastojimo objasniti određeno područje stvarnosti. U sistemskoj teoriji takve mreže i polaznog, osnovnog pojma nema. Dok se svakom teorijom nastoji u krajnjoj instanci objasniti određeno područje društvene, biološke, fizičke ili neke druge stvarnosti, sistemska „teorija” nije izgrađivana ili prilagođena bilo kom posebnom području, ona jednako odgovara svima. Ona je, dakle, „univerzalna”. Mi bismo mogli da kažemo, ona je negacija svake teorije. Jedina „osnova” koja sistemskom pristupu daje teorijski „legitimitet” jeste jednostavna činjenica da sistem kao takav u empirijskom i metafizičkom smislu postoji. Po našem mišljenju, to nije dovoljno da bi sistemski pristup dobio, status naučne teorije, upravo iz ranije navedenih razloga.

Ako iz razloga prihvaćenih naučnih konvencija sistemski pristup nazovemo sistemskom „teorijom”, iako se može govoriti samo o metodološkom principu, postavlja se pitanje: zašto smo se onda uopšte opredijelili za sistemsku „teoriju”, ako već ima niz teorija koje po bitnim logičkim kriterijumima imaju status naučne teorije, kao što su, npr. teorija socijalnih devijacija Edwina Lemerta (4) ili teorija socijalnih problema Mertona i Nisbeta (5) ili, možda, neka od starijih teorija kao što je Frojdova i sl.

1. Polazeći od prve dvije navedene teorije (4, 5) teško je uspostaviti operacionalizaciju pojmova koja bi, istovremeno, odgovarala eksplorativnoj prirodi istraživanja.

2. Još značajniji razlozi proističu iz nekih, po našem mišljenju, epistemoloških prednosti sistemskog pristupa u ovom istraživanju nad ostalim teorijskim pristupima.

Ideal naučnog objašnjenja je kauzalno objašnjenje i ono se nalazi u osnovi niza naučnih teorija. Objašnjenje inspirisano sistemskim kao, uostalom, i funkcionalnim pristupom, drugačije je prirode i njime se umjesto uzročno–posljedičnih, nastoje objasniti funkcionalne veze, međuzavisnosti između pojava. U okviru klasične uzročne analize, određenoj uzročno–posljedičnoj vezi ili konstelaciji uzročnih faktora pridaje se veći, a drugoj manji značaj. U sistemskom pristupu to skoro nije moguće, jer stepen funkcionalne povezanosti (međuzavisnosti) pojava ne implicira uzročno–posljedične odnose, jer su sistemska i funkcionalna analiza suštinski neuzročne.

Zašto su postavke funkcionalne analize mnogo prihvatljivije u našem istraživanju

3. Nećemo ulaziti u one brojne, višedecenijske teorijske rasprave da je zbog složenosti determinizma u sociološkim i psihosocijalnim istraživanjima izuzetno teško, ako ne i nemoguće utvrditi uzročno–posljedične odnose među socijalnim i psihološkim fenomenima iz velikog broja raz-

loga, koje ovdje ne možemo diskutovati. Ako tome dodamo da je istraživanje eksplorativno i da je eksploraciji podvrgnut veliki broj psihosocijalnih, socioloških, sociokulturnih i demografskih varijabli, dakle varijabli koje pripadaju sličnim, a donekle i različitim determinističkim sistemima i odnosima, pri čemu je istraživanje sprovedeno samo u jednom navratu i to jednom u osnovi ekstenzivnom istraživačkom metodom, gotovo je nemoguće iole egzaktnije odgovoriti na veoma rigorozne zahtjeve utvrđivanja uzročno-posljedičnih veza. Mi smo se zato odlučili da ispitamo važnije funkcionalne veze između istraživanih pojava, kojima je sistemski pristup sasvim prilagođen.

4. Iako ga pominjemo na četvrtom mjestu, ovaj razlog je u našem opredjeljenju za sistemski pristup trebalo da dođe na prvo mjesto. Naime, sistemski pristup nam omogućava najpotpuniju i najbolju integraciju različitih istraživačkih aspekata. Budući da je, osim epidemioloških aspekata o kojima je detaljno bilo riječi u prvom dijelu ove studije, najširi objedinjavajući cilj ove studije je istraživanje faktora rizika za nastanak i razvoj upotrebe, zloupotrebe i zavisnosti mladih od psihoaktivnih supstanci. Mišljenja smo da nam sistemski pristup za to pruža najoptimalnije mogućnosti. U okviru ovog pristupa obuhvatili smo tri grupe faktora rizika (psihološke, psihosociološke (bihevioralne) i sociološko-demografske). Najzad, ovaj nam pristup omogućava da izvršimo optimalnu integraciju u okviru sve tri grupe faktora rizika.

5. Ako su prethodni razlozi za izbor sistemskog pristupa bili rukovođeni težnjom da se teorijski pristup što više prilagodi ograničenjima našeg epidemiološkog i eksplorativnog istraživanja u cilju optimalnog saznanog povezivanja teorijskog i empirijskog nivoa analize, onda je ovaj peti razlog uslovljen prednostima koje sistemski pristup pruža primarnoj prevenciji i terapiji. Aplikaciju sistemskog pristupa u terapiji bolesti zavisnosti izvanredno je u svojim radovima elaborirao prim. dr sci Branko Gačić, te su za istraživače ovog problema njegovi radovi nezaobilazna literatura (6, 7, 8).

Savremeni koncepti prevencije i terapije zloupotrebe i zavisnosti mladih od psihoaktivnih supstanci suštinski su jedinstveni i neodvojivi. Ta jedinstvenost i neodvojivost prevencije i terapije inspirisane su sistemskim pristupom koji leži u osnovi brojnih terapijskih (6, 7) i preventivnih metoda i tehnika. U savremenim preventivno-terapijskim programima, takođe se polazi od multikauzalne uslovljenosti zloupotrebe i zavisnosti mladih od psihoaktivnih supstanci, pri čemu se nijednoj grupi od mogućih uzročnih faktora a priori ne daje primat. Orijentacija na istraživanje funkcionalnih međuzavisnosti između različitih faktora ili grupa faktora rizika proističe iz sistemskog pristupa i suprotna je od nastojanja za utvrđivanjem pojedinačnih uzročno-posljedičnih veza. Dakle, ovako koncipirane preventivno-terapijske strategije, koje impliciraju sistemski pristup, takođe su nas opredijelile za izbor sistemskog pristupa. Sistemski pristup

češće implicitno nego eksplicitno čini sistemsku osnovu brojnih savremenih preventivnih i terapijskih metoda, vezanih za zloupotrebu i zavisnost mladih od psihoaktivnih supstanci.

Polazeći od sistemskog pristupa kao najšire teorijske osnove, mi smo se poslije epidemiološkog prikaza u prvom dijelu ove studije opredjelili za istraživanje faktora rizika koje smo uslovno svrstali u tri grupe: psihološki, psihosocijalni (bihevioralni) i sociološko-demografski. Sam pojam „faktor rizika” nužno ne implicira uzorčno-posljedične, već funkcionalne i strukturalne veze. Naime, pojedini činilac postaje faktor rizika ne po sebi, već u međuzavisnosti sa drugima. Time smo ponovo na terenu sistemskog pristupa, tako da se ovaj pojam korijeni u sistemskoj ili, u krajnjem slučaju, u funkcionalnoj i strukturalnoj analizi.

Dosada analizirani epistemološki problemi za potpuniju elaboraciju zahtijevaju mnogo veći prostor, ali smo za potrebe ove studije samo ukazali na neke osnovne teorijsko-metodološke dileme i osnovne razloge opredjeljenja za sistemsku „teoriju”, ne ulazeći u širu elaboraciju koja bi zahtijevala veliki prostor, a koji nam obim ove monografije ne dozvoljava.

PSIHOLOŠKI FAKTORI RIZIKA ZLOUPOTREBE I ZAVISNOSTI MLADIH OD PSIHOAKTIVNIH SUPSTANCI

Jasmina Knežević-Tasić

U ovom istraživanju individualni faktori rizika definisani su u jednom dosad širokom značenju. Oni obuhvataju poremećaje ličnosti mjerenje Ajnzekovim EPQ inventarom ličnosti, istraživanje stepena asertivnosti i samopouzdanja, mjerenih odgovarajućim skalama, pa sve do kognitivnih činilaca, vezanih za stavove mladih prema upotrebi psihoaktivnih supstanci, od kojih neki uključuju samo kognitivnu dimenziju, a neki i ostale dvije (vidjeti odgovarajuće djelove u upitnicima za mlade od 12 do 18 i od 19 do 30 godina, na kraju studije).

U izlaganju psiholoških faktora rizika mi ćemo ići drugačijim redoslijedom. Najprije ćemo izložiti skale znanja o pušenju, pijenju i marihuani, a zatim i skale stavova koje pored kognitivne uključuju i druge dimenzije stavova prema upotrebi, zloupotrebi i zavisnosti od psihoaktivnih supstanci, kao što su emocionalna i konativna.

Skale znanja o pijenju i pušenju sadržane su u oba uzorka (III dio u upitniku za mlade od 12 do 18 godina, a IV dio u upitniku za mlade od 19 do 30 godina, prilog na kraju rada).

Skalu stavova prema pijenju i pušenju primijenili smo samo na uzorak mladih od 12 do 18 godina, jer nam izgleda anahronična za uzrast od 19 do 30 godina. Iz istih razloga, samo za uzorak mlađih, primijenjene su skale znanja i stavova o marihuani.

Sve navedene skale nijesu konstruisali istraživači, već su preuzete iz programa NIDA (Botwin et al. Life skills training, DA 0-2835, NIDA, 1984).

Skale znanja o duvanu, alkoholu i marihuani

Kao izolovan, kognitivni faktor nije presudan činilac da li će mladi zloupotrebljavati drogu ili će od nje biti zavisni, ali može biti značajan i kao samostalan da li će mladi uopšte probati drogu. Svakako je važno da mladi imaju potpune i tačne informacije o zloupotrebi i zavisnosti od droga, ali su takođe važni i izvori informacija. Opisujući profil jugoslovenskog dispanzerskog narkomana, prof. Bukelić ističe da je 60% ispitanika jednog uzorka dispanzerski liječenih narkomana prve informacije o drogama dobilo od narkomana, 22% od prijatelja, a preko sredstava masovnih informisanja u 8%, te od nastavnika u 4% slučajeva (8).

U jednoj našoj studiji na uzorku od 956 učenika beogradskih osnovnih škola i uzorku od 974 učenika beogradskih srednjih škola dobili smo

drugačije rezultate, jer su preko štampe ili iz sredstava mas-medija prva saznanja o drogama dobili 38,6% ispitanika, 29,5% od drugova i drugarica koji nijesu koristili psihoaktivne supstance, 18,6% od roditelja, 6,5% od nastavnika i 6,8% od drugova i drugarica koji su drogu koristili (9). Poređenjem ova dva uzorka, na kojima je, doduše, istraživanje sprovedeno u vrlo različitim vremenskim periodima, zapaža se da je inače selekcionirani uzorak narkomana prva saznanja o drogama stekao od opet vrlo selekcionirane, pretežno narkomanske grupe. S druge strane, uzorak učenika beogradskih osnovnih škola imao je mnogo raznovrsnije i adekvatnije izvore informisanja nego uzorak dispanzerski liječenih narkomana. U našem uzorku ipak je dosta ograničen broj onih koji ispoljavaju simptome zloupotrebe i zavisnosti.

Svakako se izvoru informisanja mladih o psihoaktivnim supstancama od drugova i drugarica, koji upotrebljavaju drogu ne može pridati značaj presudnog činioca za nastanak i razvoj zloupotrebe, ali ga sasvim ne treba ni potcijeniti. Komentarišući ovako selektivan i neadekvatan izvor informisanja kod dispanzerski liječenih narkomana, Bukelić s pravom kaže: „Ne samo ovako visok procenat prijema informacija od narkomana, koje su na određeni način servirane da izazovu radoznalost već i mogućnost indukcije od narkomana koji su potencijalni patološki induktori (makar i zbog činjenice što mogu služiti kao identifikacioni i imitacioni modeli) ukazuju na fokuse u polju preventivnog djelovanja (8, str. 128).

Na osnovu istraživanja, obavljenog 1975. godine na reprezentativnom jugoslovenskom uzorku 2107 mladih ispitanika, utvrđeno je da su mladi u to vrijeme u najvećem procentu prva saznanja o drogama stekli iz štampe (31,8%), preko radija i TV (15,7%), od prijatelja (16,5) roditelja (9,7%), putem filma (7,1%) od narkomana (1,4%), dok je bilo 17,8% drugih različitih kombinacija (10, str. 59).

Mas-mediji bili su u skoro polovini slučajeva izvor pravog informisanja, a ako bismo tim izvorima uslovno dodali i film, onda bi to bilo u preko 50% slučajeva (10, dok su ostali izvori informisanja adekvatniji nego u već pomenutom uzorku jugoslovenskih dispanzerski liječenih narkomana.

U ovom značajnom sociološkom istraživanju više od polovine ispitanika sredinom 70-ih godina nije čulo niti za jednu drogu, dok je nešto više od 1/3 samo znalo da se hašiš i marihuana uzimaju u njihovom mjestu (10, str. 63). Istovremeno, na pitanje o djejtvu droge 35,7% ispitanika izjavilo je da droga djeluje izvanredno neprijatno, 25,5% neprijatno, ali je i 21,9% kazalo da droga djeluje prijatno, čak 13,2% izvanredno prijatno (10, str. 62).

U našem istraživanju utvrđeno je da pozitivnost stava prema efektima psihoaktivnih supstanci raste sa fazom adikcije. Najpozitivnije stavove imali su oni koji su zavisni od jedne ili više psihoaktivnih supstanci. Pri tome je važno napomenuti da su zavisnici iskazivali ne samo pozitiv-

ne stavove prema psihoaktivnim supstancama najvišeg intenziteta, nego su im pridavali i najveći broj pozitivnih atributa, vezanih za upotrebu ove ili one psihoaktivne supstance. Intenzitet pozitivnosti stava i broj pozitivnih atributa koje su mladi pridavali određeno psihoaktivnoj supstanci rastao je i sa zavisnošću od više psihoaktivnih supstanci istovremeno (9).

Veoma je važno ne samo da li mladi dobijaju informacije o psihoaktivnim supstancama nego i ko i kako prenosi te informacije (11, str. 269–282). Pokazalo se da su programi prevencije, zasnovani na isticanju negativnih, zastrašujućih informacija o psihoaktivnim supstancama, češće doprinosili širenju nego suzbijanju zloupotrebe psihoaktivnih supstanci među mladima (30, 13, 14).

Struktura učesnika u prvom informisanju značajno se mijenja i prema starosti mladih. Prema jednom neobjavljenom epidemiološkom istraživanju o upotrebi, zloupotrebi i zavisnosti od psihoaktivnih supstanci u Vojvodini, koje je sproveo prof. dr Nikola Vučković sa saradnicima (12) učenici petih razreda osnovnih škola su u 9% slučajeva izjavili da su najbolje informacije dobili od drugova, u 32% slučajeva od roditelja, u 19,9% gledanjem i slušanjem televizije, u 28,9% od profesora u školi i 9,6% otpada na rezidualne odgovore. Istovremeno, učenici drugih razreda srednjih škola su u 33% slučajeva istakli da su im informatori bili drugovi (vjerovatno jedan broj od njih uzimao je psihoaktivne supstance), u 27,5% dobijali su ih od roditelja, u 8,4% preko TV, 19,0% od profesora a 11% su rezidualni odgovori. Studenti su u 22,5% slučajeva informacije dobijali od drugova, u 4,9% od roditelja, u 46,8% gledanjem i slušanjem televizije, u 6,9% dobili su ih od profesora, dok je 15,3% bilo rezidualnih odgovora. Dakle, sa starošću opada uloga školskih i roditeljskih autoriteta kao informatora, a raste mas-medija i drugova.

Naši ispitanici su pokazali osrednje poznavanje djejtva alkohola i duvana na zdravlje i ponašanje u društvenoj zajednici i osrednje poznavanje epidemioloških aspekata zloupotrebe ovih psihoaktivnih supstanci i zavisnosti od njih (tabela br. 33). Iz tabele 33. vidi se da je od 11 do 15 tačnih odgovora od mogućih 20 imalo 67% ispitanika. Na osnovu mjera centralne tendencije i drugih statistika, kao i na osnovu rasporeda frekvencija u tabeli 33. vidi se da je distribucija pomjerena prema većim frekvencijama i da je negativno asimetrična ($Skjunes = -1,185$), kao i da je zašiljena ($Kurtozis=2,343$). Aritmetička sredina iznosi 12,51. Dakle, uočljiva je tendencija da se ispitanici mlađeg uzrasta grupišu iznad idealnog prosjeka od 10 tačnih odgovora (tabela br. 33).

Tabela 33. – Distribucija ukupnog skora znanja o pušenju duvana i pijenju alkoholnih pića za mlade od 12 do 18 godina

Broj tačnih odgovora	Broj ispitanika	Procenat	Kumulativni procenat
0	8	0,6	0,6
1	2	0,2	0,8
2	4	0,3	1,1
3	6	0,5	1,6
4	5	0,4	2,0
5	12	1,0	3,0
6	17	1,4	4,3
7	22	1,8	6,1
8	32	2,6	8,7
9	51	4,1	12,8
10	87	7,0	19,7
11	125	10,0	29,8
12	158	12,7	42,5
13	216	17,3	59,8
14	185	14,8	74,6
15	153	12,3	86,9
16	105	8,4	95,3
17	51	4,1	99,4
18	7	0,6	100,0
Ukupno	1246	100,0	100,0

Aritm. sredina	12,51
Standardna greška aritmetičke sredine	8,43E-0
Medijana	13,00
Standardna devijacija	2,97
Varijansa	8,84
Skjunes	-1,185
Standardna greška za Skjunes	0,069
Kurtozis	2,343
Standardna greška za Kurtozis	0,139

Budući da je riječ o relativno elementarnim pitanjima, čini se da ovaj prosjek nije naročito ohrabrujući, iako nije ni beznačajan. U svakom slučaju, opšti nivo znanja učenika crnogorskih osnovnih i srednjih škola o osnovnim djeystvima pušenja duvana i pijenja alkoholnih pića na ljudsko zdravlje i čovjekovo socijalno ponašanje bilo bi poželjno podići na nešto veći nivo, uključivanjem u edukaciju i nešto kompetentnijih izvora nego

što su drugovi i roditeljski autoriteti. U školi bi to trebalo uraditi u okviru nastave biologije. Najznačajniji izvor informacija trebale bi biti profesionalno dobro pripremljene obrazovne radio i televizijske emisije, koje bi u tačno određenim vremenskim razmacima predstavljale dio stalne programske šeme. U ranijoj diskusiji mogli smo vidjeti kako nedovoljna informisanost u konstelaciji sa drugim činiocima može predstavljati dopunski, provokativni, precipitirajući činilac za početak uzimanja psihoaktivnih supstanci.

Sticanje adekvatnih, jasnih i konciznih informacija o štetnom djelovanju pušenja duvana i pijenja alkoholnih pića na ljudski organizam i čovjekovo ponašanje u socijalnom okruženju važno je i zato što ove psihoaktivne supstance mogu predstavljati uvod u upotrebu jakih droga, baš kao i marihuana. Zato rano sticanje adekvatnih i potpunih informacija o ovim psihoaktivnim supstancama, kao i o marihuani, ima posebno važne primarno-preventivne funkcije.

Zanimljivo je kako su učenici vojvođanskih osnovnih i srednjih škola (12) odgovarali na pitanje o tome da li su dovoljno informisani o drogama i narkomaniji. Tako su 28,9% učenika petih razreda istakli da nijesu dovoljno informisani o drogama i narkomaniji, dok je to izjavilo 22,3% učenika drugih razreda srednjih škola i 16% studenata. Još je zanimljivije da je 19,6% učenika petih razreda osnovnih škola izjavilo da o narkomaniji više znaju od svojih roditelja, 58% učenika drugih razreda srednjih škola i 69,8% studenata (12).

Svi dosada izneseni podaci potkrepljuju naše ranije tvrdnje da su mladi u Jugoslaviji još uvijek nedovoljno edukovani, pogotovu oni na nižim uzrastima i da mladi na najnižim uzrastima često dobijaju informacije od roditeljskih autoriteta za koje vjeruju da imaju potpune i tačne informacije.

Budući da je jedan od osnovnih ciljeva istraživanja bio da ispitamo povezanost određenih individualnih činilaca za koje smatramo da predstavljaju faktore rizika mi smo ukupni skor znanja mladih o pušenju duvana i pijenju alkoholnih pića korelirali sa opštim faktorskim skorom zloupotrebe i zavisnosti mladih od psihoaktivnih supstanci. Koristili smo Pirsonov koeficijent korelacije i utvrđena je vrlo blaga pozitivna korelacija (0,137), ali na visokom stepenu značajnosti ($p=0,000$). Ovo ukazuje da znanje o pušenju duvana i pijenju alkoholnih pića kao izolovana varijabla nije previše značajan faktor rizika za razvoj zloupotrebe ovih psihoaktivnih supstanci, niti zavisnosti od njih. Međutim, ne treba ga ni potcijeniti jer je ipak utvrđena izvjesna, makar i blaga pozitivna korelacija. Moguće konstelacije u kojima bi kognitivni elemenat vjerovatno dobio veću specifičnu težinu, kao faktor rizika, nijesmo ispitivali, jer bi to znatno premašilo i inače veliki obim ove monografske studije, ali je svakako interesantno istražiti i taj aspekt u nekim ciljanim produbljenijim istraživanjima ovog problema.

Predmet našeg interesovanja bila je i struktura znanja mladih od 12 do 18 godina, pa smo skalu znanja o pušenju duvana i pijenju alkoholnih pića podvrgli faktorskoj analizi.

Tabela 34. – Osnovni statistici faktorske analize skale znanja mladih od 12 do 18 godina o pušenju duvana i pijenju alkoholnih pića

Kaiser –Meyer–Olkin Measure of Sampling Adequacy	0,691
Bartlett's Test of Sphericity Approx. Chi-Square	1295,182
Df.	190
Sig.	0,000

Factor	Total	Initial Eigenvalues % of		Extraction Sums of Squared Loadings % of		
		Variance	Cumulative	Total	Variance	Cumulative
1.	2,608	13,039	13,039	1,242	6,209	6,209
2.	1,776	8,879	21,918	0,449	2,245	8,453
3.	1,537	7,684	29,601	0,279	1,395	9,849
4.	1,272	6,359	35,960	0,154	0,771	10,620
5.	1,132	5,659	41,619	5,846E-02	0,292	10,912

Kao značajna opterećenja u matrici faktorskog modela označili smo ona iznad 0,400. Iz tabele br. 35 vidi se da je od 20 faktora koji su se izdvojili prikazano samo pet, a od tih pet opterećenja iznad 0,400 ima samo prvi faktor. Osim što je neinterpretabilna ova vrlo razučena faktorska struktura (mi smo prikazali samo pet faktora) ona je i „nečista”, jer isti ajtemi često upadaju na dva ili tri faktora. Osim što su slabo saturirani i „nečisti” faktori su i neinterpretabilni. Prvi faktor objašnjava svega 13,039 ukupne varijanse a svih pet prikazanih faktora tek 41,619% ukupne varijanse.

Na prvom, jedino interpretabilnom faktoru izdvojile su se tvrdnje peta i osma, u kojima se govori o štetnim dejstvima ugljenmonoksida u krvi. Ovaj faktor uslovno bismo mogli nazvati *faktorom štetnog dejstva ugljenmonoksida u krvi, kao najznačajnije negativne posljedice pušenja duvana*. Ostale faktore zbog niskih saturacija nijesmo interpretirali.

Tabela 35. – Matrica faktorskog modela skale znanja o pušenju duvana i pijenju alkoholnih pića za mlade uzrasta od 12 do 18 godina

Tvrdnje		F a k t o r i				
		I	II	III	IV	V
5.	Dim cigrete sadrži otrovni gas ugljen-monoksid.	0,473				
8.	Jedna popušena cigareta, u roku od nekoliko minuta, može dovesti do podizanja ugljen-monoksida u krvi.	0,443				
9.	Redovni pušači imaju viši nivo ugljen-monoksida u krvi.	0,405				
6.	Pušenje usporava rad srca	0,384				- 0,110
10.	Čim popušiš cigaretu smanjuje se spretnost i čvrstina tvojih ruku.	0,176	-0,118		0,131	
3.	Sada puši manje ljudi nego prije pet godina.		-0,307			
4.	Pušenje postaje sve manje društveno prihvatljivo.		-0,265			
1.	Većina mladih mog uzrasta puši.		0,254			
2.	U našoj zemlji, manje od polovine odraslih puši.		-0,153			
18.	Alkohol pomaže da se bolje spava i više odmori tokom noći.			0,280		
7.	Pušenje opušta i smiruje.	0,122	0,272			
12.	Ljudi pod djelovanjem alkohola živnu i osokole se.	0,136	0,264			
20.	Osobe koje popiju istu količinu alkohola osjećaće se i ponašati isto.	-0,135	0,171			
16.	Alkohol je uzrok najvećeg broja tragičnih saobraćajnih nesreća.				0,364	
11.	Ako miješaš pića prije ćeš se opiti nego ako piješ samo jedno.				0,291	
17.	Kada prođe djelovanje alkohola bićeš nervozniji (ja) nego prije pijenja.				0,270	
19.	Većina odraslih svakodnevno pije alkoholna pića.				0,255	
15.	Ako trudnica pije, to će se negativno odraziti na zdravlje njene bebe.				0,209	
14.	Alkohol je najšire zlorabljavana droga.				0,185	0,102
13.	Pivo i vino sadrže isti procenat alkohola.					0,145

Matrica interkorelacija među faktorima (tab. br. 36) ukazuje da su korelacije među faktorima slabe, izuzev između prvog i četvrtog (0,599). Četvrti faktor, na kome se izdvojio veliki broj ajtema sa saturacijama ispod 0,400, zbog čega ga nijesmo interpretirali, govori o različitim štetnim posljedicama alkohola na zdravlje i socijalno ponašanje ličnosti i u tom smislu je interpretabilan. Ovako visoka korelacija između faktora u kojem se opisuju štetne posljedice pušenja duvana i faktora u kome se opisuju štetne posljedice pijenja alkoholnih pića govori u prilog pretpostavci da pušenje duvana i pijenje alkoholnih pića, bar u kognitivnoj slici ispitanika, predstavljaju slične fenomene i da skoro mogu imati jedinstveni predmet mjerenja. Međutim, u cjelini je znanje mladih o pušenju duvana i pijenju alkoholnih pića u strukturalnom smislu vrlo slabo povezano, što takođe aktuelizuje neophodnost sistematičnije i adekvatnije edukacije učenika crnogorskih osnovnih i srednjih škola o ovim psihoaktivnim supstancama.

Tabela 36. – Matrica interkorelacija među faktorima skale znanja o štetnim djelstvima pušenja duvana i pijenja alkoholnih pića za mlade od 12 do 18 godina

Faktor	F a k t o r				
	I	II	III	IV	V
I	1,000	-0,241	-4,705E-02	0,599	8,224E-02
II	-0,241	1,000	5,617E-02	6,488E-02	-0,393
III	-4,705E-02	5,617E-02	1,000	3,964E-02	0,171
IV	0,599	6,488E-02	3,964E-02	1,000	3,690E-02
V	8,224E-02	-0,393	0,171	3,690E-02	1,000

Kada je riječ o mladima uzrasta od 19 do 30 godina, zanimljivo je zapaziti da je distribucija ukupnog skora znanja slična onoj za uzorak mladih od 12 do 18 godina (tabela br. 37). Kao i kod prethodne distribucije, i u ovoj su veće frekvencije pomjerene prema većem broju tačnih odgovora. Distribucija je negativno asimetrična (Skjunes = 1,5) i vrlo zašiljena (Kurtozis = 4,223). Aritmetička sredina je 12,36, dakle vrlo slična onoj za uzorak mladih od 12 do 18 godina koja iznosi 12,51. Suprotno očekivanjima mladi starijeg uzrasta nijesu u prosjeku bolje informisani o djelstvima duvana i alkohola na čovjekovo zdravlje i ponašanje u socijalnom okruženju, iako bi, imajući u vidu njihove godine, to prirodno trebalo očekivati. Da li to možda znači da nove generacije stiču potpunija znanja o psihoaktivnim supstancama. Da li u tom slučaju informisanost mladih uzrasta od 12 do 18 godina treba vrednovati pozitivnije nego što smo to učinili, teško je reći. Istraživanje prof. Vučkovića i saradnika ne potkrepljuje tu pretpostavku o relativno boljoj informisanosti mladih. Doduše, podaci koje nam ovo istraživanje pruža omogućavaju samo indirektni odgovor na ovu dilemu. Naime, postavljeno je pitanje: „Da li o narkomaniji više znaš od tvojih roditelja”. Učenici petih razreda u 19,6% slučajeva

va saopštili su da znaju više, u 7,6% bili su neodlučni, a u 72,8% da znaju manje. Učenici drugih razreda srednjih škola su u 58% slučajeva saopštili da znaju više, u 6,8% bili su neodlučni, a u 34,3% da znaju manje (12). Najzad, studenti su u 69,8% slučajeva saopštili da znaju više, u 20,2% bili su neodlučni, a samo u 9% da znaju manje. Iako indirektno, ovi podaci rečito govore da saznanje pozitivno korelira sa uzrastom, dok prosječni skorovi za dva uzorka naših ispitanika na direktnu provjeru znanja to ne potvrđuju. Očigledno, neophodna su sistematičnija istraživanja ovog problema na novim, nezavisnim uzorcima.

Tabela 37. – Distribucija ukupnog skora znanja o pušenju duvana i pijenju alkoholnih pića za mlade od 19 do 30 godina

Broj tačnih odgovora	Broj ispitanika	Procenat	Kumulativni procenat
0	8	1,4	1,4
2	1	0,2	1,6
3	1	0,2	1,8
4	1	0,2	1,9
5	3	0,5	2,5
6	3	0,5	3,0
7	8	1,4	4,4
8	23	4,0	8,4
9	20	3,5	11,9
10	39	6,8	18,7
11	62	10,9	29,6
12	98	17,2	46,8
13	92	16,1	62,9
14	96	16,8	79,7
15	64	11,2	90,9
16	41	7,2	98,1
17	9	1,6	99,6
18	2	0,4	100,0
Ukupno	571	100,0	100,0

Aritmetička sredina	12,36
Standardna greška za aritmetičku sredinu	0,12
Medijana	13,00
Mod	12,00
Standardna devijacija	2,83
Varijansa	7,98
Skjunes	-1,50
Standardna greška za Skjunes	0,102
Kurtozis	4,223
Standardna greška za Kurtozis	0,204

Između faktorskog skora za zloupotrebu i zavisnost od psihoaktivnih supstanci mladih od 19 do 30 godina i njihovog ukupnog skora znanja utvrđena je nešto viša Pirsonova korelacija (0,163), ipak neznatno viša od one na uzorku mladih od 12 do 18 godina, sa visokom značajnošću (0,000). Znanje o štetnim posljedicama pušenja duvana i pijenja alkoholnih pića po čovjekovo zdravlje a i ponašanje u socijalnom okruženju nije važniji faktor rizika, iako se može pretpostaviti da je relativni značaj poznavanja ovih štetnih posljedica veći na uzorku mladih od 19 do 30 nego od 12 do 18 godina.

Korišćenje marihuane smatra se prekretnicom u prelasku na jake droge. Da li slabije znanje o štetnim posljedicama marihuane po zdravlje i ponašanje mladih ima veći značaj kao faktor rizika nego u slučaju pušenja duvana i pijenja alkoholnih pića? Da bismo odgovorili na to pitanje najprije je neophodno analizirati distribuciju opšteg skora znanja za marihuanu (tabela br. 38).

Tabela 38. – Distribucija opšteg skora znanja o pušenju marihuane za mlade od 12 do 18 godina

Broj tačnih odgovora	Broj ispitanika	Procenat	Kumulativni procenat
0	22	1,8	1,8
1	22	1,8	3,5
2	40	3,2	6,7
3	101	8,1	14,8
4	194	15,6	30,4
5	269	21,6	52,0
6	256	20,5	72,6
7	199	16,0	88,5
8	97	7,8	96,3
9	43	3,5	99,8
10	3	0,2	100,0
Ukupno	1246	100,0	100,0

Aritmetička sredina	5,34
Standardna greška za aritmetičku sredinu	5,33E-0
Medijana	5,00
Mod	5
Standardna devijacija	1,88
Varijansa	3,54
Skjunes	-0,377
Standardna greška za Skjunes	0,069
Kurtozis	0,201
Standardna greška za Kurtozis	0,139

Distribucija skora kreće se od 1 do 10 jer su sklorovani samo tačni odgovori (tabela 35). Na 10 tvrdnji odgovori su dati u binarnoj formi (tačno – netačno), vidjeti prilog od VIII-1 do VIII-11, Upitnika za mlade od 12 do 18 godina. U ovoj skali znanja o pušenju marihuane, pored osnovnih epidemioloških znanja o raširenosti marihuane među mladima, traže se informacije o djeйстви marihuane na osnovne organske sisteme.

Iz tabele 35. vidi se da ispitanici pokazuju prosječna znanja. Pojam prosječnog ovdje se skoro poklapa sa statističkim značenjem tog pojma jer se aritmetička sredina približava idealnom prosjeku (5,34). Od četiri do šest tačnih odgovora ima čak 57,7% ispitanika. Distribucija je blago asimetrična (Skjunes = - 0,378) i vrlo blago zašiljena (Kurtozis = 0,201). Distribucija se gotovo približava normalnoj razdiobi. Dakle, učenici crnogorskih osnovnih i srednjih škola imaju prosječna znanja o pušenju marihuane. S obzirom na njihov uzrast i činjenicu da marihuana nije ni izdaleka društveno prihvaćena droga kao što su duvan i alkohol, ovaj rezultat i nije tako nepovoljan.

Kada je riječ o korelaciji između opšteg faktorskog skora za zloupotrebu i zavisnost od psihoaktivnih supstanci mladih od 12 do 18 godina i opšteg skora znanja o pušenju marihuane za isti uzrast utvrđena je slaba Pirsonova pozitivna korelacija (0,084), koja je i na ivici statističke značajnosti ($p = 0,03$). Očigledno da u slučaju pušenja marihuane kognitivni aspekt nije značajan faktor rizika. Da li je to u konstelacijama sa drugim činiocima nijesmo posebno istraživali.

Skale stavova mladih prema pušenju duvana i pijenju alkoholnih pića

Stavovi su složene mentalne kategorije usmjerene prema nekom objektu, ličnosti, pojavi i sl. Sastoje se od kognitivne (racionalne) emocionalne i konativne (voljne) dimenzije. Zavisno od vrste stava ove dimenzije nalaze se u stavu različito zastupljene. Predrasude su prvenstveno emocijama snažno nabijeni stavovi. Ako je, na primjer, riječ o nacionalnim predrasudama, onda se takvi stavovi karakterišu izrazito negativno nabijenim emocijama prema nekom narodu, naciji ili etničkoj grupi, koje su, istovremeno, vrlo mobilizirajuće. Nosioci jakih nacionalnih predrasuda duboko su uvjereni da prema pripadnicima nacije koja je predmet predrasuda treba preuzeti represivne mjere koje mogu ići sve do fizičkog istrebljenja. Tipični nosioci takvih predrasuda bili su pripadnici Nacional-socijalističke partije u Njemačkoj.

Stav je pojam koji bazično potiče iz socijalne psihologije. Socijalni psiholozi su temeljno analizirali vrste i strukturu stavova (15) ali praktična primjena izučavanja različitih aspekata stava daleko prevazilazi okvire socijalne psihologije. Jedanput formirani stavovi postaju snažne determi-

nante ljudskog ponašanja. Poznato je da se stavovi formiraju u ranoj mladosti i kada su jednom formirani teško se mijenjaju. Takvo saznanje djelimično objašnjava zašto se i ponašanja koja su uplivisana određenim stavovima teško mijenjaju. To je naročito slučaj sa društveno neprihvatljivim, nepoželjnim oblicima ponašanja. Iz tih razloga temeljno poznavanje stavova prema određenim socijalno-patološkim pojavama i njihovim nosiocima od velikog je značaja za izradu strategije primarne prevencije tih pojava i primarno-preventivnih programa koje iz takve strategije proizilaze (63) kao i za profesionalnu i socijalnu rehabilitaciju nosilaca socijalno-patoloških pojava (16).

Ordinalnu skalu sa 22 tvrdnje, u kojima se afirmativno (ali i u negativnom smislu) iskazuju određeni stavovi vezani za pušenje duvana i pijenje alkoholnih pića, najčešće u smislu simbolizacije socijalne privlačnosti (neprivlačnosti) u grupi vršnjaka i među polovima ili se pušenje i pijenje uzimaju kao indikatori snage i zrelosti, odnosno napetosti, nesigurnosti i nezrelosti ličnosti, podvrgli smo faktorskoj analizi (vidjeti V dio, pitanja od 1 do 22, upitnika za mlade od 12 do 18 godina). Faktorizacijom skale željeli smo utvrditi da li su stavovi tako strukturisani da možemo govoriti o svojevrsnim dimenzijama ili su stavovi relativno slabo strukturisani tako da se ne mogu izdvojiti posebne strukturalne osobenosti koje bi u jednom vrlo uslovnom značenju predstavljale i poseban pristup prema pušenju duvana i pijenju alkoholnih pića. Osnovni statistici faktorske analize prikazani su u tabeli 39.

Tabela 39. – Osnovni statistici faktorske analize skale stavova mladih od 12 do 18 godina prema pušenju duvana i pijenju alkoholnih pića

Kaiser–Meyer–Olkin Measure of Sampling Adequacy		0,873
Test of Bartlett's	Approx. Chi Square	6976,820
Sphericity	Df.	231
	Sig.	0,000

Factor	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
I	6,311	28,687	28,687	5,274	23,971	23,971
II	2,700	12,274	40,961	1,519	6,905	30,876
III	1,280	5,818	46,779	0,421	1,915	32,791
IV	1,117	5,077	51,856	0,254	1,155	33,946
V	1,045	4,750	56,606	0,227	1,030	34,975

U matrici faktorskog modela (tabela br. 40) izdvojilo se pet faktora koji su interpretabilni. Kao značajna opterećenja na faktorima konvencio-

nalno smo uzeli ona iznad 0,400. Prvi najjači faktor objašnjava samo 28,687% varijanse, a svih pet nešto preko polovine (56,606% varijanse).

Tabela 40. – Matrica faktorskog modela skale stavova mladih od 12 do 18 godina prema pušenju duvana i pijenju alkoholnih pića

Tvrdnje	Faktori				
	I	II	III	IV	V
21. Djeca koja piju zrelija su, odraslija.	0,583				
12. Djeca koja puše odraslija su, zrelija.	0,522				
13. Djeca koja piju alkohol time dokazuju svoju snagu i čvrstinu.	0,437	0,127	-0,100		-0,169
20. Ako piješ alkohol izgledaš „cool”.	0,418	0,102		-0,163	0,126
14. Ako piješ alkohol bolje ćeš se zabavljati.	0,365	0,133	-0,141		-0,121
8. Ako pušiš bolje ćeš se zabavljati.	0,342		-0,114	-0,208	-0,131
3. Kad pušiš izgledaš „cool”.	0,318			-0,273	
7. Djeca pušenjem dokazuju svoju snagu i čvrstinu	0,253	0,156	-0,113	-0,164	-0,228
11. Djeca koja puše prave se važna.		0,528			
10. Pušači su napetiji od nepušača.		0,469			
22. Djeca koja piju prave se važna.		0,417			
16. Oni koji piju napetiji su od onih koji ne piju.		0,416			
9. Djeca koja puše izgledaju glupo.	-0,119	0,408			0,194
19. Pod djejtvom alkohola ljudi se ponašaju glupo.	0,362				
17. Ako djevojčica pije više će se sviđati dječacima.			-0,737		
18. Ako dječak pije više će se sviđati djevojčicama.			-0,715		
19. Djeca koja piju alkohol imaju više drugova i drugarica.	0,238		-0,316	-0,125	
4. Ako mladić puši više će se sviđati djevojčicama.			-0,137	-0,594	
5. Ako djevojka puši više će se sviđati mladićima.			-0,212	-0,563	
6. Mladi koi puše imaju više drugova.	0,186		-0,146	-0,325	
1. Pušenje bi trebalo zabraniti na javnim mjestima.		0,255			0,393
2. Dim cigarete smrdi.	0,311			0,127	0,334

Od velikog broja faktora koji su se izdvojili, samo su prvih četiri interpretabilni. Tako veliki broj faktora svjedoči o relativno slaboj strukturanosti stavova.

Na prvom faktoru izdvojile su se tvrdnje 21, 12, 13, i 20, u kojima se pijenje i pušenje mladih povezuje sa zrelošću i snagom ličnosti i koji su poželjni za društvo (tvrdnja 20). Dakle, prvi faktor možemo nazvati faktorom *zrelosti i snage ličnosti onih koji piju i puše i socijalne poželjnosti onih koji piju*.

Na drugom faktoru izdvojile su se 11, 10, 22, 16. i 9. tvrdnja. U ovim tvrdnjama izražavaju se negativni stavovi prema mladima koji puše duvan ili piju alkoholna pića, bilo u smislu da se oni koji puše i piju (11. i 22. tvrdnja) prave važnim, bilo time što pušenjem i pijenjem nastoje da prikriju ili smanje napetost i nesigurnost ili su jednostavno u očima drugih nerazumni, glupi (tvrdnja 9). Ovim tvrdnjama pušenje davana i pijenje alkoholnih pića povezuju se sa nesigurnošću ličnosti mladih i nepoželjnim ponašanjem u grupi vršnjaka. Zato bismo ovaj drugi faktor mogli nazvati faktorom *napetosti i nesigurnosti ličnosti mladih koji puše i piju i njihovim nepoželjnim, neprihvatljivim ponašanjem u grupi vršnjaka*.

Na trećem faktoru izdvojile su se dvije tvrdnje sa negativnim predznakom: 17. i 18. U obje tvrdnje pijenje alkohola se povezuje sa odsustvom emocionalne privlačnosti među polovima (ovakva interpretacija dolazi od činjenice da pozitivno formulisane tvrdnje imaju negativan predznak – prim. J. K.–T.). Treći faktor mogli bismo nazvati faktorom *emocionalne neprivlačnosti za drugi pol i učenika i učenica koji piju alkoholna pića*.

Na četvrtom faktoru izdvojile su se dvije identične tvrdnje, takođe sa negativnim predznakom, ali ovoga puta odnose se na pušenje davana. Zato bismo četvrti faktor mogli nazvati faktorom *emocionalne neprivlačnosti za drugi pol i učenika i učenica koji puše duvan*.

Prva dva faktora su najjača, jer nose skoro 41% ukupne varijanse, dok ostala dva tek oko 11%. Na prvom, najjačem faktoru izdvojile su se varijable koje prvenstveno pijenje, a djelimično i pušenje povezuju sa socijalnom poželjnošću u grupi vršnjaka, te čvrstinom i zrelošću mladih. Na drugom faktoru izdvojile su se tri tvrdnje u kojima se pušenje davana veže za socijalno neprivlačno, nepoželjno ponašanje i nesigurnost ličnosti, a dvije sa sličnim negativnim predznakom i sadržajem kada je riječ o pijenju. Očigledno je da se uz pijenje alkoholnih pića češće vezuju atributi socijalne poželjnosti, zrelosti i snage ličnosti u očima vršnjaka, nego uz pušenje davana, što je i očekivano ako se zna da su društvena tolerantnost i pozitivni stereotipi u crnogorskom društvu najčešće i najjače povezani sa pijenjem alkoholnih pića. Dva druga faktora ipak pokazuju da naročito pijenje alkoholnih pića drugi pol ne doživljava kao ponašanje koje budi pozitivne emocije. Doduše, ovi faktori objašnjavaju mali dio varijanse, ali su saturacije visoke, što ukazuje da predstavljaju posebne vrste stavova.

Matrica interkorelacija faktora (tabela br. 41) pokazuje da su sa prvim faktorom, na kome su saturirane tvrdnje koje govore o socijalnoj poželjnosti i snazi ličnosti onih koji piju i puše, treći i četvrti faktor u visokoj negativnoj korelaciji. To ukazuje da su stavovi prema pušenju mladih dosta jedinstveni, a ne strukturalno specifični, iako su međusobno suprotstavljeni. To, drugim riječima, znači da u jednom kontinuumu dominiraju pozitivni stavovi mladih prema pušenju duvana, a naročito prema pijenju alkoholnih pića, ali da, istovremeno, postoje i negativni stavovi, opet izrazitiji prema mladima koji piju alkoholna pića nego koji puše duvan. Izgleda da su učenici crnogorskih osnovnih i srednjih škola u izvjesnoj mjeri ambivalentni prema pušenju duvana i pijenju alkoholnih pića, iako preovlađuju pozitivno strukturisani stavovi. Ta ambivalentnost vjerovatno se može objasniti određenim derivatima patrijarhalnih kulturnih obrazaca u njihovom kolektivnom *super-egu*.

Tabela 41. – Matrica interkorelacija među faktorima skale stavova mladih od 12 do 18 godina prema pušenju duvana i pijenju alkoholnih pića

Faktor	I	II	III	IV	V
I	1,000	-0,135	-0,686	-0,649	-0,345
II	-0,135	1,000	5,025E-02	0,185	0,289
III	-0,686	5,025E-02	1,000	0,669	0,205
IV	-0,649	0,185	0,669	1,000	0,232
V	-0,345	0,389	0,205	0,232	1,000

Skala stavova o marihuani

Skala stavova o marihuani sadrži jedanaest tvrdnji u kojima se pušenje marihuane povezuje sa socijalno poželjnim (ili nepoželjnim) ponašanjem u grupi vršnjaka, sa zrelošću, snagom i čvrstinom ličnosti, odnosno nezrelošću, nesigurnošću i napetošću (vidjeti prilog od X-1 do X-11, upitnika za mlade od 12 do 18 godina). Kao i u slučaju skale stavova o pušenju duvana i pijenju alkoholnih pića, riječ je o petostepenoj ordinalnoj skali. U osam tvrdnji stav prema pušenju marihuane je pozitivan, a u tri (sedmoj, osmoj i desetoj) negativan (vidjeti prilog od X-1 do X-11, upitnika za mlade od 12 do 18 godina), te smo prilikom izrade ukupnog skora skale stavova mladih prema pušenju marihuane vodili računa o predznaku.

Distribucija ukupnog skora skale stavova prema pušenju marihuane prezentirana je u tabeli 42. Iz tabele 42. vidi se da su veće frekvencije pomjerene prema nižim skorovima, što ukazuje da je distribucija pozitivno asimetrična (Skjunes = 1,13) i zašiljena (Kurtozis = 1,76).

U prosjeku, mladi od 12 do 18 godina imaju pretežno negativističan stav prema pušenju marihuane. Ako se ima u vidu da bi idealan prosjek

iznosio 33 (polovina od vrijednosti između 11 i 55 poena; treba imati u vidu da smo negativne tvrdnje prešifrirali i skorovali u istom smjeru – prim. J. K.–T.) samo se 3,8% ispitanika nalazilo iznad tog idealnog prosjeka. To govori o preovladajuće negativnom stavu učenika crnogorskih osnovnih i srednjih škola prema pušenju marihuane, koji je negativniji nego prema pušenju duvana, a znatno negativniji nego prema pijenju alkoholnih pića. U svijesti javnog mnjenja alkohol i duvan se ne percipiraju kao droge ili ako se kao takve percipiraju onda se njihova negativna dejstva manje ili više marginalizuju. Takva percepcija se sa roditelja u procesu vaspitanja i socijalizacije prenosi i na djecu. Na takav zaključak upućuju nas i ranije prezentirani nalazi da bi roditelji iskazali najmanje negativan stav ako bi saznali da im djeca puše duvan ili uzimju alkoholna pića, ali i relativno skromna znanja mladih o inače vrlo rasprostranjenim psihoaktivnim supstancama – alkoholu i duvanu. Nedostatak temeljnih znanja o negativnim posljedicama pušenja duvana i pijenja alkoholnih pića kod učenika crnogorskih osnovnih i srednjih škola može se dobrim dijelom objasniti upravo tim permisivnim, tolerantnim društvenim stavovima prema upotrebi, pa i zloupotrebi alkohola i duvana. Jednostavno, one supstance čija su upotreba, pa i zloupotreba široko društveno prihvaćene nijesu previše štetne, a ako „nijesu štetne” nema posebnog razloga za temeljnijom edukacijom o tim inače relativno „malo štetnim” psihoaktivnim supstancama. Iako „laka”, marihuana se ipak u svijesti javnog mnjenja doživljava kao droga u užem smislu. Koji je osnovni atribut koji dijeli marihuanu i ostale psihoaktivne supstance po mišljenju javnog mnjenja? Izgleda da je to kontagioznost. Naime, veliki iracionalni strah od narkomanije i narkomana javno mnjenje je imalo zbog uvjerenja da upotreba droga dovodi do široke mentalne infekcije među mladima koja uslovljava širenje zloupotrebe gotovo geometrijskom progresijom, ali i znatno brže stvaranje zloupotrebe i zavisnosti (16). Ova shvatanja javnog mnjenja bila su još izrazitija u Crnoj Gori (17). Kao posljedica takvih negativnih predrasuda javnog mnjenja Crne Gore, ukupni stav prema narkomanima bio je čak negativniji nego prema ubicama (17).

Tabela 42. – Distribucija ukupnog skora stavova mladih od 12 do 18 godina prema pušenju marihuane*

Broj poena	Broj ispitanika	Procenat	Kumulativni procenat
3	2	0,2	0,2
4	4	0,3	0,5
5	3	0,2	0,7
6	3	0,2	1,0

* Iz tabele 42. vidi se da 25 (2%) ispitanika ima ispod minimalnih 11 poena. Kada smo pregledali izvorni materijal (upitnike) ustanovili smo da ovih 25 ispitanika na neka ili većinu pitanja nijesu dali nikakve odgovore, što je uslovljelo ovakve anomalije u distribuciji.

Broj poena	Broj ispitanika	Procenat	Kumulativni procenat
7	3	0,2	1,2
8	1	0,1	1,3
9	2	0,2	1,4
10	7	0,6	2,0
11	62	13,0	15,0
12	62	5,0	20,0
13	69	5,5	25,5
14	61	4,9	30,4
15	146	11,7	42,1
16	53	4,3	46,4
17	73	5,9	52,2
18	47	3,8	56,0
19	86	6,9	62,9
20	46	3,7	66,6
21	34	2,7	69,3
22	43	3,5	72,8
23	72	5,8	78,6
24	28	2,2	80,8
25	30	2,4	83,2
26	41	3,3	86,5
27	29	2,3	88,8
28	27	2,2	91,0
29	18	1,4	92,5
30	12	1,0	93,4
31	8	0,6	94,1
32	9	0,7	94,8
33	18	1,4	96,2
34	5	0,4	96,6
35	5	0,4	97,0
36	5	0,4	97,4
37	3	0,2	97,7
38	4	0,3	98,0
39	5	0,4	98,4
40	5	0,4	98,8
41	1	0,1	98,8
43	8	0,6	99,5
44	2	0,2	99,7
50	1	0,1	99,8
51	2	0,2	99,9
53	1	0,1	100,0
Ukupno	1246	100,0	100,0

Aritmetička sredina	18,7
Standardna greška za aritmetičku sredinu	0,20
Medijana	17,0
Mod	11
Standardna devijacija	7,9
Varijansa	51,6
Skjunes	1,13
Standardna greška za Skjunes	0,069
Kurtozis	1,76
Standardna greška za Kurtozis	0,139

Pušenje marihuane se u nekim aspektima smatra manje opasnim po zdravlja od pušenja duvana. Međutim, u svijesti javnog mnjenja, pa i učenika marihuana pripada krugu droga „u užem smislu” i zato su stavovi učenika u prosjeku negativniji nego prema pušenju duvana i pijenju alkoholnih pića, iako, kao što smo ranije indirektno mogli vidjeti preko stavova roditelja, vjerovatno blaži nego prema upotrebi ostalih vrsta droga, posmatrano na nivou cjelokupnog uzorka učenika crnogorskih osnovnih i srednjih škola.

Da bismo utvrdili strukturalne karakteristike stavova učenika crnogorskih osnovnih i srednjih škola prema marihuani podvrgli smo faktor-skoj analizi skalu od 11 tvrdnji (vidjeti prilog od IX-1 do IX-11, upitnika za mlade od 12 do 18 godina). O sadržaju ovih tvrdnji bilo je riječi ranije. Osim toga, one su u sadržajnom pogledu identične tvrdnjama u skali stavova mladih prema pušenju duvana i pijenju alkoholnih pića.

U tabeli br. 43 prezentirani su osnovni statistici faktorske analize skale stavova mladih od 12 do 18 godina prema pušenju marihuane.

Tabela 43. – Osnovni statistici faktorske analize skale stavova mladih od 12 do 18 godina prema pušenju marihuane

Kaiser–Meyer–Olkin Measure of Sampling Adequacy		0,879				
Bartlett's Test of Sphericity		Approx. Chi-Squar	4093,309			
Df.		55				
Sig.		0,000				
Initial Eigenvalues				Extraction Sums of Squared Loadings		
Factor	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
I	4,419	40,173	40,173	3,442	31,288	31,288
II	1,757	15,976	56,149	0,583	5,303	36,591

Iz matrice faktorskog modela (tabela br. 44) vidi se da su se izdvojila dva interpretabilna faktora od inače 11. Ostale nijesmo prikazali jer imaju mala opterećenja na ajtemima (ispod 0,400), neinterpretabilni su i svih devet objašnjavaju nešto iznad 40%, dok samo prva dva objašnjavaju 56,249% ukupne varijanse (vidjeti tabelu 43).

Tabela 44. – Matrica faktorskog modela skale stavova mladih od 12 do 18 godina prema pušenju marihuane

Tvrđnje		F a k t o r i	
		I	II
4.	Ako dječak puši marihuanu više će se sviđati djevojčicama.	0,767	
3.	Mladi koji puše marihuanu imaju više drugova i drugarica.	0,750	
4.	Kad pušiš marihuanu izgledaš „cool”.	0,675	
11.	Ako djevojčica puši marihuanu više će se sviđati dječacima.	0,643	
6.	Ako pušiš marihuanu bolje ćeš se zabavljati.	0,630	
5.	Pušenjem marihuane djeca dokazuju svoju snagu i čvrstinu.	0,611	
1.	Nema ničeg lošeg u pušenju marihuane.	0,569	-0,110
9.	Djeca koja puše marihuanu zrelija su, odraslija.	0,528	
7.	Djeca koja puše marihuanu izgledaju glupo.		0,474
8.	Osobe koje puše marihuanu napetije su i nervoznije od onih koje ne puše.	0,449	
10.	Djeca koja puše marihuanu prave se važna.		0,417

Prvi, mnogo jači faktor objašnjava 40,173% ukupne varijanse, a drugi 15,976%. Na prvom, glavnom faktoru sa opterećenjima iznad 0,600 izdvojilo se svih osam tvrdnji, izuzev tvrdnji 1. i 9. na kojima je opterećenje ispod 0,500. Pušenje marihuane primarno je u funkciji pojačanja emocionalne privlačnosti među polovima (4. i 11. tvrdnja), ali još više i u postignuću socijalnog prestiža u grupama vršnjaka (3, 2, 6. i 1). Takođe simboliše zrelost, snagu i čvrstinu ličnosti onoga koji puši u grupi vršnjaka (5. i 9). Prvi faktor mogli bismo zato nazvati *faktorom veće emocionalne poželjnosti od strane suprotnog pola i veće prihvaćenosti u grupi vršnjaka onih koji puše marihuanu, ali i doživljavanjem pušača marihuane od grupe vršnjaka kao osoba sa većom zrelošću, snagom i čvrstinom ličnosti.*

Na drugom faktoru izdvojile su se tvrdnje sa nižim opterećenjima (iznad 0,400) koje ukazuju na socijalnu nepoželjnost i neprihvaćenost pušača marihuane od grupe vršnjaka (7. i 10. tvrdnja) i na nesigurnost i napetost ličnosti pušača (tvrdnja 8). S obzirom da tvrdnje imaju pozitivan

predznak, ovaj faktor izražava negativne stavove mladih prema onima koji puše marihuanu. Drugi faktor bismo zato mogli nazvati *faktorom socijalne neprihvaćenosti i nepoželjnosti pušača marihuane, te njihove veće napetosti i nesigurnosti ličnosti*.

Vidjeli smo da je intenzitet stava mladih prema marihuani uglavnom negativan, a moguće objašnjenje dali smo nešto ranije. Međutim, strukturalno posmatrajući mladi iskazuju primarno pozitivan odnos prema pušenju marihuane, naročito sa stanovišta socijalne poželjnosti i prihvaćenosti pušača marihuane u grupi vršnjaka i emocionalne prihvaćenosti od drugog pola, mada postoje i drugačije negativne tendencije, koje se vezuju za drugi faktor. Očigledno su učenici crnogorskih osnovnih i srednjih škola podijeljeni u stavovima prema pušenju marihuane, što se indirektno može vidjeti i iz matrice interkorelacija među faktorima (tabela br. 45). Korelacija među faktorima je relativno slaba i negativna, što je i očekivano s obzirom da su se na prvom faktoru izdvojile tvrdnje sa pozitivnim, a na drugom sa negativnim značenjem. Još izrazitija je podijeljenost između intenziteta i strukture stavova. Očigledno je ambivalentan odnos učenika prema pušenju marihuane uslovljen snažnim povezivanjem pušenja i rituala pušenja marihuane sa socijalno poželjnim ponašanjem i, naročito, emocionalnom privlačnošću od suprotnog pola u grupi vršnjaka, što su u ranoj adolescenciji veoma jaki motivacioni faktori za pripadnike oba pola, a naročito za dječake.

Tabela 45. – Matrica interkorelacija među faktorima skale stavova mladih od 12 do 18 godina prema pušenju marihuane

Faktori	F a k t o r i	
	I	II
I	1,00	-0,250
II	-0,250	1,00

Dok je korelacija ukupnog skora znanja mladih o marihuani sa faktoriskim skorom veoma blaga, ona je relativno visoka i negativna kada je riječ o korelaciji ukupnog skora stavova mladih prema pušenju marihuane sa opštim faktorskim skorom (Pirsonova korelacija = - 0,438, značajna na 0,000). To je i očekivano jer viši ukupni skor imaju oni koji imaju pozitivniji stav prema pušenju marihuane, koji je, u stvari, društveno neprihvatljiv.

Pored navednih razloga, prihvatanje pušenja marihuane – simbola društvenosti i zrelosti ličnosti, kao glavnih strukturalnih karakteristika stavova mladih prema ovoj psihoaktivnoj supstanci, uslovljeno je i pogrešnim uvjerenjem javnog mnjenja, a time i mladih, da je marihuana „laka” i manje opasna droga. Time se djelimično može objasniti i određena ambivalencija mladih prema marihuani, o čemu je ranije bilo više riječi. Sistematskom edukacijom putem sredstava mas-medija može se značajnije ispraviti ova iskrivljena slika o marihuani kao „lakoj” drogi.

SKALE ASERTIVNOSTI I SAMOPOUZDANJA

U ovom poglavlju razmotrićemo dvije kompleksne dimenzije ponašanja ličnosti, koje se u okviru bihevioralnih pristupa prevenciji i terapiji zloupotrebe i zavisnosti mladih smatraju važnim faktorima rizika za nastanak i razvoj zloupotrebe i zavisnosti. To su asertivnost i samopouzdanje.

U ovom poglavlju analiziraćemo ove dvije složene dimenzije primjenom specijalnih petostepenih ordinalnih skala asertivnosti i samopouzdanja.

Pojam asertivnosti

Asertivnost je sposobnost izražavanja samoga sebe i svojih prava, a da se time ne ugrožavaju prava drugih. Asertivnost podrazumijeva otvorenu i direktnu komunikaciju koja je samostalna i ekspresivna. Ponašati se asertivno znači omogućavanje da se osjetimo samopouzdana. Ovakav vid ponašanja generalno povećava respekt, kako prema sebi tako i prema drugima. Asertivnim ponašanjem povećava se šansa za iskren odnos prema drugima i pomaže pojedincu da se osjeća bolje i, takođe, omogućava pojedincu da postigne vlastitu samokontrolu ličnosti u svakodnevnim situacijama. Time se potvrđuje sposobnost pojedinca da samostalno donosi odluke, što znači da asertivna osoba teži ostvarenju onih ciljeva koji zaista proističu iz nje ličnosti. Definicija asertivnosti, prema tome, najkraće bi se mogla izraziti na sljedeći način: „Asertivnost u suštini podrazumijeva sposobnost izražavanja misli i osjećanja time što se jasno stavljaju do znanja potrebe pojedinca, te se na taj način stvara mogućnost otvorene komunikacije sa drugima.” (The Wellnes Workbook, Rayan and Travis). Međutim, prije nego što pojedinac slobodno izrazi vlastite potrebe, on mora da vjeruje u legitimitet tih potreba. Može se reći da pojedinac ima sljedeća prava:

- pravo da odlučuje o tome kako ćete voditi vlastiti život,
- pravo na vlastite vrijednosti, vjerovanja, mišljenja i emocije,
- pravo da nije neophodno objašnjavati ili opravdavati vlastito ponašanje drugima,
- pravo da kaže drugima na koji način želi da ga oni tretiraju,
- pravo da formulišete vlastite stavove i ideje prije nego što ih iskazete,
- pravo da kažete: „neću”, „ne znam”, „ne razumijem”, „baš me briga”...

- pravo da tražite informaciju ili pomoć,
- pravo da promijenite mišljenje, da napravite grešku, da se katkad ponašate nelogično,
- pravo da volite sebe, iako znate da niste savršeni, i da ponekad pružite manje nego što ste u stanju,
- pravo da imate pozitivan odnos prema drugim ljudima koji vas zadovoljava, i u kome se osjećate slobodnim da izražavate vlastito mišljenje i osjećanje,
- pravo da mijenjate, unapređujete i razvijate vlastiti život u pravcu u kome sami odredite.

Ukoliko pojedinac ne vjeruje u gore navedena prava, on se time najčešće pasivno odnosi prema svojoj sredini. Ukoliko dozvolite da potrebe, mišljenje i rasuđivanje drugih bude važnije nego vaše sopstveno, velika je vjerovatnoća da ćete biti povrijeđeni, anksiozni i veoma ljuti. Ovaj način pasivnog neasertivnog ponašanja je često indirektno emocionalno neiskren, poričući posebnost i individualnost.

Mnogi ljudi strahuju, ukoliko teže svojim legitimnim potrebama i ciljevima, da će se ovakvo ponašanje protumačiti kao „sebičnost”. Sebičnost podrazumijeva brigu o vlastitim pravima, sa malo ili nimalo respekta prema drugima. Međutim, asertivnost podrazumijeva da vi priznajete drugima ista prava koja i vi imate. Prema tome, postoji značajna razlika između asertivnosti i sebičnosti. Osnovna razlika je u tome što sebično ponašanje podrazumijeva da vi ugrožavate prava drugih, te se prema tome može reći da se sebično ponašanje ogleda prije u destruktivnom i agresivnom smislu, a ne u konstruktivnom asertivnom smislu. Time se dolazi do pojma „agresivnosti” koji je očito suprotan pojmu asertivnosti. Agresivnost je način ponašanja koji podrazumijeva izražavanje vlastitih prava, ali tako što se drugi degradiraju i ponižavaju. To znači da se agresivnim ponašanjem emocionalno ili fizički, u suštini nasilno, ne dozvoljava drugima da se slobodno izražavaju. Agresivno ponašanje za onog koji se tako ponaša, može proizvesti privremeno zadovoljstvo, ali dugoročno će proizvesti osjećanje krivice. Takođe, dugoročno posmatrano, agresivnost će izazvati osjećanje bijesa i ljutnje kod drugih, te gubitak respekta prema vama.

Asertivnost ne podrazumijeva nužno da će pojedinac biti srećan, niti da će tim dobiti realan tretman od strane drugih. Asertivnost, takođe, ne garantuje da ćete time riješiti sve vaše lične probleme, niti vam garantuje da će drugi prema vama biti asertivni, a ne agresivni. Time što ste asertivni ne znači da ćete uvijek dobiti ono što vam je potrebno. U svakom slučaju, nedostatak asertivnosti je veoma čest uzrok za pojavu konflikata u međuljudskim odnosima.

Evo tehnika kojima se asertivnost razvija:

1. Budite specifični i jasni koliko je to moguće u situaciji kada izražavate vlastito mišljenje ili osjećanje. Evo nekih izjava koje su preporučljive za ovaj tip ponašanja:

- „želim da...”,
- „ne želim da...”,
- „da li biste vi...”,
- „dopalo mi se kada ste to učinili”,
- „ja mislim drugačije, smatram da...”
- „ja imam kompleksan stav. Slažem se sa vama u ovim stvarima, ali se ne slažem u ovim drugim stvarima, iz ovih i ovih razloga.”

2. Budite direktni, uputite poruku onome kome je poruka namijenjena. Ako nešto želite da kažete Peru kažite to Peru, nemojte do tada da pričate svima osim Peru, a naročito nemojte da pričate grupi kojoj Pero pripada, a da ne kažete njemu lično.

3. Imajte vlastitu poruku. Ukažite na to da je vaša poruka rezultat vaših stavova i razmišljanja, vašeg shvatanja dobra i zla i sl. Ukoliko se ne slažete sa nekim, vi to i recite, ali na takav način što nećete zahtijevati da taj neko promijeni mišljenje, niti ćete biti spremni da prihvatite njegovo mišljenje bez valjanih argumenata.

4. Zahtijevajte povratnu informaciju, u smislu: „Da li sam bio dovoljno jasan”. „Što vi mislite o tome”. „Što biste vi željeli”... Ukoliko tražite fidbek na vlastite stavove i razmišljanja, time ćete ohrabriti druge da vas razumiju onako kako ste vi željeli, i time ćete dokazati da vi izražavate mišljenje, emocije, stavove, a ne „zahtjeve”. Takođe, na ovaj način vi ohrabrujete druge da budu jasni, direktni u vlastitom obraćanju prema vama.

Evo kako izgleda kontinuum asertivnog ponašanja koji je preuzet iz knjige R. E. Alberti i M. L. Emmons: „A Guide to Assertive Behaviour”, second edition, Inc., San Luis, Obispo, Ca, 1974:

Tabela 46. – Kontinuum asertivnog ponašanja prema R. E. Alberti i M. L. Emmons

<i>ne-asertivno ponašanje</i>	<i>asertivno ponašanje</i>	<i>agresivno ponašanje</i>
<i>kao akter</i>	<i>kao akter</i>	<i>kao akter</i>
samonipodaštavanje	samopotvrđivanje	samopotvrđivanje sa ekspanzijom na druge
inhibicija	ekspresivnost	višak ekspresivnosti
ne postiže željene ciljeve	može da postigne željene ciljeve	postiže željene ciljeve, ali na štetu drugih
nesiguran, anksiozan, ne cijeni samoga sebe	samopouzdan, osjeća se dobro razmišljajući o sebi	ne cijeni druge
<i>kao prijemnik</i>	<i>kao prijemnik</i>	<i>kao prijemnik</i>
nestrpljivost, krivica, ljutnja	zna gdje se nalazi	osjeća se poniženim
postižu se očekivani ciljevi kako je to akter zamislio	mogu da se postignu očekivani ciljevi	ne postižu se očekivani ciljevi

Skala asertivnosti

Petostepena ordinalna skala asertivnosti za mlade od 12 do 18 godina sastoji se od dvadeset tvrdnji (IV dio upitnika za mlade od 12 do 18 godina, vidjeti prilog na kraju studije). Za mlade uzrasta od 19 do 30 godina ova skala ima 18 tvrdnji, jer se dvije tvrdnje ne mogu odnositi na stariji uzrast. To su tvrdnja 13. iz upitnika za učenike crnogorskih osnovnih i srednjih škola: „Ne dopuštaš da neko prepisuje od tebe”, i tvrdnja 18. koja glasi: „Pitaš nastavnika da ti objasni nešto što ne razumiješ”. Tvrdnje su formulisane u pozitivnom smjeru. Potvrđan odgovor znači asertivnost. Dakle, nizak skor znači odsustvo, a visok prisustvo asertivnosti. Najmanji mogući broj poena za mlade od 12 do 18 godina iznosi 20, a najveći 100 poena; za stariji uzrast najmanji broj poena je 18, a najveći 90 poena. Tvrdnjama su obuhvaćene najrazličitije manifestacije asertivnog ponašanja, uključujući i ona prema pušenju duvana i pijenju alkoholnih pića.

Najprije analizirajmo ukupni skor asertivnosti za uzorak mladih od 12 do 18 godina (tabela br. 47). Iz tabele br. 47 vidi se da postoji tendencija pomjeranja frekvencija prema većim vrijednostima. Ako se pogledaju kumulativni procenti, zapaža se da do 60 poena ima 39% ispitanika, a od 61 do 75 poena više od 50% od ukupnog broja ispitanika (tabela 47). Na to pomjeranje ukazuje i vrijednost Moda koja je 68. Inače, aritmetička sredina je 61,77, dakle, nešto iznad idealnog prosjeka. Distribucija je umjereno negativno asimetrična ($Skjunes = -1,07$) i zašiljena ($Kurtozis = 2,156$). U cjelini posmatrajući, prosječni skor asertivnosti je nešto iznad idealnih prosječnih vrijednosti, umjereno pozitivan.

Tabela 47. – Distribucija ukupnog skora skale asertivnosti za mlade od 12 do 18 godina*

Broj poena	Broj ispitanika	Procenat	Kumulativni procenat
4	2	0,2	0,2
5	1	0,1	0,2
13	1	0,1	0,3
16	1	0,1	0,4
17	1	0,1	0,5
18	2	0,2	0,6
21	2	2,0	0,8
22	5	4,0	1,2
23	3	2,0	1,4
24	5	4,0	1,8

* Od 1245 ispitanika 8 (0,6%) ima manje od 20 poena. Ta anomalija uslovljena je činjenicom da su u obradu ušli i oni ispitanici koji nijesu odgovorili na nekoliko ili većinu pitanja i zato je njihov skor ispod 20 poena.

Broj poena	Broj ispitanika	Procenat	Kumulativni procenat
25	2	2,0	2,0
26	2	2,0	2,2
27	3	2,0	2,4
28	3	2,0	2,7
29	2	2,0	2,8
30	1	1,0	2,9
31	1	1,0	3,0
32	3	2,0	3,2
33	6	5,0	3,7
34	1	1,0	3,8
35	3	2,0	4,0
36	3	2,0	4,3
37	4	3,0	4,6
38	6	5,0	5,1
39	2	2,0	5,2
40	8	6,0	5,9
41	9	7,0	6,6
42	4	3,0	6,9
43	7	6,0	7,5
44	4	3,0	7,8
45	13	1,0	8,8
46	14	1,1	10,0
47	9	0,7	10,7
48	18	1,4	12,1
49	16	1,3	13,4
50	16	1,3	14,7
51	20	1,6	16,3
52	25	2,0	18,3
53	26	2,1	20,4
54	24	1,9	22,3
55	26	2,1	24,4
56	32	2,6	27,0
57	39	3,1	30,1
58	36	2,9	33,0
59	32	2,6	35,6
60	43	3,5	39,0
61	53	4,3	43,3
62	34	2,7	46,0
63	44	3,5	49,6
64	59	4,7	54,3
65	45	3,6	57,9

Broj poena	Broj ispitanika	Procenat	Kumulativni procenat
66	45	3,6	61,5
67	47	3,8	65,3
68	60	4,8	70,1
69	46	3,7	73,8
70	41	3,3	77,1
71	45	3,6	80,7
72	39	3,1	83,9
73	25	2,0	85,9
74	26	2,1	88,0
75	31	2,5	90,4
76	28	2,2	92,7
77	24	1,9	94,6
78	10	0,8	95,4
79	14	1,1	96,5
80	6	0,5	97,0
81	9	0,7	97,8
82	9	0,7	98,5
83	4	0,3	98,8
84	2	0,2	99,0
85	7	0,6	99,5
86	3	0,2	99,8
90	1	0,1	99,8
95	1	0,1	99,9
96	1	0,1	100,0
Ukupno	1245	100,0	100,0

Ukupan broj ispitanika 1245

Izostavljen jedan ispitanik

Aritmetička sredina	61,71
Standardna greška za aritmetičku sredinu	0,35
Medijana	64,00
Mod	68
Standardna devijacija	12,38
Varijansa	153,3
Skjunes	-1,07
Standardna greška za Skjunes	0,069
Kurtozis	2,156
Standardna greška za Kurtozis	0,139

Da bismo ispitali strukturalna svojstva asertivnosti kod mladih uzra-
sta od 12 do 18 godina skalu od 10 tvrdnji (IV-1 do IV-20, upitnika za
mlade od 12 do 18 godina) podvrgli smo faktorskoj analizi. U tabeli 48.
dati su važniji statistici faktorske analize.

Tabela 48. – Statistiki faktorske analize skale asertivnosti za mlade od 12
do 18 godina

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy	0,734
Bartlett's Test of Sphericity Approx. Chi-Squar	3319,703
Df.	190
Sig.	0,000

Factor	Initial Eigenvalues			Extraction Sums o Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumula- tive %	Total	% of Variance	Cumula- tive %
I	3,312	16,560	16,560	1,991	9,954	9,954
II	2,361	11,807	28,367	1,507	7,536	17,489
III	1,653	8,266	36,636	0,544	2,719	20,208

Faktorizacijom se izdvojio veći broj faktora, ali su bila interpretabil-
na prva tri, koja objašnjavaju nešto više od trećine ukupne varijanse.

Na prvom faktoru (tabela 49) izdvojile su se tvrdnje: 10, 9. i 8. Prve
dvije tvrdnje opisuju manifestaciju asertivnosti u pokušajima drugih da
mlade nagovore na piće i pušenje, a treća o asertivnosti u odnosu na po-
kušaj nagovora da urade ono što ne žele. Tvrdnje na ovom faktoru visoko
su saturirane (dvije iznad 0,700, a jedna iznad 0,600). Ovaj prvi faktor
možemo nazvati *faktorom asertivnosti u odnosu na pokušaj nagovora
drugih da uradimo ono što ne želimo, a naročito kada je riječ o pijenju
alkohola i pušenju duvana.*

Tabela 49. – Matrica faktorskog modela skale asertivnosti za mlade od 12 do 18 godina

Tvrdnje		F a k t o r i		
		I	II	III
10.	Kažeš „ne” kada neko pokušava da te nagovori da piješ.	0,773		
9.	Kažeš „ne” kada neko pokušava da te nagovori da pušiš.	0,771		
8.	Kažeš „ne” kada te neko nagovara da učiniš ono što ne želiš.	0,601		
18.	Pitaš nastavnika da ti objasni nešto što ne razumiješ.	0,136		
11.	Pobuniš se kada neko pokuša da stane ispred tebe u redu.		0,450	
7.	Zamoliš druge da ti vrate ono što si im pozajmio.		0,420	
6.	Vratiš kupljenu stvar u prodavnicu ukoliko nije ispravna.		0,410	
12.	Buniš se kada dobiješ manji kusur.		0,410	
15.	Kažeš svoje mišljenje čak i kada znaš da se drugi, možda, neće složiti sa njime.	0,126	0,400	
16.	Kažeš drugima da su uradili nešto što nije fer.		0,380	
14.	Pozoveš kelnera ukoliko te do tada nije primijetio i uslužio.	0,360	0,150	
20.	Zamoliš nekoga, ko ti smeta, da to više ne čini.	0,310		
17.	Ako se izgubiš, moliš nekoga od prolaznika da ti pomogne da se snađeš.	0,310		
3.	Kažeš „ne” kada neko pokušava da pozajmi novac od tebe.	0,340		
13.	Ne dopuštaš da neko prepisuje od tebe.			
5.	Kažeš nekome da ti se dopada.			0,579
19.	Pozoveš nekoga na sastanak.			0,561
1.	Daješ komplimente i hvališ svoje drugove.	0,183		0,285
4.	Započinješ razgovor sa nepoznatom osobom.	-0,137		0,280
2.	Zamoliš nekoga za uslugu.			0,207

Na drugom faktoru izdvojile su se tvrdnje: 11, 7, 6, 12. i 15. Svim ovim tvrdnjama je zajedničko nastojanje ispitanika da asertivno ponašanje jasno iskazuju kada drugi, na bilo koji način, pokušaju da neopravdano ograniče njihova prava. Ovaj drugi faktor mogli bismo nazvati *faktorom opravdane asertivnosti u slučaju direktne ugroženosti interesa i prava mladih od strane drugih*.

Na trećem faktoru su se izdvojile tvrdnje 5. i 19, kojima se jasno ispoljava asertivno ponašanje prema suprotnom polu. S obzirom na uzrast i interesovanja, očigledno je riječ o važnom aspektu asertivnog ponašanja. Ovaj faktor, koji ima saturacije iznad 0,500, mogli bismo nazvati *faktorom izražene asertivnosti prema suprotnom polu*.

Matrica interkorelacija ukazuje da prvi faktor uopšte nije povezan sa trećim, a relativno blago sa drugim (tabela 50). Da li to znači da je aser-

tivnost u odnosu na pritiske drugova (tačnije vršnjaka – prim. J. K. T.) s jedne strane, dio opšteg psihološkog kompozita asertivnosti, a s druge, specifična u odnosu na ostale aspekte asertivnog ponašanja, teško je reći. Međutim, ako bi se u nekim produbljenijim istraživanjima ta pretpostavka potvrdila, to saznanje bilo bi od velikog značaja u strategiji primarne prevencije zloupotrebe i zavisnosti mladih od psihoaktivnih supstanci, jer bi značilo da izbor preventivnih metoda i tehnika treba prilagoditi tim specifičnostima kako bi preventivni rezultati bili efikasniji. Zasad, sve ostaje u domenu pretpostavki. Mi smo ipak skloniji drugačijoj interpretaciji.

Tabela 50. – Matrica interkorelacija skale asertivnosti za mlade od 12 do 18 godina

Faktori	F a k t o r i		
	I	II	III
I	1,000	0,338	-6,501E-0
II	0,338	1,000	0,423
III	-6,501E-0	0,423	1,000

Bez obzira na neki generalni faktor asertivnosti, koji nam omogućuje lakše učenje asertivnog ponašanja u posebnim životnim sferama, u svakoj posebnoj se asertivnosti uči. Dakle, riječ je o jedinstvenom fenomenu, koji se različito manifestuje u različitim životnim sferama, a tim specifičnim manifestacijama ličnost se uči.

Između drugog i trećeg faktora uočena je pozitivna povezanost, koja nije naročito izražena, ali koja postoji. Taj nalaz bi prije išao u prilog druge nego prve pretpostavke o prirodi asertivnosti.

Između opšteg faktorskog skora zloupotrebe i zavisnosti utvrđena je blaga korelacija (Pirsonov koef. korelacije je 0,137 značajan na 0,000). Slične blage pozitivne Pirsonove korelacije od 0,125 do 0,150 utvrđene su između ukupnog skora sa skale asertivnosti i optimalnih skorova za sve ostale psihoaktivne supstance, izuzev optimalnih skorova za alkohol i duvan. Asertivnost mladih je očigledno najslabija prema pušenju duvana i pijenju alkoholnih pića. To se može objasniti mnogo većim socijalnim pritiscima grupe vršnjaka i socijalne sredine prema pijenju alkoholnih pića koje je, kao što smo ranije pomenuli, široko društveno prihvaćeno i tolerisano, čak i kada je riječ o ekscesivnom pijenju. Iako nijesu tako veliki socijalni pritisci za pušenje duvana, oni su specifično veoma jaki u grupi vršnjaka. Zato asertivnost mladih u odnosu na pušenje duvana i pijenje alkoholnih pića nije generalno manja, nego su socijalni pritisci za pijenjem i pušenjem jači, a pogotovu socijalni pritisci u grupi vršnjaka.

Na kraju treba istaći da i ovako blage pozitivne korelacije treba uzimati u obzir, ne samo zato što je riječ o Pirsonovoj korelaciji nego zato što je asertivnost mladih na osnovnoškolskom i srednjoškolskom uzrastu

još u razvojnoj fazi, tako da već i tendencije ka asertivnosti dobijaju pozitivno značenje.

U daljoj analizi željeli smo da utvrdimo postojanje eventualnih strukturalnih razlika između mladih uzrasta od 19 do 30 i od 12 do 18 godina. Da bismo uporedili uzorke mladih po ovim strukturalnim karakteristikama, faktorskoj analizi podvrgli smo 18 tvrdnji petostepene ordinalne skale asertivnosti za uzorak mladih od 19 do 30 godina. Osnovni statistici faktorske analize prezentirani su u tabeli 51.

Tabela 51. – Statistiki faktorske analize skale asertivnosti za mlade od 19 do 30 godina

Kaiser–Meyer–Olkin Measure of Sampling Adequacy	0,827
Bartlett's Test of Sphericity Approx. Chi–Squar	2573,644
Df.	153
Sig.	0,000

Factor	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	% of Cumulative	Total	% of Variance	Cumulative %
I	4,844	26,913	26,913	3,735	20,749	20,749
II	2,350	13,058	39,971	1,272	7,067	27,816
III	1,451	8,062	48,034	0,512	2,846	30,662
IV	1,365	7,582	55,616	0,391	2,173	32,835

Matrica faktorskog modela (tab. 52) pokazuje da su se izdvojila četiri interpretabilna faktora koji zajedno objašnjavaju 56,6% ukupne varijanse, a samo prvi faktor 26,9% (tabela 51).

Na prvom faktoru izdvojile su se tvrdnje: 91, 92, 90. i 95. Prve tri imaju opterećenja iznad 0,600, a četvrta iznad 0,400. Sve ove tvrdnje povezuje jasno izražena asertivnost prema mišljenjima i ponašanjima drugih koji nastoje da ispitanike u tome ograniče. Ovaj faktor mogli bismo nazvati *faktorom izražene asertivnosti prema drugima koji nastoje da ograniče ispitanike u mišljenjima i ponašanjima*.

Na drugom faktoru izdvojile su se tvrdnje: 82, 81, 94. i 79. U ovim tvrdnjama izražena je asertivnost u smislu emocionalne privlačnosti prema suprotnom polu i prihvatanja ljudi vlastitog pola. Ovaj faktor mogli bismo nazvati *faktorom asertivnosti u smislu jasno izražene emocionalne privlačnosti prema suprotnom i aflijativnosti prema vlastitom polu*.

Tabela 52. – Matrica faktorskog modela skale asertivnosti za mlade uzrasta od 19 do 30 godina

Tvrdnje		Faktori			
		I	II	III	IV
91.	Kažeš svoje mišljenje čak i kada znaš da se drugi, možda, neće složiti sa njime.	0,716			
92.	Kažeš drugima da su uradili nešto što nije fer.	0,678		-0,190	
90.	Pozoveš kelnera ukoliko te do tada nije primijetio i uslužio.	0,671		-1,100	0,120
95.	Zamoliš nekoga, ko ti smeta, da to više ne čini.	0,400	0,140		0,100
85.	Kažeš „ne” kada te neko nagovara da učiniš ono što ne želiš.	0,378		0,323	
93.	Ako se izgubiš, zamoliš nekoga od prolaznika da ti pomogne da se snađeš.	0,299		0,209	0,195
80.	Kažeš „ne” kada neko pokušava da pozajmi novac od tebe.	-0,255	0,190		0,249
82.	Kažeš nekome da ti se dopada.	0,580		-0,140	
81.	Započinješ razgovor sa nepoznatom osobom.	0,490			
94.	Pozoveš nekoga na sastanak.	0,246	0,420	-0,130	
79.	Zamoliš nekoga za uslugu.	-0,147	0,410	0,180	0,201
78.	Daješ komplimente i hvališ svoje prijatelje.	0,185	0,360	0,228	-0,163
87.	Kažeš „ne” kada neko pokušava da te nagovori da piješ.			0,630	
86.	Kažeš „ne” kada neko pokušava da te nagovori da pušiš.			0,622	
83.	Vratiš kupljenu stvar u prodavnicu ukoliko nije ispravna.				0,493
89.	Buniš se kada dobiješ manji kusur.				0,479
84.	Zamoliš druge da ti vrate ono što si im pozajmio.				0,458
88.	Pobuniš se kada neko pokuša da stane ispred tebe u red.				0,390

Na trećem faktoru sa opterećenjima iznad 0,600 izdvojile su se tvrdnje 87. i 86, u kojima je izražen negativan asertivni stav prema onima koji ispitanike nagovaraju da puše i piju. Ovaj faktor zato možemo nazvati *faktorom izraženog negativnog asertivnog stava prema osobama koje žele da ispitanike nagovore da piju i puše.*

Na četvrtom faktoru izdvojile su se tvrdnje koje ukazuju na pojačanu asertivnost ispitanika u smislu odbrane izraženih materijalnih interesa. Četvrti faktor zato bismo mogli nazvati *faktorom asertivnog ponašanja u cilju odbrane ugroženih materijalnih interesa ispitanika od drugih.*

Poređenjem faktorskih struktura uzoraka mladih od 12 do 18 i od 19 do 30 godina, zapažamo da su se kod učenika na prvom, najjačem faktoru

izdvojile tvrdnje koje ukazuju na negativan asertivan stav prema osobama koje nastoje da ih nagovore da puše i piju, a kod uzorka odraslih tek na trećem mjestu. Očigledno je da roditeljski, a djelimično i školski autoriteti na nižim uzrastima više utiču na jačanje negativnog asertivnog stava prema pritiscima drugih (najčešće vršnjaka) za upotrebom alkohola i duvana, što sa ispitanicima na uzrastu između 19 i 30 godina nije slučaj. Uostalom, značaj asertivnosti kao faktora rizika za nastanak i razvoj zloupotrebe i zavisnosti mladih na ovom uzrastu drastično opada.

Istovremeno, kod mladih od 19 do 30 godina raste značaj pozitivnog asertivnog stava prema suprotnom polu koji je kod ovog uzrasta reprezentovan tvrdnjama na drugom, a kod mlađeg uzrasta na trećem faktoru. Postoji još jedna značajna razlika; kod starijeg uzrasta mladih, ona je generalizovana i na vlastiti pol u smislu socijalne afilijativnosti, dok se kod učenika javlja u „čistom” vidu, samo kao asertivnost u smislu pojačane emocionalne privlačnosti prema suprotnom polu, što je za adolescentni uzrast i očekivano.

Najzad, kod starijeg uzrasta javlja se i jedna dimenzija asertivnog ponašanja koje nemamo na nižem uzrastu, a to je pojačana asertivnost u cilju odbrane ugroženih materijalnih interesa od strane drugih. Budući da je riječ o mladima koji u većini slučajeva zarađuju za život samostalno se izdržavajući, ili bar dopunjujući roditeljski porodični budžet, sukobi sa drugim oko materijalnih interesa aktualizuju se, naročito u kontekstu smanjenih mogućnosti zarađivanja novca na osnovu stalnog zapošljenja i, istovremeno, znatno povećanih pritisaka mladih ka zapošljavanju. Nije zato neočekivano da se ova dimenzija asertivnog ponašanja kod mladih od 19 do 30 godina javila na posebnom faktoru.

Posmatrano u cjelini, slične dimenzije asertivnog ponašanja zastupljene su u oba uzorka, sa izuzetkom četvrte, koja se odnosi na pojačan asertivni stav u cilju odbrane ugroženih materijalnih interesa od drugih, koju srećemo samo u uzorku starijih. Međutim, pojedine dimenzije imaju različit značaj u strukturi asertivnog ponašanja u dva uzorka mladih. U uzorku mladih od 12 do 18 godina najznačajnija dimenzija asertivnog ponašanja je vezana za negativne asertivne stavove mladih prema pritiscima drugih osoba (najčešće vršnjaka – prim. J. K. – T.) za uzimanje psihoaktivnih supstanci, dok je ta dimenzija u uzorku mladih od 19 do 30 godina strukturalno manje značajna. U svjetlu saznanja da je rana adolescencija najrizičniji period za nastanak i razvoj upotrebe i zloupotrebe psihoaktivnih supstanci kod mladih, ovaj nalaz sasvim je očekivan. Iako u strukturalnom pogledu ima sličnu važnost (nešto strukturalno značajniju poziciju ima u uzorku mladih od 19 do 30 godina) asertivnost u smislu pojačane emocionalne privlačnosti prema suprotnom polu kao „čista” dimenzija asertivnog ponašanja javlja se samo među mladima od 12 do 18 godina. U svjetlu saznanja koji mladi u ranom adolescentnom periodu pridaju us-

postavljanju emocionalnih odnosa sa suprotnim polom, ovaj nalaz je potpuno očekivan. Najzad, kod mladih uzrasta od 19 do 30 godina javlja se i dimenzija asertivnog ponašanja koja se odnosi na odbranu ugroženih materijalnih interesa od strane drugih. S obzirom na ranije analizirane okolnosti, ne javlja se na nižem uzrastu.

U matrici interkorelacija faktora (tabela 53) uočava se da međusobno visoko pozitivno koreliraju prvi sa trećim i četvrtim faktorom. Budući da su se na prvom faktoru izdvojile tvrdnje koje ukazuju na jedno generalizovano asertivno ponašanje, dok su se na trećem i četvrtom faktoru izdvojile tvrdnje koje opisuju posebne dimenzije asertivnog ponašanja, ovi nalazi potkrepljuju našu raniju pretpostavku da je asertivnog ponašanje jedinstven fenomen, ali da se različito manifestuje u različitim sferama društvenog života ličnosti. Ti specifični aspekti asertivnog ponašanja usvajaju se u procesu učenja.

Tabela 53. – Matrica interkorelacija među faktorima skale asertivnosti za mlade uzrasta od 19 do 30 godina

Faktori	F a k t o r i			
	I	II	III	IV
I	1,000	0,309	0,570	0,566
II	0,309	1,000	5,679E-0	0,467
III	0,570	5,679E-0	1,000	0,371
IV	0,566	0,467	0,371	1,000

Važno je istaći da nije utvrđena nikakva korelacija između ukupnog skora asertivnosti i opšteg faktorskog skora zloupotrebe i zavisnosti mladih od 19 do 30 godina od psihoaktivnih supstanci (Pirsonova korelacija iznosi 0,044, N=566, df=0,294). Međutim, nije utvrđena korelacija između ukupnog skora skale asertivnosti i optimalnih skorova za bilo koju drugu psihoaktivnu supstancu, izuzev relativno blage korelacije sa optimalnim skorom za lijekove za smirenje i spavanje (Pirsonova korelacija iznosi 0,202, N=66, df=0,000). Pod uslovom da su ispitanici od 19 do 30 godina pružili iskrene odgovore na postavljena pitanja, ovaj rezultat sugeriše zaključak da asertivnost na uzrastu od 19 do 30 godina nema veći značaj kao faktor rizika, što se može objasniti činjenicom da se početak upotrebe, pa i zloupotrebe vezuje za niže uzraste. Kao što smo vidjeli, poslije 19. godine relativno manji broj ispitanika počinje sa uzimanjem jakih droga, kada pojedini psihološki faktori rizika za nastanak i razvoj zloupotrebe i zavisnosti gube na značaju i to sve više što je ličnost starija. U prilog ovom zaključku ide i osnovni nalaz dobijen faktorskom analizom da se asertivno ponašanje, vezano za odbranu od drugih – da ispitanici piju i puše, nalazi na trećem od četiri interpretabilna faktora, a treći faktor objašnjava tek 8% ukupne varijanse.

SKALA SAMOPOUZDANJA ZA MLADE OD 12 DO 18 GODINA

Samopouzdanje je složeni psihološki kompozit koji uključuje niz dimenzija. Skala samopouzdanja, primijenjena u ovom istraživanju, preuzeta je iz već ranije pomenutog paketa istraživačkih instrumenata (Botwin et al.: *Life s kills training*, DA 02835, NIDA, 1984). Skala samopouzdanja sadrži pet podskala: *podskala samocijenjenja*, *podskala zadovoljstva sobom*, *podskala podložnosti zloupotrebi supstanci na nagovor drugih*, *podskala socijalne anksioznosti*, *podskala opšte podložnosti uticajima*. Iako je kompozit samopouzdanja širi i složeniji od kompozita asertivnosti, asertivnost se ne izvodi iz samopouzdanja. Ona je povezana sa samopouzdanjem, ali je i u izvjesnoj mjeri i specifična, nezavisna od samopouzdanja.

Najprije ćemo prikazati ukupni skor skale samopouzdanja, a zatim ukupne skorove za podskale. Skala samopouzdanja ima karakter ordinalne petostepene skale, koja sadrži 37 tvrdnji. Najveći broj tvrdnji ima afirmativni karakter, tako da niski skorovi znače nedostatak samopouzdanja, a visoki, visoki stepen samopouzdanja. Kada je riječ o tvrdnjama sa negativnim predznakom, mi smo o tome vodili računa u skorovanju i skorovali ih u skladu sa smjerom većine ostalih tvrdnji. Tako je minimalni broj poena 37 a maksimalni 185 poena. Visoke frekvencije su pomjerene iznad prosjeka, prema gornjem dijelu tabele, ali ne naročito (tabela 54). Idealni prosjek je 111 poena (srednja vrijednost između 37 i 185), dok je aritmetička sredina 122,5. Ukupna distribucija je negativno asimetrična ($Skjunes = -1,53$) i dosta zašiljena ($Kurtozis = 4,475$). U cjelini, ispitanici pokazuju iznad prosječno samopouzdanje. Na to ukazuje i činjenica da čak 71,9% ispitanika ima između 112 i 150 poena. Dakle, iznad idealnog prosjeka podskale distribuirano je blizu četiri petine ispitanika. Ako se ima u vidu da je riječ o vrlo mladoj populaciji onda ovaj nalaz dobija još više na značaju.

Tabela 54. – Distribucija ukupnog skora skale samopouzdanja za mlade od 12 do 18 godina

Broj poena	Broj ispitanika	Procenat	Kumulativni procenat
0	4	0,3	0,3
5	1	0,1	0,4
26	2	0,2	0,6
28	1	0,1	0,6
31	1	0,1	0,7
34	1	0,1	0,8
35	1	0,1	0,9
43	1	0,1	1,0

Broj poena	Broj ispitanika	Procenat	Kumulativni procenat
46	1	0,1	1,0
47	1	0,1	1,1
50	2	0,2	1,3
51	1	0,1	1,4
52	3	0,2	1,6
54	1	0,1	1,7
56	2	0,2	1,8
57	3	0,2	2,1
58	5	0,4	2,5
59	1	0,1	2,6
60	1	0,1	2,6
61	2	0,2	2,8
62	2	0,2	3,0
63	2	0,2	3,1
64	1	0,1	3,2
65	2	0,2	3,4
66	2	0,2	3,5
67	1	0,1	3,6
68	2	0,2	3,8
69	2	0,2	3,9
70	2	0,2	4,1
71	2	0,2	4,3
73	2	0,2	4,4
75	1	0,1	4,5
76	5	0,4	4,9
77	1	0,1	5,0
79	2	0,2	5,1
80	2	0,2	5,3
81	2	0,2	5,5
83	5	0,4	5,9
84	1	0,1	5,9
85	3	0,2	6,2
86	1	0,1	6,3
87	1	0,1	6,3
88	2	0,2	6,5
89	4	0,3	6,8
90	4	0,3	7,1
91	6	0,5	7,6
92	5	0,4	8,0
93	3	0,2	8,3
94	3	0,2	8,5
95	4	0,3	8,8
96	7	0,6	9,4
97	5	0,4	9,8
98	12	1,0	10,8

Broj poena	Broj ispitanika	Procenat	Kumulativni procenat
99	10	0,8	11,6
100	9	0,7	12,3
101	12	1,0	13,2
102	5	0,4	13,6
103	9	0,7	14,4
104	7	0,6	14,9
105	12	1,0	15,9
106	11	0,9	16,8
107	7	0,6	17,3
108	10	0,8	18,1
109	14	1,1	19,3
110	14	1,1	20,4
111	15	1,2	21,6
112	18	1,4	23,0
113	29	2,3	25,4
114	20	1,6	27,0
115	26	2,1	29,1
116	18	1,4	30,5
117	25	2,0	32,5
118	19	1,5	34,0
119	29	2,3	36,4
120	30	2,4	38,8
121	26	2,1	40,9
122	25	2,0	42,9
123	26	2,1	44,9
124	29	2,3	47,3
125	27	2,2	49,4
126	34	2,7	52,2
127	32	2,6	54,7
128	24	1,9	56,7
129	38	3,0	59,7
130	23	1,8	61,6
131	17	1,4	62,9
132	25	2,0	64,9
133	29	2,3	67,3
134	37	3,0	70,2
135	25	2,0	72,2
136	20	1,6	73,8
137	40	3,2	77,0
138	19	1,5	78,6
139	22	1,8	80,3
140	18	1,4	81,8
141	23	1,8	83,6
142	18	1,4	85,1
143	23	1,8	86,9

Broj poena	Broj ispitanika	Procenat	Kumulativni procenat
144	19	1,5	88,4
145	8	0,6	89,1
146	11	0,9	90,0
147	14	1,1	91,1
148	12	1,0	92,1
149	8	0,6	92,7
150	10	0,8	93,5
151	12	1,0	94,5
152	2	0,2	94,6
153	8	0,6	95,3
154	9	0,7	96,0
155	11	0,9	96,9
156	6	0,5	97,4
157	7	0,6	97,9
158	2	0,2	98,1
159	3	0,2	98,3
160	4	0,3	98,6
161	3	0,2	98,9
162	2	0,2	99,0
163	3	0,2	99,3
164	3	0,2	99,5
166	2	0,2	99,7
168	1	0,1	99,8
169	1	0,1	99,8
174	1	0,1	99,9
177	1	0,1	100,0
Ukupno	1246	100,0	

* Od 1246 ispitanika 11 (0,9%) imalo je ispod minimalno mogućih 37 poena. Uvi-dom u izvorni materijal konstatovali smo da ovi ispitanici nijesu odgovorili na pojedina ili većinu pitanja, a uključeni su u obradu i analizu.

Aritmetička sredina	122,5
Standardna greška za aritmetičku sredinu	0,65
Medijana	126
Mod	137
Standardna devijacija	22,93
Varijansa	525,9
Skjunes	-1,53
Standardna greška za Skjunes	0,069
Kurtozis	4,475
Standardna greška za Kurtozis	0,139

Distribucije ukupnih skorova podskala za uzorak mladih od 12 do 18 godina

Podskalu samocijenjenja sačinjava 10 tvrdnji (VI – 1–1 do VI–2, upitnika za mlade od 12 do 18 godina, prilog na kraju). Tvrdnje imaju pozitivan predznak, te niski skorovi označavaju nisko samocijenjenje, a visoki skorovi visoko samocijenjenje. U petostepenoj ordinalnoj skali minimalan broj poena je 10, a maksimalan 50 poena.

Distribucija je negativno asimetrična ($Skjunes = -1,50$) i vrlo zašiljena (Kurtozis = 3,885). Postoji tendencija pomjeranja visokih frekvencija oko i iznad prosjeka (do 30 poena ima samo 27,8% ispitanika, a preko tog broja 72,8%). Aritmetička sredina iznosi 32,92. Distribucija podskale samocijenjenja dosta je slična distribuciji ukupnog skora skale samopouzdanja, iako su prosječne vrijednosti nešto niže.

Zbog ograničenosti prostora nijesmo u mogućnosti da prezentiramo distribucije ukupnih skorova podskala, niti tabele pratećih statistika, već ćemo ih iznijeti u komentaru.

Podskalu zadovoljstva sobom sačinjavaju tvrdnje od VI–3 do VI–7 (upitnik za mlade od 12 do 18 godina, prilog na kraju studije). Aritmetička sredina iznosi 16,02. Do idelnog prosjeka od 15 poena nalazi se blizu 40% ispitanika. Frekvencije su pomjerene prema većim vrijednostima, ali ne u tolikoj mjeri kao u slučaju distribucije ukupnog skora skale samopouzdanja ili podskale samocijenjenja. Distribucija je blago negativno asimetrična ($Skjunes = -0,423$) i blago spljoštena (Kurtozis = $-0,310$). Sudeći po ovim podacima, učenici crnogorskih osnovnih i srednjih škola više sebe cijene nego što su zadovoljni sobom. Da li u ovoj diskrepanci imaju ulogu i kulturološki obrasci, ne možemo dicitirano kazati. To nam izgleda prihvatljivim objašnjenjem jer samocijenjenje implicitno podrazumijeva poređenje sa drugima, a pogotovu se na ovom uzrastu teško prihvata saznanje da su drugi možda vredniji od nas.

Podskalu podložnosti uticajima drugih i podložnosti pušenju duvana na nagovor drugih sačinjavaju tvrdnje od VI–8 do VI–15. Minimalan broj poena na ovoj skali iznosi 8, a maksimalan 40. Aritmetička sredina iznosi 34,7, a medijana i mod dostižu vrijednosti od čak 40 poena. Više od 60% ispitanika ima iznad 34,7 poena. Distribucija je izražena negativno-asimetrična ($Skjunes = -0,029$) i veoma zašiljena (Kurtozis = 4,151). Učenici crnogorskih osnovnih i srednjih škola smatraju da su vrlo podložni uticaji svojih vršnjaka uopšte, a posebno pušenju cigareta duvana na nagovor drugih.

Podskalu socijalne anksioznosti sačinjavaju tvrdnje od VI–15 do VI–18–7, dakle ukupno devet tvrdnji. Minimalan skor je 9, a maksimalan 45. Niski skorovi označavaju visoku, a visoki skorovi nisku socijalnu anksioznost. Aritmetička sredina iznosi 26,86, a medijana i mod po 26,9 poena. Distribucija je vrlo blago negativno asimetrična ($Skjunes = -0,22$)

i veoma blago spljoštena (Kurtozis = - 0,11). Iznad idealnog prosjeka nalazi se 48,4% ispitanika. Svi ovi nalazi ukazuju da se distribucija pomalo približava normalnoj razdiobi. Ova distribucija je relativno najbližnja distribuciji ukupnog skora podskale zadovoljstva sobom. Da li je ta sličnost samo slučajna ili krije neku dublju smisaonu vezu, teško je reći.

Podskalu opšte podložnosti uticajima drugih sačinjavaju tvrdnje od VI-19-1 do VI-19-5. Nju sačinjavaju 5 tvrdnji. Minimalni skor na podskali iznosi 5, a maksimalni 25 poena. Ovdje minimalni skor znači minimalnu podložnost uticajima drugih, a maksimalni skor maksimalnu podložnost. Aritmetička sredina iznosi 13,8 poena. Do idealnog prosjeka distribuirano je 51% ispitanika. Veće frekvencije neznatno su pomjerene prema većim vrijednostima (Skjunes = - 0,77). Distribucija je blago negativno asimetrična i vrlo blago spljoštena (Kurtozis = - 0,26). Najbližnja je distribuciji ukupnog skora podskale socijalne anksioznosti, a zatim ukupnom skorom podskale zadovoljstva sobom.

Na osnovu svega iznesenog o ukupnim skorovima podskala možemo zaključiti da učenici crnogorskih osnovnih i srednjih škola sebe relativno visoko cijene i, istovremeno, smatraju da su vrlo podložni uticajima vršnjaka, i posebno uticajima da puše cigarete duvana na nagovor drugih. Skloni smo da vjerujemo kako na ovakve ocjene izvjestan uticaj imaju i tradicionalni kulturološki obrasci. S druge strane, izgleda da su im ocjene o zadovoljstvu sobom, socijalnoj anksioznosti i ocjene o opštoj podložnosti uticajima drugih, realnije. Da li, kada je riječ o zadovoljstvu sobom i socijalnoj anksioznosti, teže mogu inkorporirati kulturološke obrasce jer su samozadovoljstvo i socijalna anksioznost više obojeni emocionalnim doživljajima, teško je reći. Da li na realniju procjenu socijalne anksioznosti ipak djelimično utiču i kulturološki obrasci, jer se zbog jakog kolektivnog *super-ega* u ovoj sredini manja socijalna poželjnost u grupi vršnjaka, a pogotovu socijalno odbacivanje traumatično doživljava, takođe nam je teško reći, ali su svakako dileme koje bi valjalo postaviti kao istraživačke probleme u nekim drugim istraživanjima, značajnim i u širem kontekstu problema socijalizacije mladih u Crnoj Gori.

Pored osnovnih informacija o intenzitetu samopouzdanja na ukupnoj skali samopouzdanja i intenzitetu psiholoških dimenzija na pomenutih pet podskala, nas su posebno interesovale strukturalne karakteristike ovog složenog psihološkog kompozita. Zato smo 37 tvrdnji sa skale samopouzdanja podvrgli faktorskoj analizi, čije osnovne statistike prezentiramo u tabeli 55.

Tabela 55. – Statistiki faktorske analize skale samopouzdanja mladih od 12 do 18 godina

Kaiser–Meyer–Olkin Measure of Sampling Adequacy	0,825
Test of Bartlett's	Approx. Chi Square 7805,041
Sphericity	Df. 666
	Sig. 0,000

Factor	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
I	6,224	16,821	16,821	5,096	13,773	13,773
II	3,824	10,335	27,155	2,904	7,850	21,623
III	2,260	6,109	33,264	1,054	2,849	24,472
IV	1,933	5,224	38,488	1,207	3,261	27,733
V	1,683	4,594	43,037	0,676	1,829	29,561

Faktorska struktura je dosta razučena. Od velikog broja faktora interpretabilni su prvih pet (tabela 56). Prvih pet faktora objašnjavaju 43% ukupne varijanse, dok samo prvi faktor objašnjava svega oko 17%.

Na prvom faktoru izdvojile su se tvrdnje VI-1-5, VI-5, VI-1-2, VI-6 i VI-1-4. Sa najvećim opterećenjima izdvojile su se po jedna tvrdnja sa podskale samocijenjenja (zadovoljan(na) sobom) i skoro istovjetna tvrdnja sa podskale zadovoljstva (zadovoljan(na) sam sobom). Sa podskale samocijenjenja izdvojile su se još dvije tvrdnje: dobro izgledam i dobar sportista, i sa podskale zadovoljstva sobom tvrdnja srećan(na) sam. Prvi faktor mogli bismo nazvati *faktorom samocijenjenja i zadovoljstva sobom*.

Tabela 56. – Matrica faktorskog modela skale samopouzdanja za mlade od 12 do 18 godina

Tvrdnje		Faktori				
		I	II	III	IV	V
1.5.	Smatram da sam zadovoljan (na) sobom.	0,715				
5.	Zadovoljan(na) sam sobom.	0,671		0,140		
1.2.	Smatram da dobro izgledam.	0,488		0,183	0,305	
6.	Srećan(na) sam.	0,484		-0,210		0,105
1.4.	Smatram da sam dobar sportista.	0,428		0,122		
1.6.	Smatram da sam popularan(na).	0,388		0,140		
7.	Želio (ljela) bih da sam drugačiji(ja).	-0,383		0,180		0,152
18.3.	Nimalo mi nije neprijatno kada dajem komplimente.		0,589			
18.4.	Nimalo mi nije neprijatno kada dobijam komplimente.		0,557		0,103	

Tvrdnje		Faktori				
		I	II	III	IV	V
18.2.	Nimalo mi nije neprijatno kada pričam sa nekim koga sam sreo(la).	-0,202	0,545		0,190	
18.5.	Nimalo mi nije neprijatno kada izražavam svoja osjećanja.	0,195	0,512			
18.6.	Nimalo mi nije neprijatno kada pozivam nekoga na sastanak.	0,267	0,506	0,140	-0,230	
18.1.	Nimalo mi nije neprijatno kada se upoznajem sa osobom suprotnog pola.		0,469		0,150	
18.7.	Nimalo mi nije neprijatno kada započinjem razgovor sa nepoznatom osobom		0,455	0,112		
11.	U stanju sam da samostalno donosim odluke.		0,228		0,174	-0,120
16.	Kada sam u nepoznatom društvu ili se upoznajem sa nekim obično sam nervozan (na).		-0,150	0,119	0,108	0,135
14.	Ako bi mi neko ponudio cigaretu uzeo (la) bih je i popužio(la).			0,791		
13.	Ako bi moji drugovi tražili od mene da pušim, ja bih to učinio(la).			0,723		
15.	Kada vidim na reklamama (na TV-i ili novinama) da neko puši i ja dobijem želju da zapalim.			0,673		
10.	Lako podliježem uticaju svojih vršnjaka.			0,295		0,133
9.	Volim da mi neko kaže što da radim.			0,188		0,135
1.8.	Smatram da sam istinoljubiv(a) i iskren (na).			-0,160	0,545	
1.7.	Smatram da sam druželjubiv(va).	0,171			0,505	
1.3.	Smatram da sam simpatičan(na).	0,241		0,148	0,460	
1.9.	Smatram da je lako družiti se sa mnom.		0,100		0,437	
1.1.	Smatram da sam pametan(na).	0,325			0,368	
17.	U društvu sam obično opušten (a) i siguran (a) u sebe.		0,154		0,284	
8.	Bolje je biti sam nego se po svaku cijenu privoljeti grupi.				0,162	

Tvrdnje		Faktori				
		I	II	III	IV	V
19.4.	Kada donosim značajne odluke, na mene najviše utiču novine, časopisi, knjige.					0,696
19.5.	Kada donosim značajne odluke na mene najviše utiču TV, radio, filmovi.				-0,150	0,648
19.3.	Kada donosim značajne odluke na mene najviše utiču nastavnici.					0,495
19.1.	Kada donosim značajne odluke na mene najviše utiču drugovi i drugarice.		0,110	0,125	0,105	0,304
12.	Sa lakoćom uspijevam druge da nagovorim da rade isto što i ja.			0,131		
2.	Sve što naumim mogu da sprovedem u djelo.	0,103			0,218	
3.	Sve što radim, radim bolje od većine vršnjaka.	0,259	-0,110			0,133
19.2.	Kada donosim značajne odluke na mene najviše utiču članovi porodice.				0,165	0,259
4.	Mogu da izađem na kraj sa teškim situacijama.	0,223	0,147	-0,100	0,100	0,290

Na drugom faktoru izdvojilo se čak sedam tvrdnji sa skale socijalne anksioznosti: 18-3, 18-4, 18-2, 18.5. i 18.6, sa opterećenjima iznad 0,500, te 18-1 i 18-7, sa opterećenjima iznad 0,400. Sve ove tvrdnje govore o lakom uspostavljanju socijalnih i emocionalnih odnosa sa drugim osobama, prije svega sa suprotnim polom. Ovaj faktor mogli bismo nazvati *faktorom socijalne kompetencije (neanksioznosti)* jer svi ajtemi imaju pozitivna opterećenja.

Na trećem faktoru izdvojile su se tvrdnje: 14. i 13. (sa visokim opterećenjima iznad 0,700) i 15. (sa opterećenjem iznad 0,600). Sve tri tvrdnje govore o podložnosti uticajima drugova za pušenje cigareta i uticaju mas-medija u istom pravcu. Ovaj faktor nazvali smo *faktorom podložnosti pušenju duvana na pritisak drugova i uticaja mas-medija*.

Na četvrtom faktoru izdvojile su se četiri tvrdnje: 1-8. i 1-7. (sa opterećenjima iznad 0,500) 1-3. i 1-9. (sa opterećenjima iznad 0,400). Sve četiri tvrdnje su sa podskale samocijenjenja, s tim što je u tri od četiri tvrdnje naglasak na socijalnoj poželjnosti od grupe. Ovaj faktor zato bismo mogli nazvati *faktorom samocijenjenja, sa posebnim naglaskom na socijalnu poželjnost od vršnjaka*.

Najzad, na petom faktoru izdvojile su se tri tvrdnje sa podskale opšte podložnosti uticajima: tvrdnje 19-4. i 19-5. (sa opterećenjima iznad 0,600) i tvrdnja 19-3. (sa opterećenjem iznad 0,400).

U ovim tvrdnjama ističe se da ispitanici prvenstveno podliježu uticajima novina i časopisa, zatim radiju, televiziji i filmu, pa tek onda prihvataju uticaje nastavnika. Ovaj peti faktor mogli bismo nazvati *faktorom podložnosti uticajima mas-medija i nastavnika*.

Možemo zapaziti da su se na tri faktora (drugom, trećem i petom) izdvojili manji ili veći djelovi podskale: na drugom najveći dio podskale socijalne anksioznosti, na trećem manje od polovine podskale podložnosti uticajima drugih i podložnosti pušenju duvana na nagovor drugih, a na petom više od polovine podskale opšte podložnosti uticajima drugih. Na prvom i četvrtom faktoru izdvojila se podskala samocijenjenja, s tim što se na četvrtom faktoru izdvojilo ispod polovine tvrdnji sa te podskale kao jedine, a još manje na prvom faktoru. Na prvom faktoru izdvojile su se i dvije tvrdnje sa podskale zadovoljstva sobom. Sa izuzetkom prvog faktora, na ostalim faktorima izdvojili su se manji ili veći djelovi odgovarajućih podskala, tako da faktorska analiza predstavlja svojevrsnu validaciju skale samopouzdanja.

Iz matrice interkorelacija (tabela 57) vidi se da od interpretabilnih pet prvih faktora visoku korelaciju ima samo prvi sa četvrtim faktorom (0,555), što je i očekivano jer su se na oba faktora izdvojile tvrdnje sa podskale samocijenjenja. Međutim, to takođe znači da, iako samocijenjenje čini jedinstvenu dimenziju samopouzdanja, ipak samocijenjenje ne mora imati jedinstven predmet mjerenja, jer se skala „podijelila” na dva faktora. Osim toga, jedini „nečisti” faktor je prvi, što je vjerovatno uslovljeno i samom formulacijom tvrdnji, od kojih su neke vrlo slične, tako da je najvjerovatnije ovo „prljanje” prvog faktora uslovljeno nedovoljno diferenciranim formulacijama tvrdnji na podskalama samocijenjenja i zadovoljstva sobom.

Tabela 57. – Matrica interkorelacija faktora skale samopouzdanja za mlade od 12 do 18 godina

Faktori	F a k t o r i				
	I	II	III	IV	V
I	1,000	0,372	-8,07E-0	0,555	0,141
II	0,372	1,000	0,177	0,391	0,246
III	-8,107E-0	0,177	1,000	-1,249E-0	0,358
IV	0,555	0,391	-1,249E-0	1,000	0,108
V	0,141	0,246	0,358	0,108	1,000

Jedan od ciljeva našeg istraživanja bio je i da ispitamo povezanost individualnih faktora rizika sa učestalošću upotrebe, zloupotrebe i zavi-

snosti mladih od psihoaktivnih supstanci. Pošli smo od pretpostavke da nisko samopouzdanje korelira sa zloupotrebom i zavisnošću od psihoaktivnih supstanci. Matrica interkorelacija optimalnih skorova za pojedine psihoaktivne supstance, oba faktorska skora i opšteg faktorskog skora sa ukupnim skorom skale samopouzdanja i ukupnim skorovima podskala, ne ukazuje na značajnije korelacije. Iz tabele 58. vidi se da između optimalnih skorova za psihoaktivne supstance, prvog i drugog faktorskog skora, te opšteg faktorskog skora (II reda) i ukupnog skora skale samopouzdanja nijesu utvrđene korelacije. Izuzetak donekle predstavlja negativna korelacija između optimalnog skora za alkohol i ukupnog skora skale samopouzdanja (-0,124). Iako je ova korelacija veoma blaga, u odnosu na druge koje su veoma niske, ona ipak predstavlja izvjesnu korelaciju. Kada je riječ o Pirsonovoj korelaciji, korelacija iznad 0,100 nije sasvim beznačajna, naročito kada se imaju u vidu i nestatistički kriterijumi. Naime, kod učenika crnogorskih osnovnih i srednjih škola procesi formiranja ličnosti su daleko od svog završetka, tako da i tendencije imaju relativno veliki značaj. Budući da optimalni skor za alkohol ima negativni predznak, to znači da su oni koji imaju nisko samopouzdanje skloniji zloupotrebi i zavisnosti od alkohola i, obratno, koji imaju visoko samopouzdanje skloniji su umjerenom potrošnji i apstinenciji. Ovaj nalaz u skladu je sa preovlađujućim uvjerenjem da je pasivno zavisnik odnos prema drugima najtipičnija crta ličnosti onih koji su skloni zloupotrebi alkoholnih pića (24, 25, 26, 27, 6).

Iz tabele 58. vidi se da nijesu utvrđene korelacije između optimalnih skorova za psihoaktivne supstance i faktorskih skorova, s jedne strane, a ukupnih skorova sa podskala samocijenjenja i zadovoljstva sobom, s druge strane. Jedine značajne korelacije utvrđene su između ukupnog skora podložnosti uticajima drugih i podložnosti pušenju duvana na nagovor drugih i optimalnih i faktorskih skorova. Značajne pozitivne korelacije utvrđene su između optimalnog skora za duvan i ukupnog skora ove podskale (0,413), te faktorskog skora II i opšteg faktorskog skora, s jedne, a ukupnog skora podložnosti uticajima vršnjaka i pušenja duvana na nagovor vršnjaka, s druge strane (iznad 0,400). Uočljive su umjerene korelacije optimalnih skorova za heroin, lijekove za smirenje i spavanje, marihuanu, prvi faktorski skor, kokain i trodon sa ovim ukupnim skorom, a blage imaju optimalni skorovi za extasy, alkohol i inhalanse (vidjeti tabelu 58).

Poslije podskale podložnosti uticajima vršnjaka i podložnosti pušenju duvana na nagovor drugih, podskala socijalne anksioznosti takođe relativno dobro korelira sa optimalnim i faktorskim skorovima. Evidentna je umjerena negativna korelacija između optimalnog skora za alkohol i ukupnog skora socijalne anksioznosti, a blaga između drugog i opšteg faktorskog skora, optimalnih skorova za duvan i marihuanu i ukupnog skora socijalne anksioznosti (tabela 58).

Tabela 58. – Matrica interkorelacija između optimalnih skorova za psihoaktivne supstance, dva faktorska skora i opšteg faktorskog skora sa ukupnim skorom skale samopouzdanja i ukupnim skorovima za pet podskala za mlade od 12 do 18 godina

Optimalni skorovi za psihoaktivne supstance i faktorski skorovi		Ukupni skorovi za skalu samopouzdanja i za pet podskala					
		Samo-pouzdanje	Samo-cije-njenje	Zado-voljst-vo sobom	Podložnost uticajima drugih i podložnost pušenju	Socija-lna anksi-oznost	Opšta podložnost uticajima drugih
Duvan	P*	-0,042	-0,025	-0,090	0,413	-0,147	-0,046
	Sig.**	0,139	0,378	0,02	0,000	0,000	0,105
	N	1246	1231	1237	1246	1224	1246
Alkohol	P	-0,124	-0,054	-0,64	0,184	-0,237	-0,30
	Sig.	0,000	0,057	0,025	0,000	0,000	0,286
	N	1246	1231	1237	1246	1224	1246
Marihuana	P	-0,001	-0,032	-0,066	0,277	-0,103	0,038
	Sig.	0,975	0,258	0,020	0,000	0,000	0,182
	N	1246	1231	1237	1246	1224	1246
Lijekovi za smirenje i spavanje	P	0,080	-0,029	0,013	0,278	-0,035	0,018
	Sig.	0,005	0,310	0,653	0,000	0,228	0,534
	N	1246	1231	1237	1246	1224	1246
Heroin	P	0,070	-0,020	-0,005	0,301	-0,026	0,029
	Sig.	0,013	0,486	0,848	0,000	0,354	0,308
	N	1246	1231	1237	1246	1224	1246
Trodon	P	0,023	-0,33	-0,009	0,225	-0,034	0,010
	Sig.	0,417	0,241	0,741	0,000	0,235	0,712
	N	1246	1231	1237	1246	1224	1246
Extasy	P	0,034	-0,038	0,017	0,193	-0,032	0,011
	Sig.	0,234	0,188	0,556	0,000	0,269	0,705
	N	1246	1231	1237	1246	1224	1246
Kokain	P	0,006	-0,038	0,028	0,245	-0,085	0,017
	Sig.	0,841	0,177	0,323	0,000	0,003	0,550
	N	1246	1231	1237	1246	1224	1246
Inhalansi	P	-0,010	-0,009	-0,023	0,174	-0,055	-0,044
	Sig.	-0,734	0,742	0,415	0,000	0,056	0,121
	N	1246	1231	1231	1246	1224	1246
Prvi faktorski skor	P	0,024	-0,049	-0,027	-0,278	-0,053	0,009
	Sig.	0,404	0,086	0,455	0,000	0,063	0,753
	N	1246	1231	1237	1246	1224	1246
Drugi faktorski skor	P	-0,039	-0,031	-0,079	0,413	-0,191	-0,012
	Sig.	0,172	0,279	0,006	0,000	0,000	0,669
	N	1246	1231	1237	1246	1224	1246
Opšti faktorski skor	P	-0,009	-0,046	-0,058	0,400	-0,141	-0,002
	Sig.	0,758	0,106	0,042	0,000	0,000	0,948
	N	1246	1231	1237	1246	1224	1246

* P = Pirsonova korelacija

** Sig. = Značajnost

Ovi rezultati upućuju na moguće razloge ovih ipak neočekivanih rezultata. Moguće je da za pružanje otpora pritiscima grupe vršnjaka da upotrebljavaju ili zloupotrebljavaju psihoaktivne supstance nijesu toliko presudni neki složeni psihološki kompoziti kao što su, npr.: samopouzdanje, samocijenjenje, zadovoljstvo sobom, pa i asertivnost, koliko specifične sposobnosti da prepoznamo situacije u kojima će se na učenike vršiti pritisci, načini i pravci vršenja pritisaka od strane drugih (u ovom uzrastu najčešće vršnjaka i vršnjakinja) kako bismo na njih efikasno odgovorili. Visoka podložnost uticajima vršnjaka i podložnost pušenju duvana na nagovor drugih govori u prilog ove pretpostavke o velikom značaju specifičnih vještina za pružanje otpora pritiscima drugih, a pozitivna korelacija sa optimalnim skorom za duvan je po sebi razumljiva.

Kada je riječ o korelacijama optimalnih i faktorskih skorova sa ukupnim skorom podskale anksioznosti, korelacije su negativne. Dakle, niski skorovi označavaju visoku socijalnu anksioznost, a visoki nisku socijalnu anksioznost, odnosno socijalnu kompetenciju. Očigledno da su ispitanici koji imaju višu socijalnu anksioznost, odnosno manju socijalnu kompetenciju, skloniji zloupotrebi i zavisnosti od psihoaktivnih supstanci, a posebno zloupotrebi alkohola, a zatim duvana i marihuane. Uočljiva je i veza drugog faktorskog skora sa ukupnim skorom socijalne anksioznosti. Podsjetimo se da su se na drugom faktoru zloupotrebe i zavisnosti mladih izdvojile uslovno rečeno „lake” droge, koje u svijesti mladih predstavljaju alkohol, duvan i marihuana.

Važnost učenja vještina u pružanju otpora pritiscima svakako ne negira značaj složenijih psiholoških dimenzija koje su u posebnim konstelacijama sa drugim činiocima značajni faktori rizika za nastanak i razvoj zloupotrebe i zavisnosti mladih od psihoaktivnih supstanci. O pojedincima od njih biće nešto više riječi kasnije.

Skala samopouzdanja za mlade od 19 do 30 godina

Skala samopouzdanja za mlade od 19 do 30 godina sadrži isti broj tvrdnji, identičnog značenja i redosljeda kao i za učenike crnogorskih osnovnih i srednjih škola (vidjeti VI dio, od 96. do 132. pitanja upitnika za mlade od 19 do 30 godina, prilog na kraju studije). Ova ordinalna petostepena skala sadrži 37 tvrdnji. Minimalni broj poena na skali je 37, a maksimalni 185 (tabela 59). Sistem skorovanja opisali smo kada je bilo riječi o istovjetnoj skali za mlade od 12 do 18 godina, te ga nećemo ponovo interpretirati. Idealni prosjek je 111 poena (srednja vrijednost između 37 i 185 poena), a aritmetička sredina 123,3 poena. Distribucija je slična uzorku učenika crnogorskih osnovnih i srednjih škola (aritmetička sredina za uzorak učenika je 122,5 poena). Međutim, nešto više je negativno asimetrična (Skjunes = - 1,96, u uzorku učenika: - 1,53) i znatno zašiljenija (Kurtozis = 9,140, u uzorku učenika 4,475). Frekvencije su pomjere-

ne prema višim vrijednostima jer se slično uzorku učenika crnogorskih osnovnih i srednjih škola, čak 72,2% ispitanika distribuira od 112 do 150 poena (vidjeti tabelu 59). Dakle, distribucija je dosta slična onoj za uzorak učenika crnogorskih osnovnih i srednjih škola, s tim što je intenzitet samopouzdanja nešto izraženiji u uzorku starijih. S obzirom na značajne razlike u godinama, očekivali smo da te razlike budu izrazitije. One se vjerovatno nijesu ostvarile jer su učenici manje kritično, a odrasli između 19 i 30 godina sa više kritičnosti procjenjivali svoje samopouzdanje. U svakom slučaju, ispitanici u oba uzorka tendiraju prema natprosječnim skorovima samopouzdanja.

Tabela 59. – Distribucija ukupnog skora skale samopouzdanja za uzorak mladih od 19 do 30 godina

Broj poena	Broj ispitanika	Procenat	Kumulativni procenat
0	7	1,2	1,2
43	1	0,2	1,4
60	1	0,2	1,6
70	1	0,2	1,8
74	1	0,2	1,9
75	1	0,2	2,1
76	1	0,2	2,3
77	1	0,2	2,5
79	1	0,2	2,6
81	1	0,2	2,8
82	1	0,2	3,0
84	2	0,4	3,3
85	2	0,4	3,7
87	3	0,5	4,2
89	2	0,4	4,6
90	1	0,2	4,7
91	1	0,2	4,9
92	6	1,1	6,0
94	5	0,9	6,8
96	3	0,5	7,4
97	1	0,2	7,5
98	4	0,7	8,2
99	2	0,4	8,6
100	9	1,6	10,2
101	6	1,1	11,2
102	5	0,9	12,1
103	5	0,9	13,0
104	6	1,1	14,0

Broj poena	Broj ispitanika	Procenat	Kumulativni procenat
105	6	1,1	15,1
106	3	0,5	15,6
107	3	0,5	16,1
108	5	0,9	17,0
109	12	2,1	9,1
110	5	0,9	20,0
111	10	1,8	21,7
112	7	1,2	22,9
113	10	1,8	24,7
114	10	1,8	26,4
115	10	1,8	28,2
116	10	1,8	29,9
117	11	1,9	31,9
118	12	2,1	34,0
119	8	1,4	35,4
120	15	2,6	38,0
121	13	2,3	40,3
122	22	3,9	44,1
123	12	2,1	46,2
124	22	3,9	50,1
125	11	1,9	52,0
126	13	2,3	54,3
127	20	3,5	57,8
128	14	2,5	60,2
129	8	1,4	61,6
130	12	2,1	63,7
131	10	1,8	65,5
132	9	1,6	67,1
133	11	1,9	69,0
134	5	0,9	69,9
135	12	2,1	72,0
136	10	1,8	73,7
137	6	1,1	74,8
138	17	3,0	77,8
139	11	1,9	79,7
140	12	2,1	81,8
141	10	1,8	83,5
142	8	1,4	84,9
143	12	2,1	87,0
144	5	0,9	87,9
145	5	0,9	88,8

Broj poena	Broj ispitanika	Procenat	Kumulativni procenat
146	7	1,2	90,0
147	3	0,5	90,5
148	7	1,2	91,8
149	1	0,2	91,9
150	5	0,9	92,8
151	6	1,1	93,9
152	6	1,1	94,9
153	1	0,2	95,1
154	2	0,4	95,4
155	1	0,2	95,6
156	1	0,2	95,8
157	1	0,2	96,0
158	1	0,2	96,1
159	2	0,4	96,5
160	3	0,5	97,0
161	4	0,7	97,7
162	3	0,5	98,2
165	1	0,2	98,4
166	1	0,2	98,6
167	3	0,5	99,1
169	1	0,2	99,3
170	1	0,2	99,5
171	1	0,2	99,6
174	1	0,2	99,8
176	1	0,2	100,0
Ukupno	571	100,0	

Aritmetička sredina	123,3
Standardna greška za aritmetičku sredinu	0,96
Medijana	124,0
Mod	122
Standardna devijacija	22,83
Varijansa	521,2
Skjunes	-1,96
Standardna greška za Skjunes	0,102
Kurtozis	9,140
Standardna greška za Kurtozis	0,204

Distribucija ukupnih skorova podskala za uzorak od 19 do 30 godina

Podskalu samocijenjenja sačinjavaju 10 tvrdnji (od VI-96. do VI-105, upitnika za mlade od 19 do 30 godina, prilog na kraju). Podsjetimo se da tvrdnje imaju pozitivan predznak, tako da niski skorovi označavaju nisko samocijenjenje, a visoki skorovi visoko samocijenjenje. Takođe se podsjetimo da minimalan broj poena na podskali samocijenjenja iznosi 10, a maksimalan 50 poena.

Aritmetička sredina za distribuciju ove podskale nešto je niža nego za uzorak učenika, iako ne značajno (32,1, a u uzorku učenika 32,91). Međutim, distribucija u uzorku učenika znatno je negativno asimetričnija (Skjunes = - 0,31, a u uzorku učenika = - 1,50) i manje zašiljena (Kurtozis = 1,19, a u uzorku učenika - 3,885). U prilog značajnije pomjerenosti frekvencija u uzorku učenika prema većim vrijednostima nego u uzorku odraslih od 19 do 30 godina ide i nalaz da do idealnog prosjeka od 30 poena u uzorku učenika ima samo 27,8% ispitanika, a u uzorku odraslih 38,3%, kao i da su vrijednosti medijane i moda bliže idealnom prosjeku u uzorku starijih nego u uzorku mlađih (medijana u uzorku mlađih iznosi 34, a mod 36 poena, dok medijana u uzorku starijih iznosi 32, a mod 27 poena). Ispitanici starijeg uzrasta sebe u prosjeku nešto manje cijene nego učenici crnogorskih osnovnih i srednjih škola, a osim toga nešto su manje skloni ekstremnijim procjenama nego učenici. Vjerovatno je riječ o nešto većoj kritičnosti u procjenjivanju vlastitih vrijednosti, što je i očekivano. Međutim, ne treba izgubiti iz vida da razlike među uzorcima nijesu velike. Očekivali smo da, s obzirom na značajne razlike u godinama, one budu veće. Da li su opet tradicionalni kulturološki obrasci, prema kojima niti sebi niti drugima ne treba priznati da ne posjedujemo toliki repertoar vrijednosti koliko to o sebi mislimo, bili važniji u nivelisanju ovih očekivanih razlika, teško je reći. U svakom slučaju, taj aspekt ponašanja mladih ima šire i teorijsko i praktično značenje, pa zaslužuje da za sebe bude predmet posebnog istraživanja.

Podskalu zadovoljstva sobom sačinjava pet tvrdnji (od VI-106 do VI-110). Aritmetička sredina iznosi 15,95. Do idealnog prosjeka od 15 poena distribuirano je 42,2% ispitanika. Distribucija je veoma blago negativno asimetrična (Skjunes = - 0,10, u uzorku učenika - 0,423) i veoma blago zašiljena (Kurtozis = 0,281, u uzorku učenika 0,310). Iako su učenici crnogorskih osnovnih i srednjih škola prosječno neznatno zadovoljniji sobom, distribucije su veoma slične. I jedni i drugi sebe više cijene nego što su zadovoljni sobom, iako je, očekivano, ta diskrepanca među učenicima nešto veća, s obzirom na adolescentni period kroz koji prolaze. Da li i ova diskrepanca indirektno ukazuje na funkcionisanje određenih kulturoloških obrazaca? Samocijenjenje u većoj mjeri implicira poređenje sa kolektivnim vrijednosnim ego-idealom koji očigledno u crnogorskoj kulturi pretpostavlja visoke vrijednosne standarde i za kolektivitet i za poje-

dinca. U takvoj situaciji, da bi ispunili te visoke vrijednosne standarde kolektiviteta, mladi su skloni da procjenu vlastitih vrijednosti u izvjesnoj mjeri uljepšaju, što im istovremeno čuva vlastito samopoštovanje, toliko važno za očuvanje integriteta svake ličnosti. Naravno, naša analiza je više u domenu pretpostavki, ali priroda problema, kao što smo malo ranije rekli, zaslužuje posebno istraživanje.

Podskalu podložnosti uticajima drugih i podložnosti pušenju duvana na nagovor drugih sačinjavaju tvrdnje od VI-111 do VI-118 (prilog, upitnik za mlade od 19 do 30 godina). Podsjetimo se da minimalan broj poena na skali iznosi 8, a maksimalan 40 poena. Takođe se podsjetimo da u ovoj podskali niski skorovi znače malu podložnost zloupotrebi supstanci, a visoki skorovi veliku podložnost. Aritmetička sredina za uzorak starijih iznosi 28,5 i znatno je niža od one za uzorak učenika crnogorskih osnovnih i srednjih škola, koja iznosi 34,7 poena. Dok je kod učenika crnogorskih osnovnih i srednjih škola distribucija izrazito negativno asimetrična (Skjunes = - 2,020) u uzorku starijih je blago negativno asimetrična (Skjunes = - 0,65). U uzorku mladih ona je izrazito zašiljena (Kurtozis = 4,151), a u uzorku starijih veoma blago spljoštena (Kurtozis = -0,300). Do idealnog prosjeka koji iznosi 24 poena distribuiralo se, svega 2,9% učenika, a čak 36,1% ispitanika od 19 do 30 godina starosti. Svi ovi podaci jasno pokazuju da su učenici crnogorskih osnovnih i srednjih škola znatno skloniji da se ponašaju u skladu sa pritiscima drugih uključujući i pritiske za pušenje duvana (najčešće su to vršnjaci – prim. J.K.T.), nego mladi starijeg uzrasta od 19 do 30 godina. U svjetlu saznanja da je eksperimentisanje sa psihoaktivnim supstancama vezano za adolescentni period, a većim dijelom i zloupotreba i zavisnost, te da su u tom periodu pritisci vršnjaka najintenzivniji, ovaj nalaz je sasvim očekivan. Osim toga, mladi starijeg uzrasta već su izgradili svojevrzne manje ili više uspješne odbrane na pritiske da konzumiraju psihoaktivne supstance, ukoliko već nijesu počeli da ih zloupotrebljavaju ili od psihoaktivnih supstanci postali zavisni.

Podskalu socijalne anksioznosti sačinjava 9 tvrdnji (od VI-119 do VI-127, prilog – upitnik za mlade od 19 do 30 godina). Minimalan skor je 9, a maksimalan 45 poena. Podsjetimo se da niski skorovi označavaju visoku, a visoki nisku socijalnu anksioznost. Aritmetička sredina iznosi 29,1, medijana 29,9, a mod čak 34. U uzorku učenika crnogorskih osnovnih i srednjih škola aritmetička sredina iznosi 26,86 a medijana i mod po 26,9. Dok se distribucija podskale socijalne anksioznosti za učenike crnogorskih osnovnih i srednjih škola približava normalnoj razdiobi, uzorak odraslih od 19 do 30 godina ima blagu asimetričnu distribuciju (Skjunes = - 0,310) i blago zašiljenu distribuciju (Kurtozis = 0,339). Značajno je napomenuti da je do idealnog prosjeka, koji iznosi 27 poena, distribuirano 51,6% učenika i učenica crnogorskih osnovnih škola, a 38,3% mladih starijeg uzrasta od 19 do 30 godina.

Svi navedeni podaci nedvosmisleno upućuju na zaključak da je socijalna anksioznost prosječno izraženija među učenicima crnogorskih osnovnih i srednjih škola nego među starijim uzrastom mladih od 19 do 30 godina. Manja socijalna kompetentnost, odnosno veća socijalna anksioznost kod učenika i učenica crnogorskih osnovnih škola sasvim je očekivana u svjetlu saznanja o velikim iskušenjima sa kojima su učenici u adolescentnom periodu prirodno izloženi u svom socijalnom okruženju, iskušenjima u odnosu na individualne i društvene vrijednosne orijentacije, planiranje profesionalne budućnosti i, naročito, u odnosu na ispunjenja očekivanja od suprotnog pola. Imajući sve navedene faktore u vidu, očekivali smo da će razlike između dva uzorka biti još veće. Da li su učenici osnovnih i srednjih škola, usljed raširenih kolektivno-psiholoških obrazaca da se vlastita anksioznost u socijalnim odnosima prikriva ili negira, bili nešto manje iskreni i da li se upravo zbog smanjene iskrenosti učenika ove razlike nijesu pojavile u pravoj mjeri, teško je reći.

Podskalu opšte podložnosti uticajima drugih sačinjavaju tvrdnje od VI-128 do VI-132 (upitnik za mlade uzrasta od 19 do 30 godina). Ukupni skor za ovih pet tvrdnji kreće se u rasponu od 5 do 25 poena. Podsjetimo se da na ovoj podskali minimalni skor znači minimalnu, a maksimalni maksimalnu podložnost uticajima drugih. Distribucije za dva uzorka veoma su slične. Aritmetička sredina za uzorak odraslih iznosi 14,3 poena, a za uzorak učenika i učenica crnogorskih osnovnih i srednjih škola 13,8; medijana u uzorku odraslih iznosi 16, a u uzorku učenika 15, dok mod u oba uzorka iznosi 18. Distribucija u uzorku odraslih je blago negativno asimetrična, a takva je i u uzorku učenika (Skjunes u uzorku odraslih iznosi 0,784, a u uzorku učenika -0,770). U oba uzorka je vrlo blago spljoštena; Kurtosis u uzorku odraslih iznosi -0,300, a u uzorku učenika -0,260. Do idealnog prosjeka koji iznosi 15 poena distribuira se 47,6% ispitanika iz uzorka mladih od 19 do 30 godina i 51% učenika crnogorskih osnovnih i srednjih škola između 12 i 18 godina starosti. Možemo zaključiti da je riječ o dvije naj-sličnije distribucije ukupnih skorova podskala koje su skoro identične.

Očekivali smo da će ispitanici iz uzorka od 19 do 30 godina starosti ispoljiti prosječno znatno manju opštu podložnost uticajima drugih koja u ovom slučaju uključuje i personalizovane i impersonalne autoritete (štampa, radio, televizija, filmovi i dr.). Skloni smo da vjerujemo da se nedostatak ovih razlika (čak su ispitanici starijeg uzrasta za nijansu prosječno više podložni uticajima drugih) može objasniti sa dvije grupe činilaca: s jedne strane, tradicionalnim kulturološkim obrascima komformiranja sa onima koji su deklarirani kao društveni autoriteti zbog djelovanja relativno jakog kolektivnog *super-ega* a s druge, djelstvom sasvim suprotnih demokratskih kulturnih modela, kojima se *a priori* ne favorizuje nijedan autoritet nego mladi prema vlastitim kritičkim procjenama daju prednost jednom ili drugom autoritetu u datom trenutku ili periodu. Da takvi simultani oblici praktičnog ponašanja, suprotno vladajućim naučnim mi-

šljenjima, nijesu inkompatibilni sa strukturalnim obilježjima društvene svijesti javnog mnjenja Crne Gore ubjedljivo su pokazali rezultati jednog drugog skorašnjeg istraživanja (27). Ako se prisjetimo faktorske analize skale samopouzdanja vidjeli smo da su se na petom faktoru kao značajna strukturalna obilježja izdvojili mas-mediji, a ne roditelji. Taj nalaz ide u prilog ove druge pretpostavke, iako ne treba u izvjesnoj mjeri isključiti i prvu.

Dosadašnja komparacija karakteristika distribucija ukupnih skorova podskala u dva uzorka mladih u Crnoj Gori, prije svega, ukazuje da su mlađi starijeg uzrasta kritičniji u procjeni na pojedinim podskalama (naročito podskali samocijenjenja, pa i podskali zadovoljstva sobom), dok u skladu sa očekivanjima mladi starijeg uzrasta ispoljavaju manju podložnost uticajima drugih (vršnjaka), posebno podložnost pušenju duvana na nagovor drugih i manju socijalnu anksioznost. Međutim, očekivali smo da će te razlike biti još i veće. Ponudili smo moguća objašnjenja koja smo potražili u ravni specifičnih tradicionalnih i savremenih kulturnih obrazaca, a koji su nam se činili dominantnim u objašnjenju sasvim neočekivanog rezultata da između prosječnih ispoljavanja opšte podložnosti uticajima drugih nema gotovo nikakvih razlika među uzorcima. Naravno, riječ je o pretpostavkama koje bi neko od sljedećih istraživanja moglo potvrditi ili negirati.

Slično uzorku učenika crnogorskih osnovnih i srednjih škola, nas je pored intenziteta ukupnog skora na skali samopouzdanja i na pet podskala u okviru ove skale, interesovalo i da li se mogu utvrditi posebne strukturalne dimenzije ove skale ili ne. Posebno su nas interesovale strukturalne razlike i sličnosti među skalama i podskalama dva uzorka mladih. Da bismo došli do odgovora na postavljena pitanja, 37 tvrdnji petostepene ordinalne skale samopouzdanja za mlade starijeg uzrasta podvrgli smo faktorskoj analizi, čije osnovne statistike prikazujemo u tabeli 60.

Tabela 60. – Statistici faktorske analize skale samopouzdanja mladih od 19 do 30 godina

Kaiser–Meyer–Olkin Measure of Sampling Adequacy	0,872
Bartlett's Test of Sphericity Approx. Chi–Squar	6976,244
Dif.	666
Sig.	0,000

Tabela 61. – Svojstvene vrijednosti matrice interkorelacija

Factor	Initial Egenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
I	8,815	23,824	23,824	7,967	21,533	21,533
II	4,804	12,983	36,807	3,969	10,727	21,260
III	2,311	6,245	43,052	1,536	4,151	36,411
IV	1,942	5,248	48,300	1,337	3,614	40,025
V	1,714	4,633	52,933	0,900	2,433	42,458
VI	1,494	4,039	56,972	0,666	1,801	44,259

Matrica faktorskog modela (tabela 62) ukazuje na jednu vrlo razude-
nu faktorsku strukturu, u kojoj je od velikog broja faktora interpretabilno
čak sedam.

Na prvom, najjačem faktoru, koji objašnjava oko 24 ukupne varijan-
se (kao još pet ostalih) izdvojilo se čak sedam tvrdnji sa opterećenjima iz-
nad 0,500 i do 0,800 (vidjeti tabelu 62). Izdvojila se gotovo cijela podska-
la socijalne anksioznosti. Ovaj prvi, najjači faktor možemo nazvati *fakto-
rom socijalne kompetencije, posebno u socijalnim odnosima sa suprotnim
polom* (a ne socijalne anksioznosti) zato što sve tvrdnje sa visokim satura-
cijama na ovom faktoru imaju pozitivna opterećenja. Komentarišući
ukupne skorove podskala već smo istakli da visoki pozitivni skorovi
označavaju nisku, a niski visoku anksioznost. Niska socijalna anksioznost
ustvari korespondira sa socijalnom kompetencijom.

Na uzorku mladih od 12 do 18 godina svih sedam tvrdnji sa manjim
saturacijama izdvojilo se na drugom, slabijem faktoru (tabela 56). Očigle-
dno, riječ je o važnoj dimenziji samopouzdanja za oba uzorka ispitanika,
iako, značajnijoj za mlade od 19 do 30 godina.

Na drugom faktoru izdvojile su se tvrdnje: 103, 104, 102, 98. i 96, sa
visokim saturacijama od 0,500 do 0,800. Sve ove tvrdnje su iz podskale
samocijenjenja, ali je u njima prvenstveno naglasak na socijalnosti i so-
cijalnoj poželjnosti kao najvažnijim crtama ličnosti koje ispitanici kod se-
be cijene, a onda na kognitivnim sposobnostima. Ovaj drugi faktor mogli
bismo nazvati *faktorom samocijenjenja sa naglaskom na socijalnim, so-
cijalno poželjnim crtama vlastite ličnosti*. Dok se u ovom uzorku odraslih
na drugom faktoru izdvojila samo skala samocijenjenja, ona se na uzorku
učenika crnogorskih osnovnih i srednjih škola izdvojila na prvom faktoru
pomiješana sa podskalom zadovoljstva sobom, dok su se sadržajno slične
tvrdnje izdvojile na „četvrtom”, čistijem faktoru (vidjeti tabelu 56).

Tabela 62. – Matrica faktorskog modela skale samopouzdanja za mlade
od 19 do 30 godina

Tvrdnje		Faktori						
		I	II	III	IV	V	VI	VII
<i>Nimalo mi nije neprijatno kada:</i>								
123.	Dajem komplimente.	0,711	0,145			-0,110		0,189
126.	Pozivam nekoga na sastanak.	0,684	-0,260				0,157	
122.	Pričam sa nekim koga sam sreo (la).	0,679	0,180				-0,113	
125.	Izražavam svoja osjećanja.	0,652						
124.	Dobijam komplimente.	0,644					0,142	
127.	Započinjem razgovor sa nepoznatom osobom.	0,600						
121.	Upoznajem se sa osobom suprotnog pola.	0,556						-0,150
120.	U društvu sam obično opu- šten(a) i siguran(a) u sebe.	0,311	0,193		0,270			-0,150
103.	Smatram da sam istino- ljubiv(va) i iskren(na).		0,743					

Tvrdnje		Faktori						
		I	II	III	IV	V	VI	VII
104.	Smatram da je lako družiti se sa mnom.	0,113	0,652					
102.	Smatram da sam druželjiv(va).		0,619					
98.	Smatram da sam simpatičan(na)	-0,100	0,557		0,110		0,552	
96.	Smatram da sam pametan(na)	-0,140	0,530		0,207		0,237	0,129
<i>Kada donosim značajne odluke na mene najviše utiču:</i>								
129.	Članovi porodice.		0,245	0,180	0,143	-0,130		0,126
131.	Novine, časopisi, knjige.				0,870			
132.	TV, radio, filmovi.				0,820			
130.	Nastavnici.				0,770			
128.	Prijatelji.	0,156	0,130	0,320	-0,100			0,152
108.	Zadovoljan(na) sam sobom.		0,226		0,685			
107.	Mogu da izađem na kraj sa teškim situacijama.				0,612			
109.	Srećan(na) sam.		0,239		0,559			
105.	Sve što naumim mogu da sprovedem u djelo.				0,443		0,304	
100.	Smatram da sam zadovoljan(na) sobom.		0,224		0,414		0,157	-0,110
114.	U stanju sam da samostalno donosim odluke.	0,146			0,408			
115.	Sa lakoćom uspijevam druge da nagovorim da rade isto što i ja.	0,131	-0,200		0,210	0,143	0,192	0,150
117.	Ako bi mi neko ponudio cigaretu, uzco(la) bih je i popušio(la).					0,843		
118.	Kada vidim na reklamama (na TV-i ili novinama) da neko puši i ja dobijem želju da zapalim.					0,780		
116.	Ako bi moji drugovi tražili od mene da pušim ja bih to učinio(la).					0,712		
101.	Smatram da sam popularan(na).						0,647	
97.	Smatram da dobro izgledam.		0,411			0,592		
99.	Smatram da sam dobar sportista.	0,145					0,517	
106.	Sve što radim, radim bolje od drugih.		-0,180		0,360		0,444	
112.	Volim da mi neko kaže što da radim.		0,115					0,536
113.	Lako podliježem uticaju prijatelja i poznanika.					0,156		0,524
110.	Želio(željela) bih da sam drugačiji(ja).		-0,170		-0,140			0,457
119.	Kada sam u nepoznatom društvu ili se upoznajem sa nekim obično sam nervozan(na).	-0,133				0,167		0,411
111.	Bolje je biti sam nego se po svaku cijenu privoljeti grupi.				0,187		-0,135	0,237

Na trećem faktoru izdvojile su se tri tvrdnje sa podskale opšte podložnosti uticajima drugih: 131, 132. i 130. Sa vrlo visokim saturacijama od 0,700 do 0,900 (tabela 62) isti broj tvrdnji i istim redoslijedom izdvojio se na petom faktoru matrice faktorskog modela skale samopouzdanja za učenike crnogorskih osnovnih i srednjih škola (tabela 56). Ovaj faktor nazvali smo *faktorom podložnosti uticajima mas-medija i nastavnika*.

Od šest tvrdnji, koje su se izdvojile na četvrtom faktoru, prve tri sa najvećim opterećenjima od 0,600 do 0,800 su sa podskale zadovoljstva sobom, druge dvije sa podskale samocijenjenja (105. i 100) i jedna sa podskale podložnosti uticajima drugih (vršnjaka) i podložnosti pušenju duvana na nagovor drugih – 114. Ova tvrdnja indirektno govori i o zadovoljstvu sobom („U stanju sam da samostalno donosim odluke”). Isto tako, tvrdnja 100. („zadovoljan(na) sam sobom” iz podskale samocijenjenja ima svoju paralelnu u podskali zadovoljstva sobom. Zato bismo ovaj faktor mogli nazvati *faktorom zadovoljstva sobom i djelimično samocijenjenja*.

Na petom faktoru izdvojile su se sa visokim saturacijama od 0,700 do 0,900 tri tvrdnje iz podskale podložnosti uticajima drugih, posebno pušenju duvana na nagovor drugih. To su: 117, 118. i 116. Iste tri tvrdnje izdvojile su se na trećem faktoru matrice faktorskog modela za mlade od 12 do 18 godina. *Ovaj faktor mogli bismo nazvati faktorom uticaja vršnjaka i mas-medija na pušenje duvana*.

Na šestom faktoru izdvojile su se četiri tvrdnje, od kojih su sa saturacijama od 0,500 do 0,700 sa skale samocijenjenja (101, 97. i 99), a jedna (106) sa skale zadovoljstva sobom. Sve ove tvrdnje ukazuju na visoki socijalni rejting i poželjnost ispitanika u grupi drugova i prijatelja. Dakle, ovaj faktor mogli bismo nazvati *faktorom samocijenjenja u kome je glavno uvjerenje o socijalnoj dominaciji i poželjnosti u socijalnom okruženju*.

Najzad, na sedmom faktoru izdvojile su se tri tvrdnje sa podskale podložnosti uticajima drugih (112, 113. i 110) i jedna tvrdnja sa skale socijalne anksioznosti. Ovo je najslabiji faktor. One ukazuju na podložnost uticajima drugih, nedostatak samopouzdanja i socijalnu anksioznost u prvim kontaktima sa drugim osobama. Ovaj faktor zato smo nazvali *faktorom podložnosti uticajima drugih, nedostatka samopouzdanja i socijalne anksioznosti*.

Za razliku od učenika crnogorskih osnovnih i srednjih škola, mladi starijeg uzrasta u strukturalnom smislu dominiraju socijalnom kompetencijom i samosviješću o svojim socijalnim vrijednostima i mogućnostima, jer osim tog što sadržaj prvog, u strukturalnom pogledu najjačeg faktora ukazuje na socijalnu kompetenciju, u drugom, takođe čistom faktoru, na kome se izdvojio dio tvrdnji sa skale samocijenjenja, naglasak je ipak na smaosvijesti ispitanika o njihovoj socijalnoj poželjnosti i prihvaćenosti. Treći i peti faktor su po broju i značenju izdvojenih tvrdnji identični, s

tim što je u matrici faktorskog modela skale samopouzdanja za učenike to bio peti faktor, odnosno peti faktor iz ove faktorske matrice koji se odnosi na pušenje duvana na nagovor drugih u matrici faktorskog modela za učenike, zauzima treće mjesto. Drugi faktor iz matrice faktorskog modela za odrasle sličan je četvrtom faktoru matrice faktorskog modela za učenike. Na taj način sadržajno su slična ili identična četiri faktora. Prvi faktor u matrici faktorskog modela skale samopouzdanja za učenike nema svoj analogan faktor u matrici faktorskog modela za odrasle.

Osim četvrtog, u matrici faktorskog modela skale samopouzdanja za odrasle nečisti su još šesti i sedmi faktor. Najviše se na razne faktore dijeli podskala samocijenjenja, koja se nalazi na tri faktora. Na dva faktora nalazi se u kombinaciji sa drugim podskalama (četvrtim i šestim) dok se na drugom nalazi samo dio skale samocijenjenja. Najteže interpretabilan je sedmi faktor, koji nema analogan faktor u matrici faktorskog modela skale samopouzdanja za učenike crnogorskih osnovnih i srednjih škola.

Osim podskale samocijenjenja u oba uzorka na dva dijela se još dijeli podskala samozadovoljstva sobom, dok se podskala podložnosti uticajima drugih, posebno podložnosti pušenju duvana na nagovor drugih, takođe dijeli na dva faktora.

Možemo zaključiti da su osnovne strukturalne dimenzije (faktori) u oba uzorka mladih u Crnoj Gori slične, s tim što su strukturalno najjače dimenzije jasnije profilisane u uzorku starijih. To su u sadržajnom pogledu istovremeno dimenzije koje ukazuju na socijalnu kompetenciju odraslih i njihovu pojačanu samosvijest o svojim socijalnim vrijednostima i mogućnostima. U svjetlu saznanja da u adolescentnom periodu mladi najviše imaju problema sa socijalnom kompetencijom i socijalnom anksioznošću ovaj nalaz je očekivan. S druge strane, matrica faktorskog modela skale samopouzdanja je u cjelini razuđenija i nešto nečistija, čemu najviše doprinose šesti i sedmi faktor u ovoj matrici (tabela 62). To je, po našem uvjerenju, ipak nalaz od sekundarne važnosti u odnosu na saznanje o izraženoj socijalnoj kompetenciji i samosvijesti o njoj u uzorku starijih.

U uzorku starijih podskala samocijenjenja se dijeli na tri, a u uzorku učenika na dva faktora. Slična je situacija i sa podskalom zadovoljstva sobom. Naše je mišljenje da ove skale predstavljaju složene psihološke kompozite čiji aspekti nijesu ravnomjerno „pokriveni” tvrdnjama. Osim toga, nije ih u operacionalizaciji lako odvojiti od sličnih psiholoških dimenzija. Moguće je i da upitnik koji ispitanici sami popunjavaju nije baš najadekvatnija tehnika za istraživanje ovako složenih psiholoških sadržaja, a pogotovu ne bi trebalo da bude jedina tehnika.

U cjelini posmatrajući, matrica interkorelacija među faktorima (tabela 63) ukazuje da među faktorima ne postoje značajne korelacije. To sugerise ideju da je riječ o relativno nezavisnim dimenzijama. Tome ide u prilog i nalaz da se u matrici faktorskog modela na pojedinim faktorima

izdvojio skoro cjelokupni ili veći dio pojedinih podskala, što je, kao što smo ranije kazali, predstavljalo svojevrsnu validaciju tih skala. Ipak, zapažene su visoke pozitivne korelacije prvog i drugog sa četvrtim faktorom, šestog sa četvrtim i sedmog sa trećim faktorom (tabela 63). Korelacija prvog faktora sa četvrtim očekivana je, jer je socijalna kompetencija u strukturalnom smislu povezana sa zadovoljstvom sobom, a korelacija drugog i četvrtog faktora postaje jasnija u svjetlu saznanja da podskala samocijenjenja dijelom izdvojila na drugom, a dijelom na četvrtom faktoru. Podskala samocijenjenja se i na uzorku mladih starijeg uzrasta „podijelila” na dva faktora, što ukazuje da ona nije „čista”, iako je korelacija između drugog i četvrtog faktora relativno visoka. Iz istih razloga relativno visoko koreliraju šesti i četvrti faktor. Dakle, podskala samocijenjenja u uzorku mladih od 19 do 30 godina „podijelila” se na tri faktora, što još više potvrđuje iznijeti zaključak o tome da je ova podskala dosta „nečista”.

Relativno visoka korelacija trećeg sa sedmim faktorom proističe iz činjenice da se na trećem faktoru izdvojio dio podskale opšte podložnosti uticajima drugih, a na sedmom, veoma „nečistom” faktoru, pored djelova drugih podskala izdvojio se i dio podskale podložnosti uticajima drugih i podložnosti pušenju duvana na nagovor drugih. Izgleda da ove dvije podskale imaju bar u pojedinim svojim djelovima, zajednički predmet mjerenja, što je prihvatljivo u svjetlu logične pretpostavke da ako je neko uopšte podložan uticajima drugih, podložan je i u specifičnim situacijama, kao što su pritisci drugih da se uzmu cigarete duvana.

Čini se da neke podskale samopouzdanja nijesu dovoljno „čiste”, bar ne primijenjene na uzorcima naših ispitanika.

Tabela 63. – Matrica interkorelacija faktora skale samopouzdanja za mlade od 19 do 30 godina

Faktori	Faktori						
	I	II	III	IV	V	VI	VII
I	1,000	0,429	0,133	0,523	0,198	0,399	-2,876E-0
II	0,429	1,000	-0,144	0,578	-0,151	0,427	-0,260
III	0,133	-0,140	1,000	-3,005E-0	0,378	0,274	0,517
IV	0,523	0,578	-3,005E-0	1,000	1,071E-0	0,524	-0,245
V	0,198	-0,150	0,387	1,071E-03	1,000	0,289	0,466
VI	0,399	0,427	0,274	0,524	0,289	1,000	6,831E-02
VII	-2,876E-0	-0,260	0,517	-0,245	0,466	6,831E-0	1,000

Slično uzorku učenika crnogorskih osnovnih i srednjih škola, željeli smo da ispitamo povezanost individualnih faktora rizika sa učestalošću upotrebe, zloupotrebe i zavisnosti mladih uzrasta od 19 do 30 godina od psihoaktivnih supstanci. Takođe smo pošli od pretpostavke da nisko samopouzdanje, nisko samocijenjenje, nezadovoljstvo sobom, podložnost

uticaju drugih (prvenstveno vršnjaka), posebno podložnost pušenju cigareta na nagovor drugih, socijalna anksioznost i opšta podložnost uticajima drugih koreliraju sa upotrebom, zloupotrebom i zavisnošću od psihoaktivnih supstanci, odnosno, sa optimalnim i faktorskim skorovima bolesti zavisnosti i opštim faktorskim skorom.

Iz matrice interkorelacija optimalnih skorova za psihoaktivne supstance, faktorskih skorova i opšteg faktorskog skora, s jedne strane (tabela 64) te ukupnih skorova za skalu samopouzdanja i ukupnih skorova pet podskala, s druge strane, slično odgovarajućoj matrici interkorelacija za učenike crnogorskih osnovnih i srednjih škola uočavaju se rijetke i relativno blage korelacije, u prosjeku slabije nego na uzorku učenika.

Kao i u uzorku učenika crnogorskih osnovnih i srednjih škola, najbolje korelacije sa optimalnim skorovima, faktorskim skorovima i opštim faktorskim skorom ima podskala podložnosti uticajima drugih i, posebno, podložnosti pušenju duvana na nagovor drugih. Prema očekivanju, najveća je pozitivna korelacija ukupnog skora ove podskale sa optimalnim skorom za duvan (0,479), a zatim sa drugim faktorskim skorom. I jedna i druga korelacija sasvim su očekivane. U ovoj skali se eksplicitno naglašava podložnost pušenju cigareta duvana na nagovor drugih, a podsjetimo se da su se na drugom faktoru faktorske analize optimalnih skorova psihoaktivnih supstanci za mlade od 29 do 30 godina izdvojili samo duvan i alkohol sa visokim saturacijama – iznad 0,600. Ukupni skor ove podskale pozitivno korelira i sa opštim faktorskim skorom (0,291), a blago sa optimalnim skorom za lijekove za smirenje i spavanje i optimalnim skorom za alkohol (tabela 64). Dakle, ispitanici starijeg uzrasta, koji zloupotrebljavaju alkohol i duvan ili su od ovih psihoaktivnih supstanci zavisni, podložniji su uticajima drugih, posebno pušenju duvana na nagovor drugih. Takođe, oni su skloniji zloupotrebi i zavisnosti od psihoaktivnih supstanci uopšte (pozitivna korelacija sa opštim faktorskim skorom za psihoaktivne supstance jeste 0,291). Zanimljivo je zapaziti da sa ukupnim skorom skale samopouzdanja takođe blago pozitivno korelira optimalni skor za duvan.

Tabela 64. – Matrica interkorelacija između optimalnih skorova za psihoaktivne supstance, dva faktorska skora i opšteg faktorskog skora sa ukupnim skorom skale samopouzdanja i ukupnim skorovima podskala za mlade od 19 do 30 godina.

Optimalni skorovi za psihoaktivne supstance i faktorski skorovi		Ukupni skorovi za skalu samopouzdanja i za pet podskala					
		Samopouzdanje	Samo-cije-njenje	Zado-volj-stvo sobom	Podložnost drugim i podložnost pušenju	Soci-jalna anksi-oznost	Opšta podložnost uticajima drugih
Duvan	P*	0,102	0,032	0,060	0,479	-0,073	0,021
	Sig.**	0,014	0,449	0,156	0,000	0,082	0,623
	N	571	569	564	571	562	571
Alkohol	P	-0,020	0,011	0,046	0,114	-0,090	-0,69
	Sig.	0,634	0,797	0,257	0,007	0,033	0,98
	N	0,571	0,559	0,564	0,571	0,562	0,571
Marihuana	P	-0,049	-0,046	-0,060	0,088	-0,010	-0,045
	Sig.	0,240	0,282	0,154	0,035	0,818	0,283
	N	571	559	564	571	562	571
Lijekovi za smirenje i spavanje	P	0,203	0,167	0,158	0,179	0,148	0,010
	Sig.	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,809
	N	571	559	564	571	562	571
Heroin	P	-0,037	0,001	-0,063	0,018	-0,001	-0,062
	Sig.	0,378	0,989	0,133	0,667	0,983	0,141
	N	571	559	564	571	562	571
Trodon	P	-0,036	-0,025	0,003	0,040	-0,015	-0,078
	Sig.	0,392	0,557	0,936	0,344	0,723	0,063
	N	571	559	564	571	562	571
Extasy	P	-0,003	0,019	0,043	0,040	0,019	-0,072
	Sig.	0,940	0,653	0,309	0,342	0,661	0,085
	N	571	559	564	571	562	571
Kokain	P	-0,006	-0,037	0,027	0,057	-0,021	-0,030
	Sig.	0,878	0,389	0,517	0,1756	0,622	0,478
	N	571	559	564	571	562	571
Inhalansi	P	-0,059	-0,090	-0,079	0,083	-0,068	-0,071
	Sig.	0,162	0,034	0,061	0,048	0,107	0,089
	N	571	559	564	571	562	571
Faktorski skor I	P	-0,045	-0,015	-0,046	0,061	-0,019	-0,096
	Sig.	0,282	0,722	0,276	0,144	0,647	0,022
	N	571	559	564	571	562	571
Faktorski skor II	P	0,069	0,028	0,061	0,393	0,074	-0,027
	Sig.	0,099	0,508	0,146	0,000	0,081	0,514
	N	571	559	564	571	562	571
Opšti faktorski skor	P	0,015	0,008	0,010	0,291	0,059	0,079
	Sig.	0,714	0,846	0,819	0,000	0,159	0,060
	N	571	559	564	571	562	571

* P = Pirsonova korelacija

** Sig. = Značajnost

Pored podskale podložnosti uticajima drugih, posebno podložnosti pušenju duvana na nagovor drugih, najznačajniji nalaz koji sadrži ova matrica jeste da optimalni skor za lijekove za smirenje i spavanje pozitivno korelira sa ukupnim skorom za skalu samopouzdanja, ali i sa svim ukupnim skorovima za podskale, izuzev podskale opšte podložnosti uticajima. Dakle, ispitanici koji imaju manje samopouzdanja, manje sebe cijene, manje su zadovoljni sobom i podložni su uticajima drugih, posebno pušenju duvana na nagovor drugih, skloniji su razvoju zloupotrebe i zavisnosti od lijekova za smirenje i spavanje. Neočekivan je jedino nalaz o vezi ovog optimalnog skora sa ukupnim skorom sa podskale socijalne anksioznosti, jer oni koji imaju manju socijalnu anksioznost skloniji su zloupotrebi lijekova za smirenje i spavanje nego oni koji imaju veću. Jedino moguće objašnjenje je da takve ličnosti socijalnu anksioznost prikrivaju ili je neurotskim odbrambenim mehanizmom reaktivne formacije „pretvaraju” u socijalnu kompetenciju. Mi smo uvjerenja da se iza tendencije mladih starijeg uzrasta za zloupotrebom i zavisnošću od lijekova za smirenje i spavanje vjerovatno „krije” generalizovana neurotska struktura ličnosti koja se reperkutuje na smanjeno samopouzdanje, smanjeno samopoštovanje, smanjeno zadovoljstvo sobom i povećanu podložnost i sugestibilnost u relacijama sa drugim osobama. Naravno, ovu pretpostavku bi trebalo provjeriti u nekom posebnom istraživanju na drugom, nezavisnom uzorku. S druge strane, kao i u slučaju optimalnog skora za duvan, moguće je da su ove korelacije pomalo artefakt relativno većeg broja slučajeva s obzirom da je upotreba i zloupotreba tableta za smirenje i spavanje rasprostranjena, naravno ne u mjeri u kojoj su to alkohol i duvan. U oba uzorka postigle bi se veće korelacije da smo imali dovoljnu kritičnu masu onih koji zloupotrebljavaju određene, pogotovu jake psihoaktivne supstance, tako da nedostatak većih korelacija u nizu slučajeva može biti artefakt ove činjenice.

Izuzev kada je riječ o lijekovima za smirenje i spavanje, čija su upotreba i zloupotreba u neposrednijoj vezi sa određenim, vjerovatno preovlađujuće neurotičnim poremećajima ličnosti, i na uzorku mladih starijeg uzrasta potvrdila se pretpostavka da u prevenciji, pa i terapiji zavisnosti mladih od psihoaktivnih supstanci treba više insistirati na bihevioralnim tehnikama učenja vještina otpora da se mladi odupru pritiscima prvenstveno vršnjaka za upotrebom i zloupotrebom psihoaktivnih supstanci, nego što je potrebno ići u složenije analize psihodinamskih mehanizama ličnosti koji mogu biti precipitirajući faktori upotrebe i zloupotrebe psihoaktivnih supstanci. To svakako ne znači da klasične psihoterapijske tehnike treba isključiti, ali se čini da ove kognitivno-bihevioralne tehnike i u prevenciji i u terapiji donose brže i povoljnije rezultate, te ih vjerovatno treba uzeti kao metode izbora u prevenciji zloupotrebe psihoaktivnih supstanci od strane mladih i terapiji mladih koji su od ovih supstanci postali zavisni.

FAKTORSKA ANALIZA SKALA ASERTIVNOSTI I SAMOPOUZDANJA ZA OBA UZORKA

U ranijim odjeljcima ukazali smo na strukturalne razlike među uzorcima mladih od 12 do 18 i od 19 do 30 godina. Te razlike nijesu beznačajne, što je opravdalo njihove posebne analize. Ukazali smo i na sličnosti strukturalnih dimenzija (faktora) koje su u sadržajnom pogledu često bile veće, nego razlike. Iako rezultati upućuju na opravdanost zaključka o razdvojenoj analizi uzoraka, pomenute sličnosti strukturalnih dimenzija (faktora) u sadržajnom pogledu, dale su nam u izvjesnoj mjeri za pravo da oba uzorka u smislu analize strukturalnih karakteristika tretiramo jedinstveno.

Faktorska analiza skale asertivnosti za oba uzorka mladih starosti od 12 do 30 godina

Statistici faktorske analize dati su u tabeli 65.

Tabela 65. – Statistici faktorske analize skale asertivnosti za oba uzorka mladih od 12 do 30 godina

Kaiser–Mayer–Olkin Measure of Sampling Adequacy

0,774

Bartlett's Test of Sphericity Aprox. Chi – Squar

5350,615

Dif.

153

Initial Eigenvalues				Extraction Sums of Squared Loadings		
Factor	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
I	3,582	19,900	19,000	2,229	12,384	12,384
II	2,464	13,688	33,587	1,531	8,507	20,891
III	1,518	8,432	42,019	0,436	2,424	23,314
IV	1,355	7,417	49,436	0,291	1,617	24,931

Matrica faktorskog modela (tabela 66) ukazuje da su se izdvojila tri interpretabilna faktora, dok četvrti sadrži samo jednu tvrdnju sa saturacijom nešto većom od 0,400.

Na prvom faktoru za oba uzorka izdvojile su se tri identične tvrdnje kao i na prvom faktoru za mlade od 12 do 18 godina, sa tom razlikom što je na prvom faktoru za učenike crnogorskih osnovnih i srednjih škola redosljed prve dvije tvrdnje bio obrnut. Ovaj faktor, koji objašnjava najveći procenat ukupne varijanse (20%) sa saturacijama na prve dvije tvrdnje

preko 0,700, nazvali smo faktorom izražene asertivnosti prvenstveno u pokušajima nagovora drugih da puše i piju. To je, izgleda, strukturalno najvažniji aspekt asertivnosti.

Tabela 66. – Matrica faktorskog modela skale asertivnosti za oba uzorka mladih starosti od 12 do 30 godina

Tvrđnje		F a k t o r i			
		I	II	III	IV
9.	Kažeš „ne” kada neko pokušava da te nagovori da pušiš.	0,716			
10.	Kažeš „ne” kada neko pokušava da te nagovori da piješ.	0,712			
8.	Kažeš „ne” kada te neko nagovara da učiniš ono što ne želiš.	0,543			
16.	Kažeš drugima da su uradili nešto što nije fer.		0,606		
15.	Kažeš svoje mišljenje čak i kada znaš da se drugi, možda, neće složiti s njime.		0,549		
14.	Pozoveš kelnera ukoliko te do tada nije primijetio i uslužio.		0,454		
17.	Ako se izgubiš, zamoliš nekog od prolaznika da ti pomogne da se snađeš.		0,412		
20.	Zamoliš nekoga, ko ti smeta, da to više ne čini.		0,402		
5.	Kažeš nekome da ti se dopada.			0,567	
19.	Pozoveš nekoga na sastanak.			0,529	
4.	Započinješ razgovor sa nepoznatom osobom.			0,143	
13.	Ne dopuštaš da neko prepisuje od tebe.	-0,189		0,303	
2.	Zamoliš nekoga za uslugu.	0,109		0,260	0,130
12.	Buniš se kada dobiješ manji kusur.				0,438
7.	Zamoliš drugove da vrate ono što si im pozajmio.				0,388
11.	Pobuniš se kada neko pokuša da stane ispred tebe u red.		0,134		0,387
3.	Kažeš „ne” kada neko pokušava da pozajmi novac od tebe.		-0,220		0,334
6.	Vratiš kupljenu stvar u prodavnicu ukoliko nije ispravna.				

Na drugom faktoru izdvojile su se tvrdnje: 16, 17, 14, 17. i 20. To je relativno nov faktor. Iako su tvrdnje različite od drugog faktora sa skale asertivnosti za mlade od 12 do 19 godina, smisaono bi mu najviše odgo-

varao naziv ovog faktora. Tako bismo ga nazvali *faktorom pojačane asertivnosti u slučaju direktne neopravdane ugroženosti interesa mladih od strane drugih*.

Treći faktor je u svemu identičan *trećem faktoru iz matrice faktorskog modela skale asertivnosti za mlade od 12 do 18 godina*, čak i sa vrlo sličnim saturacijama. *Ovaj faktor takođe bismo nazvali faktorom izražene asertivnosti prema suprotnom polu*.

Četvrti najslabiji faktor ima samo jednu tvrdnju (12). Ako bi ga uopšte trebalo interpretirati onda bi on trebao da bude najbližiji četvrtom faktoru iz matrice faktorskog modela skale asertivnosti za mlade uzrasta od 19 do 30 godina, na kome su se izdvojile tri tvrdnje. Ovaj faktor po toj analogiji mogli bismo nazvati *faktorom asertivnog ponašanja u cilju odbrane ugroženih materijalnih interesa ispitanika od drugih*.

Možemo zaključiti da je faktorizacija ukazala da je faktorska struktura skale asertivnosti mladih od 12 do 30 godina mnogo sličnija faktorskoj strukturi skale asertivnosti mladih od 12 do 18 godina nego faktorskoj strukturi skale asertivnosti za mlade uzrasta od 19 do 30 godina. Da li se to djelimično može pripisati i veličini uzorka? Vjerovatno, iako ne samo tome.

Tabela 67. – Matrica interkorelacija među faktorima skale asertivnosti za oba uzorka mladih starosti od 12 do 30 godina

Faktori	F a k t o r i			
	I	II	III	IV
I	1,000	0,455	-0,180	8,049E-0
II	0,455	1,000	0,345	0,602
III	-0,186	0,345	1,000	0,420
IV	8.049E-0	0,602	0,420	1,000

Matrica interkorelacija među faktorima za ukupan uzorak (tabela 67) pokazuje visoku pozitivnu korelaciju prvog i četvrtog faktora (0,602), a nešto umjerenije prvog i drugog (0,455), te trećeg i četvrtog (0,420). Opet se djelimično mogu ponoviti neke bitne konstatacije za matricu interkorelacija skale asertivnosti mladih od 12 do 18 godina. Na drugom, a uslovno i na prvom, izdvojile su se tvrdnje koje ukazuju na jedno generalizovano asertivno ponašanje, a na četvrtom tvrdnja koja opisuje asertivno ponašanje usmjereno prema specifičnoj životnoj sferi. Kao što smo istakli i ranije, vjerujemo da je asertivnost jedinstven fenomen, ali da se različito manifestuje u različitim sferama društvenog života ličnosti. Ovi specifični aspekti asertivnog ponašnja upoznaju se i usvajaju u procesu učenja.

Faktorska analiza skale samopouzdanja za ukupan uzorak mladih starosti od 12 do 30 godina

Osnovni statistici skale samopouzdanja za ukupan uzorak dati su u 68. tabeli.

Matrica faktorskog modela skale samopouzdanja za ukupan uzorak (tabela 68) ukazuje na dosta razučenu faktorsku strukturu koja je bar u tom pogledu sličnija matrici faktorskog modela za mlade od 19 do 30 godina, nego matrici faktorskog modela skale samopouzdanja učenika crnogorskih osnovnih i srednjih škola. Ali to nije slučaj u pogledu redosljeda faktora.

Na prvom faktoru izdvojilo se pet tvrdnji sa podskele samocijenjenja: 1-2, 1-3, 1-6, 1-4. i 1.1-1. Ovaj faktor nazvali smo *faktorom samocijenjenja, u kome dominira socijalna privlačnost*. Ovaj faktor bitno se razlikuje od sadržaja prvog faktora u matrici faktorskog modela skale samopouzdanja za mlade starijeg uzrasta (tabela 62), a sličan je prvom faktoru iz matrice faktorskog modela skale samopouzdanja za mlade od 12 do 18 godina (tabela 56). Sa prvim faktorom skale samopouzdanja za učenike crnogorskih osnovnih i srednjih škola dijeli pola istih tvrdnji. Međutim, na prvom faktoru za ukupan uzorak izdvojile su se i tvrdnje koje ukazuju na izraženu samosvijest ispitanika o svojoj socijalnoj privlačnosti.

Tabela 68. – Statistiki faktorske analize skale samopouzdanja za ukupan uzorak mladih od 12 do 30 godina

Kaiser–Meyer–Olkin Measure of Sampling Adequacy	0,862
Bartlett's Test of Sphericity Approx. Chi–Squar	13347,46
Dif.	630
Sig.	0,000

Initial Eigenvalues				Extraction Sums of Squared Loadings		
Factor	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
I	6,788	18,857	18,857	5,710	15,860	15,860
II	3,992	11,089	29,946	3,082	8,561	24,421
III	2,303	6,397	36,343	1,273	3,537	27,957
IV	1,901	5,282	41,624	1,079	2,996	30,954
V	1,575	4,374	45,998	0,595	1,654	32,607
VI	1,380	3,833	49,831	0,417	1,157	33,765
VII	1,232	3,436	53,267	0,401	1,115	34,879
VIII	1,189	3,304	56,570	0,290	0,806	35,685

Tabela 69. – Matrica faktorskog modela skale samopouzdanja za ukupni uzorak mladih od 12 do 30 godina

Tvrdnja		Faktori							
		I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
1-2.	Smatram da dobro izgledam.	0,744							
1-3.	Smatram da sam simpatičan.	0,655				-0,130	0,220		
1-6.	Smatram da sam popularan.	0,552					-0,110		
1-4.	Smatram da sam dobar sportista.	0,511		-0,100			-0,100		-0,120
1-1.	Smatram da sam pametan	0,477					0,260		

Nimalo mi nije neprijatno kada:

18-3.	Dajem komplimente		0,640						
18-4.	Dobijam komplimente.		0,614						
18-5.	Izražavam svoja osjećanja.		0,590						
18-6.	Pozivam nekoga na sastanak.		0,541			0,103	-0,210		
18-2.	Pričam sa nekim koga sam sreo(la).		0,539			-0,120	0,147		0,138
18-1.	Upoznajem se sa osobom suprotnog pola.		0,461					-0,130	0,101
14.	Ako bi mi neko ponudio cigaretu uzeo(la) bih je i popužio(la).			0,856					
15.	Kada vidim na reklamama na TV-i i novinama da neko puši i ja dobijem želju da zapalim.			0,754					
13.	Ako bi moji drugovi tražili od mene da pušim ja bih to učinio(la).			0,724					

Kada donosim značajne odluke na mene najviše utiču:

19-4.	novine, časopisi, knjige,				0,795				
19-5.	TV, radio, filmovi,				0,747				
19-3.	nastavnici,				0,523	0,144	0,130	0,121	-0,170
19-1.	drugovi i drugarice.		0,141	0,122	0,241		0,123	0,147	

Tvrdnja	Faktori							
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
5. Zadovoljan(na) sam sobom.	0,137				0,600			0,129
1-5. Smatram da sam zadovoljan(na) sobom.	0,315				0,512			
6. Srećan(na) sam.					0,471	0,102		
7. Želio(ljela) bih da sam drugačiji(ja).					-0,370		0,239	0,197
1-8. Smatram da sam istinoljubiv(va) i iskren(na).	0,171					0,542		
1-7. Smatram da sam druželjubiv(va).	0,303					0,454		
1-9. Smatram da je lako družiti se sa mnom.	0,151	0,107				0,395		0,102
19-2. Kada donosim značajne odluke na mene najviše utiču članovi porodice.				0,144	0,127	0,266	0,179	-0,120
17. U društvu sam obično opušten(na) i siguran(na) u sebe.		0,142			0,139	0,256		0,124
9. Volim da mi neko kaže što da radim.							0,438	
10. Lako podliježem uticaju prijatelja i poznanika.			0,129				0,378	
16. Kada sam u nepoznatom društvu ili se upoznajem sa nekim obično sam nervozan(na).		-0,130					0,290	
2. Sve što naumim mogu da sprovedem u djelo.	0,173							0,413
3. Sve što radim, radim bolje od većine vršnjaka.	0,281					-0,130		0,384
4. Mogu da izađem na kraj sa teškim situacijama.					0,251			0,368
12. S lakoćom uspijevam druge da nagovorim da rade isto što i ja.			0,115			-0,120		0,367
11. U stanju sam da samostalno donosim odluke.	-0,136	0,153				0,135		0,307
8. Bolje je biti sam nego se po svaku cijenu privoljeti grupi.				-0,110				0,190

Na drugom faktoru sa opterećenjima od 0,500 do 0,700 (sa izuzetkom jedne tvrdnje) izdvojilo se šest tvrdnji sa podskale socijalne anksioznosti: 18-3, 18-4, 18-5, 18-6, 18-2. i 18-1. S obzirom da viši pozitivni skorovi na ovoj skali znače nisku socijalnu anksioznost, odnosno socijalnu kompetenciju, ovaj faktor nazvali smo *faktorom socijalne kompetencije*. U uzorku mladih starijeg uzrasta 7 tvrdnji sa ove podskale sa istim predznakom izdvojilo se na prvom, najjačem faktoru, dok se isti broj tvrdnji sa ove podskale izdvojio na drugom faktoru matrice faktorskog modela skale samopouzdanja za učenike crnogorskih osnovnih i srednjih škola. Valja naglasiti da je i drugi faktor u ovoj faktorskoj analizi, a i u onoj za učenike crnogorskih osnovnih i srednjih škola relativno jak. U ovoj analizi prvi faktor objašnjava oko 19% ukupne varijanse, a drugi nešto preko 11%. Relativno je sličan odnos ovih faktora i u faktorskoj analizi ove skale za učenike crnogorskih osnovnih i srednjih škola. Iako je drugi faktor u ovoj faktorskoj analizi opet sadržajno sličan drugom faktoru u faktorskoj analizi skale samopouzdanja za učenike crnogorskih osnovnih i srednjih škola, nesumnjivo je da je socijalna kompetencija veoma važna strukturalna dimenzija skale samopouzdanja u oba uzorka mladih u Crnoj Gori.

Na trećem faktoru sa vrlo visokim opterećenjima od 0,700 do 0,900 izdvojile su se tri tvrdnje sa podskale podložnosti uticajima drugih, posebno pušenju duvana na nagovor drugih. To su: 14, 15. i 13. Iste tvrdnje sa nešto nižim opterećenjima i sa nešto drugačijim redoslijedom izdvojile su se i na trećem faktoru u matrici faktorskog modela skale samopouzdanja za učenike crnogorskih osnovnih i srednjih škola (tabela 56), odnosno na petom faktoru u matrici faktorskog modela skale samopouzdanja za mlade starijeg uzrasta (tabela 62). Ovaj faktor nazvali smo *faktorom podložnosti pušenju duvana na pritisak drugova i uticaj na mas-medija za pušenje duvana*. Ponovo se potvrdila veća sličnost u redoslijedu javljanja određenih faktora faktorske analize za ukupan uzorak sa faktorskom analizom za učenike crnogorskih osnovnih i srednjih škola nego sa faktorskom analizom za uzorak mladih starijeg uzrasta.

Na četvrtom faktoru sa visokim saturacijama od 0,500 do 0,800 izdvojile su se tri tvrdnje sa podskale opšte podložnosti uticajima drugih (19-4, 19-5. i 19-3). Iste tvrdnje i istim redoslijedom izdvojile su se na trećem faktoru matrice faktorskog modela skale samopouzdanja za mlade starijeg uzrasta i na petom faktoru matrice faktorskog modela ove skale za učenike crnogorskih osnovnih i srednjih škola (vidjeti tabele 62. i 56). Ovaj faktor nazvali smo *faktorom podložnosti uticajima mas-medija i nastavnika*.

Na petom faktoru izdvojile su se tri tvrdnje: 5, 1-5. i 6. Dvije (prva i treća) uključene su u podskalu zadovoljstva sobom, a druga u podskalu samocijenjenja. Međutim, sve tri su smisaono vrlo slične i zato ovaj faktor možemo nazvati *faktorom zadovoljstva sobom*.

Iste dvije tvrdnje sa podskale zadovoljstva sobom, koje su se u faktorskoj analizi za ukupan uzorak izdvojile na petom faktoru, u faktorskoj

analizi skale samopouzdanja za uzorak mladih od 12 do 18 godina izdvojile su se na prvom faktoru sa još tri tvrdnje sa podskale samocijenjenja. Međutim, iako je ovaj peti faktor u ovoj faktorskoj analizi mnogo slabiji, on je, istovremeno, čistiji nego pomenuti prvi faktor iz matrice faktorskog modela skale samopouzdanja za učenike crnogorskih osnovnih i srednjih škola (uporediti tabele 69. i 56). Ove dvije tvrdnje u matrici faktorskog modela za mlade uzrasta od 19 do 30 godina izdvojile su se na četvrtom faktoru, ali u kombinaciji sa tvrdnjama sa još dvije podskale.

Na šestom faktoru izdvojile su se dvije tvrdnje sa podskale samocijenjenja: 1-8. i 1-7. Ovaj faktor nazvali smo *faktorom samocijenjenja, sa naglaskom na pravednosti i druželjubivosti*. Važno je napomenuti da su se ove dvije tvrdnje izdvojile u sklopu sa tvrdnjama sa drugih podskala na IV faktoru matrice faktorskog modela skale samopouzdanja za učenike crnogorskih osnovnih i srednjih škola i na drugom faktoru faktorske strukture iste skale za mlade uzrasta od 19 do 30 godina.

Na sedmom faktoru izdvojila se samo jedna tvrdnja (10) koja se odnosi na podložnost uticajima prijatelja i poznanika. Ako bismo ga uopšte trebali definisati ovaj faktor mogli bismo nazvati *faktorom podložnosti uticajima prijatelja i poznanika*. Ovaj faktor nema analognog u matrici faktorskog modela za mlade od 12 do 18 godina, a donekle je sličan sedmom faktoru matrice faktorskog modela skale samopouzdanja za mlade od 19 do 30 godina.

Najzad, na osmom faktoru izdvojila se opet samo jedna tvrdnja (3) iz podskale zadovoljstva sobom. I druga tvrdnja (4) koja ima opterećenje blizu 0,400 pripada podskali zadovoljstva sobom. Ako bismo ovaj faktor uopšte definisali mogli bismo ga nazvati *faktorom zadovoljstva sobom zbog veće socijalne uspješnosti* od drugih.

Matrica faktorskog modela skale samopouzdanja za ukupan uzorak ukazuje da je faktorska struktura razučena i u tom pogledu je slična matrici faktorskog modela ove skale za uzorak mladih od 19 do 30 godina. Međutim, suštinski je sličnija matrici faktorskog modela skale samopouzdanja za uzorak učenika crnogorskih osnovnih i srednjih škola jer su im redosljed i sadržina prvih, najjačih faktora dosta slični. U tom pogledu razlike između matrice faktorskog modela za ukupan uzorak i matrice faktorskog modela skale samopouzdanja za uzorak mladih od 19 do 30 godina mnogo su veće. Saturacije u matrici faktorskog modela za ukupan uzorak pokazuju da su se naročito podskale samocijenjenja, zadovoljstva sobom i podložnosti uticajima drugih, posebno pušenju duvana na nagovor drugih i u ovoj matrici „pocijepale” na dva ili tri faktora. Međutim, tu se krije, po našem mišljenju, najznačajnija razlika faktorske analize skale samopouzdanja za ukupan uzorak u odnosu na faktorske analize oba posebna uzorka mladih; u cjelini posmatrano faktori u faktorskoj analizi za ukupan uzorak „čistiji” su nego u faktorskim analizama za posebne uzorke, posebno su „čistiji” od faktora izdvojenih u matrici faktorskog modela skale

samopouzdanja mladih od 19 do 30 godina. Bez obzira da li se izdvojio veći ili manji dio podskale na određenom faktoru, sa jedim izuzetkom u ovoj matrici faktorskog modela ona se nije „miješala” sa drugim podskalama, kao što je to bio slučaj u matricama faktorskog modela za oba uzorka, posebno za uzorak mladih od 19 do 30 godina. Na prvih pet faktora izdvojile su se tvrdnje sa pet podskala, tako da ova matrica faktorskog modela pruža izvjesnu validaciju podjeli ukupne skale na pet podskala, što je važno imati u vidu kao kriterijum primjene ove skale u budućim sličnim istraživanjima na našim uzorcima mladih. Da li je „čistija” faktorska struktura u izvjesnoj mjeri i rezultat većeg uzorka (u prilog takvom zaključku ide činjenica da je faktorska struktura relativno najmanje „čista” kod najmanjeg uzorka mladih od 19 do 30 godina) teško je reći, ali i tu mogućnost kod planiranja sljedećih uzoraka za slična istraživanja valja imati u vidu.

Iz matrice interkorelacija (tabela 70) vidi se da visoke korelacije ima prvi sa petim i osmim faktorom, te drugi sa osmim (iznad 0,500), a relativno visoke (iznad 0,400) prvi sa drugim, četvrti sa sedmim i peti sa šestim faktorom.

Tabela 70. – Matrica interkorelacija faktora skale samopouzdanja za ukupan uzorak mladih od 12 do 30 godina

Faktori	Faktori							
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
I	1,000	0,484	0,131	0,204	0,557	0,360	-8,184E-0	0,535
II	0,484	1,000	0,257	0,231	0,379	0,295	-0,154	0,545
III	0,131	0,257	1,000	0,337	-0,261	-0,320	0,298	0,350
IV	0,204	0,231	0,337	1,000	-1,468E-0	-0,230	0,471	0,274
V	0,557	0,379	-0,260	-1,468E-0	1,000	0,444	-0,285	0,317
VI	0,360	0,295	-0,320	-0,235	0,444	1,000	-0,289	0,188
VII	-8,184E-0	-0,150	0,298	0,471	-0,285	-0,280	1,000	-0,210
VIII	0,535	0,545	0,350	0,247	0,317	0,188	-0,218	1,000

Korelacija prvog i petog faktora ukazuje da su podskale samocijenjenja i zadovoljstva sobom (pogotovu kada je riječ o socijalnim implikacijama samocijenjenja i zadovoljstva sobom) međusobno povezane. Iz istih razloga u korelaciji su prvi i osmi faktor. Prirodna je korelacija drugog i osmog faktora, odnosno socijalne kompetencije zadovoljstva sobom zbog veće socijalne uspješnosti od drugih. Takođe je logična korelacija prvog i drugog faktora, odnosno samocijenjenja zbog socijalne privlačnosti i socijalne kompetencije. Međutim, neočekivana je korelacija prvog i četvrtog faktora, osim ako se ne pretpostavi da neki sebe cijene zato što su podložni uticajima drugih, što ne mora u svjetlu teorije o autoritarnim karakterima biti nelogično. Korelacija trećeg i sedmog faktora je logična u svjetlu pretpostavke da sklonost ka podložnosti uticajima drugih utiče i na razvijanje specifičnih podložnosti – podložnosti pušenju duvana na nagovor drugih, što takođe izgleda logično i prihvatljivo. Korelacija petog i šestog faktora

predstavlja samo poseban slučaj već ranije manifestovane i diskutovane korelacije podskala samocijenjenja i zadovoljstva sobom.

Sudeći po rezultatima matrice interkorelacija za ukupan uzorak, a i na osnovu rezultata ove matrice za posebne uzorke, zapaža se da podskale koje se „dijele” na dva ili tri faktora teže većim pozitivnim korelacijama, što je sasvim očekivano, ako pretpostavimo da te podskale imaju izvjestan jedinstveni predmet mjerenja. Međutim, takođe se zapaža da podskale samocijenjenja i zadovoljstva sobom često međusobno relativno visoko pozitivno koreliraju, što ukazuje da ove podskale imaju i neki zajednički predmet mjerenja, koji se, po našem mišljenju, najbolje uočava u onim tvrdnjama obje podskale koje se odnose i na socijalnu dimenziju značenja obje podskale. Inače, podskala zadovoljstva sobom je podskala koja ima u ovoj analizi relativno najveći broj korelacija sa drugim podskalama, što se odnosi i na podskalu samocijenjenja kada je riječ o odvojenim uzorcima. Očigledno da ove podskale nemaju baš jedinstvene predmete mjerenja. U tom pogledu podskala podložnosti uticajima drugih, posebno pušenju duvana na nagovor drugih, u cjelini posmatrajući, pokazuje veću jedinstvenost, a zatim podskala opšte podložnosti uticajima drugih, dok najveću jedinstvenost ima podskala socijalne kompetencije, koja je izgleda najvalidnija.

Budući da je jedan od ciljeva istraživanja bio utvrđivanje individualnih faktora rizika, mi smo na osnovu stepena korelacije pojedinih kognitivnih aspekata o štetnim posljedicama pušenja duvana i pijenja alkohola, asertivnosti i samopouzdanja sa optimalnim skorovima za pojedine psihoaktivne supstance, te prvim, drugim i opštim faktorskim skorom, nastojali da saznamo u kojoj su mjeri ove psihološke dimenzije faktori rizika za zloupotrebu i zavisnost mladih od psihoaktivnih supstanci.

Iz tabele 71. vidi se da poslije podskale podložnosti uticajima drugih, posebno podložnosti pušenja duvana na nagovor drugih, najbolje korelira skala znanja o pušenju duvana i pijenu alkoholnih pića. Iako smo ranije kazali da znanje nije najbitniji faktor rizika za nastanak i razvoj zloupotrebe i zavisnosti mladih od psihoaktivnih supstanci, u odnosu na dosada ispitivane psihološke faktore rizika kognitivna dimenzija je ipak među najznačajnijim. Iz tabele 71. vidi se da opšti faktorski skor blago pozitivno korelira sa ukupnim skorom znanja o pušenju duvana i pijenju alkoholnih pića ($P=0,144$), sa prvim faktorskim skorom ($P=0,144$), a sa drugim faktorskim skorom korelacija je $0,100$. Možemo konstatovati da su ispitanici sa višim skorom znanja o štetnim posljedicama pušenja po čovjekovo zdravlje i ponašanje u socijalnoj sredini manje skloni zloupotrebi psihoaktivnih supstanci i zavisnosti od njih, a ovaj zaključak se potvrdio postojanjem korelacija između optimalnih skorova za marihuanu, lijekove za smirenje i spavanje, heroin, trodon i kokain sa ukupnim skorom znanja o štetnim posljedicama pušenja duvana i pijenja alkoholnih pića na čovjekovo zdravlje i ponašanje u socijalnoj sredini, iako je riječ o blagim pozitivnim korelacijama. Bez obzira što ove korelacije njesu viso-

ke, nalaz ukazuje na značaj kognitivne dimenzije u prevenciji i terapiji, o čemu je u epidemiološkom dijelu ove studije bilo riječi.

Tabela 71. – Matrica interkorelacija optimalnih skorova za psihoaktivne supstance, prvog i drugog faktorskog skora i opšteg faktorskog skora sa ukupnim skorovima skala znanja o pušenju duvana i pijenju alkoholnih pića, asertivnosti, samopouzdanja i ukupnim skorovima podskala skale samopouzdanja za ukupan uzorak mladih od 12 do 30 godina.

Optimalni skorovi za psih. sup.		Ukupni skorovi za tri skale i pet podskala							
		Znanje	Asertivnost	Samopouzdanje	Samocijenjenje	Zadovoljstvo sobom	Podložnost uticajima drugih	Socijalna anksioznost	Opšta podložnost uticajima drugih
Duvan	P	0,064	-0,047	0,005	-0,011	-0,044	0,410	-0,119	-0,025
	Sig.	0,007	0,048	0,836	0,642	0,059	0,000	0,000	0,295
	N	1817	1811	1817	1790	1801	1817	1786	1817
Alkohol	P	-0,003	-0,095	-0,094	-0,034	-0,035	-0,175	-0,207	-0,044
	Sig.	0,891	0,000	0,000	0,149	0,141	0,000	0,000	0,061
	N	1817	1811	1817	1790	1801	1817	1786	1817
Marihuana	P	0,105	-0,012	-0,016	-0,037	-0,064	0,195	-0,072	0,014
	Sig.	0,000	0,619	0,502	0,122	0,007	0,000	0,002	0,556
	N	1817	1811	1817	1790	1801	1817	1786	1817
Lijekovi za smirenje i spavanje	P	0,118	0,062	0,112	0,068	0,049	0,274	-0,011	0,010
	Sig.	0,000	0,008	0,000	0,004	0,39	0,000	0,645	0,671
	N	1817	1811	1817	1790	1801	1817	1786	1817
Heroin	P	0,120	-0,016	0,034	-0,009	-0,025	-0,221	-0,035	-0,002
	Sig.	0,000	0,487	0,149	0,705	0,298	0,000	0,137	0,916
	N	1817	1811	1817	1790	1801	1817	1786	1817
Trodon	P	0,130	0,012	-0,002	-0,025	-0,008	0,183	-0,045	-0,020
	Sig.	0,000	0,602	0,923	0,283	0,750	0,000	0,058	0,384
	N	1817	1811	1817	1790	1801	1817	1786	1817
Extasy	P	0,089	-0,010	-0,022	-0,022	0,025	0,130	0,016	-0,012
	Sig.	0,000	0,674	0,354	0,356	0,293	0,000	0,495	0,527
	N	1817	1811	1817	17980	1801	1817	1786	1817
Kokain	P	0,110	-0,024	-0,006	-0,019	-0,028	-0,169	-0,065	-0,003
	Sig.	0,000	0,298	0,807	0,421	0,241	0,000	0,006	0,886
	N	1817	1811	1817	1790	1801	1817	1786	1817
Inhalansi	P	0,097	-0,042	-0,025	-0,031	-0,039	0,134	-0,056	-0,052
	Sig.	0,000	0,073	0,294	0,197	0,096	0,000	0,018	0,028
	N	1817	1811	1817	1790	1801	1817	1786	1817
Prvi faktorski skor	P	0,144	-0,021	0,002	-0,040	-0,029	0,194	-0,043	-0,023
	Sig.	0,000	0,381	0,939	0,094	0,226	0,000	0,069	0,335
	N	1817	1811	1817	1790	1801	1817	1786	1817
Drugi faktorski skor	P	0,098	-0,049	-0,003	-0,014	-0,035	0,388	-0,153	-0,017
	Sig.	0,000	0,038	0,903	0,545	0,137	0,000	0,000	0,471
	N	1817	1811	1817	1790	1801	1817	1786	1817
Opšti faktorski skor	P	0,144	-0,041	-0,001	-0,032	-0,038	-0,346	-0,116	-0,025
	Sig.	0,000	0,081	0,959	0,180	0,107	0,000	0,000	0,291
	N	1817	1811	1817	1790	1801	1817	178	1817

* P = Pirsonova korelacija

** Sig. = značajnost

Ispred skale znanja, na prvom mjestu po broju i visini utvrđenih Pirsonovih korelacija dolazi podskala podložnosti uticajima drugih, posebno pušenju duvana na nagovor drugih (tabela 71). Pozitivne korelacije ukupnog skora ove podskale utvrđene su sa optimalnim skorovima za sve psihoaktivne supstance i za sva tri faktorska skora. Osim toga, ove korelacije prosječno su veće nego one između optimalnih skorova za psihoaktivne supstance i faktorskih skorova, s jedne strane, a ukupnog skora skale znanja o štetnim posljedicama pušenja duvana i pijenja alkoholnih pića, s druge. Sasvim je očekivano da ukupni skor ove skale ima najveću korelaciju sa optimalnim skorom za duvan, jer je riječ o psihoaktivnoj supstanci koja je osnovni predmet mjerenja ove skale. Međutim, mnogo je značajnije da je utvrđena relativno visoka pozitivna korelacija između ukupnog skora ove skale i opšteg faktorskog skora. S obzirom da je smjer skorovanja u oba skora isti, ova korelacija znači da ispitanici koji su podložni uticajima drugih, posebno pušenju duvana na nagovor drugih skloniji su zloupotrebi i zavisnosti od psihoaktivnih supstanci uopšte ($P = 0,346$). Ta korelacija je još nešto veća sa drugim faktorskim skorom ($P = 0,388$) nego sa prvim ($P = 0,914$), što je i razumljivo u svjetlu ranijih nalaza da su se na drugom faktoru izdvajale „lake” droge, tako da ova veća pozitivna korelacija sa drugim, nego sa prvim faktorom jednostavno može biti i artefakt te činjenice.

Pozitivne korelacije između optimalnih skorova za pojedine psihoaktivne supstance i ukupnog skora na ovoj podskali niže su od onih za opšti skor, od njih je relativno najveća između optimalnog skora za lijekove za smirenje i spavanje i ukupnog skora podskale podložnosti uticajima drugih. Dakle, mladi koji su manje podložni uticajima drugih, posebno za pušenje duvana, manje su skloni zloupotrebi i zavisnosti duvana, alkohola, marihuane, lijekova za smirenje i spavanje, heroina, trodona, extasyja, kokaina i inhalansa. Nalazi koji se odnose na ovu podskalu, mnogo više su u skladu sa sličnim nalazima za uzorak učenika crnogorskih osnovnih i srednjih škola nego kada je riječ o uzorku mladih od 19 do 30 godina.

Zanimljivo je zapaziti da ukupni skor podskala socijalne anksioznosti, za koju smo konstatovali da je faktorski „najčistija”, negativno korelira sa optimalnim skorovima za duvan i alkohol. To znači da ispitanici koji pokazuju socijalnu kompetenciju (odnosno nisku socijalnu anksioznost) istovremeno su skloniji zloupotrebi i zavisnosti od ovih psihoaktivnih supstanci. Da li je u ovom slučaju zloupotreba psihoaktivnih supstanci „u funkciji” jačanja socijalne kompetencije? Da li je cijena te socijalne kompetencije tolika da se mora plaćati upotrebom i zloupotrebom psihoaktivnih supstanci, jedno je od mogućih objašnjenja ovog neočekivanog rezultata. Nijesu li u ovom slučaju bihevioralni činioci kao riziko faktori značajniji od psiholoških, teško je reći. U svakom slučaju, ovaj neočekivani nalaz zaslužuje posebno istraživanje. Značajno je da je ova negativna korelacija utvrđena i sa drugim, pa i sa opštim faktorskim skorom. To raniju

generalizaciju o pozitivnoj vezi socijalne kompetencije i sklonosti mladih ka zloupotrebi i zavisnosti od psihoaktivnih supstanci proširuje na sve psihoaktivne supstance. Važno je još pomenuti da je jedino utvrđena vrlo blaga korelacija između optimalnog skora za lijekove za smirenje i spavanje i ukupnog skora za skalu samopouzdanja. Drugim riječima, ispitanici koji imaju veće samopouzdanje, manje su skloni zloupotrebi i zavisnosti od psihoaktivnih supstanci i *vice versa* (Pearsonova korelacija = 0,112).

Važno je istaći da ukupni skor sa skale asertivnosti ne korelira niti sa jednim optimalnim skorom za bilo koju psihoaktivnu supstancu, pa niti sa bilo kojim od tri faktorska skora. Vidjeli smo da ukupni skor skale asertivnosti blago pozitivno korelira sa opštim faktorskim skorom za učenike crnogorskih osnovnih i srednjih škola, dok ta veza nije utvrđena na uzorku starijih od 19 do 30 godina.

Da li se slabe korelacije optimalnih skorova za psihoaktivne supstance i tri faktorska skora sa ukupnim skorovima skala i podskala mogu djelimično objasniti relativno malim brojem onih koji upotrebljavaju psihoaktivne supstance, bar kada je riječ o kritičnoj statističkoj masi za ove statističke analize, teško je reći, iako se ove činjenice nikako ne mogu odbaciti.

U cjelini posmatrajući, analiza matrice interkorelacija pokazala je da broj i visina korelacija između optimalnih i faktorskih skorova, s jedne, te ukupnih skorova skala i podskala, s druge strane, mnogo više liči matrici interkorelacija za uzorak učenika crnogorskih osnovnih i srednjih škola, nego uzorku mladih od 19 do 30 godina. Da li su ove razlike opet artefakt veličine uzorka ne možemo reći, ali svakako nijesu jedino time uslovljene.

Najznačajniji nalaz je da najbrojnije i najveće korelacije ima podskala podložnosti uticajima drugih, posebno pušenju duvana na nagovor drugih, što potvrđuje zaključak da su bihevioralni aspekti kao faktori rizika vjerovatno važniji od „čisto” psiholoških dimenzija kao što su samocijenjenje, i zadovoljstvo sobom. Uz već ranije značajne kognitivne, ovi bihevioralni aspekti ponašanja, vezani za skalu podložnosti uticajima drugih, i direktno ukazuju na opravdanost primjene kognitivno-bihevioralnih metoda u prevenciji zloupotrebe psihoaktivnih supstanci i terapiji zavisnika, moguće i kao metoda izbora.

STRUKTURALNE RAZLIKE IZMEĐU APSTINENATA I
NEAPSTINENATA U POGLEDU ASERTIVNOSTI I
SAMOPOUZDANJA MLADIH CRNE GORE
OD 12 DO 30 GODINA

Jedan od specifičnih ciljeva ovog istraživanja je utvrđivanje onih dimenzija asertivnosti i samopouzdanja koji najbolje diskriminiraju apstinate od onih koji upotrebljavaju i zloropotrebljavaju „lake” i „lake” i „teške” droge ili su od njih zavisni. U tom cilju smo skale asertivnosti i samopouzdanja podvrgli diskriminacionoj kanoničkoj analizi, a analizom su obuhvaćena oba uzorka mladih Crne Gore. Analizom je obuhvaćeno 1120 (61,6%) apstinenata i 285 (15,7%) onih koji koriste „lake” i „lake” i „teške” droge. Iz analize su ispali pojedini ispitanici sa velikim brojem ispuštenih odgovora, kao i druga i treća grupa iz druge klasifikacije u cjelini. U analizu je ušlo 18 tvrdnji sa skale asertivnosti i 36 tvrdnji sa skale samopouzdanja. Podsjetimo se da dvije tvrdnje sa skale asertivnosti iz uzorka mladih od 12 do 18 godina ne sadrži skala asertivnosti za stariji uzrast od 19 do 30 godina. Takođe za ukupan uzorak nije ušla ni tvrdnja 19.-2. iz skale samopouzdanja zbog velikog broja ispuštenih odgovora u uzorku mladih od 19 do 30 godina.

Osnovni statistici diskriminacione analize dati su u tabeli 72.

Tabela 72. – Osnovni statistici diskriminacione analize skala asertivnosti i samopouzdanja apstinenata i neapstinenata u zajedničkom uzorku mladih Crne Gore

Box's Test of equality of covarince matrices	2930,564				
F approx.	1,706				
Df. 1	1485				
Df. 2	24544,8				
Sig.	0,000				
Function	Eigenvalue	% of variance	Cumulative %	Canonical correlation	
1	0,567a	100,0	100,0	0,602	
Test of function	Wilks'	Lambda	Chi-square	Df.	Sig.
1	0,638		285,018	54	0,000

Kanonička korelacija je relativno visoka (0,602) kao i značajnost chi – square-a (0,000).

Iz matrice strukture diskriminacione funkcije (tabela 73) sa opterećenjima iznad 0,400 izdvojilo se pet tvrdnji:

Tabela 73. – Matrica strukture diskriminacione funkcije skala asertivnosti i samopouzdanja između grupe apstinenata i neapstinenata za dva uzorka mladih Crne Gore

117.	Ako bi mi neko ponudio cigaretu uzeo(la) bih je i popužio(la).	- 0,670
86.	Kažete „ne” kada neko pokušava da Vas nagovori da pušite.	0,590
87.	Kažete „ne” kada neko pokušava da Vas nagovori da pijete.	0,574
116.	Ako bi moji drugovi tražili od mene da pušim ja bih to učinio(la).	-0,474
118.	Kada vidim na reklamama (na TV-i ili novinama) da neko puši i ja dobijem želju da zapalim.	- 0,454
81.	Započinjete razgovor sa nepoznatom osobom.	-0,329
109.	Srećan(na) sam.	0,289
130.	Kada donosim značajne odluke na mene najviše utiču nastavnici.	0,284
94.	Pozovete nekoga na sastanak.	-0,265
108.	Zadovoljan(na) sam sobom.	0,222
88.	Pobunite se kada neko pokuša da stane ispred Vas u redu.	-0,221
126.	Nimalo mi nije neprijatno kada pozivam nekoga na sastanak.	-0,212
82.	Kažete nekome da Vam se dopada.	-0,209
115.	Sa lakoćom uspijevam druge da nagovorim da rade isto što i ja.	-0,184
100.	Zadovoljan(na) sam sobom.	0,176
129.	Kada donosim značajne odluke na mene najviše utiču članovi porodice.	0,164
90.	Pozovete kelnera ukoliko Vas do tada nije primijetio i uslužio.	-0,159
103.	Smatram da sam istinoljubiv(va) i iskren(na).	0,141
105.	Sve što naumim mogu da sprovedem u djelo.	-0,135
85.	Kažete „ne” kada Vas neko nagovara da učinite ono što ne želite.	0,130
128.	Kada donosim značajne odluke na mene najviše utiču prijatelji.	-0,126
84.	Zamolite druge da Vam vrate ono što ste im pozajmili.	-0,116
110.	Želio(ljela) bih da sam drugačiji(ja).	-0,107
102.	Smatram da sam druželjibiv(va).	0,105
89.	Bunite se kada dobijete manji kursor.	-0,096
122.	Nimalo mi nije neprijatno kada pričam sa nekim koga sam srećo(la).	-0,077
91.	Kažete svoje mišljenje čak i kada znate da se drugi, možda, neće složiti sa njime.	-0,077
114.	U stanju sam da samostalno donosim odluke.	-0,074
104.	Smatram da je lako družiti se sa mnom.	0,072
125.	Nimalo mi nije neprijatno kada izražavam svoja osjećanja.	-0,072
124.	Nimalo mi nije neprijatno kada dobijam komplimente.	-0,071
80.	Kažete „ne” kada neko pokušava da pozajmi novac od Vas.	-0,070
132.	Kada donosim značajne odluke na mene najviše utiču TV, radio, filmovi.	-0,063
121.	Nimalo mi nije neprijatno kada se upoznajem sa osobom suprotnog pola.	-0,060

123.	Nimalo mi nije neprijatno kada dajem komplimente.	-0,057
131.	Kada donosim značajne odluke na mene najviše utiču novine, časopisi, knjige.	-0,052
99.	Smatram da sam dobar sportista.	0,051
96.	Smatram da sam pametan(na).	0,045
107.	Mogu da izadjem na kraj sa teškim situacijama.	0,040
119.	Kada sam u nepoznatom društvu ili se upoznajem sa nekim obično sam nervozan(na).	0,040
92.	Kažete drugima da su uradili nešto što nije fer.	-0,037
97.	Smatram da dobro izgledam.	0,030
98.	Smatram da sam simpatičan(na).	-0,024
112.	Volim da mi neko kaže što da radim.	0,023
106.	Sve što radim, radim bolje od drugih.	-0,023
95.	Zamolite nekoga ko Vam smeta da to više ne čini.	-0,022
111.	Bolje je biti sam nego se po svaku cijenu privoljeti grupi.	-0,021
78.	Dajete komplimente i hvalite svoje prijatelje.	0,017
113.	Lako podliježem uticajima prijatelja i poznanika.	-0,016
101.	Smatram da sam popularan.	-0,012
120.	U društvu sam obično opušten(a) i siguran(a) u sebe.	0,011
93.	Ako se izgubite, zamolite nekog od prolaznika da Vam pomognu da se snađete.	0,008
79.	Zamolite nekoga za uslugu.	-0,005
83.	Vratite kupljenu stvar u prodavnicu ukoliko nije ispravna.	0,003

- pušenje cigareta na nagovor drugih (-0,670);
- odbijanje ispitanika da puše na nagovor drugih (0,590);
- odbijanje ispitanika da piju na nagovor drugih (0,574);
- pušenje cigareta na pritisak drugova (-0,474);
- pušenje duvana pod uticajem mas-medija (-0,454).

Rezimirajući navedene rezultate, možemo kazati da apstinenti u odnosu na one koji upotrebljavaju „lake” ili „lake” i „teške” droge značajno češće odbijaju da puše duvan, i piju alkoholna pića na nagovor drugih, a oni koji upotrebljavaju „lake” ili „lake” i „teške” droge značajno češće prihvataju pušenje duvana na nagovor drugih ili pod pritiskom drugova ili pod uticajem mas-medija. Očigledno je da je podložnost manjim ili većim pritiscima drugova i vršnjaka ključni diskriminativni faktor za upotrebu i zloupotrebu „lakih” i „teških” droga, a zatim uticaj primjera pušenja na mas-medijima. Dakle, ovaj diskriminacioni faktor mogli bismo nazvati *faktorom podložnosti manjim ili većim pritiscima drugova i vršnjaka, te uticajima mas-medija za pušenjem duvana i pijenjem alkoholnih pića.*

Ova diskriminaciona kanonična analiza ponovo putem znatno integrativnije i rigoroznije statističke procedure ukazuje da su bihevioralni aspekti, naročito oni vezani za ponašanje mladih u grupi vršnjaka, posebno značajni faktori rizika za početak upotrebe i zloupotrebe „lakih” i „teških” droga. To saznanje prvenstveno afirmiše one kognitivno-bihevioralne tehnike u kojima se insistira na pružanje otpora pritiscima vršnjaka za upotrebu i zloupotrebu psihoaktivnih supstanci, kako u preventivnim, tako i u početnim terapijskim procedurama.

LITERATURA

1. Lukman, N.: *Teorija sistema*. Plato, Beograd, 1998.
2. Ilić, V.: *Funkcionalizam u sociologiji*. Institut za sociološka istraživanja Filozofskog fakulteta, Beograd, 1995.
3. Popović, M.: *Funkcionalnost i uzročna povezanost*. U knjizi: Popović, M.: *Problemi društvene strukture*. Kultura, Beograd, 1967, str. 37–64.
4. Lamert, M.E.: *Social Pathology*. Mc Grow Hill, New York, 1951.
5. Merton, K.R., Nisbet, R.: *Contemporary social problems*. Hercourt Brace Jovanović, international edition, Atlanta, 1976.
6. Gačić, B.: *Porodična terapija alkoholizma*. Rad, Beograd, 1980.
7. Gačić, B.: *Beogradski ekosistemski model u alkoholizmu*. Alkoholizam 29(3–4): 50–62, Zavod za bolesti zavisnosti, Beograd, 1995.
8. Bukelić, J.: *Droga, mit ili bolest*. Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd, 1981.
9. Đukanović, B., Blagojević, Lj., Boras, G., Fajgelj, S., Veljković B., Bešić, M.: *Socijalno–psihološki profili apstinenata, narkofila i narkomana među osnovnoškolskom i srednjoškolskom omladinom Beograda*. Rad je saopšten na Trećem jugoslovenskom simpozijumu o bolestima zavisnosti, sa međunarodnim učešćem, održanom oktobra 1998. godine na Divčibarama.
10. Petrović, M., Špadijer–Džinić, J., Bukelić, J., Petrović, S., Vučković, N., Korać, V.: *Droga i mladi*. IRO „Privredna štampa”, Beograd, 1980.
11. Cucić, V.: *Zdravstveno vaspitanje u primarnoj prevenciji narkomanija*. U knjizi: Despotović, A., Ignjatović, M., Fridman, V.: *Zavisnost od droga i lekova – narkomanije*. Institut zaštite na radu, Niš, 1980, str. 269–280.
12. Vučković, N. i sar.: *Sirovi podaci epidemiološkog istraživanja o upotrebi, zloupotrebi i zavisnosti učenika i studenata u Vojvodini od psihoaktivnih supstanci*, rukopis.
13. Botwin, G.J. and Wills, T.A.: *Personal and social skills training. Cognitive–behavioral approaches to substance abuse prevention*. In.: Bell, C.S. and Battjes, R.J., eds.: *Prevention research: Deterring Drug Abuse Among Children and Adolescents*. National Institute on Drug Abuse Research Monograph No. 63. DHHS u Pub. No. (ADM) 87–1334. Washington, D.C.: Supt. of Docs. US Govrt. Print. Off., 1985. pp. 8–49.
14. Đunaković, B.: *Alkoholizam*. Naučna knjiga, Beograd, 1988.

15. Rot, N.: *Osnovi socijalne psihologije*. Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd, 1972.
16. Popović, M., Opalić, P., Kuzmanović, B., Đukanović, B., Marković, M.: *Mi i oni drugačiji. Istraživanje stavova prema duševnim bolesnicima, narkomanima i alkoholičarima*. Institut za sociološka istraživanja Filozofskog fakulteta, Beograd, 1988.
17. Đukanović, B.: *Stavovi javnog mnjenja Crne Gore prema socijalno-patološkim pojavama i njihovim nosiocima*. Rukopis.
18. Lange, A., Jakubowski, P.: *The assertive option*. Research Press. Champaign, Illinois, 1978.
19. Alberte, R., Emmons, M.: *Your perfect right*. Impact, San Luis Obispo, California, 1970.
20. [http// cdc-webream, byu. edu](http://cdc-webream.byu.edu).
21. *Organizational development and training*. Department of Human Resources, Tufts University, 169 Holland Street, Somerville
22. [http//ucc.edu](http://ucc.edu)
23. *The Management assistance program for nonprofits 2233*. University Avenue West, Suite 360, St. Paul, Minesota.
24. Lemert, M. E.: *Dependency in married alcoholics*. *Quart. Jour. Stud. on Alc.* 23, 590–609, 1962.
25. Boyd, D.: *Addictions*. Element, Boston, 1998.
26. Đukanović, B.: *Alkoholizam i porodica*. Privredna štampa, Beograd, 1979.
27. Đukanović, B., Bešić, M.: *Svjetozi vrijednosti. Preobražaj društvene svijesti u Crnoj Gori*. CID, Podgorica, 2000.
28. Donovan, J.E., Jessor, R.: *Structure of problem behavior in adolescence and young adulthood*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53(6), 890–904, 1985.
29. Callen, K.: *Teen drug patterns reviewed*. *Journal of Child and Adolescent Psychotherapy*, 2(4), 303–304, 1985.
30. Jessor, R., Jessor, S.L.: *Problem behavior and psychosocial development: a longitudinal study of youth*. Academic Press, New York, 1977.

POREMEĆAJI LIČNOSTI KAO FAKTORI RIZIKA ZA NASTANAK I RAZVOJ ZLOUPOTREBE I ZAVISNOSTI MLADIH OD PSIHOAKTIVNIH SUPSTANCI

Zlatko Stojović

Poremećaji ličnosti i mentalne bolesti često su pominjani faktori rizika ili precipitanti za nastanak i razvoj zloupotrebe i zavisnosti mladih od psihoaktivnih supstanci (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11).

Poznato je da su pokušaji da se određena struktura poremećaja ličnosti ili određenih mentalnih oboljenja opiše kao znatno rizičnija za nastanak i razvoj ekscesivnog pijenja i alkoholizma bili uglavnom bezuspješni, iako su u tom pravcu decenijama bili usmjereni veliki istraživački napor. Došlo se do saznanja da se u etiološkom pogledu ne može govoriti o alkoholizmu kao jedinstvenom fenomenu, već o alkoholizmima (12, 13, 14), iako se neke crte ličnosti mogu povezati sa ekscesivnim pijenjem i alkoholizmom (12, 13, 14).

Bez obzira što se takođe nije došlo do saznanja o postojanju specifične strukture poremećaja ličnosti ili dominaciji određene vrste mentalnih oboljenja koji su značajno češće povezani sa nastankom i razvojem zloupotrebe i zavisnosti od psihoaktivnih supstanci mladih, ipak se došlo do saznanja da pojedinim vrstama psihoaktivnih supstanci češće preferiraju ličnosti sa određenom strukturom mentalnih poremećaja (1, 2, 3, 14).

U ovoj studiji željeli smo da uključimo i psihološke faktore rizika u užem značenju za nastanak i razvoj zloupotrebe i zavisnosti mladih od psihoaktivnih supstanci. Jedan od ciljeva našeg istraživanja bio je da utvrdimo postoji li pozitivna povezanost između poremećaja ličnosti mladih i upotrebe i zloupotrebe psihoaktivnih supstanci, kao i zavisnosti od njih.

U izboru instrumenta za ispitivanje odlučili smo se za Ajnzekov EPQ inventar ličnosti iz nekoliko razloga.

Prvi je ekonomičnost u primjeni instrumenta. Riječ je o inventaru ličnosti koji u ovoj posljednjoj verziji sadrži 103 pitanja sa odgovorima u binarnoj formi. Pored toga što ispitanici sami popunjavaju upitnik, uprkos velikom broju pitanja upitnik su ispitanici popunjavali za 12 do 15 minuta. Dakle, riječ je o inventaru ličnosti vrlo ekonomičnom za masovnu primjenu.

Drugi je relativna opštost instrumenta. Za razliku od drugih inventara ličnosti koji ukazuju na posebne vrste neurotičnih poremećaja, (konverziona, fobijske opsesivno-kompulzivne, depresivne) ili na posebne vrste duševnih oboljenja (manijako-depresivna, paranoidna, shizofrena) Ajnzekov inventar ličnosti (EPQ -103) ukazuje na neke relativno opšte dimenzije – poremećaje ličnosti. Iako generalno mjeri i neurotičnost, ustvari ne daje direktne informacije o posebnim vrstama neuroza. Štaviše, o neuroticizmu se opet može posredno zaključivati – na osnovu visine ukupnog skora na skali neuroticizma. Psihotizam ima drugačije značenje od klasičnog značenja ovog pojma.

Ajnzekov inventar ličnosti nije kao klinički test. Upravo je ta činjenica bila jedan od najvažnijih razloga za izbor Ajnzekovog inventara ličnosti EPQ-103. Već smo istakli da nije opisana tipična abnormalna struktura ličnosti sa kojom su povezani veliki rizici za nastanak i razvoj zloupotrebe i zavisnosti od psihoaktivnih supstanci kod mladih. Pošto je naš cilj prvenstveno ispitivanje poremećaja ličnosti koji predstavljaju faktore rizika za nastanak i razvoj zloupotrebe i zavisnosti od psihoaktivnih supstanci, a ne ispitivanje specifičnih poremećaja ličnosti za razvoj zloupotrebe i zavisnosti od pojedinih psihoaktivnih supstanci, Ajnzekov inventar ličnosti nam je svojom relativnom opštošću bio najpogodniji za realizaciju tog cilja.

Razlozi nijesu metodološke, već i teorijske prirode. Naime, rezultati istraživanja poremećaja ličnosti i zloupotrebe, odnosno zavisnosti od pojedinih psihoaktivnih supstanci ukazuju da su veze značajnije i pouzdanije ako se ispituje povezanost nekih globalnih poremećaja, nego specifičnijih crta ličnosti. Ta činjenica nas je takođe učvrstila u uvjerenju da nam je Ajnzekov inventar ličnosti pogodniji od nekih drugih testova koji su usmjereni na utvrđivanje specifične neurotične i psihotične simptomatologije.

U vezi sa ovim prethodnim treća je odlika koja nas je za ovaj inventar opredijelila. Ajnzekov inventar ličnosti je usmjeren na dimenzionalni, a ne na tipološki pristup ličnosti. Tipološka klasifikacija je mnogo rigidnija i, po našem uvjerenju, manje primjerena faktičkim savremenim strukturalnim i dinamičkim pristupima poremećajima ličnosti, dok je dimenzionalni pristup u tom pogledu mnogo elastičniji.

Najzad, Ajnzekov inventar ličnosti pogodan je za primjenu na pretežno zdravu populaciju. Naime, Ajnzekov test je prvenstveno usmjeren na istraživanje odstupanja od normalnih crta ličnosti. Tek sekundarno (i uslovno) možemo zaključivati o patološkim crtama. Ajnzekov inventar je i time odgovarao karakteru istraživane populacije.

Ovaj inventar ličnosti je pogodan za masovnu primjenu jer ima karakteristike relativno dobro provjerenog mjernog instrumenta bez obzira na teorijsku orijentaciju pojedinih istraživača. Kako s pravom primjećuje

Leon Lojh karakteriše ga „... vanredno tačna, opširna i logički dosljedna statistička i psihometrijska obrada”, te „... van kognitivnog područja teško možemo naći ovako dobro pripremljen mjerni instrument” – završava Lojh (16, str. 4).

Ajnzekovu teoriju ličnosti najčešće s pravom svrstavaju u fiziološke teorije ličnosti, a nije netačno ako se uvrsti i u faktorske teorije (16). U izgradnji teorijskog pristupa Ajnzek koristi deduktivno–hipotetičku metodu:

1. Na osnovu posmatranja ponašanja ljudi, literature i sl. redukuje ogroman broj opisanih pojmova na nekoliko širih;
2. Postavlja hipotezu o mogućim karakteristikama ličnosti;
3. Traži mogućnost za mjerenje tih karakteristika (znači kvantitativni, dimenzionalni pristup);
4. Eksperimentalno provjerava svoje hipoteze. (16, str. 7).

Ovako pristupajući izgradnji svog teorijskog shvatanja, Ajnzek je utvrdio tri dimenzije koje su, osim intelegencije, po njegovom uvjerenju najznačajnije.

N dimenzija je *dimenzija emocionalne stabilnosti* (uravnoteženosti), odnosno *labilnosti* (neuravnoteženosti), koju naziva i *neuroticizam*.

E dimenzija je *dimenzija ekstraverzije*, odnosno *introverzije*.

P je *dimenzija rigidnosti, nepopustljivosti, čvrstine, odnosno psihotizma* ili *dimenzija mekoće, popustljivosti*.

Ajnzekov pristup ličnosti je hijerarhijski, dimenzionalni. To znači da se samo na osnovu većeg broja pojedinačnih reakcija zaključuje o jednoj crti ličnosti, npr. o emocionalnoj stabilnosti. Nasuprot kategorizacijskom (dijagnostičkom, bimodalnom, tipološkom pristupu, Ajnzekov pristup je dimenzionalan, kvantitativan, statistički.

Kako ističe Lojh (16), jedan od osnovnih postulata Ajnzekove teorije jeste da je faktorska analiza neophodna ali ne i dovoljna metoda za otkrivanje glavnih dimenzija ličnosti. Zato je neophodno statistički pristup primijeniti kao inicijalni, a dimenzije ličnosti povezati sa opštom i eksperimentalnom psihologijom (16). Na osnovu istraživanja koja su uslijedila N faktor je tijesno povezan sa naslijeđenom labilnošću autonomnog nervnog sistema, a E faktor je zavisan od „... stepena prevladavanja faze ekscitacije, odnosno inhibicije u centralnom nervnom sistemu” (16, str. 17).

Kako bismo u idealno–tipskom pogledu mogli opisati tipičnog ekstraverta i tipičnog introverta? Opis naravno sadrži simplifikacije.

Ekstravert je opisan kao socijalna osoba, koji ima dosta prijatelja. Uvijek voli da ima komunikacije sa ljudima, a učenje i čitanje opet voli u društvu. U životu traži uzbudljive situacije i djeluje na osnovu trenutnog nadahnuća, a u cjelini je dosta impulsivna osoba. Neposredan je i konkretan u šalama, ponaša se opušteno, veselo, optimistično, život shvata olako. Ne-

miran je duh, stalno u pokretu, lako gubi strpljenje, te slabo kontroliše osjećanja. Zbog svih navedenih osobina nekada može biti i nepouzdan.

Suprotno njemu, introvert je tip usamljenika, tihog čovjeka koji više voli svijet knjiga nego druženje sa ljudima. Prema ljudima je više nepovjerljiv, rezervisan i drži ih „na distanci”, izuzev ukoliko nije riječ o najboljim prijateljima. Ne podliježe trenutnim impulsima i planira daleko unaprijed. Svakodnevni život ne shvata olako i voli tih i sređen život. Osjećanja dobro kontroliše, ne iznervira se lako, niti lako gubi strpljenje. Vrlo drži do moralnih pravila i pouzdan je saveznik.

Neuroticizam je sličan opisu drugih autora. Obično je to osoba koja stalno brine da bi se neke stvari mogle po nju loše završiti. Zbog toga je anksiozna, pretjerano zabrinuta, loše volje i depresivna. Ima psihosomatske tegobe i loš san.

Nasuprot tome, osoba sa niskim N reaguje emocionalno mnogo sporije i blaže. Kada se i uznemiri brzo se vraća u stabilno emocionalno stanje. Takva osoba ima dobru emocionalnu samokontrolu, ne da se lako iznervirati za svaku sitnicu, postojanog je raspoloženja (16).

Psihotizam najviše odstupa od psihotičnog ponašanja u uobičajenom značenju riječi. Osoba sa visokim psihotizmom je usamljena. Takvu osobu drugi vide kao „... osobu koja je često „teška” i koja se teško prilagođava bilo čemu i bilo gdje”. Takva osoba može biti surova i neprijateljska, bez empatije za ljude, čak i za najbliže. Ona je neosjetljiva, voli čudne, neobične stvari i situacije i ne izbjegava opasne situacije. Druge voli „nasankati” i ismijati, napraviti od njih budale. Nema osjećaj krivice za ono što radi. Opis ovakvih osoba dosta je sličan opisu psihopatiziranih ličnosti. Veza sa psihotizmom postoji na osnovu tijesnih genetskih asocijacija psihopatije i shizofrenije. Agresivnost i mržnja su tipični konstitutivni elementi psihotizma, a pošto muškarce karakteriše viša agresivnost oni su više skloni psihotizmu. Zanimljivo je napomenuti da osobe sa visokim skorom za psihotizam, bez obzira na pol, izražavaju stavove o seksu slične onim koje imaju muškarci, a osobe sa niskim psihotizmom, bez obzira na pol, izražavaju stavove o seksu slične ženskim. Npr. žene kriminalci imaju nekada veći P skor, nego muškarci kriminalci. Budući da se Ajnzek u osnovi bavio normalnim oblicima ponašanja, kao i u slučaju neuroticizma samo izuzetno visoki skorovi na skali psihotizma mogu govoriti o patološkim oblicima. U principu, od psihijatrijskih termina ovu skalu najbolje pokrivaju termini: shizoidnost, psihopatija i poremećaji ponašanja. Ekstremi na ovoj skali relativno su rijetki.

Četvrta skala je skala iskrenosti. Oni koji zauzimaju visoke skorove na ovoj skali teže da ispadnu savršeni. Pored toga što skala mjeri disimulaciju (naročito kada ispitanici očekuju da određeni odgovori na skali mogu biti presudni za rješavanje nekog njihovog važnog problema). Prema očekivanju, niski skorovi na L skali (skali laži) značili bi nisku disimula-

ciju, a visoki visoku, što se u praksi, na žalost, ne potvrđuje. Izgleda da L skala mjeri i neku stabilniju dispoziciju ličnosti koja bi se uslovno mogla nazvati stepen socijalne naivnosti.

Inventar EPQ sadrži 103 tvrdnje koje su raspodijeljene na četiri skale. Skale se generalno skoruju od pozitivnih – niskih ka negativnim – visokim vrijednostima. Tako, npr. nizak psihotizam imaju oni sa niskim skorom na subskali i vice versa.

Skala psihotizma ima 38 tvrdnji. Tvrdnje se skoruju od 0 do 1. Tvrdnje na koje ispitanici odgovaraju sa „da” (za koje dobiju 1 poen) su: 11, 27, 31, 32, 36, 39, 44, 50, 52, 54, 59, 74, 76, 84, 86, 90, 95. i 99. Tvrdnje koje se obratno skoruju, na kojima ispitanici za negativan odgovor dobijaju 1 poen, su: 2, 5, 7, 9, 13, 14, 19, 22, 23, 43, 57, 62, 66, 70, 80, 82, 88, 92, 100. i 103.

Skala neuroticizma – N skala

„Da”: 3, 8, 15, 18, 24, 28, 33, 37, 40, 45, 48, 55, 63, 67, 71, 75, 77. i 81.

„Ne”: 85, 87, 91, 96. i 101.

Skala ekstraverzije – introverzije – E skala

„Da”: 1, 6, 12, 17, 21, 30, 38, 42, 47, 53, 58, 61, 65, 69, 73, 79, 94. i 98.

„Ne”: 26, 35. i 49.

Skala laži – L skala

„Da”: 16, 25, 41, 64, 89. i 102

„Ne”: 4, 10, 20, 29, 34, 46, 51, 56, 60, 68, 72, 78, 83, 93. i 97.

Na kraju opisa Ajnzekovog inventara ličnosti podsjećamo da visoki skorovi označavaju psihotizam (rigidnost) neuroticizam (labilnost, neuravnoteženost), ekstraverziju i disimulaciju–laganje, a niski popustljivost, emocionalnu stabilnost (uravnoteženost), introverziju i istinitost.

Želimo takođe napomenuti da smo Ajnzekov inventar ličnosti primijenili samo na uzorak mladih od 19 do 30 godina, jer smo smatrali da skala neće biti toliko validna i relijabilna za niži uzrast. Razlike u godinama između najmlađih i najstarijih na ovom uzrastu mogle su po sebi uticati na dobijene rezultate. Osim toga, smatrali smo da je za niži uzrast upitnik inače preobiman, te bi ovaj inventar došao poslije smanjene pažnje i koncentracije učenika, što bi uticalo na kvalitet dobijenih odgovora.

Ukupan skor psihotizma

Budući da je riječ o posljednjoj Ajnzekovoj verziji EPQ inventara ličnosti, broj pitanja je povećan u odnosu na jednu raniju verziju koja sadrži 90 pitanja a koja je primijenjena na uzorcima sportista (17). Posljednja verzija EPQ inventara proširena je za 13 tvrdnji u skali psihotizma, tako da u posljednjoj verziji skala psihotizma sadrži 38 umjesto ranijih 25 tvrdnji.

Distribucija ukupnog skora skale psihotizma data je u tabeli 74.

Tabela 74. – Distribucija ukupnog skora skale psihotizma

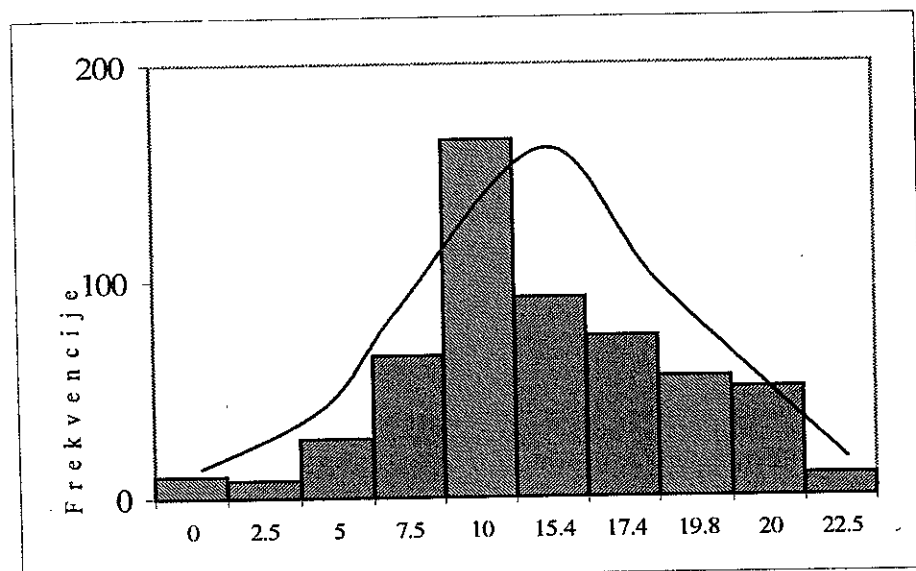
Broj poena	Broj ispitanika	Procenat	Kumulativni procenat
0	7	1,2	1,2
2	2	0,4	1,6
3	4	0,7	2,3
4	2	0,4	2,6
5	9	1,6	4,2
6	14	2,5	6,7
7	26	4,6	11,2
8	36	6,3	17,5
9	37	6,5	24,0
10	61	10,7	34,7
11	62	10,9	45,5
12	49	8,6	54,1
13	60	10,5	64,6
14	35	6,1	70,8
15	37	6,5	77,2
16	19	3,3	80,6
17	29	5,1	85,6
18	21	3,7	89,3
19	22	3,9	93,2
20	14	2,5	95,6
21	8	1,4	97,0
22	7	1,2	98,2
23	3	0,5	98,8
24	3	0,5	99,3
25	3	0,5	99,8
26	1	0,2	100,0
Ukupno	571	100,0	100,0

Aritmetička sredina	12,4
Standardna greška za aritmetičku sredinu	0,19
Medijana	12,0
Mod	11
Standardna devijacija	4,49
Varijansa	10,1
Skjunes	0,206
Standardna greška za Skjunes	0,102
Kurtozis	0,269
Standardna greška za Kurtozis	0,204

Nemamo uporedljivih podataka za sličnu populaciju ispitanika sa posljednjom verzijom skale psihotizma Anjzekovog inventara ličnosti. Dva rada, od kojih jedan s kraćom verzijom skale psihotizma (17), a drugi sa istom (18) ne mogu služiti kao osnova za poređenje zbog vrlo različitih uzoraka, primijenjenih metoda obrade i analize sa rezultatima našeg istraživanja. Međutim, vrlo indirektno i uz veliku rezervu, mogli bismo pretpostaviti da prosječni skor psihotizma u našem uzorku nije beznačajan.

Distribucija je blago pozitivno asimetrična i blago zašiljena (vidjeti grafikon 2). Vrlo visokih skorova (iznad 26 poena u našoj distribuciji, vidjeti tabelu 74) nema, dok nešto više od 1/3 ima relativno niske skorove – do 10 poena. U cjelini posmatrajući, preovlađuje tendencija popustljivosti, mekoće, više nego rigidnosti, čvrstine. Našu pretpostavku potkrepljuje nalaz da je do idealnog prosjeka od 19 poena (polovina najvećeg mogućeg skora psihotizma prim. Z.S.), distribuirano čak 93,2% populacije. Ne treba zaboraviti da je riječ o normalnoj populaciji i da pomenuti prosjek od 12,4 poena nije onda beznačajan, kao i da nije sasvim beznačajan procenat ispitanika sa relativno visokim skorom. Ako bismo sasvim slobodno komentarisali ove tendencije ka rigidnosti populacije mladih uzrasta od 19 do 30 godina, onda se on vjerovatno treba tražiti u dosta jakom kolektivnom *super-egu*, podržavanom određenim derivatima tradicionalnih kulturnih obrazaca.

Grafikon 2. – Grafički prikaz ukupnog skora skale psihotizma Ajnzekovog EPQ inventara ličnosti



Std. Dev = 4,49
 Aritm. sredina = 12,4
 N= 571,00

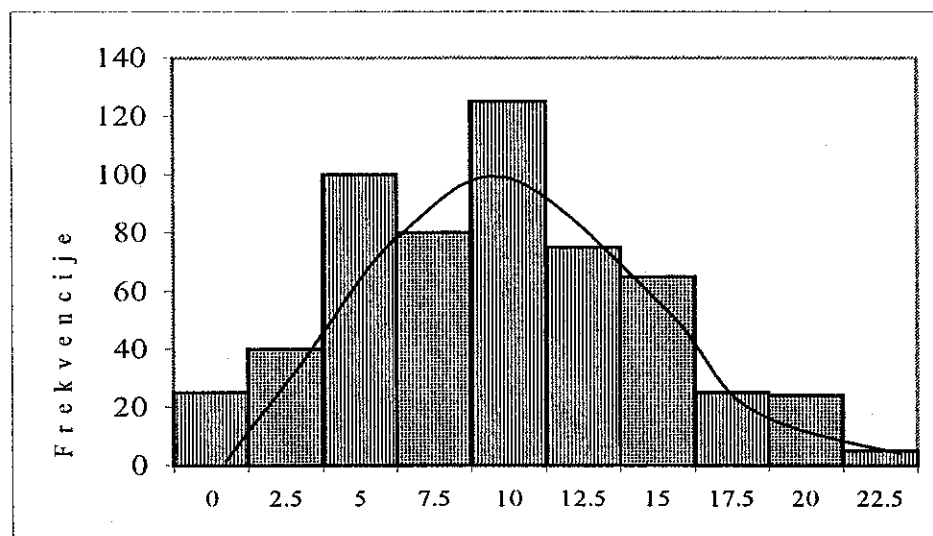
Ukupni skor neuroticizma

Aritmetička sredina neuroticizma iznosi 9,60 poena (tabela 75). Neuroticizam je u prosjeku manji kod sportista u svim vrstama sportova

(preko 30) izuzev atletskih disciplina vezanih za izdržljivost i rukometa nego u našem uzorku od 19 do 30 godina (17), dok se numeričkoj vrijednosti naše aritmetičke sredine približavaju košarkaši, odbojkaši, džudisti, bokseri i rvači (17). S druge strane, u patološkim grupama slovenačkih uzoraka neuroticizam je znatno veći (16), manji je i od normi koje je za ovu starosnu populaciju postavio Ajnzek (16). U prosjeku je osjetno manji i od nezavisnih uzoraka jugoslovenskog stanovništva koje su izvršili jugoslovenski istraživači, o čijim rezultatima izvještava prof. Šipka u svojoj vrlo interesantnoj studiji (18). Istini za volju, nijesu uporedivi za naš uzorak. Prosječan ukupni skor neuroticizma za naš uzorak mladih uzrasta od 19 do 30 godina, ispod je prosjeka i dosta je bliži kategorijama sportista (17), nego uzorcima jugoslovenskog stanovništva. Takođe je osjetno bliži uzorcima sportista (17), nego rezultatima koje je postigao Ajnzek na sličnoj starosnoj grupaciji britanskog stanovništva.

Inače, distribucija je blago pozitivno asimetrična (Skjunes = 0,218) i spljoštena (Kurtozis = - 0,53, grafikon 3).

Grafikon 3. – Grafički prikaz ukupnog skora skale neuroticizma Ajnzekovog EPQ inventara ličnosti



Std. Dev = 5,03
Arit. sredina = 9,60
N = 571,00

Više od 2/3 ispitanika distribuirano je do idealnog prosjeka od 11,5 poena (vidjeti tabelu 75). Ovakvi rezultati su očekivani ako se ima u vidu da je najveći dio ove populacije normalan. Takav zaključak potvrđuje i ranije pomenuti nalaz da je aritmetička sredina za naš uzorak blizu aritmetičkim sredinama uzoraka sportista u preko 30 sportova (17). Poznato je da je jedan od važnih činilaca sportskog postignuća i niski neuroticizam.

Tabela 75. – Distribucija ukupnog skora neuroticizma za mlade uzrasta od 19 do 30 godina

Broj poena	Boj ispitanika	Procenat	Kumulativni procenat
0	14	2,5	2,5
1	13	2,3	4,7
2	22	3,9	8,6
3	16	2,8	11,4
4	27	4,7	16,1
5	31	5,4	21,5
6	44	7,7	29,2
7	41	7,2	36,4
8	42	7,4	43,8
9	45	7,9	51,7
10	37	6,5	58,1
11	42	7,4	65,5
12	39	6,8	72,3
13	32	5,6	77,9
14	26	4,6	82,5
15	13	2,3	84,8
16	30	5,3	90,0
17	17	3,0	93,0
18	11	1,9	94,9
19	10	1,8	96,7
20	9	1,6	98,2
21	8	1,4	99,6
22	2	0,4	100,0
Ukupno	571	100,0	100,0

Aritmetička sredina	9,60
Standardna greška za aritmetičku sredinu	0,21
Medijana	9,00
Mod	9,00
Standardna devijacija	5,03
Varijansa	25,2
Skjunes	0,21
Standardna greška za Skjunes	0,102
Kurtozis	-0,53
Standardna greška za Kurtozis	0,204

Ukupni skor ekstraverzije

Prosječan ukupni skor ekstraverzije niži je od prosječnih skorova ekstraverzije u drugim istraživanjima (16, 18), a posebno u odnosu na prosječne skorove ekstraverzije za sportiste u više od 30 vrsta sportova (tabela 76).

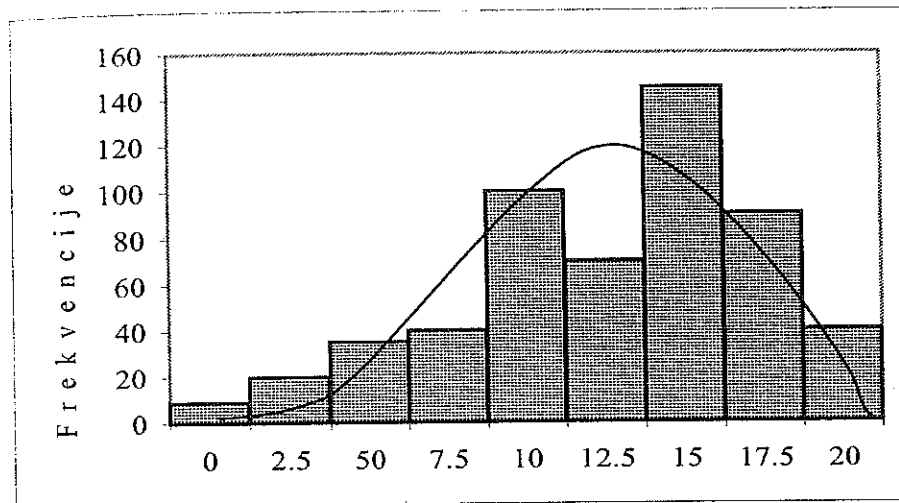
Tabela 76. – Distribucija ukupnog skora ekstraverzije

Broj poena	Boj ispitanika	Procenat	Kumulativni procenat
0	8	1,4	1,4
1	1	0,2	1,6
2	8	1,4	3,0
3	13	2,3	5,3
4	8	1,4	6,7
5	16	2,8	9,5
6	12	2,1	11,6
7	21	3,7	15,2
8	19	3,3	18,6
9	36	6,3	24,9
10	33	5,8	30,6
11	35	6,1	36,8
12	42	7,4	44,1
13	33	5,8	49,9
14	52	9,1	59,0
15	59	10,3	69,4
16	38	6,7	76,0
17	49	8,6	84,6
18	45	7,9	92,5
19	25	4,4	96,8
20	12	2,1	98,9
21	6	1,1	100,0
Ukupno	571	100,0	100,0

Aritmetička sredina	12,6
Standardna greška za aritmetičku sredinu	0,20
Medijana	14
Mod	15
Standardna devijacija	4,71
Varijansa	22,1
Skjunes	-0,58
Standardna greška za Skjunes	0,102
Kurtozis	-026
Standardna greška za Kurtozis	0,204

Aritmetička sredina ove skale iznosi 12,1 poen. Negativno je asimetrična (Skjunes = - 0,58) i blago spljoštena (Kurtozis = - 0,260, vidjeti grafikon 4).

Grafikon 4. – Grafički prikaz skale ekstraverzije Ajnzekovog EPQ inventara ličnosti

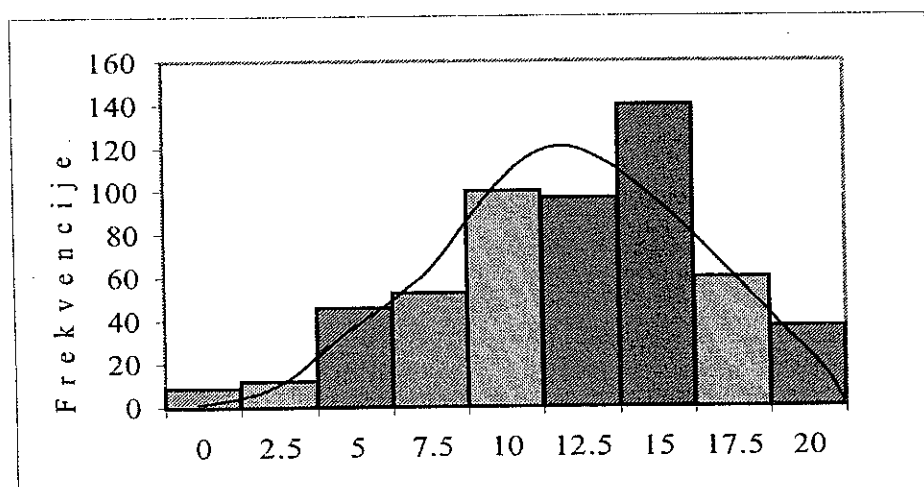


Std. Dev = 4,71
 Arit. sredina = 12,6
 N = 571,00

Ukupni skor skale laži

Distribucija skale laži je negativno asimetrična (Skjunes = - 0,43) i zašiljena (Kurtozis = - 0,350). Visoke frekvencije pomjerene su prema visokim vrijednostima, vidjeti tabelu 77. i grafikon 5).

Grafikon 5. – Grafički prikaz skale laži Ajnzekovog EPQ inventara ličnosti



Std. Dev = 4,53
 Arit. sredina = 12,2
 N = 571,00

Tabela 77. – Distribucija ukupnog skora skale laži

Broj poena	Boj ispitanika	Procenat	Kumulativni procenat
0	7	1,2	1,2
1	2	0,4	1,6
2	5	0,9	2,5
3	8	1,4	3,9
4	16	2,8	6,7
5	13	2,3	8,9
6	22	3,9	12,8
7	17	3,0	15,8
8	41	7,2	22,9
9	23	4,0	27,0
10	38	6,7	33,6
11	39	6,8	40,5
12	46	8,1	48,5
13	52	9,1	57,6
14	46	8,1	65,7
15	51	8,9	74,6
16	43	7,5	82,1
17	40	7,0	89,1
18	24	4,2	93,3
19	20	3,5	96,8
20	17	3,0	99,8
21	1	0,2	100,0
Ukupno	571	100,0	100,0

Aritmetička sredina	12,1
Standardna greška za aritmetičku sredinu	0,19
Medijana	13
Mod	13
Standardna devijacija	4,53
Varijansa	20,5
Skjunes	-0,43
Standardna greška za Skjunes	0,102
Kurtozis	-0,350
Standardna greška za Kurtozis	0,204

U odnosu na rezultate drugih istraživanja na uzorcima koji nijesu uporedljivi u cjelini sa našim, prosječan ukupan skor nalazi se oko sredine između manjih i češće nešto većih prosječnih skorova, a slična je situacija i u poređenju sa drugim istraživanjima (16, 17).

Psihotizam, neuroticizam i ekstraverzija kao mogući faktori rizika za zloupotrebu i zavisnost mladih od psihoaktivnih supstanci

Poznato je da relativno visok psihotizam korelira sa sklonošću zloupotrebi psihoaktivnih supstanci i zavisnosti od njih (16). Iz tabele 78. vidi se da blagu negativnu korelaciju ima opšti faktorski skor sa ukupnim skorom za psihotizam (tabela 78). Budući da niski opšti faktorski skor, ili posebni faktorski skorovi, ili niski optimalni skorovi za pojedine psihoaktivne supstance znače zloupotrebu i zavisnost, a visoki skorovi znače psihotizam, negativna korelacija znači da onaj ko je sklon zloupotrebi i zavisnosti od psihoaktivnih supstanci istovremeno ispoljava i povećan psihotizam, odnosno rigidnost.

Relativno značajna negativna korelacija evidentna je između drugog faktorskog skora i ukupnog skora za psihotizam (0,164, vidjeti tabelu 78), a veoma blaga korelacija postoji između prvog faktorskog skora i ukupnog skora psihotizma (-0,107). Ukupni skor psihotizma pokazuje izvjesne blage tendencije negativne korelacije i sa optimalnim skorom za lijekove za smirenje i spavanje. Međutim, negativne blage korelacije evidentne su još sa marihuanom i, djelimično, duvanom. Obje psihoaktivne supstance uglavom se izdvajaju na drugom faktoru, tako da ove negativne korelacije samo potvrđuju već ranije iznesenu negativnu korelaciju između drugog faktorskog skora i ukupnog skora za psihotizam. Činjenica da ukupni faktorski skor negativno korelira sa ukupnim skorom za psihotizam, a ne korelira sa optimalnim skorovima za većinu psihoaktivnih supstanci, vjerovatno je uslovljena malim brojem slučajeva onih koji upotrebljavaju jake droge. Kada je riječ o psihoaktivnim supstancama koje ispitanici češće koriste (duvan, marihuana) korelacija se po pravilu pokaže.

Tabela 78. – Matrica interkorelacija između optimalnih skorova za psihoaktivne supstance, prvog, drugog i opšteg faktorskog skora i skala psihotizma, neuroticizma, ekstraverzije i laži Ajnzekovog EPQ inventara ličnosti za uzorak mladih starosti od 19 do 30 godina

Optimalni i opšti faktorski skorovi za psihoakt. supstance		Psihotizam	Neuroticizam	Ekstraverzija	Disimulacija
Duvan	P*	-0,120	-0,084	-0,097	0,128
	Sig.**	0,004	0,045	0,020	0,002
	N	571	571	571	571
Alkohol	P	-0,092	0,024	-0,063	0,270
	Sig.	0,027	0,572	0,135	0,000
	N	571	571	571	571
Marihuana	P	-0,169	-0,067	-0,117	0,126
	Sig.	0,000	0,109	0,005	0,003
	N	571	571	571	571
Lijekovi za smirenje i spavanje	P	-0,095	-0,224	0,137	0,102
	Sig.	0,024	0,000	0,001	0,014
	N	571	571	571	571
Heroin	P	-0,077	-0,020	-0,027	-0,012
	Sig.	0,067	0,636	0,526	0,775
	N	571	571	571	571
Trodon	P	-0,070	-0,130	-0,029	0,025
	Sig.	0,095	0,002	0,490	0,545
	N	571	571	571	571
Extasy	P	-0,011	-0,006	0,073	0,038
	Sig.	0,795	0,883	0,082	0,370
	N	571	571	571	571
Kokain	P	-0,061	-0,097	0,037	0,036
	Sig.	0,795	0,883	0,082	0,370
	N	571	571	571	571
Inhalansi	P	-0,089	-0,017	0,002	0,071
	Sig.	0,033	0,682	0,956	0,092
	N	571	571	571	571
Prvi faktorski skor	P	-0,107	-0,087	-0,002	0,031
	Sig.	0,010	0,038	0,954	0,456
	N	571	571	571	571
Drugi faktorski skor	P	-0,164	-0,077	-0,092	0,236
	Sig.	0,000	0,065	0,028	0,000
	N	571	571	571	571
Opšti faktorski skor	P	-0,174	-0,105	-0,061	0,172
	Sig.	0,000	0,012	0,148	0,000
	N	571	571	571	571

P* = Pirsonova korelacija

Sig.** = Značajnost

Pretpostavljamo da se iz istog razloga pojavila korelacija sa prvim i drugim faktorskim skorom, a nije sa pojedinim optimalnim skorovima za psihoaktivne supstance.

Zapaža se vrlo blaga negativna korelacija opšteg faktorskog skora i ukupnog skora za neuroticizam ($-0,105$). Dakle, oni koji su skloniji zloupotrebi psihoaktivnih supstanci i zavisnosti od njih pokazuju veći neuroticizam, odnosno više su emocionalno labilni, neuravnoteženi. Obratno, oni koji su apstinenti ili vrlo rijetko upotrebljavaju psihoaktivne supstance pokazuju manji skor neuroticizma, odnosno više su emocionalno stabilni i uravnoteženi. Međutim, u kontekstu ove matrice interkorelacija uočavamo relativno visoku negativnu korelaciju između optimalnog skora za lijekove za smirenje i spavanje i ukupnog skora neuroticizma ($-0,224$, tabela 78), a javlja se još negativna, ali slabija korelacija ukupnog skora neuroticizma sa optimalnim skorom za trodon ($-0,130$). Već smo ranije komentarisali bolje korelacije optimalnih skorova lijekova za smirenje i spavanje. Podsjetićemo se tih komentara i u nekim bitnim aspektima ih i dopuniti. Prije svega, treba imati u vidu da mladi, koji pokazuju tendenciju za zloupotrebom psihoaktivnih supstanci, počinju relativno rano da kombinuju alkohol i lijekove za smirenje i spavanje, što smo zapazili i u analizi rezultata u epidemiološkom pregledu. Najčešće se iza takvih eksperimentisanja krije neki neurotski poremećaj ličnosti (19, 2, 3), nekada i psihotični proces. Lijekove za smirenje i spavanje uzimaju simptomatski, da bi umanjili anksioznost, napetost i sl., što može progredirati do zloupotrebe i zavisnosti. Drugi razlog je dobro poznat; ova sredstva znatno su jeftinija od „pravih”, jakih droga, a imaju polivalentna dejstva. U relativno sličnom kontekstu treba objašnjavati i pomenutu blagu negativnu korelaciju između optimalnog skora za trodon i ukupnog skora neuroticizma.

Indirektno potkrepljenje ovog zaključka nalazimo u blagoj pozitivnoj korelaciji optimalnog skora za lijekove za smirenje i spavanje i ukupnog skora ekstraverzije. To znači da su ispitanici koji su ekstravertniji manje skloni zloupotrebi i zavisnosti od lijekova za smirenje i spavanje i, obratno, ispitanici koji su introvertni skloniji su zloupotrebi i zavisnosti od psihoaktivnih supstanci. To nije slučaj sa pušenjem marihuane. Vrlo blaga negativna korelacija optimalnog skora za marihuanu i ukupnog skora skale ekstraverzije ukazuje da su ekstravertnije osobe sklonije zloupotrebi marihuane ($-0,117$, tabela 78). Slične tendencije postoje i između optimalnog skora za duvan i ukupnog skora ekstraverzije ($0,097$). Da li sa izvjesnom dozom smjelosti možemo da pretpostavimo kako su pušenju marihuane i duvana sklonije osobe koje nemaju izraženije neurotske i slične poremećaje ličnosti, već u skladu sa ekstravertnom prirodom ličnosti eksperimentišu iz radoznalosti, a sekundarno razvijaju tendenciju ka zloupotrebi? Ovoj pretpostavci nijesmo skloni da pridamo veći značaj, jer vjerujemo da je teško održiva pretpostavka kako se zavisnost od bilo koje psihoaktivne supstance, pa čak i od duvana, može razviti, a da nijesu postojali izvjesni primarni ili sekundarni poremećaji ličnosti. Naša je pretpostavka, za koju nemamo relevantne podatke da bismo je provjerili, da sklonost ka brzom stvaranju zloupotrebe i zavisnosti, brzom prelasku sa

„lakih” na „teške” droge značajno češće pokazuju mladi sa primarnim poremećajima ličnosti i ponašanja (19, 20), nego oni koji su skloni eksperimentisanju sa, uslovno rečeno, „lakim” drogama. Naravno, provjera ove pretpostavke povezana je sa organizovanjem složenog longitudinalnog istraživanja. Međutim, rezultati koje saopštavaju domaći istraživači (1, 2, 3, 15) indirektno potkrepljuju ovu pretpostavku.

Zanimljivi su rezultati interkorelacija ukupnog skora skale laži i optimalnih skorova za pojedine psihoaktivne supstance, kao i faktorskih skorova. Evidentne su pozitivne korelacije ukupnog skora skale laži i opšteg faktorskog skora (0,172), drugog faktorskog skora (0,236), optimalnog skora za alkohol (0,270), duvan (0,128), marihuanu (0,126), pa i optimalnog skora za lijekove za smirenje i spavanje (0,102, tabela 78). Ako imamo u vidu raniju napomenu da visoki, odnosno niski skorovi na skali laži ne moraju nužno da budu u visokoj korelaciji sa disimulacijom, odnosno sa istinitošću iskaza, jer ova skala mjeri i neku postojaniju dimenziju ličnosti (16), interpretaciju ovih korelacija valja uzeti sa izvjesnom rezervom. Naime, ispitanici koji su skloniji zloupotrebi i zavisnosti, iskreniji su nego oni koji nijesu. Ovaj nalaz je na prvi pogled paradoksalan, a svakako neočekivan. Još veća je korelacija s drugim faktorskim skorom koja iznosi 0,236, tabela 78. Prisjetimo se da su se na drugom faktoru faktorske analize za psihoaktivne supstance sa značajnim saturacijama izdvojili duvan i alkohol, a izvjesne, iako nedovoljne saturacije, imali su marihuana i lijekovi za smirenje i spavanje. Očekivano je da i optimalni skorovi za ove psihoaktivne supstance budu u pozitivnoj korelaciji sa ukupnim skorom skale laži kada je evidentna relativno visoka pozitivna korelacija drugog faktorskog skora i ukupnog skora skale laži (tabela 78). Da li se uopšte može iznijeti neko prihvatljivo objašnjenje za ove korelacije? Budući da su ipak korelacije utvrđene za pretežno „lake” droge, koje su se inače pretežno izdvojile na drugom faktoru, može se pretpostaviti da su oni koji sa ovim drogama više eksperimentišu skloniji preuveličavanju učestalosti i količine upotrebe ovih supstanci, jer vjeruju da korišćenje ovih supstanci donosi određene statusne poene među mladima. Moguće je da su takve ličnosti zaista sklonije disimulaciji uopšte. Najzad, ne otvara li ovaj neočekivani rezultat i mogućnost druge pretpostavke: da li skala laži u stvari mjeri neku drugu postojaniju dimenziju ličnosti koja je uslovno nazvana socijalnom naivnošću? Nijesu li zaista ovi ispitanici socijalno naivniji od onih koji zloupotrebljavaju jake droge i koji, navodno, nijesu skloni disimulaciji. To su dileme na koje, u stvari, nemamo pravog odgovora.

PSIHOSOCIJALNI FAKTORI RIZIKA

Drugu veliku grupu faktora rizika čine psihosocijalni faktori. U pokušaju da ih klasifikuju različiti autori koriste različite kriterijume klasifikacije. Jedan od najčešćih „kriterijuma” je nabrojanje područja u kojima se određene pojave manifestuju, kao npr.: problemi u učenju, problemi u ponašanju, odnosi sa vršnjacima, odnosi sa roditeljima. Zapravo, u osnovi takvih klasifikacija i nema posebnog kriterijuma, ukoliko se kao kriterijum ne navedu glavne životne sfere mladih. Prednost ovog pokušaja klasifikacije je u tome što se kod pažljivog odabira mogu „pokriti” sva važna životna područja u kojima mladi intenzivno participiraju. Problem je u tome što je ovakav pristup dosta arbitraran. S jedne strane, broj tih područja uglavnom proističe iz arbitrarnog stava istraživača, jer svaki istraživač, zavisno od teorijske orijentacije i praktičnih iskustava u radu sa mladima, neka područja može više ili manje favorizovati nego druga. Osim toga, kod ovakvog pristupa nije moguće uspostaviti gotovo nikakvu hijerarhiju po relativnom značaju tih područja za psihosocijalni razvoj adolescenta, već se istraživač zadovoljava njihovom deskripcijom.

Drugi pristup, koji smo mi izabrali, uspostavlja tu hijerarhiju time što se kao princip klasifikacije u jednom idealno-tipskom smislu uzima kontinuum od psihološkog, preko psihosocijalnog, do sociološkog i sociokulturnog i *vice versa*. Iako ni ovdje nije moguće uspostaviti hijerarhiju, ona je ipak implicitno prisutna, bar na osnovu složenosti determinističkih struktura koje leže u osnovi svakog od ovih nivoa. Sa tog stanovišta najširi a istovremeno i najsloženiji nivo su sociokulturni i sociološki, a relativno najmanje složen i najuži psihološki. U izlaganju faktora rizika pošli smo iz pragmatičnih i didaktičkih razloga obrnutim putem. Najveće slabosti ove klasifikacije vezane su za relativno precizna razgraničenja, a javlja se i jedan konceptualni problem. Često je teško pojedine faktore rizika vezati samo za jedan od pomenuta tri nivoa, polazeći od teorijskih i iskustvenih saznanja. Drugi je konceptualne prirode. U upitnicima su faktori rizika koji se odnose na dva, pa i sva tri nivoa povezani u jedan blok. Mi smo u dosadašnjem izlaganju nastojali da ove blokove integralno, a ne parcijalno analiziramo. U tom slučaju neminovno ćemo doći u situaciju da ova podjela ima vrlo uslovno značenje. Npr., školski uspjeh i problemi u učenju prevashodno su psihološki problemi. Mi ćemo ih svrstati u jedinstveni blok problema učenja i ponašanja, iako time rušimo hijerarhij-

ski princip od sociokulturnog, odnosno sociološkog, preko psihosocijalnog do individualnog, odnosno psihološkog nivoa. Zato ovu klasifikaciju shvatamo kao najširi i dosta rastepljivi okvir koji zahtijeva istraživanje u kome su obuhvaćene brojne grupe faktora rizika. Mi smo ove relativnosti podjele bili svjesni, ali je ona ipak bila neophodna da bismo izgradili osnovni analitički okvir cjelokupnog istraživanja.

Upotreba i zloupotreba psihoaktivnih supstanci među članovima roditeljskih porodica učenika, kao faktor rizika za nastanak i razvoj zloupotrebe i zavisnosti među učenicima crnogorskih osnovnih i srednjih škola

Porodični faktori rizika relativno su najčešće bili istraživani u sklopu širih istraživačkih problema (21, 22, 23, 24, 25, 26, 1, 2, 3, 10, 27, 28, 29). Nekada se obuhvata širok spektar riziko-faktora u djetinjstvu, uključujući i porodično-vaspitne, na nastanak i razvoj različitih oblika devijantnog ponašanja, od kojih su upotreba, zloupotreba i zavisnost od psihoaktivnih supstanci samo jedan oblik devijantnog ponašanja u adolescenciji (21, 25, 24, 10, 29), ali se često ukazuje i na specifične odnose između roditelja i mladih ili na specifične porodične konstelacije koje su povezane sa povećanim rizikom zloupotrebe psihoaktivnih supstanci od strane mladih (22, 23, 26). Nekada se o ovim specifičnim odnosima i konstelacijama govori u kontekstu terapijskih problema (27, 28), dok su u različitom obimu i u različitim kontekstima ovi problemi razmatrani u sklopu interdisciplinarnog istraživačkog pristupa (1) ili u sklopu specifičnijih istraživačkih problema (2, 3, 15).

U naše istraživanje uključili smo različite porodične faktore rizika i u različitom opsegu za dva uzorka mladih. Naime, upitnicima za oba uzorka obuhvaćena je istorija upotrebe i zloupotrebe psihoaktivnih supstanci od članova roditeljskih porodica, koja uključuje i određeni broj pitanja o potpunosti roditeljske porodice i socijalnom porijeklu ispitanika (XIII dio upitnika za učenike crnogorskih osnovnih i srednjih škola i XI dio za mlade uzrasta od 19 do 30 godina, vidjeti priloge na kraju). Mladima uzrasta od 19 do 30 godina postavljen je znatno veći set pitanja koji se odnosi na red rođenja ispitanika u porodici, odnose između roditelja, emocionalne i vaspitne relacije između roditelja i ispitanika i prisustvo socijalno-patoloških pojava u roditeljskim porodicama ispitanika (XII dio, pitanja od 192. do 222, upitnika za mlade uzrasta od 19 do 30 godina). Ovaj blok pitanja nijesmo uključili u upitnik za mlade nižeg uzrasta, jer smo smatrali da učenici crnogorskih osnovnih i srednjih škola nemaju neophodnu vremensku distancu da bi mogli procjenjivati roditeljske odnose, niti vaspitne i emocionalne odnose roditelja prema njima, a socijalno-patološke pojave roditelji do zrelog doba nastoje da prikriju, kad je to moguće. Pored toga što učenici nijesu u stanju da procijene kvalitet poro-

dičnih relacija u kojima intenzivno učestvuju i koji su zbog adolescentnog perioda u kome se nalaze inače manje kritični u procjenjivanju bračnih i porodičnih odnosa koje, po pravilu, doživljavaju na jednostran način, njihovo procjenjivanje je nužno nepotpuno, jer se pitanja uglavnom odnose na čitav period djetinjstva i mladosti do punoljetstva. Čak i da eliminišemo sve ostale, ovaj posljednji razlog je, po našem uvjerenju, dovoljan da im blok pitanja o odnosima među roditeljima, emocionalnim i vaspitnim odnosima između roditelja i ispitanika, kao i pitanja o prisustvu socijalno-patoloških pojava među članovima roditeljskih porodica ispitanika, ne postavimo.

Zloupotreba psihoaktivnih supstanci među članovima roditeljskih porodica često je isticana u većini studija (1, 2, 3, 10, 25, 29). Najčešće se pominju ekscesivno pijenje i alkoholizam među muškim članovima roditeljske porodice, što je, s obzirom na veliku rasprostranjenost i široku društvenu tolerantnost upotrebe i zloupotrebe alkohola u našoj kulturi, sasvim očekivano. Međutim, nijesu sasvim epizodično zastupljene i druge psihoaktivne supstance.

Najprije smo analizirali da li postoji korelacija između učestalosti pušenja oca i opšteg faktorskog skora za psihoaktivne supstance. Nije utvrđena statistički značajna veza ($\Phi=0,105$, Kramerov $V=0,060$; C koeficijent = $0,104$, značajni na $0,377$). Međutim, između učestalosti pušenja duvana majke i opšteg faktorskog skora utvrđena je izvjesna statistička veza ($\Phi = 0,149$ Kramerov $V = 0,105$; C koeficijent = $0,147$, značajni na $0,000$). Zanimljivo je zapaziti da $44,3\%$ očeva i $35,7\%$ majki ispitanika svakodnevno puši. Čini se da je ovaj procenat za majke natprosječno visok. Dakle, ispitanici čije majke svakodnevno puše značajno češće zloupotrebljavaju psihoaktivne supstance ili su od njih zavisni, nego oni čije majke ne puše ili puše rijetko. Takođe je utvrđena pozitivna statistička povezanost između učestalosti pušenja braće i sestara i učestalosti zloupotrebe i zavisnosti mladih od psihoaktivnih supstanci ($\Phi = 0,345$, Kramerov $V = 0,172$, C koeficijent = $0,326$, značajni na $0,000$).

U uzorku učenika crnogorskih osnovnih i srednjih škola 10% ispitanika imalo je očeve koji su ekscesivno pili, ili su od alkohola bili zavisni. Ispitanici koji imaju očeve sklone ekscesivnom pijenju ili zavisnosti od alkohola, značajno češće su i sami sklone zloupotrebi psihoaktivnih supstanci ($\Phi = 0,315$, Kramerov $V = 0,158$, C koeficijent = $0,301$, značajni na $0,000$). Dok 10% očeva ispitanika ekscesivno pije ili ispoljava simptome zavisnosti, takvih je $2,8\%$ majki ispitanika. Takođe se potvrdila statistički značajna korelacija između ekscesivnog pijenja i zavisnosti majki od alkohola i učestalosti zloupotrebe i zavisnosti ispitanika od psihoaktivnih supstanci ($\Phi = 0,175$, Kramerov $V = 0,124$, C koeficijent = $0,178$, značajni na $0,000$). Među braćom i sestrama ispitanika sklonost ka zloupotrebi i zavisnosti od alkohola ispoljava njih $4,2\%$. Između učestalosti ekscesivnog pijenja i zavisnosti od alkohola braće i sestara ispitanika i

opšteg faktorskog skora za zloupotrebu i zavisnost od psihoaktivnih supstanci utvrđena je statistički značajna korelacija. Dakle, ispitanici čija braća i sestre ekscesivno piju ili su zavisni od alkohola, značajno češće su i sami skloni zloupotrebi psihoaktivnih supstanci i zavisnosti od ovih supstanci ($\Phi = 0,246$, Kramerov $V = 0,174$, C koeficijent = $0,238$, značajni na $0,000$).

Lijekove za smirenje i spavanje uzimali su jedan ili oba roditelja čak u 12,5% slučajeva. Ispitanici čiji su jedan ili oba roditelja uzimali lijekove za smirenje i spavanje, značajno češće su bili skloni zloupotrebi psihoaktivnih supstanci ili su bili zavisni od ovih supstanci ($\Phi = 0,222$, Kramerov $V = 0,157$, $C = -0,217$, značajni na $0,000$)

Jedan ili oba roditelja ispitanika su u 2,1% slučajeva pušili marihuanu. Između distribucije ukupnog skora zloupotrebe zavisnosti za pušenje marihuane i opšteg faktorskog skora za psihoaktivne supstance utvrđena je izvjesna statistička veza. Naime, učenici čiji su jedan ili oba roditelja pušili marihuanu značajno češće su bili skloni zloupotrebi psihoaktivnih supstanci ili bili zavisni od ovih supstanci, nego učenici čiji roditelji nису pušili marihuanu ($\Phi = 0,205$, Kramerov $V = 0,145$, C koeficijent = $0,201$, značajni na $0,000$).

Braća i sestre ispitanika su u 3% slučajeva pušili marihuanu. Između ukupnog skora za pušenje marihuane od strane braće i sestara i opšteg faktorskog skora učenika za zloupotrebu i zavisnost učenika od psihoaktivnih supstanci utvrđena je blaga statistička korelacija. Učenici čija braća i sestre puše marihuanu, značajno su češće bili skloni zloupotrebi i zavisnosti od psihoaktivnih supstanci, nego učenici čiji braća i sestre ne puše marihuanu ($\Phi = 0,205$, Kramerov $V = 0,145$, C koeficijent = $0,201$, značajni na $0,000$).

Otac učenika je u 0,7% slučajeva bio heroinski zavisnik, majka u 0,3%, oboje u 0,2 slučajeva. Dakle, 1,2% učenika imali su jednog ili oba roditelja koji su bili heroinski zavisnici. U još 0,6% slučajeva heroinski zavisnik su bili brat i (ili) sestra. Ukupno je 1,8% učenika imalo bar jednog člana koji je bio heroinski zavisnik. Između ukupnog skora za postojanje zavisnosti od heroina kod jednog ili više članova roditeljskih porodica učenika i opšteg faktorskog skora zloupotrebe i zavisnosti učenika od psihoaktivnih supstanci utvrđena je izvjesna statistička veza. Ona ukazuje da učenici čiji su bar jedan ili više članova roditeljskih porodica bili heroinski zavisnici i sami su značajno češće skloni zloupotrebi ili zavisnosti od psihoaktivnih supstanci ($\Phi = 0,173$, Kramerov $V = 0,122$, C koeficijent = $0,170$, značajni na $0,000$).

Najzad, ispitali smo da li postoji povezanost između odrastanja u potpunoj ili nepotpunoj porodici (bez jednog ili oba roditelja) i učestalosti zloupotrebe i zavisnosti učenika od psihoaktivnih supstanci. Zanimljivo je istaći da je čak 11,1% ispitanika odraslo u nepotpunoj porodici (bez

jednog ili oba roditelja ili sa zamjenicima roditelja). Utvrđena je veoma blaga korelacija između tipa porodične strukture i sklonosti učenika prema zloupotrebi psihoaktivnih supstanci ili zavisnosti od ovih supstanci ($\Phi = 0,094$, Kramerov $V = 0,094$, C koeficijent = $0,094$, značajni na $0,005$). Naime, ispitanici koji nijesu odrasli u potpunim porodicama skloniji su zloupotrebi psihoaktivnih supstanci i zavisnosti od njih nego učenici koji su odrasli u potpunim porodicama, sa oba roditelja.

Dosada navedene korelacije između skorova za upotrebu, zloupotrebu i zavisnost od psihoaktivnih supstanci članova roditeljskih porodica učenika i opšteg faktorskog skora učenika za psihoaktivne supstance dosta su niske, ali ipak postoje kao jasno izražene tendencije. Kao i u ranijim slučajevima, ove relativno niske korelacije dijelom su uslovljene izrazito asimetričnim distribucijama skorova za zloupotrebu i zavisnost od psihoaktivnih supstanci među članovima roditeljskih porodica učenika, uslijed čega često nedostaje „kritična statistička masa” za utvrđivanje ovih korelacija. Međutim, naši nalazi su generalno u skladu sa nalazima drugih istraživača o pozitivnoj povezanosti upotrebe, zloupotrebe i zavisnosti od psihoaktivnih supstanci između adolescenata i članova njihovih porodica (1, 10, 25).

Upotreba, zloupotreba i zavisnost od psihoaktivnih supstanci među članovima roditeljskih porodica kao faktori rizika za nastanak i razvoj zloupotrebe i zavisnosti od psihoaktivnih supstanci među mladima Crne Gore između 19 i 30 godina starosti

Kada je riječ o upotrebi, zloupotrebi i zavisnosti od psihoaktivnih supstanci članova roditeljskih porodica mladih starijeg uzrasta kao faktora rizika za nastanak i razvoj zloupotrebe i zavisnosti mladih od 19 do 30 godina starosti uočene su relativno slabije statističke veze, nego kada je riječ o istim istraživačkim aspektima među učenicima crnogorskih osnovnih i srednjih škola. Manji ukupni uzorak, vrlo asimetrične distribucije za pojedine vrste psihoaktivnih supstanci i relativno mali broj slučajeva članova roditeljskih porodica koji upotrebljavaju pojedine jače psihoaktivne supstance vjerovatno su značajnim dijelom uslovile da određene statističke povezanosti ne budu značajnije izražene. Na to upućuje i činjenica da su te veze relativno jače na uzorku učenika crnogorskih osnovnih i srednjih škola, kao i na jedinstvenom uzorku za mlade od 12 do 30 godina starosti. Međutim, u izvjesnoj mjeri valja imati u vidu i ranije istaknuto saznanje da su neki epidemiološki aspekti upotrebe, zloupotrebe i zavisnosti na uzorku učenika crnogorskih osnovnih i srednjih škola, nepovoljniji nego na uzorku mladih starijeg uzrasta, o čemu je u prvom dijelu ove studije opširno bilo riječi. Nije li u svjetlu takvog saznanja moguće pretpostaviti da su neki od grupa faktora rizika, kao što su, npr. faktori rizika

vezani za zloupotrebu i zavisnost od psihoaktivnih supstanci među članovima roditeljskih porodica u uzorku starijih bili slabije izraženi ili imali relativno slabije djeinstvo nego na uzorku učenika crnogorskih osnovnih i srednjih škola? S obzirom na inače veliki obim ove studije nijesmo mogli ići u detaljniju elaboraciju i analizu ove dileme. Željeli smo samo da naglasimo da svijest o njenom postojanju u našem istraživačkom fokusu postoji.

Od 507 ispitanika između 19 i 30 godina starosti 202 (39,8%) izjavilo je da njihovi očevi svakodnevno puše. Između ukupnog skora učestalosti pušenja očeva i opšteg faktorskog skora za psihoaktivne supstance utvrđena je statistički značajna povezanost ($\Phi = 0,188$, Kramerov $V = 0,133$, C koeficijent = 0,185, značajni na 0,006). Ispitanici, čiji očevi svakodnevno puše, značajno češće zloupotrebljavaju psihoaktivne supstance ili su od njih zavisni, nego ispitanici čiji očevi ne puše duvan ili to rade rijetko.

Od 532 ispitanika 116 (21,8%) izjavilo je da njihove majke svakodnevno puše duvan. Između ukupnog skora pušenja duvana majki ispitanika i opšteg faktorskog skora za psihoaktivne supstance utvrđena je blaga statistička veza ($\Phi = 0,180$, Kramerov $V = 0,127$, C koeficijent = 0,177, značajni na 0,009). Mladi između 19 i 30 godina starosti koji češće zloupotrebljavaju psihoaktivne supstance ili su od njih zavisni, značajno se razlikuju od onih istog uzrasta koji to ne čine i po tome, što značajno češće imaju majke koje svakodnevno puše.

Zanimljivo je napomenuti da u uzorku starijih nije nađena statistički značajna veza između pušenja braće i sestara ispitanika i učestalosti zloupotrebe i zavisnosti od psihoaktivnih supstanci mladih starijeg uzrasta ($\Phi = 0,151$, Kramerov $V = 0,075$, C koeficijent = 0,149, značajni na 0,722). Inače, od 541 ispitanika njih 286 (52,86%) izjavilo je da imaju jedno, dvoje ili više braće i sestara koji puše. Moguće je pretpostaviti da je uticaj pušenja duvana od strane braće i sestara, pa i upotrebe drugih psihoaktivnih supstanci među članovima roditeljskih porodica kao faktor rizika na ovom uzrastu slabiji nego na nižem uzrastu na kome se nalaze učenici crnogorskih osnovnih i srednjih škola. Ne treba izgubiti iz vida ključni epidemiološki nalaz da su mladi između 19 i 30 godina starosti prosječno značajno kasnije počinjali da uzimaju gotovo sve psihoaktivne supstance, a u kasnijim godinama (pogotovu poslije 19, kada su prosječno tek počinjali da uzimaju određene psihoaktivne supstance – prim. Z.S.) relativni uticaj upotrebe psihoaktivnih supstanci od članova roditeljskih porodica kao faktor rizika za nastanak i razvoj zloupotrebe i zavisnosti kod mladih ovog uzrasta, osjetno slabi.

Od 509 ispitanika 80 (15,8%) izjavilo je da njihovi očevi svakodnevno ili više puta nedjeljno piju alkoholna pića. Mladi starijeg uzrasta, čiji očevi više puta nedjeljno ili svakodnevno piju alkoholna pića, češće su skloni zloupotrebi psihoaktivnih supstanci ili zavisnosti od njih, nego ispitanici čiji očevi ne piju alkoholna pića ili to čine rijetko ($\Phi = 0,256$, Kramerov $V = 0,181$, C koeficijent = 0,248, značajni na 0,000).

Od 531 ispitanika 10 (1,9%) izjavilo je da njihove majke više puta nedjeljno ili svakodnevno piju alkoholna pića. Očigledno da se učestalo pijenje u Crnoj Gori još uvijek vezuje uz predstavu o muškosti. Međutim, između učestalosti pijenja majki i zloupotrebe, odnosno zavisnosti mladih od 19 do 30 godina starosti nije nađena statistički značajna veza ($\Phi = 0,147$, Kramerov $V = 0,104$, C koeficijent = $0,145$, značajni na $0,178$). Korelacija se vjerovatno nije javila zbog izrazite asimetričnosti distribucije i malog broja majki koje više puta nedjeljno ili svakodnevno piju alkoholna pića.

Od 535 ispitanika 158 (19,53%) izjavilo je da jedno, dvoje ili troje braće i sestara konzumiraju alkoholna pića. Mladi između 19 i 30 godina starosti čija braća i sestre piju alkoholna pića, značajno češće su skloni zloupotrebi i zavisnosti od psihoaktivnih supstanci, iako ove razlike jedva dostižu stepen statističke značajnosti ($\Phi = 0,246$, Kramerov $V = 0,123$, C koeficijent = $0,239$, značajni na nivou $0,01$).

Od 539 ispitanika od 19 do 30 godina starosti čak je 102 (19%) izjavilo da jedan ili oba njihova roditelja uzimaju lijekove za smirenje i spavanje, a 41 (7,6%) da u to nijesu sigurni. Kao što je u epidemiološkom pregledu istaknuto, značajna upotreba lijekova za smirenje i spavanje među mladima uslovljena je i tolerantnim stavom roditelja prema uzimanju ovih lijekova od strane njihove djece. Činjenica da ih i sami obimno koriste, govori u prilog uvjerenju da ih ne doživljavaju kao psihoaktivne supstance. Postoji jasno izražena veza između zloupotrebe ovih lijekova od roditelja i sklonosti ka zloupotrebi i zavisnosti njihove djece od psihoaktivnih supstanci ($\Phi = 0,307$, Kramerov $V = 0,177$, C koeficijent = $0,293$, značajni na $0,000$).

Od 534 ispitanika 10 (1,9%) je izjavilo da jedan ili oba njihova roditelja puše marihuanu. Međutim, između ukupnog skora za pušenje marihuane i opšteg faktorskog skora za psihoaktivne supstance nije utvrđena statistički značajna veza, vjerovatno iz dobro poznatih razloga izrazite asimetričnosti distribucije pušenja marihuane njihovih roditelja ($\Phi = 0,123$, Kramerov $V = 0,087$, C koeficijent = $0,122$, značajni na $0,235$).

Od 533 ispitanika 15 (2,8%) izjavilo je da su jedno ili više braće i sestara pušili marihuanu. Ispitanici koji su imali braću i sestre koji su pušili marihuanu, bili su skloniji zloupotrebi i zavisnosti od psihoaktivnih supstanci, nego oni mladi starijeg uzrasta čiji braća i sestre nijesu pušili marihuanu, ali ta razlika jedva dostiže stepen konvencionalno ustanovljene statističke značajnosti od $0,05$ ($\Phi = 0,134$, Kramerov $V = 0,095$, C koeficijent = $0,133$, značajni na $0,047$).

Od 544 ispitanika 8 (1,3%) izjavili su da su jedan ili više članova njihove roditeljske porodice zavisni od heroina. Međutim, nije utvrđena statistički značajna razlika u pogledu zloupotrebe i zavisnosti od psihoaktivnih supstanci između onih ispitanika koji imaju i koji nemaju članove

roditeljskih porodica koji su heroinski zavisnici, što je vjerovatno uslovljeno vrlo malim brojem članova roditeljskih porodica heroinomana (svega 7 – prim. Z.S.), $\Phi = 0,092$, Kramerov $V = 0,019$, C koeficijent = $0,091$, značajni na $0,602$).

Upotreba, zloupotreba i zavisnost od psihoaktivnih supstanci među članovima roditeljskih porodica kao faktori rizika za nastanak i razvoj zloupotrebe i zavisnosti od psihoaktivnih supstanci mladih u Crnoj Gori od 12 do 30 godina

Između distribucije ukupnog skora za pušenje očeva i opšteg faktorskog skora zloupotrebe i zavisnosti za psihoaktivne supstance oba uzorka mladih od 12 do 30 godina utvrđena je značajna povezanost. Mladi Crne Gore, čiji očevi svakodnevno puše, češće su skloni zloupotrebi i zavisnosti od psihoaktivnih supstanci, nego ako im roditelji ne puše duvan ($\Phi = 0,117$, Kramerov $V = 0,082$, $C = 0,116$, značajni na $0,001$). Inače, važno je istaći da 43% očeva ispitanika u oba uzorka svakodnevno puši.

Od 1723 ispitanika iz oba uzorka njih 541 (31,4%) imalo je majke koje su svakodnevno pušile. Ispitanici čije su majke svakodnevno pušile duvan češće su pokazivali sklonost ka zloupotrebi i zavisnosti od psihoaktivnih supstanci nego ispitanici čije majke nijesu pušile duvan ili su to činile rijetko ($\Phi = 0,121$, Kramerov $V = 0,086$, C koeficijent = $0,121$, značajni na $0,000$).

Od 1723 ispitanika iz oba uzorka, njih 28,7% su imali braću i sestre koji su pušili duvan. Između ukupnog skora pušenja davana braće i sestara i opšteg faktorskog skora mladih oba uzorka za psihoaktivne supstance utvrđena je značajna povezanost ($\Phi = 0,167$, Kramerov $V = 0,118$, C koeficijent = $0,165$, značajni na $0,000$). Ispitanici oba uzorka čiji braća i sestre puše duvan, značajno češće su skloni zloupotrebi psihoaktivnih supstanci i zavisnosti od ovih supstanci, nego ispitanici čiji braća i sestre ne puše duvan.

Na nivou zajedničkog uzorka, čak 11,8% očeva nekoliko puta nedjeljno ili svakodnevno pije alkoholna pića. Mladi koji imaju očeve koji više puta nedjeljno ili svakodnevno piju alkoholna pića, češće su skloni zloupotrebi psihoaktivnih supstanci ili zavisnosti od njih nego mladi čiji očevi ne piju alkoholna pića ili to čine vrlo rijetko ($\Phi = 0,254$, Kramerov $V = 0,127$, C koeficijent = $0,246$, značajni na $0,000$).

Od 1719 mladih od 12 do 30 godina starosti 2,1% imaju majke koje piju alkoholna pića više puta nedjeljno, ili svaki dan. Između ukupnog skora pijenja alkoholnih pića mladih i opšteg faktorskog skora za psihoaktivne supstance utvrđena je statistički značajna povezanost ($\Phi = 0,154$, Kramerov $V = 0,109$, C koeficijent = $0,152$, značajni na $0,000$). Mladi Crne Gore od 12 do 30 godina starosti čije majke više puta nedjelj-

no ili svakodnevno piju alkoholna pića, češće su skloni zloupotrebi i zavisnosti od psihoaktivnih supstanci, nego mladi istog uzrasta čije majke ne piju alkoholna pića ili to čine rijetko ($\Phi = 0,154$, Kramerov $V = 0,109$, C koeficijent = $0,152$, značajni na $0,000$).

Od 1717 mladih između 12 i 30 godina starosti 21,4% ima braću i sestre koji piju alkoholna pića. Između ukupnog skora za pijenje alkoholnih pića braće i sestara ispitanika i opšteg faktorskog skora za psihoaktivne supstance utvrđena je statistički značajna povezanost ($\Phi = 0,299$, Kramerov $V = 0,149$, C koeficijent = $0,286$, značajni na $0,000$). Dakle, mladi Crne Gore između 12 i 30 godina starosti čija braća i sestre piju alkoholna pića, značajno su češće skloni zloupotrebi i zavisnosti od psihoaktivnih supstanci, nego ako imaju braću i sestre koji ne piju alkoholna pića ili to čine rijetko.

Od 1736 mladih Crne Gore između 12 i 30 godina starosti 14,5% je imalo jednog ili oba roditelja koji su uzimali lijekove za smirenje i spavanje. Između ukupnog skora uzimanja lijekova za smirenje i spavanje od roditelja ispitanika i opšteg faktorskog skora za psihoaktivne supstance utvrđena je izvjesna statistička značajna povezanost ($\Phi = 0,202$, Kramerov $V = 0,143$, C = $0,198$, značajni na $0,000$). Mladi oba uzorka, koji su imali jednog ili oba roditelja sklona uzimanju lijekova za smirenje i spavanje, češće su i sami bili skloni zloupotrebi ili zavisnosti od psihoaktivnih supstanci, nego ako njihovi roditelji nijesu ove lijekove koristili.

Od 1738 mladih između 12 i 30 godina starosti, 2% je imalo jednog ili oba roditelja koji su pušili marihuanu. Značajno češće su marihuanu pušili roditelji ispitanika koji su bili skloni zloupotrebi psihoaktivnih supstanci i zavisnosti od njih, nego roditelji djece koji nijesu bili skloni, niti zloupotrebi, niti zavisnosti od psihoaktivnih supstanci ($\Phi = 0,303$, Kramerov $V = 0,175$, C koeficijent = $0,290$, značajni na $0,000$).

Od 1726 mladih oba uzorka, starosti od 12 do 30 godina, 3% je imalo braću i sestre koji su pušili marihuanu. Između ukupnog skora za pušenje marihuane braće i sestara ispitanika i opšteg skora za psihoaktivne supstance utvrđena je izvjesna statistička poveznost ($\Phi = 0,182$, Kramerov $V = 0,129$, C koeficijent = $0,179$, značajni na $0,000$). Mladi oba uzorka koji su imali braću i sestre sklone pušenju marihuane, značajno češće su zloupotrebljavali psihoaktivne supstance ili bili od njih zavisni, nego mladi čija braća i sestre nijesu pušili marihuanu.

Od 1741 ispitanika između 12 i 30 godina starosti, 1,6% je imalo jednog ili više članova roditeljske porodice koji su bili heroinski zavisnici. Između ukupnog skora za zavisnost od heroina članova roditeljskih porodica ispitanika i opšteg skora za psihoaktivne supstance utvrđena je izvjesna statistička povezanost ($\Phi = 0,146$, Kramerov $V = 0,103$, C koeficijent = $0,145$, značajni na $0,000$). Dakle, mladi oba uzorka koji su imali jednog ili više članova roditeljskih porodica koji su bili heroinski zavisni-

ci, češće i sami zloupotrebljavaju psihoaktivne supstance ili su od njih zavisni, nego ako u roditeljskoj porodici nije bilo heroinskih zavisnika.

Dosadašnja analiza jasno pokazuje da su značajni faktori rizika za zloupotrebu i zavisnost mladih od psihoaktivnih supstanci, postojanje upotrebe i zloupotrebe psihoaktivnih supstanci od strane članova roditeljskih porodica mladih, što su potvrdila i druga istraživanja (1, 10, 25, 29, 30, 31, 32, 33).

Porodični faktori rizika za nastanak i razvoj zloupotrebe i zavisnosti od psihoaktivnih supstanci među mladima uzrasta od 19 do 30 godina

Istraživanja porodične pozadine kao prediktivnog faktora za nastanak i razvoj zloupotrebe i zavisnosti mladih od psihoaktivnih supstanci predstavljaju i po obimu i po dobijenim rezultatima važnu oblast u istraživanju faktora rizika. Slična istraživanja u alkoholologiji dovela su do saznanja da je moguće govoriti o porodičnom alkoholizmu kao o posebnom etiološkom tipu (12, 14). Istraživanja porodičnih faktora rizika za nastanak i razvoj zloupotrebe i zavisnosti mladih uključuje širok spektar istraživačkih problema, počev od formalno-strukturalnih karakteristika porodice (potpuna i nepotpuna porodica, broj djece i red rođenja djece u porodici) do bračno-porodičnih odnosa koji uključuju emocionalne odnose između roditelja, tipove emocionalnih relacija između njihove djece koja upotrebljavaju, zloupotrebljavaju ili su zavisna od psihoaktivnih supstanci, karakteristične adekvatne i neadekvatne modele identifikacije i između roditelja i djece, metode vaspitanja koje roditelji primjenjuju prema djeci pod rizikom za nastanak i razvoj zloupotrebe i zavisnosti od psihoaktivnih supstanci (1, 2, 3, 10, 15, 21, 24, 30, 31, 32, 33, 37, 38, 39). U pomenutim studijama istražuju se pojedini porodični faktori ili posebne dimenzije odnosa, dok se u drugim studijama nastoje utvrditi i specifične konstelacije poremećenih bračno-porodičnih odnosa ili odnosa između roditelja i djece kao rizične za nastanak i razvoj zloupotrebe i zavisnosti od psihoaktivnih supstanci, djece iz takvih porodica (1, 30, 31, 32, 33, 21, 24, 22, 26, 27, 28)

U tabeli 79. prikazane su korelacije između varijabli koje se odnose na formalno-strukturalne karakteristike porodice (broj braće i sestara, red rođenja ispitanika) verbalne i fizičke sukobe među roditeljima, emocionalno-vaspitne odnose između ispitanika i roditelja, te postojanje duševnih oboljenja i drugih socijalno-patoloških pojava među članovima roditeljskih porodica ispitanika, sukobe među roditeljima oko metoda vaspitanja djece i sukobe među djecom, s jedne strane (XII dio, pitanja od 191. do 222. u upitniku za mlade između 19 i 30 godina starosti, Prilog na kraju monografije). Obuhvaćen je značajan broj faktora rizika, na osnovu kojih možemo ukazati i na moguće porodične konstelacije kao rizične za

nastanak i razvoj zloupotrebe i zavisnosti kod djece, ali će one kasnije biti preciznije anticipirane kada bude riječi o strukturalnim razlikama među poduzorcima mladih starijeg uzrasta koji su apstinenti i onih koji zloupotrebljavaju psihoaktivne supstance ili su od njih zavisni. O razlozima zašto smo ove porodične faktore rizika ispitivali samo na uzorku mladih starijeg uzrasta od 19 do 30 godina, bilo je riječi ranije.

Zanimljivo je istaći da se broj braće i sestara i red rođenja ne javlja ju kao varijable koje značajno razlikuju ispitanike koji zloupotrebljavaju psihoaktivne supstance ili su od njih zavisni, od onih koji su apstinenti ili ove supstance rijetko upotrebljavaju (Pirsonove korelacije iznose 0,020 i 0,025, tabela 79.), iako se u nekim od ranije pomenutih istraživanja ističe da je u različitim odnosima važan i broj djece u porodici i redosljed rođenja kao mogući prediktivni faktori buduće upotrebe i zloupotrebe psihoaktivnih supstanci od djece.

U kompleksu vaspitno-emocionalnih odnosa između roditelja i ispitanika pokazalo se da su samo pretjerana strogost i sklonost fizičkom nasilju očeva prema ispitanicima od 19 do 30 godina starosti u pozitivnoj korelaciji sa opštim faktorskim skorom za psihoaktivne supstance, pri čemu je korelacija fizičkog nasilja sa opštim faktorskim skorom gotovo na ivici značajnosti (Pirsonova korelacija je 0,085 značajna na 0,047, vidjeti tabelu 79). Još je važnija činjenica da su se kao značajan porodični faktor rizika pojavili i sukobi među roditeljima oko metoda vaspitanja djece. Naime, ispitanici koji su skloni zloupotrebi psihoaktivnih supstanci i zavisnosti od njih, češće potiču iz porodica u kojima su se roditelji sukobljavali oko metoda vaspitanja djece, nego oni koji ne potiču iz takvih porodica ($P = 0,157$, značajna na 0,000, tab. 79).

Opisujući profil jugoslovenskog dispanzerskog narkomana, prof. Bukelić ističe da su očevi bili odlučni, strogi i principijelni, a gotovo u istom procentu slučajeva blagi i zainteresovani za narkomane, dok su majke više nego dvostruko češće prema narkomanima bile blage i zainteresovane, što je bio i dominantni vaspitni emocionalni odnos majki prema narkomanima (1).

Tabela 79. – Korelacija između varijabli koje se odnose na porodične faktore rizika i opšteg faktorskog skora za uzorak mladih od 19 do 30 godina starosti

Porodični faktori rizika		Opšti faktorski skor	
191.	Broj braće i sestara.	P	0,020
		Sig.**	0,637
		N	545
192.	Red rođenja ispitanika.	P	0,025
		Sig.	0,555
		N	0,547
193.	Svađe među roditeljima.	P	0,077
		Sig.	0,073
		N	537
195.	Pretjerana strogost oca prema ispitaniku u vaspitanju.	P	0,132
		Sig.	0,002
		N	548
196.	Pretjerana strogost majke prema ispitaniku u vaspitanju.	P	0,017
		Sig.	0,695
		N	547
197.	Pretjerana brižnost oca prema ispitaniku.	P	-0,073
		Sig.	0,090
		N	544
198.	Pretjerana brižnost majke prema ispitaniku.	P	0,007
		Sig.	0,879
		N	547
199.	Nedostatak ljubavi oca prema ispitaniku.	P	0,068
		Sig.	0,110
		N	0,553
200.	Nedostatak ljubavi majke prema ispitaniku.	P	-0,025
		Sig.	0,560
		N	554
203.	Često fizičko kažnjavanje ispitanika od strane oca.	P	0,085
		Sig.	0,047
		N	541
205.	Često fizičko kažnjavanje ispitanika od strane majke.	P	0,035
		Sig.	0,422
		N	531
207.	Nemogućnost povjeravanja ispitanika ocu zbog uvjerenja da ga otac ne razumije.	P	0,095
		Sig.	0,027
		N	535
208.	Nemogućnost povjeravanja ispitanika majci zbog uvjerenja da ga majka ne razumije.	P	0,031
		Sig.	0,480
		N	0,537
209–212.	Duševne bolesti među članovima roditeljskih porodica ispitanika	P	0,098
		Sig.	0,019
		N	571
213–220.	Socijalno–patološke pojave među članovima roditeljskih porodica ispitanika.	P	0,179
		Sig.	0,000
		N	571
221.	Sukobi roditelja oko metoda vaspitanja ispitanika i ostale djece.	P	0,157
		Sig.	0,000
		N	509

* P = Pirsonova korelacija

** Sig. = Značajnost

Opisujući profil jugoslovenskog hospitalnog narkomana, prof. Bukelić ističe da su očevi prema hospitalnim narkomanima prvenstveno tolerantni i racionalni, a zatim brižni i nježni, a u manje od 20% slučajeva netrpeljivi i nervozni, dok su majke pretežno bile brižne (1).

Najzad, opisujući profil jugoslovenskog kriminogenog narkomana prof. Bukelić ističe da su očevi prema kriminogenim narkomanima bili nježni, tolerantni i racionalni, ali sa mogućnošću da sa očevima razgovaraju samo o nekim problemima koji su ove narkomane okupirali. U 26% slučajeva očevi su prema narkomanima bili ambivalentni ili su pribjegavali pasivnom odbijanju, dok još 12% ispitanika nije uopšte moglo da razgovara sa svojim očevima (1).

Majke kriminogenih narkomana najčešće su prema njima bile brižne i tolerantne, dok su u 16% slučajeva bile netolerantne i nervozne. Sa svojim majkama kriminogeni narkomani mogli su da razgovaraju samo o nekim problemima, dok u 12% slučajeva uopšte nijesu mogli da razgovaraju (1). U 30% slučajeva kriminogeni narkomani su prema majkama bili tolerantni, ali bez razumijevanja ili je taj stav bio loš i netolerantan. Isto toliki procenat je bio ambivalentnih, sklonih povlačenju od majki ili agresivnih prema majkama (1).

U istraživanju socijalno-psiholoških „profila” apstinenata, narkofila i narkomana, Đukanović i sar., našli su razlike u emocionalno-vaspitnim modelima ponašanja roditelja u ove tri grupe. Valja pomenuti da je istraživanje izvršeno na uzorku od 956 učenika sedmih razreda beogradskih osnovnih i 974 učenika beogradskih srednjih škola (31).

Narkomani potiču iz razvedenih ili iz drugih razloga deficijentnih porodica i odnosi među roditeljima, ukoliko su porodice formalno očuvane, uglavnom su dobri. Sa majkama se narkomani loše slažu; majke ne razumiju njihove potrebe i probleme, niti imaju vremena za njih. Sa očevima su u sukobu, a očevi takođe ne razumiju njihove potrebe i probleme (31).

Narkofili se često sukobljavaju sa majkama, ali su majke prema narkofilima često popustljive i daju im slobodu da sami odlučuju. Sa očevima se uglavnom dobro slažu, ali ipak ne mogu da im se povjere, niti očevi imaju vremena da saslušaju njihove potrebe i probleme.

Apstinate majke kontrolišu i ne dozvoljavaju im da samostalno biraju u važnim stvarima. Sa očevima se dobro slažu, mogu i da im se povjere, ali ni očevi im ne daju slobodu da samostalno biraju i odlučuju u važnim stvarima. Očevi apstinenata imaju mnogo više vremena za apstinate nego očevi narkofila, a pogotovu narkomana.

Ono što je ipak zajedničko svima ovim opisima jeste činjenica da je u oba istraživanja (1, 31) utvrđena manja ili veća kriza povjerenja između roditelja i njihove djece koja se usljed nedostatka emocionalne bliskosti i različitih vrijednosnih preferencija dvije generacije ili usljed neadekvatnih emocionalnih relacija (pretjerane brižnosti, prezaštićenosti od majki

(1), odnosno ambivalentnog odnosa i odbacivanja (31) ili pretjerane strogosti očeva u ovom istraživanju, ne mogu uspostaviti odnosi uzajamne bliskosti i povjerenja, uz istovremeno održanje roditeljskog porodičnog autoriteta koji podrazumijeva izvjesnu kontrolu ponašanja mladih. Ako su uspostavljeni odnosi uzajamne bliskosti, povjerenja i razumijevanja između roditelja i djece, ta umjerena kontrola se ne doživljava kao frustracija u socijalnim i emocionalnim odnosima sa drugima. To indirektno potvrđuju i rezultati ovog istraživanja koji pokazuju autoritaran i represivan odnos očeva, praćen fizičkim nasiljem, usljed čega se takođe nije moglo uspostaviti bazično povjerenje između ispitanika i njihovih očeva. Značaj kontrole i emocionalne podrške kao preventivni faktor za smanjenje socijalnog i delinkventnog ponašanja među dječacima potvrđen je i u drugim studijama (22, 26, 24, 41). Opis „profila” apstinenata ukazuje da su roditeljska kontrola i zainteresovanost roditelja, a posebno očeva, bile znatno izraženije, adekvatnije nego kod učenika koji su postali narkofili, a naročito narkomani (31). U brojnim, ranije navedenim studijama autori su pokušali da opišu karakteristične devijantne emocionalno–vaspitne konstatacije. Najčešće se ističe brižna ili dominirajuća majka i relativno slab, odsutan i za probleme svoje djece nezainteresovan otac. U crnogorskoj porodičnoj kulturnoj matrici ta nezainteresovanost očeva svjesno se (a mnogo češće nesvjesno) nadomješćuje i „opravdava” povećanom strogošću prema djeci, praćenoj ponekada i fizičkim nasiljem, tako da naš nalaz ne mora biti inkompatibilan sa ovom preovlađujućom matricom emocionalno–vaspitnih odnosa koja se u konstelacijama sa drugim riziko faktorima smatra značajnom za nastanak i razvoj zloupotrebe i zavisnosti kod mladih.

Na pitanje 194. o tome da li su roditelji bili skloni fizičkom nasilju jedno prema drugom (upitnik za mlade od 19 do 30 godina, XII dio, pitanje 194) čak je 259 (48,8%) ispitanika odgovorilo potvrdno, a 272% (51,2%) su kazali da među roditeljima nije bilo fizičkog nasilja. Uprkos ovoj činjenici, nijesmo utvrdili da su ispitanici, čiji su roditelji bili skloni fizičkom nasilju, značajno češće bili skloni zloupotrebi i zavisnosti nego oni koji ne potiču iz porodica čiji roditelji nijesu međusobno bili skloni fizičkom nasilju ($\Phi = 0,077$, Kramerov $V = 0,077$, značajni na 0,209). Ovaj sasvim neočekivan nalaz može se jedino objasniti pretpostavkom da je fizičko nasilje u porodici široko društveno tolerisano (vjerovatno primarno muškarca prema ženi) kao prihvaćen kulturološki patrijarhalni obrazac među polovima. Pod uslovom da su ispitanici zaista iskreno odgovarali, ovaj nalaz je veoma zabrinjavajući po sebi, a ništa manje vjerovatni kulturološki obrasci o porodičnom nasilju.

Zanimljivo je istaći da su ispitanici koji su bili skloni zloupotrebi psihoaktivnih supstanci imali očeve koji su ne samo bili strogi u vaspitanju i skloni fizičkom kažnjavanju nego koje su mladi ovog uzrasta istovremeno doživjeli i kao onog roditelja koji ih je zanemarivao u smislu

ostvarenja bazičnih kontakata povjerenja i razumijevanja ($\Phi = 0,128$, Kramerov $V = 0,128$, C koeficijent = $0,127$, značajni na $0,01$). Ovaj nalaz zaokružuje sliku o značaju neadekvanih emocionalno–vaspitnih relacija između očeva i mladih ovog uzrasta kao važnog porodičnog faktora rizika zloupotrebe, pa i zavisnosti od psihoaktivnih supstanci i osnažuje našu nešto ranije iznesenu pretpostavku o strogom i punitivnom, ali, istovremeno, suštinski nezainteresovanom ocu za probleme onih kategorija mladih u Crnoj Gori, sklonih zloupotrebi i zavisnosti od psihoaktivnih supstanci.

Zanimljivo je napomenuti da između onih ispitanika koji su bili zanemarivani od majki i opšteg faktorskog skora za psihoaktivne supstance nije nađena statistički značajna veza. Naime, ispitanici koji su bili skloniji zloupotrebi i zavisnosti od psihoaktivnih supstanci nijesu značajno češće bili zanemarivani od svojih majki u odnosu na ostalu djecu, nego oni koji nijesu koristili psihoaktivne supstance ili su to radili vrlo rijetko ($\Phi = 0,093$, Kramerov $V = 0,093$, C koeficijent = $0,093$, značajni na $0,113$).

Posebno je zanimljivo istaći da ispitanici, koji su fizičko nasilje očeva doživljavali kao neopravdano, nijesu značajno češće bili skloni zloupotrebi psihoaktivnih supstanci ili zavisnosti, nego oni koji nijesu ($\Phi = 0,105$, Kramerov $V = 0,074$, C koeficijent = $0,105$, značajni na $0,270$). Isto tako, nije nađena povezanost subjektivnog doživljaja neopravdanosti fizičkog nasilja i opšteg faktorskog skora za psihoaktivne supstance. Naime, ispitanici koji su bili uvjereni da su ih majke često neopravdano fizički kažnjavale nijesu značajno češće bili skloni zloupotrebi i zavisnosti od psihoaktivnih supstanci, nego oni koji nijesu dijelili takvo uvjerenje ($\Phi = 0,097$, Kramerov $V = 0,068$, C koeficijent = $0,096$, značajni na $0,341$). Još jedan rezultat daje nešto više svjetla na odnos ispitanika prema roditeljskom fizičkom nasilju. Od 145 (25,30%) ispitanika koji su iskusili očevu fizičko nasilje 63 (44,3%) je to fizičko kažnjavanje doživjelo kao opravdano, a 82 (56,7%) kao neopravdano. S druge strane, od 17 (31%) ispitanika koje su fizički kažnjavale njihove majke, 98 (55,36%) je ta kažnjavanja doživljavalo kao opravdana, a 79 (44,6%) kao neopravdana. Ovi podaci upućuju na dva zaključka. Prvi ukazuje da se fizička kažnjavanja majki doživljavaju kao više opravdana, a kažnjavanja očeva manje opravdana, što indirektno govori o manjem prihvatanju očeva i jače izraženom latentnom sukobu na liniji otac – sin. Drugi je, da se fizička kažnjavanja oba roditelja u manjem ili većem, ali kod oba roditelja u visokom procentu doživljavaju kao opravdana, te se fizičko nasilje prema djeci u stvari prihvata kao ravnopravan vaspitni metod drugima, što je dio tradicionalnih kulturoloških obrazaca, izgleda još uvijek prisutnih u društvenoj svijesti ne samo starijih, nego i mlađih generacija. Najzad, saznanje, da je skoro polovina ispitanika izjavilo da je među njihovim roditeljima bilo fizičkog nasilja, osnažuje taj tradicionalni vaspitni metod kao univerzalan i indirektno jasno govori o percepciji bračnih uloga žene u cr-

nogorskoj porodici, ako se ima u vidu da su žene značajno češće žrtve fizičkog nasilja muškaraca u braku, nego obratno.

Najzad, nije utvrđena statistički značajna veza između sukoba i netrpeljivosti između ispitanika i njegove braće i sestara i opšteg faktorskog skora za psihoaktivne supstance. Ispitanici koji su ispoljavali stalnu netrpeljivost prema braći i sestrama nijesu značajno češće bili skloni zloupotrebi i zavisnosti od psihoaktivnih supstanci nego oni koji nijesu ($\Phi = 0,122$, Kramerov $V = 0,086$, C koeficijent = $0,121$, značajni na $0,116$).

Prema rezultatima niza istraživanja, duševna oboljenja i druge socijalno-patološke pojave značajni su opšti faktori rizika za zloupotrebu i zavisnost od psihoaktivnih supstanci među mladima (1, 15, 25, 21).

Od binarnih varijabli 209, 210, 211 i 212 izradili smo jedinstven skor na taj način što ako je ispitanik na bilo kome od pomenuta četiri pitanja odgovorio sa „da” označili smo da je među članovima roditeljskih porodica bilo duševne bolesti, a ako je na sva četiri pitanja odgovorio sa „ne” da duševnih bolesti nema. Između postojanja duševnih bolesti među članovima roditeljskih porodica ispitanika i ukupnog faktorskog skora za psihoaktivne supstance utvrđena je statistički blaga korelacija ($P = 0,098$, značajna na $0,01$, tabela 79). Dakle, ispitanici koji potiču iz porodica u kojima su jedan ili više članova bili duševni bolesnici, značajno češće su skloni zloupotrebi psihoaktivnih supstanci i zavisnosti od njih.

Od binarnih varijabli od 213 do 220 napravili smo ukupni skor prisustva, odnosno odsustva socijalno-patoloških pojava među članovima roditeljskih porodica ispitanika, na isti način kao i za duševne bolesti. Između prisustva socijalno-patoloških pojava među članovima roditeljskih porodica ispitanika i opšteg faktorskog skora za psihoaktivne supstance postoji statistička veza ($P = 0,179$, značajan na $0,000$). Ispitanici čiji su jedan ili više članova bili nosioci socijalno-patoloških pojava, značajno češće su skloni zloupotrebi i zavisnosti od psihoaktivnih supstanci, nego oni čiji članovi roditeljskih porodica nijesu bili nosioci socijalno-patoloških pojava.

Povezanost između socijalno-patoloških pojava među članovima roditeljskih porodica ispitanika i njihove sklonosti ka zloupotrebi psihoaktivnih supstanci, i zavisnosti od njih, utvrđena je i u ranije pomenutim istraživanjima (1, 15, 25, 21).

POREMEĆAJI PONAŠANJA KAO FAKTORI RIZIKA ZA NASTANAK I RAZVOJ ZLOUPOTREBE I ZAVISNOSTI MLADIH OD PSIHOAKTIVNIH SUPSTANCI, STAROSTI OD 12 DO 18 GODINA

U konstelaciji dosada pominjanih faktora rizika, problemi ponašanja u djetinjstvu i ranoj mladosti često se povezuju sa povećanim rizikom upotrebe i zloupotrebe psihoaktivnih supstanci i zavisnosti od njih (25, 23, 42, 43, 7, 19, 44, 45, 1, 2, 3, 46, 47). Kao što se poremećaji ponašanja smatraju značajnim faktorima rizika, tako se u većini pomenutih studija asocijalno i antisocijalno ponašanje ističu kao jedna od čestih posljedica zloupotrebe i zavisnosti mladih od psihoaktivnih supstanci, što takođe pominju i naši autori (1,3, 15,48). Doduše asocijalno i antisocijalno ponašanje zavisnika nije predmet našeg istraživanja, ali smo željeli da istaknemo kako oni koji zloupotrebljavaju psihoaktivne supstance ili su od njih zavisni ispoljavaju poremećaje ponašanja i prije i poslije javljanja zloupotrebe i zavisnosti, iako su, po pravilu, ti poremećaji i u kvantitativnom i u kvalitativnom pogledu izraženiji poslije javljanja zloupotrebe i zavisnosti.

Mi smo postavili pitanje o poremećajima u ponašanju, od kojih se neki češće (hiperaktivnost, svadljivost i sl.), a neki rjeđe smatraju faktorima rizika (povučenost, stidljivost). Time smo, istovremeno, željeli da obuhvatimo što širi krug poremećaja ponašanja.

Zanimljivo je zapaziti da su od 1144 ispitanika koji su pružili odgovore na pitanje o tome da li su u djetinjstvu bili mirni, povučeni čak 763 (66,7%) odgovorili da jesu, a 381 (33,3%) da nijesu. Ispitanici koji su izjavili da nijesu bili mirni, povučeni u djetinjstvu, češće su skloni zloupotrebi i zavisnosti od psihoaktivnih supstanci, nego oni koji su izjavili da nijesu ($\Phi = 0,110$, Kramerov $V = 0,110$, C koeficijent = $0,109$, značajni na $0,001$).

Ovaj rezultat potvrđuje drugi nalaz u kome su učenici direktno pitani da li su u djetinjstvu bili nemirni. Na ovo pitanje potvrdno je odgovorilo 416 (37,1%) učenika crnogorskih osnovnih i srednjih škola, a 62,9% odrečno, što je, ustvari, blisko rezultatu na prethodno pitanje. Između procjene učenika o tome da su u djetinjstvu bili nemirni i opšteg faktorskog skora za psihoaktivne supstance utvrđena je statistički značajna povezanost. Naime, učenici koji su sebe u djetinjstvu percipirali kao nemirne, značajno češće su bili skloni zloupotrebi i zavisnosti od psihoaktivnih supstanci, nego oni koji sebe nijesu doživjeli u tom svjetlu ($\Phi = 0,133$, Kramerov $V = 0,133$, C koeficijent = $0,132$, značajni na $0,000$).

U ranije pomenutim studijama najčešće se ističe hiperaktivnost kao faktor rizika za kasnije eksperimentisanje sa psihoaktivnim supstancama ili zloupotrebu i zavisnost od njih. Od 1083 učenika koji su pružili odgo-

vor na ovo pitanje 111 (10,2%) su izjavili da su u djetinjstvu bili pretjerano nemirni. Istovremeno, oni koji su u djetinjstvu bili pretjerano nemirni (odnosno hiperaktivni – primj. Z.S.) češće su bili skloni zloupotrebi psihoaktivnih supstanci i zavisnosti od njih nego oni koji sebe nijesu u djetinjstvu doživjeli kao hiperaktivne ($\Phi = 0,183$, Kramerov $V = 0,183$, C koeficijent = 0,180, značajni na 0,000).

Od 1110 učenika crnogorskih osnovnih i srednjih škola, njih 579 (52,2%) smatrali su da su u djetinjstvu bili stidljivi, a 531 (47,8%) da nijesu. Između binarne distribucije stidljivosti i opšteg faktorskog skora za psihoaktivne supstance postoji statistička povezanost, iako je ona skoro na granici značajnosti. Učenici koji nijesu bili stidljivi u djetinjstvu, češće su skloni zloupotrebi i zavisnosti od psihoaktivnih supstanci, nego oni koji su u djetinjstvu bili svadljivi ($\Phi = 0,077$, Kramerov $V = 0,077$, C koeficijent = 0,077, značajni na 0,036).

Od 1086 učenika crnogorskih osnovnih i srednjih škola 294 (27,1%) izjavilo je da je bilo sklono svađama, a 792 (72,9%) da nije. Između binarne razdiobe na pitanje o sklonosti svađama u djetinjstvu i opšteg faktorskog skora za psihoaktivne supstance postoji statistički značajna veza. Učenici koji su sebe u djetinjstvu doživljavali kao svadljive, češće su u nešto kasnijim godinama bili skloni zloupotrebi psihoaktivnih supstanci, nego oni koji sebe nijesu u djetinjstvu doživljavali kao svadljive ($\Phi = 0,189$, Kramerov $V = 0,189$, C koeficijent = 0,185, značajni na 0,000).

Sličan procenat ispitanika izjavio je da su u djetinjstvu bili skloni tučama; od 1088 ispitanika 242 ili 22,2% su, po vlastitim izjavama, u djetinjstvu bili skloni tučama, a 846 (77,8%) da nijesu. Učenici koji su u djetinjstvu bili skloni tučama, češće su kasnije zloupotrebljavali psihoaktivne supstance ili bili od njih zavisni, nego oni koji u djetinjstvu nijesu bili skloni tučama ($\Phi = 0,190$, Kramerov $V = 0,190$, C koeficijent = 0,186, značajni na 0,000).

Iz dosadašnje analize možemo zapaziti da su sklonosti prema zloupotrebi psihoaktivnih supstanci i zavisnosti od njih bili skloniji učenici koji su ispoljavali hiperaktivnost i agresivne oblike ponašanja prema drugima, nego oni koji nijesu bili skloni takvom ponašanju, tako da se agresivnost u djetinjstvu znatno više nego povučenost i stidljivost javlja kao mogući faktor rizika za nastanak i razvoj zloupotrebe psihoaktivnih supstanci u ranom adolescentnom dobu, naravno u sklopu drugih faktora rizika.

Slični poremećaji ponašanja kod onih učenika koji su bili skloniji upotrebi i zloupotrebi psihoaktivnih supstanci nastavili su se i u ranoj mladosti, odnosno vremenu koje prethodi ili se poklapa sa prvim iskustvima sa psihoaktivnim supstancama. Od 1157 učenika, njih 745 ili 64,4% je izjavilo da su u mladosti bili mirni, povučeni, 412 (35,6%) da nijesu. Učenici koji su izjavili da nijesu bili mirni, povučeni u mladosti, češće su bili skloni zloupotrebi psihoaktivnih supstanci i zavisnosti od njih, nego

oni koji su to u mladosti bili ($\Phi = 0,194$, Kramerov $V = 0,194$, C koeficijent = $0,191$, značajni na $0,000$).

Kao i na nižem uzrastu, sljedeći nalaz indirektno potkrepljuje prethodni da izvjesna hiperaktivnost, a ne mirnoća i povučenost, značajno češće koreliraju sa sklonošću mladih da uzimaju psihoaktivne supstance. Tako je od 1086 učenika crnogorskih osnovnih i srednjih škola, 273 (25,1%) izjavilo da su u mladosti bili nemirni, a 813 (74,9%) da nijesu. Između binarne razdiobe kojom se opisuje pretjerani nemir učenika i opšteg faktorskog skora za psihoaktivne supstance utvrđena je statistički značajna povezanost. Naime, ispitanici koji su u mladosti bili nemirni, češće su zloupotrebljavali psihoaktivne supstance ili bili zavisni od ovih supstanci, nego oni koji u mladosti nijesu bili nemirni ($\Phi = 0,206$, Kramerov $V = 0,206$, C koeficijent = $0,201$, značajni na $0,000$).

Od 1007 učenika, njih 59 (5,5%) izjavili su da su u mladosti bili pretjerano nemirni, odnosno hiperaktivni. Oni učenici koji su u mladosti bili pretjerano nemirni (hiperaktivni) češće su bili skloni zloupotrebi psihoaktivnih supstanci i zavisnosti od ovih supstanci nego oni koji u mladosti nijesu ispoljavali simptome hiperaktivnosti ($\Phi = 0,188$, Kramerov $V = 0,188$, C koeficijent = $0,184$, značajni na $0,000$).

Od 1081 učenika crnogorskih osnovnih i srednjih škola 345 (31,9%) izjavili su da su u mladosti bili stidljivi, a 736 (68,1%) da nijesu. Učenici koji su izjavili da nijesu bili stidljivi češće su bili skloni zloupotrebi psihoaktivnih supstanci i zavisnosti od njih nego oni koji su u mladosti, prema vlastitim izjavama, bili stidljivi ($\Phi = 0,104$, Kramerov $V = 0,104$, C koeficijent = $0,103$, značajni na $0,003$).

Da su bili skloni svađama u mladosti, izjavilo je 240 učenika od 1072 ili 22,4%, dok sklonost svađama u mladosti nije ispoljavalo 832 (77,6%) učenika. Učenici koji su u mladosti bili skloni svađama, značajno češće su bili skloni i zloupotrebi psihoaktivnih supstanci i zavisnosti od ovih supstanci, nego oni koji u mladosti nijesu bili skloni svađama ($\Phi = 0,161$, Kramerov $V = 0,161$, C koeficijent = $0,159$, značajni na $0,000$).

Od 1063 učenika crnogorskih osnovnih i srednjih škola, 194 (18,3%) izjavili su da su u mladosti bili skloni tučama, a 869 (81,7%) da nijesu. Između binarne distribucije koja opisuje sklonost učenika tučama u mladosti i opšteg faktorskog skora za psihoaktivne supstance utvrđena je statistički značajna povezanost. Naime, učenici koji su u mladosti bili skloni tučama, češće su bili skloni i zloupotrebi psihoaktivnih supstanci i zavisnosti od ovih supstanci, nego oni učenici koji u mladosti nijesu bili skloni tučama ($\Phi = 0,149$, Kramerov $V = 0,149$, C koeficijent = $0,148$, značajni na $0,000$).

Ispitivali smo i postojanje težih oblika asocijalnog ponašanja učenika u mladosti (pitanje 14-3, upitnika za mlade od 12 do 18 godina, Prilog na kraju studije). Tako je od 1175 učenika crnogorskih osnovnih i sred-

njih škola njih 66 (5,6%) izjavilo da su prekršajno, a 21 (1,8%) da su krivično odgovarali za prekršaje i krivična djela, što s obzirom na godine života nije nimalo zanemarljiv broj. Učenici koji su u mladosti prekršajno i krivično odgovarali češće su bili skloni zloupotrebi i zavisnosti od psihoaktivnih supstanci nego oni koji nijesu ($\Phi = 0,216$, Kramerov $V = 0,153$, C koeficijent = 0,211, značajni na 0,000).

Loš školski uspjeh i problemi u učenju su takođe često isticani kao faktori rizika za nastanak i razvoj zloupotrebe i zavisnosti mladih od psihoaktivnih supstanci (1, 49, 50, 51, 52, 53, 54).

Na pitanje: „Kakav si uspjeh postigao(la) u prethodnoj godini” (pitanje 4, XIV dio, upitnika za mlade od 12 do 18 godina) od 1184 učenika 24 (2%) odgovorili su da su prethodnu godinu ponavljali, 128 (10,8%) prethodnu godinu završili su sa dovoljnim uspjehom, 399 (33,7%) sa dobrim, 327 (27,6%) sa vrlodobrim i 306 (25,8%) sa odličnim uspjehom. Učenici koji su prethodnu školsku godinu završili sa lošim, dovoljnim ili dobrim školskim uspjehom češće su skloni upotrebi i zloupotrebi psihoaktivnih supstanci ili su zavisni od njih nego oni koji su prethodnu školsku godinu završili sa vrlodobrim i odličnim školskim uspjehom ($\Phi = 0,211$, Kramerov $V = 0,150$, C koeficijent = 0,207, značajni na 0,000).

Značajan broj učenika izjavio je da ima probleme u učenju. Tako su od 1132 učenika njih 545 (48,1%) izjavili da im je učenje dosadno, a 587 (51,9%) da im nije dosadno. Učenici koji su izjavili da im je učenje dosadno češće su skloni zloupotrebi i zavisnosti od psihoaktivnih supstanci nego oni koji su izjavili da im učenje nije dosadno ($\Phi = 0,329$, Kramerov $V = 0,329$, C koeficijent = 0,312, značajni na 0,000).

Teškoće sa koncentracijom imalo je 446 učenika crnogorskih osnovnih i srednjih škola od 1107 koliko je na ovo pitanje odgovorilo ili 40,3%, dok je 661 (59,7%) učenika izjavilo da probleme sa koncentracijom nema. Između binarne razdiobe koja ukazuje na postojanje, odnosno nepostojanje problema u koncentraciji učenika dok uče i opšteg faktorskog skora za psihoaktivne supstance postoji statistička veza. Učenici koji imaju probleme u koncentraciji češće su skloni zloupotrebi psihoaktivnih supstanci i zavisnosti od njih, nego oni koji te probleme koncentracije nemaju ($\Phi = 0,231$, Kramerov $V = 0,231$, C koeficijent = 0,225, značajni na 0,000).

Od 1097 učenika crnogorskih osnovnih i srednjih škola, njih 264 (24,1%) izjavili su da slabo pamte ono što uče, dok je 833 (75,9%) izjavilo da problema sa pamćenjem dok uče nemaju. Učenici koji imaju probleme sa pamćenjem dok uče značajno češće su skloni zloupotrebi i zavisnosti od psihoaktivnih supstanci nego oni koji nemaju problema sa pamćenjem ($\Phi = 0,107$, Kramerov $V = 0,107$, C koeficijent = 0,107, značajni na 0,002).

Najzad, od 1101 učenika crnogorskih osnovnih i srednjih škola njih 361 (32,8%) izjavljuju da često ne razumiju gradivo koje uče, dok 740 (67,2%) nemaju problema u razumijevanju školskog gradiva. Učenici koji često imaju probleme sa razumijevanjem gradiva značajno češće su skloni zloupotrebi i zavisnosti od psihoaktivnih supstanci nego oni koji tih problema u razumijevanju gradiva nemaju ($\Phi = 0,163$, Kramerov $V = 0,163$, C koeficijent = 0,161, značajni na 0,000).

Sudeći prema visini korelacija, izgleda da dosadnost gradiva najbolje „diskriminira” učenike koji su skloni zloupotrebi i zavisnosti od psihoaktivnih supstanci, a teškoće u upamćivanju gradiva, relativno najmanje.

POREMEĆAJI PONAŠANJA KAO FAKTORI RIZIKA ZA NASTANAK I RAZVOJ ZLOUPOTREBE I ZAVISNOSTI MLADIH OD PSIHOAKTIVNIH SUPSTANCI IZMEĐU 19 I 30 GODINA STAROSTI

Poremećaji ponašanja u djetinjstvu i mladosti najznačajniji su faktori rizika za zloupotrebu i zavisnost od psihoaktivnih supstanci učenika crnogorskih osnovnih i srednjih škola. Među mladima starijeg uzrasta poremećaji u ponašanju i učenju nijesu tako sistematski povezani sa zloupotrebom i zavisnošću od psihoaktivnih supstanci (vidjeti tabelu 80), što djelimično može da bude uslovljeno i primijenjenim koeficijentima korelacije. Matematička procedura kojom se izračunava Pirsonov koeficijent rigoroznija je nego one koje stoje u osnovi ranije pomenuta tri prikazivana koeficijenta (Φ , Kramerovog V i C koeficijenta).

Iz tabele 80. vidi se da ispitanici starijeg uzrasta koji su bili mirni, povučeni, nijesu značajno češće skloni zloupotrebi i zavisnosti od psihoaktivnih supstanci, nego oni koji to nijesu ($P = - 0,075$, značajan na 0,09, tabela 80.).

Kao i na uzorku učenika crnogorskih osnovnih i srednjih škola i na uzorku starijih, pokazalo se, da se u manjem ili većem stepenu izražena hiperaktivnost pojavljuje kao faktor rizika za zloupotrebu i zavisnost mladih starijeg uzrasta. Mladi starijeg uzrasta, koji su u djetinjstvu češće bili nemirni, češće će u adolescentnom periodu biti skloni zloupotrebi i zavisnosti od psihoaktivnih supstanci ($P = 0,202$, značajan na 0,000, tabela 80)

Mladi uzrasta od 19 do 30 godina, koji su izjavili da su u djetinjstvu bili stidljivi nijesu značajno češće skloni zloupotrebi psihoaktivnih supstanci i zavisnosti od ovih supstanci, nego ispitanici istog uzrasta koji nijesu u djetinjstvu bili stidljivi ($P = - 0,021$, značajan na 0,629).

Ispitanici starijeg uzrasta koji su u djetinjstvu bili skloni svađama češće pokazuju sklonost ka zloupotrebi i zavisnosti od psihoaktivnih supstanci u adolescentnom periodu, nego oni koji nijesu u djetinjstvu bili skloni tučama sa vršnjacima ($\Phi = 0,117$, značajan na 0,008).

S druge strane, ispitanici koji su u djetinjstvu bili skloni tučama sa vršnjacima nijesu, značajno češće, bili skloni zloupotrebi i zavisnosti od psihoaktivnih supstanci, nego oni koji to nijesu bili, iako se razlika između ove dvije kategorije ispitanika nalazi na granici statističke značajnosti ($P = 0,077$, značajan na 0,079, granica značajnosti 0,05, primj. - Z.S.).

Nije utvrđena korelacija između povučenosti ispitanika u mladosti i zloupotrebe i zavisnosti od psihoaktivnih supstanci, kao uostalom, i u djetinjstvu. Ispitanici uzrasta od 19 do 30 godina, koji su u mladosti bili mirni i povučeni, nijesu značajno češće zloupotrebljavali psihoaktivne supstance ili bili od njih zavisni, nego oni koji nijesu u mladosti bili mirni i povučeni ($P = - 0,022$, značajan na 0,608).

S druge strane, ispitanici koji su u mladosti ispoljavali nervozu, češće su zlopotrebljavali psihoaktivne supstance ili bili od njih zavisni, nego oni koji nijesu ($P = 0,206$, značajan na $0,000$).

Isto tako, ispitanici koji su u mladosti bili hiperaktivni, češće su bili skloni zlopotrebi psihoaktivnih supstanci ili zavisnosti od njih, nego oni koji u mladosti nijesu bili hiperaktivni ($0,095$, značajan na nivou $0,02$).

Stidljivost u mladosti izgleda nije tako „diskriminativan” faktor rizika za razlikovanje apstinenata od onih koji zlopotrebljavaju psihoaktivne supstance kao hiperaktivnost. Naime, ispitanici koji su češće bili skloni zlopotrebi i zavisnosti od psihoaktivnih supstanci nijesu značajno češće bili stidljivi od onih koji su bili apstinenti ili su psihoaktivne supstance rijetko upotrebljavali ($P = - 0,032$, značajan na $0,463$).

Kao i na uzorku učenika crnogorskih osnovnih i srednjih škola, sklonost svađama u mladosti češće je egzistirala kod ispitanika koji su zlopotrebljavali psihoaktivne supstance ili bili od njih zavisni, nego kod ispitanika koji u mladosti nijesu bili skloni svađama ($P = 0,165$, značajan na $0,000$). Međutim, ispitanici, koji su u mladosti bili skloni tučama, nijesu značajno češće zlopotrebljavali psihoaktivne supstance ili bili od njih zavisni, nego oni koji nijesu bili skloni tučama ($P = 0,061$, značajan na $0,165$).

Od 534 ispitanika starosti od 19 do 30 godina, 42 (7,9%) kažnjavano je prekršajno, a 7 (1,3%) krivično. Ispitanici koji su kažnjavani prekršajno i krivično, češće su skloni zlopotrebi i zavisnosti od psihoaktivnih supstanci, nego oni koji nijesu prekršajno i krivično kažnjavani ($\Phi = 0,216$, Kramerov $V = 0,153$, C koeficijent = $0,212$, značajni na $0,000$).

Tabela 80. – Korelacija između poremećaja ponašanja i problema u učenju kao faktora rizika i opšteg faktorskog skora za mlade od 19 do 30 godina

Poremećaji ponašanja i problemi u učenju kao faktori rizika		Opšti faktorski skor	
190.	Miran (povučen) u djetinjstvu.	P**	-0,075
		Sig.***	0,092
		N.	504
223.	Nemiran(na) u djetinjstvu	P	0,202
		Sig.	0,000
		N.	529
224.	Pretjerano nemiran(na), (hiperaktivan(na) u djetinjstvu	P	0,088
		Sig.	0,045
		N.	517
225.	Pretjerano stidljiv(va) u djetinjstvu.	P	-0,021
		Sig.	0,629
		N.	0,527
226.	Skлонost svađama u djetinjstvu.	P	0,117
		Sig.	0,008
		N.	525
227.	Skлон(na) tučama u djetinjstvu	P	0,077
		Sig.	0,079
		N.	526
228.	Miran(na), povučen(na) u mladosti.	P	-0,022
		Sig.	0,608
		N.	531
229.	Nervozan(na), nemiran(na) u mladosti	P	0,206
		Sig.	0,000
		N.	531
230.	Pretjerano nervozan(na), nemiran(na) u mladosti.	P	0,095
		Sig.	0,028
		N.	528
231.	Stidljiv(va) u mladosti.	P	-0,032
		Sig.	0,463
		N.	526
232.	Skлон(na) svađama u mladosti.	P	0,165
		Sig.	0,000
		N.	0,529
233.	Skлон(na) tučama u mladosti	P	0,061
		Sig.	0,165
		N.	526
235.	Dosadno mi je bilo da učim.	P	0,210
		Sig.	0,000
		N.	550
236.	Teško sam se koncentrisao(la) na učenje.	P	0,181
		Sig.	0,000
		N.	521
237.	Slabo sam pamtio(la) što učim.	P	0,038
		Sig.	0,377
		N.	531
238.	Često nijesam razumio(la) gradivo.	P	0,061
		Sig.	0,163
		N.	524

* P = Pirsonova korelacija

** Sig. = Značajnost

Kao i u uzorku učenika crnogorskih osnovnih i srednjih škola mladi od 19 do 30 godina koji su izjavili da im je bilo dosadno da uče, značajno su češće bili skloni zloupotrebi i zavisnosti od psihoaktivnih supstanci, nego oni koji nijesu osjećali dosadu prilikom učenja ($P = 0,210$, značajan na $0,000$).

Varijabla slabog pamćenja nije značajnije „diskriminisala” one koji zloupotrebljavaju psihoaktivne supstance ili su od njih zavisni, od onih koji su apstinenti ili ove supstance upotrebljavaju rijetko ($P=0,038$, značajan na $0,377$). Takođe, ispitanici, koji su imali problema sa razumijevanjem gradiva, nijesu značajno češće bili skloni zloupotrebi i zavisnosti od psihoaktivnih supstanci, nego oni koji nijesu imali problema sa upamćivanjem gradiva ($P = 0,061$, značajan na $0,163$).

Na osnovu dosadašnje analize poremećaja u ponašanju mladih Crne Gore uočava se da su mladi skloni hiperaktivnosti, verbalnom i fizičkom nasilju, u većoj mjeri skloni i zloupotrebi i zavisnosti od psihoaktivnih supstanci, nego oni koji nijesu bili hiperaktivni u djetinjstvu i mladosti i koji nijesu bili skloni verbalnom i fizičkom nasilju. Dakle, hiperaktivno i agresivno ponašanje važni su faktori rizika za nastanak i razvoj zloupotrebe i zavisnosti.

Drugi poremećaji ponašanja imaju izvjesnu, iako manju važnost kao faktori rizika (stidljivost, povučenost i dr.).

Kada je riječ o problemima u učenju, poseban značaj kao faktori rizika imaju osjećanje dosade prilikom učenja i teškoće u koncentraciji, a zatim teškoće u razumijevanju gradiva. Relativno manji značaj kao faktor rizika ima i slabo pamćenje školskog gradiva. Nezadovoljavajući i loš školski uspjeh, takođe se pokazao kao važan faktor rizika za javljanje zloupotrebe i zavisnosti među mladima Crne Gore. Do sada prezentirani rezultati o poremećajima ponašanja, učenja i nezadovoljavajućem školskom uspjehu kao faktorima rizika za nastanak i razvoj zloupotrebe i zavisnosti među mladima Crne Gore, uglavnom se slažu sa nalazima drugih istraživača (49, 50, 51, 1, 52, 53, 54).

STRUKTURALNE RAZLIKE IZMEĐU UČENIKA – APSTINENATA I NEAPSTINENATA U POGLEDU ZLOUPOTREBE I ZAVISNOSTI OD PSIHOAKTIVNIH SUPSTANCI MEĐU ČLANOVIMA NJIHOVIH RODITELJSKIH PORODICA, TE POREMEĆAJ PONAŠANJA I UČENJA UČENIKA

U ranijim odjeljcima došli smo do saznanja da postoji jaka asocijacija između upotrebe, zloupotrebe i zavisnosti psihoaktivnih supstanci od članova roditeljskih porodica učenika i zloupotrebe i zavisnosti psihoaktivnih supstanci među učenicima. Rezultati istraživanja ukazuju da su poremećaji ponašanja i učenja, kao i nezadovoljavajući školski uspjeh također značajni faktori rizika za nastanak i razvoj zloupotrebe i zavisnosti među učenicima. U našoj analizi željeli smo da odemo jedan korak dalje i da ispitamo da li određene konstelacije ovih udruženo posmatranih faktora rizika značajnije prediktuju zloupotrebu i zavisnost od psihoaktivnih supstanci među učenicima i koliko su te konstelacije strukturalno čvrste. Ako bi se došlo do saznanja da su one veoma čvrste, to bi moglo upućivati i na zaključak da njihovo udruženo pojavljivanje ukazuje na značajnu vjerovatnoću nastanka i razvoja zloupotrebe i zavisnosti među učenicima. Dakle, bilo bi riječi o posebno značajnoj grupi faktora rizika, što bi bilo važno kako za socijalno–psihološku dijagnostiku zloupotrebe i zavisnosti od psihoaktivnih supstanci među učenicima, tako i za strategiju izbora primarno–preventivnih metoda i tehnika rada sa učenicima zahvaćenim ovom konstelacijom rizičnih faktora.

Da bismo odgovorili na ovu dilemu 10 varijabli koje se odnose na upotrebu, zloupotrebu i zavisnost članova roditeljskih porodica od psihoaktivnih supstanci podvrgli smo diskriminacionoj analizi (od XIII – 3 do XIII – 13, upitnik za mlade od 12 do 18 godina) i dvije varijable iz istoga dijela koje se odnose na potpunost, odnosno nepotpunost porodice u kojoj su učenici odrasli, kao i na socijalno porijeklo učenika (XIII–1 i XIII–3, upitnik za mlade od 12 do 18 godina, prilog na kraju). Potom smo obuhvatili varijable koje opisuju poremećaje ponašanja učenika u djetinjstvu i mladosti (XIV–1.1. do XIV–2. 6, upitnik za mlade od 12 do 18 godina), varijablu koja se odnosi na školski uspjeh (XIV–4, upitnik za mlade od 12 do 18 godina), kao i četiri varijable koje opisuju probleme u učenju (XIV–5.1. do XIV–5.4, upitnik za mlade od 12 do 18 godina, prilog na kraju studije).

Da bismo neke varijable mogli uključiti u diskriminacionu analizu, prešifrirali smo ih tako što smo ih binarizovali u smislu postojanja, odnosno nepostojanja date pojave – prim. Z.S.). To su varijable: XIII–1, XIII–4, XIII–5, XIII–6, XIII–9, XIII–10, XIII–11, XIII–12. I XIII–13.

Jednu grupu čine apstinenti, a drugu ostale četiri grupe iz ranije opisane druge klasifikacije. Prisjetimo se ostale četiri grupe. Drugu grupu či-

ne oni koji samo puše. Treću grupu čine oni koji piju, ne uzimaju „lake”, niti „teške” droge, mogu da puše (ali ne moraju). Četvrtu grupu čine oni koji uzimaju „lake” droge, mogu da puše i da piju (ali ne moraju). Petu grupu čine oni koji uzimaju „lake” i „teške” droge, a mogu da puše i da piju (ali ne moraju).

U tabeli 81. prezentirani su osnovni statistički diskriminacione analize.

Tabela 81. – Osnovni statistički diskriminacione analize sa 29 varijabli (faktora rizika) učenika – apstinenata i učenika neapstinenata

Function	Eigenvalu	% of Variance	Cumulative %	Canonical Corelation	
1	0,276	100,0	100,0	0,465	
Wilk's	Lambda				
Test of Functions	Wilks'	Lambda	Chi-squar	Dif.	Sig.
	1	0,783	167,311	29	0,000

Kanonička korelacija 0,465, relativno je zadovoljavajuća. Wilksova Lambda iznosi 0,783, a Chi-squar iznosi 167,311. Razlika između grupe apstinenata i grupe neapstinenata statistički je visoko značajna – na 0,000. Konvencionalno smo kao značajna opterećenja u matrici strukture diskriminacione funkcije (tabela 82) koju uslovno interpretiramo kao diskriminacioni faktor, označili vrijednosti iznad 0,300.

Varijable koje najbolje diskriminišu grupe su:

- dosadnost u učenju (-0,468);
- uzimanje lijekova za smirenje i spavanje roditelja ispitanika (0,438);
- pušenje marihuane braće i sestara ispitanika (0,368);
- pijenje alkoholnih pića braće i sestara ispitanika (0,358);
- umjerena hiperaktivnost u djetinjstvu (0,348);
- pušenje duvana braće i sestara ispitanika (0,339);
- teškoće u koncentraciji prilikom učenja -0,321;
- nezadovoljavajući i loš školski uspjeh -0,317.

Na osnovu prezentiranih opterećenja na diskriminacionoj funkciji, možemo kazati da se učenici koji upotrebljavaju, zloupotrebljavaju ili su zavisni od psihoaktivnih supstanci, od učenika apstinenata prvenstveno razlikuju po tome što značajno češće osjećaju dosadu dok uče, značajno češće imaju roditelje koji upotrebljavaju lijekove za smirenje i spavanje (opterećenja na diskriminacionoj funkciji iznad 0,400), a zatim po tome što značajno češće njihova braća i sestre puše marihuanu, piju alkoholna pića i puše duvan, po tome što su neapstinenti značajno češće ispoljavali umjerenu hiperaktivnost u djetinjstvu, značajno češće imaju teškoće u koncentraciji prilikom učenja i značajno češće su postizali loš ili nezado-

voljavajući školski uspjeh. Ako bismo ga interpretirali kao diskriminacioni faktor, onda bismo ga mogli nazvati *faktorom zloupotrebe psihoaktivnih supstanci među članovima roditeljskih porodica ispitanika, problema u učenju i ponašanju učenika sklonih upotrebi i zloupotrebi psihoaktivnih supstanci*. Kao što smo ranije naveli, ova patološka konstelacija faktora rizika uglavnom je opisana i u pojedinim ranije pomenutim istraživanjima. Međutim, postavlja se pitanje njene prediktivne vrijednosti. Po našem mišljenju, ona je ograničena. Budući da opterećenja na diskriminacionoj funkciji nijesu osobito visoka ovu konstelaciju faktora rizika treba, po našem mišljenju, shvatiti kao ograničeno pouzdanu u predviđanju budućeg razvoja zloupotrebe i zavisnosti kod učenika. Bilo bi neopravdano smatrati da ova karakteristična konstelacija faktora rizika, koju identifikujemo u djetinjstvu i ranoj mladosti kod učenika, neminovno rezultira zloupotrebom i zavisnošću učenika od psihoaktivnih supstanci, ali ne treba izgubiti iz vida da umjereni rizik kada se ona javi neizostavno u tom pravcu postoji, naravno u sprezi sa drugim, manje poznatim socijalnim i psihološkim faktorima.

Tabela 82. – Matrica strukture diskriminacione funkcije faktora rizika između grupe učenika apstinenata i učenika neapstinenata

Faktori rizika	Funkcija
14-5.1. Osjećanje dosade prilikom učenja.	- 0,468
13-10. Uzimanje lijekova za smirenje i spavanje roditelja ispitanika.	0,438
13-12. Pušenje marihuane braće i sestara ispitanika.	0,368
13-9. Pijenje alkoholnih pića braće i sestara ispitanika.	0,358
14-2.2. Umjerena hiperaktivnost u mladosti.	0,348
13-6. Pušenje duvana braće i sestara ispitanika.	0,339
14-5.2. Problemi koncentracije prilikom učenja.	-0,321
14-4. Školski uspjeh u prethodnoj školskoj godini	-0,317
14-2.1. Povučenosť učenika u mladosti.	0,297
14-1.5. Sklonost svađama učenika u djetinjstvu.	-0,296
13-13. Postojanje heroinskog zavisnika među članovima roditeljske porodice.	0,288
14-2.3. Izražena hiperaktivnost u mladosti.	-0,286
13.7. Učestalost pijenja alkoholnih pića očeva učenika.	0,286
13-8. Učestalost pijenja alkoholnih pića majki učenika.	0,270
13-11. Pušenje marihuane roditelja učenika.	0,257
14-2.6. Sklonost tučama ispitanika u mladosti.	-0,246
14-2.4. Stidljivost učenika u mladosti.	-0,242
14-1.6. Sklonost tučama u djetinjstvu.	-0,238
14-2.5. Sklonost svađama u mladosti.	-0,202
14-1.1. Povučenosť u djetinjstvu.	0,196
14-1.2. Umjerena hiperaktivnost u djetinjstvu.	-0,179
14-5.4. Teškoće razumijevanja gradiva koje uči.	-0,126
13-1. Odrastanje učenika u potpunoj (nepotpunoj) roditeljskoj porodici.	0,106
14-1.4. Stidljivost u djetinjstvu.	0,094
14-1.3. Izražena hiperaktivnost u djetinjstvu.,	-0,071
13-3. Učestalost pušenja duvana očeva učenika.	0,070
13-5.3. Teškoće upamćivanja gradiva koje uče.	-0,045
13-5. Učestalost pušenja duvana majki učenika.	0,035
13-3. Socijalno porijeklo učenika.	0,005

U daljoj analizi željeli smo da saznamo da li su pojedini od dosada pomenutih faktora rizika zloupotrebe i zavisnosti od psihoaktivnih supstanci specifičnije vezani za neku od pomenutih pet klasifikacionih grupa i u tom cilju uradili smo još jednu diskriminacionu analizu, ali sa svih pet grupa (1. apstinenti; 2. puše; 3. piju, ne uzimaju „lake”, niti „teške” droge, a mogu da puše (ali i ne moraju); 4. uzimaju „lake” droge, mogu da puše i da piju (ali ne moraju); 5. uzimaju „lake” i „teške” droge mogu da puše i da piju (ali i ne moraju).

Diskriminacionoj analizi podvrgnuta je ista grupa od 29 varijabli, kao i u prethodnoj diskriminacionoj analizi. Osnovni statistici diskriminacione analize prezentirani su u tabeli 83.

Tabela 83. – Osnovni statistici diskriminacione analize za 29 varijabli – faktora rizika između pet grupa druge klasifikacije

Function	Eigenvalu	% of Variance	Cumulative %	Canonical Corelation
I	0,356	56,8	56,8	0,512
II	0,120	19,1	75,9	0,327
III	0,082	13,1	89,0	0,275
IV	0,069	11,0	100,0	0,254

Wilks' Lambda

Test of Function' s	Wilks Lambda	Chi-squar	Dif.	Sig.
I through IV	0,569	358,227	116	0,00
II through IV	0,772	177,035	84	0,00
III through IV	0,640	99,742	54	0,00
IV	0,935	45,776	26	0,01

Kanonička korelacija za prvu diskriminacionu funkciju relativno je visoka, za drugu relativno prihvatljiva, a za treću i četvrtu slaba. Razlike između grupa statistički su značajne. Relativno je najslabija za četvrtu funkciju (0,01 – prim. Z.S.) i nalazi se na ivici značajnosti.

Konvencionalno smo kao značajna odredili opterećenja iznad (0,300). Na prvoj diskriminativnoj funkciji (tabela 84) izdvojile su se sljedeće varijable:

- pušenje marihuane braće i sestara učenika (0,541);
- uzimanje lijekova za smirenje i spavanje roditelja ispitanika (0,433);
- osjećanje dosade prilikom učenja (– 0,429);
- izražena hiperaktivnost u mladosti (–0,350);
- pijenje alkoholnih pića braće i sestara učenika (0,345);
- umjerena hiperaktivnost u mladosti (0,330);
- problemi koncentracije prilikom učenja (– 0,326);
- povučenost u mladosti (0,301);
- pušenje marihuane roditelja učenika (0,340);
- pušenje duvana braće i sestara učenika (0,328).

Po prvoj funkciji najbolje se razlikuje prva i peta grupa iz druge klasifikacije, dakle apstinenti od onih učenika koji upotrebljavaju „lake” i „teške” droge, a mogu da puše i da piju, ali ne moraju (vidjeti tabelu 85). Dakle, učenici koji upotrebljavaju, zloupotrebljavaju „lake” i „teške” droge ili su od njih zavisni, prije svega se razlikuju od apstinenata po tome što im braća i sestre značajno češće puše marihuanu, njihovi roditelji značajno češće upotrebljavaju lijekove za smirenje i spavanje i značajno češće osjećaju dosadu kada uče, nego učenici apstinenti od psihoaktivnih supstanci. Takođe, učenici koji upotrebljavaju, zloupotrebljavaju ili su zavisni od psihoaktivnih supstanci značajno su češće ispoljavali manju ili veću hiperaktivnost u mladosti, imali braću i sestre koji su značajno češće bili skloni pijenju alkoholnih pića i pušenju duvana, kao i roditelje koji su značajno češće bili skloni pušenju marihuane, nego roditelji apstinenata od psihoaktivnih supstanci. Najzad, učenici skloni upotrebi, zloupotrebi ili zavisnosti od psihoaktivnih supstanci značajno su češće imali probleme koncentracije prilikom učenja školskog gradiva. S druge strane, apstinenti su bili značajno češće povučeni u mladosti od neapstinenata. Ako bismo rezimirali, mogli bismo reći da učenike koji upotrebljavaju, zloupotrebljavaju, ili su zavisni od „lakih” i „teških” droga, od učenika – apstinenata prvenstveno razlikuje značajno češća upotreba uglavnom „lakih” droga od članova roditeljskih porodica, naročito braće i sestara, problemi u učenju, kao i ponašanju u smislu manje ili više izražene hiperaktivnosti u mladosti. Ako bismo ovu diskriminativnu funkciju interpretirali kao diskriminacioni faktor, mogli bismo ga nazvati *faktorom upotrebe uglavnom brojnih „lakih” droga od članova roditeljskih porodica učenika, prvenstveno braće i sestara, te problema u učenju i problema u ponašanju u vidu manje ili više izražene hiperaktivnosti.*

Tabela 84. – Matrica strukture diskriminacionih funkcija faktora rizika između pet grupa učenika prema vrsti korišćenih psihoaktivnih supstanci iz druge klasifikacije

Faktori rizika		Funkcije			
		I	II	III	IV
13-12.	Pušenje marihuane braće i sestara učenika.	0,541	0,540	0,040	-0,110
13.10.	Uzimanje lijekova za smirenje i spavanje roditelja učenika.	0,433	-0,310	0,124	-0,110
14-5.1.	Osjećanje dosade prilikom učenja.	-0,429	0,100	0,124	0,111
14-2.3.	Izražena hiperaktivnost u mladosti	-0,350	-0,003	0,110	0,340
13-9.	Pijenje alkoholnih pića braće i sestara učenika.	0,345	-0,030	0,127	0,142
14-2.2.	Umjerena hiperaktivnost u mladosti.	-0,330	0,203	-0,110	0,071
14-5.2.	Problemi koncentracije prilikom učenja.	-0,326	-0,010	0,148	0,015
14-2.1.	Povučenost u mladosti.	0,301	-0,010	-0,05	-0,010
14-1.5.	Sklonost svađama u djetinjstvu.	-0,274	0,112	-0,110	-0,060
13-8.	Učestalost pijenja alkoholnih pića majki učenika.	0,257	-0,030	0,115	0,122
14-2.6.	Sklonost tučama u mladosti.	-0,235	0,152	-0,110	0,058
14-2.5.	Sklonost svađama u mladosti.	0,205	-0,120	-0,030	0,069
14-2.4.	Stidljivost učenika u mladosti.	-0,221	-0,060	-0,070	0,040
14-1.4.	Stidljivost u djetinjstvu.	0,088	-0,05	0,018	-0,010
13-13.	Heroinski zavisnik među članovima roditeljske porodice učenika.	0,436	0,505	0,311	0,080
13-11.	Pušenje marihuane roditelja učenika.	0,340	0,357	0,181	0,156
14-1.6.	Sklonost tučama u djetinjstvu.	-0,172	0,258	0,027	-0,040
14-1.2.	Umjerena hiperaktivnost u djetinjstvu.	-0,102	0,248	-0,040	-0,140
14-1.1.	Povučenost u djetinjstvu.	0,124	-0,220	0,081	0,166
13-4.	Učestalost pušenja očeva učenika.	0,002	-0,220	0,039	0,112
13-5.	Učestalost pušenja majki učenika.	0,019	-0,050	-0,010	0,016
13-6.	Pušenje duvana braće i sestara učenika.	0,328	-0,010	-0,470	-0,080
14-1.3.	Izražena hiperaktivnost učenika u djetinjstvu.	-0,117	0,030	-0,280	0,090
14-5.3.	Teškoće u pamćenju školskog gradiva za vrijeme učenja.	-0,086	-0,120	0,254	-0,154
14-5.4.	Teškoće razumijevanja gradiva koje uče.	-0,121	-0,090	0,214	-0,100
13-3.	Socijalno porijeklo oca.	0,014	-0,130	0,169	-0,160
14-4.	Nezadovoljavajući i loš školski uspjeh.	-0,221	0,030	0,150	-0,500
13-8.	Učestalost pijenja alkoholnih pića očeva učenika.	0,180	-0,100	-0,300	0,335
13-1.	Odrastanje učenika u potpunoj (nepotpunoj) roditeljskoj porodici.	0,155	-0,090	0,158	-0,320

Prva diskriminativna funkcija objašnjava najveći dio ukupne varijanse (56,8 – vidjeti tabelu 83, prim. Z.S.), te je ova konstelacija različitih faktora rizika ujedno i strukturalno najznačajnija funkcija. Očigledno je da su najznačajniji i najbrojniji faktori rizika vezani za upotrebu i zloupotreb

trebu psihoaktivnih supstanci među članovima roditeljskih porodica. Najprije se uče, a najduže se održavaju oni obrasci ponašanja koji se „uče” u porodici kroz procese socijalizacije i, naročito, identifikacije sa dominantnim roditeljskim figurama, uključujući i patološke obrasce kao što su oni vezani za upotrebu psihoaktivnih supstanci. Inače, povezanost upotrebe i zloupotrebe psihoaktivnih supstanci između članova roditeljskih porodica adolescenata i samih adolescenata isticana je u nizu istraživanja (4, 1, 52, 5, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61).

Na drugoj funkciji sa značajnim opterećenjima izdvojile su se sljedeće varijable:

- pušenje marihuane braće i sestara učenika (0,540);
- uzimanje lijekova za smirenje i spavanje roditelja učenika (0,310);
- heroinski zavisnik među članovima roditeljske porodice učenika (0,505);
- pušenje marihuane roditelja učenika (0,357).

Tabela 85. – Grupni centroidi diskriminativnih funkcija faktora rizika između pet grupa učenika prema vrsti korišćenih psihoaktivnih supstanci iz druge klasifikacije

Grupa	F u n k c i j e			
	I	II	III	IV
I	-0,2896	0,928E-0	2,058E-02	-5,070E-0
II	0,804	0,212	-0,948	0,307
III	0,380	-0,413	0,380	0,738
IV	0,977	-0,919	-4,446E-0	-0,470
V	2,499	1,193	0,665	-0,245

Po drugoj funkciji najbolje se razlikuju četvrta i peta grupa. Učenici koji su skloni upotrebi i zloupotrebi „lakih” i „teških” droga značajno češće imaju braću, sestre i roditelje koji uzimaju marihuanu, heroinskog zavisnika među članovima roditeljskih porodica, dok pripadnici četvrte grupe (onih koji uzimaju „lake” droge – prim. Z.S.) značajno češće nego pripadnici pete grupe imaju roditelje koji su uzimali lijekove za smirenje i spavanje. Ovaj diskriminacioni faktor mogli bismo nazvati *faktorom upotrebe i zloupotrebe „lakih” i „teških” droga među članovima roditeljskih porodica učenika*. Važno je naglasiti da dvije grupe učenika koje su u drugoj klasifikaciji najznačajnije sa stanovišta adiktivnih potencijala korišćenih psihoaktivnih supstanci, kvantiteta tih supstanci, najbolje diskriminira opet upotrebu „lakih” i „teških” droga među članovima roditeljskih porodica učenika, izuzev alkohola i duvana. Učenici koji pripadaju petoj grupi imaju u roditeljskim porodicama veći broj članova koji upotrebljavaju (i zloupotrebljavaju) „lake” droge, ali i „teške”, jer u porodici imaju

i heroinskog zavisnika. Izgleda da je heroinski zavisnik među članovima roditeljskih porodica pete grupe ključni diskriminacioni faktor rizika između ove dvije najugroženije grupe učenika crnogorskih osnovnih i srednjih škola sa stanovišta upotrebe i zloupotrebe psihoaktivnih supstanci. Naši rezultati sugeriraju važan zaključak, koji bi još više dobio na vjerodostojnosti kada bi ga potvrdili rezultati drugih istraživanja na nezavisnim uzorcima, koji se u dosta simplifikovanoj formulaciji mogu svesti na sljedeće:

– Izolovano posmatrajući, faktori rizika vezani za upotrebu i zloupotrebu psihoaktivnih supstanci članova roditeljskih porodica učenika spadaju u najznačajnije faktore rizika putem kojih izgleda najbolje možemo prediktovati nastanak i razvoj upotrebe i zloupotrebe psihoaktivnih supstanci kod učenika;

– Izgleda da rizik da učenici upotrebljavaju i zloupotrebljavaju psihoaktivne supstance raste sa brojem članova roditeljskih porodica koji psihoaktivne supstance takođe upotrebljavaju i zloupotrebljavaju;

– Rizici da učenici počnu upotrebljavati i zloupotrebljavati „teške” droge raste sa brojem članova roditeljskih porodica koji upotrebljavaju „teške” droge ili sa upotrebom heroina od jednog ili više članova roditeljskih porodica kao, izgleda, najvažnijeg pojedinačnog faktora rizika za početak zloupotrebe „teških” droga među učenicima. Ne ukazuju li rezultati ovog istraživanja da, poput alkoholizma, zloupotreba i zavisnost od psihoaktivnih supstanci nemaju jedinstvenu etiološku osnovu, već se može govoriti o različitim etiološkim tipovima nastanka i razvoja zloupotrebe i zavisnosti mladih od psihoaktivnih supstanci, od kojih je svakako jedan i porodični, što se npr. pokazalo u etiološkim istraživanjima porodične pozadine alkoholizma (12, 14). Rezultati našeg istraživanja sugeriraju da ova pretpostavka može biti potvrđena u nekim drugim istraživanjima etiološke osnove zloupotrebe i zavisnosti mladih od psihoaktivnih supstanci. Veliki teorijski i praktični značaj eventualne potvrde ove pretpostavke opravdava i najveće istraživačke napore u tom pravcu.

Po trećoj funkciji najbolje se razlikuju druga i peta grupa (tabela 85). Drugu grupu čine pušači, a petu, podsjetimo se, učenici koji upotrebljavaju i zloupotrebljavaju „lake” i „teške” droge. Na trećoj funkciji značajna opterećenja imaju samo dvije tvrdnje:

– postojanje heroinskog zavisnika među članovima roditeljskih porodica učenika 0,311;

– učestalost pijenja alkoholnih pića od strane očeva učenika – 0,300.

Učenici koji zloupotrebljavaju „lake” i „teške” droge ili su od njih zavisni, značajno češće imaju heroinskog zavisnika među članovima roditeljske porodice, nego učenici koji samo puše duvan, dok učenici koji puše duvan, značajno češće imaju očeve koji učestalije piju alkoholna pića. Ovaj faktor mogli bismo nazvati *faktorom upotrebe i zloupotrebe alkohola i heroina među članovima roditeljskih porodica učenika*.

Saturacije na trećoj diskriminativnoj funkciji idu u prilog ranije iznesenom zaključku da upotreba heroina među članovima roditeljskih porodica učenika ima dobru prediktivnu vrijednost za razlikovanje onih učenika koji imaju povećan rizik za upotrebu i zloupotrebu „teških” droga od onih koji će otpočeti sa upotrebom i zloupotrebom „lakih” droga ili, u ovom slučaju, pušenjem duvana. S obzirom na veliku društvenu toleranciju prema pijenju alkoholnih pića, asocijacija pijenja alkoholnih pića od strane očeva učenikâ i pušenja duvana od strane učenikâ dosta je uobičajena i iz svakodnevnih saznanja, a nju potvrđuju i nalazi drugih istraživanja (56, 57, 58). Međutim, ovaj kao i raniji rezultati ukazuju ne samo da rizik za zloupotrebu psihoaktivnih supstanci raste sa brojem članova roditeljskih porodica koji psihoaktivne supstance upotrebljavaju, odnosno zloupotrebljavaju već da se značajno povećava i sa vrstom droga koje članovi roditeljskih porodica koriste. Interpretacija drugog i trećeg diskriminacionog faktora jasno ukazuje da zloupotreba i zavisnost mladih od „teških” droga značajno koreliraju sa prisustvom heroinskog zavisnika među članovima roditeljskih porodica ispitanika. Ovaj nalaz indirektno ide u prilog našoj ranije iznesenoj pretpostavci o posebnom porodičnom etiološkom tipu zloupotrebe i zavisnosti psihoaktivnih supstanci među mladima.

Po četvrtoj funkciji najbolje se razlikuju treća i četvrta grupa (tabela 85). Na četvrtoj funkciji značajna opterećenja imaju varijable:

- izražena hiperaktivnost u mladosti (0,340);
- nezadovoljavajući i loš školski uspjeh (–0,500);
- učestalost pijenja alkoholnih pića od strane očeva učenikâ (–0,355)
- odrastanje učenika u potpunoj/nepotpunoj roditeljskoj porodici (–0,320).

Pripadnici četvrte grupe, koji koriste „lake” droge, značajno češće potiču iz nepotpunih ili razorenih porodica i značajno češće imaju nezadovoljavajući ili loš školski uspjeh, dok učenici koji pripadaju trećoj grupi (piju, mogu i da puše, ali ne moraju, niti upotrebljavaju „lake” i „teške” droge) značajno češće imaju roditelje koji učestalo piju i značajno češće ispoljavaju hiperaktivnost (tabela 84). Ovaj nalaz sugerira ranije izneseni zaključak da će adiktivni potencijal droga, koje učenici zloupotrebljavaju ili su od njih zavisni, biti povezan sa sličnim adiktivnim potencijalom koje upotrebljavaju članovi porodice. U ovom slučaju i očevi i sinovi preferiraju alkohol. Ta asocijacija je uočena i u nizu drugih istraživanja (12, 14, 58, 59, 60, 61, 62). Takođe je poznato i da je hiperaktivnost čest poremećaj ponašanja kod djece iz porodica očeva – alkoholičara (12, 14, 62).

Dosadašnji rezultati upućuju na još jedan važan zaključak: u izboru droge koju će zloupotrebljavati učenici često uzimaju „za primjer” članove roditeljskih porodica, u ovom slučaju sinovi očeve. Međutim, i u slučaju heroinskog zavisnika (druga i peta grupa – druga diskriminaciona

funkcija, odnosno četvrta i peta grupa – treća diskriminaciona funkcija – prim. Z.S.) zajednička varijabla koja je „odvajala” petu grupu od ostale dvije bilo je postojanje heroinskog zavisnika među članovima roditeljskih porodica učenika. Prisjetimo se da je u strukturi potrošnje psihoaktivnih supstanci među mladima Evrope, pa i svijeta, heroin najviše zastupljen i najfavorizovaniji. Heroin je svojevrsna personifikacija za „teške” droge. U tom svjetlu jasnije je zašto heroinski zavisnik među članovima roditeljskih porodica postaje zajednički „diskriminativni imenitelj” koji najbolje „razdvaja” petu od četvrte i drugih grupa učenika iz druge klasifikacije.

Uradili smo još jednu diskriminacionu analizu za uzorak mladih od 19 do 30 godina starosti u koju su, sa nekolika izuzetka, uključene sve varijable od 180. do 240. pitanja. Pored setova varijabli, zajedničkih za oba uzorka, a koje se odnose na upotrebu i zloupotrebu psihoaktivnih supstanci od članova roditeljskih porodica ispitanika, poremećaje ponašanja u djetinjstvu i mladosti, te poremećaje u učenju i školski uspjeh na nivou srednjeg, višeg i visokog obrazovanja. Za razliku od uzorka učenika crnogorskih osnovnih i srednjih škola, u uzorku mladih od 19 do 30 godina uključen je i veliki set varijabli koje se odnose na emocionalno–vaspitne odnose između roditelja i ispitanika, emocionalne odnose u porodici, saglasnost roditelja u vaspitnim metodama prema djeci, sukobima među djecom, te postojanju socijalno–patoloških pojava među članovima roditeljskih porodica ispitanika (pitanja od 191. do 222. upitnika za mlade od 19 do 30 godina, prilog II na kraju studije). Nećemo iznositi rezultate cjelokupne analize već samo najvažnije nalaze, jer su saturacije na matrici diskriminacione funkcije, koju uslovno interpretiramo kao diskriminacioni faktor, dosta niske. Kanonička korelacija je dosta visoka (0,608). Međutim, apstinenti i neapstinenti se po ovoj prvoj i jedinoj funkciji gotovo ne razlikuju ($\chi^2 = 69,737$, za 54 stepena slobode, značajan je na 0,07). Značajnost se, doduše, približava konvencionalno prihvaćenoj od 0,05, ali je ne dostiže. Zato smo se odlučili da najvažnije rezultate ove diskriminacione analize prikažemo ilustrativno, eventualno kao neke moguće tendencije strukturalnog razlikovanja apstinenata i neapstinenata.

U matrici strukture diskriminacione funkcije izdvojila se samo jedna varijabla sa opterećenjem iznad 0,400, koja opisuje osjećanje dosade pri likom učenja školskog gradiva (0,409). Ako bismo u interpretaciju uključili i varijable sa opterećenjima iznad 0,200, jer se na matrici strukture diskriminacione funkcije nije izdvojila nijedna varijabla sa opterećenjima iznad 0,300, mogli bismo uključiti i sljedeće varijable:

- pije alkoholnih pića braće i sestara ispitanika (0,284);
- nervoznost ispitanika u mladosti (–0,282);
- pretjerana brižnost majke prema ispitaniku (0,244);
- učestalost pijenja oca (0,224);
- prekršajno ili krivično kažnjavanje ispitanika (0,216);
- fizičko kažnjavanje ispitanika od strane oca (–0,213).

Kanonička korelacija je relativno zadovoljavajuća (0,449). Vrijednost Chi-squara je 288,823, za 28 stepeni slobode značajna na 0,00 (tabela 86).

Konvencionalno smo kao značajna opterećenja na prvoj funkciji uzeli ona iznad 0,300.

Na prvoj funkciji (tabela 87) izdvojile su se sljedeće varijable:

- pušenje duvana braće i sestara mladih (0,542);
- pijenje alkoholnih pića braće i sestara mladih (0,493);
- školski uspjeh u srednjoj školi (0,441);
- uzimanje lijekova za smirenje i spavanje roditelja mladih (0,362);
- pušenje marihuane braće i sestara ispitanika (0,300).

Neapstinenti se po ovoj prvoj funkciji razlikuju od apstinenata prije svega po tome što su im braća i sestre značajno češće pušili duvan i pili alkoholna pića i što su značajno češće pokazivali lošiji školski uspjeh nego apstinenti. Osim toga, braća i sestre neapstinenata su značajno češće pušili marihuanu, a roditelji su značajno češće uzimali lijekove za smirenje i spavanje (vidjeti tabelu 85). Relativno blizu granične vrijednosti od 0,300 nalazi se još i varijabla 12–235 koja ukazuje na osjećanje dosade prilikom učenja i 12–229. koja ukazuje na izraženu nervozu kod starijih, a umjerenu hiperaktivnost kod uzorka mlađih (0,280).

Na ovoj diskriminacionoj funkciji izdvojilo se pet od osam varijabli koje su se izdvojile i na prvoj funkciji za uzorak mladih od 12 do 18 godina. Ostale tri koje se nijesu izdvojile, vezane su za osjećanje dosade i probleme koncentracije prilikom učenja gradiva, kao i na uzimanje lijekova za smirenje i spavanje roditelja mladih. Valja zapaziti da su varijable koje opisuju dosadu i teškoće u koncentraciji prilikom učenja bile dosta blizu graničnoj vrijednosti (vidjeti tabelu 87), tako da ovaj faktor možemo gotovo po analogiji sa sličnim diskriminacionim faktorom za uzorak mladih od 12 do 18 godina nazvati *faktorom upotrebe i zloupotrebe psihoaktivnih supstanci članova roditeljskih porodica mladih i faktorom sa problemima učenja i nezadovoljavajućeg školskog uspjeha*.

Tabela 87. – Matrica strukture diskriminacione funkcije faktora rizika između grupe apstinenata i neapstinenata na ukupnom uzorku mladih Crne Gore od 12 do 30 godina starosti*

Faktori rizika	Funkcija I
182. Pušenje duvana braće i sestara mladih.	0,542
185. Pijenje alkoholnih pića braće i sestara mladih.	0,493
239. Školski uspjeh u srednjoj školi.	-0,441
186. Uzimanje lijekova za smirenje i spavanje roditelja mladih.	0,362
188. Pušenje marihuane braće i sestara (mladih).	0,300
235. Osjećanje dosade prilikom učenja.	0,292
229. Nervozna (umjerena hiperaktivnost) u mladosti.	-0,280
183. Učestalost pijenja alkoholnih pića očeva mladih.	0,263
184. Učestalost pijenja alkoholnih pića majki.	0,243
187. Pušenje marihuane roditelja mladih.	0,230
189. Heroinski zavisnik među članovima roditeljske porodice mladih.	0,230
236. Teškoće u koncentraciji prilikom učenja.	-0,188
226. Sklonost svađama u djetinjstvu.	-0,174
228. Povučenosť u mladosti.	0,154
223. Umjerena hiperaktivnost u djetinjstvu.	-0,149
227. Sklonost tučama u djetinjstvu	-0,136
224. Izražena hiperaktivnost u djetinjstvu.	-0,129
230. Izražena hiperaktivnost u mladosti.	-0,126
231. Stidljivost u mladosti.	0,123
232. Sklonost svađama u mladosti.	-0,116
190. Povučenosť u djetinjstvu.	0,115
233. Sklonost tučama u mladosti.	-0,101
225. Stidljivost u djetinjstvu.	0,080
237. Teškoće u zapamćivanju školskog gradiva.	-0,070
180. Pušenje duvana očeva mladih.	0,061
238. Teškoće u razumijevanju školskog gradiva.	-0,041
181. Pušenje duvana majki mladih.	-0,026
179. Socijalno porijeklo mladih.	-0,025

* Prešifrirane su i u diskriminacionu analizu uključene u binarnoj razdiobi sljedeće varijable: 180, 181, 182, 185, 186, 187, 188. i 189.

Posmatrano u cjelini, najznačajniji faktori rizika, koji najbolje prediktuju ne samo apstinente od neapstinenata već i pet grupa iz druge klasifikacije, odnose se na upotrebu i zloupotrebu različitih psihoaktivnih supstanci članova roditeljskih porodica ispitanika, a zatim na probleme u učenju i najzad, probleme ponašanja.

Na kraju, posebno je važno naglasiti da relativno niska opterećenja na diskriminacionim funkcijama u diskriminacionim analizama o kojima je dosada bilo riječi, uključujući i ovu, ne ukazuju na čvrste strukturalne razlike koje bi imale veliku prediktivnu vrijednost. Zato ih više treba shvatiti kao moguće tendencije nego kao, npr. pouzdane socijalno–dijagnostičke indikatore. U svakom slučaju, ovi nalazi su dragocjeni orijentiri u izgradnji strategije primarno–preventivnih mjera, pa i u ranoj socijalnoj dijagnostici moguće zloupotrebe i zavisnosti mladih od psihoaktivnih supstanci.

STRESNI DOGAĐAJI KAO FAKTORI RIZIKA ZA ZLOUPOTREBU I ZAVISNOST MLADIH OD PSIHOAKTIVNIH SUPSTANCI

Stres je danas veoma korišćen pojam u gotovo svim oblastima čovjekovog individualnog i društvenog funkcionisanja. U tijesnoj vezi sa pojmom stresa je i pojam krize. U psihosocijalnim i sociološkim istraživanjima ističe se da je kriza proces izazvan spoljnim stresom (dakle van datog sistema koji je stresom pogođen, npr. porodičnog, profesionalnog i dr. – primj. Z.S.). Pojam porodične krize Pittman određuje, „kao stanje stvari u sistemu (porodica je ovdje shvaćena kao sistem – primj. Z.S.) koje prethodi promjenama” (34). U ovom širem socijalno–psihološkom i sociološkom značenju, kriza je izazvana nekim spoljnim stresnim događajem. Događaj je stresan ako izaziva promjene u bilo kom pravcu – u smislu poboljšanja funkcionisanja datog sistema (porodičnog, profesionalnog, političkog, vojnog, pravnog itd.) ili dovodi do poremećaja u radu sistema koji mogu evoluirati i u dezintegraciju sistema (npr. rat kao spoljni stres za dizintegraciju nacionalne ekonomije i sl.). Po pravilu, izuzetno jaki nepovoljni stresovi dovode do takvih dezintegracija (npr. smrt djeteta za roditelje, pogotovo ako je smrt nastupila kao rezultat brutalnog ubistva, može dovesti do psihičke, pa i biološke dezintegracije – smrti jednog roditelja). Za razliku od dezintegracija na individualnom planu koje mogu, ali obavezno ne moraju voditi u reintegraciju, društvene dezintegracije, ma koliko bile teške, duboke i dugotrajne, po pravilu vode brže ili sporije u nove reintegracije dezintegriranih elemenata i segmenata sistema (npr. stvaranje novog ekonomsko–tehnološkog sistema poslije revolucionarnih ili ratnih događanja, izgradnja novog pravnog, političkog sistema koji u novim strukturalnim i funkcionalnim vezama nastavljaju da funkcionišu). Naravno, neki elementi starog sistema mogu i trajno nestati ili biti isključeni iz procesa reintegracije. Dakle, između društvenih, s jedne strane, te interpersonalnih i individualnih kriza s druge strane, razlika je u tome što individualne i interpersonalne (npr. porodične – primj. Z.S.) krize mogu (ali ne moraju) završiti i potpunom dezintegracijom, pa u nekim ekstremnijim situacijama i individualnim biološkim nestankom (mnogo rjeđe nestankom grupe (čitajte sistema – primj. Z.S.) koji su zahvaćeni akutnom i veoma stresogenom ili dugotrajnom i kumulativnom krizom, dok se to sa društvima po pravilu nikada ne dešava. Ova ključna razlika tiče se veoma složenih teorijsko–epistemoloških problema, u koje ovom prilikom nećemo ulaziti, jer prevazilaze okvire ove studije, a tiču se karaktera društvenog i psihološkog determinizma. I pojam stresa i pojam krize u konačnoj instanci vuku korijene iz sistemskih teorija, a i jedni i drugi iz funkcionalističko–strukturalističkog teorijskog nasljeđa, posmatrano u najširem smislu. Ta analiza pojmovno–teorijske geneze stresa i krize daleko prevazilazi okvire i potrebe ove studije, te u nju dalje nećemo ulaziti.

Što je onda najopštije i zajedničko značenju pojma stresa u svim oblastima individualnog i društvenog funkcionisanja. To je svakako saznanje da stres dovodi do promjena, pri čemu pravac promjena nije unaprijed prejudiciran. Sa promjenom počinje kriza.

U psihološkim analizama pojmovi stresa i krize dobijaju nešto drugačija značenja, iako je promjena zajednički imenitelj za sva značenja krize.

U psihološkom smislu „... stresom se označava kognitivna procena ili percepcija pretnje” (35, str. 38). Seli shvata stres kao odgovor organizma na stimulse iz sredine, a ovu zaštitnu i adaptivnu funkciju naziva stresom ili opštim adaptacionim sindromom. Isti autor razlikuje spoljne stresove (toksične, infektivne, traumatske i dr.) i unutrašnje: emocije, strah, bijes i dr. (35, str. 39). Stres je u stvari *stimulus* (podvukla J.V.), promjena u spoljnoj sredini koju ličnost kognitivno procjenjuje kao prijeteću.

Srodni pojmovi sa pojmom stresa su stradanje (*distress*) i naprezanje (*strain*). Stradanje podrazumijeva negativne efekte stresa, a u zdravorazumskom poimanju pojmovi stres i *distress* se uzimaju kao sinonimi. Naprezanje je neizostavno povezano sa stresom, jer se organizam napreže da bi se dejstvo stresa izbjeglo (35, str. 38). Prof. Jelena Vlajković analizira srodne pojmove pojmu stresa: pojam traume i pojam krize. Čini se da je profesorica Vlajković najviše u pravu, kada u duhu individualno–razvojnog pristupa pravi značajnu distinkciju između stresa i traume na jednoj i krize na drugoj strani, kada traumu i stres vezuje za rizik i opasnost, a krizu označava kao mogućnost i šansu (35, str. 45). S druge strane, profesorica Vlajković sasvim je u pravu kada kao zajednički imenitelj krize, stresa i traume nalazi „... nesklad između zahtjeva sredine i mogućnosti individue da na te zahtjeve odgovori” (35, str. 43).

Kaplanova definicija krize, prema kojoj je „kriza kratka psihička pometnja koja se događa s vremena na vrijeme osobama čiji životni problemi u datom trenutku prevazilaze njihove kapacitete” (navedeno prema 35, str. 20), sadrži jednu bitnu karakteristiku psihološkog, ali i sociološkog i svakog drugog pojma krize. Ona je sadržana u činjenici da kriza nastaje kada ličnost ne posjeduje kapacitete da razriješi aktuelne životne probleme, što se *peranalogiam* može prenijeti na društvo ili neki njegov segment (podsystem). Zavisno od kriterijuma klasiifikacije, podjele kriza mogu se vršiti u raznim pravcima. Za potrebe ovog istraživanja posebno su značajne podjele na razvojne i akcidentalne krize, individualne i multipersonalne.

Razvojne krize se javljaju kao epifenomeni rasta i razvoja ličnosti a akcidentalne su one provocirane spoljnjim događajima. Razvojna kriza je npr. adolescentna kriza. Individualne krize su krize pojedine ličnosti, a multipersonalne krize su one koje zahvataju više ličnosti, npr. krize porodične ili profesionalne grupe (35, str. 21). Ovakve podjele su plodne sa is-

traživačkog stanovišta i pružaju osnovu za dobru operacionalizaciju i analizu. Međutim, npr. nije uvijek jednostavno razgraničiti akcidentalne od razvojnih, stresnih događaja, a pogotovu je teško u adolescentnom periodu distingvirati njihova stresogena dještva. Pod uticajem adolescentne krize, granice između individualnog i grupnog Ja, često su difuzne, što takođe u izvjesnoj mjeri relativizira samu podjelu na individualne i multipersonalne krize. Bez obzira na ove sugestije, pomenute podjele su u operacionalnom i analitičko–istraživačkom smislu značajne.

U našem istraživanju primarno smo se usmjerili na akcidentne krizne događaje i prihvatil individualno–razvojni pristup, kao nama, u slučaju pojmovnog određenja kriza i kriznih događaja, najprihvatljiviji. Naravno, bili smo svjesni i činjenice da je u adolescentnom periodu dosta teško održiva ova podjela na akcidentalne i razvojne krize i da ima uslovno značenje.

Skala stresnih događaja

Osnovu za izradu skale stresnih događaja pružila nam je izvanredna doktorska disertacija profesorice Jelene Vlajković (35). Većinu stresnih događaja preuzeli smo iz pomenute disertacije, a izvjestan broj smo dodali, imajući u vidu moguće iskustveno polje za javljanje stresnih događaja u datoj društvenoj situaciji i specifičan uzrast ispitanika. Skala sadrži 60 kriznih događaja (vidjeti prilog II, na kraju studije). U skladu sa razvojnim konceptom krize, obuhvatili smo i stresne događaje koji imaju i negativno i pozitivno značenje. Naime, veoma je dobro poznato da rođenje djeteta u porodici gdje otac ekscesivno pije često dovodi do radikalizovanja krize i njenog ubrzanja, jer zbog pasivno–zavisne strukture ličnosti otac–alkoholičar doživljava svoje dijete kao konkurenta za supruginu ljubav (12, 14). S druge strane, nepoželjni, negativno vrednovani stresni događaji mogu generirati ubrzano socijalno sazrijevanje, naročito kod adoloscenata. Međutim, mi u ovom istraživanju nijesmo mogli ulaziti u ove složene međuodnose, već smo samo nastojali da utvrdimo povezanost stresnih događaja sa zloupotrebom i zavisnošću od psihoaktivnih supstanci, kao i da ukažemo na one konstelacije stresnih događaja koje značajno češće diskriminiraju one koji su skloni zloupotrebi i zavisnosti od „lakih” i „teških” droga, od onih koji nijesu skloni.

U tabeli 88. prikazana je distribucija stresnih događaja prema učestalosti javljanja među mladima od 19 do 30 godina starosti u apsolutnim brojevima i procentima, izračunatim u odnosu na ukupan broj ispitanika, te prosječan intenzitet stresnih događaja na skali od 1 do 10. Uz intenzitet stresnih događaja, koji su ispitanici određivali na intervalnoj skali od 1 do 10 za svaki stresni događaj (vidjeti II prilog, na kraju studije), ispitanici su za svaki stresni događaj određivali i vrijeme prvog javljanja. Na tabeli 87. prezentirali smo prosječno vrijeme prvog javljanja svakog stresnog događaja i ova prosječna vremena javljanja stresnih događaja rangirali od najranijeg do najkasnijeg prosječnog javljanja (vidjeti tabelu 89).

Tabela 88. – Distribucije stresnih događaja prema učestalosti u procentima i aritmetičke sredine za intenzitet doživljaja stresnih događaja

Stresni događaj	Učestalost	%	Aritmetička sredina
241.	241	42,20	5,25
242.	46	8,05	8,20
243.	89	15,58	6,81
244.	116	20,03	5,46
245.	34	5,95	7,53
246.	91	15,93	6,41
247.	198	34,67	8,02
248.	176	30,82	6,32
249.	112	19,61	6,50
250.	143	25,04	50,94
251.	92	16,11	6,70
252.	62	10,83	6,39
253.	112	19,61	6,15
254.	158	27,67	7,06
255.	117	20,49	5,75
256.	34	5,95	8,82
257.	40	17,51	8,55
258.	59	11,41	7,41
259.	138	24,16	7,09
260.	52	9,10	7,13
261.	131	22,94	5,82
262.	49	8,58	7,47
263.	35	6,12	7,86
264.	53	9,28	6,70
265.	67	11,73	5,93
266.	31	5,42	6,52
267.	126	22,06	5,95
268.	106	18,56	5,75
269.	81	14,18	6,05
270.	39	6,38	6,67
271.	36	6,30	7,89
272.	116	20,31	6,72
273.	94	16,46	6,34
274.	92	16,11	6,01
275.	71	12,43	6,49
276.	112	19,61	6,37
277.	39	6,83	6,85
278.	40	7,00	7,05
279.	92	16,11	6,054
280.	81	14,18	5,53

Stresni događaj	Učestalost	%	Aritmetička sredina
281.	211	36,95	5,86
282.	60	10,50	6,37
283.	140	24,51	7,19
284.	200	35,02	6,88
285.	146	34,35	6,54
286.	149	26,09	5,66
287.	230	40,28	6,10
288.	84	14,71	6,06
289.	139	32,17	5,56
290.	180	31,50	5,77
291.	120	21,01	5,79
292.	88	15,41	5,03
293.	158	27,67	5,59
294.	38	6,65	6,50
295.	125	21,89	5,06
296.	173	30,29	6,07
297.	25	4,37	7,64
298.	21	3,67	7,67
299.	17	2,97	7,06
300.	16	2,80	7,50

Tabela 89. – Distribucija ranga prvog javljanja stresnih događaja

Stresni događaj	Rang prvog javljanja	Događaj	Rang prvog javljanja
246.	15,43	255.	22,36
245.	17,00	293.	22,97
263.	17,75	264.	23,00
247.	17,90	280.	23,31
281.	18,56	277.	23,50
267.	18,96	297.	23,50
241.	18,99	262.	23,54
257.	19,20	274.	23,59
254.	19,24	291.	23,73
268.	19,54	271.	23,75
283.	19,67	242.	23,91
253.	19,96	289.	24,12
266.	20,00	286.	24,32
285.	20,05	269.	24,80
287.	20,28	270.	24,82
261.	20,31	288.	25,20
252.	20,40	260.	25,25
265.	20,40	292.	25,67
258.	20,69	298.	28,00

Stresni događaj	Rang prvog javljanja	Stresni događaj	Rang prvog javljanja
276.	20,77	300.	28,00
259.	20,80	299.	29,50
284.	20,90		
273.	20,91		
244.	20,92		
249.	21,12		
251.	21,13		
294.	21,33		
296.	21,36		
243.	21,46		
248.	21,46		
295.	21,50		
256.	21,60		
250.	21,63		
272.	21,89		
282.	21,93		
278.	22,20		
275.	22,30		

Iz tabele 88. vidi se da najveću učestalost imaju stresni događaji koji se tiču opšte političke i ekonomske situacije u SR Jugoslaviji 90-ih godina prošlog vijeka (galopirajuća inflacija, uvođenje sankcija i blokade našoj zemlji, mobilizacija i učešće bliskih osoba u ratu), a zatim stresni događaji: 296, 147, 190, 196, 148, 254, 293, 286, 285, 250, 283, 289. Ovi događaji opisuju:

- smanjene mogućnosti putovanja u inostranstvo;
- smrt bliskog člana porodice;
- učestala politička previranja, demonstracije i proteste;
- znatno smanjenu mogućnost putovanja u inostranstvo;
- nezapošljenost;
- ozbiljna bolest člana porodice;
- nestašice osnovnih životnih namirnica i lijekova;
- nezadovoljstvo poslom;
- nemogućnost kontakta sa širom porodicom zbog rata;
- kriza u braku ili u zabavljanju;
- neizvjesna sudbina bližih članova porodice zbog rata;
- nezadovoljstvo poslom.

Među prvih 15 događaja, po učestalosti javljanja u uzorku mladih od 19 do 30 godina starosti, izrazito dominiraju oni vezani za veoma jaku ekonomsku i političku krizu tokom 90-ih godina prošloga vijeka i gotovo „prepokrivaju” stresne događaje primarno vezane za lični, psihološki

plan. Bez obzira što ti događaji očigledno imaju veoma značajne psihološke rezonance, oni su primarno proizašli iz spoljnih, stresnih događanja, vezanih za veoma dugotrajnu i intenzivnu društvenu krizu. Valja napomenuti da od 15 samo jedan ima primarno individualne izvore (250 – primj. Z.S.) i, u izvjesnoj mjeri, oni stresni događaji vezani za smrt ili bolest člana porodice (247, 254). Ne treba izgubiti iz vida da je 90-ih godina smrtnost stanovništva bila veoma povećana, posebno među starima. Takav veliki porast smrtnosti starog stanovništva, primarno je bio uslovljen izrazito lošim životnim standardom ove kategorije stanovništva, karakterisanim bijedom i siromaštvom. S obzirom na veliku učestalost ovog stresnog događaja među ispitanicima, valja imati u vidu da je i on bar jednim dijelom uslovljen dugotrajnom, kumulativnom društveno-ekonomskom krizom 90-ih godina prošlog vijeka.

Iz distribucije učestalosti javljanja stresnih događaja (tabela 88) zapaža se da vrlo traumatični stresni događaji, kao što su smrt člana porodice ili smrt bliskog prijatelja. Sve to ukazuje da je pod uticajem vrlo traumatične i prolongirane društveno-ekonomske krize, poslije adolescentna kriza došla u drugi plan. Iz tabele br. 88. vidi se da se takvi stresni događaji, koji su, uslovno rečeno, više vezani za individualni plan, javljaju u manjem procentu slučajeva.

Zanimljivo je zapaziti da se značajan broj stresnih događaja koji imaju najveću učestalost javljanja među mladima od 19 do 30 godina, prvi put desio ispod 20 godine života, što ukazuje na njihovo vjerovatno dugo trajanje i kumulativno dejstvo. Rang prvog javljanja stresnih događaja od najmlađih do najstarijih godina dat je u tabeli br. 89. Zanimljivo je, takođe, zapaziti da se najranije javljaju (i vjerovatno najduže traju) hronični stresni događaji vezani za porodicu (primj. Z.S., tabela 89).

Povezanost učestalosti stresnih događaja sa upotrebom, zloupotrebom, i zavisnošću od psihoaktivnih supstanci mladih Crne Gore od 19 do 30 godina

Nas je posebno interesovalo kako je učestalost stresnih događaja povezana sa upotrebom, zloupotrebom psihoaktivnih supstanci među mladima Crne Gore od 19 do 30 godina starosti. U tom cilju najprije smo uradili klasifikovani skor stresnih događaja koji iznosimo u tabeli 90.

Tabela 90. – Klasifikovani skor stresnih događaja

Broj stresnih događaja	Učestalost	%	Kumulativni %
1	115	20,1	20,1
2	170	29,8	49,9
3	169	29,6	79,5
4	117	20,5	100,0
Ukupno	571	100,0	100,0

Prvenstveno nas je interesovala povezanost opšteg faktorskog skora i klasifikovanog skora stresnih događaja. Sa više od tri stresna događaja, među onima koji su skloni zloupotrebi i zavisnosti od psihoaktivnih supstanci, bilo je više od polovine ispitanika, a među onima koji su apstinenti, ili psihoaktivne supstance upotrebljavaju rijetko, bilo je 57,9% ispitanika sa jednim ili najviše dva stresna događaja. Razlika među njima postoji, ali jedva dostiže stepen konvencionalno prihvaćene statističke značajnosti ($p = 0,05$).

Između klasifikovanog skora stresnih događaja i optimalnih skorova za duvan, alkohol i marihuanu nije potvrđena statistička veza. Međutim, ta veza postoji između optimalnog skora za lijekove za smirenje i spavanje i klasifikovanog skora stresnih događaja. Ispitanici, koji imaju veći broj stresnih događaja, značajno češće su skloni zloupotrebi zavisnosti od lijekova za smirenje i spavanje, heroina, trozona, extasyja, kokaina, inhalansa. Nije utvrđena statistička veza između prvog faktorskog skora i klasifikovanog skora stresnih događaja što znači da ispitanici koji koriste duvan, alkohol i marihuanu (psihoaktivne supstance koje su se izdvojile na prvom faktoru – primj. Z.S.), nemaju značajno veći procenat stresnih događaja u odnosu na one koji ne koriste ove psihoaktivne supstance. Odsustvo ovih korelacija već se ranije potvrdilo u neparametrijskim statističkim tabelama za ove supstance u kontingencionim tabelama.

Značajno je istaći da postoji statistička povezanost između učestalosti javljanja stresnih događaja i zloupotrebe i zavisnosti „težih” psihoaktivnih supstanci od mladih od 19–30 godina. Očigledno da zloupotreba prihvaćenih i tolerisanih psihoaktivnih supstanci, kao što su duvan i alkohol, ne korelira sa učestalošću javljanja stresnih događaja, upravo zato što je riječ o psihoaktivnim supstancama koje su dio ukupnog socio-kulturnog nasljeđa. Međutim, kada je riječ o „teškim” psihoaktivnim supstancama, situacija je drugačija. Moguće je da su ozbiljni, dugotrajni i kumulativni stresni događaji, češće u konstelacijama sa drugim faktorima rizika nego samostalno, potencirali zloupotrebu psihoaktivnih supstanci od mladih od 19 do 30 godina. S obzirom na ozbiljnost, dužinu trajanja i relativno rano prvo javljanje stresnih događaja, o kojima je bilo riječi, ovu pretpostavku potkrepljuju rezultati našeg istraživanja.

Strukturalne razlike u pogledu stresnih događaja između pet grupa druge klasifikacije

Nas je posebno zanimalo da li su određene konstelacije stresnih događaja češće povezane sa nekom od pet grupa iz druge klasifikacije ili nisu. Takođe, nas je interesovalo da li te razlike u strukturalnom smislu čine čvrst kompozit. U tom smislu, skalu od 60 stresnih događaja podvrgli smo kanoničkoj diskriminacionoj analizi, čije statistike prezentujemo u tabeli br. 91.

Tabela. 91. – Statistiki kanoničke diskriminacione analize skale stresnih događaja od 19 do 30 godina starosti

Function	Eigenvalu	% varijanse	Cumulative %	Canonical Corelation
1	0,206	34,9	34,7	0,413
2	0,146	24,7	59,6	0,357
3	0,140	23,7	83,2	0,350
4	0,990	16,8	100,0	0,300

Functions	Wilk's Lambda	Chi – squar	Df.	Sig.
1 do 4	0,578	295,002	240	0,00
2 do 4	0,697	194,361	177	0,17
3 do 4	0,798	121,138	116	0,35
4	0,910	50,749	57	0,70

Prva funkcija je najznačajnija (vrijednost 0,206 i objašnjava 34,9% varijanse). Vrijednosti druge i treće funkcije su manjeg značaja, dok četvrta funkcija nije značajna na osnovu podataka prikazanih u tabeli. Zbog relativno niskih opterećenja na ajtemima diskriminativnih funkcija (tabela br. 92), mi smo konvencionalno interpretirali varijable sa opterećenjima iznad 0,200, s obzirom da je priroda predmeta, kao i uzorak ukazao na činjenicu da se svi statistički kriterijumi moraju percipirati u nešto fleksibilnijem vidu.

Tabela 92. – Matrica strukture diskriminativnih funkcija za mlade od 19 do 30 godina starosti

Ajtemi	Funkcije			
	1	2	3	4
Kriza u braku ili u zabavljanju.	0,311	0,162	-0,160	0,073
Značajne finansijske poteškoće.	0,277	-0,020	0,091	0,157
Smrt druga na ratištu.	0,254	0,045	0,071	0,122
Ozbiljna bolest člana porodice.	0,243	0,156	-0,010	0,206
Smrt bliskog prijatelja.	0,217	0,174	0,108	-0,010
Život u izbjeglištvu.	0,206	0,103	0,123	0,178
Ozbiljna sopstvena bolest, opasna po život ili invaliditet.	0,203	0,060	0,069	0,113
Zločin nad Srbima na Kosovu.	0,191	0,063	0,013	0,099
Nestašice osnovnih životnih namirnica i lijekova.	0,190	-0,020	0,068	0,790
Dugotrajnija bračna nesloga i nesporazumi.	0,182	0,146	0,086	0,070
Hronični sukobi ispitanika sa roditeljima.	0,174	0,009	0,700	0,063
Bliski član porodice počinje piti.	0,174	0,083	-0,050	0,173
Javna društvena osuda.	0,173	-0,070	-0,040	0,116
Sukobi sa Srbijom.	0,170	0,048	0,115	0,146
Učestala politička previranja, demonstracije, protesti.	0,164	-0,100	0,061	0,058
Drastičan pad životnog standarda.	0,158	0,039	0,129	0,126
Izgubljen ili ukraden važan predmet.	0,148	-0,030	-0,080	0,126

Ajtemi	Funkcije			
	1	2	3	4
Mobilizacija i učešće bliskih osoba u ratu.	0,146	-0,000	-0,070	0,730
Nezadovoljstvo poslom.	0,138	-0,040	0,088	0,039
Neredovna i zakašnjela isplata ličnih dohodaka.	0,136	0,100	-0,040	-0,000
Razvod braka.	0,130	-0,000	0,107	0,098
Poslovni neuspjeh.	0,125	-0,110	0,069	-0,110
Saobraćajni udes.	0,121	0,049	-0,030	0,082
Smrt djeteta.	0,099	-0,070	-0,000	0,670
Rođenje djeteta (za majku)	0,920	0,286	-0,040	0,251
Sklapanje braka.	0,187	0,249	-0,010	0,236
Bračno razdvajanje zbog više sile (bolest, mobilizacija i sl.)	0,035	0,187	-0,060	-0,000
Neriješno stambeno pitanje – stambeni problemi.	0,107	0,156	0,080	0,084
Nezadovoljstvo poslom.	0,041	0,150	-0,010	-0,010
Prevremeni porođaj ili mrtvo rođeno dijete.	-0,710	0,145	-0,050	0,020
Nestašice električne energije i drugih energenata (benzin, mazut, lož ulje, gas...)	0,110	-0,120	0,001	0,069
Odlazak na prinudni odmor i neizvjestan nastavak rada.	-0,003	0,126	0,055	-0,010
Galopirajuća inflacija.	-0,001	0,089	-0,000	0,067
Smrt bliskog člana porodice.	0,050	0,073	0,025	-0,070
Znatno smanjena mogućnost putovanja u inostranstvo.	0,220	-0,130	0,229	-0,090
Osjećaj frustracije zbog posla van struke.	0,097	-0,140	-0,190	0,012
Nezapošljenost.	0,119	0,020	0,183	-0,010
Nevjerstvo bračnog druga (za oženjene).	0,072	0,086	-0,160	0,137
Gubitak posla.	-0,007	-0,010	0,164	0,089
Selidba u drugi grad.	0,037	0,006	-0,150	0,120
Učestali sukobi na radnom mjestu.	0,117	0,014	-0,150	0,014
Selidba u drugu državu.	-0,009	0,005	0,145	0,136
Rođenje djeteta (za oca).	0,063	-0,040	0,067	0,281
Neželjena trudnoća.	0,084	0,032	0,029	0,268
Kriminalitet člana roditeljske porodice.	0,011	-0,040	0,024	0,261
Kazna zatvora.	0,076	-0,020	-0,020	0,243
Željena trudnoća.	0,173	0,213	0,026	0,226
Pad na važnom ispitu.	-0,162	-0,030	0,007	0,218
Razdvajanje od bliskog prijatelja.	0,180	0,087	0,114	0,216
Nemogućnost kontakta sa širom porodicom zbog rata.	0,204	-0,170	-0,190	0,204
Zasnivanje stalnog radnog odnosa.	0,020	0,850	0,087	0,191
Završetak obučavanja u nečem važnom.	0,140	0,063	-0,000	0,177
Pripremanje za važan ispit.	-0,167	-0,000	0,890	0,169
Neizvjesna sudbina bližih članova porodice zbog rata.	0,144	-0,120	-0,060	0,166
Nevjerstvo djevojke – mladića (za neoženjene – neudate).	0,150	0,115	-0,120	0,160
Bliski član porodice pokušao samoubistvo.	0,062	-0,100	0,105	0,153
Vanbračne afere.	0,870	-0,070	0,088	0,153
Smrt bračnog druga.	-0,007	0,017	-0,040	0,113
Uvođenje sankcija i blokade našoj zemlji.	0,095	0,057	-0,030	0,105
Delinkventno ponašanje ispitanika.	0,071	-0,080	0,047	0,097

Na prvoj funkciji, koju ovdje interpretiramo kao diskriminacioni faktor, sa značajnijim statističkim opterećenjima izdvojili su se ajtemi koji ukazuju na bliskost sa bračnim partnerima – prijateljima. To znači da se naše grupe na osnovu prve kanoničke funkcije međusobno razlikuju po tome što problemi koji izazivaju stres, a vezani su za bliske prijatelje i bračne partnere, značajno utiču na neke grupe da uzimaju psihoaktivne supstance. Prva funkcija najbolje diskriminira prvu od četvrte i pete grupe (tabela 93). Iz tabele matrice strukture diskriminacionih funkcija (tabela 92), vidi se da se apstinenti od onih koji upotrebljavaju „lake” droge (četvrta grupa), a zatim od onih koji upotrebljavaju „lake” i „teške” droge (peta grupa), prvenstveno razlikuju po tome što u porodicama apstinenata u znatno manjoj mjeri ima problema u braku, značajno manje finansijskih teškoća, po tome što apstinenti nijesu imali bolesnih u užoj porodici, niti su izgubili bliskog prijatelja, značajno su rjeđe izbjeglice i značajno rjeđe pate od ozbiljnih bolesti po život i invaliditet.

Tabela 93. – Grupni centriodi diskriminativnih funkcija za pet grupa druge klasifikacije

Grupe	Funkcija 1	Funkcija 2	Funkcija 3	Funkcija 4
1	-0,467	–	–	0,222
2	–	0,551	-0,196	-0,45
3	–	-0,575	0,219	-0,32
4	0,764	0,202	0,292	0,306
5	0,604	-0,535	–	0,271

Druga kanonička funkcija je manje značajna od prve, što se vidi na osnovu opterećenja kao i procenta varijanse u tabeli. Ova funkcija sa značajnim opterećenjem izdvaja samo dva ajtema koja se tiču rođenja djeteta i sklapanje braka. Ova dva ajtema, dakle, za pušače utiču na izazivanje stresa, dok za one koji puše i piju (treća grupa) i na one koji uzimaju lake i teške droge), rođenje djeteta i sklapanje braka ne izaziva stres, te dakle nije uzrok uzimanja psihoaktivnih supstanci.

Treća kanonička funkcija ima manji značaj od druge. Na ovoj funkciji se izdvojio samo jedan ajtem koji govori o problemima odlaska u inostranstvo. Ova funkcija donekle razlikuje, četvrtu od pete grupe, a zatim treću od pete, ali sa malim statističkim vrijednostima.

Četvrta kanonička funkcija ima marginalan značaj i ona je okupila dva ajtema koji su već obuhvaćeni drugom kanoničkom funkcijom.

Dosadašnja analiza ukazuje da stresni događaji u izvjesnoj mjeri predstavljaju faktore rizika za nastanak i razvoj zloupotrebe i zavisnosti mladih od psihoaktivnih supstanci. Svi navedeni stresni događaji kao mogući faktori rizika, koji djeluju na usmjeravanje pojedinaca ka uzimanju psihoaktivnih supstanci, na osnovu izvedenih statističkih analiza, ukazuju

da oni mogu da djeluju kao faktori koji pospješuju mogućnost uzimanja psihoaktivnih supstanci, ali da nijesu ključni, a pogotovo ne isključivi uzroci uzimanja psihoaktivnih supstanci. Zato ove faktore rizika možemo u metodološkom smislu odrediti kao dopunske aficijente, koji afirmativno djeluju u konstelaciji sa nekim od ključnih antecedenata, o čemu je bilo riječi kada smo govorili o uzimanju psihoaktivnih supstanci članova roditeljskih porodica ispitanika.

Pored svega navedenog, djejestvo ovih stresnih događaja nije jednoznačno za sve grupe u drugoj klasifikaciji. Bilo bi logično očekivati da su rođenje djeteta i sklapanje braka onih koji upotrebljavaju „lake” i „lake” i „teške” droge, značajni faktori rizika za progrediranje zloupotrebe i zavisnosti od psihoaktivnih supstanci, ali to nije tako. Ovo očekivanje se bazira na stavu da je uzimanje „lakih” i „lakih” i „teških” droga već, prije nego li što će doći do rođenja djeteta ili sklapanja braka, u izvjesnoj mjeri izazvalo poremećaje ličnosti, te ova dva potencijalno stresna događaja imaju kumulativno djejestvo. Međutim, na osnovu prezentiranih podataka može se vidjeti da na korisnike „lakih” i „lakih” i „teških” droga ova dva faktora rizika ne utiču. Nasuprot tome, pušači predstavljaju grupu na koju sklapanje braka i rođenje djeteta stimulatивно djeluju na gradiranje u pogledu uzimanja duvana. Osim toga što stresne događaje kao faktore rizika treba vjerovatno prvenstveno posmatrati u određenim konstelacijama s drugim faktorima, što nije bio poseban predmet našeg istraživanja, može se očekivati da djejestvo ovih faktora bude vrlo različito u različitim situacijama.

LITERATURA

1. Bukelić, J.: *Droga, mit ili bolest*. Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd, 1981.
2. Petrović, S.: *Ličnost narkomana*. Dječje novine, Gornji Milanovac, 1988.
3. Petrović S.: *Droga i ljudsko ponašanje*. Dječje novine, Gornji Milanovac, 1989.
4. Barrett, H.: *Drug use in rural Kansas fifth and sixth graders*. Fort Hays State University/ERIC Document. Reproduction Service. No. Ed 339955/
5. Botvin, G.L., Baker, E., Dusebury, L., Torty, S., Botvin, E.M.: *Preventing adolescent drug abuse through a multimodal cognitive – behavioral approach. Results of three – year study* / Journal of Consult. Clin. Psychol. 58/4/, 437–446, 1990.
6. Casemore, B. P.: *Teen drug use: Impacts and outcomes*. / ERIC Document reproduction Service No. ED 333 317/.
7. Mersen, J., Gossop, M., Stewart, D., Roffe, A., Farrel, M.: *Psychiatric symptoms among client seeking treatment for drug dependence. In take date from the National Treatment. Outcome research study*. Br. J. Psychiatry 176, 258–9, 2000
8. Bentler, P. M.: *Etiologies and consequences addolescent drug use: implications for prevention*. J. Addict. Dis. 11/3/, 47–61, 1992.
9. Stakić, M., Eljdupović, G., Milenković, G., Žegarac, M.: *Ispitivanje promena u psihološkom statusu zavisnika od droga nekad i sad*. Alkoholizam 24/1–2/, 9–16, 1991.
10. Jekić, S., Angelbrandt, T.: *Uzroci porasta narkomanije kod naših bolesnika gledano sa etiološkog aspekta*. Knjiga sažetaka radova sa Drugog jugoslovenskog kongresa o alkoholizmu i drugim ovisnostima, održanom decembra 1982. godine u Zagrebu. Jugoslavenski časopis za stručne i društvene probleme klubova liječenih alkoholičara 19/9–10/, 96–97, 1982.
11. Carroll, J.F.X.: *Similarities and differencies of personality psychopathology between alcoholics and addicts*. Amer. J. Drug. Alc. Abuse, N. Y. 7, 219–236, 1980.
12. Gačić, B.: *Porodična terapija alkoholizma*. Rad, Beograd, 1980.
13. Lemert, M. E.: *Dependency in married alcoholics*. Quart. Jour. Stud. On. Alc. 23, 590–609, 1962.
14. Đukanović, B.: *Alkoholizam i porodica*. Privredna štampa, Beograd, 1979.
15. Despotović, A., Ignjatović, M., Fridman, V.: *Zavisnost od droga i ljekova – narkomanije*. Institut za dokumentaciju zaštite na radu, Niš, 1980.

16. Lojk, L.: *Eysenckov upitnik ličnosti EPQ. Priručnik*. Zavod SR Slovenije za produktivnost dela. Centar za psihodijagnostička sredstva, Ljubljana, 1979.
17. Bačanac, L.J., Žigić, Ž., Lazarević, L.J. : *Primena Eysenckovog upitnika ličnosti EPQ na sportskoj populaciji*. Psihologija 22/3-4/, 55-73, Beograd, 1989.
18. Šipka, P.: *Ličnost Jugoslovena opisana rezultatima na Eysenckovom upitniku EPQ*. Psihologija, 21/3/, 59-72, Beograd, 1988.
19. Kandel, D.B., Kessler, R.C., Margulies, R.S.: *Antecedents of adolescent initiations into stages of drug use. A developmental analysis*. J. Youth Adolescence 7, 13-40, 1978.
20. Calaif, E.R., Newcomb, M.D.: *Predictors of polydrug use among four ethnic groups: a 12 - yeras longitudinal study*. Addict Behav. Sep - Oct 24/5/, 607-631, 1999.
21. Kendler, K.S., Myers, J., Prescott, C. A.: *Preventing and adult mood, anxiety and substance use disorder female twins: an epidemiological, multi informant, retrospective study*. J. Psychol. Med. 30/20, 281-94, mart 2000.
22. Griffin, K. W., Botwin, G.J., Scheier, L.M., Diaz, T., Miller, N.L.: *Parenting practises as predictors of substance use, delinquency aggression among urban minority youth; moderating effects on family structure and gender*. Psychol. Addict. Behav. 14/2/, 174-84, june, 2000.
23. Green, R.W., Biderman, J., Faraone, S.V., Wilens, T.E., Mick, E., Blier, H.K.: *Futher validation of social impairment as a predictor of substance use disorders: findings from a sample of sibilings of boys with and without ADHD*. J. Clin. Child. Psychol. 28/3/, 349-54, sept. 1999.
24. Ary, D.V., Duncan, T.E., Duncan, S.S., Hops, H.: *Adolescent problem behaviour: the influence parents and peers*. Behav. Res. Therapy 37/3/, 217-30, mar. 1998.
25. Ferguson, D.M., Howood, L.J.: *Perspective childhood predictors of deviant peer affiliations in adolescence*. J. Child. Psychol. Psychiatry, 40/4/, 581 -92, may, 1999.
26. Brook, J.S., Richter, L., Whiteman, M.: *Effects of parent personality upbringing and mariuana use on parent - child attachment relationship*. J. Am. Acad. Child. Adoles. Psychiatry, 39/2/, 240-248, feb., 2000.
27. Novaković Lj., Popović D.: *Procena komunikacija i kontrole ponašanja u porodicama zavisnika od droga*. Zbornik sažetaka sa Jugoslovenskog simpozijuma o rehabilitaciji zavisnika od alkohola i droga, održanog 10. i 11. maja 1996. u Velikoj Plani, str. 5., Zavod za bolesti zavisnosti, Beograd, 1996.
28. Popović, U., Lilić, V., Vrućinić, J.: *Rad na sistemu vrednosti u okviru sistemske porodične psihoterapije bolesti zavisnosti*. Zbornik rezimea

sa Jugoslovenskog simpozijuma o rehabilitaciji zavisnika od alkohola i droga, održanog maja 1996. godine u Velikoj Plani, str. 28. Zavod za bolesti zavisnosti, Beograd, 1996.

29. Novaković Lj.: *Porodica kao faktor rizika u nastanku narkomanije. Aktuelni trenutak*. Zbornik rezimea sa Trećeg jugoslovenskog simpozijuma o bolestima zavisnosti, sa međunarodnim učešćem, održanim od 1. do 3. oktobra 1998. godine na Divčibarama, str. 32, Zavod za bolesti zavisnosti, Beograd, 1998.
30. Đukanović B., Blagojević Lj., Boras, G., Fajgelj, S., Veljković, B., Bešić, M.: *Profili apstinencija, umerenih i ekscesivnih potrošača alkoholnih pića među učenicima beogradskih osnovnih i srednjih škola*. Zbornik rezimea sa Trećeg jugoslovenskog simpozijuma o bolestima zavisnosti, sa međunarodnim učešćem, održanim od 1. do 3. oktobra 1998. godine na Divčibarama, str. 17, Zavod za bolesti zavisnosti, Beograd, 1998.
31. Đukanović B., Blagojević Lj., Boras, G., Fajgelj, S., Veljković, B., Bešić, M., Milosavljević, V.: *Socijalno – psihološki profili apstinencija, narkofila i narkomana među osnovnoškolskom i srednjoškolskom omladinom Beograda*. Zbornik rezimea sa Trećeg jugoslovenskog simpozijuma o bolestima zavisnosti, sa međunarodnim učešćem, održanim od 1. do 3. oktobra 1998. godine na Divčibarama, str. 16, Zavod za bolesti zavisnosti, Beograd, 1998.
32. Blagojević Lj., Đukanović B., Boras, G., Fajgelj, S., Veljković, B., Bešić, M.: *Tipovi lakih i teških narkomana i njihovi kontratipovi među učenicima beogradskih osnovnih i srednjih škola*. Zbornik rezimea sa Trećeg jugoslovenskog simpozijuma o bolestima zavisnosti, sa međunarodnim učešćem, održanim od 1. do 3. oktobra 1998. godine na Divčibarama, Zavod za bolesti zavisnosti, Beograd, 1998.
33. Blagojević Lj., Đukanović B., Boras, G., Fajgelj, S., Veljković, B., Bešić, M.: *Tipovi nepušača, lakih i teških pušača među učenicima beogradskih osnovnih i srednjih škola*. Zbornik rezimea sa Trećeg jugoslovenskog simpozijuma o bolestima zavisnosti, sa međunarodnim učešćem, održanim od 1. do 3. oktobra 1998. godine na Divčibarama, Zavod za bolesti zavisnosti, Beograd, 1998, str. 15
34. Pittman, S.F.: *Managing acute psychiatric emergencies defining the family crisis*. In : Bloch, A.D.: *Technique of family psychotherapy*. Grune and Stratton, New York, 1973.
35. Vlajković J., *Životne krize. Psihologija i psihopatologija*. Doktorska disertacija, odbranjena 1990. godine na Katedri za psihologiju Filozofskog fakulteta, Beograd, 1990.
36. Eisher, K.E., Kittleson, M., Ofletree, R., Welhsimer, R., Woelhke, P., Benschhoff, J.: *The relationship of parental alcoholism and family dysfunction to stress in students*. J. Am. Coll. Health 48(4), 151–6, jan. 2000.

37. Meyers, R. J., Miller, W.R., Hill, D.E., Foningan, J.S.: *Cummunity reinforcement and family training (CRAFT), engaging immotivated drug users treatment*. J. Supst. Abuse, 10(3), 291–308, 1998.
38. Brook, J.S., Richter, L., Wluteaman, M.: *Effects of parent personality upbringing, and mariuana use on parent – child attachement relatonship*. J.Am. Acad. Child Adolescence Psychiatry, 39(2), 240–248, feb. 2000.
39. Petrović D., Đukić – Dejanović, S., Ravanić, D.: *Uticaj porodice na tretman narkomana u našoj instituciji*. Zbornik rezimea sa Trećeg jugoslovenskog simpozijuma o bolestima zavisnosti, sa međunarodnim učešćem, održanim od 1. do 3. oktobra 1998. godine na Divčibarama, Zavod za bolesti zavisnosti, Beograd, 1998., str. 41.
40. Elikson, P.L., Morton, S.C.: *Identifying adolescents and risk for hard drug use: racial / ethic variation*. J. Adolesc. Health, 25(6), 382–95, dec. 1999.
41. Glatt, M.M., Gillespie, G.D., Hills, R.D., Pittman, J.D.: *The drug scene in Great Britain*. Edward Arnold (Publisher), Ltd., 1967.
42. Myers, M.G., Brown, S.A., Mott, M.A.: *Preadolescent conduct behaviors predict relapse and progression of addiction for adolescent alcohol and drug abusers*. Alcohol. Clin. Exp. Res. 19(6), 1528–36, dec.1995.
43. Donehue, B., Van Hasselt, V.B., Hersen, M., Perrin, S.: *Substance refusal skills in population of adolescents diagnosed with conduct disorder and substance abuse*. Adict. Behav. 24(1), 37–46, jan–feb. 1999.
44. Melman, R.S., Mannuzza, R.S., Bonagura, M.: *Huperactive boys grown up. Psychiatric status*. Arch. Gen. Psychiatry, 42, 937–47, 1985.
45. Kellam, S.G., Brown, H.: *Social, adaption and psychological antecedents of adolescent psychopathology ten years latter*. Johns Hopkins Univesity, Baltimor, 1982.
46. Robins, L.N.: *Study childhood predictors of adult antisocial behavior: Replication of longitudinal study*. Psychol. Med. 8, 611–22, 1978.
47. Robins, L.N., Ratcliff, K.S.: *Continuation of antisocial behavior into adulthood*. Int. J. Ment. Health 7, 96–116, 1979.
48. Despotović, A., Fridman, V.: *Narkomanija*. U knjizi: Živković M., Đukanović B., Radovanović, M.: *Socijalni problemi jugoslovenskog društva*. Sloboda, Beograd, 1985, str. 373–90.
49. Backman, J., Jonston, L., O' Malley, P.: *Monitoring the future: Questionare responses from the Nations High school Seniors*. Ann. Arbor. Mich., Institute for Social research, 1987.
50. Andrews, J., Smolkowski, K., Hops, H., Tildesley, E., Ary, D., Harris, J.: *Adolescent substance use and academic achiavement and motivation*. Paper presented at the Anual Convention of the American

Psychological Association, San Francisco, Ca (ERIC Document Reproduction Service No. ED 333, 272).

51. Fisher, G.L., Harrison, T.C.: *Assesment of alchohol and other drug abuse with referred adolescents*. Paper presented the anual meeting of the National Assotiation of School Psychologists, San Francisko, CA (ERIC Document Reproduction Service No. ED 333 272).
52. Johnson, C.A., Pentz, M.A., Weber, M.D., Dwyer, J.H., Bear, N., Mac Kiman, D.P., Hansen, W.B., Flay, B.R.: *Relative effectiveness of comprehensive community programming for drug abuse prevention with figh risk and low risk adolesvents*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58(4), 447 –56, 1990.
53. Lang, A.R.: *Alchocol teenage drinking: The encyclopedia of psycho-active drugs*. Chelsea House, New York, 1985.
54. Oeting, E.R., Beauvis, F.: *Peer claster theory, socialization charace-ristics and adolescent drugd use. A path analysis*. Journal of Counseling Psychology, 34(2), 205–213, 1987.
55. *The Wisconsin study: Alcohol and other drug use*. A search Institute report. Bulletin N., 92178, Mineapolis, MN: Search Institute (ERIC Document Reproduction Service No. Ed. 348 014).
56. Gorsuch, R.L., Butter, M.C.: *Initial drug abuse: A review of predi- sponding social–psychological factors*. Psychological Bulletin 83, 120–137, 1976.
57. Johnson, G.M., Schoutz, F.C., Locke, T.P.: *Relationship between adolescent drug use and parental drug behaviors*. Adoloscence 19(74), 295–299, 1984.
58. Bernes, G.M., Welte, J.W.: *Patterns and predictors of alcohol use among 12th grade students in New York State*. J. Stud. Alcohol 47, 53–62, 1986.
59. Mc Gue, M., Pickens, R.W., Svikis, D.S.: *Seks and age effects on the inheritance of alcohol problems. A twin study*. J. Abnor. Psychol. 101(1), 3–17, 1992.
60. Goodwin, D.W.: *Alcoholism and genetics*. Arch. Gen. Psychiatry, 12, 937–947, 1985.
61. Cloniger, C.R., Bohman, M.E., Sigvarelsson, S., Von Knorring, A.L.: *Psychopathology in adopted – out children of alcoholics. The Stoc- holm Adoption Study*. Recent. Dev. Alcohol. 3, 37–51, 1985.
62. Vuletić–Korać, Z., Đukanović, B.: *Djeca alkoholičara, Dječje novi- ne*, Gornji Milanovac, 1988.
63. Popović, M, Opalić P., Kuzmanović B., Marković M.: *Mi i oni dru- gačiji. Istraživanje stavova prema duševnim bolesnicima, narkomani- ma i alkoholičarima*. Institut za sociološka istraživanja Filozofskog fakulteta, Beograd, 1988.

SOCIOLOŠKI I SOCIO-DEMOGRAFSKI FAKTORI ZA NASTANAK I RAZVOJ ZLOUPOTREBE I ZAVISNOSTI MLADIH OD PSIHOAKTIVNIH SUPSTANCI

Miloš Bešić

Najzad, došli smo do posljednje grupe faktora rizika za nastanak i razvoj zloupotrebe i zavisnosti psihoaktivnih supstanci za mlade od 19–30 godina starosti. Oni su u ovom istraživanju relativno najmanje obuhvaćeni, ne zato što nijesu značajni, već zato što niz relevantnih podataka o sociološkim i socio-demografskim obilježjima nijesmo uspjeli da dobijemo od učenika crnogorskih osnovnih i srednjih škola, kao što su npr. ukupna mjesečna primanja, veličina stambenog prostora, vlasništvo nad imovinom i dr.

U nizu istraživanja se pokazalo da su sociološki faktori rizika značajni dopunski činioci nastanka i razvoja zloupotrebe i zavisnosti mladih od psihoaktivnih supstanci (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 i 10). Istini za volju, različitim socio-demografskim i sociološkim obilježjima daje se različita specifična težina u nastanku i razvoju zloupotrebe i zavisnosti mladih od psihoaktivnih supstanci.

Na početku razvoja narkomanija u Jugoslaviji, iz ranijeg opisa, vidjeli smo da su narkomanije bile privilegija mladih iz bogatijih socijalno-ekonomskih slojeva. Korišćenje uglavnom lakih droga imalo je statusne elemente, i obavezivalo je na poseban stil života. Sa razvojem narkomanija i uvećanjem broja korisnika značajno se brišu granice između narkomana pripadnika različitih socijalnih slojeva. Treća generacija jugoslovenskih narkomana nespecifična je po sociološkim obilježjima. Slične tendencije mogu se zapaziti u većini drugih zemalja svijeta.

U ovom istraživanju interesovalo nas je da sagledamo da li su pojedina socio-demografska i sociološka obilježja značajno češće povezana sa zloupotrebom i zavisnošću mladih od psihoaktivnih supstanci, nego neka druga.

Ispitivali smo najprije povezanost opšteg faktorskog skora i pola ispitanika. Pokazalo se da muškarci od 19 do 30 godina nešto češće upotrebljavaju psihoaktivne supstance, nego djevojke iste dobi ($C = 0,280$, $p = 0,000$). Treba imati u vidu da pol nije samo sociološka varijabla, već da uključuje i određene biološke i psihološke elemente koji su značajni sa stanovišta korišćenja psihoaktivnih supstanci, o čemu smo detaljno govorili u epidemiološkom dijelu ove studije.

Uzorak mladih od 19 do 30 godina podijelili smo u dvije grupe: 19–24 god. i 25–30 god. Između ove dvije grupe i opšteg faktorskog skora nije utvrđena statistička veza. Tačnije, mlađi od 19 do 24 godine nijesu

značajno češće skloni zloupotrebi i zavisnosti od psihoaktivnih supstanci u odnosu na mlade od 25 do 30 godina. To se može objasniti činjenicom da je rizik za nastanak i razvoj zloupotrebe i zavisnosti, poslije 20. godine bitno umanjen, što smo vidjeli iz epidemiološkog dijela studije, te su zato razlike između ove dvije grupe relativno male.

U prilog našoj tvrdnji da je zloupotreba i zavisnost od psihoaktivnih supstanci nespecifična, indirektno ide i nalaz da između obrazovanih i manje obrazovanih ne postoje značajne statističke razlike u pogledu zavisnosti od psihoaktivnih supstanci. Budući da je obrazovanje jedna veoma važna i sintetička sociološka varijabla, koja korelira sa slojnom pripadnošću, ovaj nalaz indirektno potkrepljuje našu raniju tvrdnju da se među onima koji upotrebljavaju psihoaktivne supstance ili su od nje zavisni, u značajnoj mjeri brišu obrazovne, a vidjećemo i slojne razlike.

Kada je riječ o zanimanju, zapaža se da učenici i studenti nešto češće koriste psihoaktivne supstance, nego pripadnici radničkih slojeva, ali te razlike nijesu statistički naročito značajne. Po našem uvjerenju, to se prvenstveno može objasniti velikom popularnošću sintetičkih droga, kojima su iz statusnih razloga više skloni studenti i učenici. Međutim, ovaj problem zahtijeva mnogo preciznije istraživanje, nego što su nam dozvolili naši ukupni istraživački zadaci.

U pogledu bračnog statusa, takođe, nijesu utvrđene statistički značajne razlike među onima koji upotrebljavaju tj. ne upotrebljavaju psihoaktivne supstance, odnosno koji su od njih zavisni. Poznato je da zavisnici imaju vrlo nestabilne brakove i da im je u cjelini bračni status vrlo atipičan. Da li se nedostatak ovih razlika eventualno može pripisati i opštoj bračnoj i porodičnoj nestabilnosti, teško je reći.

Zanimljivo je zapaziti da između ispitanika, koji su nezapošljeni ili na prinudnom odmoru nema statistički značajnih razlika u pogledu zloupotrebe psihoaktivnih supstanci u odnosu na one koji su zapošljeni.

U pogledu socijalnog porijekla između onih, koji zloupotrebljavaju psihoaktivne supstance, ili su od njih zavisni i apstinenata, nijesu utvrđene statistički značajne razlike, što je takođe potvrda naše ranije teze o sociološkoj i slojnoj nespecifičnosti u pogledu zloupotrebe i zavisnosti nove generacije zavisnika mlađe dobi.

Za potrebe ovog istraživanja, mi smo izveli na osnovu faktorizacije indeks materijalnog standarda ispitanika kako bismo utvrdili veze između materijalnog statusa i zloupotrebe psihoaktivnih supstanci. Sintetički pokazatelj materijalnog statusa je dobijen na osnovu čitavog niza varijabli u upitniku koje ispituju različite aspekte koji taj status sačinjavaju (pit. 9 – 16 upitnika za mlade od 19 do 30 god. – prilog II na kraju). Nakon izvedenih ukrštanja, mi smo mogli da zaključimo da između materijalnog statusa i zloupotrebe psihoaktivnih supstanci ne postoji značajna statistička veza. To znači da zloupotreba psihoaktivnih supstanci ne može biti obja-

šnjena time što je neko u boljem materijalnom položaju, te može sebi da priušti korišćenje psihoaktivnih supstanci. Takođe, materijalni status je jedna od ključnih dimenzija ukupnog socijalnog statusa, što nas navodi na zaključak da zloupotreba i zavisnost od psihoaktivnih supstanci nijesu povezane sa socijalnim statusom onih, koji te supstance koriste. Time smo potvrdili gore iznesenu tezu da se treća generacija narkomana u Jugoslaviji bitno razlikuje od prve generacije. Dok je kod prve generacije jugoslovenskih narkomana upravo zloupotreba psihoaktivnih supstanci predstavljala statusni simbol, kod treće generacije narkomana zloupotreba psihoaktivnih supstanci se proširila na čitavu zgradu u socijalnoj stratifikaciji, tako da slojna pripadnost ne utiče na korišćenje psihoaktivnih supstanci. Uzrok ove pojave može biti dvojak. Prvo, svi slojevi su prihvatili zloupotrebu psihoaktivnih supstanci iz određenih, uglavnom psiholoških razloga, i drugo, sama stratifikacija društva u krizi u kojoj se nalazimo je usloвила rastakanje poznate mreže statusa koji se može mjerenjem utvrditi, te se veza između ove dvije varijable više ne može jednoznačno da utvrdi.

LITERATURA

1. Bukelić, J.: *Droga, mit ili bolest*. Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd, 1981.
2. Despotović, A., Ignjatović, M., Fridman, V.: *Zavisnost od droga i lekova – narkomanije*. Institut za dokumentaciju zaštite na radu, Niš, 1980.
3. Petrović, M. i sar.: *Droga i mladi*. Privredna štampa, Beograd, 1980.
4. Despotović, A., Stojiljković, S. i sar.: *Čovek i droge. Priručnik o narkomanijama*. Sloboda, Beograd, 1971.
5. Đokić, D., Nenadović, M., Babić, D., Đukić, Dejanović, S., Petrović, D., Jović, A.: *Jugoslavenski narkomani 1987–1995. Alkoholizam 29 (3–4), 24 – 41, Zavod za bolesti zavisnosti, Beograd, 1995, str. 23–38*
6. Klinngemann, H., Goos, C., Hartnoll, R., Javlensky, A., Rehm, J.: *European summary on drug abuse, Firs report . 1985–1990.*, WHO, Copenhagen, 1992.
7. Hunter, C.L., Talcott, G.W, Klesges, R.C., Lando, H., Haddock, C.K.: *Demografic lifestyle, and psychosocial predictors of frequent intoxication and oder indicators as estimates of alcohol – relate problems in Air Force basic military recruits. Mil Med.165(7), 539–45, jul, 2000.*
8. Silverman, K., Chtuape, M.A., Svikis, D.S., Bigelow., Stitzer, M.L.: *Drug alcohol dependent*, Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimor, 1995.
9. Grant, M., Hodgson, R.: *Responding to drug and alcohol problems in the communitu.*, World Healt Organization, Geneva, 1991.
10. Laurie, P.: *Drugs – medical, psychological and social facts*. Penguin Books, 1976.

REGIONALNO-URBANE RAZLIKE U POGLEDU RAŠIRENOSTI ZLOUPOTREBE I ZAVISNOSTI MLADIH OD PSIHOAKTIVNIH SUPSTANCI CRNE GORE

Borislav Đukanović

U pogledu raširenosti zloupotrebe i zavisnosti mladih Crne Gore od psihoaktivnih supstanci zapažene su značajne regionalne razlike, kao i razlike među gradovima koji su reprezentovali pojedine regione, te između pojedinih škola. Neophodno je iznijeti neke napomene koje se tiču rasporeda ovog odjeljka. Regionalni i urbani faktori, ne bi se mogli *a priori* uključiti u sociološke i sociokulturne faktore rizika za nastanak i razvoj zloupotrebe i zavisnosti mladih od psihoaktivnih supstanci. Regionalne i urbane razlike predstavljaju relativno opšte i zato nedovoljno prediktivne faktore rizika, iako ih ne treba sasvim isključiti. Riječ je o složenim kompozitima i zato je teško utvrditi koji aspekti u datom trenutku najviše doprinose javljanju zloupotrebe i zavisnosti od psihoaktivnih supstanci kod mladih.

Iz navedenih razloga ovaj odjeljak bi samo djelimično mogao pripadati bloku tema o faktorima rizika za nastanak i razvoj zloupotrebe i zavisnosti mladih od psihoaktivnih supstanci, a u većoj mjeri epidemiološkom dijelu. Međutim, u analizu regionalno-urbanih razlika zloupotrebe i zavisnosti među mladima Crne Gore uključen je klasifikovani opšti faktorski skor kao i druga klasifikacija, o kojima je bilo riječi poslije epidemiološkog pregleda, što je takođe opredijelilo donekle neodgovarajući raspored ovog odjeljka u kompoziciji ukupne studije.

Regionalne razlike u raširenosti zloupotrebe i zavisnosti među mladima Crne Gore

Istraživanje je ukazalo na značajne regionalne razlike u pogledu raširenosti zloupotrebe i zavisnosti mladih od psihoaktivnih supstanci. Podsjetimo se da su tri regiona Crne Gore (Sjeverni, Centralni i Južni) bili reprezentovani sa po dva grada. Kada je riječ o Sjevernom regionu učenici crnogorskih osnovnih i srednjih škola bili su reprezentovani sa dva grada: Bijelim Poljem i Andrijevicom, a kada je riječ o mladima uzrasta od 19 do 30 godina sa Bijelim Poljem i Pljevljima. Centralni region je za oba poduzorka mladih bio reprezentovan sa Podgoricom i Nikšićem, a Južni sa Herceg-Novim i Barom.

Iz tabele br. 94. uočavaju se izvjesne razlike u pogledu zloupotrebe i ispoljenih tendencija prema zavisnosti.

Tabela 94. – Raširenost zloupotrebe i zavisnosti od psihoaktivnih supstanci učenika crnogorskih osnovnih i srednjih škola u tri regiona Crne Gore

Regioni	Druga klasifikacija					Ukupno:
	Apstinenti	Pušači	Piju, mogu i da puše (ne moraju) ali ne koriste „lake” i „teške” droge	Zloupotrebjavaju „lake” droge, mogu da puše i da piju (ali ne moraju)	Zloupotrebjavaju „teške” droge i sve ostale (ali ne moraju)	
Sjeverni	451 (74,9) (50,2)	29 (4,8) (39,2)	46 (7,6) (40,7)	46 (7,6) (42,6)	30 (5,0) (56,6)	602 100,0 48,3
Centralni	273 (70,7) (30,4)	27 (7,0) (36,5)	36 (9,3) (31,8)	35 (9,0) (32,4)	15 (3,9) (28,3)	386 100,0 40,0
Južni	174 (67,4) (19,4)	18 (7,0) (2,4)	31 (12,0) (27,4)	27 (10,5) (25,0)	8 (3,1) (15,1)	258 100,0 20,7
Ukupno	898 (72,1) 100,0	74 (5,9) 100,0	113 (9,1) (100,0)	108 (8,7) (100,0)	53 (4,3) (100,0)	1246,0 100,0 100,0

Tabela 95. – Raširenost zloupotrebe i zavisnosti od psihoaktivnih supstanci mladih od 19 do 30 godina u tri regiona Crne Gore

Regioni	Druga klasifikacija					Ukupno:
	Apstinenti	Pušači	Piju, mogu i da puše (ne moraju), ali ne koriste „lake” i „teške” droge	Zloupotrebjavaju „lake” droge, mogu da puše i da piju (ali ne moraju)	Zloupotrebjavaju „teške” droge i sve ostale (ali ne moraju)	
Sjeverni	79 (41,8) (35,6)	29 (15,3) (27,6)	35 (18,5) (29,2)	40 (21,2) (29,2)	6 (3,2) (25,0)	189 100,0 33,1
Centralni	100 (37,4) (45,0)	53 (19,9) (50,5)	62 (23,2) (51,7)	38 (14,2) (38,0)	14 (5,2) (58,3)	267 100,0 46,8
Južni	43 (37,4) (19,4)	23 (20,0) (22,0)	23 (20,0) (19,2)	22 (19,1) (22,0)	4 (3,5) (16,7)	115 100,0 20,1
Ukupno	222 (38,9) (100)	105 (18,4) (100,0)	120 (21,0) (100,0)	100 (17,5) (100,0)	24 (4,2) (100,0)	571 100,0 100,0

Tendencije prema zavisnosti ispoljava relativno najveći broj učenika u Sjevernom regionu (5%), zatim u Centralnom (3,9), a relativno najmanje u Južnom (3,1%), (vidjeti tabelu 94). Relativne razlike među regioni-

ma još su manje kada je riječ o zloupotrebi, pri čemu je redosljed obrnut: zloupotreba je najizraženija u Južnom (10,5%), a relativno najmanje izražena u Sjevernom (7,6), dok Centralni u tom pogledu zauzima središnje mjesto (9,0%).

Zapaža se još jedna zanimljiva tendencija. Relativni procenat apstinencija je najveći u Sjevernom (74,9%), a najniži u Južnom regionu (67,4% – tab. 94), ali su razlike male. U cjelini posmatrajući, Sjeverni region u epidemiološkom pogledu sadrži najveće suprotnosti: relativno najveći procenat apstinencija, ali i relativno najveći procenat onih koji pokazuju tendencije prema zavisnosti. Ovaj posljednji rezultat u svjetlu saznanja o pozitivnoj korelaciji između stepena urbanizovanosti i raširenosti zavisnosti mladih od psihoaktivnih supstanci izgleda neočekivan ako se zna da je Sjeverni region slabije urbanizovan od Centralnog i Južnog.

Zanimljivo je napomenuti da se slični rezultati dobijaju ako se zloupotreba i zavisnost analiziraju preko klasifikovanog optimalnog faktorskog skora. To je i očekivano u svjetlu ranije iznesenog saznanja o visokoj korelaciji između optimalnog faktorskog skora i druge klasifikacije.

Kada je riječ o raširenosti zloupotrebe i zavisnosti među mladima od 19 do 30 godina, epidemiološka slika prema regionima se unekoliko mijenja. Najveći procenat mladih koji pokazuje tendencije prema zavisnosti nalazi se u Centralnom regionu (5,2%), a najmanji procenat opet u Južnom (3,5%) iako u tom pogledu između Sjevernog i Južnog regiona zapažamo veoma male razlike (3,5%:3,2%). I na nivou uzorka mladih starijeg uzrasta relativne razlike najveće su u Sjevernom regionu (relativno najveći procenat apstinencija – 41,8% – primj. B. Đ.), dok su relativni procenti apstinencija u Centralnom i Južnom regionu identični – 37,4%.

U pogledu zloupotrebe epidemiološka situacija kod mladih od 19 do 30 godina ima donekle suprotne tendencije od onih kod učenika crnogorskih osnovnih i srednjih škola. Zloupotreba kod mladih od 19 do 30 godina najizraženija je u Sjevernom regionu, dok je kod učenika u ovom regionu najmanje izražena. Južni je na drugom mjestu (19,1% – kod učenika na prvom), a Centralni na trećem (kod učenika na drugom – primj. B.Đ.).

Posmatrajući u cjelini, regionalne razlike nijesu naročito izražene. Međutim, one su relativno najizraženije i, istovremeno, najneočekivanije kada je riječ o učenicima koji pokazuju tendencije prema zavisnosti od psihoaktivnih supstanci. Najveći je relativni procenat zavisnika u Sjevernom regionu, a bilo je za očekivanje da on u ovom regionu bude najmanji. Bez obzira što su razlike u ovom pogledu među regionima relativno male, za ove neočekivane tendencije nemamo objašnjenja.

Urbane razlike u pogledu raširenosti zloupotrebe i zavisnosti među mladima Crne Gore

Potpuniju i precizniju epidemiološku sliku dobijamo kada analiziramo epidemiološke podatke prema gradovima koji su reprezentanti pojedinih regiona. Neophodno je da se podsjetimo da je Sjeverni region u podzorku učenika reprezentovan sa Bijelim Poljem i Andrijevicom, a u podzorku mladih od 19 do 30 godina, Bijelim Poljem i Pljevljima, dok su u ostala dva regiona u oba podzorka uključeni isti gradovi. Ovaj izuzetak nije bez značaja kada je riječ o epidemiološkoj slici za Sjeverni region.

Na relativno najveći procenat učenika koji pokazuje jasne tendencije ka zavisnosti u Sjevernom regionu najviše utiče procenat učenika koji pokazuju jasne tendencije ka zavisnosti u Andrijevici, koji je u relativnom smislu daleko najveći (vidjeti tabelu 96).

Tabela 96. – Raširenost zloupotrebe i zavisnosti od psihoaktivnih supstanci učenika crnogorskih osnovnih i srednjih škola u šest odabranih gradova Crne Gore

Gradovi	Druga klasifikacija					Ukupno
	Apstinenti	Pušači	Piju, mogu i da puše (ne moraju), ali ne koriste „lake” i „teške” droge	Zloupotrebljavaju „lake” droge, mogu da puše i da piju (ali ne moraju)	Zloupotrebljavaju „teške” droge i sve ostale (ali ne moraju)	
Bijelo Polje	416 79,8% 46,3%	21 4,0% 28,4%	38 7,3% 33,6%	34 6,5% 31,5%	12 2,3% 22,6%	521 100,0% 41,8%
Andrijevica	35 43,2% 3,9%	8 9,9% 10,8%	8 9,9% 7,1%	12 14,8% 11,1%	18 22,2% 34,0%	81 100,0% 6,5%
Podgorica	134 83,8% 14,9%	10 6,3% 13,5%	7 4,4% 6,2%	9 5,6% 8,3%	– – –	160 100,0% 12,8%
Nikšić	139 61,5% 15,5%	17 7,5% 23,0%	29 12,8% 25,7%	36 11,5% 24,1%	15 6,6% 28,3%	226 100,0% 18,1%
Herceg Novi	105 82,7% 11,7%	4 3,1% 5,4%	7 5,5% 6,2%	8 6,3% 7,4%	3 2,4% 5,7%	127 100,0% 10,2%
Bar	69 52,7% 7,7%	14 10,7% 18,9%	24 18,3% 21,2%	19 14,5% 17,6%	5 3,8% 9,4%	131 100,0% 10,5%
Ukupno	898 72,1% 100,0%	74 5,9% 100,0%	113 9,1% 100,0%	108 8,7% 100,0%	53 4,3% 100,0%	1246 100,0% 100,0%

Drugo mjesto, iza Andrijevice, ali sa znatno manjim relativnim procentom (6,6%), zauzima Nikšić, treće Bar, četvrto Herceg Novi, skoro izjednačen sa Bijelim Poljem koji se nalazi na petom mjestu (tab. 96). Zanimljivo je istaći da se Podgorica nalazi na posljednjem mjestu, bez ijednog ispitanika sa jasnim tendencijama zavisnosti od psihoaktivnih supstanci (!?), što, bar u ovom slučaju, dovodi u pitanje iskrenost odgovora.

Kada je riječ o zloupotrebi psihoaktivnih supstanci na prvom mjestu su opet učenici Andrijevice (14,8%) i vrlo blizu učenici Bara (14,5%), te učenici Nikšića sa relativnim procentom od 11,5%. Učenici Bijelog Polja i Herceg Novog nalaze se na četvrtom i petom mjestu (sa vrlo malom razlikom – 6,5% i 6,3% – primj. B. Đ.), a na posljednjem učenici Podgorice.

Kada je riječ o apstinentima na prvom mjestu se nalaze učenici Podgorice, na drugom učenici Herceg Novog i na trećem učenici Bijelog Polja.

Dosadašnja analiza regionalno–urbanih razlika u pogledu raširenosti zloupotrebe i zavisnosti među mladima Crne Gore ukazuje da najizraženije tendencije za stvaranje zavisnosti od psihoaktivnih supstanci imaju učenici Sjevernog, zatim Centralnog, te najzad Južnog regiona, dok je u pogledu zloupotrebe tendencija obrnuta. Zanimljivo je napomenuti da je relativni procenat apstinenata najveći tamo gdje je najveći i relativni procenat učenika sa jasnim tendencijama zavisnosti (Sjeverni region), odnosno ove suprotnosti između relativnog broja zavisnika i apstinenata smanjuju se sa smanjenjem relativnog procenta zavisnika, tako da su najmanje u Južnom regionu.

Urbane razlike značajno doprinose preciznijem objašnjenju regionalnih razlika. Naime, učenici Andrijevice najviše doprinose relativno najvećoj zastupljenosti učenika sa jasnim tendencijama zavisnosti u Sjevernom, učenici Nikšića u Centralnom, a Bara u Južnom regionu.

Urbane razlike na poduzorku mladih od 19 do 30 godina omogućavaju nam da u drugačijem svijetlu nego na poduzorku učenika sagledamo regionalne razlike o kojima je ranije bilo riječi. Iz tabele br. 97 vidi se da sa relativnim procentom od 7,3% Podgorica dolazi na prvo mjesto, na drugo sa 5,9% Herceg Novi, a na treće sa 4,2% Bijelo Polje. Bar zauzima četvrto mjesto sa 1,6%, Pljevlja peto sa 1,4%, dok se na posljednjem bez ispitanika sa tendencijama zavisnosti (!) nalazi Nikšić.

Tabela 97. – Raširenost zloupotrebe i zavisnosti od psihoaktivnih supstanci mladih Crne Gore od 19–30 godina u šest izabраниh gradova

Gradovi	Druga klasifikacija					Ukupno
	Apstinenti	Pušači	Piju, mogu i da puše (ne moraju), ali ne koriste „lake” i „teške” droge	Zloupotrebljavaju „lake” droge, mogu da puše i da piju (ali ne moraju)	Zloupotrebljavaju „teške” droge i sve ostale (ali ne moraju)	
Bijelo Polje	46 38,7% 20,7%	18 15,1% 17,1%	23 19,3% 19,2%	27 22,7% 27,0%	5 4,2% 20,8%	119 100,0% 20,8%
Pljevlja	33 47,1% 14,9%	11 15,7% 10,5%	12 17,1% 10,0%	13 18,6% 13,0%	1 1,4% 4,2%	70 100,0% 12,3%
Podgorica	71 36,8% 32,0%	42 21,8% 40,0%	41 21,2% 34,2%	25 13,0% 25,0%	14 7,3% 58,3%	193 100,0% 33,8%
Nikšić	29 39,2% 13,1%	11 14,9% 10,5%	21 28,4% 17,5%	13 17,6% 13,0%	– – –	74 100,0% 13,0%
Herceg Novi	19 37,3% 8,6%	10 19,6% 9,5%	11 21,6% 9,2%	8 15,7% 8,0%	3 5,9% 12,5%	51 100,0% 8,9%
Bar	24 37,5% 10,8%	13 20,3% 12,4%	12 18,8% 10,0%	14 21,9% 14,0%	1 1,6% 4,2%	64 100,0% 11,2%
Ukupno	222 38,9% 100,0%	105 18,4% 100,0%	120 21,0% 100,0%	100 17,5% 100,0%	24 4,2% 100,0%	571 100,0% 100,0%

Kada je riječ o zloupotrebi onda vodeću poziciju imaju mladi Bijelog Polja (relativni procenat (22,7%), Bara (21,9%), Pljevalja (18,6%), Nikšića (17,6%), Herceg Novog (15,7%) i Podgorice (13,05). Kao i u slučaju poduzorka učenika, zloupotreba psihoaktivnih supstanci izraženija je u gradovima u kojima je zavisnost mladih od 19 do 30 godina slabije izražena i *vice versa*. Doduše, ova obrnuta srazmjera sistematičnija je kada je riječ o odnosu zloupotrebe i zavisnosti učenika od psihoaktivnih supstanci prema urbanim obilježjima. Takođe se zapaža da Pljevlja, koja imaju relativno visok procenat zavisnika imaju i relativno najveći procenat apstinenata od psihoaktivnih supstanci, iako se pomenuta pravilnost o kretanju relativnih procenata zavisnika i apstinenata, utvrđena na poduzorku učenika, ovdje ne može uočiti.

Poduzorak učenika se u odnosu na poduzorak mladih od 19 do 30 godina razlikuje u pogledu jedne važne suprotne epidemiološke tendencije; gradovi koji su na poduzorku učenika imali relativno manji doprinos tendencijama zavisnosti učenika od psihoaktivnih supstanci, na uzorku

mladih od 19 do 30 godina starosti imaju ključni značaj. To su Podgorica, relativni procenat od (7,3), Herceg Novi (5,9%) i Bijelo Polje (4,2%). Tendencija je potpuno obrnuta od one za poduzorak učenika. Da li nam ovaj nalaz sugerije i jedan još važniji zaključak: *tendencija ka razvijanju zavisnosti pomjera se u svakoj novoj generaciji ka sve manje urbanim područjima Crne Gore*. Ako se ovaj zaključak i na osnovu sljedećih epidemioloških istraživanja pokaže kao pouzdan, onda će epidemiološka situacija zloupotrebe i zavisnosti mladih od psihoaktivnih supstanci u Crnoj Gori biti dosta zabrinjavajuća, jer je riječ o socijalno-patološkoj pojavi visokourbanizovanih sredina. Ovakav zaključak se nameće iz činjenice da su mladi uzrasta od 19 do 30 godina relativno zastupljeniji u urbanizovanim sredinama (Podgorice, Herceg Novog, Bijelog Polja), a učenici u relativno manje urbanizovanim sredinama (Andrijevica, Nikšić, Bar).

Raširenost zloupotrebe i zavisnosti od psihoaktivnih supstanci učenika crnogorskih osnovnih i srednjih škola prema vrsti škole

Dalja analiza urbanih razlika ukazaće još specifičnije na vrstu škole koja je mogla imati relativno veći doprinos razvoju zloupotrebe i zavisnosti među učenicima. Ovu sumarnu analizu bilo je moguće uraditi jedino na uzorku učenika crnogorskih osnovnih i srednjih škola, ali ne i na uzorku mladih uzrasta od 19 do 30 godina.

Tabela 98. – Raširenost zloupotrebe i zavisnosti psihoaktivnih supstanci učenika crnogorskih osnovnih i srednjih škola po vrsti i nazivu škole*

Vrsta i naziv škole	Druga klasifikacija					Ukupno
	Apstinenti	Pušači	Piju, mogu i da puše (ne moraju), ali ne koriste „lake” i „teške” droge	Zloupotrebljavaju „lake” droge, mogu da puše i da piju (ali ne moraju)	Zloupotrebljavaju „teške” droge i sve ostale (ali ne moraju)	
OŠ „M. Miljanov” – Bijelo Polje	166 83,0% 18,5%	2 1,0% 2,7%	17 8,5% 15,0%	10 5,0% 9,3%	5 2,5% 9,4%	200 100,0% 16,1%
OŠ „Aleksa Đilas” – Bijelo Polje	77 93,9% 8,6%	3 3,7% 4,1%	1 1,2% 0,9%	– – –	1 1,2% 1,9%	82 100,0% 6,6%
OŠ „Braća Ribar” – Bijelo Polje	49 87,5% 5,5%	1 1,8% 1,4%	3 5,4% 2,7%	2 3,6% 1,9%	1 1,8% 1,9%	56 100,0% 4,5%
OŠ „Dušan Korac” – Bijelo Polje	33 68,8% 3,7%	– – –	4 8,3% 3,5%	8 16,7% 7,4%	3 6,3% 5,7%	48 100,0% 3,9%
Gimnazija „M. Dobrašinović” – Bijelo Polje	51 64,6% 5,7%	11 13,9% 14,9%	9 11,4% 8,0%	6 7,6% 5,6%	2 2,5% 3,8%	79 100,0% 6,3%
Srednjoškolski centar Bijelo Polje	40 70,2% 4,5%	4 7,0% 5,4%	4 7,0% 3,5%	8 14,0% 7,4%	1 1,8% 1,9%	57 100,0% 4,6%
Srednja mješovita škola – Andrijevića	36 44,4% 4,0%	8 10,3% 10,8%	8 10,3% 7,1%	12 14,8% 11,1%	17 21,0% 32,1%	81 100,0% 6,3%
OŠ „M. Vukotić” – Podgorica	26 96,3% 2,9%	– – –	– – –	1 3,7% 0,9%	– – –	27 100,0% 2,2%
OŠ „B. Vuković – Podgoričanin” – Podgorica	73 91,3% 8,1%	1 1,3% 1,4%	2 2,5% 1,8%	4 5,0% 3,7%	– – –	80 100,0% 6,4%
OŠ „R. Čizmović” – Podgorica	10 83,3% 1,1%	2 16,7% 2,7%	– – –	– – –	– – –	12 100,0% 1,0%

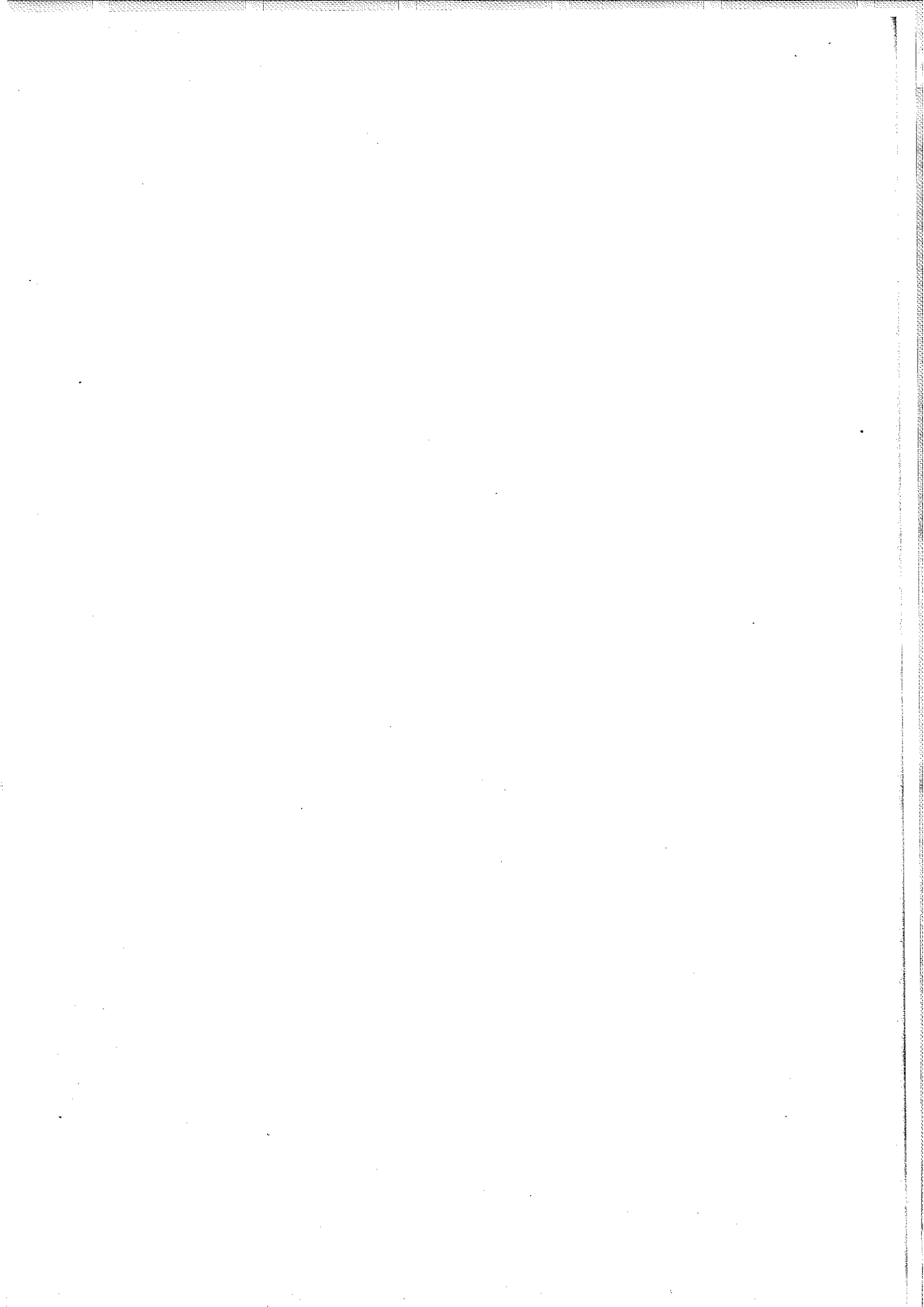
* Iz ovog spiska škole izostavljene su dvije srednje škole zbog malog broja ispitanih učenika. To su: Gimnazija u Andrijevici, u kojoj su ispitana tri učenika (pridodata srednjoj mješovitoj školi u Andrijevici) i Ekonomska škola – Nikšić (ispitano pet učenika), koji su pridodati Ekonomsko–ugostiteljskoj školi u Nikšiću.

Vrsta i naziv škole	Druga klasifikacija					Ukupno
	Apstinenti	Pušači	Piju, mogu i da puše (ne moraju), ali ne koriste „lake” i „teške” droge	Zloupotrebljavaju „lake” droge, mogu da puše i da piju (ali ne moraju)	Zloupotrebljavaju „teške” droge i sve ostale (ali ne moraju)	
Srednja medicinska škola – Podgorica	24 60,0% 2,7%	7 17,5% 9,5%	5 12,5% 4,4%	4 10,0% 3,7%	– – –	40 100,0% 3,2%
Ekonomsko–ugostiteljska škola – Nikšić	48 46,2% 5,3%	15 14,4% 20,3%	14 13,5% 12,4%	17 16,3% 15,7%	10 9,6% 18,9%	104 100,0% 8,3%
OŠ „Dušan Đukanović” – Nikšić	8 100,0% 0,9%	– – –	– – –	– – –	– – –	8 100,0% 0,6%
OŠ „L. Simonović” – Nikšić	56 87,5% 6,2%	– – –	2 3,1% 1,8%	4 6,3% 3,7%	2 3,1% 3,8%	64 100,0% 5,1%
Mašinsko–metalska srednja škola – Nikšić	27 54,0% 3,0%	2 4,0% 2,7%	13 26,0% 11,5%	5 10,0% 4,6%	3 6,0% 5,7%	50 100,0% 4,0%
OŠ „M. Vuković” – Herceg Novi	76 80,9% 8,5%	4 4,3% 5,4%	4 4,3% 3,5%	7 7,4% 6,5%	3 3,2% 5,7%	94 100,0% 7,5%
OŠ „Ilija Kišić” – Herceg Novi	29 87,9% 3,2%	– – –	3 9,1% 2,7%	1 3,0% 0,9%	– – –	33 100,0% 2,6%
Gimnazija „N. Rolović” – Bar	53 60,9% 5,9%	12 13,8% 16,2%	7 8,0% 6,2%	11 12,6% 10,2%	4 4,6% 7,5%	87 100,0% 7,0%
Srednja poljoprivredna škola – Bar	16 36,4% 1,8%	2 4,5% 2,7%	17 38,6% 15,0%	8 18,2% 7,4%	1 2,3% 1,9%	44 100,0% 3,5% ^o
Ukupno	898 72,1% 100,0%	74 5,9% 100,0%	113 9,1% 100,0%	108 8,7% 100,0%	53 4,3% 100,0%	1246 100,0% 100,0%

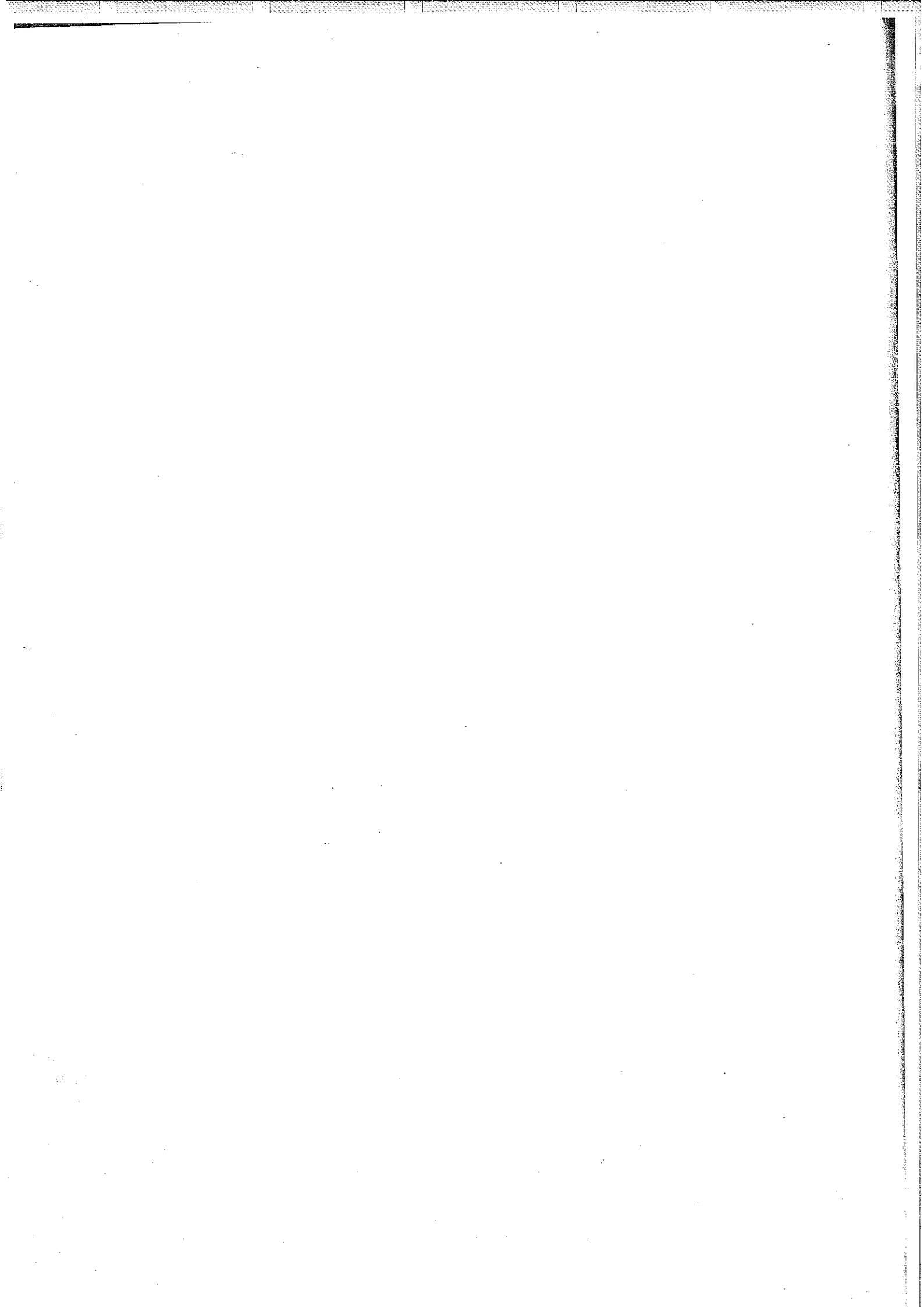
Srednja mješovita škola u Andrijevići ima relativno najveći broj učenika koji pokazuju jasne tendencije kao zavisnosti od psihoaktivnih supstanci (čak 21% ispitanih), a zatim slijedi Ekonomsko–ugostiteljska škola u Nikšiću (9,6%), Osnovna škola „Dušan Korać” u Bijelom Polju sa 6,3%, Mašinsko–metalska srednja škola u Nikšiću sa 6%, Gimnazija „Niko Rolović” u Baru sa 4,6%, Osnovna škola „Milan Vuković” u Herceg Novom sa 3,2%, Osnovna škola „Luka Simonović” u Nikšiću sa 3,1% itd.

Ovi nalazi samo još više konkretizuju i osnažuju ranije rezultate po kojima učenici Andrijevice daju relativno najveći pojedinačni doprinos tendencijama za formiranje zavisnosti od psihoaktivnih supstanci kod učenika Sjevernog, a učenici prevashodno srednjih škola u Nikšiću za srednju poziciju Centralnog regiona u pogledu raširenosti zavisnosti. Najzad, za Južni region relativno najveći doprinos daju učenici Gimnazije u Baru.

Zanimljivo je napomenuti da u pogledu zloupotrebe učenici Južnog regiona zauzimaju vodeće mjesto čemu najviše doprinose ispitani učenici Srednje poljoprivredne škole i Gimnazije „Niko Rolović” u Baru. Zatim slijede učenici Sjevernog regiona, prvenstveno učenici Osnovne škole „Dušan Korać” u Bijelom Polju, Srednje mješovite škole u Andrijevici i Srednjoškolskog centra u Bijelom Polju. Najzad, zloupotreba je najmanje izražena u Centralnom regionu a njoj najviše doprinose učenici Ekonomsko-ugostiteljske i Mašinsko-metalske škole u Nikšiću i Srednje medicinske škole u Podgorici. I ovdje se potvrđuje izvjesna pravilnost da u regionima u kojima je zavisnost najveća zloupotreba je najmanja i *vice versa*.



**PROGRAMI PREVENCIJE
ZLOUPOTREBE I ZAVISNOSTI
MLADIH OD PSIHOAKTIVNIH
SUPSTANCI**



PROGRAM PREVENCIJE BOLESTI ZAVISNOSTI

Ivan Dimitrijević

Bolesti zavisnosti su značajan problem pojedinca, porodice i društva. One zahvataju sve segmente populacije i ostavljaju brojne posljedice na psihičko i fizičko zdravlje, porodične odnose, radnu sposobnost i socijalne aktivnosti. Značajni su i troškovi koje društvo snosi zbog direktnih i indirektnih posljedica zloupotrebe i zavisnosti od pojedinih supstanci. Podaci iz literature pokazuju da je upotreba supstanci univerzalni problem, a da su načini upotrebe i posljedice individualno i socio-kulturno specifične. Takođe, vrsta najčešće upotrebljivanih supstanci razlikuje se u pojedinim sredinama, posebno među mladima, što daje nove vidove oštećenja i drastične posljedice. Bolesti zavisnosti predstavljaju neinfektivnu epidemiju XX vijeka sa prognozom da se ona širi i u sljedećem milenijumu. (1)

Posljednjih godina sve je češća pojava tzv. dizajniranih droga – novih vještačkih proizvedenih supstanci sa farmakološkim svojstvima koja su tako podešena da izazivaju specifično dještvo i proizvodje specifične efekte. One su namijenjene pojedinim uzrastima mladih koji imaju svoje trendove i zahtjeve u pogledu osobina i djelovanja pojedinih droga. Ilegalne laboratorije kontrolišu drogu koja će „napasti” pojedine uzraste i stvoriti potrebu za ponovnim uzimanjem iste supstance. Vrše se analize djelovanja takvih supstanci i one se stalno prilagođavaju i „poboljšavaju” kako bi zahvatile što veći broj mladih i uvukle ih u začarani krug. Posljedice uzimanja ovakvih supstanci su vrlo teške, a oštećenja centralnog i perifernog nervnog sistema i drugih značajnih funkcija organizma su često ireverzibilna. Zbog toga je liječenje teško, a ishod neizvjestan sa često trajnim oštećenjima i invalidnošću. Na taj način mladi ljudi ne mogu da ostvare svoje potencijale, pokazuju drastične izmjene ličnosti i postaju teret porodici i društvu.

Od davnina postoje organizovani napori čovječanstva da se odupre štetnim dještvmima pojedinih supstanci. Ovi napori idu od prohibicija, izolovanja i kažnjavanja korisnika supstanci, do savremenih programa prevencije, baziranih na uključivanju svih društvenih struktura u jedinstveni plan borbe protiv ovih štetnih pojava. Istorijski posmatrano, prevencija ide od individualnih aktivnosti entuzijasta ili pojedinih sredina ka sveobuhvatnim programima cjelokupne društvene zajednice. Svjetska zdravstvena organizacija posljednjih godina promoviše komunalno bazirane programe koji se oslanjaju na sve društvene strukture. Preporučuje se sarad-

nja i integracija različitih nivoa kao što su: lokalne vlasti, zdravstvo, školstvo, sudstvo, policija, socijalni rad, proizvodne organizacije, crkva, udruženja građana, humanitarne organizacije, organizacije koje utiču na kvalitet života (sport, kultura, itd.), korisnici supstanci, a naročito oni koji su oporavljeni (izliječeni), kao i druge društvene snage. Ovakvim pristupom prevencija bolesti zavisnosti postaje zadatak cjelokupne društvene zajednice, a ne samo zdravstvenih radnika. Prevencija je uspješna samo ukoliko je oslonjena na široko učešće cjelokupne zajednice. Dokumenti SZO, kao što je Evropski alkoholni akcioni plan (Kopenhagen, 1993), aktivnosti UNESCO-a i Evropske komisije, međunarodne organizacije rada, kao i brojnih ustanova i stručnjaka širom svijeta određuju novi pravac u prevenciji koja je komunalno bazirana.

Značajna preporuka u sprovođenju preventivnih programa je edukacija populacije kojoj je namijenjena. Bez kontinuirane i dobro vođene edukacije prevencija nije uspješna. Zbog toga se pridaje veliki značaj izboru i primjeni edukativnih programa. Oni moraju biti specifični za pojedine uzraste, prihvatljivi i razumljivi kako bi njihovi efekti bili dovoljni da formiraju stavove o upotrebi, štetnim djelstvima pojedinih supstanci, kao i izboru zdravih oblika življenja. Pošto je prevencija individualno, kulturalno i za supstancu specifična, prave se takvi edukativni materijali koji će detaljno opisati osobine i štetna djelstva pojedinih supstanci. To su prigodni materijali u slici i riječi, sa pitanjima i odgovorima i malim testovima koje mladi rješavaju i time provjeravaju svoje znanje i stiču nove stavove o pojedinim supstancama. Ovi materijali bazirani su na informacijama o hemijskom sastavu, uticaju na psihičko i fizičko zdravlje, ponašanje, radnu sposobnost, odnose sa drugim ljudima, itd. U izvjesnoj mjeri ovakve brošure imaju i zastrašujuće poruke za mlade koje na osnovu procjene stručnjaka nijesu same po sebi dovoljne da bitno promijene stavove ili utiču na prestanak uzimanja pojedinih supstanci, posebno kod mladih. Opšte je mišljenje da prevencija, bazirana na prikazivanju najdrašćijih posljedica, tj. zastrašivanju mladih nije pokazala očekivane rezultate. Primjenom isključivo takvih materijala može se neurotizovati izvjestan broj mladih i praktično stvoriti artefijelna fobična neuroza, vezana za pojedine supstance. Bilo je primjera da neke mlade osobe fobijski izbjegavaju sve potencijalne situacije u kojima im se može ponuditi droga. Ovo je posebno značajno u primjeni preventivnih programa kod najmlađih – školskog i predškolskog uzrasta.

Prevencija kroz edukaciju najbolje je prikazana u zajedničkom programu UNESCO-a i Evropske komisije (PEDRO projekt), koji se posljednjih godina sprovodi u mnogim evropskim zemljama. Ovaj program daje čitav niz nivoa edukacije za sve uzraste stanovništva. Takođe, bavi se i evaluacijom postignutih rezultata preventivnih kampanja i aktivnosti. Posebno se ukazuje na značaj edukacije edukatora koji moraju biti dobro pripremljeni za započinjanje, sprovođenje i praćenje akcije, kao i proce-

snu i završnu evaluaciju. Edukatori se pripremaju i stiču znanja ne samo o pojedinim klasama supstanci već i o principima komunikacije, rješavanju kriza i problema, upoznavanju porodične dinamike, odnosa u grupi mladih, odnosa mladih i njihovih vaspitača itd. Edukator mora imati dovoljno sposobnosti da razumije mlade, njihove probleme i želje i da nađe najbolji način njihovog motivisanja za izbor zdravih oblika življenja. Mlade treba naučiti kako da se odupru uticaju grupe vršnjaka i brojnim izazovima vezanim za upotrebu i efekte pojedinih supstanci. Mlade treba naučiti da kažu NE kada ih neko nudi pojedinim supstancama, ali i da znaju što im je ponuđeno. Bez znanja o svim (pozitivnim i negativnim) efektima pojedinih supstanci nema formiranja dovoljno čvrstog stava i prave odbrane od mogućih štetnih dejstava. Na primjer, mnogi mladi citiraju podatak da kanabis ne izaziva fizičku zavisnost, što može stvoriti stav da ta supstanca nije štetna. Davanjem informacija da kanabis može stvoriti psihotično stanje ili štetno uticati na pojedine funkcije organizma, može imati sasvim suprotan efekat – izbjegavanje upotrebe. Ovakvom primjenom potpunih informacija daje se mogućnost mladima da formiraju stav i izvrše izbor. Zbog toga edukatori moraju biti posebno pripremljeni i supervizirani u svom radu, kako bi prevencija bila uspješna. Ukazuje se da nedovoljno edukovani edukatori bez supervizije mogu doprinijeti formiranju pogrešnih stavova kod mladih.

Evaluacija preventivnih aktivnosti je vrlo značajan segment u procjeni rezultata kratkoročnih ili dugoročnih programa. Mnogi do sada sprovedeni programi nemaju prateću evaluaciju, pa prema tome ni pravu vrijednost u odgovoru na pitanje što je preventivnom akcijom postignuto. Evaluacija se može odnositi na procjenu pojedinih ili svih efekata prevencije. Moguće je mjeriti nivo prethodnih i stečenih znanja nakon edukacije, formiranje novih stavova, ponašanja u situacijama kontakta sa supstancama, poboljšanje uspjeha u školi, poboljšanje odnosa u porodici, usmjeravanje na zdrave oblike življenja, itd. Dobro vođena preventivna akcija podrazumijeva i bolju komunikaciju mladih, članova porodice, škole, savjetovališta kao i zdravstvenih ustanova u cilju definisanja ili tretmana pojedinih korisnika koji pokazuju značaj zloupotrebe ili zavisnosti. Evaluacija može uključiti i analizu uticaja prevencije na globalnom planu u smislu poboljšanja radne efikasnosti, smanjenja morbiditeta i mortaliteta, povezanih sa upotrebom supstanci, kao i smanjenja troškova društva za direktne i indirektno posljedice zbog upotrebe pojedinih supstanci. Dobra evaluacija daje jasne smjernice za poboljšanje preventivnih akcija, njihovo prilagođavanje pojedinim subpopulacijama i mogućnosti primjene na cjelokupnu zajednicu.

U svijetu se primjenjuju brojni programi prevencije bolesti zavisnosti. Najrasprostranjeniji su programi bazirani na aktivnostima u zajednici (komuni), preventivni programi u školama i programi zasnovani na unapređenju zdravlja populacije.

PREVENTIVNI PROGRAMI BAZIRANI NA AKTIVNOSTIMA U ZAJEDNICI

Danas, širom svijeta, postoje razvijeni preventivni modeli i programi čiji je primarni cilj redukcija incidence i prevalence bolesti zavisnosti. Iz istog razloga, tokom posljednjih par decenija u SAD organizovani su „Community action programs” (CAP-s). Primarni zadatak CAP-sa je da mobilise lokalne resurse u borbi protiv bolesti zavisnosti („alcohol, tobacco and other drugs” – ATOP) (2). U početku, CAP-s se isključivo bavio primarnom prevencijom tog problema, da bi ubrzo našao svoje mjesto i u sekundarnoj prevenciji, liječenju i rehabilitaciji oboljelih. CAP-s je formiran sa ciljem da se ispita kakav je stav članova šire društvene zajednice po pitanju upotrebe i zloupotrebe ATOD-a. Riječ je o formaciji koja je proistekla iz vladinih i volunтарыstičkih sektora širom SAD-a, a rukovodi se projektima na nivou geopolitičkih entiteta (npr. gradova, država), jasno definisanih područja (npr. susjedstvo) ili u okviru specifičnih etničkih grupacija.

Počeci funkcionisanja CAP-sa datiraju još od šezdesetih godina prošlog vijeka. Osnovni model, po kojem su dizajnirani, bio je program prevencije kardiovaskularnih oboljenja sproveden, u to vrijeme, na Stanford Univerzitetu (3). Neki od osnovnih principa tog programa kasnije su našli svoje mjesto u komunalnim programima prevencije alkoholizma i narkomanije. Naime, u to vrijeme, prevencija, kako bolesti zavisnosti, tako i kardiovaskularnih oboljenja, bavila se pitanjima organizacije, raspoloživim resursima, istraživanjima, skalama i sl. Prvi moderno koncipiran CAP-s, razmatrao je probleme alkoholizma, s obzirom na epidemijske razmjere tog oboljenja. Koncept se sastojao od tri faze (preintervencija, intervencija i postintervencija), a obuhvatao je pet zadataka: konceptualizaciju; mobilizaciju zajednice; planiranje intervencija; razvoj i implementaciju; monitoring i procjenu; dalje širenje i aplikaciju (4). Pod pokroviteljstvom SZO, tokom sedamdesetih godina, započeti su značajni programi prevencije alkoholizma u tri zemlje: Škotskoj, Meksiku i Zambiji. Ubrzo, zatim, počelo se sa primjenom sličnih koncepata i u SAD i Kanadi. Uporedo sa radom na daljem suzbijanju epidemije alkoholizma, potekla je inicijativa i za prevencijom drugih oblika bolesti zavisnosti. Tako, na primjer, koncipiran je „United Drug Abuse Councils” (UDAC) koji je predstavljao integraciju onih segmenata društvene zajednice koji se bave prevencijom, edukacijom, liječenjem rehabilitacijom i zakonskim institucijama (5). Ranih osamdesetih godina 20. vijeka, u fokusu interesovanja CAP-sa se našao problem AIDS-a. Osnovni zadatak bio je suzbijanje daljeg širenja tog oboljenja među intravenskim narkomanima. Svi navedeni programi bazirani su na konceptu po kojem su bolesti zavisnosti multifaktorijalne etiopatogeneze, a među faktorima rizika podjednaku važnost igraju individualno-psihološki i socijalni činioci. Iz tog razloga CAP-s bazira aktivnosti

na angažovanju strukturnih, ekoloških i kulturoloških snaga, dok tradicionalni programi fokusiraju svoje interesovanje na individualnu patologiju.

Među mnogobrojnim programima CAP-sa od naročitog značaja su: Miami program koji se bavi zloupotrebom supstanci u okviru šire društvene zajednice i Midwest prevention program, koji ciljano obuhvata mlađu populaciju. Miami koalicija za borbu protiv ilegalnih droga počela je sa radom još 1988. godine. Taj program sprovodi se na nivou škola, naselja, religijskih organizacija, zakonodavnih institucija, i sl. Dosadašnja evaluacija aktivnosti ukazuje na značajno smanjenje prevalence bolesti zavisnosti nakon primjene tog programa, u odnosu na ranije periode. Drugi program, poznat kao Midwest Prevention Project (MPP), bavi se prevencijom zloupotrebe i zavisnosti od nikotina, alkohola i marihuane, a sekundarno i od težih droga među adolescentima (6,7). Program je sačinjen od pet elemenata, postepeno se sprovodi u zajednici, u vremenskom periodu od 6 mjeseci do godinu dana. U MPP bili su uključeni roditelji, škola i mediji, a osnovni cilj bio je da se smanji potražnja ATOD-a. Nakon evaluacije, zaključeno je da je program značajno uticao na redukciju konzumacije nikotina (25% vs. 31%) i marihuane (12% vs. 20%) (8).

Komunalni programi prevencije alkoholizma imaju jedinstvenu strategiju. Minnesota's Project Northland, predstavlja trogodišnji preventivni program koji obuhvata širu zajednicu, a sprovodi se na više različitih nivoa. Tako na primjer, u projekt su uključeni roditelji, nastavnici (škola), lokalne vlasti, pozorišta i sl. Pokazalo se da takav vid aktivnosti podstiče zajednicu da se više bavi i učestvuje u rješavanju problema vezanih za bolesti zavisnosti (9). Pojedini projekti CAP-sa podrazumijevaju aktivnije učesće policije, kao što je slučaj sa Quick Attack on Drugs u Tampi. Naime, lokalni organi vlasti organizovali su specifičan vid saradnje sa građanima koji isključuje primjenu represivnih mjera. Sve gradske vlasti uključene su u monitoring bolesti zavisnosti, dileri se ne hapse već se izlažu različitim neprijatnostima, a radi se i na urbanizaciji neosvijetljenih ulica, popravci napuštenih zgrada, koje predstavljaju „idealno” mjesto za okupljanje narkomana (10).

Ekspanzija nacionalnih preventivnih programa u SAD dovela je do mnogih inovacija na planu sprečavanja i suzbijanja bolesti zavisnosti. Pomenaćemo samo neke od njih.

Fighting back (FB), Program pod pokroviteljstvom Robert Wood Johnson Foundation (RWJF), inaugurisan je kasnih osamdesetih godina prošlog vijeka. Osnovni cilj programa bio je da se utvrdi na koji način i pod kojim okolnostima šira društvena zajednica može da djeluje u smislu redukcije konzumacije ATOD-a. Osnovni zadaci FB-a bili su: mjerljivost i održavanje redukcije broja novooboljelih među djecom i adolescentima; redukcija morbiditeta i traumatizma među zavisnicima (naročito među djecom, adolescentima i mladim odraslim osobama); smanjenje prevalencije zdravstvenih problema udruženih ili egzacerbiranih pod dječ-

stvom supstance ili alkohola; redukcija absentizma i drugih problema vezanih za obavljanje profesionalnih aktivnosti; redukcija kriminalnih radnji, udruženih sa konzumacijom supstanci. Jednim kvazi-eksperimentom evaluisani su parametri tog nacionalnog programa, sa naročitim osvrtom na promjene učestalosti smrtnosti, traumatizma u saobraćaju, homicida, kriminalnih dijela, hospitalizacija i drugih socijalnih indikatora među oboljelim od alkoholizma i narkomanije (11).

Community Partnership Demonstration Program (CPDP): Teoretsku osnovu tog projekta predstavlja stav po kojem su preventivne aktivnosti mnogo efikasnije ukoliko se u njih uključe lokalne vlasti i grupe građana (12). Koalicija promovise edukaciju članova zajednice o načinima sprovođenja preventivnih strategija, revitalizujući značaj učešća građanstva u promjenama i dajući im ovlašćenja da preuzmu svu kontrolu u sopstvenom okruženju. Među poznatije CPDP spada i Milwaukee Neighborhood Patners Program (NPP) (13).

Community Prevention Coalitions Demonstration (CPCD): Taj program pokrenut je još 1994. godine u ukupno 124 zajednice. Osnovni zadatak, odnosio se na utvrđivanje značaja kvalitetne komunikacije, saradnje i koordinacije među članovima zajednice (14). Koalicija je u svom radu uključivala kulturološki međusobno različite grupacije, a obuhvatala je geografski široka područja, kombinujući najrazličitije strategije.

Danas, u SAD postoje dva nacionalna centra koja obezbjeđuju širok spektar suportativnih aktivnosti i koji uključuju organizacione servise za više hiljada CAP-sa: Join Together (JT) i Community Anti-Drug Coalitions of America (CADCA) (15). Takve organizacije su od izuzetnog značaja, s obzirom na to da još uvijek ne postoje pojedinačne nacionalne volontarističke agencije koje se bave lobiranjem, savjetodavnim aktivnostima, istraživanjem, kontrolom kvaliteta, odnosima sa javnošću i sličnim klasičnim funkcijama takvih grupa.

Preventivni programi bazirani na konceptu zajednice, sprovode se i širom Evrope (3). Takav je na primjer, European Alcohol Action Plan (EAAP) koji je podržan od Svjetske zdravstvene organizacije. Naime, proizvodnja i potrošnja alkohola u Evropi izuzetno je velika, što implicuje mnogobrojne zdravstvene, socijalne i ekonomske konsekvence. Bez obzira na to, široko je rasprostranjeno mišljenje da je alkoholizam, prije svega, bolest i da spada isključivo u domen psihijatrije. Neophodan je mnogo širi pristup tom problemu. EAAP je komunalni program lokalnog karaktera, čiji je osnovni cilj da podrži zdrav stil življenja. Aktivnosti su sveobuhvatne, a preduslovi za njihovo ostvarenje podrazumijevaju uključivanje svih društvenih struktura. U okviru EAAP sprovode se dva velika projekta. Prvi podrazumijeva implementaciju, demonstraciju i evaluaciju u cilju sprečavanja štetnih posljedica konzumacije alkoholnih pića. Taj program naročito je razvijen u Finskoj, u gradu Lahti. Očekuje se da će implementacijom u sve nivoe, redukcija konzumacije alkoholnih pića i

moćnih posljedica, u skorijoj budućnosti, iznositi za 25% manje od postojeće. Realizacija drugog projekta podrazumijeva izgradnju svojevrsne mreže, odnosno povezivanja preventivnih aktivnosti u većem broju gradova (tzv. „zdravstveni projekti u gradovima”).

Posljedice konzumacije etila predstavljaju veliki izdatak za društvo. Tako, na primjer, procjenjuje se da je 6% smrtnih slučajeva osoba do 75. godine prouzrokovano prekomjernim pijenjem, kao i 20% svih akutnih hospitalizacija. Osim toga, alkohol je bitan uzročni faktor traumatizma na radu, u domaćinstvu ili pri rekreaciji. Prekomjerna konzumacija te supstance dovodi i do povećanja učestalosti violentnosti, homicida, suicida, nasilja u porodici, naročito zlostavljanja djece. U cilju prevencije neophodno je transformirati opštinske potencijale. Planovi su dizajnirani tako da budu primjenljivi prije svega na lokalnom nivou. Uputstva treba podjednako primijeniti na gradsku i seosku sredinu, iako svaka sredina ima svoje specifične zahtjeve. Neophodna je, međutim, izvjesna doza fleksibilnosti koja omogućuje njihovu efikasnu realizaciju u seoskim i gradskim opštinama sa različitom sociopolitičkom strukturom. Lokalne aktivnosti odvijaju se u okviru nacionalnog programa, pri čemu je od izuzetnog značaja postaviti jasno definisane ciljeve u ekonomskom, socijalnom i zdravstvenom smislu. Upotreba alkohola ima izvjesna pozitivna dejstva ali i štetne posljedice. Na žalost, u pojedinim sredinama potenciraju se pozitivni efekti, a minimiziraju štetne posljedice. Od faktora sredine u dobroj mjeri zavisi ukupna potrošnja alkohola po glavi stanovnika, obrasci konzumacije i odnos prema etilu. Iz tog razloga, lokalne vlasti su odgovorne za zaštitu okruženja, te je neophodno da aktivno učestvuju u formiranju zdravstvene politike u svojoj sredini. Neophodno je da takav jedan projekat bude povezan sa projektima SZO (projekti „Zdrave škole”, odnosno „Zdrave bolnice”), kao i sa CINDI programom.

Prvi korak predstavlja formiranje tzv. Alcohol Action group (AAG) koje bi trebalo da unaprijede opštinsku strategiju. Neophodno je da se pri tome uključe svi raspoloživi resursi društva: zdravstvo, socijalne ustanove, omladinske organizacije, mediji, policija, društvo za rekreaciju, turizam i sl. Članovi grupe saraduju i sa drugim aktivistima koji se bore protiv zavisnosti od drugih supstanci. Najvažniji zadatak je podizanje nivoa svijesti o ulozi alkohola ali i razvijanje međusobne saradnje. Grupi je potrebna podrška lokalnih vlasti, nacionalne vlade i policije. Ministarstva zdravlja i prosvjete imaju značajnu ulogu u iniciranju opštinskog plana i u koordinaciji na svim nivoima. U realizaciji plana učestvuju: opštinska vlast, zdravstvo, sa specijalističkim servisima i primarnom zdravstvenom zaštitom, policija, prosvjeta, omladinske i volonterske organizacije, stanovništvo, organizacije žena, etničke grupe, grupe potrošača alkoholne industrije, istraživači, turističke agencije, rekreativne organizacije i saobraćaj.

Ciljevi grupe moraju biti jasno definisani, pri čemu je interakcija posebnih ciljeva neophodna za razvoj dalje strategije. Ciljevi su, prije svega

iz oblasti zdravstva (traumatizam, mortalitet, morbiditet), zatim u oblasti kriminala (pijanstvo, apsentizam, smanjena efikasnost na radnom mjestu). Pri tome je neophodno da edukacija o alkoholizmu bude svima dostupna, da se osobe koje pružaju prvu pomoć osposobe za rano prepoznavanje alkoholičara, uz uspostavljanje tijesne saradnje sa radnim organizacijama, povećanje kapaciteta socijalnih službi, prepoznavanje zahtjeva etničkih manjina i sl. Lokalni ciljevi treba da budu na istom nivou sa nacionalnim. Važno je određivanje prioriteta i identifikacija podgrupe sa posebnim ciljevima, a potrebno je donijeti vremenska ograničenja. Naime, od izuzetnog značaja je vremenski definisati realizaciju ciljeva. Na primjer, kratkoročne ciljeve, neophodno je realizovati u intervalu od 6 do 12 mjeseci. U cilju postizanja što boljih rezultata, važno je imati na umu izvjestan broj ograničenja koji su determinisani specifičnostima zajednice, kao što su: religija, postojanje etničkih manjina, ekonomski nivo određene sredine i sl. Za postizanje dugoročnih ciljeva bitna je politička podrška, koja osigurava napredak akcije. AAG je podržana od Advisory Forumu koji je zadužen za intersektorsku saradnju. Opsežna baza Forumu obezbjeđuje preventivni rad. U većini opština potrebno je otvaranje kancelarija sa timom koji uključuje osoblje koje će biti kadro da sprovodi akcioni plan. Finansiranje je iz lokalnih ili nacionalnih izvora. Očigledno je da je nemoguće očekivati redukciju štetnih posljedica pijenja bez intervencija.

Na osnovu svega do sad navedenog, preventivne strategije predstavljaju zadatak svih društvenih struktura. Neophodno je da budu savremeno koncipirane i usmjerene, a vođene najnovijim saznanjima iz oblasti alkoholologije. Dosadašnje aktivnosti su pokazale da preventivni paradoks koji podrazumijeva sprovođenje mjera koje su usmjerene isključivo na visoko rizične grupe u koje spadaju poodmakli alkoholičari, ne donosi korist zajednici. Potrebno je uzeti u obzir sve grupe alkoholičara.

Tokom proteklih godina, izvršene su brojne kvalitativne i kvantitativne procjene komunalnih preventivnih programa. Međutim, tokom procesa evaluacije CAP-sa javljaju se mnogi metodološki problemi. Tako, na primjer, efekti su slabiji pri primjeni randomiziranih studija, koje nije su dovoljno jake da detektuju efekte prevencije. Drugi problem predstavlja sama proliferacija CAP-sa, čime je smanjena mogućnost pronalaženja kontrolnih grupa (16, 17). Osim toga, većina navedenih programa realizovana je u trogodišnjem periodu, što očigledno nije dovoljan vremenski period koji bi ukazao na izvjesne bihevioralne promjene oboljelih. Aktivnosti u okviru CAP-sa u značajnoj mjeri remete činioci kao što su: nezapošljenost, slabo razvijene socijalne službe, visok nivo kriminala i sl. u svakom slučaju evaluacija FB programa ukazuje na dinamičnu interakciju između upotrebe i zloupotrebe supstance, somatskih i interpersonalnih faktora. Programi koji su usmjereni na ranije navedene strateške ciljeve, nesumnjivo dovode do redukcije konzumacije i zloupotrebe sup-

stanci. Prva generacija CAP-sa bila je suočena sa nedostacima koji su proizilazili iz divergencije između programskih aktivnosti i njihove konkretne primjene. Mnogo toga još preostaje da se nauči o metodama njihove optimalne primjene, ali i da se sazna na koje sve načine CAP-s učestvuje u redukciji problema vezanih za alkoholizam i narkomaniju.

PREVENTIVNI PROGRAMI U ŠKOLAMA

Tokom protekle dvije decenije, problem upotrebe i zloupotrebe supstanci našao se u žiži interesovanja zdravstvenih i prosvjetnih radnika, roditelja, lokalnih vlasti i šire društvene zajednice. Svi raspoloživi kapaciteti društva bili su angažovani u cilju da se identifikuju faktori koji učestvuju u genezi bolesti zavisnosti i da se koncipiraju efikasne strategije njihovog liječenja i prevencije. I pored svih napora da se bolje osvijetli etiologija, što efikasnije primijene različiti terapijski pristupi i identifikuju potencijalno efikasni preventivni programi, nije došlo do redukcije prevalence upotrebe supstanci. Naime, nedavno objavljeni podaci, ukazuju na to da je problem upotrebe supstanci i dalje prisutan sa tendencijom porasta konzumenata ilegalnih droga (18). Tako na primjer, u „Monitoring for Future Study” – MTF, 1994. god., utvrđeno je da je 31% učenika viših razreda konzumiralo neku od ilegalnih droga tokom posljednjih godinu dana, dok je njih 42,9% konzumiralo supstance u nekom periodu života. Utvrđeno je, takođe, da je trend porasta konzumenata marihuane i drugih psihoaktivnih supstanci, prisutan u heterogenoj populaciji mladih (evidentne razlike u socijalnom statusu, pripadnosti različitim etničkim i rasnim grupacijama i sl.). Nužnost iznalaženja efikasnijih pristupa u liječenju i prevenciji bolesti zavisnosti, tokom posljednje dvije dekade, uslovljena je i povećanjem učestalosti AIDS-a među intravenskim narkomanima.

Prevencija bolesti zavisnosti nije samo logična alternativa liječenju, već i osnovna strategija u sprečavanju daljeg širenja jedne od najvećih epidemija savremenog svijeta. Međutim, razvoj preventivnih programa mnogo je teži nego što se to u početku zamišljalo. Naime, dosadašnji naponi da se razviju i sprovedu aktivnosti koje bi u značajnoj mjeri sprječile dalje širenje bolesti zavisnosti postigli su samo djelimičan uspjeh. Tokom posljednjih godina, sve je više onih koji naglašavaju značaj sprovođenja različitih preventivnih modela po školama. Naime, pored visoko organizovane funkcije u profesionalnom i stručnom osposobljavanju, škola igra značajnu formativnu ulogu; učestvuje u rješavanju niza socijalnih i zdravstvenih problema mladih. Iz tog razloga govori se i o višestrukoj preventivnoj ulozi školske sredine, kako sa aspekta maloljetničke delikvencije, tako i bolesti zavisnosti.

Da bi se koncipirao efikasan program neophodno je dobro poznavanje svih faktora koji učestvuju u genezi i odražavanju bolesti zavisnosti. Od izuzetnog značaja je i prikupljanje svih raspoloživih informacija koje se odnose na progresiju poremećaja i to od perioda tokom kojeg osoba apsolutno ne konzumira ni jednu od raspoloživih supstanci, preko rekreativne upotrebe, do razvoja psihološke i fiziološke zavisnosti. U genezi bilo kog oblika adikcije, značajnu ulogu igraju socijalni, kognitivni, personalni faktori, farmakodinamske i farmakokinetičke karakteristike droge i bihevioralni faktori. Eksperimentisanje sa jednom ili više supstanci karakteristično je za adolescentni period. Smatra se da u inicijalnoj fazi konzumacije nikotina, alkohola i drugih supstanci, naročito važnu ulogu imaju socijalni faktori. Tu se, prije svega, misli na usvajanje određenih modela ponašanja (roditelji, vršnjaci, informacije iz okruženja, reklamne poruke putem medija i sl.). Primijećeno je da je među mladima manji broj onih koji postaju adikti, ukoliko su bolje informisani o rizicima i posljedicama konzumacije droga. Ti podaci posebno važe u slučaju konzumacije nikotina, alkohola i marihuane. Nakon kraće eksperimentalne faze, većina osoba razvija obrasce ponašanja koji, na žalost, reflektuju razvoj psihološke i fiziološke zavisnosti (19, 20). Mnogobrojna istraživanja potvrđuju stav da eksperimentisanje sa jednom supstancom, obično vodi ka eksperimentisanju i sa ostalima, za kojom ubrzo slijedi dalja progresija bolesti zavisnosti (21). Tako, na primjer, utvrđeno je da je veliki broj konzumentata marihuane mobilisan iz redova pušača i/ili alkoholičara. Kod nekih od njih, postoji i dalja progresija politoksikomanije, u smislu upotrebe depresanata, stimulanata, halucinogena ili drugih supstanci. Međutim, ima i onih koji nakon inicijalne, eksperimentalne faze apsolutno prestaju da konzumiraju navedene supstance. Saznanja o razvojnoj progresiji zloupotrebe supstanci imaju važnu ulogu sa aspekta uvremenjene primjene i dizajniranja preventivnih programa. Intervencije koje se sprovode na samom početku progresije imaju za cilj da spriječe dalje konzumiranje i razvoj adikcije, ali i da smanje rizik od kasnijeg uzimanja drugih vrsta droga.

Odavno je poznato da je zloupotreba supstanci u tijesnoj korelaciji sa izvjesnim individualnim karakteristikama (22). Tako, na primjer, utvrđeno je da konzumenti imaju niži nivo samopoštovanja, slabiju kontrolu ponašanja, viši nivo anksioznosti i nizak prag tolerancije na frustraciju. Osim toga, podaci iz literature govore u prilog tvrdnji da je incidenca bolesti zavisnosti veća među psihijatrijskom populacijom u odnosu na zdrave. Tokom posljednje dvije decenije, sve češće se razmatra udio bihevioralne komponente u genezi i odražavanju bolesti zavisnosti. Naime, utvrđeno je da zloupotreba supstanci obično predstavlja sastavni dio specifičnog životnog stila, te da je često združena sa drugim problematičnim, samodestruktivnim, heterodestruktivnim, odnosno manje konstruktivnim i rizičnim oblicima ponašanja. Tako, na primjer, utvrđeno je da je osoba koja konzumira određenu PAS, sklonija da konzumira i druge supstance.

Osim toga, pokazalo se da su osobe koje puše, piju ili uzimaju droge, sklonije antisocijalnim oblicima ponašanja (agresivnost, krađe, prevare), rjeđe se bave sportom, i u manjem procentu pokazuju tendenciju za sticanjem visokog akademskog obrazovanja (19). Upotreba supstanci je u tijesnoj korelaciji sa prevremenom seksualnom aktivnošću, delinkvencijom i neradom. Svi navedeni podaci imaju značaj u koncipiranju efikasnih preventivnih programa. Najvažnije je u tom smislu razviti projekte koji bi preventivno djelovali na sve navedene oblike devijantnog ponašanja.

Teškoće uspostavljanja apstinencije nakon razvoja adiktivnih obrazaca, zatim različite zdravstvene socijalne i druge konsekvence bolesti zavisnosti, predstavljaju neke od razloga zbog kojih se u savremenom pristupu tom problemu stavljaju akcenti na sve vidove prevencije (primarna, sekundarna, tercijerna). Edukacija u oblasti prevencije zavisnosti po školama, odvija se kroz nekoliko pristupa koji se u svijetu široko primjenjuju (1).

Pristupi bazirani na davanju informacija

Osnovni cilj takvih pristupa podrazumijeva sticanje kompletnih saznanja o različitim klasama supstanci. Obrađuju se različiti aspekti – od hemijskog sastava do djelovanja na organizam i ponašanje. Sticanjem znanja mladi mogu da izvrše izbor. Drugi vid informacija doprinosi stvaranju straha kod mladih u vezi pojedinih supstanci. S obzirom na neujednačenost u informisanosti o supstanci, njenim štetnim djelstvima i različitim individualnim doživljajima prilikom konzumacije određenih supstanci, pristupi bazirani na davanju informacija suočeni su sa mnogim teškoćama (23). Postoje i tzv. situacioni pristupi koji informišu mlade kako da se ponašaju u pojedinim prilikama kada im se nudi supstanca (24). Značajni su i programi koji se odnose na redukciju supstanci, sigurnim načinima uzimanja supstanci koji smanjuju rizik od sekundarnih zdravstvenih oštećenja.

Pristupi bazirani na izmjeni sistema vrijednosti i sticanju novih vještina

Polazi se od pretpostavke da ljudi uzimaju drogu kako bi kompenzovali nedostatak samopoštovanja i prevazišli teškoće u socijalnoj adaptaciji. Pristupi bazirani na izmjeni sistema vrijednosti i sticanju novih vještina oslanjaju se na teorije problematičnog ponašanja i teorije socijalnog učenja (25). Po tim teorijama, delinkventno ponašanje proizilazi iz emocionalnih problema ili iz deficita životnih vještina kao što su: donošenje odluka i rješavanje problema. Pristupi bazirani na životnim vještinama promovisu intervencije koje kompenzuju navedene deficite. Iako takvi pristupi nemaju posebnu vijednost u zaustavljanju mladih da eksperimentišu sa supstancama, veoma su efikasni u prevenciji uzimanja težih droga (25).

Pristupi bazirani na pružanju otpora uticaju grupe vršnjaka

Pristupi bazirani na pružanju otpora uticaju grupe vršnjaka poboljšavaju socijalne vještine i uče mlade kako da kažu „NE” kada im se ponudi supstanca. Edukacija uključuje trening u improvizovanim situacijama u kojima se nudi supstanca. Poznat je projekat DARE (Drug Abuse Resistance Education) koji se sprovodi u Americi i pretežno koristi taj pristup (26).

Pristupi bazirani na traženju alternativa

Ovaj pristup usmjerava na traženje i sprovođenje aktivnosti koje poboljšavaju kvalitet života. Radi se na pronalaženju novih radnih i rekreativnih aktivnosti, a posebno na suzbijanju dokolice kao faktora koji utiče na izbor tzv. rizičnih ponašanja. Istražuju se alternativni oblici zadovoljstva bez upotrebe supstanci. Pristupi bazirani na traženju alternativa poboljšavaju samopoštovanje i komunikaciju sa okolinom, ali nijesu značajno efikasni u redukciji upotrebe droga (27).

Pristupi koji se oslanjaju na uticaj vršnjaka, idola, lidera

Značajan uticaj na mlade mogu vršiti osobe koje mladi smatraju svojim idolima. To su osobe koje imaju posebna značenja za mlade i koje mogu uticati na formiranje ličnosti. Idoli mogu biti pozitivni i negativni, a neki od njih imaju i jedna i druga svojstva. Često se dešava da je mladoj osobi teško da napravi distinkciju između pozitivnih i negativnih obilježja svojih idola pa se često identifikuju i sa jednim i sa drugim. Pristupi koji se oslanjaju na uticaj vršnjaka, idola, lidera pomažu mladima da razlikuju dobro od lošeg kod svog idola. Takođe, obraća se pažnja na uključivanje tzv. pozitivnih ličnosti koje mogu da djeluju na mlade u promovisanju zdravih oblika življenja. Ne preporučuje se uključivanje samo najboljih učenika sa odličnim rezultatima. Dobar lider-idol, treba da bude atraktivan i prihvatljiv za adolescente, da ima dobre vještine komuniciranja, da je odgovoran i pomalo nekonvencionalan. Takođe se preporučuje kombinacija profesionalaca i mladih edukatora, kao najpovoljnija u primjeni preventivnih i edukativnih modela.

PROGRAMI ZASNOVANI NA UNAPREĐENJU ZDRAVLJA POPULACIJE

Zloupotreba droga predstavlja ne samo medicinski fenomen već i svojevrsnu socijalno-patološku pojavu. Već je ranije naglašeno da je zloupotreba droga u tijesnoj korelaciji sa različitim oblicima delinkventnog ponašanja. Osobe koje uzimaju ilegalne droge česti su prekršiocci zakona. Shodno tome, javila se neophodnost za preduzimanjem određenih mjera

4. Stvarati stavove o odupiranju različitim uticajima na početno i ponovno uzimanje supstanci.
5. Uticati kroz edukaciju na odlaganje prvog kontakta sa supstancama, na što kasnije životno doba, i na stvaranje stavova, motivaciju i sticanje vještina za izbjegavanje rizičnih ponašanja i usmjeravanje na zdrave oblike življenja.
6. Obezbijediti informacije o tzv. sigurnoj upotrebi nekih supstanci koje se kulturološki ili medicinski primjenjuju.

II. GRUPACIJE STANOVNIŠTVA KOJE SE OBUHVATAJU PROGRAMOM PREVENCIJE

Prevenciju bolesti zavisnosti treba sprovoditi primjenom:

1. Opštih preventivnih mjera u cilju redukcije upotrebe supstanci u cjelokupnoj populaciji (populaciona strategija).
2. Specifičnih preventivnih mjera za pojedine subgrupe stanovništva (mladi, žene, stare osobe, i dr.), kao i za rizične grupe (strategija visokog rizika).

III. PREDUSLOVI ZA USPJEŠNU REALIZACIJU PROGRAMA PREVENCIJE

Da bi program prevencije bolesti zavisnosti bio uspješan, trebalo bi da ispunjava neke specifične kriterijume:

1. *Individualna specifičnost* – podrazumijeva pripremu edukativno-preventivnih sadržaja namijenjenih specifičnim subpopulacijama stanovništva. Specifičnost se odnosi na pol, uzrast, kao i različite aspekte porodičnog i socijalnog statusa.
2. *Specifičnost za supstancu* – podrazumijeva pripremu edukativno-preventivnih materijala koji daju jasne i relevantne podatke o svim klasama supstanci i njihovim efektima na zdravlje i opšte funkcionisanje individue u njenom porodičnom, radnom i socijalnom kontekstu.
3. *Socio-kulturna specifičnost* – podrazumijeva pripremu adekvatnih preventivno-edukativnih materijala namijenjenih pojedinim subpopulacijama stanovništva koje imaju karakteristične sisteme vrijednosti, stil življenja, navike i običaje (neke seoske sredine, vjerska opredjeljenja i pripadnosti, itd.).

IV. ORGANIZACIJA SPROVOĐENJA PROGRAMA PREVENCIJE

A. Nosioci programa prevencije

Program prevencije sprovode:

1. Glavni stručni koordinacioni odbor za prevenciju bolesti zavisnosti koji je sastavljen od predstavnika referentnih ustanova, kao i predstavnika odbora pojedinih okruga.

Stručni koordinacioni tim za prevenciju bolesti zavisnosti utvrđuje:

- a) metodologiju, dinamiku, procesnu i ishodnu evaluaciju svih aktivnosti planiranih u realizovanju ciljeva programa prevencije;
 - b) supervizira aktivnosti koordinacionih odbora okruga i opština.
2. Okružni koordinacioni odbori za prevenciju bolesti zavisnosti koji se formiraju na svim okruzima. Oni su sastavljeni od svih relevantnih društvenih struktura (zdravstvo, školstvo, sudstvo, MUP, vjerske organizacije, socijalni rad, radne organizacije, mediji, humanitarne i druge organizacije koje mogu doprinijeti prevenciji, ugostiteljstvo i turizam, sportske organizacije, apstinenti i dr.).
 3. Opštinski koordinacioni odbori formiraju se po istom principu i organizuju edukativno-preventivne aktivnosti na lokalnom nivou.
- ##### B. Operativni plan prevencije

Program prevencije baziran je na edukaciji kao i primjeni i korišćenju svih mjera i aktivnosti u društvenoj zajednici koje isključuju ili redukuju upotrebu supstanci, umanjuju štete nastale zbog takve upotrebe i afirmišu zdrave oblike življenja. U definisanju ciljeva i metoda programa koriste se preporuke Svjetske zdravstvene organizacije (WHO), Organizacije ujedinjenih nacija za obrazovanje, nauku i kulturu (UNESCO), Međunarodne organizacije rada (ILO), drugih međunarodnih organizacija, ustanova i stručnjaka, kao i naša iskustva u ovoj oblasti.

Program edukacije ima sljedeće nivoe:

1. Edukacija edukatora

- a) Edukacija primarne zdravstvene zaštite, specijalističkih službi i srodnih disciplina.

Ova edukacija obuhvata posebne programe za različite nivoe sa prevashodno preventivnim sadržajima i omogućava integraciju i saradnju sa ostalim relevantnim strukturama društvene zajednice. U okviru primarne zdravstvene zaštite, specijalističkih službi i srodnih disciplina, formiraće se preventivna savjetovališta za specifičnije vidove pomoći (savjetodavni rad, dijagnostika, tretman, itd.).

- b) Edukacija članova koordinacionih odbora okruga i opština kao i njihovih multidisciplinarnih stručnih timova odgovornih za sprovođenje programa.
- c) Edukacija vaspitača, nastavnika i profesora na svim obrazovnim nivoima.

Pored osnovnih znanja o osnovnim klasama supstanci i njihovim efektima na mlade, edukatori ovih profila posebno se obučavaju za rano prepoznavanje upotrebe supstanci kod mladih i komunikaciju sa učenicima, roditeljima i stručnim službama u cilju traženja najboljih rješenja za definisane pojave.

2. Edukacija mladih svih uzrasta

Ova edukacija odnosi se na sticanje znanja o svim klasama supstanci i njihovim efektima na opšte funkcionisanje, izbjegavanje rizičnih ponašanja koja vode upotrebi droga, sticanje pozitivnih stavova i navika i odupiranje uticajima za uzimanje supstanci, stimulisanje otvorene komunikacije o problemima u vezi upotrebe između vršnjaka, njihovih roditelja i nastavnika, usmjeravanje na zdrave oblike življenja, itd.

3. Edukacija roditelja

Ova edukacija se sprovodi u okviru programa edukacije koji se primjenjuju u školama i predškolskim ustanovama, kao i kroz razne vidove rada sa roditeljima u oblasti primarne zdravstvene zaštite, specijalističkih službi i savjetovališta za porodice, kroz centre za socijalni rad, humanitarne organizacije, udruženja građana, vjerske zajednice i dr. Edukativne aktivnosti putem seminara, individualnog savjetovanja i pisanih materijala obezbjeđuju roditeljima potrebna saznanja o pojedinim klasama supstanci, kao i o principima komunikacije i traženju najboljih rješenja za definisane pojave ili probleme, vezane za upotrebu supstanci.

Pošto program prevencije podrazumijeva i mjere u cilju redukcije upotrebe supstanci u cjelokupnoj populaciji, specifične edukativne aktivnosti biće primijenjene na svim nivoima društvene zajednice, obuhvatajući sve uzraste i sve strukture stanovništva (npr. radne organizacije, penzionere, izbjegličke kolektive i dr.). Za realizaciju ovih edukativno-preventivnih aktivnosti zaduženi su koordinacioni odbori u pojedinim sredinama.

LITERATURA

1. Dimitrijević I.: *Prevenција narkomanija kroz edukaciju, sprečavanje zloupotrebe droga*. Srpsko udruženje za krivično pravo, Kopaonik, 1999.
2. Edwards G.A., et al.: *Alcohol policy and the public good*. Oxford University Press, New York, 1994, 175–176.
3. Farquhar, J.W.: *Changing cardiovascular risk factors in entire communities: The Stanford three-community project*. In: Lauder R.M. *Childhood prevention of atherosclerosis and hypertension*. Raven, New York, 1980, 435–440.
4. Giebrecht, N.W. : *Community – based prevention research: Will coordinated action make difference?* Prevention partnership demonstration project. Toronto: Addiction Research Foundation, 1994.
5. American Social Health Association. *Guidelines. A comprehensive community program to reduce drug abuse*. I–V New York: American Social Health Association. New York, 1972.
6. Johnson C.A., Pentz, M.A. Hanson. W.B. et al.: *Relative effectiveness of comprehensive community programming for drug abuse prevention with high-risk and low-risk adolescents*. J. Consult. Clin. Psychol., 58, 447–456, 1990.
7. Pentz, M.A., Hanson, W.B. et al.: *Effects of program implementation on adolescent drug use behavior: The Midwestern prevention project*. Eval. Rev., 14, 264–289, 1990.
8. Pentz M.A., *Adaptive evaluation strategic for estimating effects of community-based drug abuse prevention*. Am. Behav. Sci., 39, 897–910, 1996.
9. Perry, G.L., Villiams, C.L., et al.: *Project Northland: Outcomes of a community-wide alcohol use prevention program during early adolescence*. Am. J. Health. 86, 956–965, 1996.
10. Kennedy, D.M. : *Controlling the drug trade in Tampa, Florida*. Washington, DC: National Institute of Justice, 1993.
11. Saxel, L. et al.: *Fighting back evaluation plan*. City University of New York, Graduate School, New York, 1995.
12. Kaftarian, S.J.: *National evaluation of the community partnership program*. New Designs 1991, (Summer), 31–36.
13. Florence, J. et al., *Milwaukee neighbourhood partners manual report*. Maidson, 1994.
14. *Substance Abuse and mental Health Services Administration. The community prevention coalitions demonstration grant program*. Guidance for applicants No. SP95–03. Rockville. MD Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1995.

15. *Join Together, The third national Join Together survey of communities fighting substance abuse.* Boston: Join Together, 1996.
16. National Research Council: *Prevention of drug abuse: What do we know?* Washington, D.C: National Academy of Sciences press, Washington, 1993.
17. Hansen, W.B., et al.: *Attrition on substance abuse prevention research: A metaanalysis of 85 longitudinally-followed cohorts.* Eval. Rev. 14, 677-685, 1990.
18. Johnson, L.D. et al.: *National survey results on drug use from the Monitoring the Future Study, Vol. 1, 1975-1994.*
19. Wechsler, H.: *Alcohol and drug use among teenagers: a questionnaire study.* In: Chafetz, M. ed., Proceedings of the second annual Alcoholism Conference. DHEW Publication, No. HSM 73-9803. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 33-46, 1973.
20. Rayu, O.S.: *Drugs, society and human behavior.* CV Mosby, St. Louis, 1974.
21. Hamburg, B.A., et al.: *Hierarchy of drug use in adolescence: Behavioral and attitudinal correlates of substantial drug use.* Am. J. Psychiatry. 132, 1155-1167, 1975.
22. Clarke, J.G. et al.: *Cigarette smoking and external locus of control among adolescents.* J. Health Soc. Behav. 23, 253-259, 1982.
23. Mussen, P., Conger, J. Kagan, J.: *Child development and personality.* 4-th edition. New York: Harper & Row. 1974.
24. Dorn, N., Thompson, A.: *Evaluation of drug education in the longer term is not optional extra.* Community Health. 7, 154-161, 1976.
25. Kerney, A.L., Hines, M.H.: *Evaluation of the effectiveness of a drug prevention education program.* J. Drug Educ. 10, 127-134, 1980.
26. Ennett, S.T., Tobler N.S., Rignwalt, G.L., Flewelling, R.L.: *How effective is drug abuse resistance education? A meta-analysis of project DARE outcome evaluations.* Am. J. Public Health, 84, 1394-1401,
27. Swiaher, J.D., Hu, T.W.: *Alternatives to drug abuse: Some are and some are not.* NIDA Res Monogr. 7, 141-153, 1983.
28. Schaler, J.: *Drugs and free will.* Soc. Sci. Modern Society, November-December 1990.
29. Cohen, G. et al.: *Epidemiology of substance use from Friedman L. et al. Source book of substance abuse.* Williams & Wilkins, Baltimore, 1996.
30. Ritson, B.: *Community and municipal action on alcohol,* WHO Regional Publications, European series, No 63, 1995.

KOGNITIVNO-BIHEVIORALNI PRISTUP U PREVENCIJI ZAVISNOSTI OD PSIHOAKTIVNIH SUPSTANCI

Jasmina Knežević-Tasić

Prvi programi prevencije zasnivali su se na informativnom modelu i polaznoj pretpostavci da mladi zloupotrebljavaju psihoaktivne supstance zbog nepoznavanja njihovih štetnih djestava. Vjerovalo se da će adolescent, koji je svjestan štetnih posljedica, donijeti racionalnu odluku da ne koristi psihoaktivne supstance. U sprovođenju programa korišćena je taktika zastrašivanja i poruke sa naglašeno moralizatorskim tonom. Pretjerivanje u ovom pravcu je više doprinijelo podrivanju kredibiliteta odraslih i autoriteta nego što je imalo uticaja na ponašanje mladih vezano za psihoaktivne supstance /1, 2/. Prema nalazima nekih istraživanja, ovakav pristup je čak podsticao eksperimentisanje /3, 12, 13/. U fokusu programa koji su nastali nešto kasnije bili su individualni nedostaci (nedostatak samocijenjenja, neadekvatan sistem vrijednosti itd.) /18/.

Neuspješnost programa koji su zasnovani na informativnom i edukativnom modelu uslovljena je zanemarivanjem brojnih faktora vezanih za adolescenta i njegovo okruženje koji mogu usloviti početak zloupotrebe /19/. Gordon i Mc Alister /3/ su to ilustrovali sljedećim riječima: „Vjerovatno je najvažniji razlog zbog koga ovakav pristup nema značajnijeg uticaja na ponašanje adolescenta prema psihoaktivnim supstancama, taj što se ostavlja premalo prostora za razmatranje raznovrsnih razloga, zbog kojih ljudi koriste alkohol i supstance koje mijenjaju raspoloženje: kao ritual, da otklone dosadu, da se dokažu na seksualnom planu, da se oslobode pritisaka, da olakšaju socijalne interakcije, da riješe lične probleme, da otklone anksioznost, depresiju, umor, da zadovolje radoznalost i potrebu za avanturom, komformizmom i eksploracijom sopstvene ličnosti, ili jednostavno, radi uživanja. Emocionalne i fiziološke promjene u pubertetu čine adolescenta naročito podložnim psihosocijalnim pritiscima da se angažuje u visokorizičnim aktivnostima kako bi stekao status u grupi vršnjaka, pa čak iako te aktivnosti nose sa sobom nepoželjne posljedice po zdravlje. /str 212/.

Neuspješnost informativno-edukativnog modela može biti jednim dijelom uslovljena i odnosom koji mladi imaju prema informacijama o psihoaktivnim supstancama. Stariji adolescenti su veoma osjetljivi na nedosljednost u verbalnim porukama i ponašanju odraslih u odnosu na psi-

hoaktivne supstance. Oni ne vjeruju porukama o štetnosti alkohola i duvana, ako njihovi roditelji piju i puše. Takođe, ukoliko su informacije koje mladi dobijaju o supstancama putem preventivnih programa u kontradikciji sa njihovim ličnim iskustvom, odbaciće ih kao neistinite. Nalaze istraživanja koji ukazuju na korisna ili ljekovita svojstva nekih supstanci (npr. korišćenje marihuane u liječenju glaukoma ili muke izazvane citostaticima) mladi mogu pogrešno protumačiti kao znak da droge nemaju štetnih posljedica po zdravlje .

Međutim, uprkos činjenici da je etiološka osnova ovakvog pristupa diskutabilna i da su istraživanja koja su imala za cilj evaluaciju ovih programa pokazala da oni nemaju bitnog uticaja na ponašanje vezano za psihoaktivne supstance, edukativni i informativni model je još uvijek svuda u svijetu najzastupljeniji (7). Sporadični naponi na polju primarne prevencije bolesti zavisnosti u našoj sredini su se sve donedavno kretali gotovo isključivo u okvirima ovog prevaziđenog modela. Najvažniji uzroci su sigurno nepoznavanje efikasnijih strategija i nalaza istraživanja, kao i činjenica da su ovi programi najjeftiniji i da ih je najlakše sprovesti.

U posljednje dvije decenije učinjen je vidan napredak na ovom polju razvojem i primjenom sveobuhvatnih preventivnih strategija zasnovanih na psihosocijalnim teorijama i modelima zloupotrebe psihoaktivnih supstanci. Ovi novi modeli razmatraju socijalni kontekst u kome nastaje prvo iskustvo sa psihoaktivnim supstancama, kao i kasnija zloupotreba.

PSIHOSOCIJALNE TEORIJE ZLOUPOTREBE PSIHOAKTIVNIH SUPSTANCI

Najznačajnije teorije su:

1. teorija problematičnog ponašanja (8)
2. teorija socijalnog učenja (9)
3. fazna teorija (10)
4. biopsihosocijalni model (11)

Kratak pregled ovih teorija pomoći će u shvatanju teorijskih osnova preventivnih programa.

TEORIJA PROBLEMATIČNOG PONAŠANJA

Jessor i Jessor (8,14) smatraju da se zloupotreba psihoaktivnih supstanci može predvidjeti na osnovu opšte sklonosti problematičnom ponašanju. Problematično ponašanje je svako ono koje izlazi iz okvira konvencionalnog, odnosno ono koje krši norme date društvene sredine. Autori smatraju da zloupotreba droga i druge visokorizične aktivnosti imaju važnu funkciju u ličnom i socijalnom životu adolescenta i da je malo vjerovatno da će ih se on odreći ukoliko nema alternative koje pružaju podjednaku satisfakciju. Pojava problematičnog ponašanja predstavlja ishodište tri međusobno povezana sistema: ponašanja, ličnosti i percepcije socijalnog okruženja.

Ponašanje može biti problematično, odnosno visokorizično kao što je zloupotreba alkohola i droga, preuranjene seksualne aktivnosti i delinkventno ponašanje i konvencionalno, odnosno stremljenje ka akademskim postignućima, sportskim aktivnostima, religioznosti i sl. Ponašanje koje je u okvirima jedne strukture je alternativa svim oblicima ponašanja koji pripadaju drugoj. Na primjer, angažovanje na akademskom planu je u negativnoj korelaciji sa zloupotrebom psihoaktivnih supstanci i drugim vidovima problematičnog ponašanja. Visokorizično ponašanje je funkcionalno, instrumentalno, ima svrhu i usmjereno je ka odredjenom cilju koji je značajan za normalni razvoj u adolescenciji. Otklanjanje visokorizičnog ponašanja zahtijeva angažovanje u alternativnim konvencionalnim aktivnostima kojima se isti cilj postiže na mnogo bezbjedniji način .

Sistem ličnosti čine tri strukture : sistem motivacije i podsticaja (npr. očekivanje uspješnog ostvarenja akademskih ciljeva, nezavisnost, bliskost u odnosima sa vršnjacima), sistem ličnih uvjerenja (kriticizam, otuđenje, unutrašnja kontrola, samocijenjenje...) i sistem samokontrole (npr. tolerancija devijantnosti, religioznost ...).

Pojava problematičnog ponašanja je u tijesnoj vezi i sa percepcijom spoljnjeg okruženja. Percepcija spoljnjeg okruženja je sistem koji se dijeli na proksimalne i distalne strukture. Obje se sastoje od varijabli koje su neposredno povezane sa problematičnim oblicima ponašanja, kao što je zloupotreba psihoaktivnih supstanci. Varijable unutar distalnih struktura podrazumijevaju percepciju :

- podrške od roditelja i vršnjaka;
- kontrole roditelja i prijatelja;
- kompatibilnosti očekivanja koja imaju roditelji i vršnjaci;
- odnosa izmađu uticaja roditelja i vršnjaka.

Varijable unutar proksimalnih struktura su odobravanje problematičnog ponašanja od roditelja i vršnjaka i modeli problematičnog ponašanja koje nude vršnjaci.

TEORIJA SOCIJALNOG UČENJA

Ova teorija (9, 13) dograđuje teoriju problematičnog ponašanja uvođenjem pretpostavke da, pored pomenutih sistema, na ponašanje neposredno utiču okolnosti i socijalni uticaji, socijalne vještine kojim osoba raspolaže, kao i nagrađivanje problematičnog ponašanja. Ponašanje koje je nagrađeno najvjerovatnije će se nastaviti (9). Rizik od problematičnog ponašanja je manji ako mlada osoba raspolaže vještinama koje će joj omogućiti uspješno funkcionisanje u konvencionalnim okolnostima. Zloupotreba psihoaktivnih supstanci je, iz ove perspektive, sagledana kao funkcionalno ponašanje, stečeno kroz proces socijalnog učenja koje ima određenu svrhu i koje je rezultat međugre ličnih faktora i faktora socijalne sredine.

TEORIJA FAZA

Programi čiji je cilj da spriječe zloupotrebu određene psihoaktivne supstance (npr. cigareta, alkohola, marihuane...) u principu su zasnovani na Kandelovoj teoriji faza (0,16). Prema ovoj teoriji, zloupotreba psihoaktivnih supstanci prolazi kroz više uzastopnih faza. Adolsecenti tipično započinju svoje eksperimentisanje sa pivom i vinom, potom prelaze na cigarete i žestoka pića, da bi u sljedećoj fazi oprobali marihuanu i tek na kraju ostale ilegalne droge. Mada zloupotreba u ranim fazama ne mora obavezno rezultovati prelaskom u sljedeće faze, zloupotreba u kasnijim fazama je malo vjerovatna ako se ne prođe kroz prethodne. Pri tome, prema rezultatima Kendelovih istraživanja, ipak postoje izvjesne razlike u prediktorima zloupotrebe različitih psihoaktivnih supstanci. Prethodno devijantno ponašanje, pušenje i konzumiranje piva i vina su najvažniji prediktori zloupotrebe žestokih pića. Uvjerenja u sistem vrijednosti koji pogoduju zloupotrebi marihuane i druženje sa vršnjacima koji je koriste najčešće vode u eksperimentisanje sa ovom drogom. Loši odnosi sa roditeljima, depresija, neumjereno pušenje marihuane, nekonvencionalni stavovi i druženje sa vršnjacima koji zloupotrebljavaju ilegalne droge snažni su prediktori zloupotrebe opijata, halucinogena i stimulansa.

BIOSIHO-SOCIJALNI MODEL

Jedno novo sagledavanje problema zloupotrebe psihoaktivnih supstanci iz psihosocijalne perspektive nastalo je na polju biheviornalne medicine. Biopsihosocijalni model (11) je zasnovan na dvije centralne premissе. Prva je da osoba može koristiti psihoaktivne supstance da bi ublažila

negativne emocije kada je anksiozna ili previše uzbuđena, ali iste te supstance može koristiti i da bi pokrenula pozitivna osjećanja kada je umorna, depresivna, apatična. Prema ovom modelu, postoji nekoliko procesa (kognitivni, fiziološki, i stres reakcija) koji se umeću između potencijalno stresogenog događaja i pojave adverzivne reakcije (11). Druga premisa je da treba razgraničiti dvije vrste vještina savlađivanja stresa :

1. generička reagovanja koja pomažu osobi da ovlada raznovrsnim stresorima i
2. reagovanja koja koristi u odolijevanju iskušenjima da koristi psihoaktivne supstance.

Prema ovom modelu, zloupotreba psihoaktivnih supstanci jeste konceptualizovana kao proizvod nedovoljno razvijenih vještina za ovladavanje različitim stresovima. Mlada osoba, koja nema dovoljno razvijene socijalne vještine, mnogo lakše će podleći pritiscima da koristi psihoaktivne supstance.

TEORIJA – MODEL SOCIJALNOG STRESA

Ovaj model, izveden iz Albeejevog modela psihopatologije (20) predstavlja alternativni pristup proučavanju zloupotrebe psihoaktivnih supstanci kod adolescenata. Ovaj pristup integriše tradicionalno isticanje značaja individualnih i porodično-sistemskih varijabli sa rezultatima istraživanja na temu kompetencije i savlađivanja teškoća. Za razliku od većine teorijskih pristupa, ovdje se razmatraju šire socijalne varijable koje utiču na ponašanje adolescenta.

S obzirom na to da ovaj model najvećim dijelom predstavlja teoretsku osnovu našeg programa prevencije, ovdje ćemo ga detaljnije raspravljati. Zloupotreba droga u adolescenciji je, iz ove perspektive, sagledana kao dugoročni ishod multiplih iskustava sa značajnim figurama i socijalnim okruženjem, od rođenja pa sve do adolescencije i tokom adolescencije. Iskustva koja mladi stižu u porodici, školi i široj društvenoj sredini utiču na identifikaciju sa roditeljima, vršnjacima i osobama koje nude modele različitih uloga, kao i na razvoj efikasnih strategija za savladavanje teškoća. Mladi koji se a) nijesu identifikovali sa roditeljskim figurama i koji kao posljedicu toga nijesu inkorporisali njihove vrijednosti i stavove b) nijesu uspjeli da steknu neophodne vještine koje im omogućavaju da se odupiru pritiscima da koriste droge; c) nemaju adekvatnih mogućnosti i prilika za školovanje ili zaposlenje, nemaju dovoljno samopouzdanja, teže će savladati različite stresove tokom adolescencije. Ovi mladi će biti podložniji uticaju vršnjaka, koji su u istoj situaciji, a koji često nude zloupotrebu droga kao sredstvo pomoći u savlađivanju stresa.

Nasuprot tome, vjerovatnoća da će adolescenti izabrati psihoaktivne supstance kao sredstvo savlađivanja teškoća biće manja ako:

- a) izgrade tople odnose, pune povjerenja sa članovima porodice, vršnjacima i nastavnicima;
- b) ako su razvili adekvatne vještine za prevazilaženje problema i problematičnih situacija i
- c) ako imaju u školi i neposrednom socijalnom okruženju modele kompetentnog savlađivanja teškoća, mogućnosti i šansi.

Iako ćemo ovaj teorijski okvir koristiti za razumijevanje etiologije i odražavanja zloupotrebe droga, on se može proširiti i na druga problematična ponašanja, kao što je delinkvencija, na primjer. U tom cilju, koristimo sljedeću jednačinu :

$$\text{Rizik od zloupotrebe droga} = \frac{\text{Nivo stresa}}{\text{Kvalitet emocionalnih veza} + \text{vještine za savlađivanje teškoća, snalažljivost} + \text{mogućnosti i prilike koje nudi socijalno okruženje}}$$

Da bi se bolje razumjelo kako se na osnovu ove jednačine može predvidjeti zloupotreba droga, obrazložiće se svaka od ovih komponenata.

Stres

Istraživači na ovom polju identifikovali su nekoliko kategorija, odnosno nivoa stresa i ispitali njihovu ulogu u razvoju problematičnog ponašanja (11, 22). Prvi nivo stresa podrazumijeva tragične događaje, kao što su saobraćajna nesreća ili smrt roditelja (24). Ovi događaji su obično iznenadni i uključuju inicijalni period šoka, koji prati postepeno prilagođavanje na novonastalu situaciju. Nad ovim situacijama, kada se dese, djeca i adolescenti nemaju nikakvu kontrolu. U pokušaju da savladaju emocionalni bol i patnju, mladi se mogu okrenuti alkoholu i drogi. Drugi nivo stresa podrazumijeva svakodnevne probleme (nesporazumi sa roditeljima, problemi u školi...). Swearington i Cohen (23) smatraju da je problematično ponašanje adolescenata tješnje povezano sa nivoom svakodnevnih konflikata i pritisaka nego sa pojedinačnim, izolovanim stresnim životnim događajima. Mladi često koriste droge da bi izbjegli hronično konfliktne interakcije u porodici i školi.

Treću kategoriju stresa čine dugotrajna napetost i pritisci uslijed teškoća u porodici, školi ili socijalnom okruženju. Uzroci stresa, u ovom slučaju, održavaju se veoma dugo i nije ih lako otkloniti (npr. nedostatak privatnosti, loši stambeni uslovi, loša ekonomska situacija i sl.). Dakle,

ova vrsta stresa je najčešće povezana sa faktorima socioekonomskog okruženja. Ovim mladim ljudima model uspjeha kakav nudi društvo, može izgledati nedostižan, te im postaju privlačnija rizična ponašanja kojima se prkosi očekivanjima društvene sredine. Četvrtu kategoriju stresa čine promjene i prelazi koji zahtijevaju adaptaciju tokom izvjesnog vremenskog perioda (prelazak u novu školu, prvo zaposlenje, stupanje u brak i sl.) (25). Promjene i prelazi su naročito stresni ako zahtijevaju prekid odnosa sa vršnjacima. Na primjer, promjenom mjesta boravka adolescent je često suočen sa teškim zadatkom prilagođavanja na novi školski sistem, nastavnike, vršnjake. On mora da uđe u već formirane klike i formira nova prijateljstva. Droge mogu ponekad olakšati prihvatanje od grupe vršnjaka, ili otkloniti naraslu socijalnu anksioznost.

I razvojne promjene tokom adolescencije predstavljaju izvore stresa koje možemo svrstati u petu kategoriju. Smanjeno samocijenjenje, potreba da se bude prihvaćen od vršnjaka, težnja ka nezavisnosti (koja, pored ostalog, podrazumijeva i radoznalost, avanturizam i bunt) često mogu adolescenta navesti da otpočne eksperimentisanje sa psihoaktivnim supstancama (19).

Na odluku adolescenta da koristi psihoaktivne supstance u velikoj mjeri utiče sveukupni nivo stresa kome je izložen u svakodnevnom životu. Dobra preventivna strategija bi, prema tome, trebalo da podrazumijeva, između ostalog, i povećanje otpornosti adolescenta na štetna dejstva stresa. To se može postići poboljšanjem kvaliteta emocionalnih veza u porodici i školi i razvojem socijalnih i drugih životnih vještina. Uz to, svakako, treba preduzeti mjere da se ograniči nivo stresa koji mladi moraju da dožive. To zahtijeva brojne promjene u socijalnoj politici, školstvu i mnoge druge, čije bi razmatranje tematski izašlo iz ovog okvira.

Emocionalne veze

Kod djece koja se nijesu identifikovala sa roditeljskim figurama i inkorporisala njihove vrijednosti i standarde postoji veći rizik od zloupotrebe psihoaktivnih supstanci. Ona su sklona druženju sa vršnjacima koji imaju iste teškoće u porodičnom životu. Hawkins i Weiss (27) objašnjavaju ovaj proces u svojoj teoriji socijalnog razvoja. Emocionalne veze se grade unutar porodice, škole i grupe vršnjaka, a u svakom od ovih konteksta postoje 3 varijable koje utiču na obrasce ponašanja: a) prilike i uticaji kojima je mlada osoba izložena; b) vještine kojima raspolaže; c) dosljednost i adekvatnost nagrađivanja. Ove varijable određuju da li će mlada osoba, u okviru datog konteksta, razviti tople emocionalne veze pune povjerenja, te osjećaj samopouzdanja i kontrole u svojim interakcijama. U porodici, u kojoj ovi procesi počinju, djeci treba omogućiti da pruže korisne doprinose u zajedničkom životu, da razviju vještine neophodne da bi se ponašali u skladu sa očekivanjima i da za to dosljedno i adekvatno budu nagrađena. Razvoj pozitivnih emocionalnih veza u školi zavisi

od kvaliteta veza u porodici i šansi koje dijete ima da se uključi u raznovrsne aktivnosti, da razvije svoje vještine i da bude nagrađeno za adekvatno ponašanje. Slično je i sa vršnjacima sa kojima će mlada osoba graditi prosocijalne ili delinkventne veze u zavisnosti od prilika za učestvovanje u grupnim aktivnostima, vještina koje, pri tom, pokazuje i nagrada koje dobija od vršnjaka. Što su kvalitetnije emocionalne veze u porodici i školi, biće manja vjerovatnoća da će se adolescent vezati za vršnjake koji koriste psihoaktivne supstance. Razlog je veoma jednostavan: ponašanja koja nagrađuje većina porodica i ona koja će nagraditi grupa delinkvenata nijesu kompatibilna (28).

Vještine

Razvoj socijalnih vještina i vještina za savlađivanje teškoća naglo se ubrzava tokom rane adolescencije koja predstavlja prelazni period u porodičnom životu, školi i odnosima sa vršnjacima, kada se na adolescenta vrši snažan pritisak da prihvati odgovornost za zbivanja i ponašanje u interpersonalnim odnosima. Razvoj ovih vještina u velikoj mjeri zavisi od kvaliteta emocionalnih veza i nivoa stresa kome je adolescent izložen (19). Wulls i Shiffman predložili su niz kognitivnih i biheviornalnih strategija za savlađivanje teškoća koje se mogu primijeniti na različite probleme sa kojima se suočavaju adolescenti. Mlada osoba, na primjer, čiji roditelji se razvode u stanju je stresa, zbunjena je i može biti pod povećanim rizikom da zloupotrebljava psihoaktivne supstance. Međutim, ako raspolaže efikasnim vještinama za savlađivanje teškoća, vjerovatnoća da će koristiti ove supstance, u pokušaju da ublaži patnju i socijalnu anksioznost, biće znatno manja.

Kognitivne strategije koje se mogu koristiti da se savladaju ovakve teškoće i stresovi podrazumijevaju : a) samopouzdanje (ubijedi sebe da si u stanju da riješiš svoj problem); b) poređenje (ubijedi sebe da ti to možeš bolje od drugih) c) restrukturiranje (ponovo sagledaj problem u pozitivnom svjetlu); d) samokontrolu (sjeti se ranijih uspjeha, razmišljaj o negativnim posljedicama nepoželjnog ponašanja, upotrijebi volju).

Biheviornalne strategije podrazumijevaju aktivne pokušaje da se donošenjem ispravnih odluka razriješi problematična situacija. One uključuju: a) rješavanje problema (sakupljanje informacija relevantnih za dati problem i evaluaciju alternativa); b) akciju (pokušaj da se određenim postupkom, pregovaranjem ili kompromisom razriješi data situacija); c) povlačenje (iz konfliktne situacije i izbjegavanje sličnih situacija u budućnosti); d) asertivnost; e) traženje socijalne podrške, uključivanje drugih osoba u rješavanje problema; f) alternative (namjerno angažovanje u alternativnim oblicima ponašanja koji su inkopatibilni sa problematičnim ponašanjem); g) relaksaciju (koja umanjuje reakciju na stres). Rizik da će mladi, koji raspolažu širokim repertoarom ovakvih vještina i umiju da ih koriste u stresnim okolnostima, zloupotrebljavati psihoaktivne supstance, veoma je mali.

Prilike i mogućnosti

Da li će mladi zloupotrebljavati droge zavisi i od prilika i mogućnosti koje im nudi sredina u kojoj žive, prije svega od toga da li im se model uspjeha, koji odgovara standardima sredine u kojoj žive, čini dostižnim. Adekvatne mogućnosti za školovanje i zapošljenje i druge društveno-poželjne i korisne aktivnosti obezbjeđuju neophodnu alternativu koja smanjuje rizik od zloupotrebe psihoaktivnih supstanci.

Pomenuti načini za kontrolisanje stresa (kvalitetne emocionalne veze, vještine, prilike i mogućnosti) u stalnoj su interakciji, djeluju jedni na druge i jedni druge uslovljavaju. Razumijevanje svake od ovih komponenta i načina njihove interakcije omogućava nam da predvidimo da li će se adolescent okrenuti drogama ili će koristiti socijalne vještine da izbjegne iskušenje, pritiske vršnjaka i ambijent u kome postoji visok rizik od zloupotrebe droga.

PREVENTIVNE STRATEGIJE ZASNOVANE NA RAZVOJU VJEŠTINA

Razmatrajući teorijske modele zloupotrebe psihoaktivnih supstanci vidjeli smo da postoje brojni faktori koji će presudno uticati na odluku mlade osobe da posegne za drogom. Ti faktori se odnose na društveno okruženje, ličnost i ponašanje pojedinca (17). Identifikacija faktora na osnovu kojih se može predvidjeti zloupotreba droga jeste od izuzetno velike važnosti s obzirom na to da ovi faktori takođe postaju fokus preventivne intervencije (18). S obzirom da je osoba u stalnoj i dinamičnoj interakciji sa svojim socijalnim okruženjem, programe prevencije treba tako kreirati da utiču na faktore vezane za ličnost, ponašanje i socijalnu sredinu. Rezultati longitudinalnih istraživanja sugerišu da je mnogo bolje koristiti široko zasnovan trofaktorski pristup, nego se koncentrisati na jedan faktor ili grupu faktora (29). Iz ovih istraživanja, takođe, proističe da zloupotreba droga ima određeno značenje i funkciju u životu adolescenta. Dobrom preventivnom strategijom bi, prema tome, trebalo da budu obuhvaćene i funkcije koje droga ima.

Preventivni programi zasnovani na razvoju vještina u principu se sprovode u školskoj sredini i predstavljaju dio širokih komunalnih programa primarne prevencije. Škola kao mjesto za sprovođenje programa pruža mnoge prednosti:

1. Ista grupa djece je okupljena na jednom mjestu u dužem vremenskom periodu;
2. pruža najbolji uvid u psihosocijalni razvoj i probleme adolescenta uz mogućnost višegodišnjeg praćenja;

3. pruža mogućnost usvajanja ne samo akademskih znanja već i socijalnih i drugih vještina korisnih za svakodnevni život;
4. ako se usvoje na tom uzrastu, zdravi stilovi življenja ostaju doživotno;
5. škola kao socijalno okruženje omogućava da se iskoristi pozitivan uticaj vršnjaka za aktivnosti koje unapređuju zdravlje;
6. inicijativa, pokrenuta u školi, animira i roditelje i omogućava njihovo aktivno uključjenje u program.

Period od VI razreda osnovne škole do II razreda srednje škole smatra se optimalnim za sprovođenje programa primarne prevencije. Programi, koji imaju za cilj razvoj vještina, moraju biti primijenjeni neposredno prije nego što nastupi najrizičniji period za otpočinjanje eksperimentisanja sa psihoaktivnim supstancama. Jedan od ciljeva ovih programa je da se početak zloupotrebe odlaže sve dok se potpuno ne razvije sposobnost i vještina odgovornog donošenja odluka(18).

Cilj ovih programa je razvoj socijalnih vještina kod adolescenata koje će im pomoći da se odupru pritiscima da uzimaju drogu. Prvi put su primijenjeni u kampanji protiv pušenja, a u fokusu su bili socijalni pritisci koji navode ljude da počnu da puše (30). Ovi programi su podrazumijevali strategije „socijalne inokulacije” i podsticanje asertivnosti kod učenika kako bi se spriječio početak pušenja. Strategija socijalne inokulacije je model pozajmljen iz prevencije infektivnih oboljenja gdje se osoba izlaže malim ponovljenim dozama uzročnika oboljenja da bi se obezbijedio imunitet. Proces psihološke inokulacije podrazumijeva izlaganje adolescenata situacijama u kojima bi mogao postojati izražen pritisak na njih da zapale cigaretu.

Svi programi koje su razvili Evans i saradnici na Baylor College of Medicine koristili su strategiju psihološke inokulacije sa različitim uspjehom. Evans i saradnici (30) iznijeli su pretpostavku o 3 osnovna izvora pritisaka koji postoje u okruženju djeteta, a koji mogu imati uticaja na kasniju odluku da počne da puši. Najjači uticaj imaju pritisci od roditelja, vršnjaka i medicinske poruke. Postepenim izlaganjem djece različitim varijetetima socijalnih setinga u kojima bi mogli biti izloženi pritisku da prihvate ponuđenu cigaretu, dobija se vrijeme u toku koga djeca mogu da formulišu i vježbaju strategije koje će koristiti kada, u stvarnosti, budu izloženi pritisku svojih vršnjaka. Drugim riječima, ponavljanim vježbanjem, metodom igranja uloga, mladi razvijaju vještine odupiranja pritiscima da puše.

Programi za prevenciju pušenja, zasnovani na razvoju vještina, koriste tehnike iz asertivnog treninga i kognitivno modeliranje. Istraživači sa De Pol Univerziteta koristili su širok spektar ovakvih strategija da bi spriječili početak pušenja i redukovali ga kod djece koja su već započela da puše. Programi su primjenjivani na teritoriji Čikaga (31). Jason i saradnici (32) su, na primijer, primijenili šestonedjeljni program zasnovan na

igranju uloga i asertivnom treningu, u radu sa učenicima I razreda srednje škole. Follow-up studija, rađena 17 mjeseci kasnije, pokazala je da 50% djece, koja su prije primjene programa pušila, sad apstiniraju. Nasuprot tome, nijedan pušač iz kontrolne grupe nije se odrekao svoje navike.

Sve aktivnosti predviđene ovim programima su iskustvene, odnosno, tako osmišljene da zahtijevaju aktivno učešće učenika. Voditelji ovakvih programa su često za to posebno obučeni vršnjaci. Sistematsko korišćenje vršnjaka u preventivnim programima je jedna od značajnih osobnosti. Veći broj istraživača je pronašao da su programi koje vode vršnjaci, znatno uspješniji od istih koje vode nastavnici, ili drugi odrasli (33). U pripremi za sprovođenje programa iz svakog odjeljenja biraju se „omiljeni i cijenjeni” vršnjaci. Oni ne prenose samo činjenice, već i važne socijalne informacije. Obučeni su da vode više od polovine aktivnosti u preventivnom programu, posebno onih koje podrazumijevaju razmjenu socijalnih informacija. Oni vode diskusije u malim grupama, daju uputstva za aktivnosti, organizuju igranje uloga, skečeve i sl. Pokazalo se da je mlade adolescente relativno lako obučiti svemu ovome.

Programi prevencije pušenja koji su nastali kasnije, uz već navedene, uključili su širi spektar vještina (samokontrola, vještina rješavanja problema (34, 35). Većina ovih programa primijenjena je na učenicima VI, VII i VIII razreda, a kasnijom evaluacijom pokazalo se da su značajno uticali na stopu započinjanja pušenja. U nekoliko, nedavno urađenih, sveobuhvatnih pregleda iz literature, na temu prevencije pušenja, saopšteni su nalazi koji ukazuju da je u grupi učenika, koji su prošli kroz preventivni program, znatno manje njih počelo da puši u odnosu na kontrolnu grupu (36, 37, 38, 39, 40). Procenat smanjenja pušenja kretao se od 43 do 60%, a efekat preventivne intervencije se održavao do 3 godine. Na primjer, kasnijom evaluacijom MSPP (Minnesota Smoking Prevention Program), programa čiji najveći dio vode za to posebno obučeni vršnjaci, pronađeno je da je incidenција pušenja smanjena za 35–50% u poređenju sa drugim programima koje su vodili odrasli i u čijem fokusu su bile zdravstvene posljedice pušenja (41). MSPP je program u čijem fokusu su socijalni i psihološki faktori koji pogoduju započinjanju pušenja, a namijenjen je učenicima VI i VII razreda. Planom rada je obuhvaćeno 6 časova tokom kojih se obrađuju socijalni uticaji značajni za inicijaciju pušenja: pritisak od vršnjaka, reklame za cigarete, primjer koji nude roditelji i sl. Program je koncipiran tako da:

- a) pomogne učenicima da identifikuju zašto ljudi počinju da puše;
- b) nauči ih da je nepušenje normativno ponašanje;
- c) nauči ih vještinama neophodnim da se odupru pritiscima od vršnjaka;
- d) pomogne im da prepoznaju skrivene poruke u reklamama za cigarete i, što je još važnije, omogući im da vježbaju odbijanje ponuđene cigarete i izbor alternative pušenju.

Efekti MSPP i drugih programa zasnovanih na modelu socijalnih uticaja u razvoju vještina, slabe tokom vremena, što ukazuje na to da bi veoma korisno bilo obnoviti ih u skraćenom obliku tokom srednje škole (42). Međutim, i bez dodatnih časova, uspješnost ovih programa, ako niu-čemu drugom, a ono bar u odlaganju započinjanja pušenja, veoma je ohrabrujuća.

Poslije prvih uspjeha u kampanji protiv pušenja uslijedili su pokušaji da se strategije zasnovane na modelu socijalnih uticaja i na razvoju vještina iskoriste za kreiranje programa prevencije zloupotrebe alkohola i droga. Istraživači sa De Paul University, na primjer, od 1980. godine primjenjuju jedan ovakav program namijenjen učenicima osnovnih škola u Čikagu. Cilj ovog programa je da kod učenika razvije vještine rješavanja problema, a posebno one koje se specifično odnose na ponašanje vezano za zloupotrebu alkohola i droga.

Neke od najpoznatijih programa prevencije zloupotrebe psihoaktivnih supstanci vode Pentz (University of Tennessee i University of Southern California) Flay (University of Waterloo i University of South California), Johnson i Hansen (University of Washington) i Botvin (Cornell University).

U nastavku daće se pregled najznačajnijih preventivnih programa. Većina ovih programa je standardizovana, tako da se mogu primjenjivati i evaluirati u školskoj sredini, odnosno razredu.

RAZVOJ VJEŠTINA SOCIJALNE ASERTIVNOSTI

Pentz i saradnici razvili su 1986. godine *STAR (Student Taught Awareness and Resistance skills approach)* (Pentz i sar., 1989, Pentz 1995) program zasnovan na modelu socijalne kompetencije. Zloupotreba psihoaktivnih supstanci u adolescenciji se sagledava kao rezultat socijalnih uticaja (korišćenje psihoaktivnih supstanci od njihovih roditelja i vršnjaka) i nedovoljno razvijenih vještina socijalne asertivnosti koje su neophodne da bi se oduprlo pritiscima da se psihoaktivne supstance uzmu. Model je zasnovan na etiološkim nalazima pozitivne korelacije između zloupotrebe psihoaktivnih supstanci od adolescenata i: a) zloupotrebe psihoaktivnih supstanci od njihovih roditelja i vršnjaka; b) kognitivnih varijabli kao što su slaba samokontrola; c) problematičnih oblika ponašanja kao što je delinkvencija, agresivnost, loš uspjeh u školi; d) stresa; e) slabe podrške odraslih osoba. Ovi nalazi sugerišu da djeca i mladi sa nižim nivoom socijalne kompetencije imaju veću sklonost ka korišćenju psihoaktivnih supstanci. Ovi mladi će vjerovatno imati i manju sposobnost da se odupru socijalnim pritiscima da koriste psihoaktivne supstance. Na osnovu ovih pretpostavki, Pentz je 1986. godine razvio program čiji je cilj raz-

voj socijalne kompetencije i samokontrole. Ovaj program je zasnovan na kognitivno–bihevioralnoj terapiji, odnosno asertivnom treningu kao jednoj od njenih metoda.

Program obuhvata nekoliko komponenti:

I. Program za učenike viših razreda osmogodišnjih škola

Planom programa predviđeno je 10 časova u trajanju od 55 minuta koje vodi obučeno nastavno osoblje i odabrani vršnjaci. Učenici se prvo upoznaju sa ključnim koncepcijama i vježbaju identifikovanja situacija u kojima postoji pritisak da se prihvate ponuđene psihoaktivne supstance. Zatim se učenicima, kroz igranje uloga, demonstriraju jednostavne tehnike da se odupru takvim pritiscima . Na kraju im se daje mogućnost da i sami vježbaju odolijevanju socijalnim pritiscima u anticipiranim rizičnim situacijama. Ovo sve, rasporedjeno je na 10 časova sa sljedećim temama: uvodne napomene i upoznavanje, posljedice korišćenja droga, kako reći „ne”, odolijevanje uticajima vršnjaka, odabrati apstinenciju, uticaj reklama, smišljanje reklama sa porukama protiv korišćenja droga, snimanje video–kamerom učenika u situaciji kada odbijaju ponuđenu drogu. Mediji se koriste za promovisanje, potkrepljivanje i pomoć u održavanju ovoga projekta.

II. Program za roditelje

Program predvidja zajednički rad roditelja i djece u izradi domaćih zadataka, ovladavanje vještinama komunikacije u porodici i uključivanje roditelja u preventivne aktivnosti u zajednici.

III. Organizacija zajednice

IV. Promjene u zdravstvenoj politici, odnosno donošenje i primjena zakona koji se odnose na alkohol, duvan i droge , sprečavanje prometa i korišćenja droga na određenim lokacijama u zajednici.

Evaluacija ovoga programa ukazuje na pozitivne dugoročne efekte. Učenici završnih razreda srednje škole , koji su tokom prethodne godine učestvovali u programu, značajno su manje koristili marihuanu (30% manje), cigarete (oko 25% manje), i alkohol (oko 20% manje) nego učenici škola u kojima nije primjenjivan ovaj program.

LST (Life Skills Training Program) (Botvin i sar. 1990, 1995. a, b)

Ovo je školski program prevencije koji obuhvata širok spektar faktora rizika i protektivnih faktora. To je jedan širi mentalno–higijenski program koji, uz razvoj ličnih i socijalnih vještina, podrazumijeva i ovladavanje vještinama odolijevanja negativnim uticajima. Program se primjenjuje tokom 3 godine, počev od sedmog razreda osmogodišnje škole. Na tom uzrastu djeca oprobavaju nove oblike ponašanja i osjećaju, i spo-

lja i iznutra, pojačan pritisak da koriste supstance. Cilj ovog programa je razvoj socijalno efikasne, uspješne i kompetentne ličnosti. Da bi uspješno funkcionisali u današnjem društvu, od adolescenata se očekuje da ovladaju određenim socijalnim vještinama koje će im pomoći da izgrade zdrave međuljudske odnose i uspješno funkcionišu u školi i na radnom mjestu. Program predviđa rad u nekoliko oblasti:

I. Ovladavanje vještinama odupiranja neposrednim pritiscima da se koriste psihoaktivne supstance.

II. Smanjenje podložnosti indirektnim socijalnim pritiscima, što se postiže razvojem samocijenjenja i samopouzdanja, samokontrole i nezavisnosti. Učesnici programa se uče kritičnosti u razmišljanju kada treba da odole uticajima medija i vršnjaka, rješavanju problema i odgovornom donošenju odluka. Uče se kako da smanje anksioznost i stres.

III. Opšte socijalne vještine kao što su vještine komunikacije, upoznavanje, razvoj zdravih odnosa sa vršnjacima, prevazilaženje stidljivosti.

LST program je temeljno evaluiran u posljednjih 17 godina. Rezultati govore o efikasnosti ovoga programa u prevenciji pušenja i zloupotrebe alkohola i marihuane (59–75% manje mladih koji su započeli sa zloupotrebom supstanci, u odnosu na kontrolnu grupu). Obimna studija kojom je obuhvaćeno skoro 6000 učenika iz 56 škola u državi Nju Jork, SAD (18) ukazuje na znatno manje korišćenje alkohola, marihuane i duvana 6 godina poslije inicijalne evaluacije. Prevalencija pušenja, korišćenja alkohola i marihuane kod učenika koji su učestvovali u LST programu bila je za 44% manja nego kod učenika iz kontrolne grupe, a prevalenca redovnog korišćenja drugih droga bila je 66% manja.

Program je efikasan nezavisno od toga da li ga vode odrasli ili obučeni vršnjaci i da li ima izmjena u rasporedu programskih aktivnosti.

SAVREMENO SHVATANJE PREVENCIJE: PRINCIPI U ORGANIZOVANJU PREVENTIVNIH AKTIVNOSTI

Ove preporuke od NIDA (National Institute on Druge Abuse, 1999), proistekle su iz obimnog istraživačkog rada na ovom polju tokom više od dvije decenije:

1. Programi prevencije bi trebalo da podstiču i jačaju uticaj „protektivnih faktora”. Istovremeno treba raditi na suzbijanju „faktora rizika”.

1.1. Pod „protektivnim faktorima” podrazumijevaju se snažne i pozitivne emocionalne veze u zdravoj porodici; nadzor od roditelja; jasna pravila kojima je određeno ponašanje čla-

nova porodice, na čijem se poštovanju dosljedno insistira; uključivanje roditelja u život djece i brojne zajedničke aktivnosti; dobar uspjeh u školi; čvrste veze sa prosocijalnim institucijama i prihvatanje konvencionalnih normi u vezi korišćenja droga.

- 1.2. „Faktori rizika” podrazumijevaju haotično porodično okruženje, posebno zloupotrebu psihoaktivnih supstanci od roditelja; neefikasnost roditelja u svojoj ulozi, posebno sa djecom koja su nezgodnog temperamenta; nedostatak emocionalnih veza među članovima porodice; neadekvatna stidljivost ili agresivnost i loš uspjeh u školi; nerazvijenost socijalnih vještina; druženje sa problematičnim vršnjacima; doživljaj da se u porodici, školi, na radnom mjestu, u grupi vršnjaka ili nekom drugom socijalnom kontekstu, odobrava korišćenja psihoaktivnih supstanci.
2. Programi prevencije treba da imaju za cilj sprečavanje zloupotrebe svih psihoaktivnih supstanci (duvana, alkohola, inhalansa, psihoaktivnih lijekova, marihuane i ostalih ilegalnih droga).
3. Programi prevencije trebalo bi da razvijaju vještine odbijanja ponudjene droge, da jačaju opredjeljenje i ličnu odluku da se ne koriste droge i da povećavaju nivo socijalne kompetentnosti (razvijene vještine komunikacije, samokontrole, asertivnosti).
4. Programima prevencije trebalo bi da budu obuhvaćeni i roditelji, tako da postoji uskladjenost poruka i informacija koje djeca dobijaju o drogama u kući i u školi.
5. Programi prevencije treba da budu dugoročni; obavezno ih treba obnoviti u kritičnim fazama tranzicije, posebno pri prelasku iz osmogodišnje u srednju školu. Najefikasniji su oni programi koji se na istoj grupi djece sprovode od početka školovanja, pa sve do kraja srednje škole sa programskim aktivnostima koje su prilagodjene uzrastu.
6. Preventivni naponi koji su usmjereni na porodicu imaju većeg uticaja od onih kojima su obuhvaćeni samo roditelji ili samo djeca.
7. Programi u zajednici koji podrazumijevaju medijske kampanje i donošenje novih zakona, kojima se ograničava pristup alkoholu, duvanu i drugim drogama, efikasniji su ako se sprovode u kombinaciji sa školskim programima i programima namijenjenim porodici.
8. Škola pruža najbolje mogućnosti da se dopre do svih ciljnih populacija koje treba da budu obuhvaćene preventivnim aktivno-

stima, posebno do one djece koja su pod visokim rizikom (djeca sklona problematičnom ponašanju, djeca sa problemima u učenju, djeca koja bježe iz škole).

9. Što je viši nivo rizika kod ciljane populacije, preventivni napori moraju biti intenzivniji i započeti ranije.
10. Programi prevencije treba da budu prilagodjeni uzrastu i da odgovaraju razvojnim potrebama djece. Takođe treba da budu prilagodjeni kulturološkim specifičnostima.
11. U radu sa djecom i adolescentima treba koristiti razvojno adekvatne interaktivne metode (radionice, grupne diskusije, igranje uloga) umjesto čisto didaktičkih tehnika.
12. Novac uloženi u preventivne aktivnosti višestruko se vraća.

(NIDA Prevention Brochure: Prevention Principles for Children and Adolescents, April 1997).

(NIDA Infobox: Lessons from Prevention Research, November 1999).

LITERATURA

1. Schaps, E., Bartolo, R.D., Moskowitz, I., Palley, C.S.: *A review of 127 drug abuse prevention evaluations*, Journal of Drug Issues, Winter, 17-43, 1981.
2. Berberian, R.M., Gross, C., Lovejoy, J., Paparella, S.: *The effectiveness of drug education programmes : A critical review*, Health Education monographs, (4), 337-397, 1976.
3. Gordon, N.P., McAlister, A.L.: *Adolescent drinking: Issues and research*. In: Coates, T.J., Peterson, A.C. and Perry, D. (eds.) *Promoting adolescent health: A dialog on research and practice*, Academic Press, New York, 1982.
4. La Porte, R., Cresanta, J., Kuller, L.: *The relationship of alcohol consumption to atherosclerotic heart disease*. Preventive Medicine, (9), 22-40, 1980.
5. Goodstadt, M.S.: *School based drug education in North America: What is wrong? What can be done?* Journal of School Health, (56) 278-281, 1986.
6. Kinder, B.N., Pape, N.E., Walfish, S.: *Drug and alcohol education program: A review of outcome studies*, Int.J. Addict, (15) 1035-1054, 1980.
7. Botvin, G.J.: *The life skills training program as a health promotion strategy: Theoretical issues and empirical findings*, Special Services in the Schools, 1 (3) 9-23, 1985.
8. Jessor, R., Jessor, S.L.: *A Problem behavior and psychosocial development: A longitudinal study of youth*, Academic Press, New York, 1977.
9. Bandura A.: *Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavior change*, Psychological Review, 84, 191-215, 1977.
10. Kandel D.B.: *Developmental stages in adolescent drug involvement*: In: Lettieri, D.J., Sayers, M. and Pearson, H.W.: *Theories on drug abuse: Selected contemporary perspectives*; (NIDA Research Monographs 30, DHHS), US Government Printing Office, Washington DC, 1980.
11. Wills, T.A., Shiffman, S.: *Coping and substance use*: In: Shiffman, S. and Wills, T.A. (eds) *Coping and substance use*; Academic Press, New York, 1985.
12. Hadson, D.J. : *The effectiveness of alcohol and drug education*, Journal of Alcohol and Drug Education, 27, 1-13, 1982.
13. Weisheit, R.A.: *The social context of alcohol and drug education*, 29, 72-81, 1983.
14. Jessor, R., Jessor, S.L.: *A social psychological framework for studying drug use*. In: Lettieri, D.J., Sayers, M. and Pearson, H.W. *Theories on drug abuse* (NIDA Research Monographs 30, DHHS), Government Printing Office , Washington DC, 1980.

15. Bandura, A.: *Principles of Behavior Modification*; Holt, Rinehart and Winston, New York, 1969.
16. Kandel, D.B.: *Epidemiological and psychosocial an adolescent drug use*, Journal of American Academic Psychiatry, 21 (4), 328–347, 1982.
17. Perry, C.L., Jessor, R.: *The concept of health promotion and the prevention of adolescent drug abuse*. Health Education Quarterly, 12, 169–184, 1985.
18. Kelder, H.S., Perry, C.L.: *Prevention of substance abuse*. In: Glenwick, D.C. and Janson, L.A. (eds): *Promoting health and health in children, youth and families*; Springer Publishing Company, New York, 1993.
19. Rhodes, J.E. and Janson, L.A. (eds): *Preventing substance abuse among children and adolescents* (Psychology practitioner guidebook); Pergamon Press, New York, 1988.
20. Albee, G.W.: *Preventing psychopathology and promoting human potential*, American Psychologist, 32, 150–161, 1982.
21. Elliot, D.S., Huizinga, D., Ageton, S.S.: *Explaining delinquency and drug abuse*. Boulder: Behavior Research Institute (Report No 21) 1982.
22. Tolan, P.H., Miller, L. Thomas, P.: *Perception and experience of types of social stress and self-image among adolescents*, Journal of Youth adolescence, 3, 1988.
23. Pery, C.L., Kelder, S.H., Kelepp K., Murray, D.M.: *Community wide smoking prevention: Long term outcome of Minnesota Heart Health Program and the class of 1989. study*, American Journal of Public Health, 82, 1210–1216, 1992.
24. Dohrenwend, B.S. and Dohrenwend, B.P. (eds): *Stressful life events and their contexts*; Prodist., New York, 1981.
25. Jason, L.A. and Bogat, G.A.: *Preventive behavior interventions*. In: Felner, R.D., Janson, L.A., Moritsugu, J.N. and Faber, S.S. (eds.) *Preventive psychology: Theory, research and practice*; Pergamon Press, New York, 1983.
26. Pentz, M. A.: *Social competence skills and self-efficacy as determinants of substance use in adolescence*. In: Shiffman, S. and Wills, T.A. (eds.): *Coping and substance use*; Academic Press, New York, 1985.
27. Hawkins, J.D., Weiss, J.G.: *The social development model: An integrated approach to delinquency prevention*, Journal of Primary Prevention, 6 (2), 73–97, 1985.
28. Perry, C.L., Murray, D. M.: *The prevention of adolescent drug abuse. Implications from etiological, behavioral and enviromental models*, Journal of Primary Prevention, 6, 31–52, 1985.

29. Perry, C.L.: *Community wide health promotion and drug abuse prevention*. Journal of School Health, 56, 359-363, 1986.
30. Evans, R., Hansen, W.B., Mittelman, M.B.: *Increasing validity of self-reports of smoking behavior in children*, Journal of Applied Psychology, 62, 521-523, 1977.
31. Jason, L.A.: *Preventive community interventions: Reducing school childrens smoking behavior and decreasing smoke exposure*, Professional Psychology, 10, 744-752, 1977.
32. Jason, L.A., Molica, M., Ferone, L.: *Evaluating an early secondary smoking prevention intervention*, Preventive Medicine, 11, 96-102, 1982.
33. Klepp, K., Halper, A., Perry, C.L.: *The efficacy of peer leaders in drug abuse prevention*. Journal of School Health, 56, 402-411, 1986.
34. Schinke, S.P., Gilchrist, L.D.: *Primary prevention of tobacco smoking*, Journal of School Health, 53, 416-419, 1983.
35. Botvin, G., J., Wills, T.A.: *Personal and social skills training: Cognitive-behavioral approaches to substance abuse prevention*. In: Bell, C. S., Battjes, R.(eds.): *Prevention research: deterring drug abuse among children and adolescents*, National Institute of drug abuse, Rockville, 1985.
36. Botvin, G., J., Dusenbury, L.: *Substance abuse prevention and the promotion of competence*. In: Albee, G.W. and Joffe, J.M. (eds.): *Prinmary prevention of psychopatology*, Sage, Newberry Park, CA, (12), 146-178, 1989.
37. Flay, B.R.: *Psychosocial approaches to smoking prevention : A review of the findings*, Health Psychology, 4, 448-449, 1985.
38. Pentz, M.A., Mac Kinnon, D.P., Flay, B.R., Hansen, W.B., Johnson, C.A., Dwyer, J.H.: *Primary prevention of chronic deseases in adolescence: Effects of the Midwestern Prevention Program on tobacco use*, American Journal of Epidemiology, 130, 713-724, 1989.
39. Rundell, T.G., Bruvold, W.H. : *A meta-analysis of school-based smoking and alcohol use prevention programs*, Health Education Quarterly, 15, 317-334, 1988.
40. Tobler, N.: *Meta-analysis of 143 adolescent srug prevention programs: Quantitative outcome results of program participants compared to a control or comparaisn group*, Journal of Drug Issues, 16, 537-567, 1988.
41. Murray, D.M., Davis-Hearn, M., Goldman, A.E., Pirie, P., Luepker, R.V.: *Four and five year follow-up results from four seven-grade smoking prevention strategies*, Journal of Behavioral Medicine, 11, 395-405, 1988.
42. Botvin, G.J., Renick, N.L., Baker, E.: *The effects of sceduling format and booster sessions on a broad spectrum psychosocial models to smoking prevention*, Journal of behavioral Medicine, 6, 359-379, 1983.

43. Bealieu, M.A., Jason, J.A.: *A drug abuse prevention program aimed at teaching problem-solving strategies*. Children and Youth Services Review, 2, 75-81, 1989.
44. Rhodes, J.E., Jason, L.A.: *The retrospective pretest: An alternative approach to evaluating substance abuse prevention programs*, Journal of Drug Education, 17(4), 345-35, 1987.
45. Pentz, M.A., Cormack, B., Dwyer, J.H., Flay, B., Hansen, W. et al.: *The midwestern prevention program MPP: First year effects of a multi-community program for the prevention of drug use in adolescents*, Journal of Drug Education, 3, 98-102, 1989.
46. Gilchrist, L.D., Schinke, S.P.: *Coping with contraception: Cognitive and behavioral methods with adolescents*, Cognitive Therapy and Research, 12, 66-112, 1985.
47. Schinke, S.P., Gilchrist, L.D.: *Adolescent Pregnancy: An interpersonal skill training approach to prevention*, Social Work Health Care, 3, 159-167, 1977.
48. Schinke, S.P., Gilchrist, L.D.: *Life skills counseling with adolescents*. University Park Press, Baltimore, 1984.
49. Gilchrist, L.D., Schinke, S.P.: *Preventing substance abuse with children and adolescents*, Journal of Clinical and Consulting Psychology, 53, 121-135, 1985.
50. Schinke, S.P., Gilchrist, L.D.: *Preventing cigarette smoking with youth*. Journal of Primary Prevention, 1985.
51. Schinke, S.P., Blythe, B.J.: *Cognitive-behavioral prevention of children's smoking*, Child Behavior Therapy, 3(4), 25-42, 1981.
52. Botvin, G.J.: *Substance abuse prevention research: Recent developments and future directions*. Journal of School Health, 56, 369-374, 1986
53. Allott, R., Paxton R., Leonard, R.: *Drug education: a review of British Government policy and evidence on effectiveness*. Health Educ Res, 14(4), 491-505, Avg. 1999.
54. Frith, J.: *The use of role plays in teaching drug and alcohol management*. Aust Fam Physician 25(4), 532-3, Apr. 1996.
55. Baer, J.S., Kivlahan, D.R., Donovan D.M.: *Integrating skills training and motivational therapies. Implications for the treatment of substance dependence*. J Subst Abuse Treat, 17(1-2), 15-23, jul-sept. 1999.
56. Thompson, K.L., Bundy K.A., Wolfe W.R.: *Social skills training for young adolescents: cognitive and performance components*. Adolescence. 31(123), 505-21, Fall 1996.
57. Patton, H.L.: *Adolescent substance abuse: Risk factors and protective factors*, Pediatric Clinics of North America, 42(2), April 1995.

ZAVRŠNA RAZMATRANJA

Borislav Đukanović

U ovom završnom dijelu nastojaćemo da sintetišemo glavne nalaze našeg istraživanja i da na osnovu njih ukažemo na osnovne mjere prevencije upotrebe i zloupotrebe psihoaktivnih supstanci među mladima Crne Gore od 12 do 30 godina starosti.

Podsjetimo se osnovnih ciljeva našeg israživanja. Prvi osnovni cilj vezan je za utvrđivanje raširenosti i strukturalnih karakteristika upotrebe, zloupotrebe i zavisnosti mladih Crne Gore od psihoaktivnih supstanci. Drugi osnovni cilj je istraživanje individualnih (psiholoških), psihosocijalnih (bihevioralnih) i demografsko–socioloških grupa faktora rizika za nastanak i razvoj zloupotrebe i zavisnosti mladih Crne Gore od psihoaktivnih supstanci.

Psihološkim faktorima rizika za nastanak i razvoj zloupotrebe i zavisnosti bile su obuhvaćene: kognitivna dimenzija, a zatim asertivnost i različite dimenzije samopouzdanja, kao i dimenzije ličnosti, mjerene Ajnzekovim EPQ inventarom ličnosti.

Psihosocijalni faktori rizika u ovom istraživanju reprezentovani su širokim spektrom pojava, počev od porodičnih faktora (ispitivanje upotrebe i zloupotrebe psihoaktivnih supstanci od članova roditeljskih porodica ispitanika, potpunosti (nepotpunosti) porodice, sukoba među roditeljima, neusklađenosti vaspitnih metoda roditelja prema djeci, a prije svega emocionalno–vaspitnim relacijama između roditelja i ispitanika). Ove pojave ispitivane su samo na uzorku mladih starijeg uzrasta iz ranije navedenih razloga. Na oba uzorka ispitivani su poremećaji ponašanja u djetinjstvu i mladosti, te problemi u učenju i školski uspjeh.

Najzad, u okviru demografsko–socioloških faktora rizika analizirani su pol, starost, obrazovanje, socijalno porijeklo, zanimanje, te radni, bračni i socijalno–ekonomski status mladih starijeg uzrasta.

Najprije ćemo prezentovati epidemiološku sliku upotrebe, zloupotrebe i zavisnosti od psihoaktivnih supstanci mladih Crne Gore od 12 do 30 godina starosti. Podsjetimo se da je epidemiološkim istraživanjem obuhvaćeno 11 prirodnih ili sintetskih psihoaktivnih supstanci: duvan, alkohol, marihuana, lijekovi za smirenje i spavanje, trodon, heroin, extasy, kokain, amfetamin, efedrin i inhalansi.

Duvan

Učenici osnovnih škola u 15,7%, a srednjih u 42,9% slučajeva pušili (ili puše) duvan. Od onih koji puše 24,11% učenika srednjih škola puši nekoliko puta nedjeljno ili svaki dan, a 8,1% učenika osnovnih škola. Dječaci crnogorskih osnovnih i srednjih škola koji puše više puta nedjeljno ili svaki dan, značajno su brojniji nego djevojčice, ali kada je riječ o povremenom ili rijetkom pušenju duvana nema značajnih razlika po polu.

U uzorku mladih od 19 do 30 godina bilo je 342 (59,89%) pušača. Značajno češće pušači su bili mladići nego djevojke.

Alkohol

Od 1264 učenika crnogorskih osnovnih škola 702 (56,3%) imalo je iskustva sa alkoholnim pićima. Učenici srednjih škola češće piju nekoliko puta nedjeljno ili svakodnevno (7,5%) od učenika osnovnih škola (1,9%). Nekoliko puta mjesečno napija se 1,92% učenika crnogorskih osnovnih i srednjih škola, nekoliko puta nedjeljno 1,20%, a svakodnevno oko 1%. Zbog opijanja 2,56% učenika imali su ozbiljne nepravilnosti u kući, 3,29% tuklo se u pijanom stanju, a 1,60% povrijedilo se u pijanom stanju, dok je 1,92% učenika zbog pijenja imalo ozbiljne nepravilnosti u školi. Kombinujući različite kriterijume, došli smo do saznanja da oko 4% učenika crnogorskih osnovnih i srednjih škola ispoljava znake pretoksikomanskog pijenja. Dječaci u pogledu učestalosti pijenja i količine alkoholnih pića izrazito dominiraju nad djevojčicama. Od onih koji piju, 24,4% najčešće piju vino, 50,7% pivo, 18,6% koktele i žestoka pića 6,3%. Dječaci značajno češće piju žestoka pića, a djevojčice koktele.

Od 571 ispitanika starijeg uzrasta, 434 (75%) tokom života probalo je neko alkoholno piće. Nekoliko puta nedjeljno ili svakodnevno pije 24,1% mladića, a 5,9% djevojaka. Od broja onih koji su imali iskustva sa alkoholnim pićima, tri do šest pića obično popije 32,9% mladića, a 13,4% djevojaka, a više od šest pića 16,5% mladića i 3,95% djevojaka. Kada piju, piju dok se ne napiju 7,6% mladića i 2% djevojaka. I na uzorku starijih, pripadnici muškog pola izrazito dominiraju nad pripadnicima ženskog pola, kako u pogledu učestalosti pijenja, tako i u pogledu količine popijenih alkoholnih pića. U ukupnom uzorku mladih starijeg uzrasta, preko 10% čine oni ispitanici koji kada počnu da piju, popiju više od šest čaša alkoholnih pića, ili sve dok se ne napiju. Kombinovanjem ovog i drugih kriterijuma, došli smo do saznanja da su oko 10% mladih Crne Gore starosti od 19 do 30 godina, ekscesivni potrošači alkoholnih pića, ili su od alkohola zavisni.

Marihuana

Od 1151 učenika crnogorskih osnovnih i srednjih škola koji su pružili informacije o pušenju marihuane, 6,3% je imalo iskustva sa pušenjem

marihuane. Marihuanu je pušilo 2,2% osnovnoškolaca i 11,4% srednjoškolaca. Osnovnoškolci u 0,3% slučajeva više puta nedjeljno ili svakodnevno puše marihuanu, a 1,8% osnovnoškolaca. U cjelini posmatrajući, 2,2% učenika crnogorskih osnovnih i srednjih škola zloupotrebljavaju marihuanu ili su od nje zavisni. Zanimljivo je napomenuti da se sa učestalošću pušenja marihuane polne razlike smanjuju, tako da između dječaka i djevojčica koji marihuanu puše svakodnevno, gotovo nema značajnih razlika.

Od 549 ispitanika starijeg uzrasta 11,8% imalo je iskustva sa pušenjem marihuane. Marihuanu zloupotrebljavaju ili ispoljavaju simptome zavisnosti od nje 8% mladih od 19 do 30 godina starosti. Zanimljivo je napomenuti da su se sa učestalošću pušenja marihuane polne razlike smanjile, tako da se one potpuno brišu u kategoriji onih koji svakodnevno puše marihuanu.

Lijekovi za smirenje i spavanje

Učenici crnogorskih osnovnih i srednjih škola su u 9,5% slučajeva uzimali lijekove za smirenje i spavanje. Učenici osnovnih škola u 5,2%, a srednjih u 14,8% uzimaju lijekove za smirenje i spavanje. Zbog trovanja lijekovima za smirenje i spavanje 3% učenika zatražilo je medicinsku pomoć. U cjelini, 1,7% učenika crnogorskih osnovnih i srednjih škola ispoljava simptome zloupotrebe i zavisnosti od lijekova za smirenje i spavanje. Između učestalosti i količine uzetih tableta nijesu utvrđene značajne razlike po polu.

Među mladima od 19 do 30 godina starosti, lijekove za smirenje i spavanje uzimalo je 13,66% ispitanika. Od broja onih koji su ove lijekove uzimali 12,7% čine mladići, a 19,8% djevojke. Dakle, djevojke su značajno češće koristile lijekove za smirenje i spavanje. Zbog trovanja lijekovima za smirenje i spavanje 2% ispitanika zatražilo je medicinsku pomoć, ali u tom pogledu nijesu utvrđene razlike po polu. Ukupno 5,6% mladih starijeg uzrasta zloupotrebljava lijekove za smirenje i spavanje ili su od ovih lijekova zavisni. U pogledu količine uzetih lijekova za smirenje i spavanje nijesu utvrđene razlike po polu.

Heroin

Među mladima od 12 do 18 godina starosti 2,8% ispitanika koristilo je heroin. Učenici osnovnih škola su u 1,6% slučajeva koristili heroin, bilo kada u životu, a 4,3% učenika srednjih škola. Oko 0,5% učenika bilo je jednom ili više puta na bolničkom liječenju, dok je još 1% ispitanika liječeno dispanzerski. Blizu 1% učenika crnogorskih osnovnih i srednjih škola zloupotrebljava heroin ili su od heroina zavisni. Treba istaći da još oko 1% ispitanika zbog povremenog uzimanja ima probleme. Iako to dječaci čine nešto češće nego djevojčice, razlike nijesu osobito značajne.

Posebno zabrinjavaju podaci o nepostojanju razlika između učenika osnovnih i srednjih škola u pogledu vremenske učestalosti upotrebe i zloupotrebe heroina između učenika crnogorskih osnovnih i srednjih škola, kao ni u pogledu učestalosti dispanzerskih i bolničkih liječenja.

Dok su učenici crnogorskih osnovnih i srednjih škola u 2,8% slučajeva imali iskustvo sa heroinom, takvih je među mladima od 19 do 30 godina 1,7%. U ovoj populaciji mladih, ipak 1,1% zloupotrebljavaju heroin ili su od njega zavisni, a 1% od ukupnog broja mladih od 19 do 30 godina starosti je jednom ili više puta dispanzerski i/ili stacionarno liječeno zbog problema povezanih sa uzimanjem heroina.

U pogledu broja korisnika, vremenske učestalosti korišćenja, te učestalosti stacioniranog i dispanzerskog liječenja među polovima nijesu utvrđene značajne razlike, osim što pripadnice ženskog pola u oba uzorka značajno češće koriste agresivnije metode upotrebe heroina (intravensko ubrizgavanje), a pripadnici muškog pola ga češće upotrebljavaju ušmrkavanjem.

Važno je istaći da posebna psihofarmakodinamska svojstva heroina i njegov veliki adiktivni potencijal lako brišu granice po polu, starosti i dr. Suprotno drugim psihoaktivnim supstancama, mlade koji zloupotrebljavaju heroin značajno ne diskriminira ni pol ni starost.

Trodon

Od 1026 učenika crnogorskih osnovnih i srednjih škola njih 33 (3,3%) uzimalo je trodon. Od 1075 učenika osnovnih i srednjih škola, koji su pružili podatke o uzimanju trozona, 0,9% učenika osnovnih i 6,3% učenika srednjih škola uzimalo je trodon. Ukupno 0,6% učenika crnogorskih osnovnih i srednjih škola pokazuje simptome zloupotrebe i zavisnosti od trozona, a još 1,28% ima tendencije prema zloupotrebi. Zanimljivo je istaći da nijesu nađene značajne razlike po polu u pogledu vremenske učestalosti i količine unijetih tableta trozona.

Za razliku od učenika crnogorskih osnovnih i srednjih škola, samo 0,18% mladih starijeg uzrasta dolaze u kategoriju onih koji zloupotrebljavaju trodon ili su od njega zavisni, dok još 1,22% ispitanika starijeg uzrasta pokazuje tendencije prema zloupotrebi.

Extasy

Od 1246 učenika crnogorskih osnovnih i srednjih škola, 0,8% je imalo iskustva sa extasyjem, ali u pogledu broja korisnika među polovima nijesu nađene statistički značajne razlike. Od onih koji su upotrebljavali extasy, 0,5% su učenici osnovnih, a 2,9% učenici srednjih škola. Međutim, među učenicima osnovnih i srednjih škola nijesu utvrđene statistički značajne razlike u pogledu učestalosti uzimanja extasyja.

Od 571 ispitanika starijeg uzrasta, extasy je koristilo 1,57% ispitanika, ali u pogledu broja korisnika nijesu utvrđene značajne razlike po polu.

Od ukupnog broja ispitanika, 0,5% pokazuje jasne simptome zloupotrebe i zavisnosti od extasyja, dok bi se za 1,22% moglo kazati da pokazuju tendencije prema zloupotrebi, ali bez značajnih razlika po polu.

Kokain

Od 1246 učenika crnogorskih osnovnih i srednjih škola, 2,72% ispitanika probalo je kokain, dječaci trostruko češće nego djevojčice. Od broja učenika koji su pružili odgovore o upotrebi kokaina, 1,1% učenika osnovnih i 5,5% srednjih škola probalo je kokain. Među učenicima crnogorskih osnovnih i srednjih škola oko 1% pokazuje simptome zloupotrebe i zavisnosti od kokaina, značajno češće srednjoškolci nego osnovnoškolci.

Među mladima od 19 do 30 godina starosti, kokain je koristilo 1,75% ispitanika, a po broju korisnika među polovima nijesu utvrđene značajne razlike. U ovoj populaciji mladih nijesu nađeni ispitanici koji zloupotrebljavaju kokain, ili su od njega zavisni.

Amfetamin

Amfetamin je upotrebljavalo 1,84% od 1246 učenika crnogorskih osnovnih i srednjih škola, ali u pogledu broja korisnika među polovima nijesu nađene statistički značajne razlike.

Učenici osnovnih škola koristili su amfetamin u 0,5%, a srednjih u 4,2% slučajeva.

Mladi uzrasta od 19 do 30 godina amfetamin su uzimali u 1% slučajeva, ali u pogledu broja korisnika nijesu nađene značajne razlike po polu.

Kao i kokain, amfetamin je favorizovanija psihoaktivna supstanca među učenicima starijeg uzrasta, iako nije toliko ekskluzivna droga kao kokain.

Efedrin

Efedrin je najrjeđe korišćena droga. Od 1246 učenika crnogorskih osnovnih i srednjih škola efedrin je koristilo 0,44% ispitanika. Kao i u prethodnim slučajevima nijesu utvrđene statistički značajne razlike po polu.

Medju osnovnoškolcima efedrin je uzimalo 0,2% ispitanika, a medju srednjoškolcima 2%.

Od 571. ispitanika starijeg uzrasta efedrin je korišćen u 1% slučajeva. U pogledu broja korisnika nijesu utvrđene statistički značajne razlike po polu.

Inhalansi i volatilna sredstva

Od 1246 učenika crnogorskih osnovnih i srednjih škola, 3,85% koristilo je inhalanse i volatilne supstance, dvostruko češće učenici nego učenice.

Od 1112 ispitanika, koji su pružili podatke o korišćenju inhalansa i volatilnih supstanci, 2,9% učenika osnovnih i 6,3% srednjih škola koristili su ove supstance. Oko 2% učenika i učenica pokazivalo je simptome zloupotrebe i zavisnosti od inhalansa i volatilnih supstanci.

Zanimljivo je istaći da neočekivano veliki broj mladih starijeg uzrasta koristi ove supstance – 2,62%. Mladići češće koriste ove supstance nego djevojke, ali razlike jedva dostižu stepen statističke značajnosti. Čak 1,75% mladih starijeg uzrasta pokazuje simptome zavisnosti od ovih supstanci.

Mi smo istraživali i vrlo rasprostranjenu tendenciju među novijim generacijama zavisnika u svijetu da kombinuju psihoaktivne supstance, što je izraženo i među mladima Crne Gore.

Od učenika koji su uzimali psihoaktivne supstance 34,8% uzima samo jednu, 19% dvije, 3,95% tri, 2,9% četiri, a pet i više psihoaktivnih supstanci uzima 3,1% ispitanika.

Duvan učenici najslabije kombinuju sa drugim psihoaktivnim supstancama, izuzev sa alkoholom i marihuanom.

Osim toga što je povezan sa duvanom, alkohol često kombinuju i sa lijekovima za smirenje i spavanje. Više od 1/3 (35%) učenika koji uzimaju lijekove za smirenje i spavanje, uz njih povremeno ili stalno uzima i alkohol, dok mladi starijeg uzrasta to čine samo u 3,5% slučajeva.

Marihuana se kombinuje sa čak sedam psihoaktivnih supstanci: inhalansima, duvanom, lijekovima za smirenje i spavanje, efedrinom, amfetaminom i trodonom, a najjače sa kokainom. Ona je obično uvod u jače droge.

Lijekovi za smirenje i spavanje koriste se u kombinaciji sa marihuanom, duvanom i kokainom, ali najintenzivnije sa heroinom i trodonom.

Heroin je najjače povezan sa kokainom, marihuanom i trodonom, a zatim sa lijekovima za smirenje i spavanje i amfetaminom, a u izvjesnoj mjeri kombinuje se i sa extasyjem, inhalansima i efedrinom.

Slično heroinu, mladi trodon kombinuju sa velikim brojem drugih psihoaktivnih supstanci. Najintenzivnije se kombinuje sa efedrinom extasyjem, kokainom i heroinom, a zatim amfetaminom i lijekovima za smirenje i spavanje.

Upotreba extasyja najintenzivnija je sa amfetaminom, efedrinom kokainom i trodonom, a zatim sa marihuanom i dr.

Kokain se najčešće i najintenzivnije kombinuje sa ostalim psihoaktivnim supstancama, sa svima izuzev sa alkoholom. Najintenzivnije ga učenici kombinuju sa amfetaminom, marihuanom, heroinom i trodonom, zatim sa efedrinom i extasyjem, a relativno slabije sa inhalansima i volatilnim supstancama.

Amfetamin učenici, iznenađujuće, često kombinuju sa drugim psihoaktivnim supstancama, vjerovatno i kao supstitut za pojedine od njih.

Najintenzivnije se kombinuje sa trodonom, kokainom i extasyjem, a zatim sa marihuanom, heroinom inhalansima, efedrinom i lijekovima za smirenje i spavanje.

Slično amfetaminu, i efedrin, učenici kombinuju sa velikim brojem drugih psihoaktivnih supstanci, ali manje intenzivno. Relativno najintenzivnije se kombinuje sa psihostimulansima, a relativno slabije sa inhalansima, heroinom i marihuanom.

Inhalanse učenici relativno najintenzivnije kombinuju sa trodonom i efedrinom, a zatim sa kokainom, heroinom, marihuanom, lijekovima za smirenje i spavanje, ali su ove kombinacije relativno slabije, nego one sa kokainom, extasyjem, heroinom, trodonom i dr.

Mladi od 19 do 30 godina u 30,3% slučajeva koriste samo jednu, u 31,9% dvije, u 11,9% tri, u 1,8% četiri i u 1,8% pet i više psihoaktivnih supstanci. Mladi starijeg uzrasta manje su skloni kombinovanju različitih vrsta droga. Prije svega, duvan, alkohol i marihuanu mladi od 19 do 30 godina slabo kombinuju sa drugim psihoaktivnim supstancama.

Od intenzivnijih kombinacija valja pomenuti povezanost lijekova za smirenje i spavanje sa extasyjem. Prema očekivanju, heroin su najintenzivnije koristili u kombinaciji sa kokainom, a zatim trodonom i extasyjem. Trodon se najčešće koristi u kombinaciji sa extasyjem, kokainom i efedrinom.

Mladi starijeg uzrasta najčešće koriste extasy u kombinaciji sa kokainom, amfetaminom, efedrinom i inhalansima. Od extasyja jedino je trodon intenzivnije povezan sa ranije pomenutim psihoaktivnim supstancama. Efedrin je dobro povezan sa drugim psihostimulansima, što je i očekivano.

Na osnovu dosada prezentirane epidemiološke slike upotrebe, zloupotrebe i zavisnosti od psihoaktivnih supstanci mladih Crne Gore, od 12 do 30 godina starosti, možemo iznijeti sljedeće opšte konstatacije.

1. Poredeći sa relativno sličnim uzorcima američkih osnovnih i srednjih škola, učenici crnogorskih osnovnih i srednjih škola se naročito po učestalosti korišćenja, a ne toliko po broju korisnika, nalaze na donjoj granici prosjeka u poređenju sa sličnim epidemiološkim pokazateljima upotrebe i zloupotrebe psihoaktivnih supstanci od strane učenika američkih osnovnih i srednjih škola.

2. U odnosu na učenike osnovnih i srednjih škola u Srbiji, raspolagali smo parcijalnim podacima za znatno raniji period. Kada je riječ o korišćenju alkohola i duvana, poredeći učenike Crne Gore i Srbije u dvije prilično udaljene dinamičke tačke, učenici srednjih škola u Srbiji skloniji su upotrebi i zloupotrebi alkohola i duvana nego učenici crnogorskih srednjih škola. Međutim, poredeći naše rezultate sa relativno adekvatnijim uzorcima učenika vojvođanskih osnovnih i srednjih škola u vrlo bliskim vremenskim razmacima, zapažamo da su učenici crnogorskih

osnovnih i srednjih škola osjetno skloniji upotrebi lijekova za smirenje i spavanje, heroina, extasyja i kokaina, a učenici vojvođanskih osnovnih i srednjih škola upotrebi marihuane, dok u slučaju duvana i alkohola te razlike između vojvođanskih i crnogorskih učenika osnovnih i srednjih škola nijesu toliko izražene, iako su učenici crnogorskih osnovnih i srednjih škola skloniji učestalijoj i količinski većoj upotrebi ovih psihoaktivnih supstanci.

3. S obzirom da su slučajevi upotrebe i zavisnosti mladih od psihoaktivnih supstanci bili do prije dvije ili dvije i po decenije dosta rijetki, donja granica prosjeka upotrebe, zloupotrebe i zavisnosti od psihoaktivnih supstanci američkih učenika osnovnih i srednjih škola, nije za učenike crnogorskih osnovnih i srednjih škola naročito ohrabrujuća, pogotovu kada se zna da SAD imaju relativno najdužu istoriju adolescentne narkomanije i da po zloupotrebi i zavisnosti od niza psihoaktivnih supstanci, od strane mladih, dolaze u sâm svjetski vrh.

U poređenju sa učenicima vojvođanskih osnovnih i srednjih škola situacija takođe nije previše ohrabrujuća, jer učenici crnogorskih osnovnih i srednjih škola prednjače u pogledu upotrebe i zloupotrebe nekoliko „teških” droga.

4. Najupečatljiviji nalaz čitave epidemiološke studije jeste da svaka nova generacija mladih počinje eksperimentisanje sa psihoaktivnim supstancama na sve nižim i nižim uzrastima. Tako učenici osnovnih škola, dvije ili tri godine prosječno ranije počinju sa upotrebom nego učenici srednjih škola a u odnosu na mlade od 19 do 30 godina, te razlike su još veće i u slučaju nekih psihoaktivnih supstanci prosječno vrijeme prvog uzimanja tih supstanci od strane mladih od 19 do 30 godina jeste pet i više godina kasnije, iako se prosječne razlike kreću od tri do četiri godine.

5. Osim toga što prosječno znatno ranije stiču prva iskustva sa psihoaktivnim supstancama, učenici crnogorskih osnovnih i srednjih škola u značajno većem broju skloni su zloupotrebi i zavisnosti nekih „teških” psihoaktivnih supstanci (kokaina i dr.).

6. Učenici crnogorskih osnovnih i srednjih škola značajno češće kombinuju veći broj psihoaktivnih supstanci nego mladi između 19 i 30 godina starosti, koji su mnogo rjeđe i manje intenzivno skloni kombinovanju psihoaktivnih supstanci. Učenici sa najvećim brojem drugih droga najintenzivnije kombinuju „jake” droge (heroin, kokain, lijekove za smirenje i spavanje). Ono što je zajedničko mladima oba uzorka jeste da natprosječno kombinuju psihostimulanse sa drugim psihoaktivnim supstancama.

7. Prema očekivanju, učenici crnogorskih srednjih škola i po broju korisnika i po učestalosti korišćenja značajno dominiraju nad učenicima osnovnih škola.

8. Donekle neočekivane rezultate pruža epidemiološka slika upotrebe, zloupotrebe i zavisnosti, po polu.

Pripadnici muškog pola značajno su brojniji među mladima koji piju alkoholna pića, puše marihuanu (ali samo za uzorak učenika), dok tih razlika nema kada je u pitanju korišćenje lijekova za smirenje i spavanje. Djevojke između 19 i 30 godina značajno češće koriste lijekove za smirenje i spavanje nego mladići istog uzrasta. Iako su učenici više zastupljeni među korisnicima heroina, sa učestalošću korišćenja heroina, razlike po polu se drastično smanjuju, dok na uzorku mladih starijeg uzrasta ovih razlika nema. Kada je riječ o trodonu između mladih oba uzorka ne postoje značajne niti kvantitativne, niti kvalitativne razlike, što smo mogli konstatovati i za upotrebu extasyja. Pripadnici muškog pola brojniji su među korisnicima kokaina (samo na uzorku učenika) i češće koriste kokain, na uzorku mladih starijeg uzrasta tih razlika nema. Osim toga, među polovima nema statistički značajnih razlika u pogledu prosječnih godina prvog iskustva sa kokainom na uzorku učenika, a djevojke od 19 do 30 godina starosti značajno ranije počinju sa upotrebom kokaina. U pogledu broja korisnika amfetamina i efedrina nijesu nađene statistički značajne razlike po polu, dok su korisnici inhalansa i volatilnih supstanci značajno brojniji među učenicima, ali ne i među mladima starijeg uzrasta.

Suprotno očekivanjima, u pogledu broja korisnika i učestalosti korišćenja većine (pogotovu jakih psihoaktivnih supstanci) među polovima nijesu utvrđene statistički značajne razlike, što je jedan od najznačajnijih epidemioloških nalaza ove studije. S druge strane, s jednim izuzetkom djevojke prosječno značajno kasnije stiču prva iskustva sa psihoaktivnim supstancama od mladića.

9. Stavovi roditelja u Crnoj Gori prema upotrebi psihoaktivnih supstanci od strane njihove djece naglašeno su negativni. Međutim, uočljive su razlike u negativnosti socijalne reakcije roditelja u zavisnosti od nekoliko činilaca. Stavovi roditelja su relativno blaži ako je određena psihoaktivna supstanca društveno prihvaćenija i *vice versa*. Veliki značaj ima i vlastito uvjerenje o štetnosti određene psihoaktivne supstance i naročito pozitivne predrasude prema korišćenju date psihoaktivne supstance (npr. prema lijekovima za smirenje i spavanje).

Na kraju ovog epidemiološkog pregleda mogli bismo iznijeti generalni zaključak da su upotreba, zloupotreba i zavisnost od psihoaktivnih supstanci mladih Crne Gore ozbiljan socijalno–medicinski problem, naročito među učenicima crnogorskih osnovnih i srednjih škola zbog relativno brzog širenja upotrebe i zloupotrebe, relativno velikog broja korisnika među učenicima, izražene učestalosti korišćenja i tendencije da svaka nova generacija učenika prva iskustva sa psihoaktivnim supstancama stiče na sve nižim uzrastima, kao i činjenice da se u pogledu broja korisnika i učestalosti korišćenja smanjuju ili nestaju razlike po polu. Najzad, zabrinjava i činjenica da su mladi skloni intenzivnom korišćenju najjačih psihoaktivnih supstanci sa ostalim psihoaktivnim supstancama.

Izuzev pomenutih epidemioloških karakteristika, vezanih za pol, sve ostale navedene nepovoljne epidemiološke karakteristike slabije su zastupljene na uzorku mladih starijeg uzrasta, u kome najznačajniji socijalno-medicinski problem ipak ostaje upotreba i zloupotreba tradicionalno prihvaćenih psihoaktivnih supstanci – alkohola i duvana, iako ne treba zanemariti i druge psihoaktivne supstance, prije svih heroin.

Naša analiza upućuje na zaključak o neophodnosti sistematičnih i stalnih programa prevencije, naročito među učenicima crnogorskih osnovnih i srednjih škola, kako bi se preduprijedila još nepovoljnija epidemiološka slika koja će se realno ispoljiti u narednih nekoliko godina, ako ovi programi izostanu.

Istraživanje faktora rizika zauzima značajan dio ne samo u kvantitativnom nego, prije svega, u kvalitativnom smislu. Zbog ograničenosti prostora, iznijecemo samo najvažnije rezultate.

U okviru psiholoških faktora rizika istraživana je putem odgovarajućih skala znanja za duvan, alkohol i marihuanu kognitivna dimenzija. Važno je napomenuti da mladi imaju osrednje znanje o štetnim posljedicama duvana, alkohola i marihuane po ljudsko zdravlje i socijalno ponašanje, ali je to znanje slabo strukturisano i nepovezano. Kognitivna dimenzija kao izolovana nije naročito značajan faktor rizika za nastanak i razvoj zloupotrebe i zavisnosti kod mladih Crne Gore, ali dobija veću specifičnu težinu u konstelaciji sa bihevioralnim faktorima rizika.

Generalno uzevši, asertivnost i samopouzdanje nijesu se pokazali kao značajni faktori rizika za zloupotrebu i zavisnost mladih od psihoaktivnih supstanci, posebno među mladima od 19 do 30 godina starosti. Međutim, podskala podložnosti uticajima drugih za pušenje duvana i u manjoj mjeri podskala socijalne anksioznosti koreliraju sa faktorskim skorovima za psihoaktivne supstance uopšte i optimalnim skorovima za pojedine psihoaktivne supstance. Naime, mladi koji su podložni upotrebi duvana na nagovor i pritisak drugih (obično vršnjaka) značajno češće su podložni zloupotrebi i zavisnosti i od drugih psihoaktivnih supstanci. Takođe, mladi koji ispoljavaju veću socijalnu anksioznost u izvjesnoj mjeri su takođe skloniji zloupotrebi i zavisnosti od psihoaktivnih supstanci. Ove korelacije znatno su izraženije na uzorku učenika, nego na uzorku mladih od 19 do 30 godina.

Faktorizacijom skala pokazalo se da je asertivnost u vezi sa pušenjem i pijenjem značajna strukturalna dimenzija asertivnosti kod mladih oba uzorka, da su samocijenjenje i zadovoljstvo sobom značajne strukturalne dimenzije samopouzdanja kod učenika, a da je socijalna kompetencija značajna strukturalna dimenzija samopouzdanja kod mladih od 19 do 30 godina starosti.

Pokazalo se, da su podložnost mladih oba uzorka pritiscima drugih (posebno vršnjaka) i uticaju mas-medija, strukturalno značajnim dimen-

zijama za zloupotrebu i zavisnost psihoaktivnih supstanci, više od svih drugih dimenzija samopouzdanja, značajniji i od asertivnosti. Naime, mladi oba uzorka koji su podložni pritiscima drugih ili uticajima mas-medija, značajno su skloniji zloupotrebi i zavisnosti od psihoaktivnih supstanci, nego ako su razvili vještine pružanja otpora tim pritiscima.

Kada je riječ o dimenzijama ličnosti pokazalo se da su mladi starijeg uzrasta sa izraženim psihotizmom na Ajnzekovoj EPQ skali češće skloni zloupotrebi i zavisnosti od duvana, alkohola, marihuane i lijekova za smirenje i spavanje, iako su ove korelacije blage. Zloupotrebi i zavisnosti od lijekova za smirenje i spavanje i trodona, a slabije duvana, skloniji su mladi starijeg uzrasta, koji imaju visok neuroticizam, a ovim lijekovima su u izvjesnoj mjeri skloniji i oni sa izraženom ekstraverzijom, što je donekle iznenađujući zaključak. Posebno je iznenađujući zaključak da su disimulaciji više skloni oni ispitanici od 19 do 30 godina koji ne zloupotrebljavaju psihoaktivne supstance. Da li je moguće da Ajnzekova skala laži na EPQ inventaru ličnosti mjeri i neku drugu, latentnu dimenziju ličnosti, tako da je ovaj nalaz samo artefakt te dimenzije?!

U cjelini posmatrajući, mogli bismo zaključiti, da, izuzev neuroticizma, dimenzije ličnosti na Ajnzekovom EPQ inventaru ličnosti nijesu značajniji faktori rizika i značajnije ne diskriminiraju one koji su skloni zloupotrebi i zavisnosti od psihoaktivnih supstanci, od onih ispitanika starijeg uzrasta, koji ne ispoljavaju tendenciju u tom pravcu.

Od velike grupe psihoasocijalnih faktora rizika najznačajniji su faktori rizika vezani za upotrebu i zloupotrebu psihoaktivnih supstanci od članova roditeljskih porodica oba uzorka mladih. Rizici za zloupotrebu i zavisnost mladih oba uzorka povećavaju se sa brojem članova roditeljskih porodica i vrstama psihoaktivnih supstanci koje koriste. Značajan nalaz je da upotreba heroína od članova roditeljskih porodica najpouzdanije prediktuje rizik za zloupotrebu „teških” droga i najbolje diskriminira one koji zloupotrebljavaju „teške”, od onih koji zloupotrebljavaju „lake” droge.

Od varijabli koje opisuju vaspitno-emocionalne relacije između roditelja i ispitanika jedino se pretjerana strogost očeva prema ispitanicima, nemogućnost povjeravanja očevima i sklonost fizičkom kažnjavanju ispitanika od strane očeva, pokazuju kao umjereni faktori rizika za zloupotrebu i zavisnost mladih od psihoaktivnih supstanci uopšte. Ispitanici koji su u roditeljskoj porodici imali člana koji je bolovao od duševne bolesti, češće su bili skloni zloupotrebi i zavisnosti od psihoaktivnih supstanci, a naročito ako su jedan ili više članova bili i nosioci socijalno-patoloških pojava (alkoholizma, narkomanije, prostitucije) ako su pokušavali samoubistvo ili izvršili ubistvo ili se bavili kriminalom.

Poslije upotrebe i zloupotrebe od članova roditeljskih porodica, kao najznačajnijih faktora rizika, koji najbolje diskriminiraju mlade koji će biti skloni zloupotrebi i zavisnosti od psihoaktivnih supstanci, od onih

koji to neće biti, poremećaji ponašanja u djetinjstvu i mladosti dolaze na drugo mjesto. Najznačajniji faktor rizika u oba uzorka mladih je umjerena ili izražena hiperaktivnost u djetinjstvu i mladosti. Od poremećaja u učenju na prvom mjestu je osjećanje dosade prilikom učenja školskog gradiva, koje je pojedinačno jedan od najznačajnijih faktora rizika u oba uzorka, zatim problemi u koncentraciji prilikom učenja i teškoće u upamćivanju gradiva. Zloupotrebi i zavisnosti od psihoaktivnih supstanci skloniji su učenici sa nezadovoljavajućim ili lošim školskim uspjehom, ali samo za uzorak učenika osnovnih i srednjih škola.

Kada je riječ o stresnim događajima, onda valja istaći da oni koji su skloni zloupotrebi „lakih“, kao i oni koji su skloni zloupotrebi i „lakih“ i „teških“ droga, značajno češće imaju bolesnog člana u užoj porodici, značajno češće su izgubili bliskog prijatelja smrću, značajno češće su izbjeglice i značajno češće pate od ozbiljnih bolesti opasnih po život, bolesti koje dovode i do invaliditeta, nego apstinenti. Zanimljivo je istaći da pušači značajno stresogenije doživljavaju sklapanje braka i rađanje djeteta, nego oni koji i puše i piju, što je neočekivano. Najzad, oni koji upotrebljavaju i lake i teške droge, značajno traumatičnije doživljavaju nemogućnost putovanja u inostranstvo nego oni koji samo zloupotrebljavaju „lake“ droge ili samo puše i piju.

Demografsko-sociološki faktori rizika imaju relativno najslabiju prediktivnu vrijednost za nastanak i razvoj zloupotrebe i zavisnosti mladih od 19 do 30 godina. Od svih ranije navedenih sociološko-demografskih faktora rizika, jedino su se pol i zanimanje pokazali kao izvjesni faktori rizika. Naime, mladići pokazuju nešto izraženiju sklonost ka zloupotrebi i zavisnosti od psihoaktivnih supstanci, a učenici i studenti nešto su češće skloni upotrebi i zloupotrebi psihoaktivnih supstanci, nego mladi iz radničkih socijalnih slojeva.

Ako bismo željeli da ukažemo na relativni značaj faktora rizika za nastanak i razvoj zloupotrebe i zavisnosti kod mladih Crne Gore onda bismo mogli da kažemo da *najveći rizik za nastanak i razvoj zloupotrebe i zavisnosti imaju oni mladi koji su imali roditelje, braću i sestre koji su upotrebljavali i zloupotrebljavali psihoaktivne supstance (rizici rastu sa brojem članova koji koriste supstance i, naročito, vrstama droga – primj. B.Đ.) a potom učenici koji su skloni pušenju duvana na nagovor i pritisak drugova i pod uticajem mas-medija. Umjerena ili izražena hiperaktivnost u djetinjstvu i (ili) mladosti, dolazi na treće mjesto među faktorima rizika. Sklonost svađama u djetinjstvu i tučama u mladosti, te činjenje prekršaja spada u grupu umjerenih faktora rizika za nastanak i razvoj zloupotrebe i zavisnosti mladih Crne Gore od psihoaktivnih supstanci. Od ove sklonosti svađama i tučama još veći značaj ima osjećanje dosade prilikom učenja (koji je po značaju takođe na trećem mjestu među faktorima rizika – primj. B.Đ.), a zatim problemi koncentracije, teškoće zapamćivanja i nezadovoljavajući, odnosno loš školski uspjeh, koji predstavljaju faktore ri-*

zika umjerenog značaja. Učenici koji su imali očeve kojima se nijesu mogli povjeriti i koji su ih fizički kažnjavali ili učenici koji potiču iz porodica u kojima je jedan ili više članova duševni bolesnik ili nosilac neke druge socijalno-patološke pojave, češće su skloni zloupotrebi i zavisnosti od psihoaktivnih supstanci, nego učenici koji nijesu imali takve devijantne članove u roditeljskim porodicama. Ovi porodični faktori rizika po rangu spadaju u umjerene.

Ostale dimenzije samopouzdanja i asertivnosti zauzimaju pozicije između umjerenih i slabih faktora rizika za nastanak i razvoj zloupotrebe i zavisnosti među mladima Crne Gore od 12 do 30 godina.

Najzad, stresni događaji i, naročito, demografsko-sociološka obilježja mladih od 19 do 30 godina starosti spadaju u relativno najslabije faktore rizika.

Na kraju ovog sintetičkog prikaza faktora rizika, valja istaći da naše dosta uopšteno rangiranje grupa faktora rizika, u kome psihosocijalni imaju dominantni značaj za nastanak i razvoj zloupotrebe i zavisnosti mladih od psihoaktivnih supstanci, ima uslovno značenje, s obzirom na različite statističke metode kojima su u statističkoj analizi navedene grupe faktora bile podvrgnute. Međutim, rangiranje ipak može pružiti izvjesne orijentire za prevenciju i ranu socijalnu dijagnostiku zloupotrebe mladih od psihoaktivnih supstanci.

PRIJEDLOG PREVENTIVNIH AKTIVNOSTI NA SUZBIJANJU FAKTORA RIZIKA ZA ZLOUPOTREBU PSIHOAKTIVNIH SUPSTANCI MEĐU MLADIMA CRNE GORE

Borislav Đukanović

Dosadašnja analiza pokazala je, da su upotreba, zloupotreba i zavisnost od psihoaktivnih supstanci među mladima Crne Gore, ozbiljan socijalno–medicinski problem, koji zahtijeva sistematično i kontinuirano preventivno djelovanje na različitim nivoima. Pri tome valja posebno istaći, da rezultati istraživanja pokazuju da je posebno ugrožena populacija učenika crnogorskih osnovnih i srednjih škola, koji naročito treba da budu obuhvaćeni primjereno–preventivnim programima. Ovaj prijedlog ne predstavlja pokušaj skice osnovnih elemenata cjelovitog programa primarne prevencije upotrebe i zloupotrebe psihoaktivnih supstanci među učenicima crnogorskih osnovnih i srednjih škola. Ukazaćemo samo na osnovne principe preventivnog djelovanja, vrste preventivnih aktivnosti, nivoe preventivnog djelovanja i organizaciono–institucionalnu osnovu za sprovođenje preventivnih aktivnosti, imajući u vidu postojeće organizaciono–institucionalne i kadrovske resurse, a ne idealno postulirane norme za sprovođenje globalnih, komunalnih i ciljanih programa prevencije zloupotrebe psihoaktivnih supstanci među mladima Crne Gore.

Osnovni principi za sprovođenje primarno–preventivnih aktivnosti

Programi primarne prevencije upotrebe i zloupotrebe psihoaktivnih supstanci od mladih, zasnivaju se na nekim osnovnim principima koji su relativno opšti, nespecifični za različite preventivne programe.

1. Programi moraju da proizilaze iz dobrog poznavanja epidemiologije i faktora rizika za nastanak i razvoj upotrebe i zloupotrebe psihoaktivnih supstanci od mladih. Pored aktuelnog presjeka, ove analize uključuju i epidemiološku sliku u različitim dinamičkim tačkama u prošlosti i projekciju budućih kretanja epidemioloških pokazatelja i faktora rizika za nastanak i razvoj upotrebe i zloupotrebe psihoaktivnih supstanci.
2. Programi moraju da sadrže jasno definisane ciljeve u pogledu:
 - populacije koju obuhvataju, primijenjenih preventivnih metoda, očekivanih rezultata, dužine trajanja, organizaciono–institucionalne osnove (kadrovskih, finansijskih resursa i društvene institucionalne podrške programima).
3. Možemo razlikovati tri vrste programa:
 - nacionalni programi prevencije, koji su najkompleksniji, ali, po pravilu, i najmanje specifično usmjereni;

- komunalni programi prevencije, usmjereni na lokalnu zajednicu i zato sa specifičnijim ciljevima, vezanim za probleme upotrebe i zloupotrebe u datoj lokalnoj zajednici;
- programi usmjereni prema rizičnim grupama, u našem slučaju učenicima crnogorskih osnovnih i srednjih škola.
U cilju uspješnog sprovođenja programa izuzetno je važno obezbijediti sljedeće uslove:
- sprovođenje programa od posebno edukovanog tima koji rukovodi svim fazama realizacije programa, te usmjerava i povezuje sve profesionalne i paraprofesionalne aktere u sprovođenju programa;
- za uspjeh programa na svakom od ranije pomenuta tri nivoa, pored vođenja od strane temeljno edukovanog tima, najvažnije je obezbjeđenje trajne funkcionalne povezanosti svih preventivnih aktivnosti i svih aktera u sprovođenju ovih aktivnosti, kako u vertikalnom pravcu (od skatera prema rizičnim grupama, do timova zaduženih za sprovođenje nacionalnih programa) tako i horizontalnu funkcionalnu povezanost, koja uključuje sistematsku saradnju između svih profesionalnih i paraprofesionalnih kadrova u sprovođenju programa prvog, drugog ili trećeg nivoa. Usljed nedovoljne vertikalne i horizontalne povezanosti i nekoordiniranosti preventivnih aktivnosti, niz dobro osmišljenih programa nije uspješno realizovan;
- takođe je važno da programi na svim nivoima uključe što širu, razuđeniju mrežu profesionalnih i paraprofesionalnih kadrova;
- programi se moraju izvoditi sistematično (svaku fazu programa treba dobro planirati i u kadrovskom i u finansijskom i organizaciono-institucionalnom pogledu) i moraju biti dugotrajni. Pokazalo se da se programi koji su kampanjski vođeni (naročito ekstenzivna masovna edukacija, zasnovana na kognitivno-racionalističkim osnovama), daju vrlo slabe rezultate;
- na osnovu niza evaluacija preventivnih programa u posljednjim decenijama došlo se do saznanja da se najbolji rezultati u smislu smanjenja upotrebe i zloupotrebe psihoaktivnih supstanci postižu:
 - kada se kombinuju različite vrste preventivnih programa na svakom od tri pomenuta nivoa, a naročito kada se kombinuje sistematsko i dugotrajno sprovođenje različitih programa na drugom i trećem nivou;
 - kada se obezbijedi sistematska i dugotrajna horizontalna i vertikalna funkcionalna povezanost svih aktera u sprovođenju programa, te povezanosti kadrovskih, organizaciono-institucionalnih i finansijskih resursa);

- kada se programima obezbijedi sistematska i dugotrajna podrška odgovarajućih relevantnih državnih i društvenih institucija i sredstava javnog informisanja;
- kada se sve faze programa tako operacionalizuju da je moguća relativno jednostavna evaluacija od naučnih i stručnih timova različitih ili istih disciplinarnih usmjerenja. Mnogi inače dobro osmišljeni programi nijesu bili dobro operacionalizovani što je otežavalo ili onemogućavalo evaluaciju programa. Po našem uvjerenju, jedan od ključnih kriterijuma, a možda i najvažniji kriterijum, za prihvatanje realizacije određenih preventivnih programa, treba da bude jednoznačnost i relativna jednostavnost evaluacionih kriterijuma u svim fazama sprovođenja programa.
- Prevencija upotrebe i zloupotrebe psihoaktivnih supstanci u savremenim teorijskim koncepcijama i praktičnim programima suštinski je neodvojiva od terapije zavisnika. Ova saznanja imaju veoma važne implikacije za izradu i, naročito, sprovođenje preventivnih programa za mlade koji upotrebljavaju i zloupotrebljavaju psihoaktivne supstance, jer uspješno sprovođenje preventivnih programa pretpostavlja dobro razvijenu mrežu institucija i kadrova u terapiji adolescentnih zavisnika od psihoaktivnih supstanci. Pokazalo se da su najbolji nosioci i supervizori preventivnih programa u lokalnoj zajednici timovi angažovani na terapiji i rehabilitaciji adolescentnih zavisnika. Relativna nerazvijenost kadrovske i institucionalne mreže u terapiji i rehabilitaciji adolescentnih zavisnika u Crnoj Gori, kao uostalom i u SR Jugoslaviji, glavne su prepreke izradi adekvatne i dugotrajnije strategije preventivnih aktivnosti;
- u izboru preventivnih programa za sprovođenje i finansiranje pored dobre operacionalizacije za relativno jednostavnu evaluaciju, prednost treba dati i programima koji se kontinuirano i dugotrajno mogu sprovoditi uz edukaciju paraprofesionalnih kadrova u datoj lokalnoj zajednici ili uz edukaciju dobro izabраних pojedinaca među mladima koji ne čine rizičnu grupu (npr. poznato je da određeni preventivni programi u školama daju bolje rezultate ako ih sprovode dodatno edukovani učenici, a ne nastavnici, posebno ako su ti učenici prihvaćeni od učenika sklonih rizičnim ponašanjima. Ovom prilikom bilo je riječi samo o nekim osnovnim principima koji, po našem uvjerenju, obezbjeđuju uspješno sprovođenje preventivnih programa sa mladima pod rizikom upotrebe i zloupotrebe psihoaktivnih supstanci, ali i za uspješno sprovođenje programa primarne prevencije zloupotrebe i zavisnosti uopšte.

Vrste preventivnih programa

Budući da je o sadržajima različitih preventivnih programa upotrebe i zloupotrebe psihoaktivnih supstanci među mladima kao i o iskustvima u njihovom sprovođenju, bilo riječi u dva ranija poglavlja ove studije, mi ćemo samo ukazati na osnovne vrste programa i, naročito, na one programe koji su posebno značajni za prevenciju upotrebe i zloupotrebe psihoaktivnih supstanci među učenicima crnogorskih osnovnih i srednjih škola.

Nacionalni program prevencije je najširi i najkompleksniji, jer predstavlja najširu mogućnost za preventivno djelovanje u okviru koga su, pored opštih, nespecifičnih preventivnih mjera, djelimično uključene i specifične preventivne aktivnosti sadržane u programima na ranije opisanom drugom i trećem nivou. Nacionalnim programom obuhvaćene su tri vrste preventivnih mjera:

- Mjere kojima se ograničavaju ili suzbijaju kanali ilegalnog snabdijevanja psihoaktivnim supstancama (to su, prije svega, mjere ustanovljene pozitivnim zakonodavstvom u cilju otkrivanja i kažnjavanja nosilaca ilegalnih aktivnosti vezanih za nabavku, prenos i distribuciju zabranjenih psihoaktivnih supstanci u kome je ova problematika nedovoljno zastupljena. Čini se da u postojećem pozitivnom zakonodavstvu Crne Gore ima izvjesnih nejasnoća, nedorečenosti koje otežavaju efikasnu primjenu pravnih i drugih propisa vezanih za ilegalnu trgovinu drogama.
- Slijedeću grupu mjera čine mjere u cilju kontrole distribucije velikog broja potencijalno adiktivnih supstanci koje se legalno mogu nabaviti. U tom pogledu u Crnoj Gori uočljiv je nedopustivo veliki liberalizam u nabavci i distribuciji gotovo svih vrsta lijekova koji mogu imati i adiktivna svojstva, i nedovoljna kontrola, a pogotovu nedovoljna sinhronizovanost i povezanost različitih institucija, (zdravstvenih, farmaceutskih, obrazovnih i dr.) u pravcu potpunije i adekvatnije kontrole distribucije ovih supstanci. Najbolji primjer je relativno laka dostupnost lijekova za smirenje i spavanje, od kojih neki imaju značajne adiktivne potencijale.
- U vezi sa ovim mjerama, naročito sa prvom grupom mjera, potrebna je dodatna edukacija profesionalnih kadrova u policiji u cilju efikasnijeg otkrivanja ilegalnih trgovaca i distributera i, naročito, primjena najsavremenijih tehničkih metoda u otkrivanju takvih osoba.
- S druge strane, osim inovacija i dopuna u postojećem zakonodavstvu, vezanom za ilegalnu trgovinu psihoaktivnim supstancama koje proističu i iz elementarne činjenice da se broj i vrsta takvih supstanci stalno proširuju (naročito izu-

zetno opasnih, a zbog cijene veoma dostupnih sintetskih droga kao što su npr. extasy, krek – kokain i dr.), neophodno je u nacionalnom programu obezbijediti bolju funkcionalnu povezanost između sudskih, policijskih, zdravstvenih i obrazovnih institucija, kako na republičkom, tako i na opštinskim nivoima, nego što je to dosada bio slučaj. Ta bi se povezanost ogledala u prihvatanju i podržavanju jedinstvene preventivne doktrine, boljoj koordinisanosti preventivnih aktivnosti i međusobnoj informisanosti o praktičnom sprovođenju tih aktivnosti u svim fazama. Smatramo da je u tom cilju neophodno formiranje jedinstvenog Nacionalnog savjeta za prevenciju upotrebe i zloupotrebe psihoaktivnih supstanci, koji bi bio sastavljen od profesionalaca koji se isključivo, pretežno ili dopunski bave prevencijom upotrebe i zloupotrebe psihoaktivnih supstanci od mladih, ali i ostalih socijalno–demografskih grupa, kao i od predstavnika Republičkog ministarstva prosvjete i obrazovanja, Republičkog ministarstva za rad i socijalnu politiku, Republičkog ministarstva unutrašnjih poslova i Republičkog ministarstva informacija. Taj Savjet bi bio glavni nosilac i koordinator preventivnih aktivnosti na sva tri nivoa u Republici.

Druga grupa mjera koju treba da sadrži nacionalni program prevencije, vezana je za smanjenje opštih, nespecifičnih faktora rizika za nastanak i razvoj ne samo upotrebe i zloupotrebe psihoaktivnih supstanci od mladih nego i niza drugih socijalno patoloških pojava kod mladih kao što su: siromaštvo, nezapošljenost, somatske i mentalne bolesti, prostitucija, pokušaji samoubistva, ubistva, kriminalitet, dezorganizacije braka i porodice, dezorganizacije radnih kolektiva i brojne druge socijalno–patološke pojave.

Budući da je riječ o velikom broju najsloženijih problema, ove mjere uključuju neprestalni angažman cjelokupne društvene zajednice, svih njenih članova, i svih organizaciono–institucionalnih segmenata društva.

Bez obzira što su ove mjere vezane za opšte, nespecifične faktore rizika, neki među njima ipak specifičnije pogađaju ukupne životne egzistencije mladih Crne Gore i zato bi, po našem uvjerenju, u nacionalnom programu prevencije upotrebe i zloupotrebe psihoaktivnih supstanci od mladih Crne Gore, valjalo njima posvetiti veću pažnju. Bez ikakve pretenzije na sadržaj i obuhvat ovih relativno nespecifičnih faktora rizika, pomenuli bismo neke važnije.

Najznačajniji opšti faktori rizika, koji nijesu bili predmet našeg istraživanja, vezani su za profesiju i zapošljavanje. Natprosječno visok procenat mladih sa srednjim, višim i visokim obrazovanjem koji nemaju mogućnosti da se zaposle u zanimanjima za koja su sticali obrazovanje, niti

da steknu bilo kakav stalan posao, najvažnija je grupa faktora rizika koja generira najveći broj socijalno–patoloških pojava, uključujući i upotrebu i zloupotrebu psihoaktivnih supstanci.

Ova grupa faktora rizika generira snažna osjećanja kolektivne anemije mladih, koja rezultiraju ili neadekvatnim vrijednosnim životnim orijentacijama (kolektivno hedonističkim ili kolektivno–utilitarističkim) ili difuznošću vrijednosnih životnih orijentacija, pa i njihovim gubitkom. Dobro je poznato da su takva stanja izuzetno jaki povodi za eksperimentisanje i zloupotrebu psihoaktivnih supstanci.

- Druga grupa mjera, povezana je i sa neadekvatnim i iskrivljenim individualnim i društvenim vrijednostima orijentacijama na koje se, osim rješenja glavnih egzistencijalnih problema mladih, najbolje može uticati stvaranjem uslova za profesionalnu afirmaciju i sve druge vidove kreativnog izražavanja, za kojima mladi u Crnoj Gori, ali i mladi uopšte, imaju veoma naglašene potrebe.
- Treća grupa mjera, koje treba da sadrže nacionalni programi, vezana je za smanjenje specifičnih faktora rizika za zloupotrebu i zavisnost mladih od psihoaktivnih supstanci. Na nacionalnom nivou one su, prije svega, vezane za različite vidove masovne edukacije. Vidjeli smo da mladi imaju osrednja, nestrukturirana i nedovoljno povezana znanja o djelstvima psihoaktivnih supstanci na čovjekovo zdravlje i njegovo socijalno ponašanje, dok je, sudeći po nekim indirektnim pokazateljima, poznavanje ovih aspekata djelstva psihoaktivnih supstanci kod roditelja znatno slabije i znatno više iskrivljeno. Masovna edukacija se najbolje može sprovesti preko mas-medija, putem organizovanja radio i TV-emisija u čijem kreiranju je poželjno da učestvuju članovi Savjeta, ili da budu obavezni stručni konsultanti i supervizori. U metodološkom smislu naročito je važno da masovna edukacija omogućava:
 - sticanje konciznih, potpunih i jasnih informacija o različitim aspektima djelstva psihoaktivnih supstanci;
 - emisija uvijek mora da sadrži mladima atraktivnu, privlačnu, ali i realnu alternativu za iskušenja da se probaju psihoaktivne supstance;
 - poželjno je da voditelji edukativnih emisija (autori članka i sl.) budu mladima omiljene ili bar socijalno prihvatljive ličnosti;
 - emisije (članci i dr.) sa pozitivnim iskustvima liječenih adolescentnih narkomana mogu imati značajnu preventivnu ulogu;

- sadržaj emisija (članaka i drugih edukativnih sadržaja) mora da bude prilagođen različitim obrazovnim nivoima;
- emisije će postići značajno veći preventivni efekat ako su edukativni sadržaji dati kroz zanimljivu fabulu ili kroz dramsku radnju koja omogućava svojevrsnu katarzu mladih;
- u emisijama treba izbjegavati svaki senzacionalizam, uzvišenu retoriku i patetiku, što inače nije rijedak slučaj;
- emisije (članci, propagandni materijali sa odgovarajućim porukama i sl.) moraju da se odvijaju sistematično i stalno, jer samo tako mogu imati određenog preventivnog efekta;
- mnogo bolji preventivni rezultati postižu se ako je masovna edukacija kombinovana sa drugim grupama mjera u okviru nacionalnog preventivnog programa, a pogotovu ako je kombinovana sa komunalnim programima i programima usmjerenim prema rizičnim grupama (u ovom slučaju školskim programima).

Značajan aspekt masovne edukacije vezan je i za edukaciju edukatora kojima to nije primarno zanimanje (prije svega nastavno osoblje, ljekari i dr. koji u okviru svojih redovnih profesionalnih aktivnosti i u direktnom, neposrednom kontaktu, kao osobe od autoriteta i povjerenja mogu značajno uticati na korekciju neadekvatnih stavova i uvjerenja mladih prema psihoaktivnim supstancama. Edukacija edukatora za masovnu edukaciju mladih, izuzev masovne edukacije putem mas-medija, omogućava relativno ekonomičan, prihvatljiv i relativno efikasan vid preventivnog djelovanja u globalnim okvirima, kojima se najjednostavnije može obezbijediti sistematičnost i stalnost masovne edukacije, što su, ujedno, najvažniji postulati za uspješnost preventivnih programa uopšte.

Komunalni programi prevencije upotrebe i zloupotrebe psihoaktivnih supstanci

Sadržaj ovih programa detaljno je elaboriran u ranijem poglavlju ove studije „Programi prevencije bolesti zavisnosti” doc. dr Ivana Dimitrijevića, te ih ovom prilikom nećemo posebno analizirati. Svi ranije navedeni principi na najcjelovitiji način dolaze do izražaja u komunalnim programima, a prije svega horizontalno i vertikalno funkcionalno jedinstvo svih aktera, institucija i grupa u komunalnoj zajednici. Ukoliko ovo jedinstvo nije obezbijeđeno rezultati koji se postižu njihovim sprovođenjem, bitno su umanjeni, što su pokazali rezultati niza evaluativnih studija komunalnih programa.

Ovi programi zasnivaju se na svim ranije navedenim principima, a sve grupe preventivnih mjera o kojima je u tekstu doc. dr Dimitrijevića bilo riječi, specifično su centrirane na upotrebu i zloupotrebu psihoaktivnih supstanci.

Važno je napomenuti da komunalni programi u teorijsko–metodološkom smislu moraju da proističu iz jedinstvene teorijsko–metodološke doktrine kao i nacionalni program. Time što nadopunjuju i detaljnije zahvataju specifične grupe faktora rizika, o kojima je u ovom istraživanju bilo riječi, nužno su komplementarni nacionalnom programu.

Programi prevencije, usmjereni prema rizičnim grupama za upotrebu i zloupotrebu psihoaktivnih supstanci

Najveći broj programa usmjerenih na preveniranje upotrebe i zloupotrebe psihoaktivnih supstanci čine školski programi. Škola je idealno mjesto za sprovođenje ovih programa iz više razloga.

Prvi je tehničko–organizacione prirode. Ne postoji nijedna druga ustanova koja okuplja toliki broj mladih na jednom mjestu i u tako dugim vremenskim intervalima u toku dana, tokom mjeseca i godine.

Škola omogućuje optimalne, i što je još mnogo važnije, prirodne uslove za njihovo sprovođenje–vršnjačke grupe. Prema vršnjačkim grupama usmjereni su gotovo svi ovi programi. Dakle, školska sredina omogućuje gotovo prirodne uslove za njihovo sprovođenje.

Teorijske osnove i bitne karakteristike ovih programa date su u radu dr Jasmine Knežević–Tasić „Kognitivno–bihevioralni pristup u prevenciji zavisnosti od psihoaktivnih supstanci”, te smatramo da ih posebno ne treba analizirati.

Rezultati cjelokupnog našeg istraživanja snažno afirmišu programe zasnovane na kognitivno–bihevioralnim preventivnim metodama i tehnikama rada sa mladima pod rizikom za upotrebu i zloupotrebu od psihoaktivnih supstanci, te ih preporučujemo kao programe kojima u radu sa školskom omladinom valja dati prednost. Poznato je da programi koji se fokusiraju na socijalne uticaje, kao što su programi uvježbavanja u pružanju otpora vršnjacima, imaju veće izgleda za uspješno mijenjanje obrazaca upotrebe psihoaktivnih supstanci, nego programi zasnovani na afektivnom modelu. Uostalom, i rezultati našeg istraživanja faktora rizika to nedvosmisleno potvrđuju. Od svih podskala sa skale samocijenjenja, jedino je u značajnim statističkim korelacijama bila podskala koja implicira kognitivno–bihevioralnu dimenziju, dok su podskale zasnovane na afektivnim komponentama (podstakle samocijenjenja i zadovoljstva sobom) slabo korelirale sa upotrebom i zloupotrebom većine psihoaktivnih supstanci.

Važno je napomenuti da se programi, koji u osnovi polaze od kognitivno–bihevioralnih teorijskih premisa, već sprovode u crnogorskim osnovnim školama (Backović, Mugoša i Laušević).

Rezultati našeg istraživanja ukazuju da se sa ovim programima treba početi još u četvrtim razredima osnovnih škola. Naravno, programi i tehnike rada moraju biti prilagođeni uzrastu učenika.

Neki kadrovski i organizaciono-institucionalni problemi u realizaciji primarno-preventivnih programa upotrebe i zloupotrebe psihoaktivnih supstanci među učenicima crnogorskih osnovnih i srednjih škola

Ranije smo pomenuli da su u savremenim programima tretmana adolescentne narkomanije, prevencija i terapija suštinski jedinstveni procesi, kako po teorijskim osnovama iz kojih proizilaze, tako i po tehnikama i metodama rada. To saznanje aktualizuje organizaciono-institucionalne i kadrovske probleme terapije adolescentne narkomanije u Crnoj Gori. Naime, u Crnoj Gori postoji veliki deficit osnovnih institucionalnih okvira za tretman adolescentnih narkomana. Ne postoji nijedno odjeljenje za stacionarni tretman narkomana, a narkomani se sporadično i nesistematski liječe samo u nekoliko grada u Crnoj Gori (Herceg Novi, Podgorica, Kotor, Nikšić i Bijelo Polje). Te terapijske procedure više proizilaze iz individualnih napora entuzijasta, nego iz jedinstvene terapijske doktrine i odgovarajućih organizaciono-institucionalnih osnova, na njeno sprovođenje.

Tretman se svodi na određene oblike medikamentozne terapije, detoksikacije i individualnih, uglavnom površinskih psihoterapijskih procedura u dispanzerskim uslovima rada. Koliko nam je poznato, do sada nijesu ustanovljeni niti opštinski, niti evidentirani registri registracije, niti dispanzerski tretiranih, niti vandispanzerskih narkomana (u centrima za socijalni rad, penalnim institucijama i dr.). Takođe nam nije poznato da je vršena sistematska evaluacija terapijskih aktivnosti u opštinama ili na republičkom nivou. Posebno zabrinjava činjenica da u nizu crnogorskih opština nema nijednog neuropsihijatra, niti mogućnosti da se pri nizu domova zdravlja osnuje Dispanzer za mentalno zdravlje kao što je to slučaj u Herceg Novom, Podgorici i nekim drugim gradovima. Psihološko-socijalne službe ne mogu biti adekvatni, niti potpuni supstituti za organizovanu socijalno-psihijatrijsku službu, bar kada je riječ o tretmanu adolescentnih narkomana.

Bez formiranja takvih dispanzera sa dva ili tri zapošljena (pored psihijatra, klinički psiholog i psihijatrijski socijalni radnik) teško je i zamisliti formiranje koordinacionih opštinskih savjeta za sprovođenje komunalnih programa prevencije upotrebe i zloupotrebe psihoaktivnih supstanci među učenicima.

Smatramo takođe da je neophodno oformiti posebno stacionarno odjeljenje (sa intenzivnom njegom) od ukupno pet do šest bolničkih kreveta pri odgovarajućem kliničkom medicinskom centru u Podgorici i specijalizovani dispanzer za adolescentnu narkomaniju i adolescentne krize od bar dva neuropsihijatra, dva klinička psihologa i jednog socijalnog radnika, pored ostalog neophodnog medicinskog osoblja.

Neophodno je uvesti obavezni republički registar za stacionarno i dispanzerski tretirane narkomane, a po mogućnosti i za narkomane koji se obraćaju medicinskim i drugim društvenim institucijama zbog određenih pomoći.

Poseban preventivni značaj imala bi psihološka savjetovališta za adolescentne krize kod mladih pri školama i domovima zdravlja, koje bi vodili školski i klinički psiholozi i pedagozi. Neki rezultati našeg istraživanja sugerišu zaključak o dosta izraženim sukobima u crnogorskim porodicama, naročito između roditelja, te bi ovakva savjetovališta, pored adolescenata, mogla uključiti i njihove roditelje.

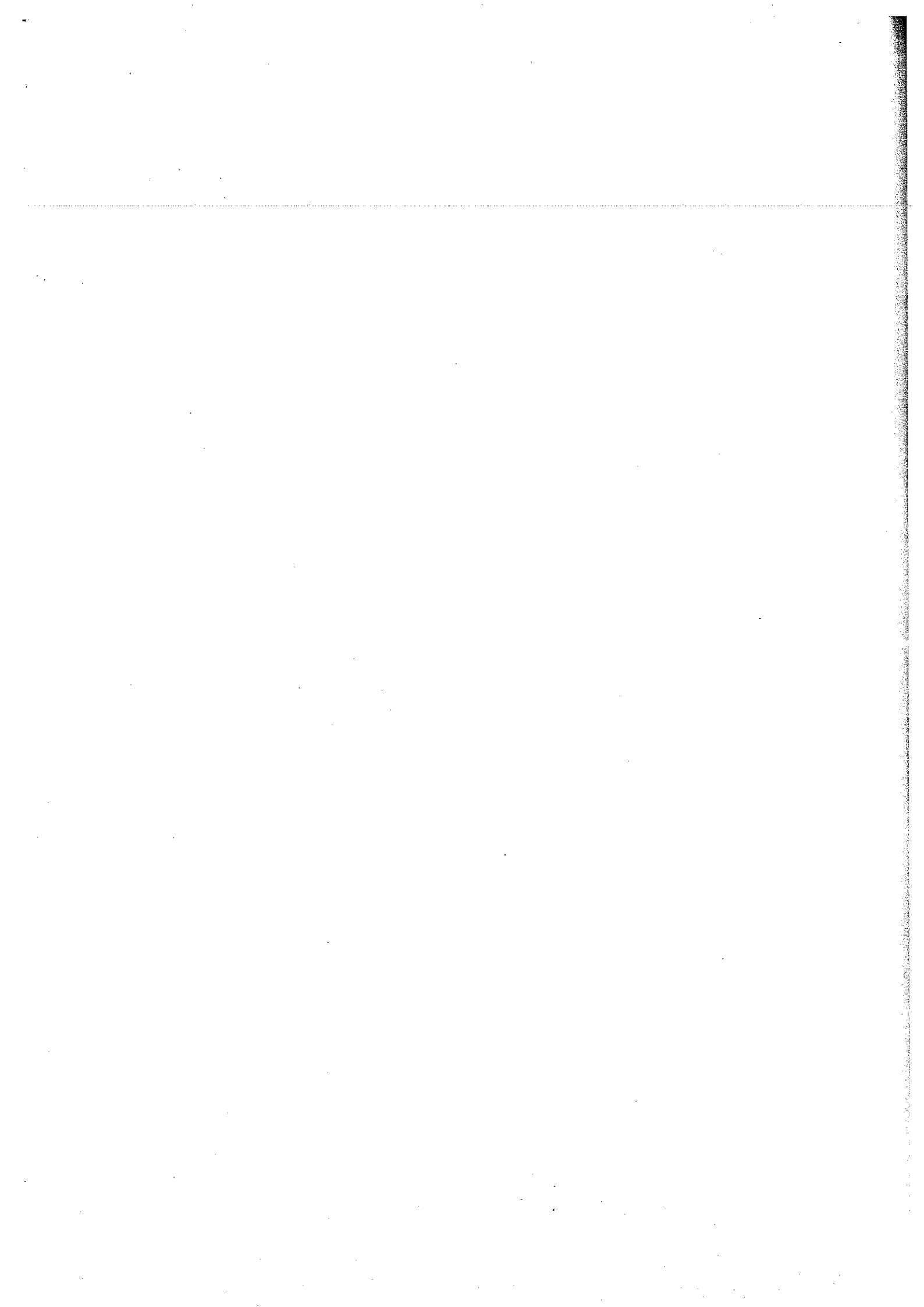
Najveći problem je nedostatak adekvatne edukacije svih profesionalnih profila za prevenciju upotrebe i zloupotrebe psihoaktivnih supstanci među učenicima i terapiju mladih zavisnika, pogotovu kada je riječ o savremenim preventivnim i terapijskim metodama i tehnikama rada. Uostalom, to je vrlo ozbiljan problem u cijeloj SR Jugoslaviji. Bez njegovog kvalitetnog rješenja teško je zamisliti formiranje visokokompetentnih opštinskih i Republičkog savjeta, koji imaju ključne uloge u svim fazama sprovođenja ranije pomenutih preventivnih programa. Svakako da su neophodne i određene specijalističke i subspecijalističke studije onih koji se opredijele za rad sa narkomanima u poznatim evropskim i američkim preventivno-terapijskim centrima, te intenziviranje saradnje sa odgovarajućim institucijama u Beogradu.

Na kraju sumarne analize osnovnih kadrovskih i orgnaizaciono-institucionalnih okvira za sprovođenje preventivnih programa među mladima Crne Gore, valja imati u vidu i neophodnost formiranja posebnog fonda za ove programe, u kome bi odgovarajuća novčana sredstva priticala od poreza na alkoholna pića i duvan u iznosu od 1%.



PRILOZI

Prilog I
Prilog II



Prilog I

UPITNIK

Ovo nije provjera znanja. NE UPISUJ SVOJE IME, ono će ostati tajna. Mi želimo da znamo ono što stvarno misliš i osjećaš, pa te molimo da na sva pitanja odgovoriš iskreno.

1. Pol (1) muški (2) ženski
2. Naziv škole koju pohađaš:
3. Razred:
4. Današnji datum:
5. Koliko imaš godina?

I. DIO

Molimo te da na sljedeća pitanja odgovoriš tako što ćeš zaokružiti broj ispred ponuđenog odgovora. Imaj na umu da sve što napišeš ostaje tajna!

1. Da li si ikada pušio(la) cigarete? (1) Da (2) Ne
2. Ako jesi, sa koliko godina si to učinio(la) prvi put?
3. Da li si u posljednjih mjesec dana pušio(la)? (1) Da (2) Ne
4. Ako jesi, koliko cigareta?
5. Da li si u proteklih nedelju dana pušio(la)? (1) Da (2) Ne
6. Ako jesi, koliko cigareta?
7. Da li si juče pušio(la)? (1) Da (2) Ne
8. Ako jesi, koliko cigareta?

9. Koliko često pušiš?
 - (1) Nikada
 - (2) Nekoliko puta mjesečno
 - (3) Nekoliko puta nedjeljno
 - (4) Svaki dan
 - (5) Ranije sam pušio(la), sada ne

10. Koliko tvojih drugova/drugarica puši?
 - (1) Nijedan(na)
 - (2) Jedan ili dva
 - (3) Nekoliko
 - (4) Većina
 - (5) Svi

11. Da li bi se tvoji roditelji ljutili kada bi saznali da pušiš?
 - (1) Ne, nimalo
 - (2) Ljutili bi se
 - (3) Bili bi jako bijesni

II. DIO

Sljedeća pitanja odnose se na tvoja iskustva sa alkoholom (pivo, vino, žestoka pića). Molimo te da iskreno odgovoriš na njih. Sve što napišeš ostaje tajna.

1. *Da li si ikada probao(la) neko alkoholno piće?* (1) Da (2) Ne
2. *Ako jesi, sa koliko godina si to učinio(la) prvi put?*
3. *Da li si u posljednjih godinu dana popio(la) neko alkoholno piće?* (1) Da (2) Ne
4. *Da li si u posljednjih mjesec dana popio(la) neko alkoholno piće?* (1) Da (2) Ne
5. *Da li si u posljednjih nedjelju dana popio(la) neko alkoholno piće?* (1) Da (2) Ne
6. *Koliko često piješ?*
 - (1) Nikada
 - (2) Nekoliko puta godišnje
 - (3) Nekoliko puta mjesečno
 - (4) Nekoliko puta nedjeljno
 - (5) Svakodnevno

Ako uopšte ne piješ preskoči pitanja od 7. do 10. i pređi na pitanje 11!

7. *Koliko obično popiješ kada piješ?*
 - (1) Jedno piće
 - (2) Dva pića
 - (3) Tri do šest pića
 - (4) Više od šest pića
 - (5) Sve dok se ne napijem
8. *Što obično piješ?*
 - (1) Vino
 - (2) Pivo
 - (3) Koktele (npr.coca-cola+vinjak)
 - (4) Žestoka pića
 - (5) Ne pijem
9. *Koliko se često napijaš?*
 - (1) Nikada
 - (2) Jednom ili dva puta godišnje
 - (3) Jednom ili dva puta mjesečno
 - (4) Jednom ili dva puta nedjeljno
 - (5) Više puta nedjeljno
 - (6) Skoro svaki dan

10. *Da li se nešto od sljedećeg desilo, dok si pio(la) ili dok si bio(la) pijan(a)?*

	Da	Ne
(1) <i>Imao(la) si nepravilike u kući</i>	1	2
(2) <i>Potukao(la) si se</i>	1	2
(3) <i>Povrijedio(la) si se ili si imao(la) nesrećni slučaj</i>	1	2
(4) <i>Imao(la) si nepravilike u školi</i>	1	2
(5) <i>Imao(la) si posla sa milicijom</i>	1	2

11. *Koliko tvojih drugova i drugarica pije?* (1) Nijedan(na)
 (2) Jedan(na) ili dva(dvije)
 (3) Nekoliko
 (4) Većina
 (5) Svi

12. *Da li bi se tvoji roditelji ljutili kada bi saznali da piješ?* (1) Ne, nimalo
 (2) Ljutili bi se
 (3) Bili bi jako bijesni

III. DIO

Pročitaj, molimo te, sljedeće izjave i procijeni da li su tačne ili pogrešne. Ako smatraš da su tačne zaokruži broj 1, a ako su pogrešne broj 2.

	Tačno	Netačno
1. <i>Većina mladih mog uzrasta puši.</i>	1	2
2. <i>U našoj zemlji, manje od polovine odraslih puši.</i>	1	2
3. <i>Sada puši manje ljudi nego prije 5 godina.</i>	1	2
4. <i>Pušenje postaje sve manje društveno prihvatljivo.</i>	1	2
5. <i>Dim cigarete sadrži otrovni gas ugljen-monoksid.</i>	1	2
6. <i>Pušenje usporava rad srca.</i>	1	2
7. <i>Pušenje opušta i smiruje.</i>	1	2
8. <i>Jedna popušena cigareta će, u roku od nekoliko-minuta, dovesti do podizanja ugljen-monoksida u krvi.</i>	1	2
9. <i>Redovni pušači imaju viši nivo ugljen-monoksida u krvi nego nepušači.</i>	1	2
10. <i>Čim popušiš cigaretu smanjuje se spretnost i čvrstina tvojih ruku.</i>	1	2
11. <i>Ako miješaš pića prije češ se opiti nego ako piješ samo jedno.</i>	1	2
12. <i>Ljudi, pod dejstvom alkohola, živnu i osokole se.</i>	1	2
13. <i>Pivo i vino sadrže isti procenat alkohola.</i>	1	2
14. <i>Alkohol je najšire zloupotrebljavana droga.</i>	1	2
15. <i>Ako trudnica pije, to će se negativno odraziti na zdravlje njene bebe.</i>	1	2

16. Alkohol je uzrok najvećeg broja tragičnih saobraćajnih nesreća.	1	2
17. Kada prođe dejstvo alkohola bićeš nervozniji(ja) nego prije pijenja.	1	2
18. Alkohol pomaže da se bolje spava i više odmori tokom noći.	1	2
19. Većina odraslih svakodnevno pije alkoholna pića.	1	2
20. Osobe koje popiju istu količinu alkohola osjećaće se i ponašati isto.	1	2

IV. DIO

Obilježi brojevima od 1 do 5 koliko često činiš ono što je dolje navedeno. Zaokruži 1 za „nikada”, 2 za „skoro nikada”, 3 za „ponekad”, 4 za „skoro uvijek” i 5 za „uvijek”.

Koliko često?	Nikada	Skoro nikada	Ponekad	Skoro uvijek	Uvijek
1. Daješ komplimente i hvališ svoje drugove.	1	2	3	4	5
2. Zamoliš nekoga za uslugu.	1	2	3	4	5
3. Kažeš „ne” kada neko pokušava da pozajmi novac od tebe.	1	2	3	4	5
4. Započinješ razgovor sa nepoznatom osobom.	1	2	3	4	5
5. Kažeš nekome da ti se dopada.	1	2	3	4	5
6. Vratiš kupljenu stvar u prodavnicu ukoliko nije ispravna.	1	2	3	4	5
7. Zamoliš druge da ti vrate ono što si im pozajmio(la)	1	2	3	4	5
8. Kažeš „ne” kada te neko nagovara da činiš ono što ne želiš.	1	2	3	4	5
9. Kažeš „ne” kada neko pokušava da te nagovori da pušiš.	1	2	3	4	5
10. Kažeš „ne” kada neko pokušava da te nagovori da piješ.	1	2	3	4	5
11. Pobuniš se kada neko pokuša da stane ispred tebe u redu.	1	2	3	4	5
12. Buniš se kada dobiješ manji kusur.	1	2	3	4	5
13. Ne dopuštaš da neko prepisuje od tebe.	1	2	3	4	5
14. Pozoveš kelnera ukoliko te do tada nije primijetio i uslužio.	1	2	3	4	5
15. Kažeš svoje mišljenje čak i kada znaš da se drugi, možda, neće složiti sa njime.	1	2	3	4	5

Koliko često?	Nikada	Skoro nikada	Ponekad	Skoro uvijek	Uvijek
16. Kažeš drugima da su uradili nešto što nije fer.	1	2	3	4	5
17. Ako se izgubiš, zamoliš nekog od prolaznika da ti pomogne da se snađeš.	1	2	3	4	5
18. Pitaš nastavnika da ti objasni nešto što ne razumiješ.	1	2	3	4	5
19. Pozoveš nekoga na sastanak.	1	2	3	4	5
20. Zamoliš nekoga, ko ti smeta, da to više ne čini.	1	2	3	4	5

V. DIO

Ovdje smo naveli izjave tvojih vršnjaka o cigaretama i alkoholu. Ti ćeš se možda složiti sa njima, a možda i nećeš. Pažljivo pročitaj svaku od ovih rečenica i zaokruži broj u koloni koji najviše odgovara onome što ti misliš. Na primjer, ako se u potpunosti slažeš zaokruži broj 5 koji je u koloni sa ovim odgovorom. Zapamti da ovo nije provjera znanja, mi samo želimo da znamo što ti misliš.

Tvrdnje	Uopšte se ne slažem	Ne slažem se	Niti se slažem, niti ne slažem	Slažem se	Potpuno se slažem
1. Pušenje bi trebalo zabraniti na javnim mjestima.	1	2	3	4	5
2. Dim cigareta smrdi.	1	2	3	4	5
3. Kad pušiš izgledaš „cool“.	1	2	3	4	5
4. Ako mladić puši više će se sviđati djevojčicama.	1	2	3	4	5
5. Ako djevojka puši više će se sviđati mladićima.	1	2	3	4	5
6. Mladi koji puše imaju više drugova.	1	3	3	4	5
7. Djeca, pušenjem, dokazuju svoju snagu i čvrstinu.	1	2	3	4	5
8. Ako pušiš bolje ćeš se zabavljati.	1	2	3	4	5
9. Djeca koja puše izgledaju glupo.	1	2	3	4	5
10. Pušači su napetiji od nepušača.	1	2	3	4	5
11. Djeca koja puše prave se važna.	1	2	3	4	5
12. Djeca koja puše su odraslija, zrelija.	1	2	3	4	5
13. Djeca koja piju alkohol time dokazuju svoju snagu i čvrstinu.	1	2	3	4	5

Tvrdnje	Uopšte se ne slažem	Ne slažem se	Niti se slažem, niti ne slažem	Slažem se	Potpuno se slažem
14. <i>Ako piješ alkohol bolje ćeš se zabavljati.</i>	1	2	3	4	5
15. <i>Djeca koja piju alkohol imaju više drugova i drugarica.</i>	1	2	3	4	5
16. <i>Oni koji piju napetiji su od onih koji ne piju.</i>	1	2	3	4	5
17. <i>Ako djevojčica pije, više će se sviđati dječacima.</i>	1	2	3	4	5
18. <i>Ako dječak pije, više će se sviđati djevojčicama.</i>	1	2	3	4	5
19. <i>Pod djelstvom alkohola, ljudi se ponašaju glupo.</i>	1	2	3	4	5
20. <i>Ako piješ alkohol izgledaćeš „cool“.</i>	1	2	3	4	5
21. <i>Djeca koja piju zrelija su, odraslija.</i>	1	2	3	4	5
22. <i>Djeca koja piju prave se važna.</i>	1	2	3	4	5

VI. DIO

Pročitaj svaku od ovih izjava i na skali od 1 do 5 (kao u prethodnom dijelu) i obilježi da li se slažeš sa svakom od njih. Zaokruži svoj odgovor.

Tvrdnje	Uopšte se ne slažem	Ne slažem se	Niti se slažem, niti ne slažem	Slažem se	Potpuno se slažem
1. <i>Smatram da sam:</i>					
1) pametan(na)	1	2	3	4	5
2) dobro izgledam.	1	2	3	4	5
3) simpatičan(na).	1	2	3	4	5
4) dobar sportista.	1	2	3	4	5
5) zadovoljan(na) sobom.	1	3	3	4	5
6) popularan(na).	1	2	3	4	5
7) druželjubiv(va).	1	2	3	4	5
8) istinoljubiv(va) i iskren(na).	1	2	3	4	5
9) lako je družiti se sa mnom.	1	2	3	4	5
2. <i>Sve što naumim mogu da sprovedem u djelo.</i>	1	2	3	4	5
3. <i>Sve što radim, radim bolje od većine vršnjaka.</i>	1	2	3	4	5
4. <i>Mogu da izađem na kraj sa teškim situacijama.</i>	1	2	3	4	5

Tvrdnje	Uopšte se ne slažem	Ne slažem se	Niti se slažem, niti ne slažem	Slažem se	Potpuno se slažem
5. <i>Zadovoljan(na) sam sobom.</i>	1	2	3	4	5
6. <i>Srećan(na) sam.</i>	1	2	3	4	5
7. <i>Želio(ljela) bih da sam drugačiji(ja)</i>	1	2	3	4	5
8. <i>Bolje je biti sam nego se po svaku cijenu privoljeti grupi.</i>	1	2	3	4	5
9. <i>Volim da mi neko kaže što da radim.</i>	1	2	3	4	5
10. <i>Lako podliježem uticaju svojih vršnjaka.</i>	1	2	3	4	5
11. <i>U stanju sam da samostalno donosim odluke.</i>	1	2	3	4	5
12. <i>Sa lakoćom uspijevam druge da nagovorim da rade isto što i ja.</i>		2	3	4	5
13. <i>Ako bi moji drugovi tražili od mene da pušim, ja bih to učinio(la).</i>		2	3	4	5
14. <i>Ako bi mi neko ponudio cigaretu uzeo(la) bih je i popužio(la).</i>		2	3	4	5
15. <i>Kada vidim na reklamama (na TV-u ili novinama) da neko puši i ja dobijem želju da zapalim.</i>		2	3	4	5
16. <i>Kada sam u nepoznatom društvu ili se upoznajem sa nekim, obično sam nervozan(na).</i>		2	3	4	5
17. <i>U društvu sam obično opušten(a) i siguran(a) u sebe.</i>		2	3	4	5
18. <i>Nimalo mi nije neprijatno kada:</i>	1	2	3	4	5
1) se upoznajem sa osobom suprotnog pola.	1	2	3	4	5
2) pričam sa nekim koga sam sreo(la).	1	2	3	4	5
3) dajem komplimente.	1	2	3	4	5
4) dobijam komplimente.	1	2	3	4	5
5) izražavam svoja osjećanja.	1	2	3	4	5
6) pozivam nekoga na sastanak.	1	2	3	4	5
7) započinjem razgovor sa nepoznatom osobom	1	2	3	4	5
19. <i>Kada donosim značajne odluke na mene najviše utiču:</i>	1	2	3	4	5
1) drugovi i drugarice.	1	2	3	4	5
2) članovi porodice.	1	2	3	4	5
3) nastavnici.	1	2	3	4	5
4) novine, časopisi, knjige.	1	2	3	4	5
5) TV, radio, filmovi.	1	2	3	4	5

VII. DIO

Molim te da odgovoriš na sljedeća pitanja tako što ćeš zaokružiti broj ispred jedne od ponuđenih mogućnosti. Imaj na umu da sve što nam otkriješ o sebi, ostaje tajna.

1. *Da li si ikada probao(la) marihuanu?* (1) Da (2) Ne
2. *Ako jesi, sa koliko si godina to učinio(la) prvi put?*
3. *Da li si u posljednjih mjesec dana pušio(la) marihuanu?* (1) Da (2) Ne
4. *Da li si u posljednjih nedjelju dana pušio(la) marihuanu?* (1) Da (2) Ne
5. *Koliko često pušiš marihuanu?*
 (1) Nikada
 (2) Nekoliko puta godišnje
 (3) Nekoliko puta mjesečno
 (4) Nekoliko puta nedjeljno
 (5) Svaki dan
6. *Koliko tvojih drugova i drugarica puši marihuanu?* (1) Nijedan
 (2) Jedan ili dva
 (3) Nekoliko
 (4) Većina
 (5) Svi
7. *Da li si juče pušio(la) marihuanu?* (1) Da (2) Ne
8. *Kako bi tvoji roditelji reagovali kada bi saznali da pušiš marihuanu?*
 (1) Uopšte se ne bi ljutili
 (2) Ljutili bi se
 (3) Bili bi zaista bijesni

VIII. DIO

Pročitaj pažljivo sljedeće izjave i zaokruži broj 1, ako smatraš da su tačne, ili broj 2, ako smatraš da su netačne.

	Tačno	Netačno
1. <i>Većina odraslih ne puši marihuanu.</i>	1	2
2. <i>Većina tinejdžera puši marihuanu.</i>	1	2
3. <i>Više tinejdžera puši marihuanu nego cigarete.</i>	1	2
4. <i>Vrlo malo mladih sa 15 ili 16 godina puši marihuanu.</i>	1	2
5. <i>Vršnjaci svojim primjerom ili nagovaranjem ne utiču na mlade da puše marihuanu.</i>	1	2
6. <i>Pušenje marihuane ubrzava rad srca.</i>	1	2
7. <i>Većina mladih počinje da koristi marihuanu na nagovor starijih narkomana.</i>	1	2
8. <i>Nema dokaza da duža upotreba marihuane ima bilo kakvih štetnih posljedica po zdravlje.</i>	1	2
9. <i>Pušenje marihuane dovodi do sniženja tjelesne temperature.</i>	1	2
10. <i>Pušenje marihuane usporava reagovanje.</i>	1	2

IX. DIO

Na skali od 1 do 5 obilježi koliko se slažeš ili ne slažeš sa svakim od iznijetih tvrdjenja. Zaokruži odgovarajući broj.

Tvrdnja	Uopšte se ne slažem	Ne slažem se	Niti se sla- žem, niti ne slažem	Slažem se	Potpuno se slažem
1. <i>Nema ničega lošeg u pušenju marihuane.</i>	1	2	3	4	5
2. <i>Kad pušiš marihuanu izgledaš „cool“.</i>	1	2	3	4	5
3. <i>Mladi koji puše marihuanu imaju više drugova i drugarica.</i>	1	2	3	4	5
4. <i>Ako dječak puši marihuanu više će se sviđati djevojčicama.</i>	1	2	3	4	5
5. <i>Pušenjem marihuane djeca i mladi dokazuju svoju snagu i čvrstinu.</i>	1	2	3	4	5
6. <i>Ako pušiš marihuanu bolje ćeš se zabavljati.</i>	1	2	3	4	5
7. <i>Djeca koja puše marihuanu izgledaju glupo.</i>	1	2	3	4	5
8. <i>Osobe koje puše marihuanu napetije su i nervoznije od onih koje ne puše.</i>	1	2	3	4	5
9. <i>Djeca koja puše marihuanu zrelija su, odraslija.</i>	1	2	3	4	5
10. <i>Djeca koja puše marihuanu, prave se važna.</i>	1	2	3	4	5
11. <i>Ako djevojčica puši marihuanu više će se sviđati dječacima.</i>	1	2	3	4	5

X. DIO

Zaokruži odgovor na sljedeća pitanja. Zapamti da sve što nam otkriješ ostaje tajna.

1. *Da li si ikada koristio(la) lijekove za smirenje i spavanje?* (1) Da (2) Ne

(ako nijesi, preskoči pitanja od 2. do 10, pređi odmah na pitanje 11)

2. *Ako jesi, sa koliko godina si to učinio(la) prvi put?*

3. *Na koji način si prvi put nabavio(la) ove lijekove?*

- (1) Dobio(la) sam recept od svog ljekara
- (2) Kupio(la) sam ih, bez recepta, u apoteci
- (3) Dobio(la) sam ih od druga(rice)
- (4) Našao sam ih u kući
- (5) Na drugi način

4. *Da li si u posljednjih mjesec dana uzimao(la) lijekove za smirenje i spavanje?* (1) Da (2) Ne
5. *Da li si u posljednjih nedjelju dana uzimao(la) lijekove za smirenje i spavanje?* (1) Da (2) Ne
6. *Da li si juče uzimao(la) lijekove za smirenje i spavanje?* (1) Da (2) Ne
7. *Koliko često uzimaš lijekove za smirenje i spavanje?* (1) Nikada
 (2) Nekoliko puta godišnje
 (3) Nekoliko puta mjesečno
 (4) Nekoliko puta nedjeljno
 (5) Svaki dan
8. *Kada uzimaš lijekove za smirenje, koliko tableta uzmeš u toku dana?* (1) Jednu tabletu
 (2) 2-3 tablete
 (3) 4-6 tableta
 (4) 7-9 tableta
 (5) 10 i više tableta
9. *Da li, uz lijekove za smirenje i spavanje, uzimaš alkohol?*
 (1) Da, redovno
 (2) Da, ponekad
 (3) Nikada
10. *Da li ti je ikada, zbog trovanja ovim lijekovima, bila potrebna medicinska pomoć?* (1) Da (2) Ne
11. *Koliko tvojih drugova (drugarica) uzima lijekove za smirenje i spavanje?*
 (1) Nijedan
 (2) Jedan ili dva
 (3) Nekoliko
 (4) Većina
 (5) Svi
12. *Kako bi tvoji roditelji reagovali kada bi saznali da koristiš lijekove za smirenje i spavanje?* (1) Uopšte se ne bi ljutili
 (2) Ljutili bi se
 (3) Bili bi jako bijesni

XI. DIO

Molimo te da na sljedeća pitanja odgovoriš iskreno, tako što ćeš zaokružiti broj ispred jednog od ponuđenih odgovora. Podsjećamo te da će sve što ovdje otkriješ, ostati tajna.

1. *Da li si ikada probao(la) heroin?* (1) Da (2) Ne

(Ako nijesi, preskoči pitanja od 2. do 8)

2. *Ako jesi, sa koliko godina si to učinio(la) prvi put?*

3. *Da li si u posljednjih mjesec dana uzimao(la) heroin?* (1) Da (2) Ne

4. *Da li si u posljednjih nedjelju dana uzimao(la) heroin?* (1) Da (2) Ne

5. *Da li si juče uzimao(la) heroin?* (1) Da (2) Ne

6. *Koliko često uzimaš heroin?*
(1) Nikada
(2) Nekoliko puta godišnje
(3) Nekoliko puta mjesečno
(4) Nekoliko puta nedjeljno
(5) Svaki dan

7. *Ako uzimaš heroin, da li to činiš:*
(1) snifovanjem („na nos”)
(2) intravenski
(3) pušenjem

8. *Da li si ikada zatražio(la) pomoć ljekara zbog problema sa heroinom?*
(1) Ne
(2) Da, odlazio sam u dispanzer
(3) Bio(la) sam jednom na bolničkom liječenju
(4) Bio(la) sam više puta na bolničkom liječenju
(5) Dolazila je hitna pomoć

9. *Koliko tvojih drugova(drugarica) uzima heroin?* (1) Nijedan
(2) Jedan ili dva
(3) Nekoliko
(4) Većina
(5) Svi

10. *Kako bi tvoji roditelji reagovali kada bi saznali da uzimaš heroin?*
(1) Bili bi zabrinuti, ali se ne bi ljutili
(2) Bili bi ljuti
(3) Bili bi jako bijesni

XII. DIO

1. *Da li si ikada uzimao(la) trodon (tramal, sintradon...)?*
(1) Da (2) Ne

(Ako nijesi, preskoči pitanja od 2. do 4, pređi odmah na pitanje br. 5)

2. *Ako jesi, kada si to učinio(la) prvi put?*

3. *Koliko često uzimaš trodon?*

- (1) Nikada
- (2) Nekoliko puta mjesečno
- (3) Nekoliko puta nedjeljno
- (4) Svaki dan
- (5) Kada ne mogu da nabavim heroin ili kada pokušavam sâm da liječim zavisnost od heroina.

4. *Ako uzimaš trodon, koliko tableta uzmeš u toku dana?* (1) Nijednu
(2) 1-2
(3) 3-5
(4) 5-10
(5) 10-20
(6) više od 20

5. *Da li si ikada uzimao(la) extasy?* (1) Da (2) Ne

6. *Koliko često uzimaš extasy?* (1) Nikada
(2) Nekoliko puta godišnje
(3) Nekoliko puta mjesečno
(4) Nekoliko puta nedjeljno
(5) Skoro svaki dan

7. *Da li si ikada uzimao(la) kokain?* (1) Da (2) Ne

8. *Ako jesi, kada si to učinio(la) prvi put?*

9. *Koliko često uzimaš kokain?* (1) Nikada
(2) Nekoliko puta godišnje
(3) Nekoliko puta mjesečno
(4) Nekoliko puta nedjeljno
(5) Skoro svaki dan

10. *Da li si ikada uzimao(la) amfetamin („speed“)?* (1) Da (2) Ne

11. *Da li si ikada uzimao(la) efedrin?* (1) Da (2) Ne

12. *Da li si ikada duvao(la) lijepak, bronzu i slično?* (1) Da (2) Ne

13. *Ako jesi, sa koliko godina si to učinio(la) prvi put?*

14. *Koliko često duvaš lijepak?* (1) Nikada
(2) Nekoliko puta mjesečno
(3) Nekoliko puta nedjeljno
(4) Svaki dan
(5) Nekada sam duvao(la) lijepak, sada ne

XIII. DIO

Molimo te da odgovoriš na sljedeća pitanja tako što ćeš zaokružiti broj ispred jednog od ponuđenih odgovora.

1. *Živim sa:*
 - (1) majkom i ocem
 - (2) samo sa ocem
 - (3) samo sa majkom
 - (4) ne živim sa roditeljima,
već sa

2. *Navedi ko još, osim roditelja, živi sa tobom u zajedničkom
domaćinstvu*

3. *Koju školu je završio tvoj otac?*
 - (1) Nepotpunu osnovnu
 - (2) Osmogodišnju
 - (3) Srednju
 - (4) Višu
 - (5) Visoku

4. *Koliko često tvoj otac puši?*
 - (1) Nikada
 - (2) Nekoliko puta mjesečno
 - (3) Nekoliko puta nedjeljno
 - (4) Svaki dan
 - (5) Prestao je da puši

5. *Koliko često tvoja majka puši?*
 - (1) Nikada
 - (2) Nekoliko puta mjesečno
 - (3) Nekoliko puta nedjeljno
 - (4) Svaki dan
 - (5) Prestala je da puši

6. *Koliko tvoje braće i sestara puši?*
 - (1) Nijedan(na)
 - (2) Jedan(na)
 - (3) Dvoje
 - (4) Troje
 - (5) Nemam braće i sestara

7. *Koliko često tvoj otac pije?*
 - (1) Nikada
 - (2) Nekoliko puta godišnje
 - (3) Nekoliko puta mjesečno
 - (4) Nekoliko puta nedjeljno
 - (5) Svaki dan

8. *Koliko često tvoja majka pije?*
- (1) Nikada
 - (2) Nekoliko puta godišnje
 - (3) Nekoliko puta mjesečno
 - (4) Nekoliko puta nedjeljno
 - (5) Svaki dan
9. *Koliko tvoje braće i sestara pije alkohol?*
- (1) Nijedan(na)
 - (2) Jedan(na)
 - (3) Dvoje
 - (4) Troje
 - (5) Nemam braće i sestara
10. *Da li tvoji roditelji uzimaju lijekove za smirenje i spavanje?*
- (1) Ne
 - (2) Da, jedan
 - (3) Da, oboje
 - (4) Nijesam siguran(na)
11. *Šta misliš, da li tvoji roditelji puše marihuanu?*
- (1) Ne
 - (2) Da, jedan
 - (3) Da, oboje
 - (4) Nijesam siguran(na)
12. *Da li tvoja braća i sestre puše marihuanu?*
- (1) Ne
 - (2) Da, jedan(na)
 - (3) Da, dvoje
 - (4) Nijesam siguran(na)
13. *Da li je u porodici neko heroinski zavisnik?*
- (1) Ne
 - (2) Da, otac
 - (3) Da, majka
 - (4) Da, oba roditelja
 - (5) Da, brat (sestra)

XIV. DIO

Zaokruži broj ispred jednog od ponuđenih odgovora.

1. U djetinjstvu sam bio(la)

- | | | |
|---------------------------|--------|--------|
| 1) miran(na), povučen(na) | (1) da | (2) ne |
| 2) nemiran(na) | (1) da | (2) ne |
| 3) pretjerano nemiran(na) | (1) da | (2) ne |
| 4) stidljiv(va) | (1) da | (2) ne |
| 5) sklon(a) svađama | (1) da | (2) ne |
| 6) sklon(a) tučama | (1) da | (2) ne |

2. Sada sam:

- | | | |
|---------------------------|--------|--------|
| 1) miran(na), povučen(na) | (1) da | (2) ne |
| 2) nemiran(na) | (1) da | (2) ne |
| 3) pretjerano nemiran(na) | (1) da | (2) ne |
| 4) stidljiv(va) | (1) da | (2) ne |
| 5) sklon(a) svađama | (1) da | (2) ne |
| 6) sklon(a) tučama | (1) da | (2) ne |

3. Da li si, do sada, kažnjava(n)a?

- (1) Ne
- (2) Da, prekršajno
- (3) Da, krivično

4. Kakav si uspjeh postigao(la) u prethodnoj školskoj godini?

- (1) Ponavljao(la) sam razred
- (2) dovoljan
- (3) dobar
- (4) vrlo dobar
- (5) odličan

5. Da li si u posljednjih godinu dana imao(la) neke od navedenih problema u učenju:

- | | | |
|-------------------------------|--------|--------|
| 1) dosadno mi je da učim | (1) da | (2) ne |
| 2) teško se koncentrišem | (1) da | (2) ne |
| 3) slabo pamtim ono što učim | (1) da | (2) ne |
| 4) često ne razumijem gradivo | (1) da | (2) ne |

Prilog II

UPITNIK

Ovo nije provjera znanja. NE UPISUJTE SVOJE IME, ono će ostati tajna. Mi želimo da znamo ono što stvarno mislite i osjećate, pa Vas molimo da na sva pitanja odgovorite iskreno.

1.	<i>Pol:</i>		
	Muški 1		ženski 2
2.	<i>Godina rođenja:</i>		
3.	<i>Broj završenih godina školovanja:</i>		
4.	<i>Zanimanje:</i>		
	1) poljoprivrednik 2) NKV i PKV radnik 3) KV i VKV radnik 4) službenik 5) stručnjak 6) sitni privatnik (do 3 zapošljena)	7) 8) 9) 10) 11) 12)	privatnik – preduzetnik (preko 3 zapošljena) privredni rukovodilac politički rukovodilac domaćica učenik – student ostalo:
5.	<i>Bračno stanje.</i>		
	1) neoženjen – neudata	4)	udovac-ica
	2) oženjen – udata	5)	vanbračna zajednica
	3) razveden-a		
6.	<i>Radni status ispitanika:</i>		
	1) zapošljen	4)	učenik – student
	2) nezapošljen	5)	penzioner
	3) na prinudnom odmoru		
7.	<i>Što je Vaš otac bio ili je sada po zanimanju:</i>		
	1) poljoprivrednik 2) NKV i PKV radnik 3) KV i VKV radnik 4) službenik 5) stručnjak 6) sitni privatnik (do 3 zapošljena)	7) 8) 9) 10)	privatnik – preduzetnik (preko 3 zapošljena) privredni rukovodilac politički rukovodilac ostalo
8.	<i>Vi ste zapošljeni u:</i>		
	1) društvenom (državnom) sektoru proizvodnje	4)	samozapošljen (rad van svake institucije)
	2) privatnom sektoru	5)	nezapošljen
	3) javnoj službi	6)	učenik – student
		7)	penzioner
9.	<i>Broj članova ispitanikovog domaćinstva:</i>		
10.	<i>Koliki su ukupni mjesečni prihodi vašeg domaćinstva (u DM):</i>		
11.	<i>Kuća ili stan u kome živite je u vašem vlasništvu:</i>		
	da	1	ne 2

12.	Koliko kvadratnih metara zauzima vaš stan – kuća:		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13.	Da li imate još stambenog prostora u vašem vlasništvu osim onog u kome živite:		
	1) kuću	3) vikendicu	
	2) stan	4) nemam ništa osim stambenog prostora u kome živim	
14.	Da li imate jedan ili više automobila:		
	1) nemam automobila	2) imam (koliko)	<input type="checkbox"/>
15.	Ukoliko imate automobil(e), navedite koji model automobila imate i koja je godina proizvodnje:		
	1)	, god. proizvodnje	<input type="checkbox"/>
	2)	, god. proizvodnje	<input type="checkbox"/>
	3)	, god. proizvodnje	<input type="checkbox"/>
16.	Vi od aparata za domaćinstvo posjedujete:		
	1) elek. šporet	7) muzički stub	
	2) frižider	8) računar	
	3) zamrzivač	9) mašinu za pranje sudova	
	4) mikrotalasnu pećnicu	10) mašinu za pranje veša	
	5) televizor	11) bojler	
	6) video-rikorder	12) mašinu za sušenje veša	

II. DIO

Molimo Vas da na sljedeća pitanja odgovorite tako što ćete zaokružiti broj ispred ponuđenog odgovora. Imajte na umu da sve što napišete ostaje tajna!

17.	Da li ste ikada pušili cigarete?		
	Da	1	Ne 2
18.	Ako jeste, sa koliko godina ste to učinili prvi put?		
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
19.	Da li ste u posljednjih mjesec dana pušili?		
	Da	1	Ne 2
20.	Ako jeste koliko cigareta?		
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
21.	Da li ste u proteklih nedjelju dana pušili?		
	Da	1	Ne 2
22.	Ako jeste, koliko cigareta?		
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
23.	Da li ste juče pušili?		
	Da	1	Ne 2
24.	Ako jeste, koliko cigareta?		
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
25.	Koliko često puštite?		
	1) Nikada	4) Svaki dan	
	2) Nekoliko puta mjesečno	5) Ranije sam pušio(la), sada ne	
	3) Nekoliko puta nedjeljno		

III. DIO

Sljedeća pitanja se odnose na Vaša iskustva sa alkoholom (pivo, vino, žestoka pića). Molimo Vas da na njih odgovorite što iskrenije. Sve što napišete ostaje tajna.

26.	<i>Da li ste ikada probali neko alkoholno piće?</i>			
	Da	1	Ne	2
27.	<i>Ako jeste, sa koliko godina ste to učinili prvi put?.....</i>			
28.	<i>Da li ste u posljednjih godinu dana popili neko alkoholno piće?</i>			
	Da	1	Ne	2
29.	<i>Da li ste u posljednjih mjesec dana popili neko alkoholno piće</i>			
	Da	1	Ne	2
30.	<i>Da li ste u posljednjih nedjelju dana popili neko alkoholno piće?</i>			
	Da	1	Ne	2
31.	<i>Koliko često pijete?</i>			
	1) Nikada	4)	Nekoliko puta nedjeljno	
	2) Nekoliko puta godišnje	5)	Svakodnevno	
	3) Nekoliko puta mjesečno			
<i>* Ako uopšte ne pijete preskočite pitanja od 32. do 58.</i>				
32.	<i>Koliko obično popijete kada pijete?</i>			
	1) Jedno piće	4)	Više od šest pića	
	2) Dva pića	5)	Sve dok se ne napijem	
	3) Tri do šest pića			
33.	<i>Šta obično pijete?</i>			
	1) Vino	4)	Žestoka pića	
	2) Pivo	5)	Ne pijem	
	3) Koktele (npr.coca-cola +vinjak)			
34.	<i>Koliko se često napijate?</i>			
	1) Nikada	4)	Jednom ili dva puta nedjeljno	
	2) Jednom ili dva puta godišnje	5)	Više puta nedjeljno	
	3) Jednom ili dva puta mjesečno	6)	Skoro svaki dan	
<i>* Na sljedeća pitanja, koja se odnose na Vaše pijenje (uzimanje droga) u posljednje 2 godine, odgovorite sa da i ne</i>				
35.	<i>Kada ste napeti ili imate problema, da li pijete (ili koristite druge droge) više nego obično?</i>			
	Da	1	Ne	2
36.	<i>Da li ste primijetili da možete da podnesete veću količinu alkohola (ili droge) nego što ste mogli kada ste počinjali da pijete?</i>			
	Da	1	Ne	2
37.	<i>Da li Vam se dešava da se ne sjećate šta ste radili u pijanom stanju (ili pod djelstvom drugih droga), iako Vam prijatelji kažu da niste gubili svijest?</i>			
	Da	1	Ne	2

38.	<i>Kada pijete (ili koristite druge droge) u društvu, da li se dešava da dodajete još malo krijući od drugih?</i>			
	Da	1	Ne	2
39.	<i>Da li često poželite da nastavite da pijete (ili uzimate neku drugu drogu) i onda kada je ostalima iz društva već dosta?</i>			
	Da	1	Ne	2
40.	<i>Da li ste pokušavali da kontrolišete unos alkohola (ili drugih droga) mijenjajući vrste pića ili na neki drugi način?</i>			
	Da	1	Ne	2
41.	<i>Da li Vaši rođaci ili prijatelji brinu ili se žale zbog Vašeg pijenja (ili zloupotrebe drugih droga)?</i>			
	Da	1	Ne	2
42.	<i>Da li Vam se čini da imate sve više problema u školi, na radnom mjestu ili finansijskih problema?</i>			
	Da	1	Ne	2
43.	<i>Da li Vam se dešava da Vam se tresu ruke, a da to prođe kada popijete piće (ili uzmete neku drugu drogu)?</i>			
	Da	1	Ne	2
44.	<i>Da li je alkohol (ili neka druga droga) doveo do problema u Vašem odnosu sa nekim od članova porodice ili prijateljem?</i>			
	Da	1	Ne	
45.	<i>Da li Vam se često dešava da prekršite obećanja koja ste sami sebi dali da ćete staviti pod kontrolu ili smanjiti pijenje (ili uzimanje neke druge droge)?</i>			
	Da	1	Ne	2
46.	<i>Da li je ikada neko od članova Vaše porodice ili prijatelj zatražio stručnu pomoć zbog Vašeg pijenja (ili zloupotrebe neke druge droge)?</i>			
	Da	1	Ne	2
47.	<i>Da li ste imali problema na poslu ili u školi zbog alkohola (ili drugih droga)?</i>			
	Da	1	Ne	2
48.	<i>Da li u posljednje vrijeme primjećujete da ne možete da podnesete onu količinu alkohola koju ste mogli ranije?</i>			
	Da	1	Ne	2
49.	<i>Da li ste ikada zatražili stručnu pomoć zbog problema sa alkoholom ili drogom?</i>			
	Da	1	Ne	2
50.	<i>Da li Vam je ikada ljekar savjetovao da prestanete da pijete ili da smanjite količinu pića?</i>			
	Da	1	Ne	2
51.	<i>Da li Vam se često dešava da se, pod dejstvom alkohola (ili neke droge), sa nekim potučete?</i>			
	Da	1	Ne	2
52.	<i>Da li ste ikada pokušali da kontrolišete pijenje (ili zloupotrebu neke druge droge) promjenom škole/radnog mjesta ili preseljenjem u drugi kraj grada?</i>			
	Da	1	Ne	2

53.	<i>Da li, dok pijete (ili koristite neku drugu drogu) pokušavate da izbjegnute članove porodice ili bliske prijatelje?</i>			
	Da	1	Ne	2
54.	<i>Da li ste, zbog pića (ili uzimanja neke druge droge), izgubili dobrog prijatelja?</i>			
	Da	1	Ne	2
55.	<i>Da li Vam je ikada ljekar rekao da imate problema sa jetrom?</i>			
	Da	1	Ne	2
56.	<i>Da li ste ikada ležali na psihijatrijskom odjeljenju?</i>			
	Da	1	Ne	2
57.	<i>Da li je to bilo zbog problema izazvanih alkoholom ili drogom?</i>			
	Da	1	Ne	2
58.	<i>Da li ste ikada privođeni zbog problema sa alkoholom ili drogom?</i>			
	Da	1	Ne	2

IV. DIO

Pročitajte molimo Vas, sljedeće izjave i procijenite da li su tačne ili pogrešne. Ako smatrate da su tačne zaokružite broj 1, a ako su pogrešne broj 2.

		Tačno	Netačno
59.	<i>Većina mladih mog uzrasta puši</i>	1	2
60.	<i>Sada puši manje ljudi nego prije 5 godina.</i>	1	2
61.	<i>Pušenje postaje sve manje društveno prihvatljivo.</i>	1	2
62.	<i>Dim cigarete sadrži otrovni gas ugljen-monoksid.</i>	1	2
63.	<i>Pušenje usporava rad srca.</i>	1	2
64.	<i>Pušenje opušta i smiruje.</i>	1	2
65.	<i>Jedna popušena cigareta će, u roku od nekoliko minuta, dovesti do podizanja ugljen-monoksida u krvi.</i>	1	2
66.	<i>Redovni pušači imaju viši nivo ugljen-monoksida u krvi nego nepušači.</i>	1	2
67.	<i>Čim popušite cigaretu smanjuje se spretnost i čvrstina Vaših ruku.</i>	1	2
68.	<i>Ako miješate pića prije ćete se opiti nego ako pijete samo jedno.</i>	1	2
69.	<i>Ljudi, pod djelstvom alkohola, živnu i osokole se.</i>	1	2
70.	<i>Pivo i vino sadrže isti procenat alkohola.</i>	1	2
71.	<i>Alkohol je najšire zloupotrebjavana droga.</i>	1	2
72.	<i>Ako trudnica pije, to će se negativno odraziti na zdravlje njene bebe.</i>	1	2
73.	<i>Alkohol je uzrok najvećeg broja tragičnih saobraćajnih nesreća.</i>	1	2
74.	<i>Kada prođe djelstvo alkohola bićete nervozniji(ja) nego prije pijenja.</i>	1	2
75.	<i>Alkohol pomaže da se bolje spava i više odmori tokom noći.</i>	1	2
76.	<i>Većina odraslih svakodvno pije alkoholna pića.</i>	1	2
77.	<i>Osobe koje popiju istu količinu alkohola osjećaće se i ponašati isto.</i>	1	2

V. DIO

* Obilježite brojevima od 1 do 5 koliko često činite ono što je dolje navedeno. Zaokružite 1 za „nikada”, 2 za „skoro nikada”, 3 za „ponekad”, 4 za „skoro uvijek” i 5 za „uvijek”.

Koliko često?		Nikad	Skoro nikad	Ponekad	Skoro uvijek	Uvijek
78.	<i>Dajete komplimente i hvalite svoje prijatelje.</i>	1	2	3	4	5
79.	<i>Zamolite nekoga za uslugu.</i>	1	2	3	4	5
80.	<i>Kažete „ne” kada neko pokušava da pozajmi novac od Vas.</i>	1	2	3	4	5
81.	<i>Započinjete razgovor sa nepoznatom osobom.</i>	1	2	3	4	5
82.	<i>Kažete nekome da Vam se dopada.</i>	1	2	3	4	5
83.	<i>Vratite kupljenu stvar u prodavnicu ukoliko nije ispravna.</i>	1	2	3	4	5
84.	<i>Zamolite druge da Vam vrate ono što ste im pozajmili.</i>	1	2	3	4	5
85.	<i>Kažete „ne” kada Vas neko nagovara da učinite ono što ne želite.</i>	1	2	3	4	5
86.	<i>Kažete „ne” kada neko pokušava da Vas nagovori da pušite.</i>	1	2	3	4	5
87.	<i>Kažete „ne” kada neko pokušava da Vas nagovori da pijete.</i>	1	2	3	4	5
88.	<i>Pobunite se kada neko pokuša da stane ispred Vas u redu.</i>	1	2	3	4	5
89.	<i>Bunite se kada dobijete manji kusura.</i>	1	2	3	4	5
90.	<i>Pozovete kelnera ukoliko Vas do tada nije primijetio i uslužio.</i>	1	2	3	4	5
91.	<i>Kažete svoje mišljenje čak i kada znate da se drugi, možda, neće složiti sa njime.</i>	1	2	3	4	5
92.	<i>Kažete drugima da su uradili nešto što nije fer.</i>	1	2	3	4	5
93.	<i>Ako se izgubite, zamolite nekog od prolaznika da Vam pomogne da se snađete.</i>	1	2	3	4	5
94.	<i>Pozovete nekoga na sastanak.</i>	1	2	3	4	5
95.	<i>Zamolite nekoga, ko Vam smeta, da to više ne čini.</i>	1	2	3	4	5

VI. DIO

* Pročitajte svaku od ovih izjava i na skali od 1 do 5 (kao u prethodnom dijelu) obilježite da li se slažete sa svakom od njih. Zaokružite svoj odgovor.

Smatram da sam:		Uopšte se ne slažem	Ne slažem se	Niti se slažem, niti ne slažem	Slažem se	Potpuno se slažem
96.	<i>Pametna(na).</i>	1	2	3	4	5
97.	<i>Dobro izgledam.</i>	1	2	3	4	5
98.	<i>Simpatična(na).</i>	1	2	3	4	5
99.	<i>Dobar sportista.</i>	1	2	3	4	5
100.	<i>Zadovoljan(na) sobom.</i>	1	2	3	4	5
101.	<i>Popularna(na).</i>	1	2	3	4	5
102.	<i>Druželjubitelj(va).</i>	1	2	3	4	5
103.	<i>Istinoljubitelj(va) i iskren(na).</i>	1	2	3	4	5
104.	<i>Lako je družiti se sa mnogima.</i>	1	2	3	4	5
105.	<i>Sve što naumim mogu da sprovedem u djelo.</i>	1	2	3	4	5
106.	<i>Sve što radim, radim bolje od drugih.</i>	1	2	3	4	5
107.	<i>Mogu da izađem na kraj sa teškim situacijama.</i>	1	2	3	4	5
108.	<i>Zadovoljan(na) sam sobom.</i>	1	2	3	4	5
109.	<i>Srećna(na) sam.</i>	1	2	3	4	5
110.	<i>Želio(ljela) bih da sam drugačiji(a).</i>	1	2	3	4	5
111.	<i>Bolje je biti sam nego se po svaku cijenu privoljeti grupi.</i>	1	2	3	4	5
112.	<i>Volim da mi neko kaže što da radim.</i>	1	2	3	4	5
113.	<i>Lako podliježem uticajima prijatelja i poznanika.</i>	1	2	3	4	5
114.	<i>U stanju sam da samostalno donosim odluke.</i>	1	2	3	4	5
115.	<i>Sa lakoćom uspijevam druge da nagovorim da rade isto što i ja.</i>	1	2	3	4	5
116.	<i>Ako bi moji drugovi tražili od mene da pušim, ja bih to učinio(la).</i>	1	2	3	4	5
117.	<i>Ako bi mi neko ponudio cigaretu uzeo(la) bih je i popušio(la).</i>	1	2	3	4	5
118.	<i>Kada vidim na reklamama (na TV-u ili novinama) da neko puši i ja dobijem želju da zapalim.</i>	1	2	3	4	5
119.	<i>Kada sam u nepoznatom društvu ili se upoznajem sa nekim obično sam nervozan(na).</i>	1	2	3	4	5
120.	<i>U društvu sam obično opušten(a) i siguran(a) u sebe.</i>	1	2	3	4	5

<i>Nimalo mi nije neprijatno kada:</i>						
121.	<i>Upoznajem se sa osobom suprotnog pola.</i>	1	2	3	4	5
122.	<i>Pričam sa nekim koga sam sreo(la).</i>	1	2	3	4	5
123.	<i>Dajem komplimente.</i>	1	2	3	4	5
124.	<i>Dobijam komplimente.</i>	1	2	3	4	5
125.	<i>Izražavam svoja osjećanja.</i>	1	2	3	4	5
126.	<i>Pozivam nekoga na sastanak.</i>	1	2	3	4	5
127.	<i>Započinjem razgovor sa nepoznatom osobom.</i>	1	2	3	4	5
<i>Kada donosim značajne odluke na mene najviše utiču:</i>						
128.	<i>Prijatelji.</i>	1	2	3	4	5
129.	<i>Članovi porodice.</i>	1	2	3	4	5
130.	<i>Nastavnici.</i>	1	2	3	4	5
131.	<i>Novine, časopisi, knjige.</i>	1	2	3	4	5
132.	<i>TV, radio, filmovi.</i>	1	2	3	4	5

VII. DIO

Molimo Vas da odgovorite na sljedeća pitanja, tako što ćete zaokružiti broj ispred jedne od ponuđenih mogućnosti. Imajte na umu da sve što nam otkrijete o sebi, ostaje tajna.

133.	<i>Da li ste ikada probali marihuanu?</i>				
	Da	1	Ne		2
134.	<i>Ako jeste, sa koliko ste godina to učinili prvi put?</i>				
135.	<i>Da li ste u posljednjih mjesec dana pušili marihuanu?</i>				
	Da	1	Ne		2
136.	<i>Da li ste u posljednjih nedjelju dana pušili marihuanu?</i>				
	Da	1	Ne		2
137.	<i>Koliko često pušite marihuanu?</i>				
	1) Nikada	4)	Nekoliko puta nedjeljno		
	2) Nekoliko puta godišnje	5)	Svaki dan		
	3) Nekoliko puta mjesečno				
138.	<i>Koliko Vaših prijatelja puši marihuanu?</i>				
	1) Nijedan	4)	Većina		
	2) Jedan ili dva	5)	Svi		
	3) Nekoliko				
139.	<i>Da li ste juče pušili(la) marihuanu?</i>				
	Da	1	Ne		2
140.	<i>Kako bi Vaši roditelji reagovali kada bi saznali da pušite marihuanu?</i>				
		1)	Uopšte se ne bi ljutili		
		2)	Ljutili bi se		
		3)	Bili bi zaista bijesni		

VIII. DIO

Zaokružite odgovor na sljedeća pitanja. Zapamtite da sve što nam otkrijete, ostaje tajna.

141. <i>Da li ste ikada koristili lijekove za smirenje i spavanje?</i>				
<i>* Ako nijeste, preskočite pitanja od 142. do 152, pređite odmah na pitanje 11.</i>				
	Da	1	Ne	2
142.	<i>Ako jeste, sa koliko godina ste to učinili prvi put?</i>			
143.	<i>Na koji način ste prvi put navbavili ove lijekove?</i>			
	1) Dobili ste sami recept od svog ljekara	4)	Našli ste ih u kući	
	2) Kupili ste ih, bez recepta, u apoteci	5)	Na drugi način	<input type="checkbox"/>
	3) Dobili ste ih od druga(rice)			
144.	<i>Da li ste u posljednjih mjesec dana uzimali lijekove za smirenje i spavanje?</i>			
	Da	1	Ne	2
145.	<i>Da li ste u posljednjih nedjelju dana uzimali lijekove za smirenje i spavanje?</i>			
	Da	1	Ne	2
146.	<i>Da li ste juče uzimali lijekove za smirenje i spavanje?</i>			
	Da	1	Ne	2
147.	<i>Koliko često uzimate lijekove za smirenje i spavanje?</i>			
	1) Nikada	4)	Nekoliko puta nedjeljno	
	2) Nekoliko puta godišnje	5)	Svaki dan	
	3) Nekoliko puta mjesečno			
148.	<i>Kada uzimate lijekove za smirenje i spavanje, koliko tableta uzimate u toku dana?</i>			
	1) Jednu tabletu	4)	7-9 tableta	
	2) 2-3 tablete	5)	10 i više tableta	
	3) 4-6 tableta			
149.	<i>Da li, uz lijekove za smirenje i spavanje, uzimate alkohol?</i>			
	1) Da, redovno			
	2) Da, ponekad			
	3) Nikada			
150.	<i>Da li Vam je ikada, zbog trovanja ovim lijekovima, bila potrebna medicinska pomoć?</i>			
	Da	1	Ne	2
151.	<i>Koliko Vaših drugova/drugarica uzima lijekove za smirenje i spavanje?</i>			
	1) Nijedan	4)	Većina	
	2) Jedan ili dva	5)	Svi	
	3) Nekoliko			
152.	<i>Kako bi Vaši roditelji reagovali kada bi saznali da koristite lijekove za smirenje i spavanje?</i>			
	1) Uopšte se ne bi ljutili			
	2) Ljutili bi se			
	3) Bili bi jako bijesni			

IX. DIO

Molimo Vas da na sljedeća pitanja odgovorite iskreno tako što ćete zaokružiti broj ispred jednog od ponuđenih odgovora. Podsjećamo Vas da će sve što ovdje otkrijete, ostati tajna.

153.	Da li ste ikada probali heroin? (Ako nijeste, preskočite pitanja od 154. do 160)		
	Da 1	Ne	2
154.	Ako jeste, sa koliko godina ste to učinili prvi put?		<input type="checkbox"/>
155.	Da li ste u posljednjih mjesec dana uzimali heroin?		
	Da 1	Ne	2
156.	Da li ste u posljednjih nedjelju dana uzimali heroin?		
	Da 1	Ne	2
157.	Da li ste juče uzimali heroin?		
	Da 1	Ne	2
158.	Koliko često uzimate heroin?		
	1) Nikada	4) Nekoliko puta nedjeljno	
	2) Nekoliko puta godišnje	5) Svaki dan	
	3) Nekoliko puta mjesečno		
159.	Ako uzimate heroin, da li to činite:		
	1) snifovanjem („na nos“)	3) pušenjem	
	2) intravenski		
160.	Da li ste ikada zatražili pomoć ljekara zbog problema sa heroinom?		
	1) Ne	4) Bio(la) sam više puta na bolničkom liječenju	
	2) Da, odlazio sam u dispanzer	5) Dolazila je hitna pomoć	
	3) Bio(la) sam jednom na bolničkom liječenju		
161.	Koliko Vaših drugova/drugarica uzima heroin?		
	1) Nijedan	4) Većina	
	2) Jedan ili dva	5) Svi	
	3) Nekoliko		
162.	Kako bi Vaši roditelji reagovali kada bi saznali da uzimate heroin?		
	1) Bili bi zabrinuti, ali se ne bi ljutili		
	2) Bili bi ljuti		
	3) Bili bi jako bijesni		

X. DIO

163.	Da li ste ikada uzimali trodon (tramal, sintradon...)? (Ako nijeste, preskočite pitanja od 164. do 166, pređite odmah na pitanje 167)		
	Da 1	Ne	2
164.	Ako jeste, sa koliko godina ste to učinili prvi put?		<input type="checkbox"/>

165.	<i>Koliko često uzimate trodon?</i>			
	1) Nikada	4)	Svaki dan	
	2) Nekoliko puta mjesečno	5)	Kada ne mogu da nabavim heroin ili	
	3) Nekoliko puta nedjeljno		kada pokušavam sam da liječim zavisnost od heroina	
166.	<i>Ako uzimaš trodon, koliko tableta uzmeš u toku dana?</i>			
	1) Nijednu	4)	5-10	
	2) 1-2	5)	10-20	
	3) 3-5	6)	Više od 20	
167.	<i>Da li ste ikada uzimali extasy?</i>			
	Da	1	Ne	2
168.	<i>Koliko često uzimate Extasy?</i>			
	1) Nikada	4)	Nekoliko puta nedjeljno	
	2) Nekoliko puta godišnje	5)	Skoro svaki dan	
	3) Nekoliko puta mjesečno			
169.	<i>Da li ste ikada uzimali kokain?</i>			
	Da	1	Ne	2
170.	<i>Ako jeste, sa koliko godina ste to učinili prvi put?</i>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
171.	<i>Koliko često uzimate kokain?</i>			
	1) Nikada	4)	Nekoliko puta nedjeljno	
	2) Nekoliko puta godišnje	5)	Skoro svaki dan	
	3) Nekoliko puta mjesečno			
172.	<i>Da li ste ikada uzimali amfetamin („speed”)”?</i>			
	Da	1	Ne	2
173.	<i>Da li ste ikada uzimali efedrin?</i>			
	Da	1	Ne	2
174.	<i>Da li ste ikada „duvali” lijepak, bronzu i slično?</i>			
	Da	1	Ne	2
175.	<i>Ako jeste, sa koliko godina ste to učinili prvi put?</i>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
176.	<i>Koliko često duvate lijepak?</i>			
	1) Nikada	4)	Svaki dan	
	2) Nekoliko puta mjesečno	5)	Nekada sam duvao(la) lijepak, sada ne	
	3) Nekoliko puta nedjeljno			

XI. DIO

Molimo Vas da odgovorite na sljedeća pitanja tako što ćete zaokružiti broj ispred jednog od ponuđenih odgovora.

177.	<i>Živim sa:</i>			
	1) majkom i ocem	4)	ne živim sa roditeljima, već sa	<input type="checkbox"/>
	2) samo sa ocem			
	3) samo sa majkom			

178.	<i>Navedite ko još, osim roditelja, živi sa Vama u zajedničkom domaćinstvu?</i>		<input type="checkbox"/>
179.	<i>Koju školu je završio Vaš otac?</i>		
	1) Nepotpunu osnovnu 2) Osmogodišnju 3) Srednju	4) Višu 5) Visoku	
180.	<i>Koliko često Vaš otac puši?</i>		
	1) Nikada 2) Nekoliko puta mjesečno 3) Nekoliko puta nedjeljno	4) Svaki dan 5) Prestao je da puši	
181.	<i>Koliko često Vaša majka puši?</i>		
	1) Nikada 2) Nekoliko puta mjesečno 3) Nekoliko puta nedjeljno	4) Svaki dan 5) Prestala je da puši	
182.	<i>Koliko Vaše braće i sestara puši?</i>		
	1) Nemam braće i sestara 2) Jedan(na) 3) Dvoje	4) Troje 5) Nijedan(na)	
183.	<i>Koliko često Vaš otac pije?</i>		
	1) Nikada 2) Nekoliko puta godišnje 3) Nekoliko puta mjesečno	4) Nekoliko puta nedjeljno 5) Svaki dan	
184.	<i>Koliko često Vaša majka pije?</i>		
	1) Nikada 2) Nekoliko puta godišnje 3) Nekoliko puta mjesečno	4) Nekoliko puta nedjeljno 5) Svaki dan	
185.	<i>Koliko Vaših braće i sestara pije alkohol?</i>		
	1) Nemam braće i sestara 2) Jedan(na) 3) Dvoje	4) Troje 5) Nijedan(na)	
186.	<i>Da li Vaši roditelji uzimaju lijekove za smirenje i spavanje?</i>		
	1) Ne 2) Da, jedan	3) Da, oboje 4) Nijesam siguran(na)	
187.	<i>Što mislite, da li Vaši roditelji puše marihuanu?</i>		
	1) Ne 2) Da, jedan	3) Da, oboje 4) Nijesam siguran(na)	
188.	<i>Da li Vaša braća i sestre puše marihuanu?</i>		
	1) Ne 2) Da, jedan(na)	3) Da, dvoje 4) Nijesam siguran(na)	
189.	<i>Da li je u porodici neko heroinski zavisnik?</i>		
	1) Ne 2) Da, otac 3) Da, majka	4) Da, oba roditelja 5) Da, brat/sestra	

XII. DIO

Zaokružite broj ispred jednog od ponuđenih odgovora.

U djetinjstvu sam bio(la):

190.	<i>Miran(na), povučen(na)</i>			
	Da	1	Ne	2
191.	<i>Koliko imate braće i sestara:</i>			
	1) Jedinac – jedinica	5)	Četvoro	
	2) Jedno	6)	Petoro	
	3) Dvoje	7)	šestoro	
	4) Troje	8)	Sedmero i više	
192.	<i>Koje ste dijete po redu rođenja?</i>			
	1) Jedinac	5)	Četvrto	
	2) Pvo	6)	Peto	
	3) Drugo	7)	Šesto	
	4) Treće	8)	Sedmo i dalje	
193.	<i>Da li je među roditeljima dolazilo do čestih i teških svađa?</i>			
	Da	1	Ne	2
194.	<i>Da li su roditelji bili skloni fizičkom nasilju jedno prema drugom?</i>			
	1) Nijesu	3)	Majka je tukla oca	
	2) Otac je tukao majku	4)	Tukli su se uzajamno	
<i>A sada, molim Vas, odgovorite na neka pitanja koja se tiču odnosa između Vas i Vaših roditelja u roditeljskom domu.</i>				
195.	<i>Otac je bio pretjerano strog u vaspitanju?</i>			
	Da	1	Ne	2
196.	<i>Majka je bila pretjerano stroga u vaspitanju.</i>			
	Da	1	Ne	2
197.	<i>Otac je prema meni bio pretjerano brižan.</i>			
	Da	1	Ne	2
198.	<i>Majka je prema meni bila pretjerano brižna.</i>			
	Da	1	Ne	2
199.	<i>Imam utisak da me otac nije volio.</i>			
	Da	1	Ne	2
200.	<i>Imam utisak da me majka nije voljela.</i>			
	Da	1	Ne	2
201.	<i>Imam utisak da me je otac u odnosu na drugu djecu zanemarivao.</i>			
	1) Da			
	2) Ne			
	3) Jedinac - ca			
202.	<i>Imam utisak da me je majka u odnosu na drugu djecu zanemarivala.</i>			
	1) Da			
	2) Ne			
	3) Jedinac - ca			
203.	<i>Otac me je često tukao.</i>			
	Da	1	Ne	2

204.	<i>Ako Vas je otac često tukao, da li je to, po Vašem mišljenju bilo opravdano?</i>			
	1) Da 2) Ne 3) Nije me tukao			
205.	<i>Majka me je često tukla.</i>			2
	Da 1 Ne			
206.	<i>Ako Vas je majka često tukla, da li je to, po Vašem mišljenju, bilo opravdano?</i>			
	1) Da 2) Ne 3) Nije me tukla			
207.	<i>Ocu se nijesam mogao-la povjeriti, jer sam imao-la utisak da me ne razumije.</i>			2
	Da 1 Ne			
208.	<i>Majci se nijesam mogao-la povjeriti, jer sam imao-la utisak da me ne razumije.</i>			2
	Da 1 Ne			
<i>Da li je među članovima porodice bila prisutna neka od sljedećih pojava.</i>				
209.	<i>Depresija majke i (ili) sestara.</i>			2
	Da 1 Ne			
210.	<i>Depresija oca i (ili) braće.</i>			2
	Da 1 Ne			
211.	<i>Depresija među bliskim srodnicima (stric, ujak, tetka, sestra od strica, sestra od tetke i sl.).</i>			2
	Da 1 Ne			
212.	<i>Ostale duševne bolesti (šizofrenija, paranoja i dr.)</i>			2
	Da 1 Ne			
213.	<i>Kriminalitet.</i>			2
	Da 1 Ne			
214.	<i>Prostitucija i seksualne nastranosti.</i>			2
	Da 1 Ne			
215.	<i>Razvod roditelja.</i>			2
	Da 1 Ne			
216.	<i>Pokušaji samoubistva.</i>			2
	Da 1 Ne			
217.	<i>Samoubistvo.</i>			2
	Da 1 Ne			
218.	<i>Ubistvo.</i>			2
	Da 1 Ne			
219.	<i>Dugotrajno izraženo siromaštvo.</i>			2
	Da 1 Ne			
220.	<i>Alkoholizam.</i>			2
	Da 1 Ne			

221.	<i>Da li su se roditelji često sukobljavali oko toga kako treba vaspitavati djecu?</i>			
	Da	1	Ne	2
222.	<i>Da li je između Vas i Vaše braće i sestara bilo stalne netrpeljivosti?</i>			
	1) Da			
	2) Ne			
	3) Jedinac-ca			
<i>Zaokružite broj ispred jednog od ponuđenih odgovora.</i>				
<i>U djetinjstvu sam bio(la):</i>				
223.	<i>Nemiran(na)</i>			
	Da	1	Ne	2
224.	<i>Pretjerano nemiran(na)</i>			
	Da	1	Ne	2
225.	<i>Stidljiv(va)</i>			
	Da	1	Ne	2
226.	<i>Sklon(a) svađama</i>			
	Da	1	Ne	2
227.	<i>Sklon(a) tučama</i>			
	Da	1	Ne	2
<i>Sada sam:</i>				
228.	<i>Miran(na), povučen(na)</i>			
	Da	1	Ne	2
229.	<i>Nervozan(na)</i>			
	Da	1	Ne	2
230.	<i>Pretjerano nervozan(na)</i>			
	Da	1	Ne	2
231.	<i>Stidljiv(a)</i>			
	Da	1	Ne	2
232.	<i>Sklon(a) svađama</i>			
	Da	1	Ne	2
233.	<i>Sklon(a) tučama</i>			
	Da	1	Ne	2
234.	<i>Da li ste do sada kažnjavani?</i>			
	1) Ne			
	2) Da, prekršajno			
	3) Da, krivično			
<i>Da li ste tokom školovanja imali neke od navedenih problema u učenju:</i>				
235.	<i>Dosadno mi je bilo da učim</i>			
	Da	1	Ne	2
236.	<i>Teško sam se koncentrisao(la)</i>			
	Da	1	Ne	2
237.	<i>Slabo sam pamtio(la) ono što učim</i>			
	Da	1	Ne	2
238.	<i>Često nijesam razumio(la) gradivo.</i>			
	Da	1	Ne	2

239.	<i>Kakav ste prosječan uspjeh imali u srednjoj školi?</i>			
	1) Nijesam pohađao(la) srednju školu	4)	Dobrim	
	2) Napustio(la) sam srednju školu	5)	Vrlo dobrim	
	3) Sa dovoljnim	6)	Odličnim	
240.	<i>Ukoliko ste studirali (ili sada studirate) kakav je Vaš uspjeh na fakultetu?</i>			
	1) Nijesam studirao(la)	5)	Niska prosječna ocjena (ispod 7,5)	
	2) Napustio(la) sam fakultet	6)	Srednja prosječna ocjena (7,5 do 8,5)	
	3) Izgubio(la) sam jednu godinu	7)	Visoka prosječna ocjena (preko 8,5)	
	4) Izgubio(la) sam dvije ili više godina			

UPUTSTVO ZA POPUNJAVANJE OVOG UPITNIKA

Ovdje su nabrojani događaji koji se češće ili rjeđe dešavaju ljudima. Možda su se neki od njih desili i Vama i manje ili više Vas uznemirili. Vi ćete uzeti u obzir samo događaje koji su Vas u toku dosadašnjeg života manje ili više uznemirili.

Treba da procijenite koliko Vas je neki događaj, koji Vam se od navedenih desio, lično uznemirio i možda izbacio iz ravnoteže. Pored naziva događaja nalazi se skala od 0 do 10. Nula označava nepostojanje uznemirenosti, broj 1 označava najmanji stepen uznemirenosti, broj 2 nešto veći i tako redom. Broj 10 označava najveći stepen uznemirenosti. Najbolje je da najprije pročitate cijelu listu događaja, identifikujete one koji su Vam se desili, potom ih procijenite na gore navedeni način.

Neki od događaja su takve prirode da se dese samo jedanput, a neki više puta. Pored skale postoji crta na kojoj treba da upišete koliko ste imali godina kada se događaj prvi put desio. Ako se neki od navedenih događaja jednostavno nije desio preskočićete ga i ocjenjivati samo događaje koji su Vam se do sada desili u životu. Ako postoji događaj koji nije obuhvaćen ovim upitnikom, Vi ga na kraju dopišite i ocijenite kao i sve prethodne.

241. *Značajne finansijske teškoće.*
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 god. □□
242. *Prevremeni porođaj ili mrtvorodeno dijete.*
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 god. □□
243. *Rođenje djeteta (za majku).*
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 god. □□
244. *Završetak obučavanja u nečem važnom.*
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 god. □□
245. *Kazna zatvora.*
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 god. □□
246. *Bliski član porodice počinje piti.*
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 god. □□
247. *Smrt bliskog člana porodice.*
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 god. □□
248. *Nezaposlenost.*
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 god. □□
249. *Nevjerstvo bračnog druga (djevojke, mladića) ukoliko nije oženjen-udata.*
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 god. □□
250. *Kriza u braku ili u zabavljanju.*
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 god. □□
251. *Nevjerstvo bračnog druga (partnera za neoženjene – neudate).*
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 god. □□
252. *Dugotrajnija bračna nesloga i nesporazumi.*
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 god. □□
253. *Izgubljen ili ukraden važan predmet.*
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 god. □□
254. *Ozbiljna bolest člana porodice.*
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 god. □□
255. *Poslovni neuspjeh.*
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 god. □□
256. *Smrt djeteta.*
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 god. □□
257. *Razvod braka.*
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 god. □□

258. Ozbiljna sopstvena bolest opasna po život ili invaliditet.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 god.

259. Smrt bliskog prijatelja.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 god.

260. Bračno razdvajanje zbog „više sile“ (bolest, posao, mobilizacija i sl.):

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 god.

261. Razdvajanje od bliskog prijatelja.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 god.

262. Rođenje djeteta (za oca).

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 god.

263. Bliski član porodice pokušao samoubistvo.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 god.

264. Neželjena trudnoća.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 god.

265. Hronični sukobi ispitanika sa roditeljima.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 god.

266. Delinkventno ponašanje ispitanika.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 god.

267. Pripremanje za važan ispit.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 god.

268. Selidba u drugi grad.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 god.

269. Gubitak posla.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 god.

270. Selidba u drugu državu.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 god.

271. Smrt bračnog druga.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 god.

272. Neriješeno stambeno pitanje – stambeni problemi.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 god.

273. Pad na važnom ispitu.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 god.

274. Zasnivanje stalnog radnog odnosa.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 god.

275. *Željena trudnoća.*

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 god. □□

276. *Saobraćajni udes.*

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 god. □□

277. *Vanbračne afere.*

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 god. □□

278. *Javna društvena osuda.*

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 god. □□

279. *Sklapanje braka.*

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 god. □□

280. *Osjećaj frustracije zbog posla van struke.*

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 god. □□

281. *Uvođenje sankcija i blokade našoj zemlji.*

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 god. □□

282. *Život u izbjeglištvu.*

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 god. □□

283. *Neizvjesna sudbina bližih članova porodice zbog rata.*

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 god. □□

284. *Mobilizacija i učešće bliskih osoba u ratu.*

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 god. □□

285. *Nemogućnost kontakta sa širom porodicom zbog rata.*

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 god. □□

286. *Nezadovoljstvo poslom.*

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 god. □□

287. *„Galopirajuća inflacija“.*

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 god. □□

288. *Odlazak na prinudni odmor i neizvjestan nastavak rada.*

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 god. □□

289. *Nezadovoljstvo poslom.*

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 god. □□

290. *Učestala politička previranja, demonstracije, protesti.*

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 god. □□

291. *Neredovna i zakašnjela isplata ličnih dohodaka.*

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 god. □□

292. Učestali sukobi na radnom mjestu.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 god. □□

293. Nestišice osnovnih životnih namirnica i lijekova.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 god. □□

294. Kriminalitet članova roditeljske porodice.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 god. □□

295. Nestišice električne energije i drugih energenata (benzin, mazut, lož ulje, gas).
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 god. □□

296. Znatno smanjena mogućnost putovanja u inostranstvo.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 god. □□

297.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 god. □□

298.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 god. □□

299.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 god. □□

300.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 god. □□

UPITNIK EPQ-103

Molimo Vas da odgovorte na ovaj upitnik zaokruživanjem odgovora „DA” ili „NE” na svako pitanje. Ovdje nema tačnih i netačnih odgovora kao na testovima, niti pitanja kojima pokušavamo da Vas prevarimo. Radite brzo ne razmišljajući predugo o svakom pitanju.

NE ZABORAVITE DA ODGOVORITE NA SVAKO PITANJE!

- | | | |
|---|----|----|
| 301. <i>Da li se iz zabave bavite mnogim različitim stvarima?</i> | DA | NE |
| 302. <i>Imate li naviku da razmišljate prije nego što bilo šta učinite?</i> | DA | NE |
| 303. <i>Da li Vam se raspoloženje često mijenja?</i> | DA | NE |
| 304. <i>Da li ste ikada bili pohvaljeni za nešto što je uradio neko drugi?</i> | DA | NE |
| 305. <i>Da li mnogo obraćate pažnju na ono što ljudi misle?</i> | DA | NE |
| 306. <i>Da li ste govorljiva osoba?</i> | DA | NE |
| 307. <i>Da li ste zabrinuti kada ste nekome nešto dužni?</i> | DA | NE |
| 308. <i>Da li se ikada osjećate sasvim jadno, bez nekog stvarnog razloga?</i> | DA | NE |
| 309. <i>Da li materijalno pomažete siromašnijim ljudima?</i> | DA | NE |
| 310. <i>Da li ste ikada uzeli više nego što Vam pripada?</i> | DA | NE |
| 311. <i>Da li je tačno da ne volite ljude koji ne znaju da se ponašaju?</i> | DA | NE |
| 312. <i>Smatrate li da ste prilično živahna osoba?</i> | DA | NE |
| 313. <i>Da li bi Vas jako uznemirilo da vidite da neko dijete ili životinja pati?</i> | DA | NE |
| 314. <i>Da li svake noći pazite na to da zaključate vrata od stana?</i> | DA | NE |
| 315. <i>Da li često brinete zbog nečeg što ste učinili, a to nije trebalo učiniti ili reći?</i> | DA | NE |
| 316. <i>Da li uvijek održite obećanje, ma koliko Vam to bilo nezgodno?</i> | DA | NE |
| 317. <i>Da li često posjećujete mjesto gdje se ljudi veselo zabavljaju?</i> | DA | NE |
| 318. <i>Da li ste razdražljivi?</i> | DA | NE |
| 319. <i>Da li ljudi uvijek treba da poštuju zakone?</i> | DA | NE |
| 320. <i>Da li ste ikada okrivili nekoga za nešto što je u stvari bila Vaša greška?</i> | DA | NE |
| 321. <i>Volite li da sklapate poznanstva?</i> | DA | NE |
| 322. <i>Da li je lijepo ponašanje veoma važna stvar?</i> | DA | NE |
| 323. <i>Smatrate li da je potrebno da se čovjek osigurava kod osiguravajućeg zavoda?</i> | DA | NE |
| 324. <i>Da li je Vaša osjećanja lako povrijediti?</i> | DA | NE |

325. *Da li su sve Vaše navike dobre i poželjne?* DA NE
326. *Da li se u društvu držite povučeno?* DA NE
327. *Da li biste uzeli droge koje mogu imati čudne i opasne posljedice?* DA NE
328. *Da li se često osjećate kao da Vam je svega dosta?* DA NE
329. *Da li ste ikada uzeli nešto tuđe, makar to bila i bezvrijedna sitnica?* DA NE
330. *Da li jako volite da izlazite radi zabave?* DA NE
331. *Da li više volite da postupate na svoj način nego prema pravilima?* DA NE
332. *Da li Vam pričinjava zadovoljstvo da povrijedite ljude koje volite?* DA NE
333. *Da li Vas često muči osjećanje krivice?* DA NE
334. *Da li ponekad raspravljate o stvarima o kojima ništa ne znate?* DA NE
335. *Da li više volite da sjedite kod kuće i čitate nego da izlazite i susrećete se s ljudima?* DA NE
336. *Imate li neprijatelja koji žele da Vam naškode?* DA NE
337. *Da li biste za sebe rekli da ste nervozna osoba?* DA NE
338. *Imate li mnogo prijatelja?* DA NE
339. *Da li uživate u tome da sa ljudima izvodite šale koje im mogu biti neugodne?* DA NE
340. *Da li ste često zabrinuti?* DA NE
341. *Da li ste kao dijete odmah i bez gundanja uradili ono što Vam se kaže?* DA NE
342. *Smatrate li sebe jednostavnom i bezbrižnom osobom?* DA NE
343. *Da li mnogo držite do čistoće i lijepog ponašanja?* DA NE
344. *Da li ste često postupali suprotno željama Vaših roditelja?* DA NE
345. *Da li Vas brinu neke strašne stvari koje bi mogle da se dogode?* DA NE
346. *Da li ste ikada izgubili ili razbili nešto tuđe?* DA NE
347. *Da li, kad sklapate nova prijateljstva, to i obično potiče s Vaše strane?* DA NE
348. *Smatrate li sebe napetom osobom?* DA NE
349. *Da li u društvu pretežno ćutite?* DA NE
350. *Da li smatrate da je brak zastarela stvar koju treba ukinuti?* DA NE
351. *Da li se ponekad pomalo hvalite?* DA NE
352. *Da li manje od većine ljudi brinete o tome što je pravilno, a što pogrešno?* DA NE
353. *Da li Vam je lako da unesete živost u društvo koje se dosađuje?* DA NE
354. *Da li Vas nerviraju vozači koji voze oprezno?* DA NE

- | | | |
|---|----|----|
| 355. <i>Da li ste zabrinuti za svoje zdravlje?</i> | DA | NE |
| 356. <i>Da li ste o nekome rekli nešto rđavo i nepristojno?</i> | DA | NE |
| 357. <i>Da li uživate u tome da saradujete sa drugima?</i> | DA | NE |
| 358. <i>Volite li da pričate viceve i zabavne zgode?</i> | DA | NE |
| 359. <i>Da li Vam većina jela ima isti ukus?</i> | DA | NE |
| 360. <i>Da li ste kao dijete ikada bili drski prema roditeljima?</i> | DA | NE |
| 361. <i>Da li volite da se družite?</i> | DA | NE |
| 362. <i>Da li ste zabrinuti kada znate da ste napravili neku grešku u radu?</i> | DA | NE |
| 363. <i>Patite li od nesanice?</i> | DA | NE |
| 364. <i>Da li prije jela uvijek operete ruke?</i> | DA | NE |
| 365. <i>Da li gotovo uvijek imate spreman odgovor kad Vas neko nešto pita?</i> | DA | NE |
| 366. <i>Da li volite da stignete na sastanak mnogo prije vremena?</i> | DA | NE |
| 367. <i>Da li se često osjećate umornim i iscrpljenim bez razloga?</i> | DA | NE |
| 368. <i>Da li ste ikada prevarili u nekoj igri?</i> | DA | NE |
| 369. <i>Volite li poslove u kojima treba brzo raditi?</i> | DA | NE |
| 370. <i>Da li je Vaša majka dobra (bila dobra)?</i> | DA | NE |
| 371. <i>Da li često osjetite da je život dosadan?</i> | DA | NE |
| 372. <i>Da li ste ikada izvukli neku korist od nečega što je neko drugi zamislio ili učinio?</i> | DA | NE |
| 373. <i>Da li često radite više poslova, nego što za njih imate vremena?</i> | DA | NE |
| 374. <i>Ima li ljudi koji Vas izbjegavaju?</i> | DA | NE |
| 375. <i>Brinete li se mnogo zbog svog izgleda?</i> | DA | NE |
| 376. <i>Smatrate li da su ljudi suviše okupirani štednjom novca i gomilanjem stvari da bi obezbijedili svoju budućnost?</i> | DA | NE |
| 377. <i>Da li ste ikad poželjeli da ste mrtvi?</i> | DA | NE |
| 378. <i>Da li biste prikrili porez kada biste bili sigurni da Vas nikada neće otkriti?</i> | DA | NE |
| 379. <i>Da li ste sposobni da razveselite društvo?</i> | DA | NE |
| 380. <i>Da li uglavnom nastojite da ne budete grubi prema ljudima?</i> | DA | NE |
| 381. <i>Da li se suviše dugo „grizete” u sebi nakon doživljene neprijatnosti?</i> | DA | NE |
| 382. <i>Da li uvijek smislite prije nego što činite?</i> | DA | NE |
| 383. <i>Da li ste ikada nepotrebno nastojali da bude po Vašem?</i> | DA | NE |
| 384. <i>Da li obično stižete na voz u posljednjem trenutku?</i> | DA | NE |
| 385. <i>Patite li „od živaca”?</i> | DA | NE |
| 386. <i>Da li se Vaša prijateljstva često prekidaju bez Vaše krivice?</i> | DA | NE |

- | | |
|--|-------|
| 387. <i>Da li se često osjećate usamljenim?</i> | DA NE |
| 388. <i>Da li uglavnom vjerujete ljudima da govore istinu?</i> | DA NE |
| 389. <i>Da li uvijek činite ono što govorite ljudima da treba činiti?</i> | DA NE |
| 390. <i>Da li ponekad volite da gnjavite životinje?</i> | DA NE |
| 391. <i>Da li Vas lako pogodi neka zamjerka na Vaš rad ili ponašanje?</i> | DA NE |
| 392. <i>Da li se više isplati poštovati društvene norme, nego postupati po svom?</i> | DA NE |
| 393. <i>Da li ste ikada zakasnili na sastanak ili posao?</i> | DA NE |
| 394. <i>Volite li da budete u uzbudljivoj gužvi ili metežu?</i> | DA NE |
| 395. <i>Da li biste voljeli da Vas se ljudi boje?</i> | DA NE |
| 396. <i>Da li se ponekad osjećate prepuni energije, a ponekad vrlo jadno?</i> | DA NE |
| 397. <i>Da li ponekad odložite za sutra nešto što treba učiniti danas?</i> | DA NE |
| 398. <i>Da li Vas drugi smatraju živahnom osobom?</i> | DA NE |
| 399. <i>Da li Vam ljudi pričaju mnoge laži?</i> | DA NE |
| 400. <i>Da li vjerujete da čovjek ima posebne obaveze prema svojoj porodici?</i> | DA NE |
| 401. <i>Da li ste osjetljivi na neke stvari?</i> | DA NE |
| 402. <i>Da li ste uvijek spremni da priznate kad pogriješite?</i> | DA NE |
| 403. <i>Da li bi Vam bilo žao životinje uhvaćene u gvožđe ili klopku?</i> | DA NE |

HVALA NA SARADNJI

1. Dr Borislav Đukanović, sociolog, redovni profesor socijalne patologije i sociologije porodice na Katedri za sociologiju Filozofskog fakulteta u Nikšiću, Crna Gora.
2. Dr Ivan Dimitrijević, neuropsihijatar, docent na Medicinskom fakultetu u Beogradu i pomoćnik direktora Instituta za psihijatriju Medicinskog fakulteta u Beogradu.
3. Dr Jovan Bukelić, neuropsihijatar, redovni profesor socijalne psihijatrije na Defektološkom fakultetu u Beogradu i direktor Instituta za mentalno zdravlje u Beogradu.
4. Prim. dr Zlatko Stojović, načelnik Dispanzera za mentalno zdravlje javne zdravstvene ustanove „Dom zdravlja” u Herceg Novom.
5. Dr Jasmina Knežević–Tasić, psihijatar, vlasnik privatne psihijatrijske ordinacije „Lorijen” u Beogradu.
6. Miloš Bešić, sociolog iz Kruševca, pred odbranom magistarskog rada na Katedri za sociologiju Filozofskog fakulteta u Nikšiću.

ILLUSION OF REALITY – ALCOHOL AND DRUG DEPENDENCE

Epidemiological Picture, Risk Factors and Programmes
for Psychoactive Substances Abuse Among the Young
Individuals in Montenegro

Borislav Đukanović, Ivan Dimitrijević, Jovan Bukelić,
Zlatko Stojović, Jasmina Knežević-Tasić, and Miloš Bešić

This monograph is a result of the most extensive investigation of risk factors and epidemiological picture of the use and abuse of, and addiction to psychoactive substances among the young individuals in Montenegro. This is supported by the fact that more than 700.000 data have been collected and analysed in this investigation.

The first, theoretical part of the study presents evolution of the theoretical models, classificatory approaches, and developmental phases of addiction. The defence mechanisms of drug addicts have been analysed, and a detailed description of the psycho-pharmaco-dynamic properties of the naturally occurring and synthetic psychoactive substances was given, with a view to the WHO diagnostic criteria of intoxication and of the withdrawal syndrome.

A review of addiction was given from the aspect of psychosocial, behavioural, genetic, and some other theories. A special attention was devoted to the bio-psycho-social model and to the analysis of an adolescent crisis and family factors in the onset and development of adolescent psychoactive substance abuse and addiction.

A detailed account of the epidemiological picture of an adolescent psychoactive substance use, abuse, and addiction in Europe and USA has also been given in this section, followed by the history of adolescent psychoactive substance use, abuse, and addiction in Yugoslavia, with a description of the historical types, viz. three „generations” of Yugoslav drug addicts.

Finally, this section has been completed with a review of the current picture of psychoactive substance abuse and addiction among the young individuals in Montenegro.

The objectives, instruments, and the study sample have been described in the separate section.

The first basic objective of the investigation was to present the spreading and structural characteristics of psychoactive substance use, abuse, and addiction among the young individuals in Montenegro.

The second basic objective was to examine the individual (psychological), psychosocial (behavioural), and demographic and sociological group of factors at risk for the onset and development of psychoactive substance abuse, and addiction among the young individuals in Montenegro.

Within the study of psychological factors at risk for the onset of drug use and abuse and development of addiction, the authors have particularly focused on the cognitive dimension as measured by the appropriate scales, and on the assertiveness and different dimensions of self-confidence and personality dimension as well, measured by Eysenck EPQ personality inventory.

A wide spectrum of the psychosocial risk factors was given, starting from family factors (examining the use and abuse of psychoactive substances by the parental family members of the subjects, educational and emotional relations, and communications in parental families), up to the point of behavioural disorders, learning difficulties and stressful events which occurred in childhood and adolescence.

Finally, the analysis has been made of the demographic and sociological risk factors, such as gender, age, education, social background, occupation, employment, marital, and socio-economic status of the subjects.

Two questionnaires have been administered which were filled out by each individual subject and in the group. One was intended for the elementary – and secondary–school pupils and students aged 12–18, and the other for the young individuals aged 19–30 years.

The former elicited responses about the psychoactive substance use, abuse and addiction among the elementary– and secondary–school pupils and students. It also included the cognitive scales of psychoactive substances, assertiveness and self-confidence scales, and information about the psychoactive substances use and abuse among the parental family members of the subjects. A separate block of items covered behaviour disorders of the subjects in childhood and adolescence, as well as learning difficulties and poor school performance.

In addition to the above mentioned block of items, the questionnaire for young individuals aged 19–30 included the sets of questions associated with the emotional and educational models, and with communications in the parental families of the subjects. It also included the scale of 60 stressful events, and Eysenck EPQ personality inventory covering 103 items.

The investigation has covered two stratified, three-stage quota samples of the young individuals. The first involved 1246 elementary – and secondary-school pupils and students, and the second involved 571 subjects aged 19–30. The sample was representative by gender, age, education, and partly by occupation, too, for the given age strata in Montenegro population. The field investigation lasted from November 1999. to April 2000.

Due to significant differences with respect to a number of characteristics, the samples have primarily been analysed separately, and less common collectively.

In the survey of epidemiological picture, the authors have presented in detail the epidemiological data for 11 types of naturally occurring and synthetic psychoactive substances by comparing them with the results of similar investigations in Europe and USA. The 27,4% of pupils and students reported to have smoking experiences, while 44,4% of those aged 19–30 were daily smokers. Nearly 4% from the former group showed tendency towards alcohol abuse, and in the latter over 10% of them. The 2.3% of boys and girls abuse marihuana and/or exhibit symptoms of marihuana dependence, while among the older-age subjects this figure is 8%.

Among the elementary – and secondary-school pupils and students 1,7% exhibit symptoms of abuse and addiction to relaxants and sleeping pills, and 5,6% among those aged 19–30. Nearly 1% of pupils and students are heroin abusers or heroin addicts, and 1,1% of those in older age group. The 0,6% of pupils and students exhibit overt symptoms of Trodon abuse and addiction, and 1,40% of those aged 19–30. So far as ecstasy is concerned, 0,6% of pupils and students exhibit symptoms of abuse and dependence, and 0,5% of those in the older age groups. About 1% of pupils and students exhibit symptoms of cocaine abuse and dependence, while such cases were not found among those aged 19–30. The use of amphetamines was reported in 0,5%, and 1% of the subjects, respectively. Ephedrine was used by 0,44% of pupils and students, and 1% among those of the older age. Finally, 1,92% from the former group exhibited symptoms of inhalant abuse and dependence, and 1,75% from the latter.

Regarding the pattern of psychoactive substances use among the pupils and students, 34,8% of them use only one, 19% two, 3,9% three, 2,2% four, and 3,1% five or more of these substances. The psychoactive substances are commonly taken in combination with cocaine, Trodon, heroin, ecstasy, etc. Among those aged 19–30, 30,3% of them use only one, 31,9% two, 11,9% three, 1,8% four, and 1,8% five or more psychoactive substances. They are less likely to use drugs in combination, and when they do, they usually take ecstasy and/or Trodon in combination with other psychoactive substances.

The authors conclude that, on the whole, the pattern of psychoactive substances use, abuse, and addiction among the young individuals falls within the low average limits as compared to the USA elementary – and

secondary-school pupils and students, and reaches the average level reported for youth in other European countries. This is a matter of concern since drug use and abuse among the Montenegro youth was quite uncommon two or two and a half decades ago. The most important epidemiological specificity is that every next generation starts to experiment with the psychoactive substances at a younger age; there is a clear tendency of the diminishing gender differences in the incidence of drug use and abuse; combined drug use is more common among the pupils and students; and regarding drug preferences psychostimulants come next to heroin in both samples.

On the cognitive dimension it is important to mention that the young individuals do not know enough about the harmful effects of tobacco, alcohol, and marijuana use on human health and social behaviour. Moreover, such knowledge is poorly structured and disassociated. An isolated cognitive dimension may not be considered as a particularly important factor at risk for psychoactive substances use, abuse, and dependence, but it gains an increasing importance in constellation with the behavioural risk factors.

Generally speaking, assertiveness and self-confidence did not show to be the significant risk factors for psychoactive substance abuse and addiction, particularly among those aged 19–30. However, the subscale of susceptibility to tobacco use under the pressure of others and, to a lower degree, the subscale of social anxiety were found to correlate well with the factorial scores for psychoactive substances and with the optimal scores for the single psychoactive substances. In other words, the young people who are susceptible to tobacco use under peer pressure are also more susceptible to abuse and develop addiction to other psychoactive substances. The young individuals who manifest a higher amount of social anxiety are also more likely to start abusing, and become dependent on, the psychoactive substances. These correlations are more expressed in the sample of pupils and students.

Factorisation of the scales showed that assertiveness with respect to smoking and drinking is an important structural dimension of the assertiveness among the subjects from both samples, while self-respect and self-satisfaction are important dimensions of the self-confidence among the pupils and students, and social competence among the subjects aged 19–30.

Structurally, the susceptibility of subjects from both samples to pressure of others, particularly that of the peers, and the influence of mass-media have shown to be the most important dimension for psychoactive substance abuse and dependence among the young individuals when both self-dependence and assertiveness are concerned.

On the personality dimensions it has been demonstrated that the young individuals in the older age groups, with psychotic manifestations, are more

likely to abuse and develop addiction to tobacco, alcohol, marihuana, relaxants and sleeping pills, although these correlations are insignificant. The others from this group, with high level of neuroticism, are more likely to abuse relaxants, sleeping pills, and Trodon, and less likely to use tobacco and become addicted to it. The same pattern was also observed among those with marked extraversion. This conclusion is somewhat surprising, and particularly the one that the propensity to dissimulation was observed among those who do not abuse psychoactive substances and are not dependent on them. Is it possible that this scale also measures some other, latent personality dimension?!

Among the psychosocial risk factors the most significant ones are those associated with the pattern of psychoactive substances use and abuse by the parental family members of the sample subjects aged 19–30. The risks for abuse and dependence are increasing parallel with an increased number of drug-abusing family members and with the types of psychoactive substances used by them. It has been observed that heroin use by the parental family members is the most reliable predictor of the risk for the abuse of hard drugs and that it best discriminates „hard” from „soft” drug abusers. Of the variables describing educational and emotional relations between the parents and the subjects, too strict fathers prone to physical punishments have been demonstrated as the moderate factors at risk for the abuse of, and dependence on, the psychoactive substances of young individuals in general.

Next to the above mentioned risk factors, which discriminate those young individuals who are likely to abuse the psychoactive substances and develop dependence, from those who are not, the behaviour disorders in childhood and adolescence emerge as the problem number 2. The most important risk factor in both samples is a moderate or marked hyperactivity manifested in the childhood or in adolescence. Among learning disorders, the sense of boredom while learning comes first and is one of the most significant risk factors in both samples, followed by difficulties to concentrate during the learning process.

With a view to the stressful events it is worth of mention that those individuals who tend to abuse soft, and then both soft and hard drugs were found to have more commonly the marital problems, significantly more financial problems, and also significantly more commonly to have a diseased member of the immediate family or to have suffered loss of a close friend through death; they are also more commonly the refugees; and significantly more commonly suffer from life-threatening diseases leading to disability, as compared to those who are abstainers. It is interesting to mention that the smokers significantly more commonly experience marriage and child birth as stressogenic events than those who are both tobacco and alcohol users, which is also contrary to our expectations. And finally, those

who use soft and hard drugs tend to experience the lack of possibility to travel abroad significantly more traumatically than those who use only soft drugs or tobacco and alcohol.

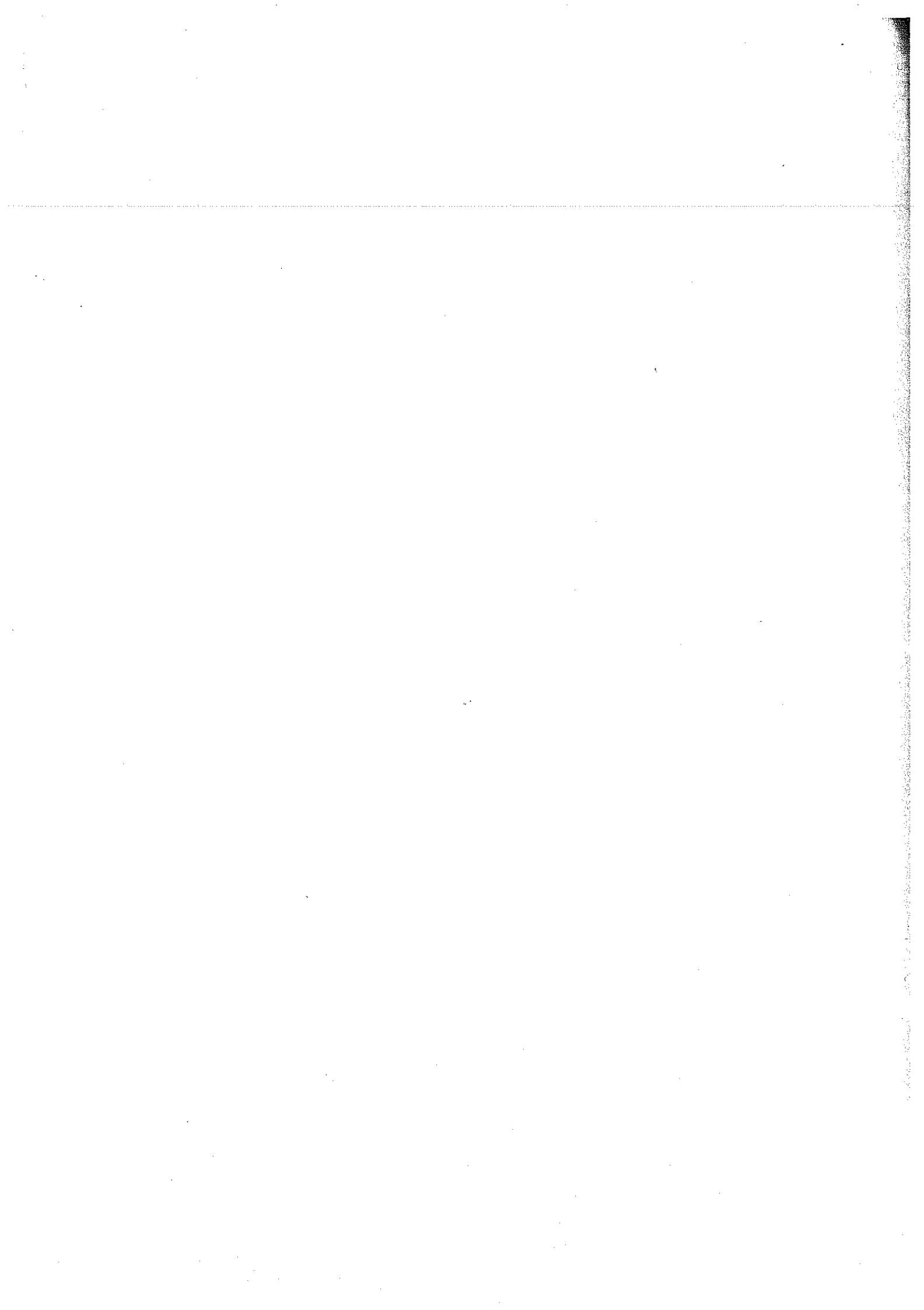
The demographic and sociological risk factors have a comparatively lowest predictive value for the onset and development of addiction among those aged 19–30. Of all previously listed demographic and sociological risk factors it is only the gender and occupation that have been demonstrated as more distinctive risk factors. In short, the young men show somewhat more marked tendency to psychoactive substances abuse and addiction, and the pupils and students are more likely to use and abuse drugs than their peers from working classes.

In the third section of this study the prevention programmes of addictions (community- and school-based prevention programmes) have been elaborated, and the organisational and institutional aspects of their implementation presented.

A separate chapter was devoted to the cognitive and behavioural approach to the prevention of psychoactive substances addiction among the young individuals, and an extensive analysis of the theoretical foundations of preventive approach was made, as well as the analysis of prevention strategies based on the bio-psycho-social prevention model, and of the basic principles of prevention activities.

Finally, in the last chapter of this study the basic results have been summarised and concisely presented via profile of pupils/students and young individuals aged 19–30 who either abuse psychoactive substances or are dependent on them. Subsequently, based on the research results, the prevention programmes have been proposed, which are a combination of community- and school-based programmes.

1. Borislav Đukanović, Sociologist, Professor of Social Patology and Family Sociology, Department of Sociology, Faculty of Philosophy, Nikšić, Montenegro.
2. Ivan Dimitrijević, Assistant Professor, Assistant Director, Institute of Psychiatry, Clinical Center of Serbia, Belgrade.
3. Jovan Bukelić, Neuropsychiatrist, Professor of Social Psychiatry, Faculty of Defectology, Belgrade, Director, Institute of Mental Health, Belgrade.
4. Zlatko Stojović, Primarius, Head, Mental Health Clinic, Public-health Institution, Community-health Center, Herceg Novi.
5. Jasmina Knežević-Tasić, Psychiatrist, owner of the private psychiatric office „Lorijen”, Belgrade.
6. Miloš Bešić, Sociologist from Kruševac, candidate for master's thesis at the Department of Sociology, Faculty of Philosophy, Nikšić.



SADRŽAJ

OPŠTI DIO	7
<i>Jasmina Knežević–Tasić</i>	
Koncepcija zavisnosti – razvoj teorijskih modela	9
Model aditivnog ponašanja kao stečene navike	10
Klasifikacija	12
Psihoaktive supstance	12
Poremećaji uslovljeni psihoaktivnim supstancama	14
Terminološka određenja	16
Zavisnost od supstanci	16
Odbrambeni sistem zavisnika	18
Razvoj zavisnosti od psihoaktivnih supstanci	21
<i>Jovan Bukelić</i>	
Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja zbog zloupotrebe psihoaktivnih supstanci	25
Zavisnost od alkohola	27
Zavisnost od droga	39
Zavisnost od duvana	69
Istraživački kriterijumi SZO za dijagnozu Intoksikacije i apstinencijalnog sindroma	75
<i>Jasmina Knežević–Tasić</i>	
Etiologija zavisnosti	86
Biopsihosocijalni model	88
Psihološki razvoj u adolescenciji	89
Porodica i zloupotreba droga	91
Odnosi u grupi vršnjaka	96
<i>Borislav Đukanović, Miloš Bešić</i>	
Epidemiologija zloupotrebe psihoaktivnih supstanci.	99
Epidemiološki pregled zloupotrebe i zavisnosti mladih od psihoaktivnih supstanci sa posebnim osvrtom na Jugoslaviju	116

POSEBNI DIO	138
-----------------------	-----

Borislav Đukanović

Zloupotreba psihoaktivnih supstanci među mladima Crne Gore	139
Ciljevi istraživanja	140
Instrumenti istraživanja	141
Uzorak	146
Neki metodološki problemi terenskog istraživanja	148

REZULTATI ISTRAŽIVANJA	153
----------------------------------	-----

Epidemiološka slika upotrebe, zloupotrebe i zavisnosti od psihoaktivnih supstanci među mladima Crne Gore	155
Multipla upotreba i zloupotreba psihoaktivnih supstanci	210
Dvije klasifikacije zloupotrebe i zavisnosti od psihoaktivnih supstanci	217

FAKTORI RIZIKA ZA NASTANAK I RAZVOJ ZLOUPOTREBE I ZAVISNOSTI OD PSIHOAKTIVNIH SUPSTANCI KOD MLADIH CRNE GORE.	237
---	-----

Faktori rizika za nastanak i razvoj zloupotrebe i zavisnosti mladih od psihoaktivnih supstanci – neki teorijsko-metodološki problemi	239
--	-----

Jasmina Knežević–Tasić

Psihološki faktori rizika zloupotrebe i zavisnosti mladih od psihoaktivnih supstanci	243
Skale asertivnosti i samopouzdanja	263
Skala samopouzdanja za mlade od 12 do 18 godina	276
Skala samopouzdanja za mlade od 19 do 30 godina	288
Faktorska analiza skale samopouzdanja za oba uzorka	304
Strukturalne razlike između apstinenata i neapstinenata u pogledu asertivnosti i samopouzdanja mladih Crne Gore od 12 do 30 godina.	317

Zlatko Stojović

Poremećaji ličnosti kao faktori rizika za nastanak i razvoj zloupotrebe mladih od psihoaktivnih supstanci	326
Psihosocijalni faktori rizika	339
Poremećaji ponašanja kao faktori rizika za nastanak i razvoj zloupotrebe i zavisnosti mladih od psihoaktivnih supstanci, starosti 12 do 18 godina	355
Poremećaji ponašanja kao faktori rizika za nastanak i razvoj zloupotrebe i zavisnosti mladih od psihoaktivnih supstanci, između 19 i 30 godina	360
Strukturalne razlike između učenika–apstinenata i neapstinenata u pogledu zloupotrebe i zavisnosti od psihoaktivnih supstanci među članovima njihovih roditeljskih porodica, te poremećaj ponašanja i učenja učenika	364

Stresni događaji kao faktori rizika za zloupotrebu i zavisnost mladih od psihoaktivnih supstanci	377
<i>Miloš Bešić</i>	
Sociološki i socio-demografski faktori rizika za nastanak i razvoj zloupotrebe i zavisnosti mladih od psihoaktivnih supstanci	394
<i>Borislav Đukanović</i>	
Regionalno–urbane razlike u pogledu raširenosti zloupotrebe i zavisnosti mladih od psihoaktivnih supstanci Crne Gore	398
PROGRAMI PREVENCIJE ZLOUPOTREBE I ZAVISNOSTI MLADIH OD PSIHOAKTIVNIH SUPSTANCI	409
<i>Ivan Dimitrijević</i>	
Program prevencije bolesti zavisnosti	411
Preventivni programi bazirani na aktivnostima u zajednici	414
<i>Jasmina Knežević–Tasić</i>	
Kognitivno-bihevioralni pristup u prevenciji zavisnosti od psihoaktivnih supstanci	429
<i>Borislav Đukanović</i>	
Završna razmatranja	449
<i>Borislav Đukanović</i>	
Prijedlog preventivnih aktivnosti na suzbijanju faktora rizika za zloupotrebu psihoaktivnih supstanci medju mladima Crne Gore	462
PRILOZI	473
ILLUSION OF REALITY – ALCOHOL AND DRUG DEPEDENCE	515

BORISLAV ĐUKANOVIĆ
IVAN DIMITRIJEVIĆ
JOVAN BUKELIĆ
ZLATKO STOJOVIĆ
JASMINA KNEŽEVIĆ-TASIĆ
MILOŠ BEŠIĆ

ILUZIJA STVARNOSTI – ALKOHOL I DROGE

Izdavač

CID

Podgorica, Obala Ribnice 4
Tel. 081/230-122, 230-126

Beograd, Majke Jevrosime 44
Tel. 011/32-48-021

Za izdavača
Žarko Radonjić

Tehnički urednik
Darko Manojlović

Lektura i korektura
Darinka Đukić

Kompjuterski slog
Milan Radinović

Štampa

Grafolis, Bijelo Polje

2001.